

PARKINSONIANOS: LA CARA HUMANA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Dr. Alfredo R. del Alamo
Fundación SPF de Neurociencias, SLC.
Email: alfredodelalamo@hotmail.com

La enfermedad de Parkinson en la segunda patología neurodegenerativa en importancia, tanto en España como en el mundo, después de la enfermedad de Alzheimer. En este artículo no trataremos los aspectos fisiopatológicos, semiológicos ó anatomicos, ni el tratamiento farmacológico de la enfermedad como entidad morbosa, sino que nos centraremos directamente en las personas afectadas. Aclaremos nueve cuestiones referentes a los aspectos humanos de los pacientes con Parkinson: los parkinsonianos.

1. INTRODUCCIÓN: PERSONAS FAMOSAS CON PARKINSON

La enfermedad de Parkinson (EP) no distingue estatus social o moral. Lo padecen tanto los pobres como los ricos, los profesores universitarios como los iletrados, los criminales como los santos.

Ha afectado en el pasado o en la actualidad a personalidades relevantes tales como Juan Pablo II (líder religioso), Michael J. Fox (actor), Francisco Franco (político militar), Salvador Dalí (pintor), Arthur Koestler (escritor), Adolf Hitler (político militar), Muhammad Ali-Clasius Clay (boxeador), Henry Head (médico neurólogo), Richard Dunn (astrofísico), Jack Dempsey (derportista), Yasir Arafat (político militar), Igor Mitzsovich (ballet), Mao Tse Tung (político)...

2. LA PERSONALIDAD DEL PARKINSONIANO

Desde hace años se cuestiona si la EP afecta más a un tipo especial de personalidad en concreto.

Entre los afectados de Parkinson algunos autores han creído ver más representados unos rasgos de personalidad tales como la seriedad, la honestidad, la autoexigencia, la socialización, la dependencia del grupo (sea la familia, una iglesia, el Estado), el detallismo, la meticulosidad, la laboriosidad, la aceptación de norma y leyes, la moral rígida, el sentido común, el conservadurismo, una vida sexual convencional y monogámica, la responsabilidad, el antihedonismo (bajo disfrute lúdico y espontáneo de la vida)...

Sin embargo se discute si estos rasgos son primarios y preexisten en el sujeto sano antes de desarrollar la EP, o si bien es que la alteración dopaminérgica (propia del Parkinson) de los lóbulos frontales y otras áreas cerebrales mesocorticales son los que generan secundariamente estos rasgos de personalidad en la persona ya enferma.

Por la razón que sea, lo que sí es cierto es que los enfermos de Parkinson son "buenos pacientes" para sus médicos, quienes les aprecian y valoran también como "buenas personas".

Como dato sobre los trastornos de personalidad que se detectan clínicamente en los parkinsonianos, podemos aportar los hallazgos de una investigación dirigida por el autor en el 2002. Encontramos que el 59% de los pacientes con EP en los estadios medios de la enfermedad, mostraban un trastorno de personalidad tipo Obsesivocompulsivo, Paranoide o Apático (TPNE), mostrando la mitad de ellos síntomas en intensidad leve-moderada y la otra mitad en intensidad intensa-grave.

3. LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DEL PARKINSON

Los parkinsonianos no sólo padecen los trastornos neurológicos motores propios del déficit de dopamina en los Ganglios Basales (temblor, rigidez muscular, bradicinesia, alteraciones del

equilibrio y reflejos). Asimismo se detectan en repetidas investigaciones la existencia de múltiples trastornos psicológicos, que pueden ser más deteriorantes para la calidad de vida del afectado y de su familia, que los propiamente motores.

A continuación reseñamos en las TABLAS 1 y 2, una síntesis de aquellos trastornos psicopatológicos que encontramos en el trabajo anteriormente citado del año 2002, usando como instrumento diagnóstico la Entrevista Estructurada SCID-I VC de la DSM IV:

TABLA 1- Comorbilidad: Porcentaje de pacientes que obtuvieron diagnóstico positivo en ninguna, una, dos, tres o cuatro categorías diagnósticas.

Sin diagnóstico, 26 %
1 diagnóstico, 14 %
2 diagnósticos, 34 %
3 diagnósticos, 24 %
4 diagnósticos, 4 %

TABLA 2- Prevalencia puntual: porcentaje de pacientes que obtuvieron un diagnóstico clínico positivo.

Depresión mayor, 21%	Deseo sexual hipo, 31%
Distimia y TrA-dep, 45%	Tr Erección, varón, 51%
Tr Animo iatrogénico, 7%	Dispareunia, hembras, 36%
Tr Bipolar II, 3%	Tr eyaculación, varón, 45%
Tr Angustia-pánico, 10%	TSI, hipersexualidad, 9%
Ansiedad generalizada, 17%	Insomnio, 48%
Tr Ansiedad iatrogén, 5%	Narcolepsia, 2%
Fobia específica, 10%	Tr por pesadillas, 19%
Fobia social, 14%	Tr control impulsos, 15%
Tr obsesivo-comp, 10%	Psicosis inducida, 12%
Hipocondría, 19%	Demencia tipo EA, 7%
Tr dismórfico, 5%	Demencia subcortical, 31%
Tr. Somatomorfo, 7%	Problemas relación, 19%
Tr dolor asociado, 24%	

4. EL PARKINSON NO ES UNA ENFERMEDAD MODERNA

Ni mucho menos. Ya hay descripciones muy antiguas, incluso en el Rig-Veda y la Biblia, que parecen responder a parkinsonianos con EP.

Científicamente fue descrita magistralmente por primera vez por el doctor inglés James Parkinson en 1817. Exactamente describe los mismos signos que observamos hoy día. El Dr. Parkinson llamó a esta enfermedad "parálisis agitante", recalcando los dos síntomas principales como trastorno del movimiento: la rigidez (parálisis) y el temblor (agitación). Recomendamos vivamente la lectura del libro original de J. Parkinson.

5. LOS PARKINSONIANOS NO SÓLO SON ANCIANOS

La EP puede afectar a personas de cualquier edad. Sin embargo, sí es cierto que hay un mayor número de afectados cuanto más anciana es la población, sobre todo a partir de los 65 años. En la Comunidad de Madrid, el 77% de los parkinsonianos pertenecen a la tercera edad.

Los afectados de Parkinson de Inicio Temprano (EPIT), o sea aquellos cuya edad es inferior a los 50 años, representan el 20% del total de EP. Incluso existe una forma juvenil de la enfermedad (menores de 25 años) que casi llega a incluir el 5% de los afectados por Parkinson.

Es un mito erróneo creer que la EP es exclusivamente una “enfermedad de viejos”. Y esta falsedad hace sufrir mucho a los afectados más jóvenes, porque sienten intensa vergüenza social, y rechazan en alto grado el hecho de padecer un trastorno que no entienden bien como les puede pasar si no son tan mayores.

6. QUIENES SON LOS PARKINSONIANOS COMO GRUPO SOCIAL

Respecto al sexo, en España casi afecta por igual a varones que a mujeres, aunque éstas muestran ser ligeramente menos propensas a padecer Parkinson: 55% varones y 45% hembras. Algún estudio relacionado con este tema indica que los estrógenos femeninos protegerían a las células de la mujer de la degeneración y muerte. Este fenómeno también se detecta en la enfermedad de Alzheimer y en los infartos de miocardio.

Las estadísticas reflejan que el Parkinson es un poco más frecuente en pueblos que en ciudades. Quizás ello se debe a que los habitantes rurales están más expuestos a neurotóxicos ambientales (plaguicidas, fertilizantes), o porque la tendencia endogámica rural (casarse los habitantes de un mismo pueblo entre sí antes que con gente de fuera) refuerza las taras genéticas y aumenta la probabilidad de padecer Parkinson.

Como curiosidad la EP aparece menos frecuentemente en grandes fumadores que en no-fumadores. Existe hoy día una cierta polémica sobre las razones de éste dato: unos investigadores aducen que la nicotina es neuroprotector por aumento de los factores tróficos, otros científicos que por ser antioxidante... En cualquier caso, el alto riesgo de padecer cáncer de laringe o de pulmón hace inviable recomendar a la población general que fume mucho para protegerse de un Parkinson futuro.

7. EL PARKINSON NO ES RACISTA

La enfermedad de Parkinson se ha encontrado en todas las razas y continentes. Parece algo más frecuente en blancos que en asiáticos o que en subsaharianos. Pero puede ser que este hecho responde, sencillamente, a una mayor sensibilidad de diagnóstico temprano en Euro-América que en otras partes del mundo, razón por lo que se detecta mas fácilmente la enfermedad. Además la mayor esperanza de vida de los europeos (la población envejece) favorece un mayor número de pacientes que llegan a desarrollar Parkinson ligado a la tercera edad.

8. LOS PARKINSONIANOS EN CIFRAS

Aunque varían un poco las cifras según autores, podríamos afirmar que en general afecta al 0'25% de toda la población, y al 1'7% de la tercera edad.

En España cerca de 90.000 personas están diagnosticadas de enfermedad de Parkinson. Sin embargo, se estima que la cifra real puede rondar los 110.000 afectados, ya que un cierto número de personas, por ejemplo en residencias o con síntomas leves, se encuentra aún sin recibir un diagnóstico preciso y formal por parte de un neurólogo.

El número de pacientes de Parkinson que pertenecen a una asociación es bajo: en toda España no supera los 5.000 socios, menos del 5%. Este dato no es raro en España, donde el asociacionismo de los pacientes de cualquier enfermedad no suele superar mucho el 3%.

En Madrid se tendría unos 10.000 afectados, de los cuales no llega a 900 los socios integrados en la Asociación Parkinson Madrid, lo cual representa un 8% de la población parkinsoniana madrileña.

9. Y YA POR ÚLTIMO, UN POCO DE CIENCIA: ¿CÓMO SE LLEGA A SER PARKINSONIANO?

Esta última cuestión remite a la polémica pregunta: ¿la causa de la EP es por un factor tóxico externo ambiental, o es por un factor genético interno?.

En realidad las causas de la EP son múltiples, con frecuencia concurrentes, y aún no bien conocidas: genéticas, apoptosis, oxidación neuronal, ingestas de tóxicos externos, infecciosas, traumáticas, cerebrovasculares, farmacológicas, altas concentraciones cerebrales de hierro (siderosis), etc.

En algunos estudios se ha detectado que la EP es más frecuente entre bebedores de pozos que de agua de río. Una posible explicación a este hecho radicaría en que el agua de pozos concentra metales y sustancias solubles tóxicas para el cerebro.

En afinidad con el argumento anterior, el Parkinson resulta ser algo más frecuente en profesiones que trabajan directamente con elementos potencialmente tóxicos (manganeso, cobre, CO, metanol, pesticidas, herbicidas, otros organofosforados). Por ejemplo en los USA el Parkinson está reconocido como enfermedad profesional entre los bomberos debido a la frecuente inhalación de humos y vapores tóxicos de incendios.

Asimismo se han encontrado síndromes parkinsonianos en toxicómanos. Son ya clásicos los estudios hace 15 años sobre drogadictos que se habían inyectado una sustancia de fabricación casera, llamada meperidina (MPTP) que afecta a los ganglios basales del cerebro provocando intensa rigidez y temblores. Mas tarde se comprobó en laboratorios que la MPTP producía también los síntomas del Parkinson inyectado a monos.

Sin embargo no se debe subestimar la contribución de los factores genéticos. Ya se han identificado nueve genes (conocidos como Park1 a Park9) que son relevantes como agentes causales, sobre todo, en las formas familiares y más tempranas del Parkinson. Pero en general se acepta que los genes condicionan una "vulnerabilidad neurológica" dopaminérgica que predispone a un individuo a padecer Parkinson si concurren algunas otros elementos, pero que no llegan a provocar directa e irremediablemente la EP. Por ello es una enfermedad esporádica, es decir que se da por casos aislados dentro de una familia.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA EN CASTELLANO

- 1- Agiz J. Consideraciones sobre la enfermedad de Parkinson desde la atención primaria. PM, 2002 (2); 4: 6-8.
- 2- Alberca R, González R, Ochoa JJ. Diagnóstico y tratamiento de la EP. Madrid: Ergón; 1996.
- 3- Bayés A. Tratamiento integral de la persona afectada por la enfermedad de Parkinson. Barcelona: Fundació Institut Guttmann; 2000.
- 4- Bayés A y Linazasoro G. Vivir con la enfermedad de Parkinson. Madrid: Meditor; 1994.
- 5- Bayés A y otros. La enfermedad de Parkinson, cuidando al cuidador. Barcelona: Acción Médica; 2003.
- 6- Catalán MJ. Aclarando mitos y prejuicios sobre la enfermedad de Parkinson. PM, 2002 (2); 4: 4-5.
- 7- Díaz E. Recursos sociales para los enfermos de Parkinson. PM, 2003 (2); 9: 17-21.
- 8- González R. El extraño caso del Dr. Parkinson. Granada: GEU; 1997.
- 9- Iriarte LM, Cuartero E. Epidemiología de la enfermedad de Parkinson. FEP, 2000; 6: 1-4.
- 10- Lawson J. Síntomas de la enfermedad de Parkinson. PM, 2003 (2); 4-6.
- 11- Micheli F, Scorticati M. Convivir con la enfermedad de Parkinson. Madrid: Médica Panameña; 2000.

- 12- Pondal M, del Ser T, Bermejo FP. Tratado sobre la enfermedad de Parkinson. Madrid: Luzán; 1997.
- 13- Rodríguez del Alamo A. Situación actual de la enfermedad de Parkinson. Asistencia y cuidado del paciente de Parkinson. Madrid: Témpora; 2002.
- 14- Rodríguez del Alamo A. La enfermedad de Parkinson. Utopía (revista informática) 2002, 9; 23 screens. Disponible en URL: portalsolidario.net/revista/MJ02/colabora1.php3.
- 15- Rodríguez del Alamo A, Vicario A, de Benito F, Donate S. Trastornos mentales en la enfermedad de Parkinson (Parte 1 y 2). Psiquiatría, 2003; 2 (7).
- 16- Rodríguez del Alamo A, de Benito F. Síntomas emocionales en la enfermedad de Parkinson. PM, 2003 (2): 8-11.
- 17- Rodríguez del Alamo A, Reyero J. Atención primaria en la enfermedad de Parkinson. PM, 2003 (4); 10: 9-12.
- 18- Rodríguez del Alamo A, Rives Ch. Calidad de vida para el paciente de Parkinson. PM, 2002 (4); 6: 21-23.
- 19- Rodríguez del Alamo A, de Benito F, Donate S. Neuropsicología de la enfermedad de Parkinson. Psicología-online (página web) 2002 (Octubre); 20 screens. Disponible en URL: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/parkmadrid/neuropsicologia.shtml>
- 20- Roldán MD. Características de personalidad en la enfermedad de Parkinson (Tesis de licenciatura). Granada: Facultad de Medicina de Granada; 1996.
- 21- Tolosa E, Bayes A. La enfermedad de Parkinson, orientaciones para una vida activa. Barcelona: Sandoz Pharma.
- 22- Vergara A. Investigación europea sobre los pacientes de Parkinson. PM, 2002; 3: 10-1.