



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PSICOLOGÍA**

**PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON  
ENFERMEDAD DE PARKINSON DURANTE LA EVALUACIÓN  
NEUROPSICOLÓGICA. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**ASTRID XIMENA ROMERO HERNÁNDEZ**

**JURADO DE EXAMEN :**

**TUTORA: MTRA. XÓCHITL ALEJANDRA BECERRIL  
PLASCENCIA**

**COMITÉ: DR. RUBÉN LARA PIÑA  
LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ  
DRA. LILIA MESTAS HERNÁNDEZ  
LIC. GUADALUPE GREGOR LÓPEZ**



**FES  
ZARAGOZA**

**MÉXICO D.F.**

**OCTUBRE, 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Nacional Autónoma de México por todos los años de formación.

A la Mtra. Alejandra Becerril por apoyarme sin condiciones, su dedicación y dirección.

A la Dra. Lilia Mestas por su disposición y tiempo brindados, por sus observaciones y sugerencias para enriquecer este trabajo.

A la Lic. Guadalupe Gregor por apoyarme en el momento exacto y alentarme a seguir adelante a pesar de las circunstancias.

Al Dr. Rubén Lara y al Lic. Eduardo Contreras por sus observaciones.

A mi familia.

A mis amiguillas pillas: Carmencita, Alix, Carmen, Selene y Luz por estar ahí junto a mí al pie del cañón desde el inicio, por las risas, las frustraciones, los logros, las bromas y muchas cosas más que han pasado en estos años.

A Gaby Miranda... aprendí tanto de ti, muchísimas gracias por todo el apoyo, las enseñanzas, los momentos agradables, los momentos de tensión, frustración, enojo, las pláticas existenciales y por todas aquellas travesurillas que hiciste posibles.

A los que hicieron menos este trabajo... ¡gracias!

# ÍNDICE

Introducción.....	3
Capítulo1. Aspectos Psicológicos de la Enfermedad Crónica .....	7
1.1 El Binomio Salud-Enfermedad.....	7
1.2 La Enfermedad Crónica .....	9
1.3 Reacciones Emocionales Ante la Enfermedad .....	11
1.4 Vivencia de Enfermedad.....	16
1.5 La Relación Personal Sanitario-Paciente.....	20
Capítulo 2. La Enfermedad de Parkinson.....	25
2.1 Etiopatogenia.....	26
2.2 Signos y Síntomas de la Enfermedad de Parkinson.....	29
2.2.1 Síntomas motores. ....	29
2.2.2 Síntomas no motores. ....	31
2.2.2.1 Trastornos autonómicos. ....	32
2.2.2.2 Trastornos cognitivos.....	32
2.2.2.3 Trastornos neuropsiquiátricos.....	37
2.3 Diagnóstico y Tratamiento .....	40
Capítulo 3. La Evaluación Neuropsicológica del Paciente con Enfermedad de Parkinson .....	46
3.1 Consideraciones Iniciales .....	49
3.2. Anamnesis y Establecimiento del Rapport.....	51
3.3 Entrevista Clínica.....	53
3.4 Selección y Administración de Pruebas.....	54
3.5 Integración del Reporte Escrito.....	62
Capítulo 4. Primeros Auxilios Psicológicos .....	65
4.1 Crisis.....	65

4.2 Intervención en Crisis .....	68
4.3 Intervención en Crisis de Primera Instancia: los Primeros Auxilios Psicológicos.....	72
4.3.1 Habilidades y comportamiento del profesional.....	78
Capítulo 5. Propuesta de Intervención con Primeros Auxilios Psicológicos .....	86
Conclusiones.....	107
Referencias.....	114

## Introducción.

La Enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo de la sustancia negra *pars compacta* y cuyo síntomas principales son temblor en reposo, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural, también llamados síntomas motores, los cuales aumentan su intensidad en situaciones de gran carga emocional, ansiedad y estrés. De igual manera, en la EP hay presencia de síntomas no motores, que consisten en alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, así como trastornos psiquiátricos, siendo la depresión el más frecuente seguido de ansiedad (Weiner, Shulman y Lang, 2002).

En México no se tienen estudios epidemiológicos para prevalencia e incidencia de la enfermedad (Rodríguez-Violante, López-Ruiz, Estrada-Bellman y Cervantes-Arriaga, 2012), sin embargo, se estima que el 8.1% de la población es mayor de 60 años (edad promedio de presentación de la enfermedad) lo que implicaría una prevalencia entre 83,000 y 166,600 personas con EP (Rodríguez-Violante, Villar-Velarde, Valencia-Ramos y Cervantes-Arriaga, 2011), sin contar los pacientes que entran en el diagnóstico de EP juvenil. Esta estadística habla de la relevancia que tiene esta enfermedad en la población adulta y lo importante que es atenderla a tiempo y de la manera más adecuada.

Por otra parte, se sabe que los enfermos de Parkinson no sólo tienen que afrontar los síntomas motores y no motores de la enfermedad, sino también situaciones de otra índole, como falta de apoyo familiar, cambios en la dinámica de la familia y en casos severos, abandono de sus actividades laborales, lo que puede derivar en pensamientos y creencias de tipo autoderrotistas, enojo, culpa, angustia y alteraciones en el estado de ánimo. También tienen que hacer frente a cambios económicos desfavorables, lo que puede traer como consecuencia la no adquisición de medicamentos y la no asistencia a intervenciones de tipo psicológico y/o rehabilitatorio (Corona-Vázquez, 2002; Díaz, 2012; Poy, 2013a). De esta manera, la EP supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que, en mayor o menor medida, genera un impacto importante en la vida del paciente y una ruptura en su comportamiento y estilo de vida (Velasco y

Sinibaldi, 2001), por lo que recibir algún tipo de apoyo psicoterapéutico resulta fundamental para afrontar la enfermedad de la mejor manera posible.

En este sentido, la atención de pacientes con EP requiere de un grupo multidisciplinario de salud especializado que participe activamente en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” (INNN-MVS) es una institución de tercer nivel de la Secretaría de Salud que cuenta con diversos profesionales de la salud con diferentes especialidades neurológicas. Entre estos profesionales se encuentran los psicólogos y neuropsicólogos, quienes realizan evaluaciones neuropsicológicas.

En los pacientes con EP, la evaluación permite identificar la presencia y/o naturaleza de trastornos cognitivos y del estado de ánimo, siendo decisiva para determinar la existencia de algún déficit cognitivo y, de ser el caso, establecer si se debe a la EP, a trastornos de tipo afectivo o de personalidad o a la presencia de un cuadro demencial incipiente. Este conocimiento permite intervenir en el tratamiento farmacológico y en algunos casos quirúrgico, así como en orientación, competencia laboral, planificación de rehabilitación y psicoterapia (Hebben y Milberg, 2011).

Desafortunadamente, a los pacientes de Parkinson que asisten al Instituto por lo general no se les proporciona atención en estos últimos aspectos, ya que el INNN-MVS no cuenta con servicio de psicoeducación, psicoterapia, ni rehabilitación, traduciéndose en un obstáculo más para el afrontamiento de la enfermedad, siendo la evaluación neuropsicológica el único momento de contacto que los pacientes tienen con un psicólogo o neuropsicólogo.

Dada la falta de estos servicios y las condiciones físicas, cognitivas y emocionales de los pacientes con EP, es probable que cuando asistan a la evaluación neuropsicológica manifiesten en algún momento síntomas de estrés y/o ansiedad relacionados con la evaluación misma, con su enfermedad o ambos, lo que afectaría su desempeño, además el psicólogo o neuropsicólogo podría detectar aspectos que necesiten atenderse, más allá del mero tratamiento farmacológico. Por todo lo anterior, la presente investigación brinda la oportunidad

de conocer y utilizar en el ámbito profesional los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), los cuales podrían: a) tranquilizar al paciente que se encuentre alterado anímicamente, estresado o ansioso durante la evaluación neuropsicológica, asegurando la validez de los datos recabados de las pruebas y la entrevista clínica; b) ser de ayuda para que el paciente encuentre soluciones a problemas específicos que refiera; y c) servir de enlace psicoterapéutico, si el caso lo amerita.

De esta manera, el objetivo general de este trabajo consiste en hacer una propuesta de intervención con PAP para pacientes con EP durante la evaluación neuropsicológica en cualquiera de las siguientes situaciones: a) cuando haya presencia de sintomatología de estrés, ansiedad y/o depresión que pudiera interferir en la evaluación; b) cuando el paciente exprese desconocimiento acerca de su enfermedad, como etiología, síntomas, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo; c) cuando el paciente exprese tener disfuncionalidad en su vida diaria relacionada con los síntomas motores y no motores de la EP, en especial alteraciones del estado de ánimo; d) cuando el paciente exprese no contar con las habilidades necesarias para afrontar adecuadamente la enfermedad; y e) cuando el clínico considere necesario el uso de los PAP, basándose en el comportamiento del paciente durante la evaluación neuropsicológica.

Este escrito se divide en cinco capítulos. El primero aborda los aspectos psicológicos de la enfermedad crónica para tener conocimiento sobre qué es y todo lo que implica estar enfermo, más allá de un padecimiento médico-biológico. El segundo capítulo trata sobre la EP, sus síntomas y características generales, con el fin de conocer la enfermedad y así tener una idea clara sobre el desempeño que puede esperarse en estos pacientes. En el tercer capítulo se expone lo referente a la evaluación neuropsicológica, su importancia, las consideraciones que deben tomarse en cuenta y el manejo del paciente durante la evaluación, así como criterios generales de entrevista, aplicación de pruebas y elaboración de reportes. El cuarto capítulo aborda los primeros auxilios psicológicos, sus características generales y pasos a seguir para utilizarlos adecuadamente. Finalmente, el capítulo cinco presenta una propuesta de intervención con PAP para pacientes con EP durante la evaluación neuropsicológica.



## **Capítulo 1.**

### **Aspectos Psicológicos de la Enfermedad Crónica**

#### **1.1 El Binomio Salud-Enfermedad**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o invalidez (Ceballos, 2007). Sin embargo, la definición de este concepto ha ido cambiando de acuerdo a la época, el momento histórico y las connotaciones sociales y culturales de cada sociedad. Para Martín y Pastor (1981, en Navarro y Silveira, 2005), la salud no es un estado estático de bienestar, sino que representa una situación relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos que se manifiestan como un estado variable y dinámico, producto de todos los factores de la vida social sobre la población y el individuo cuando estos factores son favorables a la ecología individual; de esta manera, el individuo tolera, compensa y se adapta al medio ambiente. Es así como se abarcan aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (la capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo).

Llegar a esta concepción no fue sencillo. Lalonde (1974, en Vinaccia y Orozco, 2005) realizó un estudio con el que formuló un modelo de salud pública en el cual el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables: la biología humana, el medio ambiente, el sistema sanitario y el estilo de vida o conductas insanas. Desde entonces se ha propuesto no centrarse en combatir aspectos biológicos, sino también en la modificación de la conducta y de variables socioculturales. Así, la creciente consideración de los factores psicológicos y sociales en el proceso salud-enfermedad fue sustituyendo a la concepción médico-biologicista que dominó el pensamiento médico durante el siglo XIX y parte del siglo XX, al menos en el aspecto teórico (García-Viniegras y Rodríguez, 2007).

Para la psicología de la salud, que se interesa en todo lo relacionado con variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad y tiene como ámbitos de actuación todos los niveles de atención (individuo, familia y comunidad), se ha

evolucionado desde el paradigma biomédico hasta el socio-ecológico, que reemplaza la causalidad simple del primero, teniendo un marco de proceso multicausal (Ceballos, 2007).

El modelo biomédico se apoya en el reduccionismo biológico y el dualismo cartesiano. El primero establece que todo problema de salud tiene un origen biológico, es decir, que puede explicarse por un mal funcionamiento de los procesos fisiológicos del organismo, causando desequilibrios químicos internos e involuntarios o por la acción de patógenos externos. El segundo plantea que cuerpo y mente son entidades distintas que funcionan de forma independiente, donde la mente es vista como un ente abstracto, relacionada con los pensamientos y los sentimientos, incapaz de influir sobre el cuerpo. De esta manera, las quejas o síntomas subjetivos del individuo son la consecuencia o expresión de un desequilibrio biológico subyacente. Desde este marco conceptual la salud es definida como ausencia de enfermedad o aflicción del cuerpo y, por consiguiente, las únicas acciones posibles son el diagnóstico de la enfermedad y la intervención terapéutica, orientadas sólo a los aspectos anteriormente mencionados, además se considera que el individuo no tiene responsabilidad alguna sobre su padecimiento (León, 2004).

Distintas disciplinas, como la epidemiología, antropología, sociología y psicología, han puesto de manifiesto las insuficiencias de este modelo como explicación científica de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad, aportando evidencia empírica acerca de la influencia de otros factores sobre la experiencia de enfermedad, de la multicausalidad de la salud y de la maleabilidad de las respuestas biológicas por la acción de variables sociales y psicológicas. Por lo anterior se planteó el paradigma socio-ecológico, que proporciona un escenario para entender las condiciones y causas de la salud y la enfermedad e incorpora las actividades relacionadas con la salud como parte de las políticas sociales. Siguiendo esta línea, se habla de la existencia de varios determinantes de la salud, los cuales han variado a lo largo del tiempo y abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales y culturales hasta los servicios sanitarios como respuesta organizada y

especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y/o restaurar la salud (Ceballos, 2007; García-Viniegras y Rodríguez, 2007).

De esta manera, la salud es un estado ecológico, el cual se concibe como un proceso social en su origen y que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de la comunidad y, naturalmente, en el individuo, siempre y cuando las circunstancias sean favorables. Al contrario de la enfermedad, la cual es un estado de desequilibrio ecológico. Esta visión permite considerar a la enfermedad no sólo como un proceso de índole biológica, sino también social, donde las condiciones de vida y el modo de vivir constituyen variables significativas que inciden en el inicio y el curso de la enfermedad (Navarro y Silveira, 2005; Vinaccia y Orozco, 2005). De esta manera, el individuo tiene un papel activo en todo lo que compete a su salud, es decir, tiene responsabilidad en el afrontamiento de la enfermedad.

Ahora que se tiene este conocimiento, en el siguiente apartado se abordará la enfermedad crónica, en la cual el papel activo y la responsabilidad del paciente ante ella se vuelven elementos necesarios si se quiere afrontar de manera adecuada.

## **1.2 La Enfermedad Crónica**

La enfermedad crónica es un trastorno orgánico funcional caracterizado por tener alta prevalencia, larga duración, generalmente incurable. Dado que su desarrollo se prolonga a través del tiempo, causa un continuo deterioro físico y/o mental en el individuo que la padece, llevándolo incluso a la muerte, además demanda atención permanente y adecuada. Todo lo anterior perjudica la capacidad de continuar de manera normal con las actividades cotidianas. A pesar de que llevar un tratamiento adecuado, el paciente no vuelve a un estado de normalidad, y en algunos casos, raramente existe un alivio importante, además el tratamiento puede contribuir al malestar físico y psicológico tanto del paciente como de su familia, principalmente por la dependencia e incapacidad. También se afecta la economía por el gasto en medicamentos y otras intervenciones terapéuticas

(Velasco y Sinibaldi, 2001; Vinaccia y Orozco, 2005; Castañeda-López, 2006; Ibarra y Siles, 2006; Guevara-Gasca y Galán-Cuevas, 2010; Pinilla, 2010).

Dado todo lo anterior, cuando existe el diagnóstico de enfermedad crónica se ven afectados aspectos físicos, psicológicos, familiares, laborales y sociales. Esta afectación es desigual pues depende de la naturaleza de la enfermedad, los aspectos biográficos del individuo, su personalidad y los recursos psicológicos y de apoyo de los que disponga (Olvera y Soria, 2008).

Las enfermedades crónicas pueden presentarse en cualquier etapa de la vida, incluida la infancia, aunque se establecen preponderantemente en los adultos y ancianos. A pesar de ser irreversibles cuentan con periodos de remisión y recaídas, además presentan multiefectividad, es decir, un factor de riesgo puede producir múltiples efectos sobre distintos problemas de salud. Frecuentemente la calidad de vida disminuye debido a una incapacidad residual que deja secuelas, produciendo sentimientos de pérdida en el paciente respecto a su modo vida anterior y pueden emerger en él sensaciones de amenazas de acuerdo al significado que le otorgue a su situación (Pinilla, 2010).

Si bien es cierto que este tipo de padecimiento es algo con lo que el paciente tendrá que vivir el resto de sus días, cabe resaltar que esto no es lo más difícil de afrontar por parte del paciente, sino la forma en que percibe los cambios en su vida, ya que un proceso crónico tiene un gran impacto en la percepción del cuerpo, en la capacidad para predecir el curso y los acontecimientos de la vida, en el autoestima y en los sentimientos de motivación y dominio personal. Si la enfermedad se experimenta como algo abrumador, impredecible e incontrolable, el autoconcepto se ve muy dañado ya que se paraliza la capacidad de actuar y de llevar una vida normal. Si trae como consecuencia algún tipo de discapacidad física los pacientes tienen que enfrentarse a problemas adicionales de movilidad, una imagen corporal negativa y el estigma social. (Ibarra y Siles, 2006; Olvera y Soria, 2008).

Respecto al afrontamiento, el paciente tiene que elegir aquellas conductas que le permitan resolver las dificultades que se le presenten con el fin de proporcionar alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio. Esto implica la existencia

de autoexploración, autoeducación, autocorrección y guía tomada de fuentes externas. Sin embargo, su resultado no sólo depende de sus esfuerzos y de su estado psicológico, sino también de la manera en que los miembros de la familia, amigos y personas cercanas a él reaccionan ante sus conductas. De esta manera, el modo de afrontar la enfermedad crónica depende de la naturaleza del problema y de los recursos mentales, emocionales, físicos y sociales disponibles para el individuo (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993; Martín, 2003; Correa y Arrivillaga, 2007; Pinilla, 2010).

Sumado a lo anterior, el paciente tiene que iniciar un proceso de adaptación a los cambios para lograr el máximo de autonomía posible y para poder controlar de las eventualidades que se presenten en el día a día junto con su familia (Pinilla 2010). Generalmente, los familiares se ven confrontados a la actividad de enfermería sin haber sido preparados para ello, lo que implica un esfuerzo físico y emocional, disminución del descanso, restricción de las actividades sociales, del ocio e incluso del trabajo remunerado, lo que representa pérdida del ingreso económico, situación que se hace aún más grave considerando el gasto extra de los medicamentos. De esta manera, el afrontamiento y la adaptación están determinados, una vez más, por las características de la enfermedad y del individuo, así como del contexto general del sistema social donde se produce (Rodríguez-Marín, et.al., 1993; Egozcue, 2005; Castañeda-López, 2006).

### **1.3 Reacciones Emocionales Ante la Enfermedad**

Como se ha venido mencionando, la enfermedad es un proceso dinámico que parte de la percepción de síntomas o de un diagnóstico y prosigue o cambia a lo largo del tiempo en función de la patología de la que se trate, de las posibilidades de tratamiento y de las respuestas a la enfermedad, tanto del individuo afectado como de los que lo rodean (Morrison y Bennet, 2008). De igual manera, es una condición que impone demandas tanto al paciente y a su familia, como a los sistemas de salud encargados de su atención (Correa y Arrivillaga, 2007).

Dado el valor que en las sociedades occidentales se le otorga a la salud, el surgimiento de la enfermedad supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que, en mayor o menor medida, genera un impacto importante en la persona y una ruptura en su comportamiento y estilo de vida. Es posible que el paciente tenga que afrontar cambios permanentes en su aspecto o en su función corporal, pérdida de funciones y un futuro inseguro e imprevisible (Rodríguez-Marín, et.al., 1993; Vinaccia, et.al., 2004).

Por lo anterior, cuando se diagnostica una enfermedad crónica, uno de los aspectos más deteriorados suele ser el emocional, dada la rapidez con la que se presenta este cambio de circunstancias en la vida. Generalmente, la enfermedad se asume como una pérdida significativa que genera reacciones emocionales. Las emociones son procesos psicológicos que ante una amenaza al equilibrio actúan para restablecerlo, es decir, son mecanismos que cumplen un papel adaptativo, el cual depende de la evaluación del estímulo que pone en riesgo dicho equilibrio, así como de la respuesta que se genera para afrontar la situación. Cuando estos mecanismos son inadecuados, conducen a un estado de desorganización acompañado a menudo de ansiedad, miedo, culpabilidad u otros sentimientos desagradables (Vinaccia, et.al, 2004; Egozcue, 2005; Vinaccia y Orozco, 2005; Correa y Arrivillaga, 2007; Guevara-Gasca y Galán-Cuevas, 2010).

Cabe mencionar que la crisis por el padecimiento también depende de la forma en que el paciente percibe la enfermedad y cómo recibe el diagnóstico. Desde el punto de vista emocional, la comunicación del diagnóstico es el momento más exigente. Aunque lo ideal es que el paciente reciba algún tipo de preparación previa, este suceso suele ser un acto instrumental, técnico y de rutina que pasa por alto la amplia gama de emociones que implica recibirlo. Ante esta situación, es frecuente encontrar estados de shock o desorientación, aturdimiento, incertidumbre, confusión y rechazo, así como comportamientos de aislamiento social y de distanciamiento de la situación (Egozcue, 2005; Correa y Salazar, 2007; Guevara-Gasca y Galán-Cuevas, 2010).

Los pacientes con enfermedad crónica pueden adoptar distintas estrategias para hacerle frente. Algunos pueden negar o minimizar la gravedad de

su trastorno, otros, por el contrario, pueden buscar activamente información relevante para afrontar los problemas relativos a la enfermedad y su tratamiento; y algunos más pueden buscar y obtener apoyo emocional por parte de su familia, amigos o profesionales de la salud (Beneit, 1994, en Bravo, 2010).

Si la enfermedad es interpretada como algo perjudicial o desafiante, se experimenta como un evento estresante con valencia negativa, el cual está en función de (Rodríguez-Marín, et.al., 1993):

1. Las características fisiológicas propias de la enfermedad (duración, forma de aparición, intensidad y gravedad);
2. Los estados afectivos y cognitivos de la persona;
3. La interpretación y valoración de la situación, sobre todo si representa daño o pérdida (material o funcional) y sea socialmente valorada como tal, además de impredecible e incontrolable

El estrés asociado a la enfermedad suele evidenciarse a partir de algunas manifestaciones emocionales, como ansiedad, depresión, irritabilidad e ira, entre otras. Además suelen relacionarse en un primer momento con la propia enfermedad, después con el tratamiento y los cambios en el estilo de vida (Vinaccia, et.al., 2004; Guevara-Gasca y Galán-Cuevas, 2010).

Estas reacciones emocionales varían de acuerdo a diferentes aspectos, como edad, sexo, tipo de enfermedad, severidad de los síntomas, experiencias previas con otras padecimientos, condiciones físicas de la persona, así como con los recursos, habilidades individuales, actitudes hacia la enfermedad, nivel de expectativas generales frente a la vida, y presencia y eficacia de las redes de apoyo social (Correa y Salazar, 2007).

Por ejemplo, se sabe que la enfermedad de Parkinson tiene más probabilidad de aparecer en personas mayores de 65 años que en personas jóvenes mayores de treinta años, edad donde las personas son activas profesionalmente hablando, por lo que su aparición en personas de este grupo de edad traerá diferentes reacciones que en personas adultas jubiladas (Morrison y Bennet, 2008). En definitiva, las reacciones emocionales hacia la enfermedad

dependen de la interpretación de los síntomas y de la situación en general, pudiendo percibirse como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo o un beneficio o alivio a responsabilidades, etc.

De acuerdo con algunos autores (Velasco y Sinibaldi, 2001; Vinaccia y Orozco, 2005; Correa y Salazar, 2007), ante el diagnóstico de una enfermedad crónica, el paciente suele responder de una manera muy semejante al modelo propuesto en 1969 por Elisabeth Kübler-Ross para las situaciones de duelo, el cual parece ser común frente a otros tipos de crisis. Acorde con el modelo, cuando la persona se entera de que padece una enfermedad crónica responde al choque a través de una serie de etapas. La primera de ellas es la negación, la cual resulta ser una reacción de ajuste, y se puede definir como el rechazo de una parte o de todo el significado de un evento, con el propósito de minimizar el dolor y la ansiedad. También funciona como amortiguador, permitiendo al paciente recobrase de manera gradual y movilizar otras defensas menos radicales para asumir en forma activa los retos que traerá consigo la enfermedad. Esta fase puede durar de unos cuantos días a unas cuantas semanas.

La segunda etapa es la de ira, caracterizada por sentimientos de enojo, resentimiento y coraje. Ésta fase es difícil de manejar, ya que el paciente suele desplazar sus sentimientos negativos hacia otras personas (pareja, familia, médicos, amigos), la mayor parte de las veces sin considerar contra quién lo hará. Es común que en la persona se sienta incomprendido y solo en el afrontamiento de la enfermedad.

Si esta fase llega a reconocerse y el paciente se siente aceptado y entendido en cuanto a lo que está pasando, su enojo disminuirá. Cuando lo anterior sucede, hay una reacción de encuentro donde aparecen sentimientos y pensamientos asociados al diagnóstico, los cuales están de manera desorganizada y generalmente asociados con las implicaciones de la enfermedad y el rechazo de la misma, pues el paciente se da cuenta que su vida ha cambiado y su futuro es incierto. Estos pensamientos y sentimientos suelen mantenerse a lo largo de la enfermedad, con ciertos vaivenes. Así, cada recaída, visita médica y estudios frecuentes pueden convertirse en una gran fuente de temor ante la

posibilidad de agravamiento de la enfermedad. En ese momento, el paciente intenta llegar a acuerdos con las personas a su alrededor a cambio de obtener la curación o la prolongación de la vida. Este momento es la tercera etapa, se le denomina negociación.

Cuando el paciente se da cuenta de las implicaciones que tiene la enfermedad en su vida diaria, aparecen síntomas depresivos, esta es la cuarta etapa. Estos síntomas pueden incrementarse dependiendo de la gravedad del padecimiento, si se requiere hospitalización y de los cambios físicos en la persona (alteraciones estructurales y funcionales), pues son indicativos de un deterioro progresivo de la salud. Asimismo, los síntomas depresivos pueden impedir que el paciente participe activamente en el tratamiento, imposibilitando el cambio conductual que se requiere para afrontar la enfermedad crónica. Todo lo anterior puede tener como consecuencia una sensación de pérdida de uno mismo, condición que puede exacerbarse por la necesidad de vivir una vida restringida y/o por el aislamiento social que pueden acarrear las limitaciones físicas o las respuestas negativas de los demás (amigos, colegas de trabajo, familiares).

En esta etapa también es común que la presencia de ansiedad, la cual puede aparecer como consecuencia del fallo de los cambios y ajustes que realiza el paciente para afrontar la enfermedad o los síntomas depresivos que acarrea toda la situación. También puede ser consecuencia de las preocupaciones asociadas con la incapacidad laboral, la pérdida del empleo y los problemas económicos.

Finalmente, el paciente entrará en la fase de resignación, en la cual se asume la enfermedad, aceptando y colaborando con el personal sanitario para el tratamiento que se requiera e iniciando el proceso de vivir "día a día" con ella.

Aunque se ha mencionado un proceso por etapas, no todos los pacientes pasarán por ellas de forma gradual hasta alcanzar el equilibrio emocional o una etapa de aceptación y adaptación. De igual manera, las reacciones emocionales no se presentan en todos los pacientes con enfermedades crónicas, además es probable que coexistan elementos de las distintas etapas (Morrison y Bennet, 2008; Bravo, 2010).

Es importante mencionar que la enfermedad crónica no sólo tiene efectos estresantes en los pacientes, sino también en sus familias, afectando su dinámica y produciendo cambios en la representación de los roles habituales. Este cambio de roles es una fuente de estrés que se suma a la propia situación del enfermo, además en estos padecimientos las características estresantes se potencian, provocando incluso discordias familiares a menudo relacionadas con problemas económicos o con la resistencia por parte de algunos de los miembros de la familia a participar en el cuidado del enfermo (Rodríguez-Marín, et.al., 1993).

Como pudo apreciarse, la enfermedad crónica plantea a quienes la padecen muchos retos y cuestiones que cambian a lo largo del tiempo, en función del padecimiento, el tratamiento, las respuestas emocionales, conductuales y cognitivas del individuo, y su contexto sociocultural. De esta manera, la enfermedad es un proceso complejo, en el que se considera que los pacientes deben afrontar el estrés y la incertidumbre que aquella acarrea, haciendo su mejor esfuerzo para adaptarse y afrontarla de manera activa, recuperando el bienestar basado en la aceptación de los cambios que su vida tendrá del diagnóstico en adelante.

Siguiendo esta línea, en el próximo apartado se abordará la forma en la cual el paciente vive la enfermedad y lo que significa estar enfermo dentro de la sociedad.

#### **1.4 Vivencia de Enfermedad**

Cuando una persona está enferma no es la de siempre. Es diferente en una manera negativa, algo que la mayoría de las personas preferiría evitar. Vivir con una enfermedad crónica es una experiencia exigente y desgastante para el paciente y su familia dado que se produce una grave distorsión en sus vidas. Los pacientes pueden experimentar un sentido negativo del yo, pues su enfermedad limita sus actividades y trastorna su rutina diaria, les aísla de los demás y les desacredita porque reduce su sentido de valor personal, considerándose una carga para otros. No es infrecuente que las personas se sientan estigmatizadas como consecuencia de su enfermedad (Ibarra y Siles, 2006).

Un aspecto importante para comprender las reacciones y respuestas del paciente hacia la enfermedad es la forma en que éste la entiende y la vive. La realidad de sentirse enfermo expresa mucho más que preguntarse si algo falla a nivel corporal, pues el hecho "experiencial de la enfermedad" abarca al hombre en su existencia humana total (Correa y Arrivillaga, 2007).

El concepto de conducta de enfermedad fue introducido por David Mechanic en 1962 y describe, en un sentido amplio, el modo en que las personas responden a la enfermedad, es decir, hace alusión a la forma en que la gente maneja su cuerpo, cómo responde a los síntomas percibidos y cómo decide remediar el malestar a través de ciertas acciones. Así, la conducta de enfermedad considera que las peculiaridades individuales ante la situación de enfermedad están mediadas por su percepción, definición y evaluación, a su vez condicionadas por factores personales y sociales. La respuesta ante la enfermedad influye en la sintomatología y el curso evolutivo de la misma, así como en el comportamiento, la búsqueda de atención médica y la adherencia al tratamiento, además de configurar la relación médico-paciente (Galán, Blanco y Pérez, 2000; López, 2000; Galán, Pérez y Blanco, 2001; Nieto-Munuera, Abad, Esteban y Tejerina, 2004; Vinaccia, et.al., 2004; Vinaccia, et.al., 2006).

Dado que este concepto considera la influencia de factores psicológicos y socioculturales sobre la enfermedad, así como el diverso rango de consecuencias que pueden resultar del hecho de estar enfermo, su premisa crucial es que tanto la enfermedad como la experiencia que de ella se tiene están modeladas por estos factores, independientemente de su base fisiológica o biológica, determinando los apoyos sociales y el desenvolvimiento de los pacientes en el ámbito familiar, laboral, sanitario, etc. Además es común que el enfermo evalúe sus propias habilidades y capacidades de afrontamiento por comparación social, observando las respuestas de otros ante la misma situación y los resultados que aquéllos obtuvieron (Nieto, Abad y Ortuño, 1998; López, 2000; León, 2004; Nieto-Munuera, et.al., 2004).

De esta manera, se consideran conductas de enfermedad todas aquellas acciones que afectan el significado personal de los síntomas, las discapacidades y

sus consecuencias. Así, se incluyen acciones como el reconocimiento de dichos síntomas, la búsqueda de ayuda, el uso de servicios médicos, el cumplimiento de prescripciones terapéuticas, la actividad rehabilitadora, la asunción de ciertas conductas de rol en determinadas situaciones y las respuestas de afrontamiento de la enfermedad (Vinaccia, et.al., 2004). La búsqueda y selección de estas acciones dependerá factores como la percepción de los síntomas (intensidad, frecuencia, valoración de su gravedad) y su capacidad de interferir en el funcionamiento cotidiano del individuo, la adaptación al malestar y/o al dolor, los conocimientos e información disponible respecto a la enfermedad, los valores culturales del enfermo y la accesibilidad a los servicios de salud (López, 2000).

Partiendo de la valoración que los pacientes realizan de su estado de salud, Howard Leventhal (s.f., en Quiceno y Vinaccia, 2010) desarrolló el modelo de autorregulación de la enfermedad, el cual propone que un estímulo, en este caso el síntoma, genera dos representaciones de la enfermedad, una cognitiva y una emocional, además de una amenaza para la salud. Estas representaciones definen las acciones y sus objetivos, y por lo tanto, la adopción de diversos comportamientos o estrategias de afrontamiento. Ambas representaciones se unen en una sola, dando como resultado definiciones o representaciones, conocidas como cogniciones de enfermedad, las cuales se definen como aquellas creencias implícitas del paciente con relación a su estado de salud, que lo hacen comprender su situación y afrontarla, en otras palabras, el paciente le confiere un sentido y un significado subjetivo a la enfermedad. Estas cogniciones están mediadas el diagnóstico que se recibe, los síntomas, etiología, duración, consecuencias, control sobre el propio estado de salud y la capacidad de afrontamiento.

De esta manera, el modelo de autorregulación de Leventhal considera al paciente como un procesador activo, quien desarrolla sus propias teorías en torno a su estado de salud, las cuales se denominan “de sentido común”, distinguiéndose de las teorías científicas propias de la actividad del personal sanitario, especialmente de los médicos y que tienen un gran valor, pues son las

principales determinantes del significado y de la conducta del paciente respecto a su salud (López, 2000; Galán, et.al., 2000; Galán, et.al., 2001).

En concordancia con lo anterior, Lipowsky (1981, en Nieto-Munuera, et.al., 2004) ha descrito seis categorías de significado de la enfermedad: desafío, en donde la persona desarrolla estrategias de afrontamiento activas y de carácter adaptativo; amenaza, lo que dificulta su afrontamiento; enemigo, que trae como consecuencia ansiedad, miedo y mal humor, los cuales pueden predisponer a la lucha o a la huida; refugio; ganancia, ya que se puede conseguir mayor atención y disponibilidad por parte de los demás; y castigo.

Otro modelo a destacar es el de Sean McHugh y Michael Vallis, con el cual hacen una distinción entre el estar enfermo y el sentirse enfermo. Estos autores utilizan el término *disease* para hacer referencia a los aspectos biológicos del enfermar, describe una condición física observable o inferida que resulta de cualquier tipo de lesión, daño, infección u otra disfunción homeostática en el cuerpo, mientras que usan *illness* refiriéndose a la experiencia subjetiva de sufrimiento humano que altera, incapacita o desorganiza la vida normal de la persona, quien atribuye dicha experiencia a una enfermedad (*disease*) determinada. Esta experiencia lo lleva a desarrollar una serie de respuestas y conductas manifiestas (Galán, et.al., 2000; Kornblit y Mendez, 2000; Galán, et.al., 2001; León, 2004; Nieto-Munuera, et.al., 2004). Este modelo permite reconocer que la enfermedad no sólo implica un problema orgánico o un diagnóstico clínico, sino que hay una persona que vive y sufre su enfermedad, junto con sus familiares.

Actualmente se reconoce la importancia de las variables psicosociales en una amplia gama de padecimientos y el papel decisivo que juega la conducta de enfermedad en la vivencia y evolución del paciente. Los modelos mencionados sobre el modo en que la persona se representa a sí misma suponen un avance con respecto al modelo biomédico, pues plantean la necesidad de considerar las dimensiones biológica, psicológica y social para comprender la situación por la que pasa un paciente crónico, y así poder hacer una intervención más completa, que incluya al propio enfermo y su familia o núcleo social más cercano.

El enfoque socio-ecológico y la aplicación del modelo de conducta de enfermedad determina un cambio en el quehacer médico-hospitalario, dado que permite el trabajo multidisciplinar, conduciendo así a un sistema donde los profesionales de la salud, médicos y no médicos, establecen una relación de tipo horizontal, donde cada uno hace aportaciones valiosas desde su disciplina para el cuidado y la atención integral de los pacientes que asisten a las instituciones de salud. En el siguiente y último apartado se aborda la importancia de la relación personal sanitario-paciente y la influencia que tiene en la vivencia de enfermedad.

### **1.5 La Relación Personal Sanitario-Paciente**

Una vez que el enfermo ha decidido hacer uso del sistema sanitario, aparece una interacción con los profesionales de la salud y asume el papel de paciente. La relación médico-paciente se define como un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos (Girón, Beviá, Medina y Palero, 2002).

Sin embargo, hoy en día el enfermo se encuentra con distintos especialistas que son responsables de sus cuidados y con los que se mueve en esa dimensión relacional y asistencial que, eventualmente, ejercerá una acción determinante en el resultado final del proceso terapéutico. Por tal motivo, actualmente parece más adecuado hablar de relación entre el profesional sanitario y paciente, pues, aunque el médico sea el agente principal en el cuidado de la salud, cada vez se recibe más atención de enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales. La relación profesional sanitario-paciente se puede definir como aquella relación en la cual el profesional de la salud aplica sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento del paciente, siendo su fin último prevenir la enfermedad, devolver la salud al paciente y/o aliviar su padecimiento. Esta relación se establece en un marco social concreto, en la mayoría de los casos en una institución de salud, y se estructura a través de una situación de interacción personal directa. Estas dos características constituyen sus dos dimensiones básicas (Nieto-Munuera, et.al., 2004).

La relación profesional sanitario-paciente puede presentar diversas formas en función de diversos factores, como la concepción de la enfermedad (que varía dependiendo del momento histórico de la medicina), el tipo (aguda o crónica), el grado de participación que se le permita al paciente, el profesional de salud (general o especialista), la asistencia sanitaria y el ambiente (institución privada o pública) y las características de personalidad de los profesionales y los pacientes. Todo esto condiciona los distintos tipos de relación que se pueden establecer (Rodríguez, 2001; Navarro y Silveira, 2005). En la actualidad, es común la relación paternalista, basada en la ética de beneficencia, donde el médico está obligado a realizar su mejor esfuerzo en beneficio del enfermo, pero sin la participación activa de éste, incluso de la familia. Este tipo de relación ha sido fomentada y mantenida por el sistema sanitario desde una perspectiva institucional (Nieto-Munuera, et.al., 2004).

La relación profesional sanitario-paciente se establece por medio de la comunicación, tanto verbal como no verbal. Una buena comunicación es esencial puesto que juega un papel vital en la obtención de información relevante y la comprensión del problema, además puede determinar la medida en la que el tratamiento será seguido por el paciente. Si no hay buena comunicación con el paciente, los mejores niveles de destreza y conocimiento biotécnico pueden ser totalmente inútiles. Además, la buena comunicación tiene en sí misma un valor terapéutico (Rodríguez, et.al., 2001; López, Pastor y Neipp, 2003).

La problemática de las relaciones interpersonales es el área más frustrante y estresante de la vida cotidiana en el marco hospitalario. Las instituciones de salud con frecuencia favorecen una asimetría donde el control recae en el profesional, donde suele hacerse uso de jerga médica o la información que se proporciona al paciente es insuficiente. Esto puede crear confusión e insatisfacción y generar ideas incorrectas sobre el padecimiento. Lo anterior podría deberse a la automatización que provoca el trabajo institucional o a un mero hábito. También es posible que el profesional considere más beneficioso que el paciente no entienda exactamente su enfermedad y su tratamiento, con lo que se evitará un sufrimiento o ansiedad innecesarios. Estas formas de proceder

influyen en la comunicación, acortan el tiempo de interacción y reducen la incidencia de reacciones emocionales del paciente ante el personal de salud y hacia su propia enfermedad (López, et.al., 2003).

De acuerdo con Rodríguez (2001) otros aspectos que influyen en la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente son:

1. El marco de la interacción, el cual puede ser poco adecuado para una comunicación eficaz, ya que una persona que se siente enferma (y muchas veces, angustiada) debe comunicar sus problemas a otra, responder preguntas a veces complicadas, personales e íntimas en un corto lapso de tiempo, algo que también puede afectar al profesional de salud;
2. La estructura del sistema sanitario, sobre todo si se trata de un servicio público de salud pues el paciente frecuentemente no constituye una fuente de refuerzo directa ni indirecta para el profesional, que no se ve afectado por la satisfacción del paciente, dado que la actuación de aquél suele evaluarse sobre la base del número de actos médicos realizados;
3. La conducta del profesional sanitario, principalmente los aspectos afectivos, sobre todo la sensibilidad, la calidez y la preocupación por los problemas que el paciente pueda tener por su enfermedad;
4. La conducta del paciente, por ejemplo, expresando críticas o manifestando su irritación contra el profesional o el sistema sanitario, no contestando las preguntas que éste le formula, la manera de describir los síntomas o la incapacidad de describirlos y presencia de ansiedad; y
5. Las características personales y sociodemográficas del paciente y del profesional.

En el ámbito de los servicios sanitarios, son muchos los problemas que se originan cuando la comunicación es mala, apresurada e impersonal. Por ejemplo, la falta de o una comunicación deficiente con el profesional sanitario es causa de

insatisfacción de los pacientes y sus familiares, además entre un 30 y un 50% de los pacientes no muestran adhesión al tratamiento a causa de lo anterior. Los profesionales pueden llegar a subestimar lo que el paciente desea o pueden no tener en cuenta sus expectativas y opiniones (Barriga, León, Ballesteros y Medina., 2004). Una razón por la cual el personal sanitario no siempre se centra en la comunicación es porque, aunque tenga buenas habilidades comunicativas, elige centrarse en tareas que se espera de él, es decir, en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. También puede deberse a algún mecanismo de protección emocional para no perder la objetividad que su trabajo requiere. Sin embargo, una buena comunicación con el paciente no implica una pérdida de objetividad ni un desempeño inadecuado de sus tareas (Correa y Arrivillaga, 2007).

Por otra parte, en muchas ocasiones, los pacientes y sus familiares desean que el comportamiento del profesional refleje sensibilidad, comprensión, calidez y preocupación por su persona; y están más satisfechos con profesionales que no se muestran emocionalmente neutrales, que se muestran amigables e interesados en ellos, que simpatizan con sus sentimientos e inspiran confianza, calma y competencia, y todo ello, tanto con sus palabras como con su lenguaje corporal (López, et.al., 2003).

No cabe duda que los cambios económicos, culturales y sociales de los últimos años han modificado el contexto de la enfermedad y la atención sanitaria. Han habido progresos en términos de salud; el desarrollo de las ciencias biológicas y la tecnología enriquecieron la medicina, aumentaron sus conocimientos y las especialidades se multiplicaron, se desarrolló la medicina preventiva y se ha prolongado la esperanza de vida. Sin embargo, estos avances no han sido congruentes con la calidad y humanidad en la atención de la persona enferma. El contacto y el encuentro con el enfermo se han instrumentalizado y tecnificado, minimizando las posibilidades del establecimiento de una adecuada relación profesional sanitario-paciente en donde ambos van más allá de sus roles sociales, pues en las instituciones de salud suelen ser más relevantes la eficiencia, productividad, eficacia, competitividad, lo económico y lo científico,

quedando relegado el establecimiento de un vínculo. La demanda creciente, la escasez del tiempo de consulta y el multiempleo atentan contra esta relación, lo que genera sentimientos de frustración en ambos, la predisposición al estrés asistencial en el médico, la no adherencia al tratamiento o el sabotaje del mismo por parte del paciente y un estado de disconformidad que incide negativamente en la intervención y el tratamiento (Navarro y Silveira, 2005; Correa y Arrivillaga, 2007). Por tal motivo, es necesario que el profesional de la salud asuma el hecho de que las relaciones interpersonales con los enfermos son una parte fundamental del proceso de atención y tratamiento de la enfermedad (Barriga, et.al., 2004).

Como pudo apreciarse, la enfermedad crónica implica una serie de cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y familiar, donde el impacto de cada uno de ellos dependerá de varios factores, como la enfermedad de la que se trate, las características de la persona, apoyo familiar, estatus económico y etapa de la vida de la persona. Asimismo, se pudo comprender que el padecimiento de una enfermedad crónica va más allá del malestar físico, abarcando toda una serie de cambios en el estilo de vida, incluso en el significado mismo de los que es vivir cuando se está enfermo.

Ahora que se cuenta con este panorama general, en el siguiente capítulo se hablará particularmente de la enfermedad de Parkinson, con el fin de conocer sus principales síntomas, consecuencias y cambios que trae en la vida del paciente.

## **Capítulo 2.**

### **La Enfermedad de Parkinson**

La enfermedad de Parkinson (EP) fue descrita por primera vez en 1817 por el médico inglés James Parkinson en un escrito titulado “Ensayo sobre la parálisis agitante”. Actualmente forma parte de un conjunto de padecimientos denominados desórdenes del movimiento (Hernández, 2006; Chávez-León, Ontiveros-Uribe y Carrillo-Ruíz, 2013). Particularmente, la EP es un trastorno neurológico crónico-degenerativo, es decir, un padecimiento del sistema nervioso central que se agrava con el paso del tiempo, además su incidencia aumenta con la edad (Weiner, et.al., 2002; Barranco, Aranda, Fernández y Barciela, 2009).

De etiología desconocida, su principal hallazgo neuropatológico es la degeneración de la sustancia negra *pars compacta*, lugar donde se encuentran las neuronas productoras de dopamina (neuronas dopaminérgicas). La dopamina transmite señales hacia el cuerpo estriado, el cual se encarga de controlar movimientos finos e intencionados. Es en este sistema, conocido como sistema nigroestriatal, donde las neuronas dopaminérgicas degeneran, dando como resultado un déficit de dopamina y la manifestación clínica de la EP, que consiste en la aparición de los síntomas cardinales de la EP, a saber, temblor distal en reposo, rigidez, bradicinesia y alteración de los reflejos posturales (Weiner, et.al., 2002; Hernández, 2006; Galtier, Nieto, Barroso y Norelis, 2009; Barranco, et.al., 2009; Martínez-Sánchez, 2010; Pizarro, Rizzoli, Salmerón, Cervantes y Soto, 2013). Además de estos síntomas, los pacientes también presentan síntomas no motores, como alteraciones del sueño, del estado de ánimo y cognitivas, entre otras (Rojo, 2009).

La sintomatología en la EP suele presentarse después de los 60 años y es muy poco común antes de los 30 años. Su curso es insidioso, pudiendo pasar en ocasiones muchos años antes de que se establezca un diagnóstico definitivo, y otros años más antes de que los síntomas lleguen a provocar una discapacidad severa en la persona que la padece (Hernández, 2006; Arango y Molina, 2008).

La EP es la segunda enfermedad neurodegenerativa en frecuencia en la población adulta (Martínez-Hernández y Arellano-Reynoso, 2012), y dado el aumento en la expectativa de vida, se espera una mayor prevalencia (Villar-Velarde, Rodríguez-Violante, Cruz-Santillán y Cervantes-Arriaga, 2013). Parece no haber distinciones de edad, raza y sexo, por lo que puede aparecer en cualquier lugar del mundo. Actualmente se estima que este padecimiento afecta a más de 300 personas de cada 100,000 personas en el mundo (Pizarro, et.al., 2013). En México no se tienen estudios epidemiológicos para prevalencia e incidencia de la enfermedad (Rodríguez-Violante, et.al., 2012), sin embargo, se estima que el 8.1% de la población tiene 60 años, lo que implicaría una prevalencia entre 83,000 y 166,600 personas con EP (Rodríguez-Violante, et.al., 2011).

Actualmente no existe cura para la enfermedad, pero sí tratamiento farmacológico y quirúrgico que puede aliviar la sintomatología del paciente (Weiner, et.al., 2002; Arango y Molina, 2008).

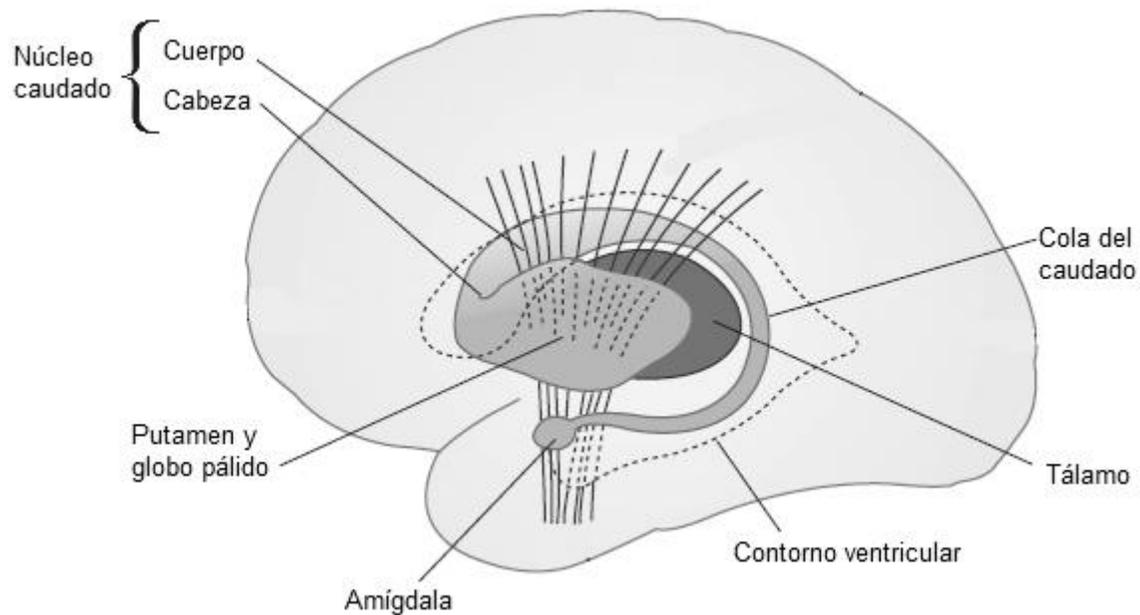
En este capítulo se proporcionará un panorama general de la enfermedad de Parkinson para caracterizarla y comprender los cambios y dificultades a los que se enfrenta una persona a quien le ha sido diagnosticada esta enfermedad.

## **2.1 Etiopatogenia**

Se mencionó que con la EP se afecta el sistema nigroestriatal, que forma parte los ganglios basales, los cuales constan de varios núcleos interconectados entre sí que modulan el impulso nervioso que se transmite desde las neuronas en la corteza cerebral hasta los músculos del cuerpo requeridos para realizar un movimiento corporal (Frausto, 2011). Dada la compleja interconexión neuronal con otras regiones del sistema nervioso, los ganglios basales influyen tanto en la ejecución como en la preparación de los movimientos (Mink, 2007; Valls-Solé, 2007; Snell, 2010).

Los ganglios basales están conformados por el núcleo caudado, putamen, globo pálido, núcleo subtalámico y sustancia negra (Figuras 1 y 2). El núcleo caudado y el putamen forman al cuerpo estriado, mientras que el globo pálido y el putamen forman el núcleo lenticular. La sustancia negra se caracteriza

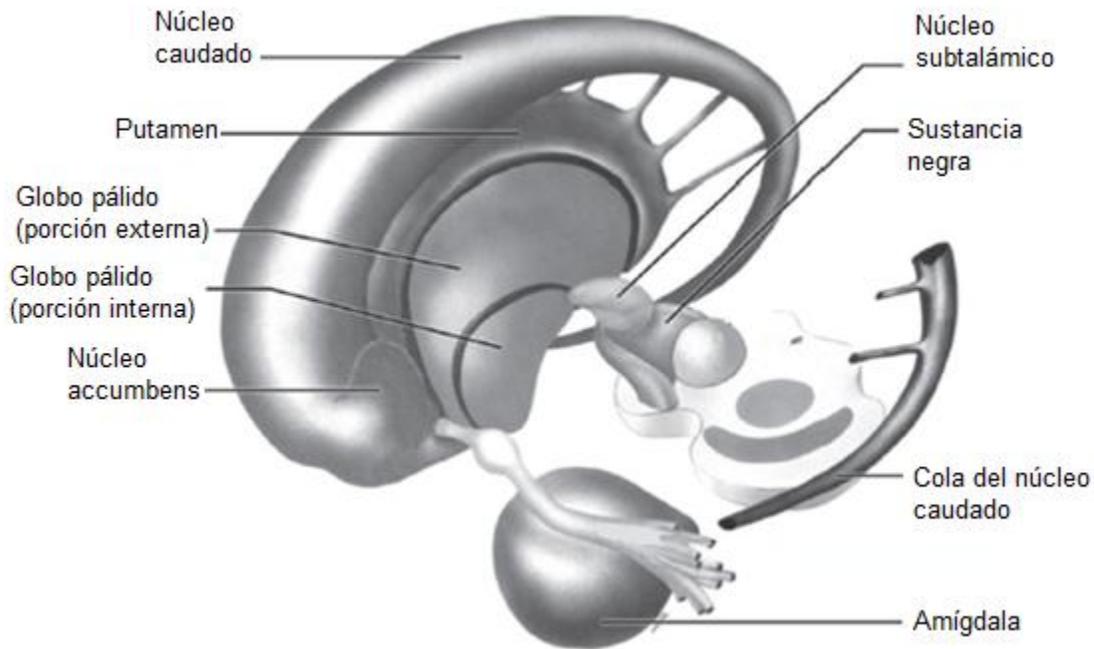
histológicamente por la existencia de melanina, y consta de dos partes, la *pars compacta*, donde las neuronas con melanina se encuentran muy juntas y en gran cantidad, y la *pars reticulada*, que ocupa más espacio y donde las neuronas no son tan abundantes (Birkmayer y Danielczyk, 1997; Stokes, 2000; Valldeoriola, 2003; Restrepo, 2010).



**Figura 1.** Ubicación cerebral de los ganglios basales. Vista lateral.

Fuente: Adaptado de Waxman, S. (2011). *Neuroanatomía Clínica*. (26ta. Ed.). México: McGraw Hill.

La lesión fundamental de la EP recae en la *pars compacta* de la sustancia negra (Arango y Molina, 2008; Alegret, 2009). Debido a la degeneración axonal de las células nigricas, en el cuerpo estriado hay una disminución de la dopamina, trayendo como consecuencia un fallo en la transmisión dopaminérgica del sistema nigroestriatal (Weiner, et.al., 2002; Valldeoriola, 2003; Snell, 2010). Esta afectación del sistema nigroestriatal justifica las alteraciones motoras que aparecen con la EP (Restrepo, 2010).



**Figura 2.** Ganglios basales. Vista medial

Fuente: Adaptado de Hendelman, W. (2006). *Atlas of Functional Neuroanatomy*. (2nd. Ed.). Boca Raton: Taylor & Francis Group.

En el momento en el que los pacientes manifiestan los síntomas motores de la EP se han degenerado aproximadamente un 60% de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra, y se ha reducido en un 80% el contenido de dopamina nigroestriatal (Valldeoriola, 2003; Arango y Molina, 2008). Esto significa que el inicio de la enfermedad precede a la aparición de los síntomas motores.

Sin embargo, la EP no sólo es un estado de déficit de dopamina. A medida que avanza este déficit, también desciende la concentración de otros neurotransmisores, como noradrenalina, serotonina y acetilcolina, trayendo como consecuencia, además de las manifestaciones motoras de la EP, alteraciones autonómicas, sensitivas y mentales (Birkmayer y Danielczyk, 1997; Martínez-Martín, Guerrero-Díaz y Frades-Payo, 2004; Poewe, 2007; Alegret, 2009; Ferrer, et.al., 2013).

A pesar de este conocimiento fisiopatológico, aún no se sabe con exactitud qué origina la EP, por lo que en ocasiones se le denomina idiopática, es

decir, de causa desconocida. Sin embargo, actualmente diferentes teorías tratan de explicarla (Valldeoriola, 2003; Calvo y Espada, 2011). Algunos de los factores que se suelen tomar en cuenta para explicar el origen de la EP son los genéticos (Velldeoriola, 2003; Gasser, 2007; Przedborski, 2007), que explican entre el 10% y el 13% de todos los casos de EP, pues se considera que los parientes de primer grado de pacientes con EP tienen dos o tres veces más posibilidades de padecerla (Berciano, 2001; Muñoz, Pastor, Martí, Valldeoriola, Oliva y Tolosa, 2001; Elizondo-Cárdenas, Déctor-Carrillo, Martínez-Rodríguez, Martínez-de Villarreal y Esmer-Sánchez, 2011).

Otros factores son los medioambientales, como pesticidas, herbicidas y MPTP (1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina), un compuesto que resulta de la síntesis de heroína sintética (Jato y Huerta, 2005; Arango y Molina, 2008). A pesar de lo anterior, se considera que la etiología de la EP es multifactorial (Valldeoriola, 2003).

## **2.2 Signos y Síntomas de la Enfermedad de Parkinson**

La EP se caracteriza clínicamente por un comienzo insidioso y sintomatología progresiva de inicio unilateral que conforme evoluciona se vuelve bilateral (Arango y Molina, 2008). A continuación se hará una descripción de los síntomas de la EP, los cuales se agrupan en motores y no motores, éstos últimos incluyen alteraciones cognitivas y neuropsiquiátricas.

### **2.2.1 Síntomas motores.**

Los síntomas motores de la EP son preponderantes, por lo que en ellos se basa el diagnóstico. A estos síntomas se les conoce como cardinales y son cuatro:

1. Temblor en reposo. Por lo general es monosintomático, producido por una rápida contracción y relajación de músculos antagonistas. En el 70% de los casos es el primer síntoma cardinal en aparecer (Birkmayer y Danielczyk, 1997; Arango y Molina, 2008, Rojo, 2009; Mínguez-Castellanos, 2010). Su inicio es asimétrico y distal, que conforme avanza la enfermedad se vuelve bilateral (Weiner, et.al., 2002; Orejuela,

Sánchez., Barbero, Méndez, Albuquerque y Calvo, 2003; Jato y Huerta, 2005). Se caracteriza por ser lento, regular y rítmico, disminuye (en ocasiones desaparece por completo) al realizar algún movimiento (sobre todo en estadios iniciales) y aumenta en situaciones de gran carga emocional, ansiedad, nerviosismo y estrés (Valldeoriola, 2003; Barranco, et.al., 2009; Rojo, 2009; Mínguez-Castellanos, 2010; Chávez-León, et.al., 2013).

2. Rigidez. Es el aumento del tono muscular como consecuencia de una co-contracción patológica de músculos agonistas-antagonistas, al existir una alteración en la inhibición recíproca (Orejuela, et.al., 2003). La rigidez es más evidente en los segmentos distales de las extremidades (muñeca y tobillo), aunque también se puede reconocer en segmentos intermedios como el codo o la rodilla (Valldeoriola, 2003; Rojo, 2009). La rigidez aumenta con el frío, la fatiga y con eventos de carga emocional. Hay dos tipos de rigidez: en tubo de plomo y en rueda dentada (Birkmayer y Danielczyk, 1997; Weiner, et.al., 2002; Jato y Huerta, 2005).
3. Bradicinesia. Se define como la lentitud en la ejecución del movimiento, con reducción progresiva de la velocidad y la amplitud (Birkmayer y Danielczyk, 1997). No permite movimientos espontáneos, fluidos y rápidos (Valldeoriola, 2003; Rojo, 2009). Al inicio se presenta como torpeza sutil, volumen de voz bajo y monótono o hipomimia facial (Weiner, et.al., 2002; Galtier, et.al., 2009). En su forma más grave, la bradicinesia progresa hacia la acinesia, es decir, incapacidad total para moverse (Arango y Molina, 2008).
4. Alteración de los reflejos posturales. Reflejo postural se refiere a los reflejos necesarios para que un individuo mantenga el equilibrio cuando está de pie o camina (Birkmayer y Danielczyk, 1997; Jato y Huerta, 2005). En las personas con EP las dificultades de equilibrio aparecen como una sensación de ligera inestabilidad cuando están de pie, ya que tienen dificultad para mantenerse en posición recta. Cuando intentan caminar, la cabeza y el tronco se mueven desacompañados. Esta falta de

equilibrio también se aprecia cuando se levantan de una silla o de la cama; también les suele resultar difícil dar la vuelta sobre su propio eje con rapidez. Pueden presentar caídas que se producen sin previo aviso (Weiner, et.al., 2002).

Estos síntomas traen como consecuencia una gran variedad de dificultades y alteraciones, como postura encorvada, dificultades de la marcha, pérdida de la expresión facial, dificultades de deglución, sialorrea y pérdida de destreza manual. A medida que evoluciona la enfermedad aumenta la gravedad de estas dificultades, lo que interfiere con las actividades de la vida diaria del paciente, haciéndolo cada vez más dependiente de los otros para que le ayuden en actividades diarias (Weiner, et.al., 2002; Orejuela, et.al., 2003; Jato y Huerta, 2005; Chacón, 2010).

### **2.2.2 Síntomas no motores.**

Los síntomas no motores (SNM) son heterogéneos e incluyen alteraciones cognitivas, trastornos psiquiátricos y alteraciones del sistema nervioso autónomo o trastornos autonómicos (Poewe, 2007; Arango y Molina, 2008; Galtier, et.al., 2009, Morales-Briceño, Cervantes-Arriaga y Rodríguez-Violante, 2011; Ferrer, et.al., 2013; Pizarro, et.al., 2013).

Desde las primeras descripciones de la EP se hacía alusión a estos síntomas, sin embargo se les ha prestado poca atención quizá por la mayor expresividad clínica de los trastornos motores (Rojo, 2009; Argandoña-Palacios, Perona-Moratalla, Hernández-Fernández, Díaz-Maroto y García-Muñozguren, 2010). No obstante, esto ha cambiado en los últimos años, ya que los SNM de la EP son comunes en todos los estadios de la enfermedad, han demostrado tener alta prevalencia y frecuentemente son las principales molestias en los pacientes, teniendo consecuencias negativas en la calidad de vida y la progresión de discapacidad global (Morales-Briceño, et.al., 2011; Santos-García, Abella-Corral, Aneiros-Díaz, Santos-Canelles, Llana-González y Macías-Arribi, 2011).

Por otra parte, el interés en los SNM también ha crecido porque se ha observado que la disfunción no motora puede preceder a los signos y síntomas motores, lo que hace pensar que algunos de los SNM pueden desempeñar un papel de posibles “predictores” de la EP (Poewe, 2007; Morales-Briceño, et.al., 2011). Lamentablemente, y a pesar del desarrollo de escalas y cuestionarios para facilitar su detección, estos síntomas aún están infradiagnosticados, por lo que no se ofrecen alternativas terapéuticas a los pacientes (Argandoña-Palacios, et.al., 2010).

#### **2.2.2.1 Trastornos autonómicos.**

Dentro de los trastornos autonómicos se encuentran el dolor (suele ser frecuente y puede afectar de manera muy significativa a la calidad de vida), fatiga (que puede confundirse con depresión), hiposmia, trastornos genitourinarios (disfunción vesical y disfunción sexual), cambios fonatorios (principalmente en las cualidades acústicas de la voz, como timbre, tono e intensidad, y en la producción motora del habla), estreñimiento, episodios de sudoración excesiva, trastornos del sueño, dermatitis seborreica y acatisia (Birkmayer y Danielczyk, 1997; Ostrosky-Solís, 2000; Orejuela, et.al., 2003; Jato y Huerta, 2005; Landázuri, Villamil y Delgado, 2007; Poewe, 2007; Galtier, et. al. 2009; Rojo, 2009; Argandoña-Palacios, et.al., 2010; Chacón, 2010; Erro, Moreno y Zandio, 2010; Martínez-Sánchez, 2010; Santos-García, et.al., 2011; Pizarro, et.al., 2013).

#### **2.2.2.2 Trastornos cognitivos.**

Los trastornos cognitivos han adquirido un mayor reconocimiento e importancia, ya que son de gran relevancia para el tratamiento médico, la intervención psicológica y rehabilitación del paciente con EP (Fernández-Prieto, Lens, López-Real, Puy, Dias-Silva y Sobrido, 2010).

Las alteraciones cognitivas en estos pacientes son muy variadas. Hay quienes manifiestan una normalidad relativamente absoluta debido a una compensación de la función alterada con otra, hay pacientes que presentan cuadros focales de alteración y otros más que presentan un cuadro demencial. Sin

embargo, otros podrían presentar, a principios de la enfermedad, déficits cognitivos que no evolucionarían a demencia o lo harían en un período de tiempo prolongado (Ostrosky-Solís, 2000; Vera-Cuesta, Vera-Acosta, Álvarez-González, Fernández-Maderos y Casabona-Fernández, 2006; Bruna, Subirana, Villalta, Virgili y Junqué, 2008; Galtier, et.al., 2009; Yubero, 2011; Ferrer, et.al., 2013).

La gran cantidad de factores neuroquímicos y neuroanatómicos que intervienen en la aparición y progresión de la EP hacen de las alteraciones cognitivas un problema complejo y difícil de abordar desde una perspectiva experimental, por lo tanto, se deben buscar las características individuales del estado mental, las cuales constituirán en cada caso el patrón del posible deterioro cognitivo (Perea-Bartolomé, 2001; Kulisevsky y Pagonabarraga, 2009). Generalmente, las alteraciones cognitivas suelen ir en paralelo con la progresión y gravedad de la EP (Weiner, et.al., 2002).

Los trastornos de memoria y aprendizaje son muy frecuentes en la EP y tienden a pronunciarse en los estadios avanzados (Sánchez-Rodríguez, 2002). La alteración es multimodal, afectando tanto al material auditivo como visual. Se han descrito déficit en memoria de trabajo, en memoria explícita con dificultades para usar espontáneamente estrategias de recuperación y en memoria implícita con dificultades para mantener la información adquirida de un proceso o tarea motora (Vera-Cuesta, et.al., 2006; Alegret, 2009). Respecto a la memoria visual se ha examinado la memoria de trabajo y el recuerdo inmediato y/o diferido de figuras o diseños geométricos. En general, los pacientes con EP suelen mostrar un rendimiento deteriorado, aunque los resultados no son consistentes (Galtier, et.al., 2009).

Las alteraciones del procesamiento visoespacial también se consideran muy comunes en pacientes con EP. Algunas de las dificultades que presentan son en el reconocimiento facial, memoria espacial, construcción con bloques (habilidades constructivas) y copia de figuras, la apreciación de la posición relativa de los objetos en el espacio y su integración de forma coherente, dificultades para la ejecución de operaciones mentales que implican conceptos espaciales y

dificultades en tareas de orientación espacial y corporal (Ostrosky-Solís, 2000; Rodríguez-Constenla, Cabo-López, Bellas-Lamas y Cebrián, 2010; Yubero, 2011).

En pacientes con EP también es frecuente encontrar déficit en la fluencia verbal, incluso desde estadios iniciales, y se considera un factor de riesgo para el desarrollo futuro de demencia. Sin embargo, la evaluación experimental de la fluencia verbal con tareas estandarizadas ha producido divergencias en los resultados (Kulisevsky y Pagonabarraga, 2009).

Por otra parte, las alteraciones de la atención se observan en tareas complejas que requieren atención focalizada, atención selectiva o atención alternante, todas relacionadas con el funcionamiento ejecutivo (Yubero, 2011). Asimismo, la resistencia a la interferencia mental está disminuida (Rodríguez-Constenla, et.al., 2010). Mientras tanto, las alteraciones de orientación son secundarias a los trastornos atencionales y mnésicos, así como de la afectación frontal. La más importante suele ser la desorientación temporal, seguida de la espacial. La desorientación personal por lo general se manifiesta en cuadros demenciales (Perea-Bartolomé, 2001). Referente a las praxias, se encuentran signos motores de tipo frontal, como la inhabilidad para mantener y organizar secuencias de acciones, así como presencia de perseveraciones y ecopraxias (Ostrosky-Solís, 2000).

Respecto al lenguaje, aparentemente se encuentran intactos aspectos lógico-gramaticales y lógico-verbales complejos, aunque hay dificultades para realizar análisis detallados o estrategias adecuadas para solucionar y verificar problemas. En el procesamiento y comprensión de frases largas y complejas los pacientes con EP son más lentos y menos precisos, además presentan dificultades en la generación de verbos, dificultad para comprender los significados metafóricos y trastornos en el *priming* semántico (Ostrosky-Solís, 2000). *Priming* es un concepto relacionado con la memoria implícita, y hace referencia a la influencia que tiene un estímulo en el rendimiento subsiguiente del sistema de procesamiento, en otras palabras, a la influencia de facilitadores que permiten la recuperación de información. En el caso del *priming* semántico, se requiere de un procesamiento semántico (Razumiejczyk, López y Macbeth, 2008).

En fases avanzadas de la enfermedad suele aparecer una reducción del lenguaje espontáneo como consecuencia de la afectación frontal (Alegret, 2009).

Referente a las funciones frontales se encuentra disfunción ejecutiva, que implica una inhabilidad para ordenar y mantener programas cognitivos (actividades dirigidas hacia una meta), impidiendo la elaboración de un comportamiento adaptativo en respuesta a nuevas situaciones ambientales (Ostrosky-Solís, 2000; Kulisevsky y Pagonabarraga, 2009). También puede presentarse enlentecimiento en el pensamiento, considerado uno de los síntomas cognitivos más frecuentes en pacientes con EP. Se puede apreciar cuando el paciente tarda en entender algo o en generar una respuesta a una pregunta (Vera-Cuesta, et.al., 2006). Este enlentecimiento interfiere en las funciones cognitivas, por lo que es necesario tenerlo en cuenta en el diseño de la evaluación neuropsicológica, la elección de las pruebas, la interpretación de los resultados y en el ajuste de los datos normativos (Yubero, 2011).

La presencia de deterioro cognitivo es muy frecuente (Kulisevsky y Pagonabarraga, 2009; Rojo, 2009). Se estima que la prevalencia de demencia es del 20 al 60% (Bruna, et.al., 2008). Además de las alteraciones cognitivas se presentan también alteraciones conductuales (Ostrosky-Solís, 2000). Factores como la edad de diagnóstico, la severidad de los síntomas motores, un trastorno del estado de ánimo asociado, el tratamiento farmacológico, el nivel educativo, presencia de alucinaciones visuales y trastorno del comportamiento del sueño REM se relacionan con la aparición de estas alteraciones (Rodríguez-Constenla, et.al., 2010; Yubero, 2011).

Aunque la EP implique un deterioro cognitivo asociado, en los últimos años se ha generado un debate acerca de la existencia de pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) en esta enfermedad. Clásicamente, se ha considerado al DCL como un síndrome que se caracteriza por la presencia de un déficit en el rendimiento de la memoria más acentuado al que se esperaría como consecuencia de la edad, que no cumple los criterios necesarios para el diagnóstico de demencia. Al ser las manifestaciones de memoria las más destacadas clínicamente, pueden pasar desapercibidas otras manifestaciones que

no son tan fácilmente observables, además sus límites entre el envejecimiento normal y la demencia no están definidas con claridad (Migliacci, Scharovsky y Gonorazky, 2009; Mora-Simón, et.al., 2012).

Por otra parte, la demencia se concibe como un síndrome en el que hay un déficit global de la función cognitiva y del control emocional, suele ser progresivo e interfiere en las actividades sociales, familiares y ocupaciones normales de la persona. Sus principales características son la alteración global de las capacidades cognitivas previamente aprendidas y un deterioro cognitivo progresivo (Halgin y Whitbourne, 2004; Portellano, 2005; Ceballos y García, 2007; Nitrini y Dozzi, 2012). De manera general, los síntomas de la demencia pueden comenzar con olvidos leves, sólo ligeramente notables y molestos, los cuales se volverán cada vez más obvios y perturbadores. Además hay pobre introspección y juicio crítico, llevando al paciente a minimizar su sintomatología, además pueden producirse conductas temerarias y agresividad heterodirigida (Esparza, 2005).

La demencia en la EP se caracteriza por tener un patrón subcortical. La demencia subcortical se caracteriza por enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, repuestas motoras lentas, apatía, falta de motivación, desinterés y depresión. Hay dificultad para recuperar información ya almacenada, manteniendo la capacidad para aprender nueva información bastante tiempo a lo largo de la evolución de la enfermedad, hay déficit en el cálculo y en el manejo del pensamiento abstracto. Por su parte, la demencia cortical se caracteriza por un deterioro precoz de la memoria episódica que no mejora con pruebas de reconocimiento, apareciendo posteriormente disfunciones cognitivas corticales como agnosia, apraxia y afasia. El aprendizaje procedural está conservado y aparecen tardíamente trastornos motores. El grado de deterioro cognitivo es más severo (d'Hyver de las Deses y Gutiérrez, 2009).

Es común que un paciente con EP presente enlentecimiento en el procesamiento de la información, apatía y depresión. Hay alteraciones en la fluidez verbal, atención (regularmente fluctúa), memoria (fallos en el aprendizaje de nueva información y en el recuerdo libre, la recuperación es pobre, aunque suele mejorar con facilitadores), funciones ejecutivas y praxias (fundamentalmente

las visuoesconstructivas). También hay alteraciones conductuales, alucinaciones y delirios. El deterioro de las funciones cognitivas se exagera frecuentemente con la depresión (Perea-Bartolomé, 2001; Sánchez-Rodríguez, 2002; Ruíz-Rizzo, Tirado, Moreno-Carrillo, Aguirre-Acevedo, Murillo y Lopera, 2009; Giannaula, 2010; Rodríguez-Constenla, et.al., 2010; Yubero, 2011).

### **2.2.2.3 Trastornos neuropsiquiátricos.**

Frecuentemente, la EP se complica con una amplia variedad de trastornos neuropsiquiátricos, algunos propios de la enfermedad y otros como efecto secundario de los fármacos utilizados en el tratamiento (Noé-Sebastián, Irimia-Sieira, Pomares-Arias, Martínez-Vila y Luquin-Piudo, 2001; Castro-García, Sesar-Ignacio y Ares-Pensado, 2004; Rojo, 2009). Aunque estos trastornos probablemente se infradiagnostican, actualmente el conocimiento de la alta frecuencia con la que se presentan y sus consecuencias sobre la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores ha hecho de estos trastornos un campo de investigación de primer interés (Kulisevsky y Pagonabarraga, 2009).

La depresión parece ser el síntoma neuropsiquiátrico más frecuente y que afecta en gran medida la calidad de vida en la EP (Pizarro, et.al., 2013). Aunque su prevalencia varía entre un 12 y un 90%, se acepta que cerca del 50% de los pacientes con EP cumplen criterios de trastorno depresivo mayor y el otro 50% cumple criterios de distimia (Errea y Ara, 1999; Noé-Sebastián, et.al., 2001; Sánchez-Rodríguez, 2002; Castro-García, et.al., 2004; Kulisevsky y Pagonabarraga, 2009; Fernández-Prieto, et.al., 2010). En algunos pacientes la depresión puede desarrollarse o agravarse a partir de enterarse del padecimiento de la EP, situación que puede empeorar conforme avanza la sintomatología, y los pacientes se dan cuenta de que su vida ya no es como antes y/o ya no pueden hacer actividades con tanta facilidad, o si no reciben el debido apoyo por parte de familiares o cuidadores (Weiner, et.al., 2002). Las consecuencias de la depresión en los pacientes con EP comprende desde manifestaciones leves, como una escasa motivación y cooperación, hasta un aislamiento completo del resto de la sociedad, donde los pacientes se desmoralizan y se sienten frustrados con su

cuerpo (Fernández-Prieto, et.al., 2010). Se ha demostrado una correlación positiva entre la intensidad de síntomas depresivos y el grado de alteración cognitiva, sobre todo en memoria, atención y funciones ejecutivas (Ostrosky-Solís, 2000; Noé-Sebastián, et.al., 2001; Sánchez-Rodríguez, 2002).

También puede presentarse apatía sin depresión (Birkmayer y Danielczyk, 1997; Castro-García, et.al., 2004), la cual puede asociarse a la disfunción cognitiva y déficit motores propios de la enfermedad, interfiriendo con la capacidad y energía del paciente para afrontar las circunstancias cambiantes de su vida, por lo que las actividades de la vida diaria pueden perjudicarse seriamente (Weiner, et.al., 2002). La apatía está estrechamente asociada con deterioro cognitivo, de manera que aquellos pacientes que presentan mayores niveles de apatía tienen un peor desempeño cognitivo general y, en particular, en las pruebas que evidencian el funcionamiento ejecutivo (Fernández-Prieto, et.al., 2010).

Por otra parte, los trastornos de ansiedad aparecen con relativa frecuencia como uno de los síntomas de inicio de la enfermedad, aunque es muy poco específica ya que pueden manifestarse de diversas formas: agitación, ansiedad crónica, trastornos fóbicos y ataques de pánico. La ansiedad es muy frecuente en la EP, hasta un 40% de estos pacientes pueden presentar síntomas compatibles con el diagnóstico de trastorno por ansiedad y no suele relacionarse con la gravedad de los síntomas motores ni con los fármacos. Puede aparecer junto con la depresión o por sí sola, y causar una discapacidad considerable (Noé-Sebastián, et.al., 2001; Weiner, et.al., 2002; Castro-García, et.al., 2004).

La ansiedad, hasta cierto punto, puede ser una reacción a los síntomas de EP, como el temblor, las dificultades para hablar o el congelamiento. Los pacientes se dan cuenta de que se sienten más ansiosos, nerviosos y agitados en situaciones que antes no les habían angustiado, y en los casos más extremos, la ansiedad produce ataques de pánico, que consisten en episodios agudos de ansiedad intensa, espontáneos o desencadenados por acontecimientos estresantes, donde la persona siente invadida por una sensación aguda de ansiedad y de muerte inminente. Muchos sufren ansiedad ante la necesidad de recibir ayuda por parte de los demás y otros tienen sentimientos de inseguridad en

las relaciones. En algunos casos, la ansiedad se complica con temor exagerado y persistente ante situaciones de tipo social y miedo excesivo a la crítica por parte de los demás, por lo que se tiende a evitar estas situaciones. Por lo anterior, la ansiedad tiene un fuerte impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes con EP, ya que se aíslan poco a poco y descuidan sus relaciones personales y laborales (Fernández-Prieto, et.al., 2010).

Por otra parte, algunos trastornos psiquiátricos en la EP son inducidos por la medicación debido a una sobreestimulación dopaminérgica. En ocasiones el problema se debe a una combinación de varios fármacos que multiplican sus efectos, el denominado efecto sinergista (Weiner, et.al., 2002; Rodríguez-Constenla, et.al., 2010). La incidencia de los trastornos psiquiátricos es de aproximadamente el 20%, afectando notablemente tanto a los pacientes como a los miembros de su familia. En algunas situaciones se requieren medicación para tratar específicamente los síntomas psiquiátricos (Noé-Sebastián, et.al., 2001; Weiner, et.al., 2002; Castro-García, et.al., 2004).

Uno de los trastornos psiquiátricos inducidos por la medicación son los sueños vívidos, los cuales el paciente puede confundir con la realidad, algo que puede ser muy perturbador (Weiner, et.al., 2002). Otro trastorno psiquiátrico es la psicosis, con una prevalencia aproximada del 18% (Noé-Sebastián, et.al., 2001). La edad, la fase avanzada de la EP, el deterioro cognitivo previo, las alteraciones del sueño, las altas dosis de fármacos y la polimedicación favorecen la aparición de psicosis, que se manifiesta con alucinaciones, ideas delirantes y síndromes de falso reconocimiento (Castro-García, et.al., 2004; Kulisevsky y Pagonabarraga, 2009).

Las reacciones psicóticas se han correlacionado positivamente con el desarrollo posterior de deterioro cognitivo y demencia (Rodríguez-Constenla, et.al., 2010). A pesar de lo anterior, estudios epidemiológicos recientes han mostrado que la presencia de alucinaciones está mucho más relacionada con peor función cognitiva, mayor tiempo de evolución de la enfermedad, depresión, disautonomía y mayor gravedad de la función motora, en especial la rigidez (Noé-

Sebastián, et.al., 2001; Weiner, et.al., 2002; Kulisevsky y Pagonabarraga, 2009; Rodríguez-Constenla, 2010).

El tratamiento para la EP también puede producir alteraciones del estado de ánimo, sobre todo euforia, manía e hipomanía (Noé-Sebastián, et.al., 2001; Castro-García, et.al., 2004) así como trastornos del control de impulsos (ludopatía, hipersexualidad, compras compulsivas e ingesta compulsiva de alimentos). La prevalencia descrita los trastornos del control de impulsos se encuentra entre el 6-9% de los pacientes, siendo más común en aquellos con trastornos afectivos previos (Noé-Sebastián, et.al., 2001; Fernández-Prieto, et.al., 2010).

Como pudo apreciarse, los síntomas no motores de pacientes con EP son muy variados y se suman a la discapacidad de la enfermedad y algunos de ellos determinan la calidad de vida del paciente. Hay algunos indicios de que la disfuncionalidad no motora precede a los síntomas motores, lo que podría convertirse en un dato importante a la hora de establecer el diagnóstico; por esta razón, los SNM son ahora aceptados como parte integral del espectro de la EP que no pueden ignorarse durante el transcurso de la enfermedad.

### **2.3 Diagnóstico y Tratamiento**

La EP representa uno de los diversos trastornos del movimiento que producen síntomas similares entre sí. Se considera que cualquier persona que presenta los signos y síntomas característicos de esta enfermedad (temblor, rigidez, bradicinesia y alteraciones posturales) padece un parkinsonismo, pero no todo paciente con parkinsonismo padece la EP. Parkinsonismo se refiere a un cuadro clínico caracterizado por temblor, bradicinesia y rigidez, que comprende una amplia gama de trastornos neurológicos. Se sospecha de él cuando hay características atípicas de la EP, como la falta de respuesta a levodopa, alucinaciones en ausencia de fármacos, inestabilidad postural o demencia prominente durante el primer año de diagnóstico, parálisis de la vista hacia arriba y movimientos anormales diferentes al temblor, entre otras (Gutiérrez y Singer, 2010). La mayoría de las veces, la única manera de distinguir entre los distintos tipos de parkinsonismos es permitir que evolucionen, pues las diferencias que son

sutiles al principio del padecimiento se hacen más pronunciadas a medida que éste progresa (Berciano, 2001; Rojo, 2009).

Puesto que no se dispone de exámenes diagnósticos que proporcionen respuestas específicas definitivas, el diagnóstico de la EP es de exclusión, basándose en los datos clínicos obtenidos de la anamnesis y la exploración neurológica, que incluye un examen físico completo y un examen del estado mental (Venegas, 2002). Cabe destacar que el diagnóstico debe realizarse por un neurólogo especialista en movimientos anormales, además de apoyarse en exploraciones complementarias (Berciano, 2001), como los estudios de neuroimagen, como Tomografía Axial Computarizada (TAC), imagen por Resonancia Magnética (IRM), que puede ser estructural, funcional o con volumetría, Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único (SPECT, por sus siglas en inglés), Tomografía por Emisión de Positrones (TEP) y ecografía transcraneal (Estrada-Bellman y Martínez, s.f.; Tapia-Núñez y Chaná-Cuevas, 2004; Rojo, 2009; Morales-Briceño, et.al., 2011).

Existen criterios diagnósticos propuestos por el *United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank* (UKPDSBB) y los criterios del *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS) de los Estados Unidos de Norteamérica. Cuando se establece el diagnóstico de Parkinson, el estadiaje se lleva a cabo por medio de la escala de Hoehn y Yahr, que combina la evaluación del deterioro y la discapacidad. Por otra parte, la *Unified Parkinson's Disease Rating Scale Version 3* (UPDRS V3.0) es el sistema de clasificación líder en la evaluación de los síntomas en la EP, ya que permite valorar el nivel de discapacidad de los pacientes (Estrada-Bellman y Martínez, s.f.; Tapia-Núñez y Chaná-Cuevas, 2004; Rodríguez, 2008; Kompoliti, Comella y Goetz, 2009; Yáñez-Baña, 2010; Calvo y Espada, 2011; Morales-Briceño, et.al., 2011; Chávez-León, et.al., 2013).

También hay disponibles instrumentos que miden el nivel de discapacidad y la calidad de vida, que son de interés neuropsicológico y que pueden formar parte de la evaluación neuropsicológica. Uno de ellos es la Escala de Actividades Cotidianas de Schwab y England. Es un cuestionario que se utiliza para evaluar,

seguir y comparar las actividades de la vida diaria en esta enfermedad, valorando la percepción de independencia funcional del paciente. Dependiendo de esta percepción se coloca al paciente en una de las categorías con las que cuenta la escala. El otro instrumento es el Cuestionario de la Calidad de Vida para la Enfermedad de Parkinson (PDQ-39, por sus siglas en inglés). Es un cuestionario de 39 preguntas cuyo objetivo es valorar numerosos aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud (Rodríguez, 2008; Kompolti, et.al., 2009).

Respecto al tratamiento, este se divide en tres: farmacológico, quirúrgico y tratamientos complementarios, entre los cuales se encuentran la rehabilitación neuropsicológica y la psicoterapia. Debe ser precoz, integral, realizarse a través de un equipo multidisciplinario, mantenerse a lo largo de la vida y contar con apoyo familiar y social. Su objetivo principal es el mantenimiento de la autonomía y calidad de vida del paciente el mayor tiempo posible, reduciendo la velocidad de progresión de la enfermedad, controlando los síntomas y los efectos secundarios derivados de los medicamentos (Litvan 1999; Weiner, et.al., 2002; Arango y Molina, 2008).

La terapia farmacológica se basa en la administración de agentes anticolinérgicos, levodopa, inhibidores de la dopa-descarboxilasa, inhibidores de la catecol-O-metiltransferasa, agonistas dopaminérgicos, inhibidores de la monoaminoxidasa y terapia coadyuvante (Birkmayer y Danielczyk, 1997; Argote y Zamora, 1999; Litvan 1999; Luquin, 2010; Arango y Molina, 2008; Barranco, et.al., 2009; Chávez-León, et.al., 2013). Todos estos medicamentos tienen como elevar la actividad dopaminérgica con el fin equilibrar al sistema anticolinérgico y dopaminérgico. Algunos de ellos tienen efectos secundarios importantes como somnolencia diurna, insomnio, fluctuaciones motoras, discinesias, disminución de la memoria y alteraciones psiquiátricas (Arango y Molina, 2008).

Los tratamientos quirúrgicos ya existían desde la década de los treinta y consistían en la interrupción de diversos circuitos neurales cerebrales mediante la destrucción cuidadosa de una región de tejido cerebral para reducir el temblor, pero las lesiones creaban déficit neurológicos, como parálisis o habla vacilante (Aguilar, Soto y Esguerra, 2011; Martínez-Hernández y Arellano-Reynoso, 2012).

En la actualidad hay una mejor comprensión del funcionamiento de los ganglios basales, perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y los avances en imagenología y fisiología cerebral, así como intolerancia y falta de eficacia al tratamiento farmacológico (Weiner, et.al., 2002; Guridi, 2003; Arango y Molina, 2008; Aguilar, et.al., 2011).

Las técnicas quirúrgicas principales son las ablativas, principalmente globo pálido y tálamo, la estimulación cerebral profunda, el trasplante de células fetales y más recientemente, el implante de células dopaminérgicas. El éxito del tratamiento quirúrgico depende de los criterios de operabilidad (inclusión y exclusión). Para este tipo de intervención se necesita un equipo integrado por neurólogos, neuropsiquiatras, neuropsicólogos y neurocirujanos, todos con experiencia en el manejo de los pacientes con EP. Es de vital importancia hacer una adecuada valoración neurológica, pero sobre todo una valoración neuropsicológica completa que permita prever y estimar el riesgo de cambios indeseados en los pacientes (Weiner, et.al., 2002; Guridi, 2003; Castro-García, et.al., 2006; Castro-García, Sesar-Ignacio, Ares-Pensado, Relova-Quintero, Gelabert-González, Rumbo y Noya-García, 2006; Arango y Molina, 2008; Arias-Carrión, 2008; Aguilar, et.al., 2011; Chávez-León, et.al., 2013).

Respecto a los tratamientos complementarios, de acuerdo con Weiner, et.al. (2002) se considera que cualquiera que mejore la calidad de vida de un paciente puede formar parte del tratamiento integral de la EP, sin descuidar el tratamiento farmacológico. Estos tratamientos incluyen una dieta equilibrada, con control del peso corporal porque algunos de los pacientes experimentan fluctuaciones motoras u otros signos que indican que la levodopa no produce los efectos deseados. El consumo de alcohol está contraindicado en caso de exista algún padecimiento o que el paciente tome algún medicamento que prohíba su consumo. Para los problemas de estreñimiento se recomienda aumentar el consumo de fibra, y en casos especiales tomar laxantes naturales o químicos. También se pueden tomar suplementos alimenticios vitamínicos, los cuales deben ser aprobados por el médico.

Otro tratamiento complementario es el ejercicio físico, pues contribuye a mejorar la fuerza, la resistencia, el tono muscular y la flexibilidad, además impide que el paciente se sienta pasivo e inútil, mejorando el estado de ánimo. Con la EP se forma un círculo vicioso en el cual el paciente al ser menos activo invierte menos tiempo con los amigos y la familia, haciendo que su vida se vuelva sedentaria, y el ejercicio puede romper este círculo vicioso (Weiner, et.al., 2002). Al elegir el tipo de actividad física, se debe considerar lo que el paciente puede y no puede hacer, así como la actividad que más le pueda agradar (Barranco, et.al., 2009).

Por otra parte, el taichí y la acupuntura también suelen ayudar en el control de los síntomas motores. Por un lado, el tai-chi es una disciplina que presta atención a la postura, equilibrio, movimientos fluidos y meditación, por lo que desarrolla el equilibrio y la estabilidad, mientras que por otro, la acupuntura equilibra la energía corporal (chi). De acuerdo con los estudios médicos chinos, el chi fluye a lo largo de unas líneas corporales (meridianos). El acupuntor determina los lugares en los que el flujo está bloqueado o se mueve con excesiva rapidez y después aplica agujas de acuerdo con esta evaluación. Algunos pacientes con Parkinson que reciben acupuntura se sienten más relajados, mientras que otros notan cierto un alivio al dolor (Weiner, et.al., 2002).

Asimismo, un programa de fisioterapia y terapia ocupacional contribuye a que el paciente aprenda estrategias para moverse: cómo darse la vuelta y levantarse más fácilmente de la cama, levantarse de una silla o salir de un vehículo. Este tratamiento también le ayudará a aumentar su resistencia, fuerza, forma física general y nivel de energía. Asimismo, puede ayudarle a mejorar su estado de ánimo y a disminuir su ansiedad (Weiner, et.al., 2002). Algunas de las actividades que se realizan son mímica facial, fisioterapia respiratoria, corrección postural frente al espejo, ejercicios de relajación, ejercicios de independencia, entrenamiento de la marcha y tratamiento logopédico (Barranco, et.al., 2009).

Finalmente, para los déficit cognitivos, Perea-Bartolomé (2001) menciona que la rehabilitación debe basarse en los resultados de una evaluación neuropsicológica amplia, estableciendo la presencia o ausencia alteraciones

conductuales, déficit neuropsicológicos aislados y/o de deterioro cognitivo global. Por ejemplo, para la disfunción frontal se pueden usar técnicas cognitivo-conductuales para la formulación y planificación de metas, la ejecución de metas la facilitación en el mantenimiento de estrategias mentales.

Para alteraciones de la memoria se utilizan estrategias mnemotécnicas, como la imaginería visual, paradigmas de aprendizaje de pares asociados o de listas de palabras no relacionadas, organización verbal y estrategias de repetición de material para reforzar el aprendizaje. Para trastornos del habla y el lenguaje se deberá intentar reforzar las estrategias de comunicación. Se puede facilitar la codificación del mensaje dando tiempo al paciente para que encuentre las palabras precisas y para que pueda organizar su articulación. También se debe facilitar la decodificación del mensaje por dos vías: la oral (usando palabras y frases cortas presentadas lentamente, tono de voz adecuado, pronunciación clara y empleando un lenguaje concreto), y la vía escrita, donde se utiliza escritura o dibujos junto a las palabras emitidas verbalmente.

Como pudo apreciarse en este capítulo, la EP es un padecimiento que trae consigo una serie de cambios y consecuencias que impactan sobremanera la vida del paciente afectando su calidad de vida, en algunos casos, incapacitándolos de manera importante. Vale la pena destacar en este sentido las alteraciones psiquiátricas y cognitivas, las cuales si no se manejan de manera adecuada pueden llegar a ser igual o más discapacitantes que los síntomas físicos.

En consonancia con lo anterior, la evaluación neuropsicológica es de gran ayuda ya que permite conocer las características cognitivas, emocionales y en ocasiones familiares en las que se encuentran los pacientes. Por tal motivo en el siguiente capítulo se abordará de la evaluación neuropsicológica en pacientes con EP. Se explicarán sus componentes, su importancia y las consideraciones que deben tomarse en cuenta para que la evaluación sea exitosa y los datos obtenidos sean confiables.

### **Capítulo 3.**

#### **La Evaluación Neuropsicológica del Paciente con Enfermedad de Parkinson**

La neuropsicología surgió en la práctica clínica con pacientes adultos con daño cerebral en la segunda mitad del siglo XIX (Solovieva, Quintanar-Rojas y Lázaro, 2002; Quintanar, Solovieva y Lázaro, 2008). Comenzó a emerger notoriamente en la década de 1970 como una disciplina claramente definida en la práctica privada y en los escenarios médicos (Hebben y Milberg, 2011).

Al ubicarse entre la neurología y la psicología, la neuropsicología se encarga del estudio de la organización cerebral de los procesos cognoscitivos y comportamentales, y de su alteración cuando hay presencia de lesión o disfunción cerebral, además de interesarse por el desarrollo de dichos procesos (Ruíz, 2000; Ardila y Rosselli, 2007). No es de sorprender que sus procedimientos de evaluación recurran tanto a estrategias clínicas de la neurología como a procedimientos psicométricos de la psicología (Pérez, Puente y Vilar-López, 2009; Ardila y Rosselli, 2007). La neuropsicología clínica tiene como objetivo la evaluación y rehabilitación de las alteraciones psicológicas de pacientes con daño cerebral (Tirapú, 2007; Pérez, et.al., 2009).

La evaluación neuropsicológica examina la integridad de los procesos psicológicos a través de una serie de pruebas objetivas y estandarizadas. Su aplicación permite colaborar con el diagnóstico clínico, además de determinar los efectos mentales y comportamentales del daño cerebral, identificando tanto los procesos psicológicos conservados como los deficitarios con el fin de planear el tratamiento adecuado (Peña-Casanova, Gramunt y Gich, 2004; Servat, Lehmann, Harari, Gajardo y Eva, 2005; Bausela, 2007; Delgado y Salinas, 2009). De esta manera, la evaluación neuropsicológica permite hacer una aproximación diagnóstica de los pacientes con enfermedades neurológicas y psiquiátricas (Ruíz, 2002).

Aunque existe cierto consenso sobre cuáles son los objetivos de la evaluación neuropsicológica, éstos difieren dependiendo del contexto en el que se aplica. Entre estos objetivos se encuentran el establecimiento de un perfil

neuropsicológico, establecimiento de un diagnóstico diferencial, determinar curso y evolución temporal del cuadro mental, establecimiento de consecuencias emocionales, cognitivas y comportamentales, proporcionar un pronóstico social, académico o laboral, creación de planes terapéuticos y de rehabilitación de los déficit cognitivos, medición del cambio del perfil cognoscitivo después de alguna intervención (rehabilitatoria o quirúrgica) y evaluación en protocolos de investigación (Ruíz, 2002; Lezak, Howieson & Loring, 2004; Ardila y Rosselli, 2007; Pérez, 2009; Hebben y Milberg, 2011).

En el ámbito hospitalario se espera que los neuropsicólogos proporcionen una descripción del paciente en función de sus fortalezas y debilidades cognitivas, y a partir de ello establecer si el estado actual del paciente representa un cambio con relación a una línea de base o nivel premórbido de funcionamiento (que por lo general no se define con precisión) o bien si surgen o no cambios donde se alcance el nivel de la disfunción. El clínico debe tratar de inferir si las funciones intelectuales del paciente son normales o si muestran cambios atribuibles a disfunción cerebral. Para esto siempre debe tomarse el contexto del paciente y su historia clínica. Asimismo, se espera que determine si los cambios o la disfunción encontrada están asociados a enfermedad neurológica, condiciones psiquiátricas, trastornos del desarrollo o condiciones no neurológicas.

Este conocimiento sobre las alteraciones que pueden atribuirse a una disfunción cerebral y las que no, permite al neuropsicólogo asignar tiempo y recursos hacia las prioridades de tratamiento con más probabilidades de ser efectivas. La información derivada de la evaluación neuropsicológica puede ayudar a las familias y/o a los cuidadores a entender las fortalezas y debilidades de la persona, y a manejar a pacientes con posibilidades de sufrir limitaciones complicadas en el funcionamiento independiente. Comprender las aptitudes de un paciente puede ayudar al clínico a evaluar la medida en la que el paciente cumplirá con las recomendaciones de tratamiento, así como lo extensa que puede llegar a ser una continua supervisión requerida por el paciente o su familia (Hebben y Milberg, 2011).

En el caso de la EP, los objetivos que se contemplan en la evaluación neuropsicológica son el establecimiento del perfil cognoscitivo y de las consecuencias emocionales, cognitivas y comportamentales derivadas de la EP, y según sea el caso, establecer si son resultado de la enfermedad u otras condiciones no neurológicas, como comorbilidad con trastornos psiquiátricos, factores motivacionales, emocionales o culturales. En el caso de pacientes candidatos a cirugía, además de establecer estos perfiles, se busca medir el cambio de los mismos después de la intervención, pues también tiene consecuencias en los aspectos ya mencionados, debido a cambios en la bioquímica cerebral (Weiner, et.al., 2002).

Los métodos y las técnicas utilizados durante la evaluación neuropsicológica dependen en gran medida de los objetivos planteados por el examinador, la entidad clínica estudiada y el estado concreto del paciente. Es necesario considerar los factores que convierten a sujeto en un caso único, tomando en cuenta su personalidad previa, sus motivaciones personales, el nivel cultural, profesión, o entorno sociofamiliar (Peña-Casanova, et.al., 2004; Portellano, 2005). Por lo anterior, la evaluación es mucho más que la simple administración de pruebas o baterías neuropsicológicas pues el diagnóstico no se puede elaborar únicamente por su aplicación, sino que es una tarea compleja que requiere una aproximación multidimensional y una interpretación cualitativa, teórica y clínica de los resultados que se obtienen (Ruíz, 2000; Solovieva, et.al., 2002; Peña-Casanova, et.al., 2004).

Aunado a lo anterior, se deben incluir los aspectos cognitivos, emocionales, de personalidad, conductuales y sociales que se han afectado por daño cerebral (Pérez, et.al., 2009). La evaluación de estos procesos requiere un conocimiento teórico y clínico de su funcionamiento, así como de todos los mecanismos en los que se subdividen (Lezak, et.al., 2004; Ruiz-Sánchez, Pedrero-Pérez, Rojo-Mota, Llanero-Luque y Puerta-García, 2011).

### **3.1 Consideraciones Iniciales**

Para que la evaluación neuropsicológica cumpla sus objetivos y proporcione resultados objetivos se deben cuidar las condiciones bajo las que se lleva a cabo, de lo contrario puede verse afectada negativamente, y por ende, los resultados y conclusiones que de ella se desprendan (Cano y Chiclana, 2010).

Antes de comenzar, hay algunas cuestiones que el clínico debe conocer para saber si la evaluación es posible (Hebben y Milberg, 2011). Como se vio en el capítulo anterior, en la EP confluyen varios síntomas: físicos, cognitivos y psiquiátricos o emocionales, por lo que al paciente se le pregunta cómo se siente, tanto cognitivamente como físicamente. Hay pacientes que al tomar medicación antiparkinsoniana presentan efectos secundarios importantes, como somnolencia, discinesias o bradipsiquia, y hay quienes no. Es importante preguntarle al paciente cuánto tiempo tarda el medicamento en hacer efecto y cuánto tiempo dura este efecto, de esta manera se toman decisiones sobre el tipo de tareas a realizar. Por ejemplo, si el medicamento hace efecto rápido y no provoca discinesias se pueden hacer tareas manuales, de lo contrario es preferible hacer tareas de tipo verbal. Siempre debe buscarse el estado de óptimo desempeño del paciente, así el neuropsicólogo se asegura de que los resultados obtenidos son lo más objetivos posibles y no están comprometidos por cuestiones que se pueden evitar.

El lugar donde se va a realizar la evaluación neuropsicológica ha de ser un espacio destinado para ello, donde el paciente tenga conciencia de que ha entrado ahí para llevarla a cabo. La sala o consultorio debe contar con una entrada despejada que permita la libre entrada y salida sin complicaciones (Hebben y Milberg, 2011). Esto es muy importante para los pacientes con EP, pues quienes se encuentran en estadios avanzados no se pueden mover libremente y se les tiene que ayudar a caminar, incluso hay pacientes que asisten en silla de ruedas, con bastón o andadera.

El consultorio debe tener buena iluminación, sin resplandores ni reflejos, contar con una temperatura agradable y ventilación adecuada. Si hay ventanas lo mejor es sentar al paciente de manera que les dé la espalda o colocar cortinas (Hebben y Milberg, 2011). Por cuestiones de seguridad y/o urgencia, es

conveniente que el neuropsicólogo se encuentre cerca de la puerta para salir del consultorio si fuera necesario (Cano y Chiclana, 2010).

No se recomienda el uso de objetos decorativos, ya que con cualquier movimiento involuntario los pueden tirar o les pueden caer encima. La mesa de trabajo debe ser del tamaño adecuado de tal manera que le permita al paciente contestar las pruebas, sobre todo aquellas que requieren de objetos a manipular (como la prueba de Token o la subprueba de cubos de la escala de inteligencia para adultos de Wechsler). Los cuadernillos de aplicación y el instrumental necesario deberán estar a la mano para poder hacer una transición suave de una prueba a la otra y evitar distracciones (Cano y Chiclana, 2010). Es sumamente importante que el clínico conozca los materiales y tenga práctica en su aplicación, pues esto permite que la evaluación sea fluida y evita que el paciente se aburra o pierda el interés. Además, el familiarizarse con el material permite al examinador aplicar de tal forma que pueda dedicar más tiempo a observar la conducta (Hebben y Milberg, 2011).

En términos de comunicación, el clínico debe ser claro, con un nivel de voz adecuado, esto es especialmente importante en personas mayores de edad que padecen Parkinson. Se deben cuidar la postura y los gestos. Hay que comunicar de manera no verbal distintos mensajes como atención, interés, reflexión, entendimiento, comprensión, etc. De esta manera se establece empatía con el paciente. Además el clínico debe hablarle con palabras que éste comprenda y hacer un uso adecuado de los silencios, que deben ser juzgados por su significado dentro del contexto de una entrevista. Para esto es preciso realizar una escucha activa, que promueva la expresividad del paciente con breves intervenciones (Cano y Chiclana, 2010; Hebben y Milberg, 2011).

Referente al tiempo dedicado a la sesión, hay que evitar las prisas y permitir que el paciente trabaje a su ritmo, pero no sin límites. El tiempo necesario para llevar a cabo la evaluación neuropsicológica variará de acuerdo a las características del enfermo y la cantidad de pruebas que se administren (Ardila y Ostrosky, 2012). En las personas con EP se espera un desempeño lento, en especial en tareas que requieren destreza manual, como dibujar, escribir o

construir. Se debe tener paciencia y en algunos casos, dependiendo de la prueba aplicada, debe recordársele al paciente que intente hacer las cosas lo más rápido que pueda, pero bien. Es importante observar el desempeño ya que puede verse afectado por varias cuestiones, como hambre, ganas de ir al sanitario, fatiga o sueño. En cualquiera de estos casos se puede hacer una pausa. Es responsabilidad del clínico administrar el tiempo del que se dispone para poder explorar todas las áreas necesarias (Cano y Chiclana, 2010).

Si la evaluación neuropsicológica no pudiera llevarse a cabo en condiciones óptimas por alguna circunstancia, el clínico deberá orquestar todos los detalles que le sean posibles con el objeto de garantizar el mejor entorno posible para administrar las pruebas. Es importante que lleve un registro de las condiciones bajo las cuales se desarrolló la evaluación e incluirlas en el reporte, en especial cuando las condiciones pudieran tener alguna influencia en el desempeño del paciente (Hebben y Milberg, 2011).

Por último, pero no menos importante, se debe observar la conducta del paciente. Una observación sagaz antes, durante y después de una sesión de prueba no sólo proporcionan claves importantes para ayudar a la interpretación de resultados de pruebas neuropsicológicas, sino que puede incluso sustituir a dichos resultados en el momento de extraer conclusiones. Asimismo, puede brindar al clínico algunos rasgos de personalidad que podrían influir durante el desempeño de las pruebas (Taylor, Livingston, Kreutzer & West, 2005; Hebben y Milberg, 2011).

### **3.2. Anamnesis y Establecimiento del Rapport**

Cuando un paciente acude a la evaluación neuropsicológica se debe realizar una entrevista clínica inicial, la cual constituye el primer contacto con él y su familia, y tiene como fin el establecimiento de rapport y la obtención de datos de la historia clínica (Ardila y Rosselli, 2007; Cano y Chiclana, 2010; Ardila y Ostrosky, 2012). Con el rapport el clínico se gana la confianza del paciente y establece una relación cordial con él, de esta manera se logra su cooperación, se conserva la formalidad de la evaluación y transmite respeto, además se asegura que la información

proporcionada por éste será confiable (Ardila y Rosselli, 2007; Pérez, 2009). Lo anterior es una cuestión de estilo personal, además hay conductas que pueden entorpecer, como el sarcasmo, comentarios frívolos, alardes acerca de la propia competencia y anotaciones no discretas o muy largas (Hebben y Milberg, 2011).

En este punto se le habla al paciente sobre la privacidad y confidencialidad con la que se llevará a cabo la evaluación y cómo se manejará la información obtenida. Se le debe comunicar que se le hará una pequeña entrevista a su familiar (o persona que lo acompañe), por lo que es preferible preguntarle si hay algún tema que desea que no sea conocido por el familiar. Se recomienda tener una estructura de la entrevista con el fin de agilizar la recogida de la información y evitar redundar en algunos aspectos (Cano y Chiclana, 2010).

Parte del rapport consiste en explicar los propósitos de la evaluación, cómo se llevará a cabo la sesión y las tareas que se realizarán. Frecuentemente los pacientes acuden a la consulta con ansiedad y al saber en qué consiste todo se relajan un poco. Es importante enfatizar que se trata de un examen inocuo, sencillo y ameno. También hay personas a quienes no les agradan las preguntas de tipo cognitivo, ya que se sienten juzgados intelectualmente o reconocen sus fallas. En estos casos resulta importante enfatizar que se pueden presentar errores o dificultades en este tipo de tareas, que hay diferencias individuales, o cualquier otro argumento que pueda aumentar la colaboración del paciente (Lezak, 2004; Hebben y Milberg, 2011; Ardila y Ostrosky, 2012).

Una vez establecido el rapport se continúa con la historia clínica, la cual proporciona información esencial para comprender las características y la trayectoria en el tiempo del problema actual de un paciente, además de ofrecer claves determinantes para la diagnosis y la prognosis. En la mayoría de los casos estos datos se obtienen del expediente clínico, sin embargo en algunas ocasiones no se puede disponer estos registros, por lo que deben ser recabados en una entrevista inicial, ya sea con el paciente, el familiar o ambos (Taylor, et.al., 2005; Pérez, 2009). Es responsabilidad del neuropsicólogo juzgar la precisión y confiabilidad de cualquier fuente de información. Es muy importante obtener una historia clínica detallada, que incluya información sobre el pasado médico,

psiquiátrico, familiar, educativo y ocupacional o laboral (Tirapu, 2007; Hebben y Milberg, 2011; Ardila y Ostrosky, 2012; Black y Andreasen, 2012).

### **3.3 Entrevista Clínica**

La entrevista clínica es una parte fundamental de la evaluación neuropsicológica, ya que es una gran fuente de información relevante para la interpretación de los datos obtenidos: funcionamiento premórbido, al estado afectivo y anímico, al panorama de vida y las motivaciones, los problemas específicos que preocupan al paciente y la importancia que les concede; además complementa a las pruebas neuropsicológicas y aporta muestras cruciales de conducta relevantes para las funciones que evalúan (Taylor, et.al., 2005; Cano y Chiclana, 2010; Hebben y Milberg, 2011; Black y Andreasen, 2012).

Se hacen preguntas específicas para obtener las características subjetivas de la enfermedad, es decir, su percepción, la conciencia de los déficit que se presentan, naturaleza real del problema y consecuencias materiales y emocionales que ello implica para todos los involucrados. Toda esta información permite hacer una estimación de las repercusiones que las alteraciones del paciente tienen en su vida profesional, familiar y social (Benedet, 2002; Tirapu, 2007). También es importante preguntar sobre el tipo de respuesta ante la enfermedad y, en el caso de la EP, su grado de incapacidad como consecuencia de los síntomas cardinales y la manera en la que estos influyen en su vida diaria. Interesa saber si el paciente aún es independiente o si se le proporciona algún tipo de ayuda, así como las variables relativas al estilo de vida que puedan afectar su salud, como la práctica de algún deporte o ejercicio físico, toxicomanías, calidad de sueño, etc. (Hebben y Milberg, 2011; Black y Andreasen, 2012). Esto permite distinguir situaciones que requieren atención de otros profesionales, incluso se puede estimar el grado en que la familia necesita apoyo externo (Cano y Chiclana, 2010).

La entrevista clínica también permite llevar a cabo de manera rápida el examen del estado mental. Generalmente incluye aspecto físico y actitud, nivel de alerta, orientación, actividad motora, pensamiento y discurso, estado de ánimo y

afecto, alteraciones sensoperceptivas y conciencia de enfermedad (Cano y Chiclana, 2010; Hebben y Milberg, 2011; Black y Andreasen, 2012).

Al final de la entrevista se ofrece al paciente la oportunidad de realizar preguntas o agregar información que él considere importante, pues a menudo ofrecen mucha información sobre lo que piensan, y aunque estas preguntas pueden no resultar útiles para el proceso diagnóstico, pueden ser fundamentales para el paciente y, como consecuencia, intrínsecamente importantes. Finalmente, se puede concluir la entrevista transmitiendo una sensación de confianza y, en la medida de lo posible, de esperanza. Se recomienda agradecer al paciente por la información proporcionada y la confianza depositada en el clínico, concluyendo que se hará todo lo posible por ayudarlo (Black y Andreasen, 2012).

### **3.4 Selección y Administración de Pruebas**

Las pruebas administradas deben proporcionar una descripción válida del estado mental del paciente, tanto en el ámbito cognitivo como en el afectivo. Esta descripción debe ser comprensiva, pues representa el punto de partida para el tratamiento y la rehabilitación neuropsicológica (Bausela, 2008).

Existen dos tipos de aproximación en la evaluación neuropsicológica cuando se seleccionan pruebas. La primera es la psicométrica o cuantitativa, donde se administra una batería estándar sin importar la condición del paciente, dando prioridad a las puntuaciones obtenidas y su comparación con datos normativos, por lo que la decisión sobre las alteraciones del paciente y el nivel de deterioro está en función de puntos de corte que se corresponden con criterios estadísticos de la población normal. La segunda aproximación es la clínica o cualitativa, que permite utilizar herramientas psicométricas acordes con las condiciones del paciente, donde el clínico no recurre siempre a las mismas pruebas, sino que varían de acuerdo al motivo de la consulta, la edad, el nivel educativo y los objetivos de la evaluación. Permite conocer la naturaleza del deterioro y estudiar el proceso que sigue el paciente, restándole importancia al resultado, ya que a este se puede llegar por alteraciones en diferentes partes del proceso (Ardila y Roselli, 2007).

Sin embargo, cabe resaltar que esta distinción se encuentra más relacionada con el modo de interpretación de los datos obtenidos a través de los instrumentos de evaluación que con el método por el que se obtienen (Tirapu, 2007). Lo apropiado para la adecuada interpretación de los datos obtenidos en la evaluación neuropsicológica sería realizar un análisis de resultados tanto cuantitativo como cualitativo (Ruíz, 2002).

La selección de las pruebas neuropsicológicas está influida por la aproximación teórica del neuropsicólogo, la edad del paciente, su condición clínica, el motivo de referencia y el tiempo disponible para la evaluación (Cohen y Swerdlik, 2006; Ardila y Rosselli, 2007; Hebben y Milberg, 2011; Ardila y Ostrosky, 2012). Las evaluaciones en el ámbito hospitalario suelen ser más cortas que en la consulta privada, por un lado porque el paciente tiene diferentes procedimientos hospitalarios programados en forma permanente y, por otro lado, el clínico tiene ciertos horarios en los que debe cumplir con sus actividades (Ardila y Ostrosky, 2012).

Vanderploeg (2000, en Pérez, 2009) establece algunos criterios para la selección. Uno de ellos consiste en que las pruebas deben cubrir todos los dominios cognitivos relevantes para el motivo de consulta o para otras condiciones que se sospechen o surjan sobre la marcha en la evaluación. Otro criterio es la dificultad de las pruebas, la cual debe ser acorde al nivel educativo y de deterioro del paciente. El tercer criterio es la utilización de más de una prueba para evaluar un dominio cognitivo, además de seleccionar aquellas que midan diferentes aspectos de ese dominio (Hebben y Milberg, 2011).

Es frecuente que el clínico inicie con pruebas de rastreo, que son de fácil aplicación, requieren entre 20-30 minutos de tiempo y están conformadas por preguntas que se relacionan con un número determinado de dominios cognitivos. De esta manera, el clínico puede hacerse una idea del estado general del paciente (Portellano, 2005; Tirapu, 2007; Bausela, 2007; Bausela, 2009; Delgado y Salinas, 2009; Ardila y Ostrosky, 2012). Algunas pruebas de rastreo que pueden utilizarse en pacientes con EP son el Neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE, Examen del estado neurocognitivo y comportamental, mejor conocido como

Cognistat), Minimental State Examination (MMSE, Mini examen del estado mental, mejor conocido como Minimental), Montreal Cognitive Assessment (MOCA, Evaluación cognitiva de Montreal) y el test del reloj.

Además de las pruebas de rastreo, de manera general, también se deben incluir aquellas que evalúen orientación, atención y concentración, funciones motoras, lenguaje, memoria, praxias, gnosis, y funciones frontales, como pensamiento, razonamiento y funciones ejecutivas, capacidad cognitiva general y afectividad (Ruíz, 2000; Roig y Enseñat, 2003; Ardila y Rosselli, 2007; Tirapu, 2007; Bausela, 2008; Hebben y Milberg, 2011; Ruiz-Sánchez, et.al., 2011; Ardila y Ostrosky, 2012).

A continuación se mencionarán algunas formas de evaluación de estos dominios cognitivos. Cabe destacar que los test mencionados se pueden aplicar a pacientes con EP, siempre y cuando se consideren los signos y síntomas de la enfermedad y su posible influencia sobre los resultados obtenidos.

1. Orientación. Se debe determinar la orientación en persona, lugar, tiempo y circunstancia. Se solicita al paciente que diga la fecha completa, el lugar en el que se encuentra y por qué está en ese lugar. También se le puede preguntar la zona de la ciudad y la hora (aproximada) del día (Ruiz, 2000; Ardila y Ostrosky, 2012).
2. Funciones motoras. Para evaluar la fuerza se le pide al paciente que apriete simultáneamente los dedos medio e índice del clínico, con ambas manos y que mantenga la presión hasta que se le indique (aproximadamente 10 segundos). Para la lateralidad se le puede preguntar cuál mano utiliza para escribir, para cortar con tijeras, con cuál pierna patea una pelota, etc. Cada uno de estos puntos puede clasificarse en una de tres categorías: derecha, izquierda o mixta (Ardila y Rosselli, 2007; Ardila y Ostrosky, 2012).
3. Atención. Se puede evaluar con la subprueba de retención de dígitos de la Escala de Memoria de Wechsler III y del Cognistat, con las subpruebas de series sucesivas de la Escala de Memoria de Wechsler, del Minimental y del MOCA, la parte A del Trail Making Test, la prueba de

Stroop y la subprueba dígito-símbolo de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS, por sus siglas en inglés). En general, si el clínico está atento a la ejecución se hará una idea de cómo se encuentra la atención del paciente (Ruiz, 2000; Ardila y Rosselli, 2007; Ardila y Ostrosky, 2012).

4. Memoria. Las pruebas más utilizadas son la Escala de Memoria de Wechsler III, la prueba de aprendizaje verbal de Rey, la subprueba de memoria del Minimental, MOCA y Cognistat, la subprueba de retención de dígitos del WAIS para memoria verbal; la Figura Compleja de Rey-Osterreith para memoria no verbal y la parte B del Trail Making Test para memoria de trabajo (Ruiz, 2000; Ardila y Rosselli, 2007; Ardila y Ostrosky, 2012).
5. Lenguaje. Para el lenguaje automático se solicita al paciente que diga los días de la semana y meses del año al revés, y que deletree la palabra “mundo” al revés. Para evaluar denominación y repetición se puede utilizar la subprueba del Cognistat, para comprensión se puede utilizar la prueba de Token y las subpruebas del Cognistat y Minimental; para fluidez se puede utilizar el Set-Test, la subprueba de fluidez de la Batería de Eficiencia Frontal (BREF, por sus siglas en francés) y del MOCA. Para lenguaje escrito se tienen en cuenta varios niveles: espontáneo (que el paciente escriba su nombre, su firma, la fecha y alguna frase), copia de una frase y dictado de letras, palabras, frases, números y logatomos (Ruiz, 2000; Ardila y Rosselli, 2007; Ardila y Ostrosky, 2012).
6. Praxias. Para las apraxias bucolinguofaciales se le pide al paciente que simule cómo se apaga un cerillo, el uso de un popote, que tosa o que mande un beso. Para la apraxia ideomotora se avalúan gestos con significado (que realice gestos simbólicos como el saludo militar, que simule el uso de un cepillo de dientes, de un peine o unas tijeras) y sin significado (colocar la mano en la mejilla, hacer aros entrelazados con el pulgar y el índice o diferentes posiciones de la mano). En el caso de la apraxia ideatoria se solicita al paciente que realice los gestos implicados

en la realización de diferentes tareas como mostrar cómo fumar un cigarro, abrir una botella y servir el contenido, preparar una taza de café y tomarla, prender una vela con un cerillo, etc. Se examina primero bajo la orden del examinador y después por imitación. La apraxia construccional puede evaluarse con la subprueba de diseños con fichas del Cogistat o el diseño con cubos del WAIS, además de la Figura Compleja de Rey, la prueba de dibujo de reloj y la subprueba de copia de dibujo del Cognistat, Minimental y MOCA (Ruiz, 2000; Ardila y Rosselli, 2007; Ardila y Ostrosky, 2012).

7. Gnosias. Se puede utilizar la figura compleja de Rey-Osterrieth, la subprueba de diseños con fichas y denominación del Cognistat, así como la subprueba de rompecabezas del WAIS y la prueba de dibujo del reloj (Ardila y Ostrosky, 2012).
8. Funciones frontales. Existen pruebas como Wisconsin Card Sorting Test, la Torre de Londres y el Trail Making Test que evalúan las llamadas funciones ejecutivas, aunque ninguno de ellos ha probado ser específico para medir disfunciones del sistema ejecutivo. La prueba Stroop evalúa la inhibición y resistencia a la interferencia, el Set-Test evalúa fluidez verbal, igual que la subprueba del BREF. También se utilizan la interpretación de proverbios, el análisis de semejanzas y absurdos verbales y la elaboración de definiciones (Ruiz, 2000; Portellano, 2005; Ardila y Rosselli, 2007; Bausela, 2007; Bausela, 2009; Ardila y Ostrosky, 2012).
9. Capacidad cognoscitiva general. La prueba que más se utiliza para obtener un factor intelectual general es el WAIS, que ofrece un cociente intelectual (CI) total y un cociente intelectual verbal y no verbal. La interpretación de los resultados de esta escala no tiene equivalente en psicología y neuropsicología. En la evaluación neuropsicológica importa más la ejecución en las diferentes subpruebas, los tipos de errores y los déficit que puedan subyacer en tales errores que el CI obtenido (Portellano, 2005; Ardila y Ostrosky, 2012).

10. Afectividad. Se puede utilizar el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI, por sus siglas en inglés), el inventario de depresión de Beck, la escala de depresión de Montgomery-Åsberg y la escala de depresión de Yesavage, (Ardila y Ostrosky, 2012). La entrevista clínica también es una buena herramienta para identificar problemas afectivos (Ruiz, 2000).

Cualesquiera que sean las pruebas seleccionadas para la evaluación, hay ciertos criterios o consideraciones que deben tenerse en mente durante la aplicación. De manera general no deben aplicarse las pruebas en presencia de terceros (algún familiar o persona ajena a la evaluación); es importante que antes de dar las instrucciones de cada prueba el clínico se cerciore de que el paciente está escuchando atentamente a fin de no tomar como fallos de otras funciones cognitivas sus fallos de atención. Se deben anotar al pie de la letra las respuestas verbales del paciente y sus comentarios, así como las conductas frente a las pruebas (Benedet, 2002; Hebben y Milberg, 2011).

En algunos casos se requieren desviaciones de los procedimientos estándar, por lo que habrá que adaptar algunos materiales para pacientes con alguna discapacidad o problema sensoriomotriz (Hebben y Milberg, 2011). De manera particular, en los pacientes con EP es importante observar si el temblor o la rigidez aumentan durante alguna tarea o prueba, ya que, como se revisó en el capítulo 2, estos síntomas suelen aumentar cuando hay estrés o una fuerte carga emocional. Esto es especialmente importante en tareas de destreza manual, como escritura, copia de dibujos o actividades constructivas. Si es el caso se deben hacer anotaciones y considerarlas al momento de hacer el análisis e integración del reporte escrito. Si estos síntomas obstaculizan la ejecución se recomienda hacer una pausa y preguntarle al paciente si está nervioso, preocupado o si reconoce o maximiza sus fallas. En cualquier caso es vital recordarle que la evaluación es algo inocuo, que procure no estresarse si las cosas no salen perfectas y que se esfuerce en la medida de sus capacidades.

Es importante monitorear el desempeño del paciente a lo largo de la aplicación de pruebas con el fin de detectar cambios que puedan sugerir

cansancio (Benedet, 2002; Ardila y Ostrosky, 2012). Esto es importante en quienes padecen EP, ya que, como se revisó en el capítulo 1, pueden presentar fatiga y cansancio, lo que afecta su desempeño. En estos casos lo mejor es interrumpir la evaluación y reanudarla en unos pocos minutos. Es importante mencionar que estas pausas deben hacerse entre las pruebas y las subpruebas, es decir, cuando el paciente haya concluido una tarea, esto con el fin de no interrumpir la ejecución, se pierda la continuidad de la tarea y se invalide su aplicación.

La monitorización también permite detectar cambios que tengan que ver con el efecto de fin de dosis, pues los pacientes que comenzaron la evaluación con sintomatología motora muy leve o sin ella pueden presentar un incremento de la misma, alterando la ejecución en tareas motoras. En este caso se le pregunta si necesita su dosis de medicamento y cuánto tiempo tarda en hacer efecto. En este lapso de tiempo puede hacerse una pausa para que el paciente se recomponga o pueden llevarse a cabo tareas verbales.

También es importante que el clínico esté atento a las conductas o comentarios que haga el paciente referente a alguna prueba, ya que puede darse el caso que los elementos superan sus posibilidades culturales y/o cognitivas, mostrando frustración o sin poder ofrecer información nueva (Benedet, 2002). Si fuera el caso, lo recomendable es preguntarle qué sucede, y dependiendo de su respuesta insistir para que se esfuerce o suspender la prueba.

Otra consideración es la estructuración de las sesiones. Hebben y Milberg (2011) afirman que esto depende del motivo de consulta, la naturaleza de las pruebas, la habilidad del clínico, el nivel de atención y la resistencia del paciente. Para las personas con EP, las sesiones están limitadas por la gravedad de los síntomas, tanto motores como no motores. En algunos casos son necesarias sesiones breves para conseguir datos confiables de su capacidad cognitiva, así como en casos de fatiga o distractibilidad. Dependiendo del síntoma cardinal predominante, algunos pacientes con EP trabajan rápidamente, mientras otros lo hacen con lentitud o necesitan motivación.

Respecto al orden de presentación de las pruebas, se recomienda aplicarlas de manera completa antes que otras con el fin de evitar confusión de resultados y no mezclarlas si evalúan el mismo dominio cognitivo. Por ejemplo, si se aplica el test de la figura compleja de Rey se debe evitar administrar otra tarea visual, como la prueba del dibujo de reloj. El clínico puede decidir el orden sobre la base de las necesidades particulares de un paciente (Hebben y Milberg, 2011).

En el caso de la EP, es importante saber cuánto dura el efecto del medicamento para tener una noción del tiempo con el que se cuenta para realizar tareas motoras (dibujo, construcción de modelos, manipulación de objetos). Por otra parte, hay pacientes que se sienten “lentos” con el medicamento, en cuyo caso se deben evitar pruebas con límite de tiempo o que requieran de medición del mismo. Algunos pueden trabajar con un temblor leve, que se acentúa cuando llega el efecto de fin de dosis, sin embargo, es de vital importancia preguntarle al paciente si puede trabajar en las condiciones que se presenta a la evaluación, incluso se le puede decir que si nota cambios en su desempeño lo comunique para hacer una pausa. De esta manera, el clínico se asegura de obtener datos fiables.

Hebben y Milberg (2011) resaltan la importancia de la motivación del paciente durante la aplicación para que realice el esfuerzo suficiente y que los datos obtenidos de las pruebas sean confiables. Una opción para incrementar motivación es explicarle en qué consistirá la evaluación. En algunos casos, es necesario motivar a los pacientes renuentes para que den una respuesta. El clínico no debe aceptar un “no sé” como respuesta inicial, a no ser que considere al paciente sinceramente incapaz de responder. En tales circunstancias, es necesario pedirle que intente responder de cualquier forma posible para él, recordándole que el interés recae en el esfuerzo que haga en cada una de las tareas.

Se debe dar retroalimentación al paciente por sus respuestas, aunque la tiene que distribuir a lo largo de la sesión de pruebas, no sólo proporcionarla cuando éste se desempeñe pobremente o de la manera más óptima posible. En algunas ocasiones, durante la aplicación es necesario esclarecer las respuestas

ambiguas del paciente pidiéndole repetir su respuesta o que sea más específico. Sin embargo, en algún punto, podrá no ser posible ayudarlo a concentrarse en las pruebas o a que realice un nivel de esfuerzo razonable y consistente. Bajo estas circunstancias, el clínico puede decidir dar por terminada la sesión, porque muy probablemente las pruebas no generarán información confiable para apoyar las inferencias neuropsicológicas clínicas (Lezak, et.al., 2004).

### **3.5 Integración del Reporte Escrito**

La última parte de la evaluación neuropsicológica es la integración de todos los datos obtenidos en un reporte escrito. Este informe debe contener un diagnóstico diferencial como respuesta al motivo de consulta, así como explicar las conductas del paciente en la vida cotidiana, proporcionarle recomendaciones para él y su familia, además de un programa de intervención (Benedet, 2002). Este reporte permitirá a quien haya referido al paciente tomar decisiones directamente relacionadas con el motivo de consulta. Aquí los datos de las pruebas, de la anamnesis y la entrevista, así como las observaciones de la conducta se complementan y se integran dentro de un marco comprensivo (Benedet, 2002; Tirapu, 2007; Hebben y Milberg, 2011).

El reporte debe explicar tanto los procesos cognitivos alterados como los conservados, y cómo estos últimos compensan las funciones de los primeros. De esta manera se obtiene un perfil cognitivo, que permite comprender la forma en la que estos procesos inciden en la vida diaria del paciente. Este perfil permite proponer y discutir la rehabilitación neuropsicológica. Si esto no fuera posible, se pueden proporcionar recomendaciones terapéuticas prácticas que sirvan de apoyo para manejar al paciente a largo y corto plazo, así como la planeación de programas de rehabilitación (Benedet, 2002; Pérez, 2009; Hebben y Milberg, 2011).

En la mayoría de los casos, éstas son la parte más importante y la más desatendida. Deben proporcionar una guía útil para quien se vaya a hacer cargo del paciente, pueden concentrarse en sus fortalezas y debilidades cognitivas y emocionales, así como en aspectos relacionados con habilidades sociales y de

autocuidado. Deben estar hechas a la medida de las circunstancias, ser realistas y considerar los recursos y servicios disponibles (Hebben y Milberg, 2011).

El reporte neuropsicológico debe organizarse en secciones separadas (Benedet, 2002; Peña-Casanova, et.al., 2004; Ardila y Roselli, 2007; Pérez, 2009; Hebben y Milberg, 2011; Ardila y Ostrosky, 2012), tales como identificación del paciente (nombre, lugar y fecha de nacimiento, edad, lateralidad, escolaridad y ocupación), motivo de consulta o referencia, registros o fuentes de información, historia clínica (de preferencia datos relevantes a la condición actual), observación conductual (presencia o no de defectos motores o sensoriales, estilo de conducta general y niveles de atención, motivación y cooperación), pruebas utilizadas, resultados (puntuaciones obtenidas y nivel de desempeño), resumen e impresión diagnóstica, tratamiento y/o recomendaciones específicas para guiar el cuidado del paciente (se pueden sugerir exámenes adicionales y revaloraciones) y finalmente el nombre y la firma de las personas que participaron en la evaluación.

El reporte tiene que ser de utilidad para el paciente. Por esta razón debe ser legible, objetivo y adecuadamente exhaustivo y redactarse teniendo en mente al destinatario previsto. Se debe evitar el uso de argot y de frases excesivamente largas. Si se debe utilizar un término técnico, éste tiene que explicarse brevemente (Pérez, 2009; Hebben y Milberg, 2011; Ardila y Ostrosky, 2012).

Aunque la evaluación neuropsicológica generalmente se realiza por solicitud de otro profesional, es importante devolver los resultados al paciente y sus familiares (Ardila y Rosselli, 2007). Esto puede hacerse por medio de una entrevista de devolución, cuyo objetivo consiste en transmitir los hallazgos neuropsicológicos, tanto los déficit o alteraciones como las habilidades conservadas. Dicha información debe ser explicada en términos que el paciente y sus familiares entiendan, brindándoles la oportunidad de hacer las preguntas necesarias para resolver sus dudas e inquietudes. Se deben proporcionar recomendaciones para manejo y rehabilitación. Con frecuencia será preciso ofrecer terapia de apoyo para ayudar a asimilar la situación (Benedet, 2002; Ardila y Rosselli, 2007; Ardila y Ostrosky, 2012).

En este capítulo pudo apreciarse que la evaluación neuropsicológica es un proceso que permite conocer el estado cognitivo del paciente, además de su estado emocional, inclusive su situación familiar y laboral. El clínico puede percatarse de ciertas flaquezas y/o problemas específicos que afectan al paciente. De esta manera, la evaluación neuropsicológica permite un acercamiento a la manera en la cual la enfermedad afecta la vida del paciente, así como de la necesidad de apoyo (familiar, social, institucional, psicoterapéutica) y atención profesional. Por tal motivo, en el siguiente capítulo se hablará de los primeros auxilios psicológicos, un tipo de intervención en crisis que puede ayudar a los pacientes que presenten quejas o problemas que requieran de atención inmediata. Se explicará en qué consisten, sus características principales y las habilidades con las que debe contar el profesional que pretende usarlos.

## **Capítulo 4.**

### **Primeros Auxilios Psicológicos**

#### **4.1 Crisis**

Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar eventos que representan una sobrecarga emocional, los cuales son considerados como puntos decisivos de cambio, donde el peligro y la oportunidad coexisten, y los riesgos pueden ser altos (Rabelo, 2010).

Una crisis es un estado temporal de desequilibrio y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar o afrontar situaciones particulares utilizando métodos habituales de solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Suele ir acompañada de un conjunto de consecuencias conductuales, emocionales, cognitivas y fisiológicas, además generan desesperanza, tensión, confusión, pánico, ansiedad y desamparo, ya que representan una amenaza a la integridad personal (Slaikeu, 1996; Velasco y Sinibaldi, 2001; Wainrib y Bloch, 2001; Mascaró, 2007; Bravo, 2010; Rabelo, 2010; Pérez y Rodríguez, 2011; Pérez y Rodríguez, 2012; Torres, Álvarez, Ceballos, Chiquillo y Galvis, 2012). En este sentido, puede afectar diversos aspectos de la vida de la persona al mismo tiempo (Slaikeu, 1996).

De acuerdo a Horowitz (1976, en Slaikeu, 1996; Torres, et.al., 2012), la primera respuesta ante la crisis es el desorden, que suele acompañarse de una reacción emocional como llanto, angustia o lamentos. En algunas personas las reacciones son visibles y los demás las notan, en otras, pueden no ser tan visibles. El desorden puede conducir a la negación o a la intrusión; mientras que la negación lleva al amortiguamiento del impacto a través de conductas como no pensar en lo ocurrido o planear actividades como si nada hubiera pasado, la intrusión incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso. Algunas personas omiten la fase de negación y se desplazan directamente a la de intrusión, mientras que otras oscilan de un lado a otro entre estas dos etapas. Después de estas etapas viene la translaboración, por medio de

la cual se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. La terminación o resolución es la etapa final de dicha experiencia y conduce a la integración de la misma dentro de la vida del individuo. El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado, y la reorganización ha sido consumada o iniciada.

La crisis está limitada en tiempo y suele manifestarse por algún factor o suceso desencadenante, cuyo impacto depende de la intensidad, duración, continuación y el grado de interferencia que provoca en la persona (Slaikeu, 1996; Pérez y Rodríguez, 2011). Dependiendo del suceso en cuestión, suele clasificarse en dos: a) evolutiva, que corresponde a sucesos propios del desarrollo biológico y psicológico normal; y b) circunstancial, que aparece repentinamente y responde a factores ambientales desencadenantes, como la pérdida de empleo, amenaza a la integridad física o psicológica, divorcio, accidentes o el padecimiento de alguna enfermedad aguda o crónica (Wainrib y Bloch, 2001; Mascaró, 2007). Cabe mencionar que el suceso desencadenante puede o no ser desagradable, por ejemplo un matrimonio o el nacimiento de un hijo, pues implican cambios para los cuales quizá no hay preparación o se cree que no la hay (Pocasangre, González, Alas y Paniagua, s.f; Martín y Muñoz, 2009).

Las respuestas inmediatas a los sucesos desencadenantes suele ser: cognitivas, en el cual se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y de afrontamiento; emocionales, donde se aprecia un estado temporal de shock, seguido de negación, confusión, temor, terror, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, excitabilidad o inquietud; y fisiológicas, en el que pueden presentarse cambios en el ritmo cardíaco, respiración y sudoración excesiva, vértigo, mareo, etc. (Wainrib y Bloch, 2001; Bravo, 2010; Rabelo, 2010). Estas respuestas van a depender de múltiples variables, como vivencias, personalidad, recursos emocionales, entorno familiar y social, condiciones del medio, entre otras. Dado lo anterior, se entiende que no todos los sucesos que precipitan las crisis afectan de la misma manera a todas las personas (Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2011; Benveniste, 2000, en Torres, et.al, 2012).

Generalmente, las personas hacen uso de ciertos mecanismos de afrontamiento para restablecer el equilibrio perdido, pero si no se cuenta con los mecanismos suficientes o no sabe utilizarlos adecuadamente, la crisis puede llevar a la persona a desarrollar una sintomatología física y psicológica más grave, que puede restringir la funcionalidad del individuo (Pérez y Rodríguez, 2012).

En el ámbito de la salud, las personas enfrentan una crisis en sucesos tales como el diagnóstico de alguna enfermedad (aguda grave o crónica), ser sometido a una cirugía, pérdida de algún miembro del cuerpo o incapacidad física (Velasco y Sinibaldi, 2001). De manera general, el hecho de enfermar supone una ruptura del equilibrio personal al tener que hacer frente a múltiples amenazas y cambios. Particularmente, después del diagnóstico de una enfermedad crónica, las personas suelen pasar por un periodo de crisis inicial caracterizado por desequilibrio físico, social y psicológico, en el cual las personas sufren reacciones emocionales de una intensidad significativa puesto que sus expectativas del futuro se desmoronan y sus proyectos pierden sentido. Es común que experimenten sensaciones de incredulidad, ansiedad, miedo, desorganización, baja autoestima, y culpa, entre otras (Arranz y Cancio, 2003; Bravo, 2010; Pérez y Rodríguez, 2012).

Los profesionales que trabajan en instituciones de salud, especialmente psicólogos o neuropsicólogos clínicos, suelen encontrarse en situaciones en las que deben lidiar con las reacciones psicológicas propias de las crisis y los procesos de duelo por las que atraviesan los pacientes, así como sus familiares (Artiaga, 2008). En el caso de pacientes con EP es frecuente que se encuentren con altos niveles de estrés y experiencias de sufrimiento, derivados de la impredecibilidad, incontabilidad e incertidumbre, asociadas al padecimiento y sus consecuencias (Arranz y Cancio, 2003). Por tal motivo, es importante que el clínico disponga de los conocimientos necesarios para hacer frente a este tipo de situaciones y brindar apoyo a las personas que lo necesiten. En el siguiente apartado se hablará sobre la intervención en crisis como forma de ayuda en estas situaciones.

## 4.2 Intervención en Crisis

La intervención en crisis (IEC) es un proceso que busca mitigar el desequilibrio provocado por ésta última, aliviando el impacto inmediato de los eventos estresantes, afrontando el suceso desencadenante junto con sus efectos y reactivando las capacidades afectadas para evitar que se cronifique la situación, que haya menos consecuencias poco saludables o desorganizantes y la persona se estanque en la inmovilidad (Pocasangre, et.al., s.f; Wainrib y Bloch, 2001; Bravo, 2010; Rabelo, 2010; Pérez y Rodríguez, 2012). Es comúnmente aceptado que el objetivo principal de la IEC sea ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes de la crisis, sin embargo, muchos terapeutas consideran que la persona no regresa a ese nivel previo, ya que al resolver la crisis adquiere nuevas habilidades de afrontamiento y solución de problemas (Slaikeu, 1996).

La IEC se basa en un modelo de intervención psicológica de rápido establecimiento del problema (desencadenantes de la crisis) y la estipulación de un tratamiento razonable y breve (Pérez y Rodríguez, 2012). Por lo anterior, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2002) sus objetivos son:

1. Determinar el suceso detonante y detenerlo, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el malestar presente;
2. Estabilizar a la persona y protegerla de estrés adicional, reduciendo los sentimientos de anormalidad o enfermedad;
3. Restaurar las funciones psíquicas y readaptar a la persona a las nuevas condiciones tan rápido como sea posible;
4. Prevenir o mitigar el impacto del estrés postraumático;
5. Reducir la mortalidad, lo que implica tomar medidas para reducir al mínimo las posibilidades de auto o heteroagresión; y
6. Facilitar u orientar la asistencia profesional a mediano o largo plazo, en caso de ser necesario.

El clínico debe conocer el manejo de estados de estrés, ansiedad, desamparo y confusión para estabilizar la situación y restituir la capacidad de

autocontrol de la persona, así como dotarla de recursos personales y sociales idóneos para afrontar efectivamente eventos futuros de esta índole. Asimismo, debe facilitar la comprensión de los hechos y del problema, así como la liberación de emociones, establecer patrones de conducta que permitan a la persona recuperar su nivel de funcionamiento previo y fortalecer los intentos de afrontamiento (Bravo, 2010; Pérez y Rodríguez, 2012; Torres, et.al., 2012). Por todo lo anterior, en la IEC es necesario crear un clima óptimo de comunicación que facilite la libertad de expresión, la aceptación de sí misma y de su situación, la escucha empática, la búsqueda de soluciones realistas y la expresión natural de afecto y cercanía para propiciar una situación de seguridad psicológica que permita la exploración de los eventos críticos en un contexto de realidad (Rabelo, 2010).

En la IEC los clínicos deben ser más activos, directos y orientados a la consecución de objetivos que en las situaciones ajenas a las crisis. Deben franquear las dificultades, fijar con precisión las necesidades inmediatas y movilizar los recursos de ayuda, ya que el tiempo con el que se cuenta es muy limitado. Dado que el principio básico de la intervención es que los pacientes deben fortalecerse para hacer tanto como puedan por ayudarse y que actúen por sí mismos en un periodo corto de tiempo, el comportamiento del profesional se dirige a facilitar la independencia de la persona (Slaikeu, 1996).

Por otra parte, cuando el clínico hace una IEC, es necesario que cuente con el suficiente entrenamiento y preparación para garantizar su eficacia (Torres, et.al., 2012). McGee y cols (s.f., en Slaikeu, 1996) identificaron dos áreas de desempeño del profesional, por un lado, la efectividad clínica, que se refiere a la capacidad de mostrar empatía, autenticidad y cordialidad hacia el paciente, y por otra parte, la técnica, que se refiere a la capacidad para evaluar la mortalidad en casos de suicidio y sondear recursos, todo lo cual llevará a la comprensión del problema y elaborar un plan acción.

Retomando a Roberts (1991, en Wainrib y Bloch, 2001) y a Pocasangre, et.al. (s.f.), la IEC consta de una serie de pasos: 1) establecimiento de un contacto psicológico para crear una relación de manera rápida y eficaz; 2) analizar la

dimensión del problema para luego definirlo, así se conocen los conflictos y problemas que necesitan manejarse de manera inmediata y cuales pueden dejarse para después; 3) estimular la exploración de los sentimientos y las emociones; 4) explorar y evaluar los intentos previos de solución y afrontamiento; 5) explorar, generar y analizar soluciones alternativas y específicas; 6) restablecer el funcionamiento cognoscitivo por medio de la ejecución de un plan de acción; y 7) dar un seguimiento.

Para Gantiva (2010), el concepto de IEC generalmente se asocia con la intervención que se hace en un primer momento a causa de algún suceso detonante, sin embargo, este es un concepto errado ya que ésta abarca no solo ese primer momento, sino también la terapia que se realiza posteriormente. Así, el autor retoma el modelo de Slaikeu (1996) quien propone que la intervención en crisis consta de dos grandes momentos:

- 1 De primera instancia, o primeros auxilios psicológicos, que abarcan la asistencia inmediata y se dirigen a la expresión emocional y su procesamiento, a la evaluación del daño y a la activación de las redes de soporte social, proporcionando apoyo y enlazando a la persona en crisis con los recursos de ayuda que sean necesarios. Esta intervención suele tomar algunos minutos o algunas horas, dependiendo de la gravedad de la desorganización o alteración emocional de la persona en crisis y de la habilidad de quien los proporcione, además de que no se hace ningún esfuerzo para completar la resolución psicológica de la crisis
- 2 De segunda instancia o terapia de crisis, y se dirige a la integración de la crisis a la vida de la persona, la toma de decisiones y el restablecimiento emocional, conductual y cognitivo. En otras palabras, es un proceso terapéutico breve que tiene como fin último la resolución.

Así, el modelo de Slaikeu permite hacer una distinción de técnicas, extensión del tratamiento, ofrecimiento de servicios específicos, metas y entrenamiento del profesional (Tabla 1). Por un lado, la terapia de crisis sería llevada a cabo por psicólogos, mientras que por otro, los primeros auxilios

psicológicos estarían a cargo tanto de psicólogos como de profesionales de otras disciplinas, como técnicos en urgencias médicas, trabajadores sociales, médicos, bomberos, policías, rescatistas, etc. (Pérez y Rodríguez, 2012).

Tabla 1.

**Comparación de los dos momentos de intervención en crisis de acuerdo con Slaikeu**

<b>Momento</b>	<b>Primeros auxilios psicológicos</b>	<b>Terapia para crisis</b>
Duración	De minutos a horas	De semanas a meses
Persona que los proporciona	Bomberos, abogados, médicos, enfermeras, personal de urgencias médicas, trabajadores sociales, maestros, psicopedagogos (debidamente preparados)	Psicoterapeutas, psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros, orientadores
Lugar	Hospitales, iglesias, escuelas, ambientes de trabajo, servicios telefónicos de ayuda	Hospitales, clínicas, centros de atención psicoterapéutica, consultorios privados
Objetivos	Desahogo y contención emocional, afrontamiento inmediato, brindar apoyo, reducir la mortalidad, enlace con recursos de ayuda	Resolución de la crisis, translaboración del incidente de crisis, integración del incidente a la trama de la vida, establecer la apertura/disposición para encarar el futuro
Procedimiento	Los cinco pasos de los primeros auxilios psicológicos	Terapia multimodal para la crisis

**Nota** Fuente: Modificado de Slaikeu, K. (1996). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. (2da. Ed.). México: Manual Moderno.

A pesar de que estos dos momentos requieren aptitudes y entrenamiento diferentes, tienen en común actitudes específicas por parte del profesional, como el establecimiento de una relación comunicativa con el paciente, donde haya un dialogo activo sobre el problema y la solución del mismo, y brindar apoyo, procurando fortalecer la solidaridad grupal, familiar y social para facilitar la expresión y verbalización de las emociones por parte del paciente.

Finalmente, al momento de abordar a una persona en crisis es muy importante considerar sus características psicológicas, socioculturales y biológicas, dado que pueden influir en sus repertorios conductuales que a su vez, constituyen los recursos internos y externos con los que cuenta el individuo para hacer frente a situaciones subjetivamente percibidas como desafiantes (Pérez y Rodríguez, 2012).

### **4.3 Intervención en Crisis de Primera Instancia: los Primeros Auxilios Psicológicos**

La primera ayuda que se recibe frente al dolor, angustia, miedo y sufrimiento que implica una crisis es especialmente relevante, no obstante, ha sido frecuentemente olvidada e incluso subestimada por parte de los profesionales y de la literatura especializada, quizá debido a que no se ha considerado parte del proceso terapéutico formal. Sin embargo, cuando no se puede proporcionar algún tipo de intervención terapéutica formal, ya sea por cuestiones de tiempo, espacio o recursos, entran en juego los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) (Martín y Muñoz, 2009).

Los PAP se conciben como aquellas intervenciones básicas o tempranas que, sin ser estrictamente formales, se producen ante cualquier circunstancia que la persona afectada percibe como desbordante. Están orientados a paliar y reducir a corto, mediano y largo plazo la angustia inicial producida por la crisis, además de promover el funcionamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento (Brymer, et.al., 2006; Martín y Muñoz, 2009; Rabelo, 2010). Se caracterizan por su corta duración, por lo general de una sesión, sin embargo, no por ello son menos importantes o potentes que las intervenciones orientadas a la resolución de la crisis (Slaikeu, 1996; Parada, 2009; Rabelo, 2010). Dado que este tipo de intervención es necesaria en situaciones de emergencia, han de encuadrarse y proporcionarse en el contexto adecuado, teniendo en cuenta el lugar, el momento y el destinatario (Parada, 2009).

Los PAP constituyen la primera impresión en función de la cual quien atraviesa la crisis orientará su problema en una u otra dirección, para después

abrir el camino hacia una intervención formal. Así, el inicio o la continuidad de un proceso terapéutico estructurado dependerá muchas veces de este primer contacto con el profesional, es decir, de las medidas inmediatas de contención que sea capaz de proporcionar y de la manera en que proyecte una visión completa, realista y esperanzadora ante la crisis (Martín y Muñoz, 2009).

Aunque no se les considere como una intervención formal, los PAP constituyen intervenciones organizadas y guiadas por objetivos, por lo que se emplean habilidades, técnicas y tácticas válidas para el tipo de relación que se establece con la persona que los necesite (Parada, 2009).

El objetivo principal de los PAP es ayudar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento y resolución, lo que incluye detener el proceso de deterioro psicológico característico del estado de crisis, el control de emociones y de componentes subjetivos de la situación, así como la prevención de consecuencias negativas para su salud mental y la búsqueda de posibles soluciones (Slaikeu, 1996; Parada, 2009; Rabelo, 2010). Para lograrlo, los PAP tienen objetivos secundarios, como contener emocionalmente, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona con los recursos de ayuda que necesite, si el caso lo amerita (Martín y Muñoz, 2009; Rabelo, 2010; Pérez y Rodríguez, 2012).

El brindar apoyo se basa en la premisa de que es mejor para las personas no estar solas cuando se encuentran en momentos de este tipo que derivan en crisis. De esta manera la persona se siente acompañada, escuchada y comprendida, facilitando así la expresión de sentimientos y la ventilación de emociones negativas como miedo, tristeza, angustia o enfado (Slaikeu, 1996; Rabelo, 2010).

Es importante también que al momento de expresar emociones y sentimientos se normalicen las reacciones ante el suceso, ayudando a la persona a distinguir qué reacciones son esperables y lógicas ante tal situación y cuáles pueden ser patológicas. Lo anterior permite prevenir el empeoramiento de la situación y amortiguar su impacto, además se reduce en gran medida el malestar psicológico (Martín y Muñoz, 2009).

Por otra parte, reducir la mortalidad se refiere a la salvación de vidas y la prevención del daño físico durante las crisis, ya que se pueden generar

situaciones violentas como auto y heteroagresión. Se deben tomar medidas para reducir al mínimo las posibilidades destructivas y desactivar la situación. Finalmente, antes de tratar de resolver la crisis de manera inmediata, la persona que presta lo PAP debe fijar con precisión las necesidades fundamentales de la persona, para después realizar una remisión adecuada a algún otro asistente o servicio, con el fin de proporcionar otros tipos de ayuda, como legal o médica) (Slaikeu, 1996; Rabelo, 2010).

Cuando se toma la decisión de referir a la persona a otro tipo de servicio se le deben informar las razones que justifican tal decisión, como la necesidad de derivarle hacia un tipo de intervención más estructurada y profunda o hacia un profesional que pueda abordar con más criterio y conocimientos su problema particular (Martín y Muñoz, 2009). En caso de no ser posible o no se consiga enlazar con recursos de apoyo formales y no formales, se debe asegurar el funcionamiento adaptativo básico y autónomo de la persona, proporcionando técnicas prácticas de contención y afrontamiento (Parada, 2009).

Algo muy importante en los PAP es proporcionarle a la persona una visión realista de su situación, pues al sufrir una crisis se corre el peligro de dejarse llevar por la emociones y se toman decisiones en función de lo que se siente y no de los hechos reales que constituyen la situación por la que está pasando. Para que esta visión sea posible habrá que recabar la mayor cantidad de información posible a través de una buena escucha y poner en marcha los mecanismos oportunos para contrarrestar los errores cognitivos que la persona pueda estar cometiendo en su enfoque de la situación. Todo esto produce una reducción notable de la ansiedad, ya que la persona es capaz de ordenar las ideas, eliminar dramatismos innecesarios y vislumbrar las primeras alternativas de manejo y solución de la crisis (Martín y Muñoz, 2009).

Los PAP frecuentemente se relacionan con intervenciones que se hacen después de alguna catástrofe, desastres y actos de terrorismo, sin embargo, sus aplicaciones van mucho más allá (Brymer, et.al., 2006). Cualquier otra circunstancia o situación cotidiana que sea percibida como estresante, crisis

personales e incluso transiciones vitales requerirán también la aplicación de los PAP (Martín y Muñoz, 2009).

También pueden aplicarse en hospitales en casos de diagnóstico de alguna enfermedad grave o crónica, pues el inicio de una enfermedad tiene una gran carga negativa sobre el individuo, afectando su funcionamiento fisiológico, estado anímico, autoimagen, recursos emocionales y su capacidad mental, comprometiendo su calidad de vida, pues este tipo de enfermedades requieren de cambios en el estilo de vida y hábitos personales y familiares (roles, patrones de interacción). Además, suele representar un gasto económico no contemplado, lo que puede sumergir a la persona en un estado temporal de desorganización, siendo incapaz de abordar situaciones particulares utilizando sus métodos acostumbrados para solucionar problemas (Velasco y Sinibaldi, 2001).

En el ámbito hospitalario, el papel de los PAP sería poder hacer frente de manera eficaz, no sólo a las cuestiones puramente relacionadas con el sufrimiento físico derivado de una enfermedad, sino también siendo capaces de abordar los asuntos más relacionados con el sufrimiento psicológico: miedos, expectativas de vida, frustración, sentimientos de invalidez, afrontamiento, etc. En las consultas hospitalarias, la queja habitual de los pacientes tiene que ver con estas cuestiones y otras más, como la falta de delicadeza y comprensión por parte de los profesionales sanitarios, la rapidez excesiva con la que son tratados y la percepción de que son asistidos de forma más mecánica que humana, cercana y empática (Martín y Muñoz, 2009).

De acuerdo con Slaikeu (1996) los PAP constan de cinco pasos a seguir (Tabla 2). El primero de ellos consiste en la realización del contacto psicológico, haciendo alusión a la empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una crisis, lo que implica escuchar de manera activa los hechos que narra, prestar atención a sus emociones y sentimientos, así como a su lenguaje corporal e inflexiones de la voz. De esta manera se puede conocer el modo en que visualiza su situación. Cuando la persona ha podido reconocer los sentimientos que le evocan la situación, muchas veces los niveles de ansiedad disminuyen y se puede comenzar la intervención. El reconocer y legitimar los

sentimientos, y el transmitirle a la persona en crisis que uno entiende su situación y su sentir generará la empatía, elemento básico de cualquier relación de ayuda.

El segundo paso se refiere al examen de las dimensiones del problema, es decir, a la evaluación de las situaciones del problema, por lo que es necesario considerar el pasado inmediato (acontecimientos previos que condujeron a la crisis y el modo de actuar de la persona antes de la crisis), el presente (la situación presente, fortalezas, debilidades, etc) y el futuro inmediato (dificultades que pudieran aparecer después). En este paso se busca jerarquizar las necesidades del individuo de acuerdo a dos categorías: conflictos que necesitan manejarse de manera inmediata y conflictos que pueden dejarse para después. Para obtener este tipo de información no siempre se tiene que dirigir a la persona en crisis pues muchas veces es ella quien la brinda. Sin embargo, el profesional sí debe tener presentes estas áreas y objetivos para que pueda esclarecer la situación que se vive y que funcione como herramienta para la planeación de una estrategia de resolución.

El tercer paso consiste en el análisis de posibles soluciones, tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, e implica su identificación. Primero se explora lo que se ha hecho para resolver la situación, acto seguido se invita a la persona a generar otras alternativas de solución, a analizar sus pros y contras y a jerarquizar las acciones que se llevarán a cabo. En este punto, es importante recalcar que el profesional sólo puede sugerir qué hacer, nunca debe imponer lo que cree que debería hacerse, ya que si lo hace pierde credibilidad y empatía o se corre el peligro de que la persona no comprenda las alternativas que tiene o no las perciba como factibles.

El cuarto paso hace alusión a la ejecución de la acción concreta, tomando en cuenta lo ya realizado en los pasos anteriores. Aquí el objetivo es ayudar a la persona a ejecutarla, planeando cómo se llevará a cabo. Si la situación de crisis amenaza la vida o interfiere con la capacidad del individuo para tomar decisiones, será menester del asistente tomar una actitud más directiva.

El quinto y último paso es el seguimiento, el cual implica especificar un plan lo suficientemente detallado que permita verificar el progreso de las

circunstancias. Se deben determinar los medios de comunicación para seguir en contacto si surge alguna necesidad, así como para verificar que se estén cumpliendo los objetivos.

Tabla 2.

**División en pasos de los Primeros Auxilios Psicológicos de acuerdo con Slaikeu**

Fase	Procedimiento
Primer paso. Contacto psicológico	Hace alusión a la empatía, lo que implica escuchar de manera activa, prestar atención a emociones y sentimientos, así como al lenguaje corporal e inflexiones de la voz.
Segundo paso. Examen de las dimensiones del problema	En este paso se busca jerarquizar las necesidades del individuo de acuerdo a dos categorías: conflictos que se deben manejar inmediatamente los que pueden dejarse para después.
Tercer paso. Análisis de posibles soluciones	Tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después. Explorar intentos de solución de problemas y generar otras alternativas de solución. Analizar pros y contras de las soluciones y jerarquizarlas. El profesional orienta, no dice qué hacer.
Cuarto paso. Ejecución de la acción concreta a realizar	Ayudar a la persona a estructurar cómo ejecutar o llevar a cabo las soluciones planteadas en el paso anterior. Expectativas realistas.
Quinto paso. Seguimiento y/o canalización	Se determinan los medios de comunicación para seguir en contacto, así como para verificar que se estén cumpliendo los objetivos. Si es necesario se canaliza a la persona con otros recursos de ayuda.

Hasta aquí se ha hecho una descripción general de los PAP, incluyendo características, objetivos, importancia y pasos a seguir. En el apartado siguiente se hablará sobre las habilidades necesarias con las que debe contar el clínico, así como su comportamiento durante la intervención.

#### **4.3.1 Habilidades y comportamiento del profesional.**

Los psicólogos o neuropsicólogos clínicos que se relacionan con personas en situación de crisis o enfermedad necesitan desarrollar ciertas habilidades y determinados conocimientos que serán los que marcarán la diferencia en la calidad de la atención. Sólo así será posible mantener una verdadera relación de ayuda con aquellas personas que la precisen (Conanglia, 2002). En el caso del profesional no médico que se desempeña en el ámbito hospitalario (psicólogo, trabajador social), éste debe tener conocimientos de la terminología médica, trastornos específicos, cuestiones relevantes de personalidad y psicopatología relacionadas con la salud y de acercamientos biopsicosociales a la evaluación y la intervención. Además se esperan ciertas características de personalidad, como tolerancia a la frustración y a la sobrecarga de trabajo, así como aceptación de la dependencia de otros profesionales (Martínez y Barreto, 2003).

Respecto a la habilidades con las que debe de contar el profesional, las sociales son muy importantes, ya que la problemática de las relaciones interpersonales es el área más frustrante y estresante de la vida cotidiana en el marco de la asistencia, siendo una deficiente o inadecuada relación con el profesional la causa más importante de insatisfacción de las personas que requieren ayuda. Por ejemplo, en el ámbito hospitalario, una relación deficiente con el profesional hace que el paciente perciba dicho ambiente como un estresor, con las consecuencias negativas que ello supone para la recuperación y restablecimiento de su nivel de salud. Por esta razón, es necesario que el profesional asuma que las relaciones interpersonales son una parte fundamental del proceso de atención (Barriga, et.al., 2004).

Otra de las habilidades del profesional consiste en comunicarse adecuadamente con la persona a la que pretende ayudar. Hoy en día se requiere el desarrollo de procedimientos de relación y comunicación interpersonales capaces de ajustarse a las necesidades del modelo biopsicosocial de la salud (ver capítulo 3), donde el enfermo pueda ser informado y ayudado a tomar las decisiones que considere apropiadas para él (Arranz y Cancio, 2003).

Se concede gran relevancia a esta habilidad ya que ayuda en aspectos como transmisión adecuada de información sobre la enfermedad y los tratamientos, plasmación de preocupaciones y dudas que el enfermo tiene sobre la enfermedad y el tratamiento, conocimiento de sus expectativas acerca del tratamiento y creación de expectativas de éxito (Martínez y Barreto, 2003), todo lo cual permite que la persona tome decisiones y asuma una actitud activa y de responsabilidad. Las ventajas de una comunicación adecuada son un alto nivel de satisfacción de la persona, el afrontamiento de su estado, y en el caso de personas con alguna enfermedad, su conformidad con el tratamiento y la medicación, así como una mejor comprensión y conocimiento de la misma (Correa y Salazar, 2007).

Para que la comunicación sea de este modo debe contar con algunos elementos. Uno de ellos es la empatía, que de manera práctica consiste en identificarse con el problema y con quien lo sufre, lo que permite acercarse emocionalmente a la persona comprendiéndola; sin empatía, la ayuda es prácticamente una “receta estándar”. El aspecto emocional en la relación de ayuda no se puede ignorar si se quiere una intervención eficaz (Martín y Muñoz, 2009).

Otro elemento de la comunicación es la escucha activa, que se puede definir como el proceso mediante el cual quien recibe el mensaje auditivo se implica en lo que está escuchando. Al escuchar activamente se ponen a disposición del emisor todos los recursos con los que se cuenta, de forma que quien habla sabe positivamente que se le atiende (Martín y Muñoz, 2009). La clave consiste en entender que, por mucha prisa que haya por intervenir, el tiempo dedicado es importante, no hay que interrumpir ni intentar acelerar las intervenciones (Conanglia, 2002). Por otra parte, se debe escuchar sin censura o prejuicios y respetar el criterio ajeno, incluso cuando no se comparte. Es de vital importancia que la persona en crisis sienta que se le comprende, o que se tiene disposición a entender su punto de vista de la realidad (Everstine y Everstine, 2000).

La empatía y la escucha activa son básicas para cualquier intervención clínica, sin embargo, estas dos habilidades por sí solas no harán que dicha

intervención sea eficaz. Dado que la crisis no es una situación propicia para la lenta exploración tradicional, se requiere de un amplio rango de elementos que conforman los PAP, de modo tal que el profesional pueda conectar y colaborar rápidamente con el paciente (Wainrib y Bloch, 2001).

Un elemento que debe considerar el profesional al momento de prestar los PAP es la expresión emocional, pues esta área es uno de los pilares de la persona, y al momento de ayudar e intervenir ante el sufrimiento, es indispensable tenerla en cuenta (Martín y Muñoz, 2009). Generalmente en la IEC, esta expresión emocional importancia cuando se retienen las emociones, lo que produce a menudo un efecto acumulativo y, que con tiempo suficiente, probablemente desembocarán en una expresión inadecuada de las mismas, con las consecuencias negativas que de ello se deriven para la persona y quienes la rodean. La expresión emocional en los PAP se dirige al desahogo de la angustia y a la manifestación del desencadenante de la crisis para lograr un primer decremento de la tensión, la angustia y del malestar en general. Durante este momento es recomendable que se provea contención emocional, entendida como la capacidad del profesional de recibir el relato de la persona en crisis y que tiene por objetivo devolverle un estado de tranquilidad, estimulando la confianza que se necesita para establecer una relación positiva con la persona afectada (Morales-Carmona, et.al., 2005).

En ocasiones cuando una persona expresa en palabras un sentimiento o emoción puede descubrir que las cosas no son tan graves, tan intensas tan dramáticas como pensaba. Cabe destacar que la expresión emocional debe producirse siempre de forma voluntaria, de no ser así pierde gran parte de su valor (Martín y Muñoz, 2009).

Una vez lograda esta expresión, es importante proporcionar apoyo emocional, con el objetivo de ayudar a la persona a reconocer sus emociones para posteriormente entenderlas y hacerse cargo de ellas, aprender a manejarlas y a prevenirlas ante situaciones futuras (Arranz y Cancio, 2003). Es importante que el profesional identifique y sepa manejar sus propias emociones (Arranz y Cancio,

2003; Brymer, et.al., 2006). Si uno se aleja demasiado no será eficaz, al igual que si se acerca demasiado afectivamente (Conanglia, 2002).

Otro elemento de los PAP es el acompañamiento, que es la manera más obvia de tener soporte ante un problema. Las personas requieren de una red de apoyo y cuando esta red falla se está mucho más expuesto a tener problemas y a no poder resolverlos satisfactoriamente. La compañía de alguien y la interacción con ese alguien permite contemplar soluciones y formas de afrontamiento ante el sufrimiento que de otra forma quizá no se habrían siquiera imaginado. La importancia de la compañía es su valor contra el aislamiento y síntomas relacionados con la depresión. Facilitar que la persona se relacione y se abra a recuperar cierto nivel de funcionalidad o actividad es una de las mejores formas de ayudarla, sin embargo, también es cierto que algunos momentos de soledad son necesarios ante el sufrimiento. Estar a solas con el dolor permite analizarlo, comprenderlo, afrontarlo, descubrir las propias reacciones, aprender de las situaciones y prevenir futuros sufrimientos. Si no se permite que quien sufre tenga ratos a solas, se le impide en muchas ocasiones ponerse cara a cara con su realidad y asumirla (Martín y Muñoz, 2009).

Así pues, la compañía, entendida como asistencia, apoyo puntual o temporal, y dispensada en una medida equilibrada, es más que recomendable en tiempos de dificultad, pues permite al que sufre suficiente margen de autonomía como para poder afrontar con los medios de que dispone la situación que tiene delante (Morales-Carmona, et.al., 2005).

Orientar hacia un buen razonamiento es otro elemento de los PAP. En épocas de dificultad o sufrimiento, los errores de pensamiento se acentúan y se es más proclive a creer su contenido. Suelen aparecer de forma casi automática, sin ser conscientes siquiera de haberlos generado acompañados de malestar e impiden al individuo funcionar con normalidad. Ese malestar suele ser desmesurado y de difícil control, lo que a menudo bloquea la actividad diaria, y que de no corregirse, puede llevar a problemas psicológicos más serios. Los errores de pensamiento a menudo descansan sobre creencias profundas que forman parte del esquema mental que la persona tiene acerca de la vida. Por lo

anterior, es importante que al detectar un pensamiento erróneo se encuentre la creencia fundamental que lo sustenta, ya que si se consiguen corregir tanto el pensamiento como la creencia, el efecto terapéutico será mayor. Algunos de los errores de pensamiento más comunes son: a) pensar en términos de blanco y negro; b) minimizar lo positivo y maximizar lo negativo; c) atender sólo una parte de la información; d) hacer filtro mental; e) generalizar a partir de un hecho aislado; f) personalización; g) etiquetamiento; h) lectura del pensamiento y el error del adivino; y i) perfeccionismo o autoexigencia desmesurada (Martín y Muñoz, 2009).

Cuando la persona por sí misma es incapaz de reconocer los errores cognitivos que está cometiendo, orientarle hacia la posibilidad de contemplar otras alternativas de pensamiento la acercará a poder resolver adecuadamente el problema en cuestión. Es recomendable que el profesional no dé las respuestas ni las soluciones ante los pensamientos negativos, sino que sea la propia persona quien los genere; el profesional puede orientar, mediante preguntas, el razonamiento de la persona.

Al principio puede resultar difícil generar pensamientos alternativos, sin embargo, con la práctica suficiente, esto se vuelve más sencillo, de tal forma que surjan de manera automática. Al generar pensamientos alternativos es importante tomar en cuenta algunos aspectos, como el momento y el lugar. Además, las propuestas deberán hacerse de una en una para no saturar a la persona, describir qué se propone cambiar y sugerir una alternativa clara. También hay que contemplar la posibilidad de estar equivocado, anticipar los posibles beneficios de realizar cambios y las desventajas de seguir haciendo las cosas igual, así como posponer el momento si la reacción del otro no es positiva y siempre tener en cuenta, asumir y respetar que quizá el otro no quiera cambiar. Se deben acompañar las propuestas con críticas constructivas y finalmente, prestar atención a la comunicación verbal y no verbal, recordando la coherencia entre el mensaje y cómo se transmite (Martín y Muñoz, 2009).

Otro elemento necesario al momento de prestar los PAP es el respeto a la persona, partiendo de la base de que a quien se tiene delante es alguien que

posee criterios propios. Por ello, está fuera de toda lógica tomar decisiones en lugar de la persona o incluso manipular la información para forzar al otro a tomarlas. El respeto a la decisión ajena debe formar parte del repertorio de cualquiera que pretenda ayudar, incluso cuando se tiene la firme convicción de que es una decisión equivocada. En cualquier relación asistencial, la aceptación no significa compartir todo lo que el otro manifiesta y decide, lo que se acepta no es el contenido de la decisión, sino a la persona y su derecho a tomar la dirección que estime conveniente para su problema (Martín y Muñoz, 2009).

Algo que es frecuentemente olvidado al momento de intervenir con PAP y que puede llegar a tener gran relevancia es valorar el esfuerzo de la persona por seguir adelante. Apremiar lo que la persona hace, en muchas ocasiones puede ser el motor que le permita seguir adelante, afrontando los retos cotidianos. También es importante valorar el hecho de pedir ayuda y el expresar emociones negativas, como tristeza, enojo o culpa. La persona que muestra sus sentimientos y permite que los demás entren en un área íntima y privada de su vida, depositando confianza en alguien más es una decisión digna de reforzar (Martín y Muñoz, 2009).

Tener presente a la persona es otro elemento de los PAP. Con frecuencia se tiene la sensación de que el grueso de la ayuda y los esfuerzos por asistir se concentran en el primer contacto, y conforme pasa el tiempo y el primer impacto del suceso ha pasado, la ayuda y los esfuerzos se van diluyendo hasta el punto de que a veces quien sufre se siente solo y desasistido ante la situación por la que atraviesa. Por ello se recomienda tener algún tipo de continuidad con otras posibilidades más formales, como la psicoterapia. Quien proporciona los PAP debe tener presentes otras posibles fuentes de ayuda más prolongadas en el tiempo y orientar a la persona hacia aquellas que puedan suplir ciertas necesidades a medio y largo plazo (Martín y Muñoz, 2009).

También es importante que el profesional le proporcione a la persona algo que llevarse, ya sea una nueva habilidad o un mecanismo de afrontamiento o aproximación a su situación. Se recomienda finalizar este primer encuentro con la sensación de que se ha logrado algo concreto, como algún ejercicio de relajación

y reducción de estrés, inclusive de imaginación. Una forma de asegurarse que la persona realizará estos ejercicios es que el profesional los realice junto con ella. Esto ayuda a superar su resistencia y sus sentimientos de incomodidad, además es sumamente importante que el profesional se sienta cómodo llevándolos a cabo (Wainrib y Bloch, 2001).

Por otra parte, a pesar de la rapidez y la inmediatez con la que se pueden prestar los PAP, algo que se vuelve relevante es el saber esperar, pues cada cosa requiere tiempo, y este tipo de intervención es una de ellas. Los recursos, las técnicas y sus consecuentes resultados requieren de un margen para producirse. Sin embargo, el tiempo en sí mismo, desligado de una actitud activa de afrontamiento por parte de quien sufre, puede tener un efecto más bien negativo, favoreciendo el estancamiento y la apatía y bloqueando el avance saludable hacia el restablecimiento del equilibrio (Martín y Muñoz, 2009).

Finalmente, de acuerdo con algunos autores (Wainrib y Bloch, 2001; Brymer, et.al., 2006; Parada, 2009; Pinilla, 2010), hay ciertas cosas que el profesional debe evitar al momento de prestar los PAP:

1. Suponer o adivinar por lo que la persona está pasando;
2. Decirle a la persona qué hacer;
3. Hacer promesas y/o aseveraciones que no se puedan cumplir;
4. Tratar a la persona con extremada simpatía o condescendencia;
5. No atender el estrés de la persona por considerarlo normal;
6. No interpretar todas las reacciones como patológicas;
7. Tratar de impresionar; y
8. Jugar el papel de rescatador

Como pudo apreciarse, los PAP constituyen una forma de intervención en crisis, que se caracteriza por su relativa facilidad de uso inmediato (siempre y cuando el profesional esté debidamente capacitado), permitiendo reducir ansiedad, estrés y sintomatología depresiva, así como otras reacciones emocionales desadaptativas, como ira, miedo, etc. Además permiten mejorar la capacidad de identificar, expresar y afrontar de manera adecuada las emociones asociadas al padecimiento de enfermedades crónicas, las cuales suponen una

situación de crisis debido a la ruptura del estilo de vida precedente a la enfermedad.

Asimismo, los PAP pueden facilitar la adaptación a la enfermedad, induciendo estilos de afrontamiento positivos y ayudando a la persona a elaborar planes de acción para solucionar problemas específicos y estimulando el enlace con otros profesionales de la salud.

Dada la particularidad de la EP, ya detallada en el capítulo2, en el siguiente capítulo se hará una propuesta de intervención con PAP para pacientes con esta enfermedad que asistan a consultas hospitalarias, específicamente durante la evaluación neuropsicológica en instituciones de tercer nivel.

## **Capítulo 5.**

### **Propuesta de Intervención con Primeros Auxilios Psicológicos**

El diagnóstico de EP constituye un impacto emocional y una crisis, debido a que la persona se confronta con una ruptura de su estilo de vida, además de la incertidumbre al no saber cómo evolucionará la enfermedad al paso del tiempo y el miedo de ser una persona que requiera de ayuda de terceros para llevar a cabo actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sus expectativas de futuro se desmoronan y sus proyectos pierden sentido al conocer el diagnóstico. Junto con las reacciones iniciales, se presentan diversas necesidades cognitivo-informativas que los pacientes formulan de manera más o menos explícita, como el porqué de la enfermedad, porqué a ellos, búsqueda de culpables, entre otras.

En las instituciones públicas de salud es común que los pacientes con EP no reciban, por un lado, apoyo psicológico tanto al momento del diagnóstico como a lo largo de la evolución de la enfermedad, ni psicoeducación, por el otro, todo lo cual puede provocar un afrontamiento no adecuado de la enfermedad, ya que los pacientes no están preparados para los cambios que conlleva, desde el dejar de hacer actividades que disfrutaban, adaptarse a nuevas limitaciones físicas, necesidades especiales, pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos, hasta los cambios cognitivos y emocionales. De esta manera, las reacciones iniciales (negación, incredulidad, miedo, incertidumbre, tristeza, etc.) pueden cronificarse, al mismo tiempo que surgen otras, como preocupación por el trabajo, sentimientos de inutilidad, baja autoestima, conflictos familiares, etc. Con el tiempo, estas tensiones y sentimientos negativos pueden desencadenar en pensamientos negativos que derivan en ansiedad, estrés y tristeza, esta última pudiendo llevar a la depresión.

Con todo lo anterior de fondo, no resulta extraño que algunos pacientes con EP asistan a sus consultas médicas con esta amplia gama de sentimientos y pensamientos negativos y, en el caso de la evaluación neuropsicológica, éstos pueden incrementarse por la naturaleza misma de la evaluación, además hay a

quienes no les agradan las preguntas de tipo cognitivo, ya que se sienten juzgados intelectualmente o reconocen y/o maximizan sus fallas.

Cabe aclarar que no todos los pacientes van a tener las mismas reacciones y respuestas descritas anteriormente, esto dependerá de varios factores, como su personalidad, apoyo familiar, habilidades propias de afrontamiento, nivel educativo, etapa de vida en la que se diagnostique la enfermedad, entre otras (Velasco y Sinibaldi, 2001). Por esta razón, la intervención que se presenta a continuación deberá considerarse como una guía que orientará al clínico y le proporcionará ideas sobre cómo llevar a cabo los PAP con personas que padecen EP, de acuerdo a los cinco pasos propuestos por Slaikeu (1996).

Particularmente se presentan técnicas para estrés, ansiedad y depresión, ya que estas alteraciones del estado de ánimo son las más frecuentes en estos pacientes. En este punto, es pertinente recordar la importancia de la comunicación no verbal, pues permite detectar de manera temprana las alteraciones del estado de ánimo anteriormente mencionadas, evitando su escalada y disminuyendo el tiempo necesario para regresar al paciente a un estado emocional equilibrado o neutral, de manera que no interfieran en su desempeño durante la evaluación neuropsicológica.

Antes de comenzar de lleno con la intervención, es menester describir brevemente qué son el estrés, la ansiedad y la depresión, para entender lo que implican en la vida del paciente.

De manera general, el **estrés** se define como un estado de tensión que se presenta cuando se cree que peligra la integridad o la salud, o bien cuando existe un desequilibrio entre las exigencias ambientales, biológicas o psicológicas y la capacidad para responder ante ellas. El estrés ocurre cuando una situación se percibe como amenazante, emocionalmente perturbadora o inquietante. Se caracteriza por la manifestación de reacciones físicas con las que el organismo se adapta a los cambios y a los estímulos, como sudoración, palpitaciones, baja presión sanguínea, debilitamiento muscular, entre otras. Estas reacciones ponen a

la persona en estado de alerta y la ayudan a afrontar la situación que causó el desequilibrio (Egozcue, 2005).

El estrés puede producirse por eventos, circunstancias, lugares, personas, sentimientos, actitudes y pensamientos. Así, los estresores provienen de dos fuentes básicas: factores externos (el entorno, accidentes, enfermedades, procesos relacionados con la edad, etc.) y factores internos (percepción, conocimiento, experiencia y repuesta ante los hechos). Los factores internos están mediados por la cognición y las emociones. Todo acontecimiento bueno o malo que conlleve a cambios en el estilo de vida será experimentado como estresante. Cada persona tiene su forma propia de reaccionar ante la crisis, ya que depende de la combinación de varios factores, como características psicológicas, creencias sobre el control de las situaciones, estilo de vida, capacidad de afrontamiento, autoconocimiento y fortaleza interna, apoyo social y resistencia a la tensión (Egozcue, 2005; Guevara-Gasca y Galán-Cuevas, 2010).

Por su parte, la **ansiedad** es desequilibrio emocional que se experimenta como desazón, intranquilidad, confusión, incertidumbre, miedo, sentimiento de amenaza, aprensión o tensión puede ir desde una leve sensación de inquietud por la anticipación de un peligro (externo o interno) hasta una enorme agitación, pánico o temor. De manera general, el surgimiento de la ansiedad se relaciona con la posibilidad de que se generen acontecimientos desagradables, por ello suele manifestarse como una mezcla de miedo, incertidumbre y pavor. No toda respuesta de ansiedad se considera inadecuada, ya que en forma moderada podría cumplir una función de adaptación, sin embargo, se podría considerar como inadecuada cuando se da sin que exista relación con un peligro específico externo o cuando abrumba y altera totalmente el funcionamiento social, laboral y emocional, llegando a incapacitar a la persona (Sierra y Ortega, 2003).

Los síntomas de ansiedad se clasifican en tres: a) físicos, como boca seca, sudoración, cefalea, escalofríos, taquicardia, sensación de ahogo y falta de aire, entre otros; b) emocionales, que pueden ser sensación de desastre inminente, insatisfacción, descontento, incapacidad para relajarse, intranquilidad, irritabilidad e impaciencia, nerviosismo; y c) cognitivos, como anticipación a

acontecimientos desagradables, aprehensión y preocupación constante, dificultad de concentración, estado de hiperatención o vigilancia extrema, entre otros (Egozcue, 2005).

De manera general, la ansiedad aparece cuando una persona experimenta sucesos externos de gran impacto emocional. Los pensamientos catastróficos son factores importantes en el desarrollo de la ansiedad, ya que pueden funcionar como sus detonadores, pudiendo provocar sintomatología física de angustia, incrementando la percepción de sus sensaciones corporales, y teniendo como consecuencia más pensamientos catastróficos que lo lleven a una angustia mayor. La perspectiva biológica indica que las manifestaciones físicas de ansiedad son respuestas automáticas del organismo ante la aparición de un estímulo nocivo, y dependen generalmente del sistema simpático, además también plantea que la ansiedad surge de una anomalía bioquímica del sistema nervioso, generalmente por un desequilibrio en los neurotransmisores (elevación de serotonina y la noradrenalina), además de existir anomalías en la amígdala y en los ganglios basales talamocorticales.

Finalmente, la **depresión** es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza, desamparo, soledad, vacío, cansancio y falta de entusiasmo, entre otros. Estas molestias afectan el funcionamiento de quien la padece pues se pierde el interés en las actividades cotidianas, lo que puede llegar a ocasionar conflictos familiares, sociales o laborales. Su surgimiento se atribuye a diversas causas. Por ejemplo, desde la perspectiva sociocultural, se desencadena por estrés psicosocial grave en personas que no cuentan con suficientes habilidades y recursos para adaptarse a dicho estrés, o que carecen del apoyo social adecuado para enfrentarlo. También se experimenta cuando se cree haber perdido algo que era esencial para el bienestar y se siente incapacidad de anular, recuperar o superar esa pérdida. Desde el enfoque cognitivo de Beck, la depresión se debe a la autocognición negativa, es decir, a la tendencia a pensar y a percibir de manera negativa la vida. Así, la depresión se origina por la distorsión del pensamiento o de la manera de interpretar la realidad: no es lo que se vive lo que la causa, sino lo que se piensa acerca de lo que se vive. La

perspectiva genética establece la contribución de factores genéticos, haciendo hincapié en la susceptibilidad de que pueda padecerse especialmente cuando se está bajo estrés. Sin embargo, no hay que olvidar que el medio ambiente, los recursos internos de las personas, su forma de enfrentar los conflictos y sus actividades influyen también (Egozcue, 2005).

La depresión se puede manifestar por medio de síntomas afectivos (accesos de llanto, angustia, apatía, autodevaluación, enojo, etc.), cognitivos (problemas de concentración, indecisión, opinión negativa de uno mismo, rumiación, entre otros), conductuales (actitudes autodestructivas, aislamiento, dependencia interpersonal, etc.) y fisiológicos (cefalea, debilidad general o fatiga, disfunción del aparato cardiocirculatorio, trastornos alimenticios, variaciones importantes en el peso corporal, entre otros) (Egozcue, 2005).

Cada una de estas alteraciones del estado de ánimo perduran en el tiempo y la persona no cuenta con las habilidades necesarias de afrontamiento se desencadenan otro tipo de alteraciones, las cuales se pueden agravar poco a poco. El estrés crónico puede desencadenar en ira, apatía, aprehensión, ansiedad, impaciencia, irritabilidad, tensión y frustración, etc. Por su parte, la ansiedad puede desencadenar que la persona viva con desagrado, sensación de vulnerabilidad sin motivo aparente, despersonalización, desrealización, fobias y ataques de pánico. Finalmente, la depresión desencadena autodevaluación, desesperanza, enojo (reclamaciones hacia los demás, quejas), sentimiento de inutilidad, rumiaciones, actividades autodestructivas, paralización, entre otras (Egozcue, 2005).

Todas las alteraciones anteriores pueden afectar el comportamiento, de tal manera que pueden llegar a observarse conductas como agresión, pérdida de interés en actividades diarias, baja productividad, mala administración del tiempo, pérdida de actividades sociales, cambios en los hábitos alimenticios, entre otras. En el caso de la EP, el estrés, la ansiedad, la depresión y sus consecuencias se relacionan con el malestar que causa la enfermedad y la presencia de dolor, especialmente las articulaciones, la incomodidad que pueden causar el temblor y la rigidez, las limitaciones funcionales derivadas de los síntomas cardinales, la

fatiga, la falta de sueño, etc. De esta manera, la EP afecta varios aspectos del paciente, como la imagen que tiene de sí mismo, su estado de ánimo, la sensación de autonomía y libertad, la relación con personas cercanas y/o significativas, planificación y logro de metas, entre otras. (Velasco y Sinibaldi, 2001; Egozcue, 2005).

Ahora que se han revisado algunas implicaciones emocionales en los pacientes, es momento de continuar con la intervención de PAP durante la evaluación neuropsicológica.

Como se mencionó en el capítulo 3, la evaluación neuropsicológica es un proceso que examina la integridad de los procesos psicológicos a través de una serie de pruebas objetivas y estandarizadas. La aplicación de estas pruebas permite colaborar con el diagnóstico clínico, además de determinar los efectos mentales y comportamentales del daño cerebral, identificando tanto los procesos psicológicos conservados como los deficitarios con el fin de planear el tratamiento adecuado (Peña-Casanova, et.al., 2004; Servat, et.al., 2005; Bausela, 2007; Delgado y Salinas, 2009). De esta manera, la evaluación neuropsicológica permite hacer una aproximación diagnóstica de los pacientes con enfermedades neurológicas y psiquiátricas (Ruíz, 2002).

Para que la evaluación neuropsicológica cumpla sus objetivos y proporcione resultados objetivos se deben cuidar las condiciones bajo las que se lleva a cabo. Si estas condiciones no son adecuadas, la evaluación puede verse afectada negativamente, y por ende, los resultados y conclusiones que de ella se desprendan (Cano y Chiclana, 2010).

Detectar sintomatología física de ansiedad, estrés y depresión en pacientes con EP resulta sencillo, ya que el temblor aumenta de intensidad en este tipo de situaciones (Capítulo 2). Si durante la aplicación de una prueba el clínico se percata de un aumento inesperado en el temblor que perjudique la ejecución del paciente, hay algunas pautas a seguir, dependiendo del momento y la prueba que se trate. Si se trata de aquellas que requieren de un corto tiempo de aplicación y/o necesitan medición de tiempo, como Set-Test, Figura compleja de Rey, Stroop Test, Prueba de dibujo de reloj, y el paciente presenta signología al

inicio o al poco tiempo de haberla comenzado se recomienda suspender su aplicación y realizar una intervención inmediata, es decir, realizar el contacto psicológico (primer paso de los PAP de acuerdo con Slaikeu). Si la signología aparece a la mitad de la tarea o cuando falta poco por acabar se recomienda incitar al paciente a terminarla, utilizando frases como: “le falta poco para terminar, haga un esfuerzo”, y cuando la termine realizar el contacto. Si se trata de pruebas largas que tienen una gran cantidad de dominios cognitivos por evaluar (Cognistat, Barcelona, WAIS, Minimental) se recomienda terminar la subprueba en donde se haya presentado la signología e inmediatamente hacer el contacto.

En este primer paso de los PAP, principalmente se busca hacer un restablecimiento emocional, donde la expresión de resulte primordial, ya que si se desconoce el porqué de la alteración o quiebre, difícilmente se podrá llevar a cabo dicho restablecimiento. Usando frases del tipo: “noto que su temblor está aumentando, ¿le sucede algo?”, “Puedo ver que está sintiendo incomodidad, ¿pasa algo?”. Con estas sencillas preguntas es más que suficiente para que el paciente exprese su malestar de ese momento, en algunos casos, sobre todo en aquél con depresión, puede presentarse llanto. No obstante, y dado que las alteraciones del estado de ánimo están acompañadas de síntomas a nivel corporal, es importante controlarlos antes de iniciar con preguntas un poco más específicas.

En estos casos pueden ser de utilidad técnicas de relajación y respiración, las cuales están orientadas a reducir la activación fisiológica. Como en los PAP no se dispone de mucho tiempo, Martín y Muñoz (2009) recomiendan usar técnicas sencillas como las que se describen a continuación:

- 1) Técnica de relajación isométrica. Es una técnica breve que puede inducir rápidamente estados de relajación. Consiste en tensar brevemente ciertos grupos musculares para después relajarlos sin necesidad de moverse. Se procedería de la siguiente manera: “Quiero que se siente lo más cómodo posible en la silla, respire lentamente y exhale (repetir tres veces). Ahora quiero que tense (o apriete) sus pies durante siete segundos (contar con el paciente) y ahora relájelos al mismo tiempo que saca lentamente el aire de

sus pulmones, note cómo sus músculos se van aflojando poco a poco y el malestar y tensión van desapareciendo. Ahora tense sus pantorrillas (contar hasta siete) y relájelos...” seguir así con muslos, abdomen, pecho, espalda hombros, brazos, manos, cuello y cara.

- 2) Técnica de respiración diafragmática. Al igual que la técnica de relajación, busca disminuir los niveles de activación del organismo para un mejor y adecuado afrontamiento del problema, además cuenta con la ventaja de ser más sencilla de aprender y realizar que una técnica de relajación. La respiración diafragmática lleva gran cantidad de aire a la zona baja de los pulmones, garantizando una mejor ventilación, captación de oxígeno y limpieza de los pulmones con la exhalación. Al realizar el movimiento del diafragma, se activa el sistema nervioso parasimpático, que se encarga de la respuesta de relajación del organismo. Las indicaciones serían de la siguiente manera: “Coloque una de sus manos sobre su pecho y la otra en la boca del estómago. Ahora aspire por la nariz y expulse a fondo el aire de sus pulmones (repetir tres veces). Ahora aspire lentamente a través de su nariz y dirija el aire hacia su abdomen, sienta cómo se mueve la mano que está sobre su abdomen y la que está sobre su pecho permanece quieta. Retenga unos segundos el aire... y ahora exhale, al mismo tiempo que relaja su abdomen. Quédese un instante con los pulmones vacíos, sintiendo cómo se va relajando, y en cuanto sienta nuevamente el impulso de inhalar hágalo profunda y lentamente, llevando ese aire al abdomen...”. Repetir hasta que el paciente esté relajado.

Una vez que el paciente se ha relajado, se pueden hacer preguntas más específicas para saber qué fue lo que detonó la inestabilidad emocional. Preguntas como “¿me podría explicar qué sucedió?”, “¿relaciona este malestar con algo en específico?”, “¿en qué momentos suele ocurrir esto?”, etc. serán de gran ayuda para establecer qué es lo que afecta al paciente. En esta etapa de los PAP, es importante dejar que éste exprese sus emociones, sentimientos y

pensamientos, en una especie de desahogo emocional, que muchas veces permite regresar al estado de equilibrio emocional inicial (Rabelo, 2010).

Para este desahogo se hacen preguntas que involucren los tres aspectos mencionados anteriormente: “¿qué siente en su cuerpo en este momento?”, “¿tiene alguna sensación extraña o anormal en sus pies, manos, espalda, piernas, etc.?”, “¿siente angustia, inquietud, desesperación, ira, impotencia, etc.?”, “¿por qué cree usted que se siente de esta manera?”, “¿le ha pasado con anterioridad?”, “¿dónde?”, etc.

Habrá que prestar especial atención a aquellos pacientes con signos y/o síntomas de depresión, pues es frecuente que presenten llanto. Si este fuera el caso, se le permitirá llorar pero siempre procurando que no escale de manera tal que se vuelva incontrolable. Se le podrían hacer preguntas como “¿es común que usted presente este tipo de llanto?”, “¿llora frente a sus familiares?”, “¿qué sentimiento o emoción suele acompañar al llanto?”.

Dado que las pruebas requieren de cierta fluidez y continuidad, sobre todo cuando se evalúa memoria, se recomienda llevar a cabo únicamente esta primera parte de los PAP.

Una vez que el paciente se ha tranquilizado con este primer paso, es posible continuar con las pruebas. Sin embargo, el clínico debe observar si presenta de nuevo algún signo que sugiera estrés o ansiedad. Es importante considerar que el restablecimiento emocional en ocasiones no llega de manera sencilla, y en algunos casos no se produce en el tiempo previsto. Si con estas técnicas no parece suficiente estará a criterio del clínico suspender la evaluación neuropsicológica y brindar al paciente algunos minutos fuera del consultorio para que se distraiga y al regresar se retome el restablecimiento emocional.

El segundo paso de los PAP se refiere a examinar las dimensiones del problema. Aquí se hacen preguntas más específicas, centradas en el problema para conocer más a fondo aquello que acongoja al paciente. Preguntas que contengan qué, cuándo, cómo, con quién, dónde, etc. son de gran ayuda para clarificar el problema. Aquí es dónde se conocen las quejas principales del paciente, las cuales pueden ir desde “ya no puedo abrocharme la camisa y eso me

molesta, me entristece, etc.” hasta “siento que estoy perdiendo el control de mi vida”, “la EP limita mis actividades diarias y eso me frustra”.

Se pueden realizar las siguientes preguntas, las cuales van a depender de las quejas que refiera el paciente. Estas se clasifican en grupos:

a) Preguntas referentes al estado físico en general:

- ¿Qué síntoma de la EP considera que le afecta más?
- ¿Hay algún momento del día en que lo afecta sobremanera?
- ¿El temblor, rigidez, bradicinesia, alteraciones posturales lo limita de manera importante? ¿Cómo?
- ¿Ha notado situaciones en las que se incrementa este síntoma?
- Además de los síntomas de la EP, ¿padece de algún otro síntoma como cansancio, fatiga, dolor, etc.?

b) Preguntas referentes al estado cognitivo:

- ¿Considera que a partir del padecimiento de la EP se ha visto afectada su memoria?
- ¿Ha tenido cambios a nivel mental, es decir, en su memoria, lenguaje, pensamiento, etc.?
- ¿Ha notado cambios en su forma de planificar las cosas?
- ¿Ha notado lentitud en su pensamiento?
- ¿Puede resolver problemas también como antes?
- ¿Recuerda con facilidad nombres de personas, lugares, objetos, etc.?
- ¿Puede hacer cálculos matemáticos como siempre?

c) Preguntas referentes a su estado de ánimo y su sentir general hacia la enfermedad:

- ¿Cómo se ha sentido anímicamente?
- ¿Ha sentido ansiedad, miedo, angustia, ira, etc., ante la EP?
- ¿Estos sentimientos o emociones que describe se presentan a lo largo del día?

- ¿Ha notado la existencia de algún disparador que provoque estos sentimientos o emociones?

d) Preguntas referentes a los pensamientos acerca de la EP:

- ¿Qué piensa de su enfermedad?
- ¿De qué manera estos pensamientos afectan su vida diaria?
- ¿Estos pensamientos están presentes todo el tiempo?
- ¿Ha notado que algo dispare estos pensamientos?

e) Preguntas referentes al ámbito familiar y social:

- ¿Qué opina su familia de su enfermedad?
- ¿Cree que cuenta con el apoyo familiar adecuado?
- ¿La EP ha afectado negativamente la convivencia familiar? ¿De qué manera?
- ¿Suele hacer las mismas actividades que hacía antes de padecer la enfermedad? ¿Por qué?
- ¿Asiste a reuniones familiares, sale con amigos?
- ¿Siente temor o vergüenza al salir de su casa?
- ¿Qué cree que opina la gente de usted?
- ¿Esos pensamientos siempre están presentes?

Todas las preguntas deben hacer referencia a cambios a partir del padecimiento de la enfermedad. Por ejemplo, si el paciente siempre ha tenido dificultades para hacer operaciones matemáticas o dificultades de memoria, o si al paciente nunca le ha gustado asistir a reuniones familiares o sociales, habrá que tenerlo en cuenta en lo subsecuente.

En este paso de los PAP, el clínico puede encontrarse con pacientes que cuenten con poca o nula información sobre su enfermedad y sus consecuencias, así como del tratamiento. Es frecuente que usen frases como: “no sé por qué me dio la enfermedad”, “además del temblor tengo fallas de memoria”, “me desoriento en lugares conocidos”, “no sé para qué me dan el medicamento si de todos modos

tiemblo”, “me voy a morir de esto”, “no me tomo el medicamento porque me puedo volver adicto”, “me dijeron que los medicamentos te dejan loco”, etc. En estos casos pueden ser de utilidad preguntas como: “¿qué sabe acerca de su enfermedad?”, “¿conoce los síntomas principales?”, “¿le ha preguntado al médico sobre ella?”, “¿ha consultado con el médico sus dudas?”, “¿se considera una persona enferma? ¿por qué?”.

Una vez que se cuenta con una visión amplia de las quejas del paciente, se continúa con el tercer paso de los PAP, es decir, el análisis de posibles soluciones, las cuales dependerán de las quejas referidas por el paciente. En este paso puede ser pertinente e importante hacerle sentir al paciente que se entiende la situación por la que está pasando por medio de la normalización. La normalización consiste en que el paciente entienda la universalidad de su situación y sus consecuencias. Es decir, hacerle saber que reacciones como miedo, ira, tristeza, ira o coraje ante sus enfermedad y pensamientos negativos, autoderrotistas o culpa son comunes, altamente esperables y hasta cierto punto normales. Además, los grupos de apoyo son de gran ayuda para normalizar, pues en ellos conviven con otras personas con la misma enfermedad y en situaciones semejantes, conociendo sus experiencias y las de sus familiares (Taylor, et.al., 2005).

Después de normalizar al paciente, vale la pena preguntar si ha llevado a cabo acciones concretas para solucionar o manejar sus quejas físicas, cognitivas, emocionales y/o familiares, con preguntas como las siguientes:

- ¿Ha hecho adaptaciones en su hogar para que el traslado de un lugar a otro sea sencillo?
- ¿Ha buscado la manera de compensar sus fallas cognitivas derivadas de la enfermedad? ¿cómo?
- ¿Ha buscado apoyo psicoterapéutico?
- ¿Ha platicado con su familia sobre los cambios que serán necesarios hacer en la dinámica familiar?

- ¿Ha platicado con el médico tratante sobre su pronóstico u otros aspectos relacionado con su enfermedad que sean importantes para usted?

En el caso de las limitaciones físicas provocadas por los síntomas cardinales de la EP y la falta de funcionalidad o independencia del paciente, es posible darle algunas recomendaciones como las siguientes (Tripoldi, 2003):

a) Practicar ejercicio físico, pues es una de las mejores maneras de mantenerse saludable, y para las personas de EP hay claros beneficios, como fortalecimiento de músculos, mejoramientos de la coordinación motora y el equilibrio y atenuación de las alteraciones de la marcha. Además el ejercicio suele mejorar el estado anímico y las relaciones sociales. Los ejercicios más indicados son nadar, caminar, ejercicios de elongación y relajación, y en algunos casos yoga.

b) Ejercicios específicos para ciertas partes del cuerpo:

- Ejercicios para distender manos. De pie o sentado, colocar ambas manos a la altura del abdomen con las palmas hacia abajo. Cerrar ambos puños y apretarlos lo más fuerte posible. Abrir los puños rápidamente y volver a cerrarlos. Repetir cinco veces. Otro ejercicio consiste en sentarse y colocar ambas manos con las palmas hacia arriba sobre los muslos. Voltear rápidamente las palmas hacia abajo. Repetir cinco veces. También se puede apretar el dedo pulgar y el índice de una misma mano. Después apretar el pulgar y el dedo medio. Continuar con el anular y el meñique. Repetir cinco veces. Hacer lo mismo con la otra mano.
- Ejercicios para hombros y brazos. Eleve ambos hombros a la vez lo más que se pueda. Bajarlos rápidamente y dejarlos caer. Repetir cinco veces. Orientar los hombros hacia adelante. Orientarlos rápidamente hacia atrás. Repetir cinco veces.

Además de estas recomendaciones, es aconsejable que el paciente asista con algún fisioterapeuta para que sea él quien le proporcione ejercicios más específicos para su condición. Por otra parte, también se le pueden hacer las siguientes recomendaciones para mantener o recuperar la funcionalidad e independencia en actividades cotidianas (Tripoldi, 2003):

a) Para la alimentación. La persona con EP se siente mal al momento de comer por diferentes cuestiones, ya sea por sialorrea, dificultades para tragar, se le puede escapar la comida de la boca, etc. Se recomienda no presionarlo si en tarda en comer. Otras recomendaciones son:

- Los platos y vasos ideales serían los de material resistente, como plástico o melamina, lo más livianos posibles.
- Es preferible que el paciente utilice siempre una cuchara en lugar de un tenedor, ya que podría lastimarse debido a la falta de coordinación y el temblor.
- Si tiene dificultad para tomar líquidos directamente del vaso se recomienda el uso de popotes.
- La comida debe estar cortada en porciones pequeñas o tamaño bocado. Si los problemas de deglución son importantes, los alimentos deberán tener consistencia de papilla.
- Los utensilios deberán tener mangos ergonómicos o más gruesos de lo común para un mejor agarre.

b) Para el momento de vestirse:

- Que la persona se tome el tiempo necesario para vestirse, no es necesario apresurarla o presionarla.
- Brindarle ayuda siempre y cuando la persona lo solicite. En ocasiones si la persona recibe ayuda cuando no es solicitada puede molestarse o sentirse mal anímicamente. La idea es ayudarlo, no hacer las cosas por ella.
- Que la persona se vista sentado en la cama o en una silla con apoyabrazos.

- Considerar el uso de prendas cómodas, que puedan abrocharse, cerrarse y abrirse fácilmente, de preferencia usar prendas que no tengan botones (o que estos sean grandes). Se puede usar velcro en lugar de botones o cierres.
- Calzado sin agujetas y de suela antiderrapante.

c) Para levantarse de la cama:

- Hacer los movimientos necesarios para levantarse de la cama estando aún recostado en ella, con la espalda apoyada en el colchón.
- Levantar lentamente la cabeza de la almohada, acercar la barbilla en el pecho. Apoyar los codos para sentarse. Apoyar las manos firmemente para incorporarse lentamente. Trasladar las piernas hacia el borde de la cama para bajarlas al piso al mismo tiempo que levanta el cuerpo.

d) Para la higiene personal:

- Acondicionar el baño colocando un pasamanos o una baranda en las paredes donde está ubicada la regadera para que el paciente pueda tomarse de ella mientras se baña.
- Colocar un banco pequeño en la regadera para que el paciente se bañe sentado.
- Colocar una canastilla para que el paciente tenga a su alcance los instrumentos necesarios para el baño.
- Cubrir el piso de la bañera con alguna alfombra o protector antiderrapante para evitar caídas.
- Instalar una baranda alrededor del inodoro para que el paciente pueda asirse de ella si se siente inseguro o inestable.
- Si el paciente se afeita con rastrillo que tiene hoja de metal es preferible que otra persona lo afeite o adquirir una máquina de afeitar eléctrica.

e) Para la casa en general:

- Proteger esquinas de mesas, buros, clósets y otros muebles.

- Retirar alfombras decorativas del piso, pues son un factor de pérdida de inestabilidad y tropiezos.
- Quitar objetos decorativos, lámparas y demás elementos que puedan caerse.
- Las escaleras deberán contar con barandales y con algún elemento antiderrapante.
- Procurar que el paciente tenga “vía libre”, sin muebles y objetos que puedan entorpecer su paso.

Respecto a situaciones o problemas de índole cognitiva, se pregunta al paciente si ha llevado a cabo acciones concretas para solucionar sus problemas o déficit. Se pueden hacer preguntas como las siguientes:

- ¿Ha llevado a cabo alguna solución para su problema de memoria/lenguaje/orientación/habla, etc.?
- Con esta solución, ¿notó algún cambio en su problema?
- En una escala de 1 a 5, ¿cómo califica su solución?
- ¿Qué cambiaría de esa solución para que funcione?
- ¿Intentó alguna otra solución? ¿Qué otra solución se le ocurre podría funcionar?
- ¿Ha solicitado informes sobre algún tipo de rehabilitación cognitiva/neuropsicológica?
- ¿Alguien de su familia lo apoya en este aspecto?

En el área emocional, las preguntas dependerán de los síntomas emocionales que reporte el paciente en el paso anterior, sin embargo, se pueden seguir algunas pautas generales:

- Cuando le vienen esos sentimientos/pensamientos de tristeza, ¿ha hecho algo para detenerlos? ¿Qué hizo? ¿Cómo lo hizo? ¿Cuándo lo hizo?
- ¿Ha llevado a cabo alguna tarea o actividad para reducir su ansiedad? ¿Dónde estaba? ¿Cuánto tiempo invirtió?

- ¿Considera que funcionó?
- ¿Ha acudido con algún profesional?
- ¿Suele platicar de sus sentimientos/pensamientos con alguien?
- ¿Hay alguna actividad que disminuya o controle estos sentimientos/pensamientos?
- ¿Cómo se le ocurre que podría aminorar/detener estos pensamientos/sentimientos?

Finalmente, para el ámbito familiar se pueden hacer las siguientes preguntas:

- ¿Ha hablado con su familia sobre la falta de apoyo/atención que refiere?
- ¿Ha buscado terapia familiar?
- ¿Ha platicado con su familia acerca de las dificultades para hacer sus actividades diarias?
- ¿Cómo se imagina usted que podría obtener apoyo de sus familiares?
- ¿De qué forma pediría ayuda para no sentir que sobrecarga a sus familiares?
- ¿Qué necesitaría hacer para que su familia lo apoye?
- ¿Cómo cree que podría mejorar la comunicación con su familia?

Puede pedírsele al paciente que mantenga la visión del futuro con imágenes de solución de sus problemas. Con esto le será útil describirlos minuciosamente, tratando de descomponerlos en todas sus partes, analizar las opciones para resolverlos y, por último, revisar las soluciones que les dio en el pasado. Instar al paciente a que se pregunte lo siguiente: ¿"Ya he pasado por esto?", "¿cómo lo resolví anteriormente?", "¿a qué me enfrenté tratando de resolverlo?", "¿estuve satisfecho con los resultados?" (Egozcue, 2005).

En este punto, es importante recordar y enfatizar que al paciente no se le deben dar las soluciones a sus problemas, especialmente los emocionales y familiares, pues estas van a depender de sus habilidades. Se le puede ayudar a llegar a las soluciones mediante una lluvia de ideas o con preguntas de tipo

directivo para que formule las soluciones pertinentes, siempre amoldándolas a sus necesidades. De igual manera, es relevante reconocer los esfuerzos previos y/o actuales del paciente por buscar o plantear soluciones a sus problemas (Rabelo, 2010).

En ocasiones, la problemática o preocupación principal del paciente tiene que ver con el desconocimiento de algunos aspectos de su enfermedad. El psicólogo o neuropsicólogo le podría explicar algunos aspectos generales, como los síntomas cardinales, la etiología y el uso de algunos medicamentos. Sin embargo, siempre será conveniente que el paciente se informe directamente con el o los médicos tratantes. Se recomienda que el psicólogo o neuropsicólogo aclare dudas o informe sobre los aspectos cognitivo/emocionales de la enfermedad. Sin, embargo, para el aspecto médico puede ayudársele a formular preguntas para que las haga al médico en su próxima consulta. De manera general, algunas de las preguntas que pueden hacerse son:

- ¿Qué información tiene sobre su enfermedad?
- ¿Es objetiva y amplia?
- ¿Cómo lo hace sentir esto?
- ¿Qué información tiene sobre el tratamiento?
- ¿Cuáles son sus expectativas al respecto?
- ¿Qué es lo peor que le puede pasar con esta enfermedad?
- ¿Qué implicaciones tiene ese padecimiento?

Por lo tanto, las preguntas que se formulen al médico tratante deberán versar sobre lo siguiente:

- El diagnóstico y las características de la enfermedad
- Características de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, así como las razones médicas por las que se aplican y los resultados benéficos.
- Los efectos colaterales de los tratamientos. Los tipos de incidencia y las estrategias para disminuir los efectos negativos.

Una técnica que puede ser vital importancia en el planteamiento de soluciones es el reencuadre, el cual consiste en ayudarle al paciente a encontrar una forma diferente de pensar acerca de la situación o crear nuevos significados de la misma, para que las emociones que se generan por estrés o ansiedad se puedan manejar fácilmente. De esta manera, se les provee ayuda a las personas para distinguir entre conductas útiles y poco útiles para resolución de problemas. Algunas técnicas que se incluyen en el reencuadre son darse cuenta de pensamientos automáticos, identificar pensamientos poco útiles y reemplazarlos por otros más constructivos. Esto se puede hacer por medio de preguntas como “¿este pensamiento o idea lo ha tenido anteriormente?”, “¿ha llevado a cabo esta idea?”, “¿ha obtenido algún beneficio?”, “¿cree que es conveniente pensar de esa manera cuando no ha visto resultados positivos?”, “¿qué pensamiento podría ayudarle para dejar de sentirse así?”, etc. (Taylor, et.al., 2005). Es importante hacerle notar al paciente que no existe una sola forma apropiada de pensar, sentir y actuar.

Otra técnica consiste en reconstruir situaciones tensas o desagradables. Se le pide al paciente que piense en un caso reciente de pesar o de congoja y que escriba tres formas en las que todo iría mejor y tres formas en que hubiera sido peor. Después se le pide que piense en una manera de resolverlo, y en caso de que le cueste trabajo, que piense en alguien que maneja bien la tensión en situaciones críticas e imagine qué habría hecho esa persona o cómo reaccionaría (Egozcue, 2005).

Una vez que se ha ayudado al paciente a planear algunas soluciones a los problemas referidos por él, es momento de pasar al cuarto paso de los PAP, que es ejecutar la acción concreta a realizar. Se le ayuda a la persona a planificar cómo llevará a cabo la o las soluciones planteadas en el paso anterior. Se busca jerarquizar los problemas con las soluciones en orden de importancia o inmediatez para que el paciente cree un plan de acción concreto (Martín y Muñoz, 2009).

En este punto, es importante resaltar el establecimiento de metas razonables, considerando todas las dificultades y facilidades que podrían aparecer al momento de llevar a cabo el plan de acción, es decir, se recomienda tomar en

cuenta los desafíos que enfrentará el paciente una vez que ponga en marcha su plan, como reacciones de los familiares, imprevistos, limitaciones, fallas (Taylor, et.al., 2005).

Una buena técnica que puede ayudar a la persona a planificar es la visualización de sí misma alcanzando el objetivo deseado. Se le puede ayudar diciéndole lo siguiente (Egozcue, 2005):

- Colóquese en una posición cómoda, respire profundamente y relájese por completo.
- Cierre los ojos y sea receptivo.
- Imagine una pantalla de cine y proyecte en ella la imagen en que usted alcanza el objetivo deseado. Véase a sí mismo libre de dolores, con la enfermedad controlada, a gusto y disfrutando de la vida.
- Retroceda la película unos diez segundos. Observe y escuche lo que lo condujo a obtener su objetivo. Si revisa estos diez segundos sin lograr imágenes claras, realice una inspiración profunda, y avance la película nuevamente hasta llegar a esa escena agradable. Obsérvese muy bien y vuelva a retroceder la película diez segundos. Continúe practicando hasta que vea y oiga vívidamente las escenas de los pasos que llevó a cabo para lograr su objetivo.
- Pregúntese a sí mismo: ¿es posible conseguir mi objetivo si continúo actuando de X o Y manera? ¿Qué me impide lograr lo que deseo? ¿Cómo puedo hacerlo? ¿Con qué recursos cuento?
- Introdúzcase nuevamente en la película. Imagínese hablando y experimentando todos los pasos que debe realizar.
- Regrese paulatinamente al presente, sintiéndose animado, seguro y decidido a efectuar el primer paso.
- Abra los ojos.

Se recomienda que el paciente escriba en una hoja sus metas jerarquizadas para que la conserve, por un lado para que no las olvide, y por otro

como una forma de compromiso que lo aliente a llevar a cabo sus soluciones planteadas.

Una vez que el paciente ha formulado su plan de acción, es momento de llevar a cabo el último paso de los PAP: seguimiento y canalización/contacto con otros profesionales o servicios que necesite o puedan ser de ayuda para el paciente.

Para ello, el terapeuta debe intentar facilitar al paciente el acceso a otros recursos que requiera para poder materializar el afrontamiento eficaz del problema en cuestión. Es importante que sepa cómo acceder a quien sí puede ayudarle, que tenga apoyo social, posibilidad de colaboración por parte de familiares, amigos u otros profesionales o un cierto seguimiento en las diferentes fases de que pueda constar la puesta en marcha de la alternativa seleccionada. Se puede sugerir algún un proceso psicoterapéutico formal (Bravo, 2010).

Cuando la única intervención que se va a llevar a cabo sobre un individuo son los PAP, es muy importante que exista este estadio de seguimiento. Por ello es relevante planificar al menos un contacto telefónico para conocer la evolución del individuo y poder proponer pautas de afrontamiento si fuera necesario. En ese seguimiento el terapeuta deberá detectar la evolución de la persona, repasar con él las pautas que en su momento se le ofrecieron, valorar los posibles avances y retrocesos, proporcionar nuevas pautas complementarias, prevenir recaídas y valorar si quizá la persona está necesitando algún tipo de intervención más específica y sistemática. Si el paciente no está avanzando, habrá que detectar las razones por las que no lo hace y ponerle remedio. Si, por el contrario, hay avances, el objetivo resulta ser el mantenimiento de los mismos en todos los niveles que se consideraron a lo largo de los PAP (Martín y Muñoz, 2009).

## Conclusiones.

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno crónico neurodegenerativo cuyos síntomas principales son temblor, rigidez, bradicinesia y alteración de los reflejos posturales. Existen también los llamados síntomas no motores, que van desde dolor, salivación y sudoración excesiva hasta alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, así como trastornos psiquiátricos, como depresión, ansiedad y en algunos casos psicosis, generalmente asociada al tratamiento farmacológico (Weiner, et.al., 2002).

Al tratarse de una enfermedad neurodegenerativa, la EP necesita de atención médica especializada, con constante monitoreo por parte de los profesionales de salud. Dados los cambios y alteraciones que provoca la enfermedad y el tratamiento farmacológico, la evaluación neuropsicológica en estos pacientes es fundamental para determinar la presencia de cambios cognitivos, psiquiátricos y del estado de ánimo, de manera que se obtenga un perfil neuropsicológico. Esto permitirá identificar aquellos procesos psicológicos conservados, así como los deficitarios, para contribuir al diagnóstico etiológico o diferencial de alguna enfermedad, proponer patologías subyacentes a una disfunción cognitiva existente, sugerir procedimientos rehabilitadores y terapéuticos y determinar la eficacia de algún tratamiento en particular. Además que permita establecer la evolución de las alteraciones cognitivas con el fin de proporcionar un pronóstico (Hebben y Milberg, 2011).

Toda enfermedad trae consigo cambios en el estilo de vida, y en el caso de una enfermedad neurológica, crónica y degenerativa como la EP, estos cambios se acentúan trayendo repercusiones sociales, por lo general pérdida de vida social, estigmatización y señalamiento; familiares, como cambios de roles, nuevas responsabilidades y fricciones; personales, por ejemplo depresión, sentimientos de soledad, culpa, incertidumbre; y económicas. Estas últimas adquieren un peso muy importante, ya que de acuerdo a una nota publicada en el periódico *La Jornada*, se necesitan entre \$3000 y \$5000 mensuales sólo en

medicamentos, y la mayoría de los pacientes diagnosticados no los pueden cubrir totalmente (Corona-Vázquez, 2002; Díaz, 2012; Poy, 2013b).

Asimismo, los pacientes tienen que enfrentarse a un sistema de salud caracterizado por tener importantes barreras geográficas, culturales y económicas, con atención vertical, aislada y fragmentada, donde hacen falta médicos especialistas en EP, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento de la misma. También es común que encuentren falta de sensibilidad de los profesionales de la salud, sobre todo en el sector público. De igual manera, es frecuente la poca o nula atención de los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad, los cuales influyen en los síntomas y en el curso de la misma (López-Carvantes, Durán y Villanueva, 2011; Poy, 2013a).

Lamentablemente, esto suele ser común en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” (INNN-MVS), donde el paciente no cuenta con algún tipo de atención psicológica individualizada (psicoterapia, psicoeducación), teniendo contacto con psicólogos únicamente durante la evaluación neuropsicológica (siempre solicitada por el médico tratante, ya sea neurólogo o psiquiatra, cuando lo considere necesario), y siendo lo más cercano a atención psicológica el denominado “Grupo de apoyo para Parkinson”, el cual consiste en una sesión mensual de tres horas para pacientes del Instituto y sus familiares, donde se llegan a recibir más de veinte personas y que es dirigido por trabajadores sociales del INNN-MVS., y que resulta insuficiente para cubrir la demanda de apoyo psicológico de los pacientes con EP.

Por todo lo anterior, no resulta extraño que la aparición de una enfermedad suponga un acontecimiento estresante, una situación de crisis, por todos los cambios y demandas de ajuste que plantea como necesarias para restablecer o establecer una vida con la mejor calidad posible (Rodríguez-Marín, 1993). De esta manera, se puede afirmar que la EP no es lo más difícil de afrontar por parte del paciente, sino la forma en que éste perciba los cambios en su aspecto físico, la pérdida de funcionalidad y los cambios en su entorno. Si el paciente no cuenta con los recursos y/o habilidades adecuadas, esta situación de crisis estará lejos de mejorar.

Lamentablemente, este es el caso de muchos pacientes con EP: no reciben atención integral en salud, algunos ni siquiera tienen seguro médico o éste no cubre sus necesidades, económicamente se encuentran muy limitados y no cuentan con las habilidades necesarias de afrontamiento de la enfermedad, lo que puede conducir a un estado de desorganización acompañado a menudo de ansiedad, miedo, incertidumbre, culpabilidad, impotencia u otros sentimientos desagradables, que incrementan aún más la crisis (Vinaccia, et.al, 2004; Guevara-Gasca y Galán-Cuevas, 2010) y debido el carácter crónico de la enfermedad, estas reacciones psicológicas desencadenan incapacidades físicas, pérdida de la eficiencia laboral, distorsiones en las percepciones del paciente, creencias y pensamientos disfuncionales que dificultan su adaptación a la enfermedad, así como un deterioro en su calidad de vida (Bravo, 2010).

Dicho todo lo anterior, no es de extrañar que los pacientes con EP se presenten con todas estas emociones, sentimientos, pensamientos y creencias a sus consultas intrahospitalarias, entre ellas la evaluación neuropsicológica. Dada la importancia de ésta última en el tratamiento de la enfermedad y las condiciones anteriormente mencionadas en las que se encuentran los pacientes, resulta relevante llevar a cabo algún tipo de intervención que permita, por un lado, tranquilizar emocionalmente a quienes lo requieran, con el fin de no afectar su desempeño durante la evaluación, y por otro, ayudarlos u orientarlos a encontrar soluciones a problemas específicos que cada paciente refiera y que le causen malestar físico y/o emocional recurrente y que interfiera o comprometa su bienestar.

En este trabajo se propuso el uso de PAP, ya que son una forma de intervención en crisis caracterizados por su corta duración (minutos), que se dirigen principalmente a la expresión emocional y procesamiento, a la definición de problemas específicos y planteamiento de soluciones y a la activación de redes de soporte, proporcionando apoyo y enlazando a la persona con otros recursos de ayuda. Para lograr lo anterior, los PAP constan de cinco pasos ordenados en forma creciente, y que van desde el contacto psicológico con la persona afectada, hasta el seguimiento del paciente después de esta primera intervención.

La rapidez como característica inherente de los PAP se vuelve fundamental al momento de hacer esta propuesta de intervención, ya que al ser de primera instancia, donde lo principal es el restablecimiento emocional y la búsqueda de soluciones a problemas específicos o situaciones bien delimitadas, el tiempo invertido en mínimo, comparado con intervenciones más profundas o psicoterapéuticas.

Esto cobra especial importancia en la práctica clínica, sobre todo en instituciones públicas de salud públicas como lo es el INNN-MVS, pues es bien conocido que uno de los estatutos de estas instituciones es reducir al máximo el tiempo de consulta de los pacientes para atender a la mayor cantidad de personas en el menor tiempo posible. La evaluación neuropsicológica no era la excepción pues, de manera general, se realizaba en dos sesiones de entre 2-3 horas, dependiendo de las condiciones particulares de cada paciente. A lo anterior habría que sumarle la carga de trabajo debida a la falta de espacios y personal, lo que complica más la situación, pues estas dificultades se tienen que sortear día a día. Finalmente, cabe añadir la influencia del enfoque médico-biologicista, donde lo psicológico y social se deja de lado porque no es importante para el tratamiento de enfermedades, además de que explorar los aspectos anteriores requiere tiempo, del cual se carece.

Además de la rapidez de uso de los PAP, otra razón importante por la que se propusieron en este trabajo fue la posibilidad de disminuir síntomas relacionado con estrés, ansiedad y depresión derivados de a) el padecimiento de la enfermedad y todo lo que trae consigo, ya mencionado anteriormente; y b) la propia evaluación neuropsicológica, la cual en ocasiones podría percibirse como amenazante por varios factores, entre ellos el sentirse calificado y criticado. Son de utilidad sobre todo en pacientes que reconocen sus fallas, a tal grado que este mismo reconocimiento los limita. La reducción de síntomas de estrés o ansiedad podría parecer algo trivial, sin embargo reviste de gran importancia pues para que la evaluación neuropsicológica proporcione datos confiables se deben cuidar las circunstancias bajo las cuales se lleva a cabo. Además, se sabe que los procesos

psicológicos se ven fuertemente afectados por el estrés y la ansiedad, sobre todo atención y memoria.

Otra razón por la que se propusieron los PAP es brindar al paciente un espacio para hablar hacer de sus preocupaciones, cambios en su vida y/o problemas derivados de su enfermedad, así como ayudarlo a encontrar soluciones a cuestiones específicas que el paciente considera importantes. Se hace especial énfasis en problemas y situaciones específicas ya que es una intervención de primera instancia, donde lo principal es proporcionar alivio inmediato a las necesidades que el paciente refiera en ese momento. Mas esto no quiere decir que las situaciones más complejas o profundas queden en el aire, pues otro de los puntos importantes de los PAP es el enlace con otros recursos de ayuda, os cuales podrían ser psicoterapéuticos, de orientación, inclusive rehabilitatorios y de nutrición.

Dependiendo de los problemas que se traten y las preocupaciones de los pacientes, los PAP buscan fomentar la capacidad para identificar, expresar y afrontar apropiadamente las emociones asociadas al diagnóstico, tratamiento y pronóstico; también buscan facilitar la adaptación a la enfermedad, induciendo estilos positivos de afrontamiento, además de un mayor sentido de control y participación activa en el tratamiento. Asimismo, los PAP podrían estimular la participación del paciente en actividades placenteras y recreativas, al mismo tiempo que mantienen y/o mejoran las relaciones interpersonales (Egozcue, 2005).

En el caso del seguimiento de los pacientes después de esta primera intervención sería un poco complicado por la cuestión del tiempo, el cual es escaso en las instituciones de salud públicas debido a la sobrecarga de trabajo, por un lado, y por el otro, porque esta intervención no es algo formal en el Instituto, es decir, no se percibe cuota de recuperación. Sin embargo, hay algunas opciones que pueden ofrecérseles a los pacientes: a) llamar por teléfono al clínico para comunicarle sus avances, recalcando que no se trata de una consulta por teléfono, sino que se trata de una llama meramente informativa; y b) cuando asista a alguna consulta al Instituto (psiquiatría, neurología, laboratorio clínico) puede asistir con el clínico para informarle sobre lo que ha sucedido a partir de la intervención con

PAP. Estas dos opciones se plantean ya que en ocasiones los pacientes son foráneos, por lo que asistir exclusivamente para informar al clínico sobre ciertos avances representa un gasto innecesario, porque, como se mencionó anteriormente, no es una intervención formal, lo que le confiere un carácter no obligatorio en la evaluación neuropsicológica.

Esto último lleva a pensar en la necesidad de abrir espacios formales para la intervención psicoterapéutica y psicoeducativa en pacientes que lo necesiten, no sólo con EP, sino con más enfermedades que se tratan en el INNN-MVS, además de concebir a la psicoterapia como parte fundamental del tratamiento integral de la enfermedad neurológica.

La falta de espacios psicoterapéuticos también es otra de las razones, tal vez la más importante, por las que se proponen los PAP, pues en algún momento de la práctica clínica el profesional se verá enfrentado a pacientes cuya enfermedad les provoque un nivel de desorganización y/o disfuncionalidad tan grande, que sus habilidades de afrontamiento habituales puedan no ser suficientes, por lo que será necesario realizar intervenciones bien estructuradas y fundamentadas en un marco teórico práctico que vaya más allá de una simple charla para tranquilizar al paciente y referirlo a otros servicios intra o extrahospitalarios sin tener plena conciencia de sus necesidades.

De esta manera, se resalta la importancia de la formación del profesional que se desempeñará en el ámbito hospitalario. Los psicólogos o neuropsicólogos clínicos deberían contar con especialización en psicología clínica y/o en psicología clínica de la salud, además de estudios en intervención en crisis y conocimientos acerca de las enfermedades con las que se enfrentará la práctica clínica.

A lo largo de este trabajo se han abordado varios puntos que tiene que ver con la EP, desde aspectos médico-biológicos hasta los aspectos psicológicos y sociales, inclusive se habló sobre la concepción de salud y enfermedad. Todo con el fin de adentrarse en la percepción del paciente sobre su enfermedad, específicamente su vivencia de enfermedad, de tal modo que se pueda comprender su situación y el porqué podrían tener una crisis durante la evaluación neuropsicológica.

Lo anterior con el objetivo de ofrecerle ayuda o apoyo a la medida de sus necesidades, como desahogo emocional, información sobre su enfermedad (la que el psicólogo pueda ofrecer), orientación acerca de otros profesionales que puedan ayudar a afrontar la enfermedad (terapeuta ocupacional, rehabilitación neuropsicológica, fisioterapeutas, nutricionistas), asistencia en el planteamiento de soluciones a problemas y referencia a apoyo psicoterapéutico, de tal manera que pueda movilizarse y dar los primeros pasos hacia la mejora de su calidad de vida.

A pesar de que en este trabajo se ha hecho énfasis en pacientes con EP, las técnicas descritas pueden ser útiles para otros pacientes con enfermedades neurológicas o de otro tipo que pasen por situaciones similares a las aquí mencionadas, realizando los ajustes correspondientes en cada uno de los pasos de los PAP.

Aunque podría resultar interesante para un análisis posterior, cabe mencionar la necesidad de cambio en la mentalidad y práctica de los profesionales de salud, que incluya la sensibilización hacia los aspectos psicológicos y sociales de los enfermos, así como un cambio en la concepción del binomio salud-enfermedad y la creación de espacios psicoterapéuticos a los pacientes del INNN-MVS. En este último punto, la posición del personal es importante, dado que estos cambios se generan en los servicios que los necesitan, por lo que es responsabilidad del profesional informar a las esferas superiores (jefaturas, coordinaciones) acerca de las carencias y necesidades con el fin de crear, gestionar o cambiar los estatutos existentes.

Existen y seguirán existiendo impedimentos para llevar cambios a nivel institucional, como burocratización, corporativismo, falta de recursos, inclusive indiferencia y apatía del propio personal. Sin embargo, lo anterior no es razón suficiente para no ofrecer buenos servicios y perpetuar estas condiciones. En este punto es donde los psicólogos podrían tener cierta injerencia en las instituciones, pues podrían sensibilizar al personal sobre la importancia de los aspectos psicológicos de las enfermedades y lo que espera un paciente de un servicio de salud, más allá del mero tratamiento farmacológico: orientación, comprensión, apoyo y, sobre todo, atención de buena calidad.

## Referencias.

- Aguilar, O., Soto, C. y Esguerra, M. (2011). Cambios neuropsicológicos asociados a estimulación cerebral profunda en enfermedad de Parkinson: revisión teórica. *Suma Psicológica*. 18(2), 89-98. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134222985007>
- Arango, M. y Molina, R. (2008). Consideraciones anestésicas en la enfermedad de Parkinson. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 36(3), 207-215. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195114549008>
- Ardila, A. y Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Recuperado de [http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/hab/Ardila%20\\_Ostrosk\\_Guia\\_para\\_el\\_Diagnostico\\_Neuropsicologico.pdf](http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/hab/Ardila%20_Ostrosk_Guia_para_el_Diagnostico_Neuropsicologico.pdf)
- Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Argandoña-Palacios, L., Perona-Moratalla, A., Hernández-Fernández, F., Díaz-Maroto, I. y García-Muñozguren, S. (2010). Trastornos no motores de la enfermedad de Parkinson: introducción y generalidades. *Rev Neurol*. 50(Supl 2), S1-S5. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S02/bdS0200S1.pdf>
- Argote, E. y Zamora, T. (1999). Características clínicas y fármacos recibidos por los pacientes con diagnóstico de Parkinson. *Colombia Médica*. 30(4), 167-172. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28330404>
- Arias-Carrión, O. (2008). Terapia celular para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. *Rev Med Univ Navarra*. 52(2), 17-24. Recuperado de [www.unav.es/resvistamedicina/52\\_2/pdf/terapia.pdf](http://www.unav.es/resvistamedicina/52_2/pdf/terapia.pdf)

- Arranz, P. y Cancio, H. (2003). Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling. En Remor, E. Arranz, P. y Ulla, S. (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. (93-119 pp.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Artiaga, F. (2008). Manejo del proceso de duelo e intervención en crisis con pacientes y sus familias en el contexto hospitalario: la situación de los nuevos profesionales de medicina y enfermería en Costa Rica. *Inter Sedes*. 9(16), 55-67. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intersedes/article/viewFile/890/951>
- Barranco, B., Aranda, A., Fernández, N. y Barciela, J. (2009). Manejo Holístico Rehabilitador del paciente con Enfermedad de Parkinson. *Archivo Médico de Camagüey*. 13(6), 1-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116129019>
- Barriga, S., León, J. Ballesteros, A. y Medina, S. (2004). El campo de acción de la psicología de la salud. En León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. (Cools.). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (131-151 pp.). Barcelona: Editorial UOC.
- Bausela, E. (2007). Evaluación neuropsicológica en educación superior. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*. 10(3), 89-99. Recuperado de [www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/18991/18017](http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/18991/18017)
- Bausela, E. (2008). Evaluación neuropsicológica en población adulta: ámbitos, instrumentos y baterías neuropsicológicas. *Reflexiones*. (87)2, 163-174. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72912555011>

- Bausela, E. (2009). Test y evaluación neuropsicológica. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 4(2), 78-83. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179314913001>
- Benedet, M. (2002). *Neuropsicología cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación. Fundamento teórico y metodológico de la neuropsicología cognitiva*. Madrid: Grafo.
- Berciano, J. (2001). Genética en la enfermedad de Parkinson: hacia una nueva era nosológica. *Med Clin (Barc)*. 116, 614-616. Recuperado de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13013439&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=2&ty=168&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=2v116n16a13013439pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13013439&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=168&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=2v116n16a13013439pdf001.pdf)
- Birkmayer, W. y Danielczyk, W. (1997). *La enfermedad de Parkinson*. Barcelona: Herder.
- Black, D. y Andreasen, N. (2012). *Introducción a la psiquiatría*. Madrid: Médica Panamericana.
- Bravo, M. (2010). Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 13(3); 67-82. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/19308/18301>
- Bruna, O., Subirana, J., Villalta, V., Virgili, C. y Junqué, C. (2008). Alteraciones neuropsicológicas y de la fluencia verbal en la Enfermedad de Parkinson. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*. 28(1), 8-14. Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/309/309v28n01a13153314pdf001.pdf>

- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E. y Watson, P. (2006). *Primeros auxilios psicológicos. Guía de operaciones prácticas*. (2da. Ed.). Recuperado de <http://bvpad.indeci.gob.pe/doc/pdf/esp/doc2035/doc2035-contenido.pdf>
- Taylor, L., Livingston, L., Kreutzer, J. & West, D. (2005). Neuropsychologists as family service providers after the onset of neurological disorders in older adults. En Bush, S. & Martin, T. (Eds.). *Geriatric neuropsychology. Practice Essentials*. (pp. 453-487). USA: Taylor and Francis.
- Calvo, E. y Espada, F. (2011). ¿Cómo explorar la enfermedad de Parkinson en atención primaria? *Form Med Contin Aten Prim*. 18(6), 343-345. Recuperado de <https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/como-explorar-enfermedad-parkinson-atencion-primaria/#4500>
- Cano, A. y Chiclana, C. (2010). Entrevista y evaluación del paciente psiquiátrico. En Ortuño, F. (Comp.). *Lecciones de psiquiatría*. (pp. 21-45). Madrid: Médica Panamericana.
- Castañeda-López, G. (2006). Cronicidad y degeneración en neurología. *Gac Med Mex*. 142(2), 163-167. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=16&IDPUBLICACION=1387>
- Castro-García, A., Sesar-Ignacio, A. y Ares-Pensado, B. (2004). Complicaciones psiquiátricas de la enfermedad de Parkinson: clínica y tratamiento. *Rev Neurol*. 39(7), 646-650. Recuperado de [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13611/complicaciones\\_psiquiaticas\\_e\\_parkinson.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13611/complicaciones_psiquiaticas_e_parkinson.pdf)

- Castro-García, A., Sesar-Ignacio, A., Ares-Pensado, B., Relova-Quintero, J., Gelabert-González, M., Rumbo, R. y Noya-García, M. (2006). Complicaciones psiquiátricas y cognitivas de la estimulación subtalámica en la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol.* 43(4), 218-222. Recuperado de [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13637/complicaciones\\_psiquiaticas\\_y\\_cognitivas\\_estimulacion.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13637/complicaciones_psiquiaticas_y_cognitivas_estimulacion.pdf)
- Ceballos, R. (2007). Concepto de salud. Calidad de vida relacionada con la salud. En García, F. y Ceballos, R. *Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida.* (4ta. Ed.). (15-37 pp.). Madrid: Formación Alcalá.
- Ceballos, R. y García, F. (2007). *Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida.* (4ta. ed.). España: Formación Alcalá.
- Chacón, J. (2010). Concepto de enfermedad de Parkinson. Enfermedad multisistémica: ¿todos los núcleos son iguales? *Rev Neurol.* 50(Supl 4), S2-S3. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S04/bdS0400S2.pdf>
- Chávez-León, O., Ontiveros-Uribe, M., Carrillo-Ruíz, J. (2013). La enfermedad de Parkinson: neurología para psiquiatras. *Salud Mental.* 36(4), 315-324. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n4/v36n4a6.pdf>
- Cohen, R. y Swerdlik, M. (2006). *Pruebas y evaluación psicológicas: introducción a las pruebas y la medición.* (2da. ed.). México: McGraw Hill.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2011). *Herramientas para la contención emocional en situaciones de violación a derechos humanos.* México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

- Conanglia, M. (2002). *Crisis emocionales. La inteligencia emocional aplicada a situaciones límite*. Barcelona: Amat editorial.
- Corona-Vázquez, T. (2002). Las enfermedades neurológicas. I. Su dimensión y repercusión social. *Gac Med Mex.* 138(6), 533-536. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=16&IDPUBLICACION=853>
- Correa, D. y Arrivillaga, M. (2007). La humanización de la asistencia en la enfermedad crónica. En Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. (Coords.). *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. (247-274 pp.). Colombia: Manual Moderno.
- Correa, D. y Salazar, I. (2007). Aspectos psicológicos del cáncer y su afrontamiento. En Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. (Coords.). *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. (3-26 pp.). Colombia: Manual Moderno.
- d'Hyver de las Deses, C. y Gutiérrez, L. (2009). *Geriatría*. (2a. ed.). México: El Manual Moderno
- Delgado, C. y Salinas, P. (2009). Evaluación de las alteraciones cognitivas en adultos mayores. *Rev Hosp Clín Univ Chile.* 20(1), 244-251. Recuperado de [http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo\\_CH6258/deploy/alteraciones\\_adultos\\_mayores.pdf](http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/alteraciones_adultos_mayores.pdf)
- Díaz, A. (2012, 12 de abril). Las autoridades tienen en el “olvido” la atención del Parkinson. *Periódico La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2012/04/12/ciencias/a02n1cie>

Egozcue, M. (2005). *Primeros auxilios psicológicos*. Barcelona: Paidós.

Elizondo-Cárdenas, G., Déctor-Carrillo, M., Martínez-Rodríguez, H., Martínez-de Villarreal, L. y Esmer-Sánchez, M. (2011). Genética y la enfermedad de Parkinson: Revisión de actualidades. *Medicina Universitaria*. 13(51), 96-100. Recuperado de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90024056&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=304&ty=80&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=304v13n51a90024056pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90024056&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=304&ty=80&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=304v13n51a90024056pdf001.pdf)

Errea, J. y Ara, J. (1999). Depresión y enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol*. 28(7), 694-598. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/2807/g070694.pdf>

Erro, M., Moreno, M. y Zandío, B. (2010). Bases fisiopatológicas de los síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol*. 2010; 50(Supl.2), S7-S13. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S02/bdS0200S7.pdf>

Esparza, A. M. (2005). La demencia: diagnóstico y evaluación. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas*. 10 (3), 6-13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47310302>

Estrada-Bellmann, I. y Martínez, H. (s.f.). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Parkinson. *Avances*. 25(8). Recuperado de [http://www.hsj.com.mx/media/44275/diagn\\_stico\\_y\\_tratamiento\\_de\\_la\\_enfermedad\\_de\\_parkinson.pdf](http://www.hsj.com.mx/media/44275/diagn_stico_y_tratamiento_de_la_enfermedad_de_parkinson.pdf)

Everstine, L. y Everstine, D. (2000). *Personas en crisis. Intervenciones terapéuticas estratégicas*. (2da. Ed.). México: Pax.

- Fernández-Prieto, M., Lens, M., López-Real, A., Puy, A., Dias-Silva, J. y Sobrido, M. (2010). Alteraciones de la esfera emocional y el control de los impulsos en la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol.* 50(Supl.2), S41-S49. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S02/bdS020S41.pdf>
- Ferrer, O., Soto, M., Ferrer, Y., Ferrer, A., Ferrer, Y., Hernández, A., Pachano, F., Muñoz-Cabas, D. y Noguera, O. (2013). Experiencia del uso de la rivastigmina en pacientes con enfermedad de Parkinson y trastornos cognitivos. *Rev Mex Neuroci.* 14(6), 329-334. Recuperado de <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2013/11/Nm136-05.pdf>
- Frausto, M. (2011). *Introducción a las neurociencias*. México: Pax.
- Galán, A., Blanco, A. y Pérez, M. (2000). Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de Psicología.* 6(2), 157-166. Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v16/v16\\_2/05-16\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v16/v16_2/05-16_2.pdf)
- Galán, A., Pérez, M. y Blanco, A. (2001). La conducta de enfermedad: análisis de su capacidad para caracterizar grupos de enfermos a nivel psicosocial. *Psicothema.* 13(1), 63-67. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713109>
- Galtier, I., Nieto, A., Barroso, J. y Norelis, J. (2009). Deterioro del aprendizaje visoespacial en la enfermedad de Parkinson. *Psicothema.* 21(1), 21-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72711818004>
- Gantiva, C. (2010). Intervención en crisis: una estrategia clínica necesaria y relevante en Colombia. *Psychologia. Avances de la disciplina.* 4(2); 143-145. Recuperado de

<http://132.248.9.34/hevila/PsychologiaAvancesdeladisciplina/2010/vol4/no2/11.pdf>

García-Viniegras, C. y Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Rev haban cienc méd.* 6(4). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2007000400002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2007000400002&script=sci_arttext)

Gasser, T. (2007). Genética de la enfermedad de Parkinson. En Jankovic, J. y Tolosa, E. (Eds.) *Enfermedad de Parkinson y trastornos del movimiento*. (5a. ed.). (pp. 93-100). Barcelona: Wolters Klumer Health

Giannaula, R. (2010). Alteraciones cognitivas y demencia en la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol.* 50(Supl.1), S13-S16. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S01/bdS010S13.pdf>

Girón, M., Beviá, G., Medina, E., Palero, M. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista española de Salud Pública.* 76(5), 561-575. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/170/17076516.pdf>

Guevara-Gasca, M. y Galán-Cuevas, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: hipertensión arterial y diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual.* 1(1), 47-55. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/download/18470/17540>

Guridi, J. (2003). Situación actual del tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Parkinson. *Med Clin (Barc).* 121(5), 181-183. Recuperado de

<http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/situacion-actual-tratamiento-quirurgico-enfermedad-parkinson-13049414-editoriales-2003>

Gutiérrez, J. y Singer, C. (2010). Parkinsonismo: diagnósticos alternativos a la enfermedad idiopática de Parkinson. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 48(3), 279-292. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im103h.pdf>

Halgin, R. y Whitbourne, S. (2004). *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos.* (4ª. ed.). México: McGraw-Hill.

Hebben, N. y Milberg, W. (2011). *Fundamentos para la evaluación neuropsicológica.* (2a. Ed.). México: Manual Moderno.

Hendelman, W. (2006). *Atlas of Functional Neuroanatomy.* (2nd. Ed.). Boca Raton: Taylor & Francis Group.

Hernández, H. (2006). Aspectos moleculares y prospectos de terapias en la Enfermedad de Parkinson. *Bioquímica.* 31(4), 146-158. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57631405>

Ibarra, X. y Siles, J. (2006). Rol de enfermo crónico: una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. *Cultura de los Cuidados.* 129-135, 10(20). Recuperado de [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/875/1/culturacuidados\\_20\\_18.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/875/1/culturacuidados_20_18.pdf)

Jato, M. y Huerta, M. (2005). Etiopatogenia y clínica de la enfermedad de Parkinson. *JANO Medicina y Humanidades.* 68(1567), 1818-1823. Recuperado de <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/68/1567/36/1v68n1567a13075902pdf001.pdf>

Kompoliti, K, Comella, C. y Goetz, C. (2009). Escalas de valoración clínica para los trastornos del movimiento. En Rey, A. (Comp.) *Enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos: neurología caso a caso*. (pp. 692-701). Madrid: Médica Panamericana.

Kornblit, A. y Mendez, A. (2000). *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Argentina: Aique. Recuperado de <http://www.terras.edu.ar/jornadas/41/biblio/41KORNBLIT-Ana-Lia-y-MENDES-DIZ-Ana-El-proceso-salud-enfermedad.pdf>

Kulisevsky, J. y Pagonabarraga, J. (2009). Trastornos cognitivos y conductuales en la enfermedad de Parkinson. En Rey, A. (Comp.) *Enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos: neurología caso a caso*. (pp. 69-89). Madrid: Médica Panamericana.

León, J. (2004). Fundamentos de la psicología de la salud. En León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. (Cools.). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (15-40 pp.). Barcelona: Editorial UOC.

Lezak, M., Howieson, D. & Loring, D. (2004). *Neuropsychological assessment*. (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Litvan, I. (1999). Nuevas perspectivas en la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol*. 29(2), 139-145. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/2902/h020139.pdf>

López, A. (2000). Psicología y salud. *Escritos de Psicología*. 4(1), 8-33. Recuperado de [http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num4/escritospsicologia4\\_revision.pdf](http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num4/escritospsicologia4_revision.pdf)

- López, S., Pastor, M. y Neipp, M. (2003). Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. En Remor, E. Arranz, P. y Ulla, S. (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. (31-47 pp.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Luquin, M. (2010). Tratamiento inicial de la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol.* 50(Supl1), S35-S36. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S01/bdS010S35.pdf>
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Rev Cubana Salud Pública.* 29(3), 275-81. Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29\\_3\\_03/spu12303.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_3_03/spu12303.pdf)
- Martín, L. y Muñoz, M. (2009). *Primeros auxilios psicológicos*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Martínez, E. y Barreto, M. (2003). La formación de los profesionales de la salud: la contribución del psicólogo hospitalario. En Remor, E. Arranz, P. y Ulla, S. (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. (121-136 pp.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Martínez-Hernández, R. y Arellano-Reynoso, A. (2012). Estimulación cerebral profunda en enfermedad de Parkinson: primer caso tratado en el Centro Neurológico ABC. *Anales Médicos.* 57(1), 53-61. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2012/bc121h.pdf>
- Martínez-Martín, P., Guerrero-Díaz, M. y Frades-Payo, B. (2004). Alteraciones neuropsicológicas en la enfermedad de Parkinson: evaluación e impacto sobre el cuidador. *Rev Neurol.* 39(7), 639-645. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3907/r070639.pdf>

- Martínez-Sánchez, F. (2010). Trastornos del habla y la voz en la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol.* 51(9), 542-550. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/web/5109/be090542.pdf>
- Mascaró, N. (2007). Crisis y contención: el grupo multifamiliar. *Avances en Salud Mental Relacional.* 6(2), 1-9. Recuperado de [http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0602/crisis\\_y\\_contencion.pdf](http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0602/crisis_y_contencion.pdf)
- Migliacci, M., Scharovsky, D. y Gonorazky, S. (2009). Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. *Rev Neurol.* 48(5), 237-241. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4805/bb050237.pdf>
- Mínguez-Castellanos, A. (2010). Fisiopatología de la enfermedad de Parkinson. ¿Cuál es el significado del temblor de reposo? *Rev Neurol.* 50(Supl 4), S22-S23. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S04/bdS040S22.pdf>
- Mink, J. (2007). Organización funcional de los ganglios basales. En Jankovic, J. y Tolosa, E. (Eds.) *Enfermedad de Parkinson y trastornos del movimiento.* (5a. ed.). (pp. 1-6). Barcelona: Wolters Klumer Health.
- Mora-Simón, S., García-García, R., Perea-Bartolomé, M., Ladera-Fernández, V., Unzueta-Arce, J., Patino-Alonso, M. y Rodriguez-Sanchez, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Rev Neurol.* 54(5), 303-310. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5405/bh050303.pdf>
- Morales-Briceño, H., Cervantes-Arriaga, A. y Rodríguez-Violante, M. (2011). Diagnóstico premotor de la enfermedad de Parkinson. *Gac Med Mex.*

147(1), 22-32. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=16&IDPUBLICACION=3242>

Morales-Carmona, F., Díaz, E., Espíndola, G., Henales, C., Meza, P., Mota, C. y Pimentel, D. (2005). Concepto de salud psicológica. En *Temas selectos de orientación psicológica. Creando alternativas*. (49-62 pp.). México: Manual Moderno

Morrison, V. y Bennet, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson.

Muñoz, E., Pastor, P., Martí, M., Valdeoriola, F., Oliva, R. y Tolosa, E. (2001). Enfermedad de Parkinson esporádica y familiar: estudio comparativo. *Med Clin (Barc)*. 116(1), 601-604. Recuperado de <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/enfermedad-parkinson-esporadica-familiar-estudio-comparativo-13013424-originales-2001>

Navarro, M. y Silveira, P. (2005). ¿Por qué una psicología médica? *Salud militar*. 27(1), 83-90. Recuperado de <http://www.revistasaludmilitar.com.uy/Volumenes/Vol%2027/PDFs/95-Pag%2083%20a%2090.pdf>

Nieto, J., Abad, M. y Ortuño, A. (1998). Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y calidad de vida en población geriátrica. *Anales de Psicología*. 14(1), 75-81. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16714107.pdf>

Nieto-Munuera, J., Abad, M., Esteban, M. y Tejerina, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw Hill.

- Nitrini, R. y Dozzi, S. (2012). Demencia: definición y clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 12(1), 75-98. Recuperado de [http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO\\_vol12\\_num1\\_9.pdf](http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_9.pdf)
- Noé-Sebastián, E., Irimia-Sieira, P., Pomares-Arias, E., Martínez-Vila., E. y Luquin-Piudo, M. (2001). Trastornos neuropsiquiátricos en la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol*. 32(7), 676-681. Recuperado de <http://dspace.unav.es/dspace/handle/10171/22767>
- Olvera, J. y Soria, M. (2008). La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 11(4), 149-158. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/18614/17667>
- Orejuela, J., Sánchez., C., Barbero, F., Méndez, R., Albuquerque, F. y Calvo, J. (2003). Eficacia de la fisioterapia en la enfermedad de Parkinson. *Fisioterapia, Monogr*. 1(1), 34-39. Recuperado de <http://zl.elsevier.es/es/revista/fisioterapia-146/eficacia-fisioterapia-enfermedad-parkinson-13048352-fisioterapia-neurologica-2003>
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington: OPS. Recuperado de [http://www.counselingamericas.org/pdf/libros/03\\_LibroProtecciondeLaSaludMental.pdf](http://www.counselingamericas.org/pdf/libros/03_LibroProtecciondeLaSaludMental.pdf)

- Ostrosky-Solís, F. (2000). Características neuropsicológicas de la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol.* 30(8), 788-796. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3008/i080788.pdf>
- Parada, E. (2009). Primeros auxilios psicológicos en accidentes con múltiples víctimas y desastres. En Parada, E. (Coord.). *Psicología y Emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia.* (pp. 545-571). (2da. ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Peña-Casanova, J., Gramunt, N. y Gich, J. (2004). *Test neuropsicológicos. Fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias.* Barcelona: Masson.
- Perea-Bartolomé, M. (2001). Deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol.* 32(2), 1182-1187. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3212/k121182.pdf>
- Pérez, M. (2009). La evaluación neuropsicológica: fundamentos y práctica. En Pérez, M. (Coord.) *Manual de neuropsicología clínica.* (pp. 31-48). Madrid: Pirámide.
- Pérez, M., Puente, A. y Vilar-López, R. (2009). Definición conceptual y profesional de la neuropsicología clínica. En Pérez, M. (Coord.) *Manual de neuropsicología clínica.* (pp. 19-30). Madrid: Pirámide.
- Pérez, M. y Rodríguez, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense de Psicología.* 30(45); 17-33. Recuperado de <http://www.revistacostarricensedepsicologia.com/articulos/RCP-45/2-RCP-Vol.30-No45-46.pdf>

- Pérez, M. y Rodríguez, N. (2012). La intervención en crisis como herramienta terapéutica del psicólogo de la salud. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades apoyadas por la Nuevas Tecnologías*. 1(1); 6-15. Recuperado de <http://www.citeach.org/web/revista-csant/vol1num1/intervencion-crisis/>
- Pinilla, M. (2010). La salud mental en pacientes con enfermedad crónica. En Achury, D., Sepúlveda, G. y Rodríguez, S. (Eds.). *Cuidado al paciente con enfermedad crónica*. (175-201 pp.). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Pizarro, M., Rizzoli, A., Salmérón, G., Cervantes, M. y Soto, H. (2013). Evaluación económica del uso de rasagilina en etapas tempranas de la enfermedad de Parkinson desde la perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Mex Neuroci*. 14(6), 321-327. Recuperado de <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2013/11/Nm136-04.pdf>
- Pocasangre, C., González, S., Alas, S. y Paniagua, I. (s.f.). *Manual de intervención en crisis en situaciones de desastre*. Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental: San Salvador.
- Poewe, W. (2007). Síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson. En Jankovic, J. y Tolosa, E. (Eds.) *Enfermedad de Parkinson y trastornos del movimiento*. (5a. ed.). (pp. 67-76). Barcelona: Wolters Klumer Health
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Poy, L. (2013a, 19 de abril). Parkinson, enfermedad costosa, mal detectada y aún incurable. *Periódico La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2013/04/19/sociedad/043n1soc>

- Poy, L. (2013b, 12 de mayo). Pacientes con Parkinson se apoyan para enfrentar unidos su mal. *Periódico La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2013/05/12/sociedad/032n1soc>
- Przedborski, S. (2007). Etiopatogenia de la enfermedad de Parkinson. En Jankovic, J. y Tolosa, E. (Eds.) *Enfermedad de Parkinson y trastornos del movimiento*. (5a. ed.). (pp. 77-92). Barcelona: Wolters Klumer Health
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2010). Percepción de la enfermedad. Una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*. 25(1), 123-417. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n25/n25a04.pdf>
- Quintanar, L., Solovieva, Y. y Lázaro, E. (2008). Evaluación neuropsicológica infantil breve para población hispano-parlante. *Acta Neurol Colomb*. 24(Supl.1); S31-S44. Recuperado de <http://www.acnweb.org/es/acta-neurologica/volumen-242008/75-volumen-24-numero-2-suplemento/238-evaluacion-neuropsicologica-infantil-breve-para-poblacion-hispano-parlante.html>
- Rabelo, J. (2010). Primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis desde el trabajo social. *Documentos de Trabajo Social*. 47(1), 121-133. Recuperado de [http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista\\_dts/47\\_07.pdf](http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/47_07.pdf)
- Razumiejczyk, E., López, A. y Macbeth, G. (2008). El efecto de priming y sus variantes experimentales. *Psicología y Psicopedagogía*. 7(18). Recuperado de [http://psico.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/el\\_efecto\\_de\\_priming\\_y\\_sus\\_variantes\\_experimentales.pdf](http://psico.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/el_efecto_de_priming_y_sus_variantes_experimentales.pdf)

Restrepo, J. (2010). Función práxica y ganglios basales: contribuciones de los núcleos grises al movimiento voluntario. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 5(2), 69-81. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179314915001>

Rodríguez, J. (2001). *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

Rodríguez, U. (2008). Selección de candidatos quirúrgicos y escalas de evaluación. En León, L. y Cuevas, C. (Coords.). *Enfermedad de Parkinson. Perspectivas actuales y futuras*. (pp. 236-240). México: Planeación y Desarrollo Editorial.

Rodríguez-Constenla, I., Cabo-López, I., Bellas-Lamas, P. y Cebrián, E. (2010). Trastornos cognitivos y neuropsiquiátricos en la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol*. 50(Supl2), S33-S39. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S02/bdS020S33.pdf>

Rodríguez-Marín, J., Pastor, A. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*. 5(1), 349-372. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1148.pdf>

Rodríguez-Violante, M., López-Ruiz, M., Estrada-Bellman, I. y Cervantes-Arriaga, A. (2012). Implementación de una evaluación estandarizada de la enfermedad de Parkinson. *Rev Mex Neuroci*. 13(4), 183-186. Recuperado de <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2012/11/Nm124-01.pdf>

Rodríguez-Violante, M., Villar-Velarde, A., Valencia-Ramos C. y Cervantes-Arriaga, A. (2011). Características epidemiológicas de pacientes con enfermedad de Parkinson de un hospital de referencia en México. *Arch Neurocién (Mex)*. 16(2), 64-68. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane112d.pdf>

- Roig, T. y Enseñat, E. (2003). Intervención neuropsicológica en el accidente vascular cerebral (AVC). En Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. (pp. 519-545). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rojo, A. (2009). Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. En Rey, A. (Comp.) *Enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos: neurología caso a caso*. (pp. 1-19). Madrid: Médica Panamericana.
- Ruíz, S. (2000). Evaluación neuropsicológica en demencias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 29(2), 193-199. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629206>
- Ruíz-Rizzo, A., Tirado, V., Moreno-Carrillo, C., Aguirre-Acevedo, D., Murillo, O. y Lopera, F. (2009). Comparación del desempeño neuropsicológico según la edad de inicio en sujetos con enfermedad de Parkinson y parkinsonismo. *Rev Neurol*. 49(3), 123-130. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4903/bc030123.pdf>
- Ruiz-Sánchez, J., Pedrero-Pérez, E., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M. y Puerta-García, C. (2011). Propuesta de un protocolo para la evaluación neuropsicológica de las adicciones. *Rev Neurol*. 53(8), 483-493. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5308/bg080483.pdf>
- Sánchez-Rodríguez, J. (2002). Déficit neuropsicológicos en la enfermedad de Parkinson. Relación con variables clínicas. *Rev Neurol*. 35(4), 310-317. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3504/n040310.pdf>
- Santos-García, D., Abella-Corral, J., Aneiros-Díaz, A., Santos-Canelles, H., Llana-González, M. y Macías-Arribi, M. (2011). Dolor en la enfermedad

de Parkinson: prevalencia, características, factores asociados y relación con otros síntomas no motores, calidad de vida, autonomía y sobrecarga del cuidador. *Rev Neurol.* 52(7), 385-393. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5207/bf070385.pdf>

Servat, M., Lehmann, Y., Harari, K., Gajardo, L. y Eva, P. (2005). Evaluación neuropsicológica en esquizofrenia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 43(3), 210-216. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000300005&script=sci_arttext)

Sierra, J. y Ortega, V. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade.* 3(1), 10 – 59. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>

Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación.* (2da. Ed.). México: Manual Moderno.

Snell, R. (2010). *Neuroanatomía clínica.* (7a. ed.). Madrid: Panamericana.

Solovieva, Y., Quintanar-Rojas, L. y Lázaro, E. (2002). Evaluación neuropsicológica de escolares rurales y urbanos desde la aproximación de Luria. *Revista Española de Neuropsicología.* 4(2); 217-235. Recuperado de <http://www.dialnet.unirioja.es/download/articulo/2011257.pdf>

Stokes, M. (2000). *Rehabilitación neurológica.* Madrid: Harcourt

Tapia-Núñez. J. y Chaná-Cuevas, P. (2004). Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol.* 38(1), 61-67. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3801/q010061.pdf>

- Tirapu, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Intervención Psicosocial*. 16(2); 189-211. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/105338.pdf>
- Torres, J., Álvarez, C., Ceballos, L., Chiquillo, A. y Galvis, I. (2012). Diseño de una guía de práctica clínica de intervención en crisis dirigida a familiares en una unidad de cuidados intensivos. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 12(1), 53-64. Recuperado de [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos\\_hispanoamericanos\\_psicologia/volumen12\\_numero1/articulo\\_4.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen12_numero1/articulo_4.pdf)
- Tripoldi, E. (2003). *El mal de Parkinson: todo lo que necesita saber*. Buenos Aires: Imaginador.
- Valdeoriola, F. (2003). Enfermedad de Parkinson: conceptos, etiopatogenia, manifestaciones clínicas, historia natural, complicaciones, diagnóstico diferencial. *Medicine*. 8(94), 5081-5088. Recuperado de [http://www.researchgate.net/publication/257149902\\_Enfermedad\\_de\\_Parkinson\\_concepto\\_etiopatogenia\\_manifestaciones\\_clnicas\\_historia\\_natural\\_complicaciones\\_diagnostico\\_diferencial](http://www.researchgate.net/publication/257149902_Enfermedad_de_Parkinson_concepto_etiopatogenia_manifestaciones_clnicas_historia_natural_complicaciones_diagnostico_diferencial)
- Valls-Solé, J. (2007). Neurofisiología del control motor y de los trastornos del movimiento. En Jankovic, J. y Tolosa, E. (Eds.) *Enfermedad de Parkinson y trastornos del movimiento*. (5a. ed.). (pp. 7-22). Barcelona: Wolters Klumer Health
- Velasco, M. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del paciente crónico y su familia. Sistemas, historias y creencias*. México: Manual Moderno.

- Venegas, B. (2002). La valoración neurológica: Un soporte fundamental para el cuidado de enfermería. *Aquichan*. 2(2), 40-43. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74120208>
- Vera-Cuesta, H., Vera-Acosta, H., Álvarez-González, L., Fernández-Maderos, I. y Casabona-Fernández, E. (2006). Disfunción frontal en la enfermedad de Parkinson idiopática. *Rev Neurol*. 42(2), 76-84. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4202/u020076.pdf>
- Villar-Velarde, A., Rodríguez-Violante, M., Cruz-Santillán, K. y Cervantes-Arriaga, A. (2013). Estado de la investigación sobre la enfermedad de Parkinson en México: de 1998 a 2010. *Arch Neurocién (Mex)*. 18(1), 27-38. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2013/ane131f.pdf>
- Vinaccia, S., Contreras, F., Bedoya, M., Carillo, L., Cuartas, M., López, N. y Cano, E. (2004). Conducta anormal de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*. 14(1), 31-41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29114105.pdf>
- Vinaccia, s., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, C., Contreras, F. y Tobón, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica*. 13(1), 15-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134219070002>
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*. 1(2); 125-137. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910202>
- Wainrib, B. y Bloch, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Waxman, S. (2011). *Neuroanatomía Clínica*. (26ta. Ed.). México: McGraw Hill.

Weiner, W., Shulman, L. y Lang, A. (2002). *La enfermedad de Parkinson. Una guía completa para pacientes y familiares*. México: Paidós.

Yáñez-Baña, R. (2010). Diagnóstico clínico de la enfermedad de Parkinson. ¿Deben revisarse los actuales criterios diagnósticos? *Rev Neurol*. 50(Supl4), S9-S11. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S04/bdS0400S9.pdf>

Yubero, R. (2011). Características neuropsicológicas y aproximación diagnóstica a la demencia Parkinson y a la demencia por cuerpos de Lewy. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 46(Supl.1), 12-18. Recuperado de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90058651&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=124&ty=133&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=124v46nSupl.1a90058651pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90058651&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=133&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=124v46nSupl.1a90058651pdf001.pdf)