

# ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PERSONAS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON: PERSPECTIVAS NEUROPSICOLÓGICAS Y JUNGUIANAS

## PSYCHOLOGICAL CARE OF PERSONS WITH PARKINSON'S DISEASE: NEUROPSYCHOLOGICAL AND JUNGIAN PERSPECTIVES

GEORGE P. PRIGATANO, PHD.\*<sup>1</sup>, BRITTANY WALLS, PHD.<sup>1</sup> Y TIFFANY M. MEITES, PHD.<sup>1</sup>

**\* Correspondencia:**  
**George P. Prigatano**  
**george.prigatano@commonspirit.org**

Recibido: Mayo 2022 | Publicado: Julio 2022

Este artículo es una traducción del original  
Traducción por: María José Bracho

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo que se asocia a deterioro físico, cognitivo y emocional progresivo. Proporcionar atención psicológica a estas personas es una parte importante de su atención médica general y puede guiarse por las experiencias obtenidas en el amplio campo de la rehabilitación neuropsicológica. Se resume cómo la etapa de la enfermedad se relaciona con las alteraciones de la independencia funcional y del funcionamiento ejecutivo, que impactan negativamente en la integración social y producen un terreno fértil para la depresión y la pérdida de esperanza. Se propone que integrar los conocimientos de las neurociencias (especialmente la neuropsicología) con los conocimientos psicodinámicos (especialmente los de C.G. Jung) de la persona con EP puede desempeñar un papel importante en la mantención de su resiliencia y, al hacerlo, proporciona una atención psicológica clínicamente relevante.

Palabras claves: Enfermedad de Parkinson, resiliencia, neuropsicología, atención psicológica, observaciones psicodinámicas, teoría junguiana

Parkinson's disease (PD) is a neurodegenerative disorder associated with progressive physical, cognitive, and emotional impairments. Providing psychological care for these individuals is an important part of their overall medical care and can be guided by experiences obtained from the broad field of neuropsychological rehabilitation. We summarize how the stage of the illness relates to disturbances in functional independence and executive functioning that negatively impacts social integration and produces a fertile ground for depression and loss of hope. It is proposed that integrating knowledge from the neurosciences (especially neuropsychology) with psychodynamic insights (especially those of C.G. Jung) of the person with PD can play an important role in sustaining their resiliency and, in so doing, provides clinically relevant psychological care.

Keywords: Parkinson's disease, resiliency, neuropsychology, psychological care, psychodynamic observations, Jungian theory

---

<sup>1</sup>Department of Clinical Neuropsychology, Barrow Neurological Institute at St. Joseph's Hospital and Medical Center, Phoenix, Arizona, Estados Unidos

## INTRODUCCIÓN

La rehabilitación neuropsicológica incluye una amplia gama de intervenciones dirigidas a la recuperación y/o compensación de las alteraciones en las funciones cerebrales integradoras superiores, que están directa o indirectamente asociadas a una disfunción cerebral subyacente (Prigatano, 2002). Mientras que el campo de la rehabilitación neuropsicológica está entrando en una nueva era en la que la evidencia objetiva de los cambios en la estructura o el funcionamiento del cerebro puede ser documentada y correlacionada con los cambios en las funciones neuropsicológicas integradoras superiores (Prigatano, Braga, Johnson y Souza, 2021), los esfuerzos para ayudar a la persona a ajustarse psicológicamente a sus limitaciones han seguido siendo una característica clave de esta forma de atención (Prigatano, 1999; Ben-Yishay y Diller, 2011). El proceso de ajuste psicológico a menudo incluye ayudar a la persona a restablecer una vida significativa desde su perspectiva. La teoría junguiana puede facilitar este proceso en los pacientes que han adquirido una lesión cerebral normalmente en sus primeros o medianos años de vida (Prigatano, 2012).

Sin embargo, hay un número creciente de pacientes de edad avanzada que padecen un trastorno neurodegenerativo progresivo. Normalmente no reciben los servicios clásicos de rehabilitación neuropsicológica. Sin embargo, también luchan contra los efectos del deterioro del funcionamiento cognitivo, la alteración de sus relaciones con personas importantes en su vida y la pérdida de esperanza ante su progresiva dependencia física en los demás. ¿Puede incluirse en su atención alguna de las actividades previstas en la rehabilitación neuropsicológica que les ayude de forma significativa?

Influenciado por las ideas de Carl Jung (1957), se ha sugerido que la rehabilitación neuropsicológica a menudo «... incluye esfuerzos para ayudar a la persona a relacionarse con varios símbolos en su vida que reflejan esfuerzos conscientes e inconscientes de larga duración únicos en su individualidad». (Prigatano, 2022). Cuando esto se hace con éxito, se puede mejorar la adaptación psicológica incluso a los trastornos neurodegenerativos. Este artículo intenta describir un enfoque clínico que integra el conocimiento de las consecuencias neurológicas y neuropsicológicas de la enfermedad de Parkinson con los conocimientos psicodinámicos para ayudar sustancialmente a la atención psicológica de las personas con enfermedad de Parkinson en fase avanzada.

## LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y SUS FASES DE DECLIVE

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo caracterizado por alteraciones tanto motoras como no motoras (es decir, cognitivas y afectivas) (Tröster, 2015). La neuropatología subyacente a este trastorno ha atraído una considerable atención científica; existen varias revisiones sobre este tema (por ejemplo, Cudaback et al., 2015). Al tratarse de un trastorno progresivo, la capacidad de la persona para hablar, moverse, estar de pie y caminar con seguridad se ve disminuida con el tiempo, al igual que diversas funciones cognitivas (Tröster, 2015). Se ha trabajado mucho en el estudio de cómo las actividades de la vida diaria se ven influidas por la etapa de la enfermedad.

Una escala comúnmente utilizada que describe las distintas fases de la EP es la escala de Hoehn y Yahr (1967). Durante las etapas iniciales de la enfermedad (etapa 1 de Hoehn y Yahr), los síntomas motores (por ejemplo, temblor, rigidez, bradiquinesia) son unilaterales, con un deterioro mínimo o nulo de las actividades de la vida diaria (AVD). La etapa 2 de Hoehn y Yahr se caracteriza por la afectación bilateral de los síntomas motores, y las tareas cotidianas se vuelven cada vez más difíciles y largas. Las limitaciones en las AVD al principio del curso de la enfermedad pueden evitarse con el uso de estrategias compensatorias (por ejemplo, permitiendo un tiempo extra para realizar las AVD o redefiniendo los roles para que la tarea ya no sea necesaria para el paciente) (Hariz y Forsgren, 2010). La transición de la etapa 2 a la 3 de Hoehn y Yahr se asocia con la aparición de inestabilidad postural que indica una enfermedad moderada. Sin embargo, durante esta etapa, los pacientes suelen seguir siendo físicamente independientes (Hoehn y Yahr, 1967), pero es frecuente que se produzcan leves alteraciones cognitivas. En la etapa 4 de Hoehn y Yahr, el paciente presenta una discapacidad grave, con caídas frecuentes y un mayor deterioro cognitivo. Por último, en la etapa 5 de Hoehn y Yahr, el paciente necesita una silla de ruedas para desplazarse y con frecuencia se le describe como una persona con demencia (Hoehn y Yahr, 1967; Hawkes, Tredici y Braak, 2009).

Entre los síntomas motores, el deterioro de la marcha, la inestabilidad postural y la bradiquinesia son los que más se asocian con el nivel de discapacidad (Shulman, 2010). Las dificultades en las AVD parecen depender del subtipo de la enfermedad (es decir, temblor predominante frente a inestabilidad postural/dificultad de la marcha (por sus siglas en inglés *PIGD*) (Hariz y Forsgren, 2010)). Por ejemplo, en un

estudio basado en la comunidad que examinaba las AVD y la calidad de vida, los pacientes con el subtipo PIGD tenían una dificultad significativamente mayor con las AVD básicas e instrumentales en comparación con los pacientes con el subtipo de temblor predominante (Hariz y Forsgren, 2010).

Las personas con EP pueden presentar un espectro de trastornos cognitivos, incluso en las primeras fases de la enfermedad (Schmand y Tröster, 2015). Los trastornos de la función ejecutiva suelen estar presentes e incluyen dificultades para iniciar y organizar diversos proyectos de manera oportuna, así como para mantener la capacidad de la memoria de trabajo. Esta última capacidad puede desempeñar un papel especial en la memoria prospectiva. Clínicamente, parece que los fallos en la memoria prospectiva erosionan la confianza de la persona en sí misma y la hacen más dependiente emocionalmente de los demás, con tendencia a evitar posteriormente el contacto social.

La combinación de limitaciones físicas y deficiencias cognitivas se ha relacionado con una disminución de las interacciones sociales y una reducción sustancial de la calidad de vida (Rahman, Griffin, Quinn y Jahanshahi, 2008). Con estos cambios, la depresión puede convertirse en una característica central de la EP.

### **LA DEPRESIÓN Y LA PÉRDIDA DE ESPERANZA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo. Dado que sólo se requieren cinco síntomas para cumplir los criterios de diagnóstico, los individuos con depresión mayor pueden presentar síntomas variados. Los síntomas o indicios comunes de la depresión incluyen quejas físicas (por ejemplo, bajos niveles de energía), quejas vegetativas (por ejemplo, trastornos del sueño y del apetito), quejas cognitivas (por ejemplo, poca concentración y dificultad para tomar decisiones), así como el estado de ánimo disfórico en sí mismo (por ejemplo, pesimismo o culpa excesivos, incapacidad para disfrutar de actividades que antes eran placenteras y pérdida de esperanza) (DSM-V, 2013). Dada la variedad de síntomas potenciales asociados a la depresión, las estimaciones de la prevalencia de la depresión en las personas con EP pueden variar enormemente. Sin embargo, en términos generales, no es raro encontrar estimaciones de alrededor del 50% para las personas con EP (Yamanishi et al, 2013; Marsh y Dobkin, 2015). No suele haber una relación lineal entre el nivel de discapacidad física asociado a la EP y la presencia y la gravedad

de la depresión (por ejemplo, van der Hoek et al., 2011). Sin embargo, suele haber una relación más directa entre la gravedad de las limitaciones físicas y la calidad de vida (por ejemplo, Weintraub et al., 2004). La depresión y la calidad de vida están estrechamente relacionadas, pero pueden considerarse constructos independientes aunque superpuestos (por ejemplo, Kuhlman et al., 2019; Su et al., 2021), especialmente en las personas con EP. Desde la perspectiva de la atención psicológica, el fomento de la resiliencia suele reducir, pero no necesariamente eliminar, la depresión (por ejemplo, Robottom et al., 2012).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha recibido mucha atención como tratamiento para la depresión en personas con EP (Hong et al., 2021; véase también Marsh y Dobkin, 2015). Cuando se aplica dicho tratamiento, se han reportado mejoras en la memoria y el funcionamiento ejecutivo. Por lo tanto, la TCC puede ser especialmente útil para tratar los correlatos cognitivos (o síntomas) asociados a la depresión. Dependiendo de la naturaleza de los síntomas disfóricos (por ejemplo, la culpa excesiva o la pérdida de esperanza), otras modalidades de tratamiento también pueden ser útiles. Por ejemplo, hablar de las fuentes de los sentimientos de culpa en el contexto de una relación terapéutica de confianza o ayudar a gestionar un “problema de desesperanza” en la vida de una persona mediante una psicoterapia psicodinámica también puede ser útil (véase Prigatano, 2020).

### **LA CONSTRUCCIÓN DE LA RESILIENCIA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON**

La resiliencia y sus correlatos han sido un tema de interés tanto en la literatura psicodinámica (Fontagy et al., 1994) como en las neurociencias (Southwick y Charney, 2012). La literatura neurocientífica a menudo enfatiza el papel de los “estresores ambientales y la predisposición genética” como contribuyentes significativos a la reducción de la resiliencia. Los teóricos psicodinámicos suelen hacer hincapié en el importante papel de los apegos seguros entre el niño y el padre o el “vínculo” (Bowlby, 1969), que ayudan a mantener la resiliencia en diferentes etapas de la vida. Existen interesantes historias de vida que apoyan la importancia de la historia de apego de la persona y su capacidad para afrontar eficazmente las consecuencias motoras y cognitivas de un trastorno neurológico más adelante en la vida (Douglas, 2002) o para afrontar ineficazmente esas consecuencias (Pollak, 1998). Sin embargo, los estudios longitudinales bien diseñados sobre el envejecimiento humano “normal”

(Vaillant, 2003) revelan que “envejecer bien” (lo que implica una buena capacidad de recuperación y una reducción de la angustia psicológica durante el proceso de envejecimiento) es una historia más complicada. Varios factores pueden contribuir a la capacidad de resiliencia de una persona cuando se enfrenta a pérdidas. Algunos de los resultados son paradójicos. Por ejemplo, tener una relación afectiva de apoyo con el cuidador principal se asocia a menudo con “envejecer bien”, pero no siempre. Algunas personas son capaces de establecer relaciones de apoyo afectuosas más adelante en la vida que parecen contribuir a una capacidad de resiliencia sostenida.

Los factores que contribuyen a ello quizá puedan identificarse mejor cuando se ofrece una definición de resiliencia. Para los fines de este documento, «...la resiliencia es la capacidad dentro de una persona que ayuda al individuo a lidiar con la adversidad en la vida de una manera adaptativa que, a su vez, conduce a mayores logros funcionales y un mayor sentido de autoeficacia con alegría asociada» (Prigatano, 2020, pg. 490). Esta definición enfatiza que, al aumentar o mantener la resiliencia, la persona no sólo se adaptará mejor a una enfermedad subyacente y a las discapacidades asociadas, sino que también experimentará menos angustia psicológica y experiencias de alegría más frecuentes asociadas a una mayor autoeficacia.

Aunque no hay una única forma de abordar la tarea de ayudar psicológicamente a las personas con enfermedad de Parkinson a mantener y/o reconstruir su resiliencia frente a una enfermedad neurodegenerativa progresiva, la comprensión de la individualidad de una persona y su proceso de individuación, tal como lo describió C.G. Jung (1957), es un enfoque útil.

### **Individualidad, individuación y deterioro neurológico y neuropsicológico**

Jung empleó dos conceptos al trabajar con pacientes no neurológicos en psicoterapia que son relevantes para la atención psicológica de las personas con EP. El primer concepto era el de “individualidad”. La individualidad se refiere a las características únicas y a la historia de vida de la persona. Incluye, por supuesto, sus rasgos determinados genéticamente (es decir, el color de la piel, la altura, los rasgos faciales, el temperamento, etc.), así como sus experiencias vitales tempranas, incluida la calidad de su cuidado infantil, el tipo y la calidad de su educación, su historial laboral y matrimonial, su idioma principal y su bagaje cultural

(que incluye su filosofía de vida y su orientación religiosa). Proporcionar atención psicológica a cualquier persona requiere no olvidar nunca estas importantes características individuales al hablar (o interactuar) con ella sobre sus luchas en la vida. Lo que se dice y se hace debe estar siempre en consonancia con su historia única. Por eso no hay una “única manera” de prestar ayuda psicológica. Jung a menudo enfatizaba, por ejemplo, que la psicoterapia con un católico, un mormón, un hindú, etc. debía realizarse en el contexto de respetar (no intentar cambiar) sus creencias religiosas. Jung consideraba que conocer los símbolos que guían consciente o inconscientemente las actividades vitales de la persona era a menudo clave para ayudar a tratar los problemas estresantes de su vida. Estos símbolos suelen reflejarse en los cuentos, películas y canciones favoritas del paciente, así como en el material onírico.

Teniendo en cuenta este enfoque básico, hay otro factor que es crucial. A medida que el clínico empieza a conocer a la persona a la que intenta ayudar psicológicamente, también debe obtener una comprensión razonable del nivel de individuación que la persona alcanzó en el momento en que su trastorno neurológico empezó a afectar su vida. Este conocimiento ayuda al profesional a comprender mejor las decisiones adaptativas y no adaptativas que el individuo ha tomado antes de acudir a la consulta psicológica. Ayuda a preparar al psicólogo clínico a acercarse a la persona de una manera que facilite la relación terapéutica.

En su extensa obra psicoterapéutica, C.G. Jung (1957) señaló que los seres humanos tienen el anhelo de llegar a ser “quienes realmente son”. Este anhelo no es una ambición egocéntrica e infantil. Es el proceso de “individuación”, que es la meta del desarrollo psicológico normal y es crucial para una adaptación exitosa a la vida, según Jung. Él afirma: «La individuación tiene dos aspectos principales: en primer lugar es un proceso interno y subjetivo de integración y en segundo lugar es un proceso igualmente indispensable de relación objetiva» (p.234). Se trata de ideas importantes que son muy relevantes para la atención psicológica de las personas con un trastorno neurológico subyacente. En la medida en que un individuo puede integrar los distintos aspectos de su personalidad (por ejemplo, los rasgos “conscientes e inconscientes” y “los rasgos positivos y negativos”), tiene un mejor sentido interno de quién es y de lo que otras personas pasan en la vida. Este concepto no está muy alejado del concepto de “integridad del ego” de Eric Erikson (Erikson y Erikson, 1997).

El segundo logro importante del proceso de individuación es que permite el desarrollo de “relaciones objetivas”. Es decir, ahora es menos probable que la persona tenga una visión distorsionada de quién es y quiénes son los demás en su vida. Los demás no son sólo un medio para satisfacer las necesidades de la persona. Se reconoce que los demás tienen sus propias necesidades y personalidad. Uno puede relacionarse mejor con la “otra persona” cuando se relaciona de una manera más justa y basada en la realidad. Esto, por su naturaleza, tiende a fomentar, como mínimo, una conexión positiva con los demás y, en el mejor de los casos, un vínculo amoroso con ellos, que es quizá la más satisfactoria de todas las experiencias de la vida. Es la base del restablecimiento de la esperanza y la confianza en los momentos de deterioro del funcionamiento, por utilizar la terminología de Eric Erikson (véase Erikson y Erikson, 1997).

Si bien la construcción o el mantenimiento de la resiliencia en las personas con EP está guiada por el conocimiento tanto de su individualidad como del nivel de individuación alcanzado en el momento en que se produjo el inicio de la EP y su etapa actual, también depende de la comprensión de cómo las alteraciones neurológicas y neuropsicológicas están afectando a la persona en la “vida real”.

Mientras que los neurólogos pueden ayudar al paciente a comprender y gestionar mejor sus síntomas motores y las discapacidades físicas asociadas, los neuropsicólogos clínicos pueden ayudar al paciente a comprender y gestionar mejor sus síntomas cognitivos y afectivos. Dada la variabilidad de los trastornos cognitivos asociados a la EP, a menudo es necesario realizar un examen completo para aclarar cómo la enfermedad parece estar afectando al funcionamiento cognitivo de la persona en la vida cotidiana. Esto no siempre es obvio para el paciente o los familiares; la obtención de esta información a menudo puede proporcionar por sí misma *insight* y tranquilidad. El seguimiento del estado neuropsicológico del paciente a lo largo del tiempo ayuda aún más al paciente y a la familia a comprender la naturaleza de las dificultades progresivas que la persona experimenta en la vida cotidiana. Este compromiso de seguir al paciente y de participar en sus cuidados ayuda a fomentar un vínculo terapéutico entre el psicólogo, el paciente y su pareja. Este vínculo (o relación terapéutica) puede ayudar al paciente y a los miembros de su familia a aceptar la orientación en el manejo clínico del paciente cuando dicha orientación sea necesaria. Un ejemplo de este enfoque se ilustra en una publicación anterior (Prigatano, 2020, pp.260-268).

Al evaluar las características neuropsicológicas de una persona con EP, es importante centrarse en lo que el paciente experimenta y lo que más le preocupa. Por ejemplo, el paciente puede estar molesto por los continuos problemas para encontrar palabras cuando se comunica con los demás. Puede informar de que se pierde en un pensamiento y se olvida de lo que hay que hacer. Puede que no sea consciente de ninguna dificultad inusual con el equilibrio o la seguridad al caminar. Sin embargo, su cónyuge puede sentirse frustrado por el hecho de que el paciente no parece ser consciente de su riesgo de caídas. Explicar que la anosognosia para las deficiencias motoras es común en los pacientes con EP (Maier y Prigatano, 2017) y tranquilizar al paciente diciéndole que “perderse” en sus pensamientos es una experiencia subjetiva frecuente de algunos pacientes con EP (muy probablemente relacionada con una disfunción sutil pero importante del lóbulo frontal) les da al paciente y a su cónyuge una persona a la que pueden recurrir cuando se enfrentan a nuevos problemas cognitivos y conductuales impredecibles.

Cada persona con EP tiene su propio y único patrón de fortalezas y debilidades neuropsicológicas, y cada una tiene diferencias en relación con su individualidad, etapa de individuación y etapa de EP. Este enfoque clínico ayuda al neuropsicólogo clínico a ser de máxima ayuda para el paciente y sus familias.

#### VIÑETAS ILUSTRATIVAS

Se proporcionan algunas viñetas clínicas breves para ilustrar cómo este enfoque puede ayudar a los pacientes a tratar problemas psicológicos específicos a la luz de su propia individualidad y nivel de individuación. Estas viñetas ilustrativas también incorporan conocimientos sobre el nivel de discapacidad y las características neuropsicológicas del paciente. Se obtuvieron consentimientos informados del paciente o su cónyuge sobreviviente para describir partes de su atención psicológica.

Un anciano exitoso notó una tendencia a olvidar cosas que debía hacer (es decir, una disminución de la memoria prospectiva). También notó más dificultad para realizar operaciones matemáticas sencillas (es decir, el comienzo de discalculia), algo en lo que destacaba en el pasado. Estas experiencias se produjeron en la época en la que desarrollaba una “marcha inestable” y una destreza reducida (véase Prigatano, 2020, p.393). En esta fase de su enfermedad, no se estableció un diagnóstico; en



retrospectiva, se le clasificaría entre las etapas 1-2 de la escala de Hoehn y Yahr (1967).

Le preocupaban estos cambios, pero había crecido en un entorno que fomentaba la autosuficiencia y el “guardarse los problemas para uno mismo”. Su esposa acabó animándole (es decir, convencéndole) para que se sometiera a regañadientes a un examen neuropsicológico. Se sometió a pruebas psicométricas como parte del examen y escuchó lo que el neuropsicólogo clínico dijo sobre su funcionamiento. Todo eso era muy interesante, pero él quería declaraciones prácticas sobre cuál era su diagnóstico y qué se podía hacer al respecto, si es que se podía hacer algo.

El neuropsicólogo clínico describió las limitaciones neurocognitivas del paciente y sus fortalezas. Reconoció la inteligencia del hombre a pesar de sus incipientes déficits de memoria y cálculo. El neuropsicólogo clínico hizo hincapié en las limitaciones de los hallazgos del examen en ese momento para llegar a un diagnóstico y señaló que, sin un diagnóstico claro, las recomendaciones de tratamiento específicas serían prematuras. El paciente, un “individuo sensato”, apreció esa honestidad. Le gustó que el neuropsicólogo clínico le hablara de los hallazgos. Cuando hablaron más, descubrieron que tenían intereses comunes, y el paciente ahora declaró que estaría dispuesto a volver para repetir los exámenes para ayudar a su diagnóstico. No estaba tan interesado en las pruebas, pero quería seguir hablando con el neuropsicólogo clínico porque podía relacionarse con él.

A lo largo de los tres años siguientes, en los que su funcionamiento motor y cognitivo empeoró hasta las etapas 2-3 de la escala de Hoehn y Yahr (1967), la persona empezó a hablar de sentirse inútil. No sólo tenía un temblor que empeoraba, sino que tenía dificultades para caminar y era inestable en su marcha. Empezó a tener caídas frecuentes. Se fue aislando socialmente. Quería morir, y quería que el neuropsicólogo conociera ese sentimiento.

Un “símbolo” que guiaba su vida era no desperdiciar nada y ser útil a los demás. Por ello, quería hacer arreglos para ser donante de órganos en el momento de su muerte. Su esposa le aseguró que así sería. Esto le dio un poco de alivio momentáneo y la voluntad de persistir.

A medida que la relación psicoterapéutica evolucionaba (en ese momento se encontraba en una etapa 4 de Hoehn y Yahr), pudo hablar de dos cosas que le molestaban durante su vida adulta. Como resultado, luchó con sentimientos de culpa periódicos. Su proceso de individuación (del que sólo

era parcialmente consciente) incluía repetidos esfuerzos por hacer sonreír y reír a la gente, ya que había momentos en su vida en los que sentía que hacía daño a los demás con sus acciones. Esto fue reconocido, y el neuropsicólogo clínico involucrado en su cuidado señaló que la mayoría de las personas, más adelante en la vida, reflexionan sobre las cosas que han hecho en el pasado y que desearían no haber hecho. El paciente se quedó callado tras esta afirmación y reconoció la veracidad de esta.

En las últimas etapas de la enfermedad (etapas 4-5) tenía la necesidad continua de hacer sonreír a la gente como una característica permanente de su proceso de individuación. Incluso cuando ya no podía hablar de forma inteligible, repartía pequeños caramelos a los desconocidos para hacerles sonreír. El neuropsicólogo clínico reconoció en él su especial habilidad para hacer sonreír a los demás. Repartir “este caramelo” era “un símbolo” de lo que este hombre había sido siempre en su vida adulta, a pesar de su grave deterioro cognitivo y físico. Le ayudó a mantener su capacidad de resiliencia hasta la muerte, como se refleja en su disposición a acudir repetidamente a la consulta del psicólogo para hablar de lo que le ocurría en su vida.

Otro ejemplo de la importancia de los símbolos, que ayudan a definir la individualidad de la persona con EP, se vio en un señor mayor que fue objeto de prejuicios raciales durante su vida. Se dedicó a una profesión para combatir la injusticia en sus diversas formas. Aunque no podía ponerse de pie ni caminar de forma independiente, su “voz” (en el sentido simbólico) necesitaba ser escuchada. En muchas sesiones de psicoterapia hablaba de la política local y mundial y de sus puntos de vista para intentar corregir los problemas de injusticia. Este tipo de diálogo le ayudaba a mantener su sentido del respeto y a preservar su individualidad. En repetidas ocasiones declaró lo mucho que disfrutaba de estas conversaciones a pesar de que su estado funcional estaba empeorando. Esto contribuyó a que tuviera una actitud resiliente incluso en presencia de una depresión moderada y de que acabara postrado en la cama. Cuando fue atendido inicialmente, se encontraba en la etapa 1 de Hoehn y Yahr (1967) y ahora está en la etapa 4.

Un tercer ejemplo es el de un anciano que fue atendido inicialmente cuando se encontraba en la etapa 2 de Hoehn y Yahr y que fue seguido hasta su muerte en la etapa 5. Entre sus dificultades cognitivas había un grave deterioro de la memoria de trabajo. Literalmente, no podía recordar lo que acababa de decir cuando se acercaba a los últimos 6 meses

de su vida. No sabía cómo explicar este problema a su esposa. Cuando el neuropsicólogo clínico realizó un seguimiento de su rendimiento en varias tareas de memoria de trabajo, ahora había pruebas “objetivas” de que se había producido un grave deterioro de la memoria de trabajo. El paciente se sintió aliviado con esta información y estaba muy ansioso por explicárselo a su esposa.

A menudo le preocupaba que su mujer sintiera que podía hacerlo mejor si estaba motivado para ello. ¿Por qué era un tema tan recurrente en su vida? El paciente pudo confiar en privado (después de conocerlo como persona) que su madre siempre parecía estar disgustada con él, y que ella sentía que él podía hacerlo mejor si lo intentaba. Teniendo en cuenta estas experiencias vitales tempranas, el paciente se esforzó mucho para llegar a ser bastante exitoso y económicamente independiente. Progresivamente reconoció que estaba respondiendo a su esposa de una manera similar a como había respondido a su madre cuando percibía que había actuado de una manera que la disgustaba. Esto era claramente un reflejo de su individualidad y una característica continua de su proceso de individuación.

Como ya no podía explicar verbalmente a su esposa que lo hacía lo mejor que podía, el hecho de que el neuropsicólogo clínico le explicara sus limitaciones cognitivas le produjo un considerable alivio psicológico hasta su muerte.

## RESUMEN

Este breve artículo intentó describir un enfoque de la atención psicológica de las personas con EP que integra la comprensión de los rasgos neurológicos, neuropsicológicos y psicodinámicos del paciente a la hora de ayudarlo a mantener (y tal vez construir) su capacidad de resiliencia cuando se enfrenta a las devastadoras consecuencias de un trastorno cerebral neurodegenerativo. Las ideas junguianas pueden ser muy útiles en este proceso. También hemos considerado brevemente el papel de la comprensión de los factores que se correlacionan con la resiliencia en las personas con EP y hemos resumido algunos de los principales retos a los que se enfrentan estos pacientes durante las distintas etapas de su enfermedad.

## REFERENCIAS

- Ben-Yishay, Y. y Diller, L. (2011). *Handbook of holistic neuropsychological rehabilitation: outpatient rehabilitation of traumatic brain injury*. Oxford University Press, New York, NY.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: volume I: attachment. In *Attachment and Loss: Volume I: Attachment* (pp. 1-401). London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Cudaback, E., Cholerton, B. A., Montine, K. S., y Thomas, J. (2015). Neuropathology, Biomarkers, and Cognition in Parkinson's. In A. I Tröster (Ed.) *Clinical Neuropsychology and Cognitive Neurology of Parkinson's Disease and Other Movement Disorders*. (pp. 129-147). Oxford University Press, New York, NY.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (2013), American Psychiatric Association, Arlington, VA
- Douglas, K. (2002). *My stroke of luck*. Morrow Publisher, New York, NY.
- Erikson, E.K. y Erikson J.M. (1997) *The Life Cycle Completed*, W.W. Norton & Company, NY.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A. y Target, M. (1994). The Emanuel Miller memorial lecture 1992 the theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(2), 231-257.
- Hariz, G. M. y Forsgren, L. (2011). Activities of daily living and quality of life in persons with newly diagnosed Parkinson's disease according to subtype of disease, and in comparison to healthy controls. *Acta Neurologica Scandinavica*, 123(1), 20-27.
- Hawkes, C. H., Del Tredici, K. y Braak, H. (2010). A timeline for Parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*, 16(2), 79-84.
- Hoehn M, Yahr, M. Parkinsonism: onset, progression, and mortality. *Neurology* 1967; 17: 153-63.
- Hong, C.T., Tan, S. y Huang, T.W. (2021). Psychotherapy for the treatment of anxiety and depression in patients with Parkinson disease: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22, 2289-2295.

- Jung, C. G. (1957) *Practice of Psychotherapy: Essays on the Psychology of the Transference and other Subjects*. Princeton University, Princeton, NJ.
- Maier, F. y Prigatano, G. P. (2017). Impaired self-awareness of motor disturbances in Parkinson's disease. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 32(7), 802-809.
- Marsh, L. y Dobkin, R. D. (2015). Depression and anxiety in Parkinson's disease. In A.I.Tröster (Ed.) *Clinical Neuropsychology and Cognitive Parkinson's Disease and Other Movement Disorders*, (pp 265-290). Oxford University Press, New York, NY.
- Pollak, R. (1998). *The creation of doctor B: A biography of Bruno Bettelheim*. Simon and Schuster, New York, NY.
- Prigatano, G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. Oxford University Press, New York, NY.
- Prigatano, G. P. (2002). Holistic neuropsychological rehabilitation and models of change after brain injury. In WH Brouwer, AH van Zomeren, IJ Berg, JM Bouma & EHF de Haan (pp 53-69), *Cognitive rehabilitation: a clinical neuropsychological approach*. Boom Publishers, Amsterdam.
- Prigatano, G. P. (2012). Jungian contributions to successful neuropsychological rehabilitation. *Neuropsychanalysis*, 14(2), 175-185.
- Prigatano, G. P. (2020). *Clinical neuropsychology and the psychological care of persons with brain disorders*. Oxford University Press, New York, NY.
- Prigatano, G. P., Braga, L., Flores Johnson, S. y Souza, L. (2021). Neuropsychological rehabilitation, neuroimaging and neuroplasticity: A clinical commentary. *NeuroRehabilitation*, 49, 255-265.
- Prigatano, G. (2022). Leonard Diller and Yehuda Ben-Yishay's Contributions to Neuropsychological Rehabilitation: A Commentary with Personal Reflections. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 37(3), 722-727.
- Rahman, S., Griffin, H. J., Quinn, N. P. y Jahanshahi, M. (2008). The factors that induce or overcome freezing of gait in Parkinson's disease. *Behavioural Neurology*, 19(3), 127-136.
- Robottom, B.J., Gruber-Baldini, A.L., Anderson, K.E., Reich, S.G., Fishman, P.S., Weiner, W.J. y Schulman, L.M. (2012). What determines resilience in patients with Parkinson's disease? *Parkinsonism and Related Disorders*, 18, 174-177.
- Schmand, B. y Tröster, A. I. (2015). Earliest cognitive changes and mild cognitive impairment in Parkinson's disease. In A.I Tröster (Ed.) *Clinical Neuropsychology and Cognitive Neurology of Parkinson's Disease and Other Movement Disorders*, (pp. 205-238). Oxford University Press, New York, NY.
- Shulman, L. M. (2010). Understanding disability in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 25(S1), S131-S135.
- Southwick, S. M. y Charney, D. S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, 338(6103), 79-82.
- Su, W., Liu, H., Jiang, Y., Li, S., Jin, Y., Yan, C. y Chen, H. (2021). Correlation between depression and quality of life in patients with Parkinson's disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 202, 106523.
- Tröster, A. I. (2015). *Clinical neuropsychology and cognitive neurology of Parkinson's disease and other movement disorders*. Oxford University Press, New York, NY.
- Vaillant, G.E. (2003). *Aging Well*, Little, Brown & Company, Boston, MA.
- van der Hoek, T.C., Bus, B.A.A., Matui, P., van der Marck, M., Esselink, R.A. y Tendolkar, I. (2011). Prevalence of depression in Parkinson's disease: Effects of disease stage, motor subtype, and gender. *Journal of the Neurological Sciences*, 310, 220-224.
- Weintraub, D., Moberg, P.J., Duda, J.E., Katz, I.R. y Stern, M.B. (2004). Effect of psychiatric and other nonmotor symptoms on disability in Parkinson's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 784-788.
- Yamanishi, T., Tachibana, H., Oguru, M., Matsui, K., Toda, K., Okuda, B. y Oka, N. (2013). Anxiety and depression in patients with Parkinson's disease. *Internal Medicine*, 52, 539-545.