



MÓDULO 1. UNIDAD 2.
**ATENCIÓN SANITARIA Y
SOCIAL**



Co-funded by
the European Union

DESCRIPCIÓN GENERAL

Aunque no existe cura conocida, los tratamientos actuales pueden mejorar los síntomas de forma significativa. Antes de iniciar el tratamiento, debe revisarse el historial de medicación del paciente y los agentes que pueden empeorar o exacerbar el parkinsonismo. El objetivo principal de la terapia sigue siendo, hasta la fecha, el

mejor control posible de los síntomas, tanto motores como no motores, al tiempo que se minimizan los efectos secundarios; además, el enfoque del tratamiento varía en las distintas fases de la enfermedad, teniendo en cuenta no sólo el estadio de la enfermedad, sino también la edad y las necesidades del paciente.

CONTENIDO

En este módulo veremos:

1. Tratamiento farmacológico
2. Tratamiento quirúrgico
3. Tratamiento no farmacológico (terapias terapéuticas y rehabilitadoras)

OBJETIVOS

Los objetivos de esta unidad didáctica son:

- Conocer los principales medicamentos usados para tratar los síntomas de la enfermedad, así como los tratamientos de segunda línea.
- Explicar los diferentes procedimientos quirúrgicos existentes.
- Desarrollar las diversas terapias rehabilitadoras, sus principales objetivos y beneficios.

1. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Parkinson

Los primeros síntomas de la enfermedad están causados por la desaparición progresiva de las células nerviosas que sintetizan la dopamina, los principales enfoques terapéuticos actualmente en uso están dirigidos a corregir la deficiencia de dopamina.

Algunos fármacos restauran los niveles de dopamina induciéndola desde el exterior en forma de L-dopa (un precursor de la dopamina), otros estimulan los receptores postsinápticos de dopamina (agonistas dopaminérgicos), otros promueven la liberación de dopamina a partir de las fibras nerviosas supervivientes (amantadina) o inhiben su degradación (inhibidores de la monoamino oxidasa de tipo B e inhibidores de la catecol-o-metiltransferasa).

1.1 Levodopa

El pilar del tratamiento es la levodopa. Es la terapia más eficaz para la bradicinesia y la rigidez y es la primera línea en pacientes de edad avanzada. Los efectos adversos, como las náuseas, la hipotensión ortostática, la confusión y las alucinaciones, suelen ser más leves que con otros tratamientos de la EP, lo que la convierte en una opción atractiva para las personas mayores, especialmente para aquellas con deterioro cognitivo.



En general, se necesita una dosis menor en los pacientes de más edad. Una dosis inicial segura es de 50 mg dos o tres veces al día, espaciadas cada 4-6 h durante las horas de vigilia. La dosis puede aumentarse lentamente a lo largo de 1-2 semanas hasta que se consiga una buena respuesta clínica o los efectos adversos se vuelvan limitantes.

La levodopa se administra siempre con un inhibidor de la dopa-decarboxilasa periférica (carbidopa o benserazida) para reducir la descomposición periférica de la levodopa en dopamina. Esto minimiza los efectos adversos dopaminérgicos periféricos, como las náuseas y la hipotensión ortostática, y optimiza la administración del fármaco en el cerebro.

Ha habido mucho debate sobre el uso precoz de la levodopa. En los pacientes más jóvenes, que padecerán la enfermedad durante muchos años y tienen más probabilidades de desarrollar complicaciones a largo plazo, ha habido una tendencia a retrasarla.

La administración de levodopa con una comida baja en proteínas o con el estómago vacío, si se tolera, puede mejorar la absorción. Una dosificación más pequeña y frecuente también puede ayudar.

1.2 Tratamiento de las fluctuaciones motoras

Varias estrategias pueden reducir las fluctuaciones motoras en pacientes con EP.

Optimizar la cantidad de levodopa administrada al cerebro es el enfoque principal y puede conseguirse aumentando la dosis de levodopa, ajustando el momento de la administración y/o añadiendo agentes adyuvantes.

Se ha demostrado que los agentes adyuvantes como los agonistas dopaminérgicos, los inhibidores de la catecol-o-metiltransferasa (COMT) y los inhibidores de la monoamino oxidasa-B (MAO-B) mejoran las fluctuaciones.

1.3 Agonistas de la dopamina

Son fármacos que estimulan directamente los receptores dopaminérgicos; por lo tanto, no tienen que convertirse en dopamina para ser eficaces. Se dividen en ergolínicos y no ergolínicos.

Suelen ser menos eficaces que la L-dopa, pero provocan menos complicaciones a largo plazo, como las discinesias; a menudo se utilizan en las fases iniciales y más adelante, en combinación con la L-dopa, permiten utilizarla a dosis reducidas.

La eficacia y la tolerabilidad varían mucho de un paciente a otro y el cambio a otro agonista dopaminérgico está indicado en casos de ineficacia o mala tolerabilidad.

Los efectos secundarios son similares a los de la L-dopa, pero hay una mayor incidencia de complicaciones psiquiátricas e hipotensión; una minoría de casos de alteración del control de los impulsos (ludopatía, compras compulsivas, aumento de la libido), especialmente a dosis altas, puede revertirse reduciendo o interrumpiendo el tratamiento.

Recientemente se ha comercializado un agonista dopaminérgico que puede administrarse como parche transdérmico de aplicación diaria

1.4 Inhibidores de la COMT

Los inhibidores de la COMT bloquean periféricamente el metabolismo de la levodopa por la vía de la COMT. Cuando se administran con levodopa prolongan su duración de acción.

Los inhibidores de la COMT son una alternativa a los agonistas dopaminérgicos cuando se necesita un tratamiento complementario.

Sus efectos adversos son relativamente benignos, siendo los más frecuentes la diarrea, pero pueden potenciar los efectos adversos de la levodopa, como náuseas, confusión y discinesias.

1.5 Inhibidores de la MAO-B

Levodopa al bloquear el metabolismo de la dopamina a nivel central.

En las fases iniciales de la enfermedad, pueden utilizarse como monoterapia para controlar los síntomas leves; sin embargo, es más frecuente combinarlos con levodopa o agonistas dopaminérgicos como tratamiento complementario.

Los inhibidores de la MAO-B se toleran bien, pero se han descrito efectos anticolinérgicos leves y pueden exacerbar los efectos adversos de la levodopa.

1.6 Anticolinérgicos

Todos los medicamentos que se han analizado hasta ahora están diseñados para aumentar la actividad dopaminérgica en el cuerpo estriado. Hay un pequeño número de fármacos utilizados en el tratamiento de la EP que actúan a través de mecanismos no dopaminérgicos.

Una de estas clases de fármacos son los anticolinérgicos. Éstos reducen la actividad del neurotransmisor acetilcolina, actuando como antagonistas de los receptores colinérgicos. Aunque su papel es limitado y ahora se recetan con poca frecuencia, pueden ofrecer algún beneficio en la mejora de la rigidez y el temblor en la EP.

Los fármacos anticolinérgicos desempeñan un papel más importante en la EP con temblor predominante, en la que pueden utilizarse como monoterapia en las primeras fases. Sin embargo, cuando se utilizan anticolinérgicos, suelen hacerse en combinación con levodopa y los otros medicamentos mencionados.

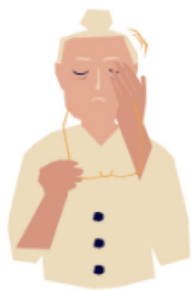
Generalmente se evitan en pacientes ancianos o con problemas cognitivos, debido a un mayor riesgo de confusión con esta clase de fármacos. Algunos ejemplos de anticolinérgicos son la benzotropina, la orfenadrina, la prociclidina y el trihexifenidilo (Benzhexol).

1.7 Amantadina

Inicialmente, la amantadina (Symmetrel) se desarrolló como medicamento antiviral para tratar la gripe, pero posteriormente se ha utilizado para el tratamiento de la EP. Puede utilizarse para el tratamiento de la rigidez, el temblor de reposo y, en ocasiones, la fatiga, y puede ofrecer una mejora efímera de los síntomas.

También puede permitir el uso de una dosis más baja de levodopa, lo que reduce el riesgo de dis-

cinesia. Debe tenerse en cuenta que las pruebas sobre el uso de la amantadina para controlar los síntomas de la EP son limitadas, y una revisión Cochrane de 2003 concluyó que no había pruebas suficientes para recomendar su uso en la EP.



Es importante señalar que el tratamiento farmacológico de la enfermedad de Parkinson es muy individualizado. Los medicamentos específicos prescritos, las dosis y las combinaciones dependen de factores como los síntomas de la persona, el estadio de la enfermedad, la edad, el estado general de salud y la presencia de otras afecciones médicas.

El seguimiento regular con un neurólogo o especialista en trastornos del movimiento es crucial para controlar la eficacia de los medicamentos, ajustar las dosis según sea necesario y gestionar cualquier efecto secundario o complicación.

1.8 Esquema

Medicamento	Ventajas	Desventaja
Levodopa (l-dopa) + inhibidor de la dopa descarboxilasa	<ul style="list-style-type: none"> • Probablemente el fármaco dopaminérgico más potente para el alivio de los síntomas • Generalmente bien tolerado 	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones motrices (riesgo acumulado 10% anual)
Inhibidores de la catecol-O-metil-transferasa, por ejemplo, entacapona, tolcapona.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la semivida de la levodopa • Reducir el tiempo "off" 	<ul style="list-style-type: none"> • La tolcapona puede causar lesiones hepáticas. • Diarrea
-Agonistas dopaminérgicos del cornezuelo de centeno (por ejemplo, bromocriptina, pergolida, cabergolina) -Agonistas dopaminérgicos distintos del cornezuelo de centeno (por ejemplo, pramipexol, ropinirol, rotigotina)	<ul style="list-style-type: none"> • Buena eficacia • Retraso de la aparición de complicaciones motoras • Generalmente bien tolerado • Preparados de un solo uso al día disponibles con algunos • Parche transdérmico para la rotigotina • Acción neuroprotectora teórica • Cierta acción antidepresiva con el pramipexol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del riesgo de somnolencia, confusión, alucinaciones, edema periférico y alteraciones del comportamiento • Fibrosis de la válvula cardíaca con medicamentos derivados del cornezuelo del centeno
Inhibidor de la monoaminoxidasa B; selegilina; rasagilina	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora las características motoras en la enfermedad temprana y tardía • Fácil de usar, una vez al día • Bien tolerado • Efecto neuroprotector teórico 	<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia relativamente leve • La selegilina se metaboliza en amfetaminas • Posibles efectos cognitivos
Amantadina	<ul style="list-style-type: none"> • Efecto antiparkinsoniano leve • Mejora las discinesias 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones cognitivas • Edema periférico • Livedo reticularis
Anticolinérgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Efecto antiparkinsoniano leve 	Limitado por efectos secundarios como la confusión

Schapira, A. H., Bezard, E., Brotchie, J., Calon, F., Collingridge, G. L., Ferger, B., ... & Davidai, G. (2006). Nuevas dianas farmacológicas para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. *Nature reviews Drug discovery*, 5(10), 845-854.

1.9 Terapias de segunda línea

La apomorfina es un agonista dopaminérgico (DA) no enérgico del grupo de la aporfina, que se sintetiza a partir de la morfina, pero sin las propiedades narcóticas, analgésicas o adictivas de ésta; se encuentra de forma natural como alcaloide en los nenúfares.

Se utiliza la vía subcutánea por su elevada biodisponibilidad (comparable a la vía intravenosa, pero sin el riesgo de cristalización y trombosis inherente a esta última). La apomorfina actúa en los receptores dopaminérgicos, siendo su afinidad tan fuerte como la de la levodopa.

La apomorfina está indicada en cualquier paciente con EP con fluctuaciones motoras y no motoras no controladas por el tratamiento oral convencional. Su efecto clínico es superponible al del LD, pero con un inicio de acción más rápido y predecible. Existen dos modos de administración: 1) inyección subcutánea en "pluma" (pen), 2) perfusión subcutánea continua de apomorfina (CSAP).

Recientemente, tras los resultados de un ensayo clínico, la FDA ha aprobado el uso de la apomorfina sublingual en una indicación similar a la inyección subcutánea.

La perfusión intestinal continua de levodopa/carbidopa (PICLC) consiste en una suspensión acuosa de levodopa (LD) (20 mg/mL) y carbidopa (5 mg/mL) en un gel de carboximetilcelulosa (**Duodopa®**), que se administra de forma continua directamente en el duodeno distal/yeyuno proximal.

La bomba se programa para permitir la dosificación individual, manteniendo la perfusión, por lo general, durante unas 16 horas al día.

El PICLC es una terapia indicada para pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) avanzada que presentan fluctuaciones motoras que no responden a la medicación oral convencional.

2. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Parkinson

El tratamiento quirúrgico puede considerarse para las personas con enfermedad de Parkinson que presentan síntomas motores graves que no se controlan adecuadamente con medicación o que experimentan efectos secundarios significativos relacionados con la medicación.

Los principales procedimientos quirúrgicos utilizados en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson son la estimulación cerebral profunda (ECP) y, con menor frecuencia, los procedimientos ablativos.

2.1 Estimulación cerebral profunda (ECP)

La ECP es un procedimiento quirúrgico muy utilizado en la enfermedad de Parkinson. Consiste en implantar electrodos en zonas específicas del cerebro, normalmente el núcleo subtalámico (NST) o el globo pálido interno (GPI).

Estos electrodos se conectan a un generador de impulsos, como un marcapasos, que suele implantarse bajo la piel, cerca de la clavícula. El dispositivo suministra impulsos eléctricos que modulan la actividad cerebral anormal asociada a la enfermedad de Parkinson, ayudando a aliviar los síntomas motores.

Tras una minuciosa evaluación prequirúrgica (descrita anteriormente), el tratamiento con ECP requiere una compleja toma de decisiones para seleccionar el mejor método quirúrgico, el

objetivo cerebral, el hardware, las técnicas de programación y la gestión de las complicaciones para un paciente determinado. Un equipo multidisciplinar es el más indicado para un tratamiento satisfactorio a largo plazo.

Numerosos estudios han demostrado la eficacia de la ECP para mejorar los síntomas motores en pacientes tratados con levodopa (LD) que presentan fluctuaciones motoras y discinesias. La cirugía debe considerarse en cualquier paciente con EP idiopática y mal control de los síntomas motores (temblor, fluctuaciones motoras y/o discinesias) a pesar del mejor tratamiento farmacológico, siempre que no tengan otros problemas de salud que planteen un balance beneficio-riesgo inaceptable.

La ECP no es una cura para la enfermedad de Parkinson, ni detiene la progresión de la enfermedad, pero muchos pacientes experimentan una reducción significativa de sus síntomas tras la cirugía.

Más recientemente, ha aumentado el interés por el uso de talamotomías con ultrasonidos focalizados (FUS) para el temblor, ya que no requieren craneotomía ni penetración física en el cerebro.

El éxito de la talamotomía FUS para el temblor esencial ha llevado a los investigadores a tratar a pacientes con EP dominante por temblor altamente seleccionados con talamotomía FUS cuando el temblor es incapacitante y subtalamotomía FUS cuando hay una presentación asimétrica de la enfermedad.

Aunque actualmente existen tratamientos médicos y quirúrgicos muy eficaces para los síntomas motores de la EP, los pacientes siguen padeciendo esta enfermedad debilitante y progresiva.

La investigación futura es necesaria para comprender el proceso subyacente de la enfermedad y así tratar mejor el trastorno, en lugar de reducir síntomas motores muy específicos.

Aunque las nuevas técnicas, el diagnóstico por imagen y la medicación han sido capaces de suprimir ciertos aspectos de este trastorno motor, el objetivo sigue siendo conseguir tratamientos que modifiquen o reviertan la enfermedad.

3. Tratamientos no farmacológicos

3.1 Fisioterapia y ejercicio

La fisioterapia ayuda a rehabilitar la marcha, superar bloqueos, facilitar cambios posturales, mantener la amplitud de movimiento y la elasticidad muscular, y reducir las molestias físicas de otros síntomas que aparecen durante el curso de la enfermedad.

Objetivos generales

Mejorar la calidad de vida de la persona afectada, intentando frenar la progresión de la enfermedad minimizando el impacto de la evolución natural de los síntomas en su entorno laboral, social y familiar.

Objetivos específicos

Articular

- Mantener o aumentar la amplitud articular.
- Preservar o favorecer la amplitud de movimiento articular.
- Prevenir o evitar la rigidez o deformidad articular.
- Prevenir o evitar la anquilosis articular.

Muscular

- Conservar o aumentar el tono muscular.
- Estirar los músculos acortados.
- Tonificar los músculos débiles.
- Conservar o aumentar la fuerza muscular.

- Prevenir o evitar contracturas.
- Relajar los músculos hipertónicos.
- Conservar o aumentar la motricidad fina.
- Prevenir la sarcopenia.

Marcha, transferencias e independencia

- Normalizar el patrón de la marcha con el uso de estrategias (trabajar la base de sustentación, la longitud y amplitud del paso, las fases de apoyo y balanceo, la facilitación de los giros, los bloqueos de la marcha).
- Reeducar o enseñar las transferencias básicas (transición de decúbito supino a sentado, de sentado a de pie y viceversa, girar y moverse en la cama, levantarse del suelo o de la posición de rodillas). ANEXO
- Preservar, aumentar o restablecer la capacidad funcional.
- Mantener, fomentar o aumentar la independencia.

Equilibrio, coordinación y postura

- Frenar la alteración del equilibrio estático y dinámico, integrando la lateralidad.
- Facilitar las reacciones posturales, de enderezamiento y de equilibrio.
- Trabajar la coordinación.
- Ralentizar la progresión de los síntomas de alteración postural evitando la aparición de deformidad articular (anteriorización y flexión lateral, entre otras).
- Facilitar el control, la conciencia corporal y la estabilidad postural.

Dolor, capacidad funcional e independencia

- Aliviar los síntomas dolorosos.
- Ralentizar el deterioro y la alteración de la función y la capacidad cardiorrespiratorias.
- Conservar, aumentar o restablecer la capacidad funcional.
- Mantener, fomentar o aumentar la independencia.
- Fomentar el interés por la actividad física, reduciendo los efectos adversos de la inactividad.
- Fomentar la autoestima.

3.1.1 Técnicas generales en función de los objetivos propuestos

Articular

- Cinesiterapia: activa-asistida, activa-asistida o pasiva (según el estadio) de miembros superiores, miembros inferiores y columna vertebral.
- Sin elementos.
- Con elementos (picas, aros, pelotas de diferentes tamaños, pesos o gomas elásticas).
- Mecanoterapia.
- Terapia de suspensión.
- Terapia de poleas.

Muscular

- Cinesiterapia: activa-asistida, activa-asistida o pasiva (según el estadio) de miembros superiores, miembros inferiores y columna vertebral.
- Sin elementos.
- Con elementos (picas, aros, pelotas de diferentes tamaños, pesos o gomas elásticas).
- Facilitación neuromuscular propioceptiva: Diagonales de Kabat.
- Estiramientos miotendinosos.

Coordinación

- Ejercicios de coordinación:
- Manual, bimanual, óculo-manual.
- En estático y dinámico y con el concepto Dual Task.
- Ejercicios de motricidad fina.

Postural

- Reeducción postural: con y sin espejo de reeducación.
- Técnicas de flexibilización y elongación para músculos acortados.
- Entrenamiento en higiene postural.
- Disociación de la cintura pélvico-escapular.

Equilibrio

- Ejercicios de equilibrio estático y dinámico.
- Con variación de la base de sustentación.
- Con y sin refuerzo sensorial (visual, sonoro o táctil).
- Trabajar sobre superficies inestables.
- Ejercicios propioceptivos.

Transferencia

- Reeducción de las transferencias básicas.
- Ejercicios para estimular las reacciones posturales, el enderezamiento y la protección contra caídas.
- Ejercicios para facilitar los cambios posturales.

Marcha

- Reeducción de la longitud y la altura de la marcha:
- Con y sin estímulo sonoro.
- Con y sin estímulo visual.
- Reeducción de apoyo.
- Circuito de la marcha.
- Sin obstáculos.
- Con obstáculos horizontales y verticales.
- Practica diferentes tipos de marcha.
- Con y sin paralelas.
- Reeducción de la marcha sobre diferentes superficies.
- Reeducción de los giros.
- Formación en el uso de ayudas técnicas para la marcha:
- Bastón
- Muleta
- Andador

Dolor

- Técnicas de masoterapia.
- Electroterapia.
- Termoterapia y crioterapia.
- Vendaje neuromuscular

3.1.2 Complicaciones que pueden tratarse con fisioterapia.

Gastrointestinal

- Terapia de masaje
- Fomento de la práctica de actividad física
- Pauta de ejercicio

Respiratorio

- Técnicas de expansión costal
- Técnicas de respiración diafragmática
- Ejercicios para aumentar los volúmenes respiratorios
- Reeducación de la tos
- Técnicas de depuración mucociliar

Estado de ánimo

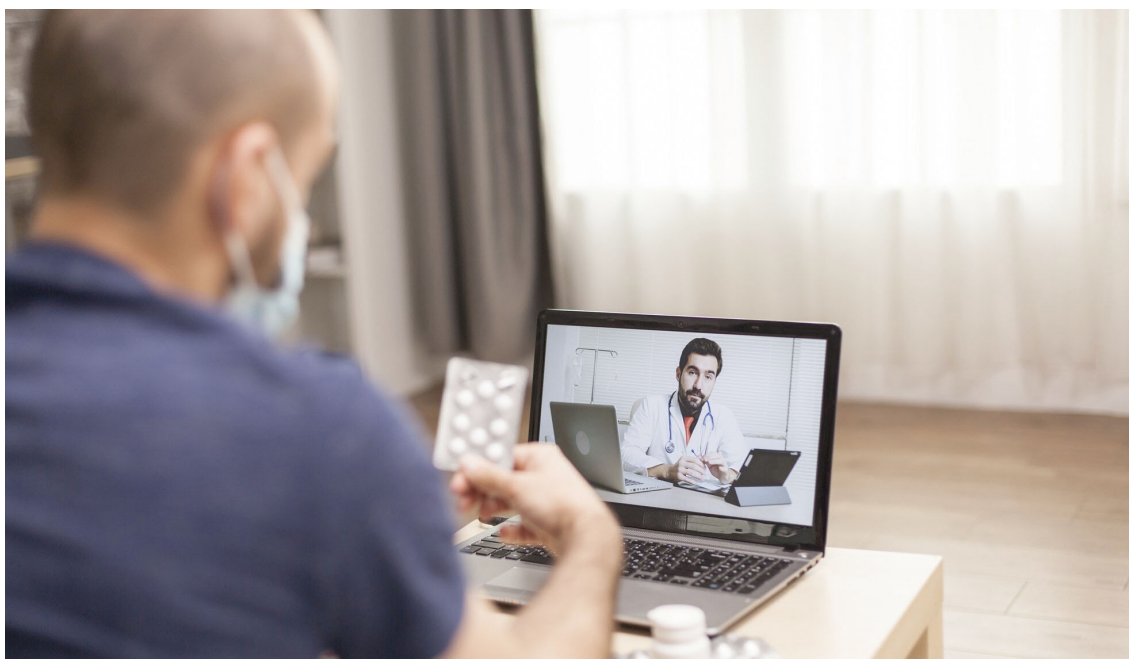
- Técnicas de relajación
- Fomento de la actividad física
- Pauta de ejercicio

3.1.3 Terapia en línea

muchos aspectos tras el estallido de la pandemia por COVID-19, dando lugar a un recurso óptimo para facilitar el acceso y globalizar la atención a colectivos más allá de su ubicación con respecto a nuestro centro de trabajo.

Para la inclusión de la persona con enfermedad de Parkinson en el servicio de terapia online por parte del área de fisioterapia, se deben tener en cuenta aspectos como la valoración de la condición física, así como el componente de equilibrio y reflejos posturales.

Se descubrió que mejorar la forma física, la función motora y el funcionamiento corticomotor podía ser una buena intervención para la EP porque los tiempos de respuesta mejoraban inmediatamente después del ejercicio.



La fisioterapia es una intervención terapéutica no farmacológica que utiliza un enfoque holístico centrado en el paciente, cuyo objetivo es restaurar y maximizar la calidad del movimiento y la independencia funcional, al tiempo que apoya la autogestión y la participación del paciente. Los pacientes pueden beneficiarse de dos áreas de la fisioterapia: ejercicios para desarrollar y conservar la fuerza muscular, y acondicionamiento para reducir las dificultades de movimiento y tratar áreas problemáticas como la rigidez de manos y piernas, los temblores y el equilibrio. El ejercicio es una de las intervenciones más comunes en los programas de fisioterapia. Se prescribe con el objetivo de mejorar los síntomas de la enfermedad y los problemas de funcionamiento, así como de ralentizar el deterioro funcional y, en algunos casos, la progresión

de la enfermedad.

Además de los programas basados en ejercicios en la clínica, los fisioterapeutas también prescriben programas de ejercicios en casa según las necesidades específicas de los pacientes y les animan a aumentar sus niveles diarios de actividad física.

3.1.4 Tipos de fisioterapia

La duración y frecuencia de la sesión de fisioterapia dependen del hospital o clínica y del paciente. En general, las sesiones duran entre 30 y 40 minutos, de cuatro a cinco días a la semana. En función del síntoma que se trate, puede ajustarse el tipo de ejercicio y su rutina.

- Terapia de ejercicios

Se prescriben diversos ejercicios para mejorar la fuerza, la flexibilidad, el equilibrio y la coordinación. Pueden incluir ejercicios aeróbicos, estiramientos, entrenamiento de resistencia y ejercicios específicos para mejorar la postura y la marcha.

- Entrenamiento de la marcha

La enfermedad de Parkinson suele afectar a la forma de andar. El entrenamiento de la marcha incluye técnicas y ejercicios para tratar problemas como la marcha arrastrada, la congelación de la marcha y la festinación. Se centra en mejorar la longitud de la zancada, la iniciación del paso y el ritmo de la marcha.

- Entrenamiento del equilibrio

La enfermedad de Parkinson puede provocar problemas de equilibrio y un mayor riesgo de caídas. El entrenamiento del equilibrio incluye ejercicios y técnicas para mejorar la estabilidad y reducir el riesgo de caídas. Pueden incluir ejercicios de cambio de peso, ejercicios de equilibrio en superficies inestables y actividades funcionales que desafíen el equilibrio.

- LSVT GRANDE

Lee Silverman Voice Treatment BIG es un programa de tratamiento especializado para la enfermedad de Parkinson. Consiste en ejercicios intensivos y de gran amplitud diseñados para abordar las dificultades de movimiento, mejorar la función motora y potenciar la movilidad general.

- Técnicas de señalización

Las técnicas de orientación proporcionan señales o indicaciones externas para facilitar el movimiento y mejorar el control motor. Algunos ejemplos son las señales visuales (por ejemplo, líneas en el suelo), auditivas (por ejemplo, golpes de metrónomo) y táctiles (por ejemplo, señales de tacto o vibración).

- Facilitación neuromuscular propioceptiva (FNP)

Las técnicas PNF implican patrones de movimiento y resistencia para mejorar la fuerza muscular, la flexibilidad y la coordinación. Pueden utilizarse para tratar deficiencias específicas del movimiento en la enfermedad de Parkinson.

- Entrenamiento funcional

El entrenamiento funcional se centra en practicar y mejorar las actividades cotidianas que suponen un reto para las personas con enfermedad de Parkinson. Consiste en entrenar tareas y movimientos específicos relacionados con el autocuidado, la movilidad y las actividades de la vida diaria.

- Dispositivos de asistencia

Los fisioterapeutas pueden recomendar el uso de dispositivos de asistencia como bastones, andadores u ortesis para mejorar la estabilidad y apoyar la movilidad de las personas con enfermedad de Parkinson.

3.2 Terapia ocupacional

La terapia ocupacional se define como el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, mediante actividades aplicadas con fines terapéuticos, previenen y mantienen la salud, favorecen el restablecimiento de la función, suplen los déficits discapacitantes y valoran los supuestos conductuales y su significado profundo para lograr la mayor independencia posible y la reintegración del individuo en todos los aspectos: laboral, mental, físico y social.

La terapia ocupacional tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas a las que trata para fomentar su autonomía e independencia tanto en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

La terapia ocupacional se centra no sólo en las limitaciones de las personas con EP, sino también en sus capacidades y habilidades. De este modo, favorece un tratamiento orientado a la persona que no sólo se centra en lo que ésta no puede hacer en ese momento. Algunos de los objetivos que se plantean desde esta perspectiva son:

- Mejorar y mantener la coordinación y realización voluntaria del movimiento del miembro superior y más concretamente de las manos.
- Fomentar la comunicación verbal, no verbal y escrita, ya que interviene en la mayoría de las actividades instrumentales de la vida diaria (por ejemplo, hacer la compra, escribir una carta o firmar un documento, comunicarse con la familia, etc.).
- Asesorar o reeducar en las actividades básicas de la vida diaria, ABVD (como vestirse, girarse en la cama, ir al baño, ducharse, comer...) para que la persona con la enfermedad pueda realizarlas de la forma más independiente posible.
- Asesorar a la persona que estamos tratando en función de las necesidades que tiene en ese momento de forma global en su entorno:
 - Adaptaciones ABVD, como poner velcro en las camisas o los zapatos, engrosar los mangos de los cubiertos, adaptar los utensilios, etc.
 - Modificaciones en el hogar, como prescindir de alfombras, utilizar manteles antideslizantes a la hora de comer, asientos de ducha/bañera, elevador o montacargas de inodoro, asideros o barras en la bañera o cerca del inodoro, entre otras.
 - Recomendar productos de apoyo que ayuden a compensar las deficiencias o limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria, tales como: andador o bastones, cama articulada, platos con reborde e inclinación, asas ergonómicas, etc.
- Ayudar a la persona con enfermedad y a su familia a organizar sus rutinas diarias, fomentando la creación de hábitos que refuercen la autonomía, sus roles, ocupaciones, aficiones, etc. para continuar con las actividades que realizaba o buscar alternativas para mantener su calidad de vida.
- Mantener las funciones cognitivas (atención, memoria, orientación, funciones visuoespaciales, perceptivas y ejecutivas, etc., reduciendo la bradicinesia).
- Reducir la fatiga en la realización de las AVD.
- Informar y asesorar al entorno asistencial y a la familia para que faciliten a la persona con párkinson la realización de las AVD de la forma más autónoma posible, ayudándole a tener una mejor salud física y emocional.

La metodología propuesta por el área de terapia ocupacional es la siguiente:

- Estimulación cognitiva: Praxias, atención, funciones ejecutivas y resolución de problemas, habilidades visoespaciales, memoria, interacciones sociales, ABVD, conducción de vehículos, reminiscencia, revisión de vida, Neuron-up, talleres de lectura, actualidad y orientación, uso de nuevas tecnologías y juegos de mesa.
- Estimulación funcional: En función de la alteración del movimiento y de los síntomas característicos de la enfermedad de Parkinson, se aplican las siguientes técnicas/actividades: psicomotricidad, ejercicios centrados en la motricidad, técnicas centradas en el temblor, la rigidez,

la bradicinesia, la inestabilidad postural y el congelamiento.

- Estimulación neurosensorial: Los síntomas sensoriales son síntomas no motores comunes en las personas con EP. Las técnicas que pueden utilizarse son: estimulación somática (sensorial profunda, propioceptiva, cortical o combinada), estimulación vestibular y estimulación vibratoria.
- Entrenamiento en AVD (básicas, instrumentales y de tiempo libre): Las técnicas utilizadas habitualmente son: moldeamiento, secuenciación, encadenamiento hacia atrás, compensación funcional, productos de ayuda, ocio y tiempo libre.



El objetivo de la terapia ocupacional es mejorar la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria y mantener su independencia funcional. Incluye estrategias para mejorar las habilidades de autocuidado, recomendaciones sobre equipos de adaptación y modificaciones del entorno vital para facilitar las actividades cotidianas.

Los terapeutas ocupacionales evalúan el funcionamiento físico, cognitivo y psicosocial del individuo para determinar el impacto de la enfermedad de Parkinson en sus actividades cotidianas. Identifican áreas específicas de dificultad y desarrollan planes de intervención adaptados a las necesidades y objetivos del individuo.

Los terapeutas ocupacionales se centran en mejorar o mantener la independencia en actividades de autocuidado como vestirse, asearse, bañarse, ir al baño y alimentarse. Pueden proporcionar estrategias para conservar la energía, modificar tareas o entornos, recomendar equipos de adaptación y enseñar técnicas compensatorias.

3.3 Logopedia

Los trastornos de la comunicación (oral, gestual y escrita) son poco frecuentes al inicio de la enfermedad, pero pueden aparecer más adelante en el curso de la misma.

Aproximadamente el 90% de las personas con Parkinson presentan alteraciones de la comunicación oral, como limitaciones en las funciones vocales, articulatorias y de deglución.

Las manifestaciones comunicativas características de la enfermedad de Parkinson son:

FUNCIONAMIENTO DEFICIENTE	CAUSAS	MANIFESTACIONES
Equilibrio muscular facial	Rigidez, bradicinesia, temblor.	Máscara o cara de póquer.
Respiración	Postura flexionada, rigidez, bradicinesia e incoordinación.	Frases finales forzadas, de baja intensidad.
Articulación	Rigidez, bradicinesia, incoordinación y temblor.	Pronunciación lenta e imprecisa. Habla ininteligible.
Intensidad vocal	Rigidez y bradicinesia. Temblor.	Voz apagada, ronca y monótona. Aspiraciones
Función velofaríngea	Contracción ineficaz del paladar blando.	Voz nasalizada. Regurgitación nasal.
Prosodia	Frases cortas, pausas inadecuadas y ritmo acelerado.	Disminución de la inteligibilidad del habla.
Escribir	Temblor, rigidez, bradicinesia e incoordinación. Déficits cognitivos.	Micrografía, caracteres alterados, omisiones/ inserciones.
Tragar	Postura flexionada, rigidez, bradicinesia e incoordinación.	Babeo, atragantamiento, cierre inadecuado de los labios, sensación de obstrucción de la garganta, carraspeo frecuente, tos durante o después de las comidas.

Por todo ello, el logopeda tiene los siguientes objetivos:

- Conseguir mejorar la comunicación del paciente para que no pierda la capacidad de relacionarse con los demás.
- Prevenir y mantener preservados los componentes del habla y concienciar sobre los aspectos del habla que dificultan la comunicación.
- Técnicas y estrategias de enseñanza para mejorar la articulación del habla.
- Si no es posible la comunicación oral, proporcionar al paciente y a su familia un medio de comunicación alternativo.
- Conseguir una deglución segura y eficaz.

Afrontar las dificultades del habla, la comunicación y la deglución puede ser un reto emocional. Un logopeda puede proporcionar apoyo emocional, asesoramiento y educación tanto a la persona con enfermedad de Parkinson como a sus familiares.

3.3.1 Intervención logopédica

- Equilibrio de los músculos faciales: Frente a un espejo, se realizan ejercicios de labios, lengua, mejillas y mandíbula, expresiones faciales como sorpresa, enfado, alegría, etc. Además, el logopeda puede realizar un masaje facial para ayudar a reducir la rigidez de los músculos faciales.
- Disartria hipocinética: para paliar las dificultades de pronunciación y de voz, ejercicios de respiración, de articulación y de vocalización (como la lectura de trabalenguas), lectura en voz alta de textos para modular el volumen de la voz, ejercicios de canto para dar más tono a la voz y ejercicios de ritmo del habla como las frases silábicas.
- Disgrafía: los ejercicios de motricidad fina y caligrafía ayudarán a que la letra sea menos pequeña y más legible.
- Disfagia: para minimizar el riesgo de complicaciones respiratorias y mantener un nivel óptimo de nutrición e hidratación, es muy importante realizar ejercicios para mantener un correcto control postural; el logopeda también enseñará diferentes maniobras de deglución, técnicas de aumento sensorial y pautas de higiene oral. Si es necesario, se adaptará la consistencia y textura de los alimentos o se recomendará la Alimentación Básica Adaptada.

Los trastornos de la comunicación son poco frecuentes al inicio de la enfermedad, pero pueden aparecer más adelante en el curso de la misma. Alrededor del 50% de las personas con enfermedad de Parkinson tienen problemas de comunicación verbal, no verbal y escrita. La enfermedad de Parkinson puede causar dificultades de articulación y pronunciación, haciendo que el habla sea poco clara o arrastrada. Y aproximadamente el 50% de las personas tienen problemas para tragar.

Por lo tanto, el logopeda trabajará con ejercicios dirigidos a estas áreas específicas para mejorar la inteligibilidad del habla y prevenir la asfixia.

La logopedia se centra en abordar las dificultades de comunicación oral, gestual y escrita. Las técnicas pueden incluir ejercicios para aumentar el volumen de la voz y la precisión articular, reducir la velocidad del habla, aumentar la movilidad orofacial, mejorar la entonación y la ortografía. Además, se proporcionarán estrategias para mejorar la función de deglución y, si es necesario, adaptar la consistencia de líquidos o sólidos y evitar complicaciones posteriores.

3.4 Rehabilitación cognitiva

La enfermedad de Parkinson puede provocar a veces cambios cognitivos, como dificultades de atención, memoria y función ejecutiva. La rehabilitación cognitiva implica ejercicios y estrategias para mejorar las capacidades cognitivas, potenciar la atención y la concentración y gestionar las dificultades de memoria.

Los ejercicios de entrenamiento de la atención pueden consistir en tareas que fomenten la atención sostenida o mejoren las capacidades de atención dividida. Las estrategias compensatorias son técnicas y herramientas que ayudan a las personas a superar sus dificultades cognitivas. Estas estrategias pueden implicar el uso de ayudas externas como calendarios, recordatorios o aplicaciones de teléfonos inteligentes para ayudar con la memoria y la organización.

Participar en actividades intelectualmente estimulantes puede ayudar a mantener y mejorar las capacidades cognitivas. Esto puede implicar actividades como la lectura, los rompecabezas, tocar instrumentos musicales, aprender una nueva habilidad o participar en actividades sociales que requieran un compromiso cognitivo.

3.5 Apoyo psicológico y asesoramiento

Vivir con la enfermedad de Parkinson puede ser un reto emocional, y las personas pueden experimentar ansiedad, depresión u otros síntomas psicológicos. El apoyo psicológico, el asesoramiento y los grupos de apoyo pueden ofrecer una valiosa vía de expresión emocional, educación y estrategias de afrontamiento.

El apoyo psicológico puede ayudar a las personas a afrontar estas emociones ofreciéndoles un espacio seguro para expresar y procesar sus sentimientos. Los terapeutas pueden ofrecer estrategias para gestionar la angustia emocional y apoyar el desarrollo de mecanismos de afrontamiento saludables.

La psicología del Parkinson tiene como objetivo apoyar la calidad de vida y el estado psicológico de la persona con Parkinson, así como el de la familia y el entorno cuidador.

Intervención psicológica individual:

- Contacto o bienvenida.
- Recogida de datos exhaustivos de la historia clínica.
- Evaluación e Intervención cognitiva y psicológica.
- Facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad.
- Ayudar a hacer frente a la enfermedad en las distintas fases.
- Reducir en lo posible las experiencias de sufrimiento emocional, afectivo, relacional y social.
- Fomentar la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico. .
- Fomentar conductas que promuevan la autonomía que no supongan riesgo para el afectado.
- Evitar el aislamiento social.
- Guiar y acompañar en situaciones de crisis.
- Controlar la sintomatología debida a los efectos secundarios del estrés.
- Formación en habilidades de afrontamiento y autocuidado.
- Ajustar las expectativas

Intervención psicológica individual con el cuidador y el familiar:

- Facilitar la aceptación del diagnóstico.
- Fomentar la adaptación y el contacto con la enfermedad.
- Normalizar las emociones (ira, culpa, miedo...).
- Intervenir en la conspiración del silencio (si existe).
- Fomentar una comunicación eficaz entre la familia y la persona con enfermedad de Parkinson.
- Ayudar a anticipar momentos y situaciones críticas de la enfermedad.
- Proporcionar apoyo emocional.
- Formación en el manejo básico de las conductas desadaptativas de la persona con la enfermedad.
- Proporcionar pautas para la gestión del estrés.
- Fomentar los contactos sociales y las actividades de ocio.
- Evitar la sobrecarga del cuidador.
- Ayudar a reconocer el retraimiento familiar.
- Prepararse para el momento de la despedida, conocer las emociones que conlleva y cómo será el proceso

Intervención psicológica en grupo: Grupos de autoayuda:

Unirse a un grupo de apoyo para la enfermedad de Parkinson puede ser inmensamente beneficioso. Estos grupos ofrecen a las personas la oportunidad de conectar con otras que compar-

ten experiencias similares, intercambiar información y proporcionarse apoyo mutuo.

El objetivo general de los grupos GAM es mejorar la calidad de vida de las personas con EP en las distintas fases de la enfermedad. Para ello, resulta útil conocer las motivaciones y expectativas comunes de quienes forman parte del grupo.

Desde una perspectiva psicológica y de salud mental, pueden desarrollarse programas más específicos a través de los grupos GAM que aborden cuestiones relacionadas con:

- Psicoeducación en autoestima, autocuidado físico y emocional (tristeza, ira, frustración, miedo...). Definición de nuevos roles, fortalezas, empatía y estrategias de afrontamiento de conflictos.
- Aprender a identificar los pensamientos negativos y las distorsiones.
- Mejorar las habilidades de comunicación y el entrenamiento asertivo.
- Plantear dinámicas de grupo (trabajar emociones, fortalezas...).
- Cohesión de grupo.

Intervención psicológica de grupo: Grupos de apoyo mutuo para cuidadores y familiares:

El cuidador se ocupa de su ser querido a nivel físico y emocional, convirtiéndose en el recurso más importante para la persona con Parkinson, estimulando sus capacidades conservadas y sustituyendo las que va perdiendo progresivamente, lo que requiere una serie de cuidados especiales.

Para llevar a cabo estos cuidados es necesario que el entorno asistencial y la familia estén informados y apoyados a través de un recurso como el GAM.

Algunas de las demandas específicas del grupo pueden ser:

- Contenidos de desarrollo personal (autoestima, emociones, fortalezas, asertividad, reestructuración cognitiva...).
- Contenidos sobre relaciones familiares y sociales.
- Contenido sobre información acerca de la EP y sus familiares.
- Contenidos sobre autocuidado (rutinas, organización del tiempo, límites, síndrome del cuidador, etc.).

Vivir con la enfermedad de Parkinson puede ser un reto emocional, y las personas pueden experimentar ansiedad, depresión u otros síntomas psicológicos. El apoyo psicológico, el asesoramiento y los grupos de apoyo pueden proporcionar una valiosa vía de expresión emocional, educación y estrategias de afrontamiento.

El apoyo psicológico puede ayudar a las personas a afrontar estas emociones ofreciéndoles un espacio seguro para expresar y procesar sus sentimientos. Los terapeutas pueden ofrecer estrategias para gestionar el malestar emocional y ayudar a desarrollar mecanismos de afrontamiento saludables:

- Terapia cognitivo-conductual (TCC)

La TCC es un enfoque terapéutico de uso común que se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamientos negativos. Puede ser útil para tratar la ansiedad, la depresión y otras dificultades psicológicas asociadas a la enfermedad de Parkinson. Las técnicas de TCC pueden ayudar a las personas a cuestionar las creencias negativas, controlar el estrés y desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas.

- Grupos de apoyo

Unirse a un grupo de apoyo para la enfermedad de Parkinson puede ser inmensamente

beneficioso. Estos grupos ofrecen a las personas la oportunidad de ponerse en contacto con otras que comparten experiencias similares, intercambiar información y prestarse apoyo mutuo. Participar en un grupo de apoyo puede ayudar a reducir los sentimientos de aislamiento, normalizar las experiencias y ofrecer consejos prácticos para afrontar los retos de vivir con Parkinson.

- Apoyo al cuidador

El apoyo psicológico no se limita a las personas con enfermedad de Parkinson; es igualmente importante para los cuidadores. Cuidar a una persona con Parkinson puede ser emocionalmente exigente, y los cuidadores pueden experimentar estrés, agotamiento y una serie de emociones. Los servicios de asesoramiento y apoyo pueden ayudar a los cuidadores a navegar por su propio bienestar emocional, proporcionarles estrategias de afrontamiento y ofrecerles orientación sobre el autocuidado.

3.6 Musicoterapia

La musicoterapia es una terapia que utiliza la música para restaurar las funciones físicas y cognitivas, mejorar las relaciones sociales, ayudar a la expresión emocional y ayudar a los pacientes a conseguir una mejor calidad de vida abordando tres aspectos fundamentales: rehabilitación, comunicación y expresión.

Para ello, se realizan actividades basadas en la música para abordar aspectos físicos, cognitivos y socioemocionales y conseguir una unidad bio-psico-social del paciente con enfermedad de Parkinson.

Los objetivos de la musicoterapia en la enfermedad de Parkinson son:

- Fomentar las relaciones sociales dentro de un grupo de personas afectadas por la enfermedad.
- Fomentar la expresión y la creatividad.
- Ayudar a la expresión emocional.
- Mantener la marcha y la movilidad general.
- Para favorecer la relajación en estados de agitación.
- Mejorar los niveles de atención.
- Favorecer la recuperación de recuerdos.
- Disfrutar con el canto y la música.

La estimulación rítmica auditiva, en la que las personas sincronizan sus movimientos con un ritmo musical, puede ayudar a mejorar la marcha y la coordinación motora en enfermos de Parkinson, es capaz de modificar el estado de ánimo, resulta muy útil para ejercitar las capacidades de atención y memoria y es un agente socializador:

- Tocar instrumentos y cantar: ayuda a potenciar y mejorar las relaciones sociales.
- Improvisación musical y diálogos: ayuda a la expresión emocional y fomenta la creatividad.
- Programas gratuitos de danza y movimiento: ayudan a ejercitar la marcha y fomentan el movimiento.
- Juegos musicales y reminiscencia: ayuda a ejercitar la atención, la memoria y favorece la orientación a la realidad.



Las sesiones de musicoterapia suelen incluir actividades en grupo, pero tienen en cuenta las necesidades individuales, fomentan la interacción social y proporcionan un entorno de apoyo e inclusivo. Cantar o tocar música juntos puede facilitar la comunicación, aumentar las conexiones sociales y aliviar los sentimientos de aislamiento.

Participar en musicoterapia puede mejorar la calidad de vida general de las personas con enfermedad de Parkinson. Puede fomentar la sensación de logro, autoexpresión y disfrute, mejorando así el bienestar general y reduciendo los síntomas de depresión y ansiedad.

La musicoterapia utiliza actividades basadas en la música para abordar los retos motores, del habla y emocionales asociados a la enfermedad de Parkinson. Puede mejorar el movimiento, la coordinación y el bienestar emocional.

La estimulación auditiva rítmica, en la que las personas sincronizan sus movimientos con un ritmo musical, puede ayudar a mejorar la marcha y la coordinación motora en personas con enfermedad de Parkinson. La musicoterapia puede incluir actividades como tocar tambores, bailar o tocar instrumentos, que pueden facilitar el movimiento, la coordinación y el equilibrio. Las técnicas de musicoterapia, como los ejercicios de canto y la improvisación vocal, pueden ayudar a mejorar el control de la respiración, la fuerza vocal, la articulación y la claridad general del habla. Cantar en grupo también puede mejorar la interacción social y crear un sentimiento de comunidad.

3.7 Enfoques cuerpo-mente

Prácticas como el yoga, el taichi y el pilates pueden ayudar a mejorar el equilibrio, la flexibilidad y el bienestar general. Estos enfoques cuerpo-mente combinan movimiento, respiración profunda y atención plena, lo que puede ser beneficioso para las personas con enfermedad de Parkinson.

Pilates

Se ha demostrado que las actividades cuerpo-mente, como el Pilates, son más eficaces en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson al estimular la agilidad, la movilidad y la

coordinación, imponiendo retos sensoriomotores y de resistencia.

Además, uno de los principales beneficios que el método ofrece a las personas con Parkinson es el concepto de reeducación del movimiento, que ayuda a mejorar las deficiencias motoras y los diversos síntomas colaterales derivados de la patología.

Los principios del método se encargan de proporcionar fuerza, estiramiento y mejorar directamente la coordinación motora y el equilibrio. Todos los movimientos en la ejecución del ejercicio son armónicos y controlados, estimulando la coordinación y el fortalecimiento global sin riesgo de lesiones, y se aplican según la necesidad individual.

Algunos de los beneficios que podemos observar con la práctica regular de Pilates son:

- Mejora el equilibrio, reduciendo el riesgo de caídas.
- La ralentización de la disminución de la coordinación y la incapacidad para iniciar el movimiento.
- La fuerza muscular, uno de los aspectos más debilitantes del Parkinson.
- Preservar la amplitud de movimiento de articulaciones clave, como la cadera.
- Concentrarse en la respiración, la concentración y en seguir un ritmo al moverte.
- Mejora de la postura, frenando la progresión hacia una postura cifótica (encorvada).



- Yoga

El yoga combina posturas físicas, ejercicios de respiración y meditación. Puede ayudar a mejorar la flexibilidad, el equilibrio y la postura, que son áreas importantes de preocupación para las personas con enfermedad de Parkinson. Además, el yoga puede favorecer la relajación, reducir el estrés y mejorar el bienestar físico y mental general.

- Tai Chi

El TaiChi es un ejercicio suave y de bajo impacto que implica movimientos lentos y fluidos combinados con respiración profunda y atención plena. Puede mejorar el equilibrio, la flexibilidad y la coordinación, lo que puede ser especialmente beneficioso para las personas con enfermedad de Parkinson. El TaiChi también favorece la relajación y la reducción del estrés.

- Meditación y atención plena

Las prácticas de meditación y atención plena implican centrar la atención, observar los pensamientos y las sensaciones sin juzgarlos y cultivar un estado de conciencia del momento presente. Estas prácticas pueden ayudar a las personas con enfermedad de Parkinson a

controlar el estrés, la ansiedad y la depresión, y a mejorar su bienestar mental general. Prácticas como el yoga, el taichi y el qigong pueden ayudar a mejorar el equilibrio, la flexibilidad y el bienestar general. Estos enfoques cuerpo-mente combinan el movimiento, la respiración profunda y la atención plena, lo que puede ser beneficioso para las personas con enfermedad de Parkinson.

- Ejercicios respiratorios

Los ejercicios de respiración profunda, como la respiración diafragmática, pueden ayudar a reducir la ansiedad, promover la relajación y mejorar la capacidad pulmonar. Estos ejercicios pueden ser útiles para controlar el estrés, mejorar la función respiratoria y favorecer el bienestar general.

- Imaginería guiada

La imaginería guiada consiste en utilizar técnicas de visualización e imaginería mental para evocar experiencias sensoriales positivas. Puede ayudar a las personas con enfermedad de Parkinson a relajarse, reducir el estrés y mejorar su bienestar. Las sesiones de imaginación guiada suelen estar dirigidas por un profesional cualificado o se puede acceder a ellas a través de recursos de audio o vídeo grabados.

- Danza/Movimiento Terapéutico

La danza y la terapia del movimiento implican la participación en el movimiento expresivo, la improvisación y la exploración creativa. Estas terapias pueden ayudar a mejorar la conciencia corporal, la movilidad, la autoexpresión y el bienestar emocional de las personas con enfermedad de Parkinson.

Es importante consultar con profesionales de la salud, como fisioterapeutas o especialistas en movimiento, para asegurarse de que los enfoques mente-cuerpo se adaptan a las necesidades y capacidades específicas del individuo. La integración de estos enfoques en un plan de tratamiento integral puede proporcionar beneficios adicionales junto con el tratamiento médico y otras terapias para la enfermedad de Parkinson.

4. Apoyo social

4.1. Tipos de intervención social

Es necesario tener en cuenta los elementos que motivan la intervención:

- Falta de apoyo.
- Falta de recursos adaptados y especializados para atender las necesidades de los enfermos de Parkinson y sus familias.
- Las características específicas del individuo y su familia requieren una intervención personalizada.

A) Intervención individual:

Las fases de esta intervención son las siguientes:

- Acogida inicial: Consiste en construir la relación entre el profesional y la persona interesada, así como en detectar las necesidades latentes y manifiestas.
- Diseño de la intervención individual: En esta fase es necesario establecer objetivos encaminados a mejorar la calidad de vida y deben estar basados en las posibilidades del individuo: valoración, diagnóstico y planificación.
- Seguimiento del caso
- Evaluación: Consiste en el análisis del cumplimiento de los objetivos y, en su caso,

la reformulación de los mismos, ya sea porque se han alcanzado o porque no se han conseguido.

B) Intervención familiar

- La mejor forma de llegar a un acuerdo sobre cómo compartir la responsabilidad de cuidar a la persona con enfermedad de Parkinson es mediante reuniones familiares.
- Para ello, se elabora un plan de apoyo que clarifica el papel de cada persona en el cuidado del afectado, implicando a todos los miembros de la unidad familiar; y en el caso del cuidador principal, será quien tenga el mayor nivel de intervención por parte del profesional.

C) Intervención en grupo

El Grupo de Ayuda Mutua (GAM) es un espacio en el que diferentes personas que comparten un mismo problema o dificultad se reúnen para intentar superar o mejorar su situación. Podemos encontrar GAM para:

- Afectados
- Miembros de la familia
- Mujeres
- Ocio y tiempo libre: permite al profesional observar a la persona afectada en un entorno lúdico y le da acceso a las relaciones sociales.

D) Intervención en la red:

Es muy importante coordinarse con ellos:

- **Ámbito público:** Centros de la Seguridad Social, Dirección General (voluntariado, dependencia, mayores, etc.), residencias, centros de día, centros de salud, hospitales, etc.
- **Ámbito privado:** residencias, centros de día, empresas de servicios de ayuda a domicilio (SAD), otras asociaciones o entidades, centros sanitarios privados, clínicas, etc.

Todo ello permite realizar un tratamiento global en cada caso, transmitir información y ofrecer una atención integral tanto al enfermo de Parkinson como a sus familiares o cuidadores.

4.2. Recursos sociales

A) Certificado de discapacidad

Se trata de un reconocimiento administrativo cuya finalidad es compensar las desventajas sociales que conlleva la discapacidad, facilitando el acceso a derechos y prestaciones de diversa índole, con el fin de equiparar oportunidades.

Cualquier persona afectada por cualquier tipo de enfermedad o lesión crónica puede presentar una solicitud, por lo que los enfermos de Parkinson tienen derecho a solicitarla y ser evaluados.

Los beneficios que aporta son:

- **Económico:** Bonificación del IRPF en la nómina y en la declaración de la renta. Exención del impuesto de circulación. Pensión no contributiva.
- **Movilidad:** ayuda para adaptar el vehículo, tarjeta de aparcamiento.
- **Vivienda:** adaptación o adquisición de vivienda protegida (VPO).
- **Otras ventajas:** descuentos en museos, cines y transportes.

B) Ley de dependencia

It is a Universal Law which aims to help achieve the personal autonomy of dependent Se trata de una Ley Universal que pretende ayudar a conseguir la autonomía personal de las personas dependientes y de sus cuidadores.

Pueden solicitarla todos los ciudadanos que no puedan valerse por sí mismos por

encontrarse en situación de dependencia.

Los beneficios que aporta son:

- Recursos asistenciales: :
 - Servicio de ayuda a domicilio (cuidados personales, apoyo domiciliario).
 - Teleasistencia.
 - Residencias.
 - Centros de día.
- Beneficios económicos:
 - Para cuidados en el entorno familiar.
 - Vinculado al servicio ("Vale de servicio").
 - Promoción de la autonomía (terapias).

C) Incapacidad laboral

Se trata de una prestación económica que tiene por objeto cubrir la pérdida de ingresos que sufre un trabajador cuando, por enfermedad o accidente, se reduce o anula su capacidad laboral.

Pueden solicitar esta prestación los pacientes menores de 65 años que estén asegurados o se encuentren en la misma situación que los asegurados. En función del grado de incapacidad, se exigen determinados periodos mínimos de cotización.

Los importes y grados son los siguientes:

- Invalidez permanente total: Incapacidad para trabajar en su profesión habitual. En España, por ejemplo, el 55% de la base reguladora, que aumenta al 75% a partir de los 55 años.
- Incapacidad permanente absoluta: Incapacidad para realizar cualquier trabajo. En España corresponde al 100% de la base reguladora.
- Gran invalidez: Además de una incapacidad para seguir trabajando, necesitas la ayuda de una tercera persona.

D) Incapacidad legal

Es una declaración judicial que, tras un estudio exhaustivo de la personalidad del presunto incapaz y con su participación en el proceso, establece si es o no capaz de gobernar adecuadamente su persona y sus bienes.

El procedimiento suele iniciarlo el cónyuge o los descendientes. También pueden hacerlo los ascendientes o hermanos y, a falta de parientes, el Ministerio Fiscal.

Los tipos de incapacidad legal son:

- Incapacidad total: Protección del patrimonio tanto personal como económico de la persona incapacitada que carece de capacidad para gobernarse por sí misma.
- Incapacidad Parcial: Protección para una persona que carece de capacidad para gobernarse a sí misma en determinados actos de la vida.

Tipos de protección o asistencia:

- Tutela: Institución principal en la protección de la persona incapacitada. Protección, administración, tutela de sus bienes y ejercicio de sus derechos.
- Curatela: Asistir y complementar la capacidad de la persona. Protección en la incapacitación parcial.
- Tutor de hecho: Forma de protección en la que una persona ejerce funciones de tutela, custodia o administración de bienes, pero no tiene autoridad legal (sin haber sido designada por el tribunal).

E) Atención social general y especializada:

Ambos se rigen por la complementariedad y la acción coordinada.

- Asistencia social general

Centros de Servicios Sociales de Zona:

- Información y orientación
 - Ayuda a domicilio, teleasistencia, adaptaciones del hogar y otras ayudas para la unidad de convivencia.
 - Alojamiento alternativo (estancias temporales y de emergencia)
 - Prevención e inserción social (renta mínima de inserción, programas, etc.).
 - Otros: fomentar la solidaridad y la cooperación social.
- Atención social especializada: familia, infancia, juventud, tercera edad, mujer, discapacidad, dependencia, Parkinson, etc.

5. ¿Lo sabías?

- El desconocimiento por parte de la sociedad de ciertos síntomas como la inestabilidad postural o las dificultades en el habla, que pueden interpretarse como embriaguez y que, debido a los comentarios, pueden llevar al aislamiento social de la persona (IMSERSO, 2008).
- El 50% de los cuidadores en España ha tenido que dejar de trabajar o reducir su jornada laboral para poder prestar los cuidados necesarios, lo que conlleva una reducción de ingresos (INE, 2008).
- En muchos casos, por miedo o vergüenza, aunque los síntomas sean muy leves, tienden a ocultar el diagnóstico en su lugar de trabajo o a llevarlo de forma muy discreta.
- Por otra parte, para algunas personas, el entorno laboral es su único núcleo de relaciones sociales aparte de la familia, por lo que la pérdida del empleo también tiene un impacto directo en su red social y un riesgo precoz de reclusión en el hogar.
- El genograma sirve para ver gráficamente la situación familiar del usuario y poder detectar posibles problemas o disfuncionalidades familiares para intervenir con mayor eficacia.

6. Bibliografía

- Mouchaileh, N. and Hughes, A.J. (2020), Pharmacological management of Parkinson's disease in older people. *J. Pharm. Pract. Res.*, 50: 445-454. <https://doi.org/10.1002/jppr.1683>
- Zahoor, I., Shafi, A., & Haq, E. (2018). Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Parkinson. Exon Publications, 129-144. <https://doi.org/10.15586/codonpublications.parkinsonsdisease.2018.ch7>
- Mitchell, K. T., & Ostrem, J. L. (2020). Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Parkinson. *Clínicas Neurológicas*, 38(2), 293-307. 10.1016/j.ncl.2020.01.001
- Lee DJ, Dallapiazza RF, De Vloo P, Lozano AM. Tratamientos quirúrgicos actuales para la enfermedad de Parkinson y posibles dianas terapéuticas. *Neural Regen Res.* 2018 Aug;13(8):1342-1345. doi: 10.4103/1673-5374.235220. PMID: 30106037; PMCID: PMC6108190.
- Qureshi, A.R., Jamal, M.K., Rahman, E., Paul, D.A., Oghli, Y.S., Mulaffer, M.T., Qureshi, D., Danish, M.A. y Rana, A.Q. (2021), Non-pharmacological therapies for pain management

in Parkinson's disease: A systematic review. *Acta Neurol Scand*, 144: 115-131. <https://doi.org/10.1111/ane.13435>.

- LÓPEZ M.V. Protocolo de Trabajo Social en la Enfermedad de Parkinson. Madrid: Cyan Proyectos Editoriales, S.A, 2022
- <https://www.esparkinson.es/recursos/>



ES	El proyecto "SUPER" está cofinanciado por la Unión Europea. Las opiniones y puntos de vista expresados en estos materiales sólo comprometen a sus autores y no reflejan necesariamente los de la Unión Europea ni los del Servicio Español para la Internacionalización de la Educación (SEPIE). Ni la Unión Europea ni la Agencia Nacional SEPIE pueden ser considerados responsables de ellos.
-----------	--



MODULE 1. UNIT 2
Health and Social Care



Co-funded by
the European Union