

**Atención Integral a Personas con
Párkinson o Parkinsonismos**

Asociación Parkinson APARKAM

Memoria 2012



MEMORIA 2012 DEL SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A
PERSONAS AFECTADAS POR LA ENFERMEDAD DE
PÁRKINSON

Contenido

1.	LA ENFERMEDAD DE PARKINSON	4
	¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE PARKINSON?	4
	¿CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS?	4
	IMPACTO EN LA POBLACIÓN	5
2.	ASOCIACIÓN PARKINSON ALCORCÓN	6
	BREVE HISTORIA	6
	OBJETIVOS	7
	ASAMBLEA GENERAL	7
	JUNTA DIRECTIVA	7
	LA DIRECCIÓN GENERAL	7
	MÉDICOS ASESORES	8
	RECURSOS HUMANOS	8
3.	MEMORIA DE INTERVENCIÓN 2012	9
	TRATAMIENTO TERAPÉUTICO INTEGRAL	9
	ATENCIÓN PSICOLÓGICA	9
	ESTIMULACIÓN COGNITIVA	14
	MUSICOTERAPIA	19
	TERAPIA OCUPACIONAL	30
	FISIOTERAPIA	38
	MASAJES TERAPÉUTICOS	54
	LOGOPEDIA	58
	ATENCIÓN A FAMILIARES Y CUIDADORES	70
	ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL CUIDADOR	71
	GRUPOS DE AYUDA MUTUA CON CUIDADORES	72
	MASAJES	75
	CLUB DE SOCIOS	78
	TALLER DE TEATRO	79
	FIESTAS DE CUMPLEAÑOS	81
	EXCURSIONES	81
	ÁGAPES SOCIOS	82
	CUÉNTANOSLO... CON ARTE	82
	CONVIDARTE	82
	EL MENSAJERO	82

DIVULGACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	83
CONFERENCIAS.....	83
DÍA MUNDIAL DE PARKINSON.....	83
PLANTEMOS UN ÁRBOL POR EL PÁRKINSON	84
INVESTIGACIÓN	85
REDES SOCIALES	85
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE PARKINSON	85
COMISIÓN DE DISCAPACIDAD	85
CODIAL.....	85
FORO DE ASOCIACIONES POR LA SANIDAD PÚBLICA EN ALCORCÓN	86
PACTO CIUDADANO DE ALCORCÓN CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES.	86
GESTIÓN DE LA ENTIDAD	86
INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN	86
GESTIÓN DE PROYECTOS Y SUBVENCIONES.....	86
GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	87
COLABORADORES.....	87

1. LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE PARKINSON?

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurológico degenerativo y lentamente progresivo frecuente que afecta a las zonas del sistema nervioso central encargadas de controlar los actos motores. En el cerebro de las personas con enfermedad de Parkinson se ha detectado la degeneración progresiva de las células encargadas de sintetizar la dopamina. Esta sustancia es fundamental para la ejecución correcta de todos los actos motores. La menor producción de dopamina produce una lentificación de los movimientos que afecta a todos los músculos del cuerpo.

¿CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS?

Es importante recordar que los síntomas de la enfermedad de Párkinson pueden variar mucho de una persona a otra. Por ejemplo, un paciente puede presentar temblor, mientras que otro puede experimentar intensa rigidez y lentitud sin temblores.

En las fases iniciales de la enfermedad, a menudo los síntomas afectan primero a un lado del cuerpo. Más tarde, los síntomas pueden extenderse al otro lado. Algunos síntomas frecuentes de la enfermedad de Párkinson son:

- Temblor, generalmente de reposo, que puede afectar a una mano y a una pierna o a ambas.
- Rigidez muscular en la movilidad de las extremidades y del tronco, como si la cabeza no pudiera enviar a las mismas la orden de moverse.
- Inestabilidad que produce una dificultad para mantener un correcto equilibrio y coordinación del cuerpo.
- Lentitud para realizar todo tipo de movimientos. Con el paso del tiempo, aparece dificultad para caminar, hacer giros en la cama, levantarse de la silla, hablar, escribir, tragar.
- Por la propia enfermedad o por otras causas asociadas, algunas personas con Parkinson pueden sufrir cierto grado de deterioro cognitivo o intelectual.

Otros síntomas pueden ser:

- Dificultad en el habla: modificación en la voz, que se hace monótona y sorda, lo que impresiona de enronquecimiento. A veces aceleración del recitado de la palabra o repetición del mismo vocablo (palilalia).
- Alteraciones visuales: diplopía, visión borrosa
- Disfagia
- Dermatitis seborreica
- Sialorrea Trastornos vegetativos: sudoración, estreñimiento, disfunción vesical, hipotensión ortostática

- Trastornos del ánimo: apatía, depresión
- Déficits cognitivos: pérdida de memoria, alteraciones en la percepción...

La presencia de uno o varios de estos síntomas es completamente diferente en cada paciente. La evolución es diferente en cada persona y, cada uno, llevará un tratamiento personalizado diferente.

IMPACTO EN LA POBLACIÓN

Se estima que la Enfermedad de Parkinson afecta a una de cada mil personas en el mundo. Su prevalencia en las personas mayores de 65 años es del 1,6%.

En el mundo se calcula existen 7.000.000 de personas que sufren la EP, lo que representa una cantidad mayor que el número de casos de esclerosis múltiple y de distrofia muscular combinados. En España, se calcula que las personas afectadas podrían superar las 80.000 personas.

En la Comunidad de Madrid, según datos censales del año 2010, el número de pacientes mayores sobrepasa los 16.000 a los que hay que añadir una cifra importante de personas por debajo de esa edad, incluso muy jóvenes, que presentan los síntomas característicos de la enfermedad de Parkinson.

En el municipio de Alcorcón, según datos censales del año 2010, supone que el número de personas afectadas por la enfermedad de Parkinson asciende a 418, y en el municipio de Leganés asciende a 447 personas. Dado el envejecimiento de la población, esta enfermedad supone una carga social y económica muy considerable.

Si bien es cierto que esta enfermedad suele aparecer por encima de los 50-55 años, en la actualidad observamos con más frecuencia casos en edades más tempranas, produciéndose una precoz degeneración y pérdida de función de las neuronas productoras de dopamina.

2. ASOCIACIÓN PARKINSON ALCORCÓN

La Asociación Parkinson Alcorcón cuenta con la madurez y capacidad necesarias para llevar a cabo este programa. De hecho, esta entidad nace del compromiso de acercar la atención que estas personas requieren, ya que existía en otros municipios.

BREVE HISTORIA

La Asociación Parkinson Alcorcón nace en el año 2003 para dar respuesta a la demanda de atención de los afectados de Alcorcón y otros municipios que carecen de centros de referencia sobre la enfermedad de Parkinson. La Asociación Parkinson Alcorcón se crea con el objetivo de ofrecer el tratamiento terapéutico fundamental para mejorar la calidad de vida de los enfermos de Parkinson y sus familias.



En el año 2003, la Asociación Parkinson Alcorcón comienza su andadura con tan sólo 9 socios y en la actualidad están inscritas en nuestra entidad 143 personas. Desde el inicio, se han ido incorporando distintas actividades y programas. En un principio, el objetivo fue ofrecer tratamiento terapéutico a los afectados; así se fueron incorporando progresivamente

distintas terapias: fisioterapia, logopedia, masajes, atención psicológica... Desde la experiencia de la entidad, las demandas de afectados y valoraciones de los profesionales se han ido creando nuevos programas y acciones. Por ello, vemos necesario dar un paso más creando nuevos programas y actividades.

La Asociación Parkinson APARKAM es una entidad sin ánimo de lucro, formada por afectados de la enfermedad de Parkinson y sus cuidadores que, ante la necesidad de información que se precisa para convivir con esta enfermedad crónica, se unen para prestarse apoyo mutuo.

La Asociación Parkinson APARKAM se fundamenta en el apoyo mutuo entre los mismos enfermos, sus cuidadores, equipo de Terapeutas, profesionales y la dirección de la entidad, que unen sus esfuerzos y trabajo para que, mediante la Atención Integral de la enfermedad, mejoren su calidad de vida.

Asimismo, se pretende aprovechar las sinergias que genera el asociacionismo para realizar una labor de concienciación ante la sociedad en general y los medios de comunicación en particular.

OBJETIVOS

Los objetivos de la Asociación Parkinson Alcorcón se fijan en los estatutos de la entidad, aprobados por la Asamblea General de Socios y adaptados a la legislación vigente:

1. Proporcionar información relacionada con la Enfermedad.
2. Promocionar la Atención Integral e Interdisciplinar.
3. Ofrecer un Tratamiento Integral a través de sesiones terapéuticas.
4. Facilitar la interrelación entre afectados y cuidadores.
5. Representar, ante la Administración y otras instituciones, los intereses de los enfermos de Parkinson y sus familias.
6. Sensibilizar a la sociedad y dar a conocer la enfermedad de Parkinson.
7. Mantener una comunicación continua con los distintos especialistas.
8. Fomentar la investigación científica con el fin de mejorar la calidad de vida de los enfermos.

ASAMBLEA GENERAL

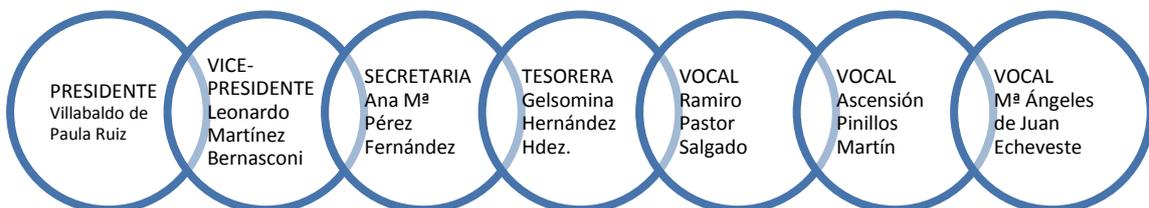
La Asamblea General, integrada por todas las personas asociadas, es el máximo órgano de gobierno y representación de la Asociación y es soberana respecto a cualquier otro órgano de la misma. De ella depende la Junta Directiva.

La Asamblea General está formada por todas las personas asociadas a la Asociación Parkinson Alcorcón.

JUNTA DIRECTIVA

La Junta Directiva gestiona, gobierna y representa los intereses de la Asociación de acuerdo con las disposiciones y directrices de la Asamblea General y sus facultades se extienden, con carácter general, a todos los actos propios de los fines sociales.

Según la Asamblea General de Socios celebrada el 20 de junio de 2012, la composición de la Junta Directiva es la siguiente:



LA DIRECCIÓN GENERAL

La Dirección General tiene a su cargo la gestión social de la entidad. Aprobado el cargo por la Asamblea General, el nombramiento y separación de la persona que lo haya de ocupar es competencia de la Junta Directiva. La Dirección General de la entidad la ostenta desde 2006, Azucena Balandín Hernández.

MÉDICOS ASESORES

La Asociación Parkinson APARKAM desde el año 2007 cuenta con el asesoramiento y apoyo de los médicos la Dra. Dña. Lydia Vela Desojo, Jefa de la Sección de Trastornos del Movimiento de la Fundación Hospital Alcorcón y el Dr. D. Alberto Rábano Gutiérrez del Arroyo, Jefe de la Unidad de Neuropatología de la Fundación Hospital Alcorcón.

RECURSOS HUMANOS

La Asociación Parkinson APARKAM cuenta, en este momento, con un equipo profesional altamente cualificado con una gran calidad humana. Todos ellos son especialistas de cada área comprometidos en la tarea de ofrecer una Atención Integral e Interdisciplinar con el fin de favorecer una mejor calidad de vida a las personas afectadas por la enfermedad de Parkinson y a sus familiares y/o cuidadores.

Los profesionales que han formado parte del equipo multidisciplinar son los siguientes:

Dirección: Azucena Balandín Hernández y Cristina García Díaz-Fuentes
Psicóloga: M ^a Soledad Castellón Catalán
Musicoterapeuta: Jessica Terán Sosa
Fisioterapeuta: Raquel Vaquero Méndez, César Sahuquillo Arbizu y Verónica González Fernández
Logopeda: Zoraida Romero Martínez
Terapeuta ocupacional: Beatriz Martos Navarro y Fátima Pérez Robledo
Quiromasajista: Raquel Balandín Hernández
Voluntariado: Leonardo Martínez Bernasconi
Comunicación: Rubén Montero Arroyo y Ana M ^a Pérez Fernández
Contabilidad: Miguel Ángel Estefanía Durán

3. MEMORIA DE INTERVENCIÓN 2012

El programa intervención terapéutica que llevamos a cabo ofrece una alternativa a más de 2000 familias afectadas por esta enfermedad. La asistencia socio-sanitaria, pública o privada, no facilita el tratamiento ni la atención que demandan estas familias. La Asociación Parkinson APARKAM, desde la iniciativa social, abre la posibilidad de optar a una atención eficaz y eficiente de las necesidades socio-sanitarias de este colectivo. Es importante destacar que, en nuestro ámbito de actuación, es una propuesta innovadora, ya que no existe ninguna otra entidad que atienda específicamente a este colectivo.

TRATAMIENTO TERAPÉUTICO INTEGRAL

Este tratamiento aborda las necesidades de la persona desde una perspectiva integral. Ello exige que el trabajo de los profesionales se realice en equipo. Cada profesional realiza una valoración inicial del usuario y realiza un seguimiento trimestral del mismo. Además, el Equipo multidisciplinar se reúne periódicamente con el fin de adecuar los tratamientos a los usuarios. Se trata, conjuntamente, la evolución de cada paciente.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

PSICÓLOGA: Soledad Castellón Catalán

JUSTIFICACIÓN

El motivo fundamental por el que estos pacientes necesitan atención psicológica se debe a que se trata de una enfermedad crónica en la que el paciente puede mostrar dificultades para aceptarse y aceptar lo que le está pasando, lo cual puede conllevar: baja autoestima, aislamiento social e incluso problemas familiares y de pareja.

Es por tanto, una situación que genera o puede generar **síntomas de depresión**. Cuando esto ocurre, se observan episodios de depresión mayor que se caracterizan por: tristeza, dificultad de concentración y pérdida de interés, así como fatiga, trastorno del sueño y de la alimentación,... entre otros signos.

También es característico de estos enfermos la aparición de **rasgos de ansiedad**, especialmente al inicio de la enfermedad, ya que la persona tiene que adaptarse a tantos cambios en su vida personal, familiar, social y laboral, que en un momento determinado puede ver y sentir el entorno que le rodea como amenazante, lo cual provoca que se sienta inseguro e incómodo ante los demás.

Por otro lado y conforme avanza la enfermedad y sus estadios, el tratamiento farmacológico que tienen estos pacientes, también puede provocar efectos secundarios psiquiátricos en el enfermo de Parkinson, tales como: síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios, así como

trastorno de control de impulsos (adicciones, ludopatías, hipersexualidad,...) o de la personalidad.

Así mismo, el familiar y cuidador del enfermo de Parkinson que se enfrenta a todos estos cambios, necesita tratar aspectos personales, de pareja, familiares, sociales,...que se modifican y alteran ante las nuevas situaciones, así cómo recibir información no solo de la enfermedad para poder comprenderla y afrontarla, sino también con respecto a su propio cuidado y bienestar personal.

OBJETIVO GENERAL:

Con respecto a los enfermos de Parkinson, desde el área de psicología se trata de complementar el apoyo psiquiátrico que ya reciben, con el apoyo individual en psicoterapia para facilitar, no sólo la mejor adaptación posible a la enfermedad, sino también permitiéndole afrontarla mejor en las diferentes fases o estadios de la misma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Que los pacientes de diagnóstico reciente, conozcan posibles trastornos psicológicos asociados a la enfermedad y puedan acceder a la terapia psicológica lo antes posible en caso de presentarlos,
2. Que los pacientes moderadamente afectados y severamente afectados, conozcan posibles trastornos psicológicos asociados a la enfermedad en esas fases y puedan acceder a la terapia psicológica en caso de ser necesario.
3. Que tanto el paciente como el cuidador, puedan acceder a lo largo de todo el proceso de atención, a la información para el reconocimiento de las manifestaciones clínicas, psicológicas y neuro-psiquiátricas de la enfermedad en sus diversas fases.
4. Que los pacientes puedan acceder a programas y técnicas relacionadas con la resolución de problemas, afrontamiento del estrés, terapia de pareja,...
5. Que el propio paciente y su familia esté informado sobre la posibilidad de recaídas a lo largo de todo el proceso con el objetivo de prevenir y detectar cuanto antes.
6. Que el paciente se sienta apoyado para realizar reajustes personales ante los cambios de tratamientos.
7. Que el paciente y su familia pueda acceder al apoyo psicológico para aprender a desarrollar estrategias que le permitan afrontar las nuevas circunstancias.
8. Que el cuidador esté informado sobre la sintomatología psicológica que puede presentar él también a lo largo de todo el proceso, dándole la posibilidad de que acuda a atención psicológica, individual o grupal, si lo necesita.

METODOLOGÍA

Las sesiones son individuales y son de 1 hora de duración.

Todos los pacientes por tanto, reciben atención individual, en sesiones de 1 hora de duración, tratando aspectos personales, familiares, sociales y de la propia enfermedad, según las circunstancias de cada paciente y ámbito familiar. Así mismo, cuando aparecen conflictos de pareja o de comunicación con el familiar o cuidador, se plantean sesiones compartidas entre el enfermo y el cuidador.

Las sesiones se han llevado a cabo, tanto en el centro de Leganés, como en el centro de Alcorcón, siempre de la misma manera.

INTERVENCIÓN

En las primeras sesiones, generalmente 3 sesiones:

1. Entrevista inicial:
 - recogida de datos, informes hospitalarios y estado clínico (fase de la enfermedad)
 - recogida de información sobre el estado del paciente en todas las áreas: personal, familiar y social.
2. Valoración psicológica: valoración de depresión y ansiedad entre otros trastornos que pueden afectar a estos enfermos.
3. Incorporación del paciente a los talleres y seguimiento de su adaptación a las terapias y los grupos.

En sesiones sucesivas:

En función de las circunstancias y características que rodean al enfermo y al familiar del mismo, se decide la modalidad de atención: semanal, mensual, trimestral, semestral.

El seguimiento más habitual y con el objetivo de realizarlo a todos los enfermos, es el mensual durante todo el año, de este modo se puede realizar una evaluación y seguimiento más continuado a todos los pacientes

La modalidad de atención dependerá principalmente:

- De la valoración de la fase en la que se encuentra el paciente, en cuanto al nivel de aceptación de la enfermedad, tanto el paciente como su familia, y por tanto, según el estado de ánimo que presente.
- De la información que el paciente y la familia tengan sobre aspectos de la enfermedad.
- De la presencia de trastornos psicológicos y dificultades familiares y sociales.
- Del apoyo social que tengan.

En las sesiones a lo largo del año:

- El objetivo es la actualización de datos clínicos y psicológicos de forma continuada.
- Tratamiento de trastornos psicológicos que puedan estar presentes en cualquier momento de la evolución de la enfermedad.

- Aprendizaje de estrategias y manejo de dificultades personales, familiares y sociales.

Ante recaídas

En caso de empeoramiento de la enfermedad y gravedad, se trata de realizar un seguimiento semanal, siempre con la colaboración de la familia.

BENEFICIARIOS

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA DESDE EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

Las personas atendidas en el servicio de psicología de la Asociación Parkinson APARKAM presentan las siguientes diferencias en cuanto a su diagnóstico:

PARKINSON IDIOPÁTICO	OTROS PARKINSONISMOS
76,5 %	23,45%

Las personas atendidas en el servicio de psicología de la Asociación Parkinson APARKAM presentan además otros trastornos asociados a la enfermedad. A continuación se detallan los porcentajes de afectación de dichos trastornos:

Trastornos de ansiedad	Trastornos del estado de ánimo	Trastorno de control de impulsos	Trastornos psicóticos	Deterioro cognitivo	Trastorno de personalidad
53,08%	46,9%	8,64%	22,2%	16,049%	3,7%

RESULTADOS OBTENIDOS

En cuanto a nº de horas y personas atendidas

- Se han realizado 185 horas de atención individual en el centro de Leganés y 185 horas de atención individual en el centro de Alcorcón. En total se han impartido 370 horas de atención psicológica individual a lo largo del año 2012.
- En ese tiempo se ha atendido a un número de 81 pacientes enfermos de Parkinson.
- Se ha realizado el seguimiento de, al menos, 1 familiar o cuidador por cada enfermo, por lo que se ha atendido aproximadamente un número igual de familiares que de pacientes, 81 también.

Resultados por objetivos

1. Se ha informado en el 100% de los casos, a los pacientes de diagnóstico reciente sobre posibles trastornos psicológicos asociados a la enfermedad por lo que han accedido a la terapia psicológica lo antes posible y han sido valorados, diagnosticados y atendidos en su totalidad en el momento de presentarlos.
2. Se ha informado en el 100% de los casos, a los pacientes moderadamente afectados y severamente afectados, sobre posibles trastornos psicológicos asociados a la enfermedad en esas fases por lo que han accedido a la terapia psicológica en el momento de presentarlos y han sido valorados, diagnosticados y atendidos en su totalidad.
3. Se ha informado en el 80% de los casos, tanto al paciente como al cuidador, sobre el reconocimiento de las manifestaciones clínicas, psicológicas y neuro-psiquiátricas de la enfermedad en sus diversas fases y han sido abordadas de manera individual todas las cuestiones relacionadas en el momento de presentarlas.
4. Se han desarrollado de forma individual, al menos en el 75 % de los casos, programas y técnicas psicológicas relacionadas con la resolución de problemas, afrontamiento del estrés, terapia de pareja,...
5. Se ha conseguido que en el 100% de los casos, el propio paciente y su familia esté informado sobre la posibilidad de recaídas a lo largo de todo el proceso con el objetivo de prevenir y detectar cuanto antes, siendo valorados y atendidos todos los casos en esos momentos en terapia individual y familiar.
6. Al menos en el 95% de los casos, los pacientes han accedido a apoyo psicológico para realizar reajustes personales ante los cambios de tratamientos. En la totalidad de los casos, la intervención ha mejorado la situación personal del paciente.
7. En el 80% de los casos, el paciente y su familia ha accedido al servicio de apoyo psicológico para aprender a desarrollar estrategias que le permitan afrontar las nuevas circunstancias. Al menos en la mitad de los casos los resultados han sido positivos.
8. En el 95% de los casos, se ha informado al cuidador sobre la sintomatología psicológica que puede presentar él también a lo largo de todo el proceso, y se le ha dado la posibilidad de atención psicológica, individual o grupal, si lo ha necesitado. Al menos el 50% ha utilizado este recurso y ha sido atendido especialmente en sesión grupal.

VALORACIÓN PERSONAL:

Con los enfermos de Parkinson, se observa cómo, tanto a nivel de terapia personal como de grupo, se puede facilitar y mejorar el bienestar personal de los mismos, de igual modo se consigue con el apoyo a los cuidadores.

ESTIMULACIÓN COGNITIVA

PSICÓLOGA Y ESTIMULADORA COGNITIVA: Soledad Castellón Catalán



JUSTIFICACIÓN

El motivo fundamental que da sentido a la terapia es el **tratamiento de posibles trastornos cognitivos** que se manifiestan como consecuencia de la evolución de la enfermedad y por tanto de la alteración de los circuitos dopaminérgicos, así como del propio envejecimiento de la persona.

OBJETIVOS

Desde el área de la psico-estimulación se trata de realizar rehabilitación cognitiva atendiendo a la sintomatología específica de estos pacientes y las dificultades que presentan en cuanto:

- Atención y enlentecimiento en el procesamiento de la información
- Dificultades de memoria
- Dificultades en las funciones visuo-espaciales y perceptivas
- Dificultades en las funciones ejecutivas
- Dificultades en el lenguaje

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que los pacientes potencien la actividad mental a través de actividades cognitivas específicas y con material específico.
2. Que mejoren o mantengan la capacidad de atención, muy afectada en estos pacientes, a través de tareas específicas. En este sentido, no solo se estimula la atención sostenida, sino también la atención selectiva y dividida.
3. Que mejoren o mantengan resultados positivos en el procesamiento de la información y la actividad mental, ya que en estos pacientes existe la posibilidad de desarrollar bradifrenia como síntoma clave del deterioro cognitivo.
4. Que a través de ejercicios de rehabilitación mejoren o mantengan la memoria de trabajo y la memoria declarativa también muy afectadas en estos enfermos.
5. Que mejoren o mantengan las funciones visuo-espaciales a través de actividades que se refieren a identificar espacio y posición.

6. Que mejoren o mantengan las funciones visuo-perceptivas a través de actividades que se refieren a la identificación de objetos y personas.
7. En cuanto a la rehabilitación de las funciones ejecutivas, las más importantes que se deben trabajar son formulación, planificación, secuenciación y autorregulación a la hora de resolver un problema, y que están alteradas también en este tipo de pacientes.
8. Que los pacientes potencien la actividad mental y el entrenamiento cognitivo, manteniendo las actividades de la vida diaria y actividades lúdicas mientras sea posible, estimulando así mismo, funciones cognitivas aún no afectadas.

METODOLOGÍA

Todos los pacientes que acuden a la Asociación reciben atención en grupo, en sesiones de una hora de duración. Se han realizado actividades de psico-estimulación cognitiva: atención, concentración, memoria, cálculo,...

HORARIOS:

A lo largo del año 2012, se han impartido talleres de psico-estimulación en el centro de Leganés y en el centro de Alcorcón.

En Leganés, las sesiones de terapia en grupo se han impartido todos los lunes y han sido de 45 minutos de duración cada uno, por lo que se ha destinado 2,15 horas a talleres cada lunes.

En Alcorcón, las sesiones de terapia en grupo se han impartido todos los miércoles y han sido de una hora de duración cada uno, por lo que se ha destinado 3 horas a talleres cada miércoles.

Finalmente se han dedicado 5,15 horas a la semana al taller de psico-estimulación.

GRUPOS:

De esta manera, en el año 2012, se ha trabajado finalmente con 6 grupos en ambas poblaciones, que han ido variando en función del estado de los enfermos.

Se ha tratado de que cada grupo no supere un máximo de 15 personas.

Cada grupo ha incluido a personas con características lo más homogéneas posibles en lo que se refiere a nivel cognitivo: capacidad de atención, concentración, memoria y razonamiento.

GRUPOS 1, Leganés-Alcorcón:

Formado por 10 pacientes en Leganés, que han recibido atención todos los lunes, y formado por 12 pacientes en Alcorcón, que han recibido atención todos los miércoles.

Ambos grupos están constituidos por pacientes en el ESTADIO I y II de la enfermedad.

Personas que empiezan a apreciar sus dificultades a nivel de retención de datos, de manipulación y motricidad fina y sus consecuencias en la grafía, así como dificultades en la atención y concentración.

GRUPOS 2, Leganés-Alcorcón:

Formado por 11 pacientes en Leganés, que han recibido atención todos los lunes, y formado por 15 pacientes en Alcorcón, que han recibido atención todos los miércoles.

Ambos grupos están constituidos por pacientes en ESTADIO II- III de la enfermedad.

Personas con dificultades motoras, dificultades en el equilibrio, así como temblor, dolor y mayor sensación de fatiga.

GRUPOS 3, Leganés- Alcorcón:

Formado por 10 pacientes en Leganés, que han recibido atención todos los lunes, y formado por 2 pacientes en Alcorcón, que han recibido atención todos los miércoles.

Ambos grupos están constituidos por pacientes en ESTADIO III-IV de la enfermedad.

Se trata de pacientes muy dependientes, que necesitan mucha ayuda en la realización de las actividades en terapia, debido a que presentan importantes dificultades motoras y cognitivas muy manifiestas, así como grandes dificultades de comunicación.

INTERVENCIÓN:

El método de trabajo es a través de actividades de mesa y la diferencia entre los grupos radica en el diferente grado de dificultad de las actividades, así como en la ayuda que se administra para realizarlas.

Todas las actividades se trabajan en grupo, estableciendo como objetivo principal la **participación activa** de todos. Para cada actividad se establece un tiempo determinado en el cual el paciente elabora y resuelve la tarea, para después realizar una puesta en común en el grupo.

TIPO DE ACTIVIDADES:

1. actividades a través de las cuales se trabaja la atención y concentración
2. actividades a través de las cuales se trabaja la memoria inmediata y a corto plazo, así como el reconocimiento de formas y personas.
3. actividades a través de las cuales se trabaja el lenguaje: expresión y comprensión.
4. actividades a través de las cuales se trabaja la capacidad de razonamiento.
5. actividades a través de las cuales se trabaja el cálculo matemático y la lógica.

6. actividades a través de las cuales se trabaja la motricidad fina.
7. actividades a través de las cuales se trabajan las funciones ejecutivas y de resolución de problemas.

MATERIAL:

Ejercicios de Estimulación Cognitiva. Son ejercicios de administración individual, y clasificados en 4 niveles de dificultad, según el grupo.

Material de psicomotricidad fina: pinturas y tijeras.

Otros materiales: como libros, periódicos, puzzles, rompecabezas, pasatiempos...

RESULTADOS OBTENIDOS:

A lo largo del año 2012, se han dedicado 85 horas al taller en el centro de Leganés y 117 horas en el centro de Alcorcón, en total 202 horas dedicadas a los talleres de psico-estimulación.

El número de personas atendidas a la semana ha aumentado en el último trimestre a 61.

GRUPOS 1, Leganés-Alcorcón:

Ambos grupos integrados por personas autónomas y con altos niveles de motivación. A pesar del enlentecimiento y las dificultades cognitivas y motoras que se empiezan a apreciar, necesitan escaso nivel de ayuda. El rendimiento del grupo es aceptable y se espera se mantenga esta situación el mayor tiempo posible.

- 1) En el 80% de los casos han mejorado y/o mantenido la capacidad de atención, afectada en estos pacientes en un nivel más leve.
- 2) En el 80% de los casos han mejorado o mantenido resultados positivos en el procesamiento de la información y la actividad mental.
- 3) En el 80% de los casos, a través de ejercicios de rehabilitación han mejorado y/o mantenido resultados positivos referidos a memoria de trabajo y memoria declarativa.
- 4) En el 80% de los casos han mejorado y/o mantenido resultados positivos en actividades relacionadas con funciones visuo-espaciales, actividades que se refieren a identificar espacio y posición.
- 5) En el 80% de los casos, han mejorado y/o mantenido resultados positivos en actividades relacionadas con funciones visuo-perceptivas, actividades que se refieren a la identificación de objetos y personas.
- 6) En cuanto a la rehabilitación de las funciones ejecutivas, las más importantes que se han trabajado son formulación, planificación secuenciación y autorregulación a la hora de resolver un problema, y en el 80% de los casos los resultados positivos de igual manera, se mantienen o mejoran

GRUPOS 2, Leganés-Alcorcón:

Ambos grupos integrados por personas menos autónomas en lo referente a movilidad fina y gruesa, y con problemas sensoriales, de visión o de audición.

Debido al enlentecimiento más acusado a la hora de resolver las tareas y las dificultades cognitivas y motoras más acusadas también, estas personas necesitan un nivel de ayuda mayor y los tiempos de ejecución son más amplios. A pesar de ello, el rendimiento del grupo es aceptable, dado que el nivel de motivación, aunque es más variable también es alto.

- 1) En el 50% de los casos han mejorado y/o mantenido la capacidad de atención, afectada en estos pacientes en un nivel más moderado.
- 2) En el 50% de los casos han mejorado o mantenido resultados positivos en el procesamiento de la información y la actividad mental.
- 3) En el 50% de los casos, a través de ejercicios de rehabilitación han mejorado y/o mantenido resultados positivos referidos a memoria de trabajo y memoria declarativa, afectada en estos pacientes en un nivel más moderado.
- 4) En el 50% de los casos han mejorado y/o mantenido resultados positivos en actividades relacionadas con funciones visuo-espaciales, actividades que se refieren a identificar espacio y posición.
- 5) En el 50% de los casos, han mejorado y/o mantenido resultados positivos en actividades relacionadas con funciones visuo-perceptivas, actividades que se refieren a la identificación de objetos y personas.
- 6) En cuanto a la rehabilitación de las funciones ejecutivas, las más importantes que se han trabajado son formulación, planificación secuenciación y autorregulación a la hora de resolver un problema, y en el 50% de los casos los resultados positivos de igual manera, se mantienen o mejoran

GRUPOS 3, Leganés-Alcorcón:

Ambos grupos integrados por personas con deterioro cognitivo más severo, en algunos casos con diagnóstico de demencia asociada. Así mismo, el deterioro motor está muy avanzado, por lo que en estos casos el paciente necesita una atención más personalizada en lo que se refiere a actividades, ayudas y tiempos.

Son personas, en algunos casos, muy dependientes y en muchas ocasiones, con escaso nivel de motivación, por lo que los resultados no se mantienen en el tiempo tanto como se desearía.

A pesar de ello, en muchos casos, el objetivo es mantenerles en el grupo por las consecuencias deseables que ejerce el grupo sobre ellos.

- 1) En el 20% de los casos han mejorado y/o mantenido la capacidad de atención, afectada en estos pacientes en un nivel más severo.
- 2) En el 20% de los casos han mejorado o mantenido resultados positivos en el procesamiento de la información y la actividad mental, afectada en estos pacientes en un nivel más severo.

- 3) En el 20% de los casos, a través de ejercicios de rehabilitación han mejorado y/o mantenido resultados positivos referidos a memoria de trabajo y memoria declarativa, afectada en estos pacientes en un nivel muy severo.
- 4) En el 20% de los casos han mejorado y/o mantenido resultados positivos en actividades relacionadas con funciones visuo-espaciales, actividades que se refieren a identificar espacio y posición.
- 5) En el 20% de los casos, han mejorado y/o mantenido resultados positivos en actividades relacionadas con funciones visuo-perceptivas, actividades que se refieren a la identificación de objetos y personas.
- 6) En cuanto a la rehabilitación de las funciones ejecutivas, las más importantes que se han trabajado son formulación, planificación secuenciación y autorregulación a la hora de resolver un problema, y en el 20% de los casos los resultados positivos de igual manera, se mantienen o mejoran

CONCLUSIÓN:

El taller de psico-estimulación, por tanto, pretende el beneficio personal de cada uno de los pacientes, no solo en cuanto a su mantenimiento activo en la terapia, sino también en cuanto a la adquisición de hábitos y estrategias fuera de ella.

Por otro lado, pretende también dar respuesta a la necesidad de una red afectiva que muchos pacientes no tienen de otra manera, y esto se satisface en cuanto a la oportunidad de socialización que aporta el grupo.

MUSICOTERAPIA

MUSICOTERAPEUTA: *Jessica I. Terán Sosa*



JUSTIFICACIÓN

La musicoterapia trata de desarrollar y /o restaurar las funciones potenciales del individuo para que él o ella puedan lograr una mejor integración intra o interpersonal y, por consiguiente, una mejor calidad de vida, gracias a un proceso terapéutico de prevención o rehabilitación. (Federación Mundial de Musicoterapia en su 9º Congreso en Hamburgo, 1996)

Se conoce que los síntomas de la Enfermedad de Parkinson (EP) repercuten en muchos aspectos de la vida: en sus relaciones familiares, en el autoestima del paciente, y en su entorno general; estos síntomas que se mencionan anteriormente se refieren a lo observado en el campo emocional, cognitivo, social y físico, entre los físicos se pueden mencionar: la lentificación de movimiento (Bradicinesia), temblores que se presentan en diferente partes del cuerpo, rigidez, trastornos de la postura y trastornos del reflejo. En cuanto a los aspectos psicológicos o emocionales presentan las características de un trastorno del estado de ánimo y muestran signos de ansiedad, pérdida de la capacidad de concentración, apatía (Lees, Smith 1983).

En cuanto a los síntomas cognitivos se detectan alteraciones cómo: Demencia, depresión, ansiedad, alucinaciones, problemas de conducta. En este apartado podemos hablar de Bradipsiquia, que se refiere al enlentecimiento del proceso de información. Además se observa un déficit en la atención, la falta de iniciativa, tomar decisiones, dificultad para reconocer caras u orientarse en sitios.

Estudios realizados demuestran que la musicoterapia es una herramienta eficaz para facilitar el movimiento en la EP; trabajar con diferentes ritmos mantiene las capacidades del movimiento funcional de los pacientes y propicia estados de satisfacción personal que llevarán a un adecuado estado emocional. La musicoterapia llena diferentes aspectos de la vida del paciente con EP, uno de ellos es que le permite compartir en grupo, sus ilusiones y miedos, expresar a través de canciones sus estados de ánimos, recordar momentos, relajarse ante situaciones y estimular la creatividad.

En las sesiones de musicoterapia se busca el encuentro entre la música (sonido), el paciente y el musicoterapeuta de esta manera se crean la posibilidad de trascender las historias que detienen el flujo natural del crecimiento personal.¹ Y así el paciente puede trabajar desde sus potencialidades, en diferentes áreas lo físico, cognitivo permitiendo un clima de confianza para lo emocional y social.

Lo que se pretende es trabajar desde un punto de vista humanista la musicoterapia, que abordará los siguientes objetivos:

OBJETIVOS GENERALES

- Ejercitar la movilidad y coordinación física
- Promover la expresión emocional
- Propiciar las relaciones interpersonales e intrapersonales

¹ Muñoz Pólit, V. (2008). *"Musicoterapia Humanista: Un modelos de psicoterapia musical"*. [En red] Disponible: [http://www.musicoterapias.com/img LAMUSICOTERAPIAHUMANISTA porVICTORMUNOZ.pdf](http://www.musicoterapias.com/img/LAMUSICOTERAPIAHUMANISTA%20porVICTORMUNOZ.pdf). (Consulta: 10 de septiembre 2010)

- Valorar las capacidades rítmicos melódicas grupales y personales

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Físicos

- Internalizar el ritmo y aplicarlo a la movilidad general (reeducación de la marcha, coordinación y conciencia corporal)
- Practicar técnicas que involucren la articulación y el volumen de la voz

Cognitivos

- Estimular la creatividad y la imaginación
- Mantener la atención centrándose en el “aquí y el ahora”

Sociales

- Potenciar las relaciones y habilidades sociales. (Autoestima, escucha activa, comunicación, toma de decisiones)
- Evitar el aislamiento fortaleciendo las relaciones intragrupal

Emocionales

- Facilitar la relajación individual y grupal
- Brindar momentos de diversión y buen humor.

Estos objetivos se trabajaran en conjunto tocando lo emocional, social, físico y cognitivo todas las sesiones. Los participantes para las sesiones de musicoterapia serán agrupados por dificultad de movimiento o por mayor o menor grado de deterioro cognitivo (esta clasificación es flexible de acuerdo a las características individuales y situación socio afectiva). Así se propone dividir en 3 grandes grupos, para trabajar los objetivos anteriores.

Por el aumento de pacientes que asistían desde la zona de Leganés se han redistribuido algunos pacientes y se han formado nuevos grupos por los socios que se han unido, para ellos los objetivos Generales se mantiene, pero los OBJETIVOS ESPECÍFICOS, son los siguientes:

Físico:

- Ejercitar la movilidad general
- Fomentar la conciencia corporal

Cognitivo:

- Estimular la creatividad y la imaginación
- Mantener la atención centrándose en el “aquí y el ahora”

Sociales:

- Fomentar la cohesión grupal con la ayuda de la música
- Evitar el aislamiento fortaleciendo las relaciones intragrupalas

Emocionales:

- Valorar los aspectos positivos de sí mismos
- Brindar momentos de diversión y buen humor.

En esta sede de la asociación contamos con tres grupos. Los participantes para las sesiones de musicoterapia serán agrupados por dificultad de movimiento o por mayor o menor grado de deterioro cognitivo (esta clasificación es flexible de acuerdo a las características individuales y situación socio afectiva).

METODOLOGÍA

Tomando en cuenta estos elementos se plantea una sesión de musicoterapia con la siguiente propuesta:

1.- **Bienvenida, inicio de sesión:** se comienza con movilización para centrar la atención en el aquí y ahora. Permite movilizar y flexibilizar el cuerpo e incorporar el ritmo a la marcha. Preferentemente con una música bastante conocida por los pacientes, se incorpora el balanceo de brazos, desplazamientos por el espacio, lo que se puede llamar un primer contacto físico. Para algunos de los grupos se incluye una parte de estiramiento corporal.

2.- **Reeducación de la marcha y/o expresión corporal:** se da en función del estado de los pacientes, se busca concienciar el caminar y las posturas físicas.

Las actividades planteadas en esta etapa, se describen en caminar balanceando los brazos, llevar un pulso constante en el andar, parar y reiniciar la marcha. Con el grupo más afectado realizamos ejercicios de estiramiento y movilización lenta de la musculatura, y la toma de conciencia del esquema corporal.

Dentro de este apartado, también ejercitamos la imaginación y la relajación con ayuda de visualizaciones; se busca el control de la respiración primeramente y luego ir relajando poco a poco el cuerpo. La música es importante ya que le permitirá entrar en un mundo de ensoñación

Se busca que estimulen sus recuerdos y emociones con la ayuda de músicas del mundo, bandas sonoras de películas o piezas clásicas. En todo caso, son seleccionadas en función de

los objetivos de cada sesión, que se establecen a partir de las necesidades y los recursos de cada momento.

3.- **Parte Instrumental:** Dentro de estas actividades, se realizan improvisaciones con los instrumentos, se pueden plantear improvisaciones referenciales o no referenciales.

4.- **La Voz:** se emplean diferentes canciones con apoyo de letra o no, dónde se ejercita la memoria y la atención, también se busca la rehabilitación de la respiración y los aspectos fonatorios.

Para estimular la memoria y trabajar la articulación y proyección vocal se trabaja el cantar en grupo o de manera individual. En algunas ocasiones se acompaña la interpretación de canciones con instrumentos, se busca que lleven un pulso y busquen un ritmo que pueda acompañar las canciones interpretadas.

5.- **Actividades de Baile:** el baile es un recurso importante para los pacientes, porque les permite realizar desplazamientos, tomar conciencia corporal y divertirse, partiendo de habilidades que aún conservan. La música ofrece una base sobre la cual el paciente intentará acompañar los pasos y los movimientos.

Se puede mencionar que las actividades de baile están diseñadas para que practiquen coreografías, dónde se repiten esquemas aprendidos con anterioridad y se crean nuevos pasos, además practican formas de desplazarse. Estimulando de esta manera la creatividad y fortaleciendo lazos grupales al realizar actividades conjuntas.

6.- **Actividad de cierre:** Para Bruscia (1999), el cierre tiene varios objetivos o funciones que son: “consolidar la experiencia terapéutica dentro de la sesión, revisar lo ocurrido durante la sesión, señalar lo logrado (...) o establecer objetivos para la siguiente sesión. (p.383)”

En el momento final de la sesión, se abren espacios para la verbalización o reflexión, la repetición de una propuesta anterior que haya gustado o un trabajo que englobe todo lo anterior. Lo que se busca es un cierre afectivo y cognitivo de la sesión.

TÉCNICAS MUSICOTERAPÉUTICAS

- ▶ Técnicas receptivas: Relajación escuchando fragmentos musicales
- ▶ Técnicas Activas: Memoria Musical
- ▶ Técnicas de Improvisación: Referencial y No Referencial; Activa o Pasiva.
- ▶ Canto libre y dirigido
- ▶ Danzas en grupos, individuales, en parejas

MATERIALES

Instrumentos: los instrumentos se reparten para cada paciente.

- De cuerda: Guitarra: usados primordialmente por la musicoterapeuta
- De percusión menor: clave, castañuelas, palo de lluvia, tambor, platillos pequeños, panderetas, panderos, triángulos, maracas.
- De viento: Flauta dulce, ocarina

Otros Materiales: Aros, pañuelos, globos, cuerdas (estos materiales permiten la movilización y colaboran en el trabajo físico que se realiza) Por otra parte también se utilizará: un equipo reproductor, cd`s de músicas variadas.

EVALUACIÓN

La evaluación se realizó de manera grupal, bajo los indicadores propuestos en los Objetivos Específicos, la cual se arrojará de manera cualitativa y cuantitativa, en relación con los grupos que asisten a la sede de Alcorcón y Leganés. Primeramente se muestra una relación de la asistencia de los pacientes que realizaron la terapia y su relación con el número de horas.

Sede	Nº de Horas	Grupo	Nº de participantes	Porcentaje de asistencia
Alcorcón	2 semanales	1	13	70%
Alcorcón	2 semanales	2	12	60%
Alcorcón	2 semanales	3	6	70%

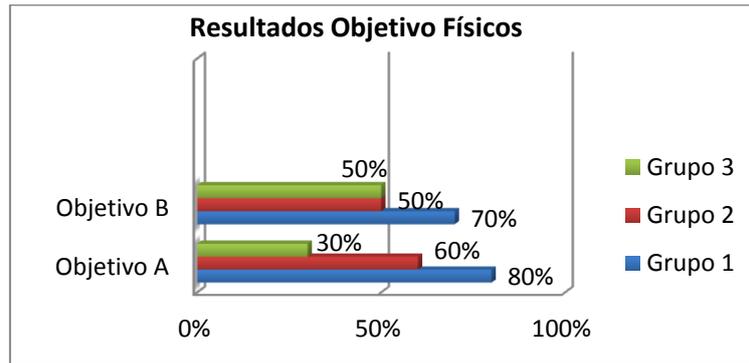
Sede	Nº sesiones	Grupo	Nº de participantes	Porcentaje de asistencia
Leganés	2 sesiones de 45 min	1	9	80%
Leganés	2 sesiones de 45 min	2	9	80%
Leganés	2 sesiones de 45 min	3	14	70%

RESULTADOS POR OBJETIVOS (Alcorcón)

A continuación se muestra los resultados expresados en gráficos en relación a las conductas ante los estímulos musicales o rítmicos, en el grupo y los objetivos específicos que trabajan el estado emocional y físico. Primeramente se mostrará los resultados obtenidos para la población de estudio en Alcorcón.

Físicos

- Internalizar el ritmo y aplicarlo a la movilidad general (reeducación de la marcha, coordinación y conciencia corporal)
- Practicar técnicas que involucren la articulación y el volumen de la voz

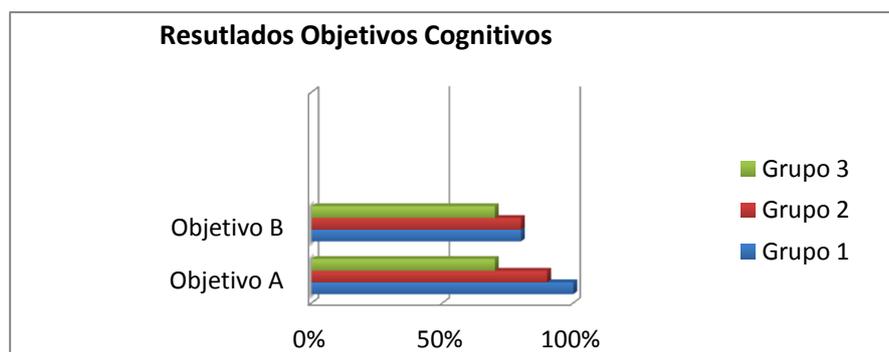


Como se muestra en el gráfico el trabajo de internalizar el ritmo y aplicarlos a la movilidad, fue alcanzado con mayor éxito por el grupo 1, con un 80%, es cierto que éste grupo presenta poco deterioro físico y puede moverse con mayor destreza, en cuanto a los grupos 2 y 3, con un resultado 60 y 30 por ciento respectivamente, el deterioro es mayor y responden a las actividades desde sus capacidades y habilidades.

Por otra parte observamos el Objetivo B, que refiere a la articulación y volumen de voz, como muestra el gráfico, para ninguno de los grupos se alcanza con éxito, durante este año 2011 – 2012, se ha observado un deterioro de la proyección vocal en todos los grupos, por ello, se muestra el grupo 1 con un 70%, el grupo 2 con un 50% al igual que el grupo 3. Esto lleva a plantearse nuevas actividades para el próximo periodo que pueda estimular dicha área.

Cognitivos

- Estimular la creatividad y la imaginación
- Mantener la atención centrándose en el “aquí y el ahora”



En el gráfico se observa el trabajo de los objetivos del área cognitiva, para el Objetivo A, que se relaciona con la creatividad y la imaginación, el grupo 1, lo logra con facilidad por sus características grupales están mucho más dispuestos y prestos a las actividades, se le dificultad un poco más al grupo 2, que se representa con el 80%, ya que en este grupo encontramos pacientes con un leve deterioro cognitivo lo cual no le permite el logro del objetivo plenamente, por otra parte el grupo 3, con un 60% son pacientes en niveles avanzados de la

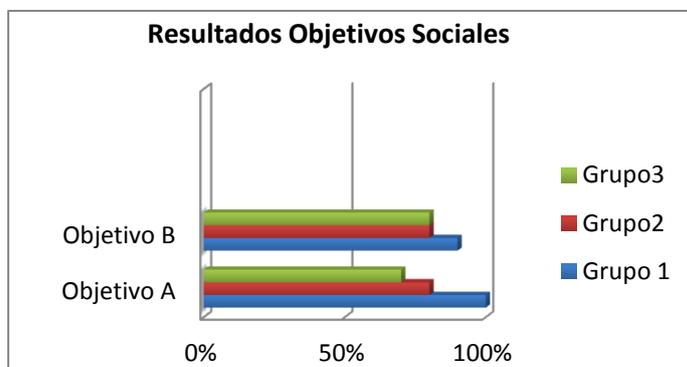
enfermedad y por ellos tienden a centrarse en aspectos físicos y no logran relajarse o estimular la imaginación

Para el Objetivo B, que está directamente relacionado con el Objetivo A, se muestran resultados parecidos a los anteriormente expuestos, a excepción de una visible diferencia en el grupo 1, con un 80%, se observó durante las actividades que es complejo el centrarse en el “aquí y el ahora” es un aspecto que se debe seguir trabajando para el próximo periodo, para el Objetivo B en el grupo 2 se llega con un 80% esto tiene que ver con el deterioro cognitivo de algunos pacientes y algún caso de demencia para este grupo, finalmente el grupo 3 muestra un 70% que refleja el deterioro general en el que se encuentra la mayor parte del grupo.

Sociales

- Potenciar las relaciones y habilidades sociales. (Autoestima, escucha activa, comunicación, toma de decisiones)
- Evitar el aislamiento fortaleciendo las relaciones intragrupal

En lo social los grupos en líneas generales se desenvuelven correctamente, existe casos particulares que demuestran poca autoestima o escasa escucha activa, pero son casos concretos que son atendidos por la psicólogo de la institución. Por ello se presenta el gráfico de la siguiente manera en el grupo 1, el Objetivo A, se alcanza al 100%, para el grupo 2 en un 80% y el grupo 3 con un 70% en los grupos que es menor el porcentaje también influye cierto deterioro vocal, rigidez facial, hipofonía que no permite una adecuada comunicación.

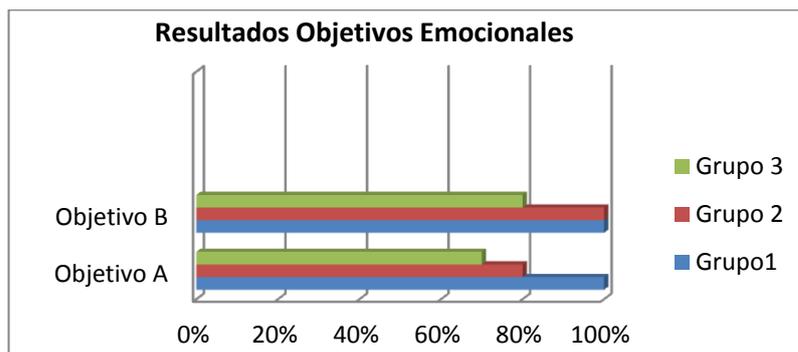


Para el Objetivo B, se observa a los grupos con muy buenas relaciones intergrupales, que permiten una expresión abierta de sentimientos y un respeto mutuo por los miembros en general, es por ello que se observa el grupo 1 con 80% y el grupo 2 y 3 con un 70%, se observa una colaboración

desinteresada en los grupo 2 y 3, pero para estos mismos grupo por su proceso vital y de la enfermedad en algunos momentos también se observa aislamiento en algunos de sus miembros.

Emocionales

- Facilitar la relajación individual y grupal
- Brindar momentos de diversión y buen humor.



Como se aprecia en el gráfico, los objetivos emocionales favorecen con éxito al grupo 1, gracias a la medicación y el tratamiento terapéutico integral logran sopesar los momentos de depresión y angustia, característica de algunos pacientes, propio de la enfermedad, como ocurre para los grupos 2 y 3 los momentos de diversión se han visto afectados por los efectos de su estado avanzado de la enfermedad, se busca que a través de la relajaciones grupales proporcionar al grupo, pequeños momentos de distracción.

Para éste período de 2011 – 2012 se ejecutaron actividades de forma conjunta con Terapia Ocupacional y de esta manera se buscó establecer nexos con otras terapias y actividades mucho más lúdicas para explorar diferentes momentos de buen humor y diversión, la actividad fue altamente motivadora y se planean otras actividades para el próximo año.

RESULTADOS POR OBJETIVOS (Leganés)

Físico:

- Ejercitar la movilidad general
- Fomentar la conciencia corporal



En el gráfico anterior, se observan los Objetivos Físico que se trabajaron con los grupos de la sede de Leganés, al igual que en Alcorcón existen tres grupos, divididos por grado de afectación de la enfermedad.

Como se muestra en la imagen, el grupo 1 alcanzó con el 100% el objetivo de movilidad, por sus características se pudo realizar diferentes actividades con movimientos y reeducación de

la marcha, bajo diferentes estímulos rítmicos y sonoros, la conciencia corporal debemos seguir ejercitándola ya que sólo obtuvo un 80%.

Para los grupos 2 y 3, cuyas características física están mucho más afectadas por el avance de la Enfermedad de Párkinson y otras dolencias propias de la edad, se trabajó diferentes actividades y su resultado se refleja con el 70% y 60% respectivamente para cada grupo, en cuanto al Objetivo B y su conciencia corporal, se ha trabajado de manera diferentes y así se observa un 80% y 70% para los grupos.

Cognitivo:

- Estimular la creatividad y la imaginación
- Mantener la atención centrándose en el “aquí y el ahora”



Para este Objetivo las actividades centradas en estimular la imaginación y la creatividad en el grupo 1, alcanzaron un 90% de efectividad a diferencia de los grupos 2 y 3 con un 80% y 70%, al igual que en los grupos de Alorcón estos grupos presentan algunos pacientes con deterioro cognitivo, por lo cual se ve reflejado en su atención y concentración al momento de realizar las actividades y consecución de objetivos.

Para el Objetivo B, todos los grupos han estado mucho más atentos y centrados, contando con un pequeño porcentaje de diferencia entre los grupos 1 y 2 con respecto al 3.

Sociales:

- Fomentar la cohesión grupal con la ayuda de la música
- Evitar el aislamiento fortaleciendo las relaciones intragrupalas

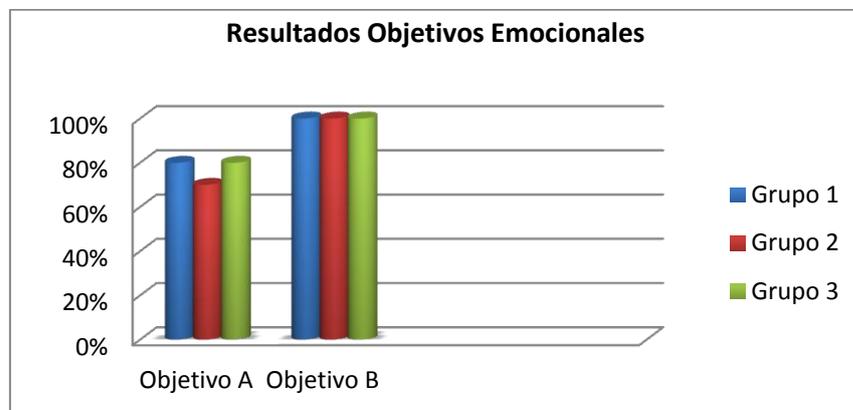


Como se observa en el gráfico anterior los grupos han demostrado que socialmente logran con éxito los objetivos planteados, se observan características conductuales en todos los grupos como ayuda desinteresada, escucha activa y respeto por las opiniones en el grupo.

De esta manera se muestra al Grupo 1 con un porcentaje del 100% para el Objetivo A, y un 90% para el Objetivo B, el aislamiento se presenta en pacientes con un avanzado estadio de la enfermedad. Para el Grupo 2 y 3 los resultados sociales están relacionados con un 80% y 90% para los Objetivos A y B respectivamente.

Emocionales:

- Valorar los aspectos positivos de sí mismos
- Brindar momentos de diversión y buen humor.



Para los Objetivos Emocionales como se observa en el gráfico se alcanzó con mayor porcentaje el Objetivo B, por otra parte se muestra el Objetivo A, sobre la valoración positiva de sí mismo, no se alcanzó completamente en ningún grupo, el proceso individual influye notablemente en este objetivo, se ha propiciado momentos de relajación y se estimula el expresar sentimientos, pero en las verbalizaciones se escucha poca aceptación de la enfermedad y negación de las consecuencias del avance de la edad.

Al igual que para los grupos de Alorcón, se planificó un día de actividades conjunta con Terapia Ocupacional, para establecer nexos y realizar actividades interdisciplinarias, los resultados obtenidos para esa sesión han arrojado resultados positivos sobre todo para esos momentos de diversión y buen humor, se ha trabajado diferentes actividades relacionadas a cada terapia y se refleja en la actitud positiva de cada paciente.

CONCLUSIONES

Durante este nuevo período 2011 – 2012, se observan y analizan los resultados obtenidos tanto cualitativamente como cuantitativamente, de este análisis se puede extraer como conclusiones que se debe seguir aplicando nuevas técnicas para ayudar a la proyección y articulación vocal, ya que la musicoterapia puede ayudar a mejorar este aspecto de la enfermedad.

El trabajo interdisciplinario ha traído consecuencias positivas tanto individual como grupalmente, se observa que una planificación conjunta de actividades proporciona al paciente una aplicación real para las actividades realizadas en la asociación. Al igual que los pacientes pueden observar y percibir el trabajo en equipo que ejecutan las diferentes terapeutas y así formar parte.

En cuanto al área de Musicoterapia, es mucho más efectivo el trabajo con la música de cada paciente ya que ayuda a la estimulación de recuerdos y fomenta momentos de buen humor, de expresión emocional, comunicación asertiva y aceptación de opiniones.

El terapeuta ha de estar atento al estado físico y anímico del grupo y de esta manera adecuar las actividades planificadas para cada sesión.

Es importante que el paciente observe que las actividades realizadas en terapias son útiles para su vida diaria, la transferencia de las actividades realizadas en terapia a la vida cotidiana traerá como consecuencia una rutina diaria que ayudará a disminuir los síntomas de la enfermedad.

TERAPIA OCUPACIONAL

TERAPEUTAS OCUPACIONALES: Beatriz Martos Navarro
Fátima Pérez Robledo



JUSTIFICACIÓN

La persona con enfermedad de Parkinson encuentra limitaciones en su autonomía ocupacional debido a los déficit ocasionados por esta patología y por los efectos secundarios de la medicación que está asociada como tratamiento. Esta limitación se encuentra presente de

manera diferente según el grado de evolución y los síntomas que se manifiestan, y también dependiendo de la individualidad personal de los enfermos de Parkinson.

La Terapia Ocupacional pretende compensar las limitaciones y problemas individuales, y potenciar las capacidades aún conservadas mediante:

- Actividades y talleres en los cuales se trabajan los componentes de desempeño ocupacional.
- Adaptación del entorno y de las áreas de desempeño ocupacional.

Los componentes de desempeño ocupacional con los que hemos trabajado en terapia son los siguientes:

- Motores:
 - Grueso: control postural, fuerza, equilibrio, marcha, amplitud articular, etc.
 - Fino: funciones de la mano, prensiones, grafomotricidad, etc.
- Sensoriales: tacto, temperatura, dolor, vibración, etc.
- Cognitivos: orientación, atención, memoria, funciones ejecutivas, etc.
- Psicológicos: autoestima, valores, intereses, etc.
- Sociales: relaciones interpersonales, redes sociales, etc.

Las áreas de desempeño ocupacional trabajadas desde las sesiones son:

- Actividades básicas de la vida diaria: alimentación, vestido, higiene personal, transferencias, deambulación, movilidad funcional, comunicación, desplazamiento en silla de ruedas, cuidado de su enfermedad.
- Actividades instrumentales de la vida diaria: uso de sistemas de comunicación, uso de transporte privado, uso de transporte público, manejo del dinero, cuidado del hogar, realización de compras, cuidado de las prendas de vestir, preparación de comidas, cuidado de los otros.
- Productividad: trabajo, voluntariado, participación en la comunidad, participación en la familia, participación en la red de amigos.
- Ocio y tiempo libre: participación en actividades de ocio, deportes, hobbies, juegos de mesa.

El servicio de terapia ocupacional centrará sus sesiones terapéuticas en la rehabilitación de los usuarios, en el mantenimiento y potenciación de las capacidades mantenidas, realizando actividades acordes a sus valores e intereses, e intentando hacer a los pacientes protagonistas de su propio proceso terapéutico para así convertirnos en acompañantes del paciente en su tarea de conseguir una mayor autonomía y calidad de vida.

Además, en la rehabilitación de enfermedades neurológicas degenerativas, nos basamos en el concepto de plasticidad neuronal para justificar nuestra intervención. Por ello, la intervención

en Parkinson desde terapias no farmacológicas, como la terapia ocupacional, son capaces no sólo de frenar la enfermedad, sino de recuperar en el cerebro del paciente áreas dañadas, pudiendo volver a trabajar con funciones que de antemano se creían perdidas.

OBJETIVOS

Como objetivo general desde la Terapia Ocupacional nos proponemos mantener y mejorar el desempeño en las distintas áreas ocupacionales, como son las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, las actividades productivas y las actividades relacionadas con el ocio, además de mejorar la calidad de vida de los usuarios mediante la potenciación de las capacidades mantenidas, así como la compensación de los déficit mediante estrategias y productos de apoyo.

Hemos trabajado por grupos, constituidos por usuarios cuyo nivel de desempeño ocupacional es similar.

En las sedes de Alcorcón y Leganés, hay grupos diferentes de trabajo, con distintos objetivos que aquí especificamos:

GRUPO 1 (Alcorcón y Leganés):

- Mejorar las destrezas motoras gruesas (equilibrio, marcha, flexibilidad, actitud postural, movilidad funcional)
- Mejorar las destrezas motoras finas (funciones de la mano, prensiones, grafomotricidad, pinzas)
- Mejorar las destrezas cognitivas (orientación, memoria, atención, cálculo, gnosias, praxias, lenguaje, funciones ejecutivas)
- Mejorar las habilidades de comunicación (respiración, tono, vocalización, deglución, expresión facial, articulación)
- Mejorar el componente social y psicológico (autoestima, interacción social, ánimo...)
- Mejorar o compensar los síntomas asociados a su enfermedad (rigidez, temblores, bradicinesia, sincinesia, festinación, bloqueos, inexpressión facial...)
- Mantener independencia en la realización de AVD (principalmente instrumentales).

GRUPO 2 (Alcorcón y Leganés):

- Mantener las destrezas motoras gruesas (equilibrio, marcha, actitud postural, movilidad funcional).
- Mantener las destrezas motoras finas (funciones de la mano, prensiones, grafomotricidad, pinzas).
- Mantener las destrezas cognitivas (orientación, memoria, atención, cálculo, gnosias, praxias, lenguaje, funciones ejecutivas).

- Mantener las habilidades de comunicación (respiración, tono, localización, deglución, expresión facial, articulación).
- Mantener el componente social y psicológico (autoestima, interacción social, ánimo...).
- Compensar los síntomas asociados a su enfermedad (rigidez, temblores, bradicinesia, sincinesia, festinación, bloqueos, inexpressión facial...).
- Mantener independencia en la realización de AVD (principalmente básicas e instrumentales).

GRUPO 3 (Alorcón y Leganés):

- Mantener las destrezas motoras gruesas (equilibrio, marcha, actitud postural, movilidad funcional).
- Mantener las destrezas motoras finas (funciones de la mano, prensiones, grafomotricidad, pinzas).
- Mantener las destrezas cognitivas (orientación, memoria, atención, cálculo, gnosias, praxias, lenguaje, funciones ejecutivas).
- Mantener las habilidades de comunicación (respiración, tono, localización, deglución, expresión facial, articulación).
- Mantener el componente social y psicológico (autoestima, interacción social, ánimo...).
- Compensar los síntomas asociados a su enfermedad (rigidez, temblores, bradicinesia, sincinesia, festinación, bloqueos, inexpressión facial...).
- Mantener independencia en la realización de AVD (principalmente básicas e instrumentales), asesorando cuando sea necesario sobre ayudas y adaptaciones.
- Trabajar el área social potenciando interacciones entre los miembros del grupo.

GRUPO 4 (Alorcón):

- Mantener la mayor movilidad posible en las articulaciones del miembro superior, y en el miembro inferior en los pacientes que sea posible.
- Mantener las destrezas motoras gruesas (actitud postural, movilidad funcional)
- Mantener las destrezas motoras finas (funciones de la mano, prensiones, grafomotricidad, pinzas)
- Mantener las destrezas cognitivas (orientación, memoria, atención, cálculo, gnosias, praxias, lenguaje)
- Conservar un mínimo de interacción social entre los miembros del grupo.

- Mantener la independencia en la realización de AVD, y aprender a seleccionar y utilizar ayudas y adaptaciones (principalmente en comida, aseo y vestido).

BENEFICIARIOS

Incluimos una descripción de los grupos con los que trabajamos desde Terapia Ocupacional, siendo en Alorcón y Leganés grupos con similares características:

Grupo 1 (Alorcón y Leganés):

Los usuarios se encuentran en fases iniciales de su enfermedad, presentan total o casi total independencia en el desempeño ocupacional, y sus necesidades son de mantenimiento y mejora de las áreas afectadas incipientemente por la enfermedad.

Grupo 2 (Alorcón y Leganés):

Los usuarios se encuentran en fases más avanzadas de la enfermedad, que comienza a dificultar su desempeño autónomo y satisfactorio en la vida diaria. Cognitivamente surgen pequeñas dificultades y déficit que requieren de apoyo y estrategias para desenvolverse de forma independiente.

Grupo 3 (Alorcón y Leganés):

Los participantes en el grupo sufren los síntomas de la enfermedad de Parkinson en un grado más avanzado, presentando déficit motores y cognitivos, además de problemas emocionales y de comunicación. Este grupo requiere de apoyo y estrategias, además de asesoramiento a pacientes y familiares acerca de ayudas y adaptaciones para facilitar el desempeño ocupacional.

Grupo 4 (Alorcón):

Los usuarios de este grupo se encuentran en las fases más avanzadas de la enfermedad, presentando serias dificultades a la hora de realizar cualquier actividad de la vida diaria. En este grupo se trabaja manteniendo las capacidades conservadas, como la creatividad, el arco de movimiento residual y las funciones cognitivas que perduran, para proporcionar bienestar al paciente, además de asesorar a sus familiares sobre adaptaciones y ayudas para la vida diaria y el hogar.

Además, una vez por semana, desde terapia ocupacional se realiza una intervención a domicilio con duración de una hora, en la que se trabajan en profundidad las AVD y se trata de conservar las capacidades residuales de la persona, además de asesorar a sus familiares sobre las adaptaciones para el hogar más apropiadas.

METODOLOGÍA

Para hacer un tratamiento eficaz y personalizado, primero se ha de detectar qué capacidades y limitaciones tiene cada paciente, cuáles son los roles que desempeña normalmente en su vida diaria, qué actividades realiza y con qué destreza, y cuáles son sus valores e intereses ocupacionales; para poder así adaptar la terapia y hacerla personal y satisfactoria para cada uno de ellos.

En el departamento de Terapia Ocupacional, se realiza una entrevista de evaluación inicial o periódica de las áreas, componentes e intereses ocupacionales, basada en una entrevista semi-estructurada sobre la historia personal, en la Escala de Lawton y Brody, el Índice de Barthel, la Entrevista Histórica del Funcionamiento Ocupacional (OPHI- II), el Cuestionario Volitivo; y que incluye la escala Tinetti para valoración de la marcha y el equilibrio; además de un proceso de observación de los trastornos motores, cognitivos, psicosociales y comunicativos durante su participación en las actividades de terapia ocupacional.

Posteriormente se elaboran unos objetivos personalizados y se deriva al paciente al grupo más apropiado para su situación. Se insertan las actividades grupales en un marco lúdico y abierto a la creatividad de cada persona, favoreciendo la reflexión sobre los objetivos de cada actividad, y la participación activa, para que los pacientes se sientan protagonistas de su proceso terapéutico. Hay cuatro grupos diferentes en cada asociación (Leganés y Alcorcón) clasificados por los mismos criterios en ambas.

Los grupos a los que es derivado el paciente se determinan en función del grado de movilidad de sus componentes, de la evolución de su enfermedad y de las áreas afectadas, diferenciando en grupos a los pacientes con distintos grados de desempeño ocupacional.

INTERVENCIÓN

Cada sesión se estructura de la siguiente manera:

- 1º- Calentamiento, preparación de los componentes a trabajar.
- 2º- Desarrollo, realización de las actividades que inciden en dichos componentes.
- 3º- Cierre, relajación de los componentes que hemos trabajado.
- 4º- Evaluación de la sesión con los pacientes

Posteriormente, en el trabajo de despacho, se realiza una evaluación por parte de la terapeuta ocupacional de lo sucedido en la sesión, en función de lo cual selecciona objetivos y actividades para trabajar en el siguiente día.

Las actividades que desarrollamos durante las sesiones son las siguientes:

PSICOMOTRICIDAD:

Esta actividad se realiza con cada uno de los cuatro grupos, adaptando las sesiones a las necesidades del grupo. El fin de la psicomotricidad es mantener el estado de salud general de la persona mediante el movimiento. Las sesiones de psicomotricidad se componen de diferentes partes. La primera parte se dedica a realizar un calentamiento corporal de todas las articulaciones y músculos corporales. Después se realiza el cuerpo de la sesión, diferente para cada grupo (ejercicios que mantienen el estado físico general de la persona, ejercicios de marcha, equilibrio, orientación, flexibilidad y la movilidad de todos los segmentos corporales), y para finalizar estas sesiones, se realizan estiramientos y una pequeña relajación que devuelva al organismo al estado basal. Los ejercicios de psicomotricidad generalmente se acompañan de música.

Entre las actividades, se incluyen circuitos psicomotrices, estiramientos, sesiones de relajación, automasajes, trabajo de la movilidad articular, trabajo de la creatividad y la espontaneidad del movimiento, disociación y coordinación de movimientos, actividades que trabajen la flexibilidad.

MOTRICIDAD FINA Y GRUESA:

Esta actividad se ha realizado con los cuatro grupos de terapia ocupacional, adaptándola a las necesidades de cada uno. Se trabajan las funciones de la mano (alcanzar, agarrar, soltar, manipular), la amplitud articular de los MMSS, la prensión, la grafomotricidad, y se intentan paliar los síntomas que interfieren en la actividad fina. Se realizan actividades creativas (con plastilina, grafomotricidad, manualidades) y ejercicios de movilidad de los MMSS.

Se realizan ejercicios con plastilina, masilla terapéutica, trabajo de la movilidad articular fina, estiramientos, grafomotricidad, juegos de mesa, manualidades, ejercicios de precisión y coordinación óculo-manual.

COMUNICACIÓN:

Esta actividad se ha realizado con los cuatro grupos de terapia ocupacional, adaptándola a las necesidades de cada uno. Se trata de trabajar los componentes que intervienen en la comunicación para que esta sea lo más clara y satisfactoria posible. Las actividades están relacionadas con la comunicación entre el grupo, la escritura, la lectura dramatizada de textos, la mímica, o con la expresión facial y corporal.

ACTIVIDADES COGNITIVAS:

Esta actividad también se realiza con los cuatro grupos de terapia ocupacional, adaptándola a las necesidades de cada uno. Se pretenden trabajar todos los componentes cognitivos (atención, memoria, lenguaje, funciones práxicas, funciones gnósticas, cálculo, funciones ejecutivas), haciendo hincapié en los más afectados. Las actividades consisten en trabajar con textos, imágenes o juegos cognitivos, memorizando, ordenando, trabajando las diferentes funciones cognitivas que estén alteradas. Además se realizan debates, ejercicios de creatividad escrita y oral, ejercicios de cálculo, ejercicios de praxias, manualidades, juegos de lógica (palabras encadenadas, cálculo, "alto al lápiz", ahorcado, palabras cruzadas, sopas de letras...), trabajo de la flexibilidad cognitiva.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

En los dos primeros grupos de terapia ocupacional se trabajan colateralmente las AVD, pero en los grupos 3 y 4, con los pacientes con más necesidad de apoyo, se ha incluido un apartado específico para ello, debido a la gran cantidad de limitaciones que presentan en relación a estas actividades. Se detecta cuáles son las AVD en las que el paciente presenta más dificultades, o en qué AVD necesita el paciente ser más autónomo, y se trabajan las capacidades conservadas que intervienen en la actividad mediante simulaciones de dicha acción. En el caso de ser necesario se recomiendan adaptaciones y ayudas técnicas para determinadas actividades, y se comunica también al cuidador principal.

RESULTADOS

Las horas impartidas de Terapia Ocupacional en la sede de Alcorcón han sido de tres por semana, además de una hora de despacho destinada a hacer valoraciones y organizar el trabajo. En Leganés han sido tres sesiones semanales de 45 minutos cada una, dando un total de dos horas y cuarto a la semana de terapia, y reservando otros 45 minutos para trabajo en el despacho.

Las personas atendidas durante el año 2012 en Terapia Ocupacional suman un total de 26 en Alcorcón y 27 en Leganés, siendo 53 en total.

Los objetivos se han llevado a consecución de la siguiente manera:

- Mejorar o mantener las destrezas motoras gruesas: conseguido en un 80% de los casos.
- Mejorar o mantener las destrezas motoras finas: conseguido en un 85% de los casos
- Mejorar o mantener las destrezas cognitivas: conseguido en un 70% de los casos.
- Mejorar o mantener las habilidades de comunicación: conseguido en un 70% de los casos.
- Mejorar o mantener el componente psicológico: conseguido en un 80% de los casos.
- Mejorar o compensar los síntomas asociados a su enfermedad: conseguido en un 60 % de los casos.
- Mantener independencia en la realización de AVD, y aprender a seleccionar y utilizar ayudas y adaptaciones: conseguido en un 65% de los casos.
- Trabajar el área social potenciando interacciones entre los miembros del grupo: conseguido en un 80% de los casos.

En términos cualitativos, la evaluación de la intervención desde Terapia Ocupacional ha sido positiva en el planteamiento y realización de actividades en las sesiones, las actividades, en general, han sido adaptadas a los pacientes y sus necesidades, y han sido enmarcadas en un tono lúdico y distendido que beneficia a los usuarios. En el aspecto negativo, destacamos el número de cambios de terapeuta que han acontecido este año, lo cual ha provocado cierto descuido en los pacientes y la necesidad de realizar un esfuerzo extra para adaptarse a cada nueva terapeuta y sus sesiones.

RECURSOS MATERIALES

En las sesiones de Terapia Ocupacional hemos usado balones de diferentes tamaños, picas de colores, cuerdas, aros, conos, reproductor de música, CDs, arcos en espiral, mikado, plastilina, masilla terapéutica, dominó táctil, ensartables de diferentes tamaños y tipos, pinzas de diferentes resistencias, muñequeras con diferentes pesos, piezas para construcciones, lápices, gomas, sacapuntas, tijeras, pegamento, cartulinas, folios.

FISIOTERAPIA

FISIOTERAPEUTAS: Raquel Vaquero y Verónica González



JUSTIFICACIÓN

Las incidencias y repercusiones que tiene la actividad física en el organismo, tanto a nivel físico como psíquico, son muchos. Nos tenemos que cuidar tanto física como mentalmente.

El ámbito de la actividad física se centra en cuatro apartados:

- **Prevención** – La actividad física ayuda a prevenir posibles problemas y deficiencias tanto físicas como psíquicas, siempre y cuando se realicen periódicamente y adaptadas a las posibilidades de cada persona. Una actividad física adaptada y compensatoria puede ayudar a retrasar o disminuir una serie de alteraciones y de cambios anatómico-funcionales debidos a al enfermedad. La actividad física junto a unos hábitos higiénicos y alimentarios, ayudan a adquirir, mantener o incrementar la salud.
- **Mantenimiento** – La actividad física ayuda a mantener sus capacidades físicas y psíquicas en condiciones óptimas. La práctica de la actividad física puede ayudar a:
 - 1) Mantener la forma, las cualidades y las capacidades físicas en óptimas condiciones.
 - 2) Mantener la autonomía física y psíquica, y la capacidad de atención y retención.
 - 4) Mantener la movilidad del aparato locomotor, huesos, músculos, ligamentos y tendones.
 - 5) Mantener la alegría de vivir, planificar, programar,...
 - 6) Mantener las funciones orgánicas en óptimas condiciones.
 - 7)

Ayuda a mantener activas nuestras capacidades intelectuales. Una actividad física adecuada y controlada, puede tener un claro valor terapéutico.

- **Recreación** – La actividad física también permite pasarlo bien y divertirse.
- **Rehabilitación** – Un ejercicio controlado por un fisioterapeuta ayuda a rehabilitar aquellas zonas de nuestro cuerpo debilitadas por la enfermedad.

La enfermedad de Parkinson comporta múltiples malestares y dolencias que coexisten en diferente proporción entre los afectados y según el momento evolutivo. Las más comunes son:

1. **Temblor** – Es el síntoma más conocido de la enfermedad y con el que todo el mundo la identifica, aunque hasta un 15% de los enfermos nunca lo desarrollarán. De forma característica, es un temblor de reposo, es decir, que aparece cuando el individuo se encuentra completamente relajado, llegando a bloquearse cuando se realiza cualquier movimiento. Puede aparecer en cualquier territorio corporal, desde quedar restringido a un área concreta (como una mano), hasta ser generalizado, y es tremendamente variable, de forma que se influye por factores emocionales como la ansiedad o el nerviosismo, y desaparece por ejemplo con el sueño. Algunos enfermos son capaces de controlarlo de forma voluntaria al menos durante un tiempo.

Es de destacar también que hasta un 40-50% de los enfermos presentan asociado un temblor postural y de acción que se pone de manifiesto cuando se mantiene una postura determinada o se realiza cualquier movimiento.

2. **Rigidez** – Con la evolución de la enfermedad, es característica la aparición de rigidez en las articulaciones, que al principio puede no ser advertida por el enfermo como tal y referir exclusivamente dolor a nivel del cuello, espalda u hombros o incluso calambres musculares debidos a la postura estática y flexionada de las articulaciones.

La rigidez en la EP se compara a la que se encuentra al intentar doblar un tubo de plomo, y en ocasiones, al explorar al enfermo se encuentran unas sacudidas características mientras nos oponemos a esa resistencia a los movimientos pasivos de las articulaciones, fenómeno que se conoce como rigidez en rueda dentada.

3. **Bradicinesia** – La bradicinesia en la EP se refiere a la lentitud para iniciar y realizar los movimientos. Los que se ven más afectados son sobre todo los que exigen movimientos secuenciales, tales como abotonarse la camisa, o los que son repetitivos como lavarse los dientes. También es conocido que las actividades automáticas se ven más afectadas que las aprendidas en la EP, de forma que un enfermo puede tener verdaderos problemas para echarse a andar (actividad automática), mientras que puede bailar perfectamente

(actividad aprendida). La bradicinesia puede llegar a ser el síntoma más incapacitante de la EP.

4. Trastornos del equilibrio y la marcha – Los enfermos con EP tienen dificultades para mantener su equilibrio corporal y caminar. Como consecuencia (y aquí también interviene la rigidez), adoptan una postura encorvada hacia delante con los codos y las rodillas semiflexionadas.

Algunos enfermos tienen problemas para iniciar la marcha, de forma que necesitan dar antes unos pequeños pasos para caminar con un ritmo adecuado. En la marcha típica parkinsoniana, el enfermo camina arrastrando los pies, sin bracear, y con pasitos cortos que en ocasiones se van volviendo cada vez más rápidos propulsando al enfermo hacia delante, pudiendo incluso llegar a caerse (fenómeno que se conoce como festinación). Son notables también los problemas que tienen para girar, de forma que lo hacen en “bloque” y generalmente de forma escalonada.

Muchos enfermos aprecian que en determinados momentos, sus pies se quedan como “imantados al suelo” sin poder despegarlos, fundamentalmente ante puertas o sitios estrechos. Este fenómeno se conoce como freezing o congelación y es un problema importante porque puede provocar caídas y es de difícil tratamiento.

Por último, los enfermos con EP pueden tener afectados los reflejos corporales que compensan una pérdida de equilibrio, siendo especialmente propensos a caídas inesperadas.

Otros síntomas motores son: discinesias (que son movimientos involuntarios relacionados con la medicación), inexpresividad facial, fatiga y dolor (que está relacionado con la rigidez y limitación de los movimientos articulares).

Trabajar estos síntomas parkinsonianos con la fisioterapia, ayuda al enfermo a mejorar su calidad de vida, ya que le proporciona mecanismos idóneos para desenvolverse en sus retos diarios, como levantarse de la cama, de una silla, salir de los bloqueos o caminar de forma correcta. Con la fisioterapia mantenemos activos el sistema muscular, óseo y circulatorio,... todo esto hace que disminuya el dolor.

OBJETIVOS

Generales

- Contribuir a la consecución de una movilidad más cómoda y fácil en la actividad diaria, dentro de unos patrones motores correctos.

- Desarrollar estrategias para afrontar y/o superar las dificultades motoras que comporta la enfermedad.
- Ayudar a la persona a mantenerse activa en el mayor grado posible.

Objetivos específicos

La EP se clasifica en diferentes estadios clínicos según su grado de afectación (Estadios de Hoehn & Yahr). Los grupos están divididos según estos estadios, así los objetivos por grupos son:

ALCORCÓN

Grupo 1

- Mejorar la rigidez y la bradicinesia, que en este grupo es leve, no les incapacita para realizar sus actividades diarias con normalidad.
- Aumentar el braceo y la longitud del paso
- Mantener el trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea.
- Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios.
- Mejorar el equilibrio y la coordinación
- Mantener una buena postura corporal

Grupo 2

- Mejorar la rigidez y la bradicinesia, que en este grupo es leve, no les incapacita para realizar sus actividades diarias con normalidad.
- Aumentar el braceo y la longitud del paso
- Mantener el trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea.
- Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios.
- Mejorar el equilibrio y la coordinación
- Mantener una buena postura corporal

Grupo 3

- Conservar el equilibrio y reeducarlo
- Preservar el trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea.
- Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios, comprometidos por la rigidez y la dificultad de movilidad torácica.
- Reeducar aquellos patrones de movimiento que están alterados o disminuidos.
- Aportar estrategias para mejorar las dificultades en iniciar un movimiento.
- Mejorar la movilidad necesaria para la realización de las actividades de la vida diaria.

Terapia individual

- Preservar el trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea.
- Reeducar la postura, para prevenir así dolores derivados de malas posiciones mantenidas en la silla, ya que tienen la movilidad muy reducida (son pacientes que no se levantan de la silla de ruedas).
- Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios, comprometidos por la rigidez y la dificultad de movilidad torácica.

LEGANÉS

Grupo1:

- Mejorar rigideces
- Mejorar movilidad
- Mantener/mejorar la respiración
- Reeducción postural
- Mantener/mejorar el equilibrio y la coordinación
- Mantener trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea
- Con respecto a la marcha:
 - Mejorar el braceo
 - La longitud del paso

Grupo 2:

- Mejorar/mantener rigideces
- Mejorar movilidad
- Mantener/mejorar la respiración
- Reeducción postural
- Mantener el equilibrio y la coordinación
- Mantener trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea
- Con respecto a la marcha:
 - Mejorar el braceo
 - La longitud del paso
- Proporcionar estrategias para correctos cambios posturales.

Grupo 3:

- Mantener Equilibrio
- Mantener movilidad
- Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios, comprometidos por la rigidez y la dificultad de movilidad torácica.
- Aportar estrategias para mejorar las dificultades en iniciar un movimiento.

- Mantener la marcha intentando conservar la que ya tienen.
- Preservar el trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea.

Hidroterapia:

- El objetivo principal de la piscina es proporcionar a los pacientes un ambiente acuoso, donde ellos pueden moverse con mayor facilidad, pero a la vez el trabajo a nivel de estimulación nerviosa es mucho mayor que en las clases.
- En la piscina trabajamos:
 - Reeducación de la marcha
 - Equilibrio
 - Coordinación
 - Movilidad
- El agua de la piscina está a unos 32 grados, lo que a nivel muscular genera un descenso del tono, lo que a su vez nos lleva a una mejora de las rigideces.

METODOLOGÍA

Se trabaja con tres grupos distintos, de 45 minutos cada uno, dos días en semana. En Alcorcón trabajo todos los síntomas, pero los ejercicios cambian dependiendo de su grado de afectación: el primer grupo está en el estadio 1 de la enfermedad, con lo que los ejercicios son más complicados y dinámicos. El segundo grupo está en el estadio 2, y los ejercicios son prácticamente los mismos, aunque disminuyendo el ritmo. El tercer grupo son los que están en el estadio 3, la fisioterapia con este grupo va encaminada sobre todo al control postural, equilibrio y marcha.

Después viene la terapia individual, en la que trabajo con los pacientes que más grado de afectación tienen, reeducándoles la postura, realizándoles ejercicios de estiramiento, etc. También trato el dolor crónico con aquellos pacientes que los necesitan con el TENS.

Cuando un enfermo llega a la asociación se le hace una evaluación inicial, y se le asigna un grupo de trabajo dependiendo del estadio de la enfermedad. Después realizamos una evaluación trimestral, cambiando a los pacientes de grupo si lo necesitan.

INTERVENCIÓN

ALCORCÓN

- ❖ La deambulación es a pequeños pasos, arrastrando los pies, y esto puede ser por el acortamiento de los músculos flexores de la cadera. El enfermo camina ampliando su base de sustentación y con pérdida de los mecanismos para detener la marcha, es casi imposible que pueda corregir su centro de gravedad favoreciendo las caídas. Para estos trastornos del equilibrio la postura y la marcha, los ejercicios fortalecedores de la musculatura extensora del tronco con el uso de pelotas y bastones, son de gran utilidad. He usado pistas visuales con colores llamativos en el suelo o pistas sonoras

con el objetivo de corregir la simetría del paso, trabajando para obtener una marcha menos automática, esto lo podemos lograr con el uso de palmadas rítmicas, con el uso de metrónomos, que el enfermo cuente en voz baja o el uso de piezas musicales que ayuden a mejorar la cadencia del paso.

- ❖ La rigidez, o resistencia al movimiento, afecta a la mayoría de las personas con enfermedad de párkinson. Un principio importante del movimiento corporal es que todos los músculos tienen un músculo que se opone. El movimiento es posible no solamente porque un músculo se vuelve más activo sino porque el músculo opuesto se relaja. La rigidez viene cuando, en respuesta a señales del cerebro, el delicado equilibrio de los músculos opuestos se perturba. Los músculos permanecen constantemente tensos y contraídos y la persona tiene dolor, para esto trabajamos tanto en bipedestación como en decúbito, haciendo estiramientos de todos los músculos, sobre todo de aquellos en los que presentan más rigidez.

- ❖ *El equilibrio* lo trabajamos en bipedestación, realizando ejercicios con los cuales tienen que mantenerse unos segundos a pata coja, desplazar el cuerpo con los pies juntos y quietos, etc.; y en la colchoneta, haciendo que guarden la postura a “cuatro patas”, levantando pierna derecha y brazo izquierdo a la vez y luego a la inversa.

- ❖ *Modificación de la base de apoyo* – Los enfermos de párkinson tienden a disminuir su base de apoyo. Los ejercicios van encaminados a aumentar su base de apoyo, con pistas visuales para que de los pasos más largos

- ❖ *Balanceo del MMSS* – La ausencia de braceo es causada por ausencia de movimiento de disociación de cinturas, pélvica y escapular. Para aumentar el braceo se pueden realizar ejercicios como: partiendo de una corrección postural (erguido con las rodillas estiradas), se cogen dos bastones, uno con cada mano, y se avanza un pie y la mano contraria, exagerando el movimiento de los brazos,...

- ❖ *Ritmo en la marcha* - Los ejercicios para mejorar el ritmo en estos pacientes son: pararse de golpe y volver a caminar, con este ejercicio aprenden estrategias para superar el bloqueo mientras caminan, y cambiar el sentido de la marcha. Marcha hacia delante-hacia atrás, adaptación a diferentes ritmos. Hay situaciones que nos hacen ir más deprisa, como cuando el semáforo está a punto de ponerse en rojo, es importante que adapten el cuerpo a los cambios de ritmo, desplazamientos laterales, etc.

- ❖ *Bloqueos durante la marcha-festinación* – Son episodios de breve duración, habitualmente segundos, de incapacidad para iniciar o continuar la marcha “sensación de quedarse pegado al suelo”. Aparece cuando el paciente es forzado a cambiar de

patrón automático de la marcha o su velocidad, en situaciones que pueden provocar ansiedad, como cruzar una calle o al intentar caminar en espacios estrechos. Para superar el bloqueo, el enfermo debe pararse, apoyar los talones sin inclinarse hacia atrás y comenzar a balancearse sin moverse del sitio, hasta que esté listo para continuar. También da buenos resultados el uso del bastón invertido, el incitarle a que responda a un paso militar (un, dos, un, dos,...) o que intente saltar por encima de un pie de su acompañante,...

- ❖ *Alteraciones posturales.* La postura está determinada por músculos, que a su vez forman grupos musculares, si hay retracción en estos músculos o rigidez, lo que ocasiona es un trastorno postural en flexión, que suele provocar contracturas, deformidades, dolor,... Es muy importante que el paciente sea consciente de su trastorno postural, mediante ejercicios propioceptivos, estiramientos y/o estímulos visuales, como el espejo.

- ❖ *Alteraciones de la coordinación* – Los enfermos de párkinson tienen dificultad para coordinar los movimientos, el trastorno de la marcha empeora al intentar llevar a cabo una segunda tarea mientras caminan, por ejemplo, hablar. Tienen que estar muy concentrados para realizar cualquier tarea que antes hacían sin pensar. Si existen problemas de equilibrio que puedan ocasionar caídas, se aconseja que durante la marcha se fije la mirada en un punto en el horizonte próximo, sin mirar al suelo. También se recomienda caminar aumentando los puntos de apoyo. Para realizar los giros es aconsejable caminar trazando un semicírculo. Es importante trabajar la marcha atrás, los cambios de ritmo durante la marcha y las paradas repentinas.

- ❖ *Alteraciones respiratorias* - Los ejercicios respiratorios son altamente beneficiosos si partimos de la idea que estos enfermos tendrán una vida sedentaria, la postura en flexión limita la expansibilidad torácica, con una disminución de la mecánica ventilatoria, se aplicarán técnicas de reeducación respiratoria.

Tenemos dos días por semana fisioterapia, uno de los días hacemos estiramientos y el otro lo dedicamos: una semana a fortalecimiento, otra a la marcha y al equilibrio,...

Ejercicios que hemos realizado durante el año:

- Ejercicios en las colchonetas, de estiramiento, fortalecimiento, equilibrio y respiratorios.
- Ejercicios con pelotas, de fortalecimiento y estiramiento. También de agilidad, coordinación, ritmo, etc.
- Ejercicios con palos, de estiramientos, fortalecimiento y agilidad.
- Ejercicios en circuito, de equilibrio, agilidad y reeducación de la marcha.

- Ejercicios en sillas, con los que trabajamos el ritmo con los pies, estiramientos y la respiración.
- Ejercicios en bipedestación, con los que trabajamos la marcha, la corrección de la postura, el equilibrio,...

LEGANÉS

En el área de Fisioterapia utilizamos todo tipo de material que nos ayude a una mejor estimulación de los pacientes, desde picas, aros, pisadas, pelotas de bobath, sillas, pelotas pequeñas.

Dependiendo del grupo y del nivel de afectación trabajaremos de una manera u otra.

Grupo 1:

El primer grupo está formado por 12 pacientes, que reciben atención miércoles y viernes de 9:45-10:30.

El grupo está formado por pacientes en estadio I y II de la enfermedad.

En este grupo trabajo mucho todo tipo de marcha con una correcta postura, buen braceo y longitud de paso correcta, realizamos circuitos para un trabajo de coordinación, equilibrio y marcha, trabajamos cambios posturales, movilidad global de todo el cuerpo pero también motricidad fina, trabajo de equilibrio en diferentes planos, estiramientos, propiocepción, trabajo de reflejos, estiramientos de pie y tumbados, respiración.

Grupo 2:

El segundo grupo está formado de 13 personas, que reciben terapia miércoles y viernes de 10:30-11:15.

El grupo está formado por pacientes en el estadio II-III de la enfermedad.

Estos pacientes presentan mucha más dificultad en la marcha, atención, fatiga, equilibrio, rigideces, movilidad en general y dolor en espada y miembros inferiores.

El trabajo en este grupo es muy similar al primero pero con muchas pausas por la fatiga, con la realización de más variedad de ejercicios a lo largo de la clase para trabajar más la atención y dando hincapié en la reeducación postural, marcha por arrastre de pies, ausencias de braceos y longitud de paso corto, equilibrio, mucha movilidad global y fina y trabajo de sistema vestibular y sistema nervioso realizando con las manos dibujos en la pared, estiramientos, respiración y cambios posturales.

Grupo 3:

Está formado por 7 pacientes que reciben terapia miércoles y viernes de 11:15-12:00.

Este grupo está formado por pacientes en el estadio III-VI de la enfermedad.

El trabajo con este grupo comienza con marcha durante 5-10 minutos y el resto de la clase trabajamos en silla puesto que presentan mucha fatiga y poca estabilidad para el trabajo de pie.

Con este grupo mi trabajo se centra en mantener e intentar mejorar la movilidad global y fina, trabajo de coordinación, cambios posturales, mejorar rigideces, estimulación del sistema nervioso y respiración.

GRUPOS	Nº PARTICIPANTES	PORCENTAJE DE PARTICIPANTES POR GRUPO
GRUPO 1	12	31, %
GRUPO 2	9	34,4 %
GRUPO 3	5	71,24 %
TERAPIA INDIVIDUAL	3	3,4%

RESULTADOS OBTENIDOS

ALCORCÓN

He realizado 240 sesiones de fisioterapia divididas en tres grupos de 45 minutos cada uno dos días en semana, y 90 minutos de terapia individual dos día a la semana.

RESULTADOS POR OBJETIVOS

ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON	BENEFICIARIOS DE LA FISIOTERAPIA		PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL	
29	29		100%	
ÁREAS DE OBJETIVOS GRUPO 1	TOTALES	PACIENTES QUE HAN MEJORADO	PACIENTES QUE SE HAN MANTENIDO	PACIENTES SIN OBTENCIÓN DE RESULTADOS
Mejorar la rigidez y la bradicinesia que en este grupo es leve, no les incapacita para realizar sus actividades diarias con normalidad.	9 100%	7 77,7%	2 28,6%	0 0%
Aumentar el braceo y la longitud del paso	9 100%	7 77,7%	2 28,6%	0 0%
Mantener el trefismo muscular y estimular la circulación sanguínea.	9 100%	9 100%	0 0%	0 0%
Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios.	9 100%	9 100%	0 0%	0 0%
Mejorar el equilibrio y la coordinación	9 100%	8 88,8%	1 11,1%	0 0%
Mantener una buena postura corporal	9 100%	9 100%	0 0%	0 0%

ÁREAS DE OBJETIVOS GRUPO 2	TOTALES	PACIENTES QUE HAN MEJORADO	PACIENTES QUE SE HAN MANTENIDO	PACIENTES SIN OBTENCIÓN DE RESULTADOS
Mejorar la rigidez y la bradicinesia, que en este grupo es leve, no les incapacita para realizar sus	10 100%	9 90%	1 10%	0 0%

Atención Integral a Personas con Párkinson o Parkinsonismos

actividades diarias con normalidad.				
Aumentar el braceo y la longitud del paso	10 100%	10 100%	0 0%	0 0%
Mantener el trefismo muscular y estimular la circulación sanguínea	10 100%	10 100%	0 0%	0 0%
Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios.	10 100%	10 100%	0 0%	0 0%
Mejorar el equilibrio y la coordinación	10 100%	9 90%	1 10%	0 0%
Mantener una buena postura corporal	10 100%	10 100%	0 0%	0 0%

ÁREAS DE OBJETIVOS GRUPO 3	TOTALES	PACIENTES QUE HAN MEJORADO	PACIENTES QUE SE HAN MANTENIDO	PACIENTES SIN OBTENCIÓN DE RESULTADOS
Conservar el equilibrio y reeducarlo	5 100%	4 80%	1 20%	0 0%
Preservar el trefismo muscular y estimular la circulación sanguínea.	5 100%	5 100%	0 0%	0 0%
Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios, comprometidos por la rigidez y la dificultad de movilidad torácica.	5 100%	5 100%	0 0%	0 0%
Reeducar aquellos patrones de movimiento que están alterados o disminuidos.	5 100%	3 60%	2 40%	0 0%
Aportar estrategias para mejorar las dificultades en iniciar un	5 100%	5 100%	0 0%	0 0%

Atención Integral a Personas con Párkinson o Parkinsonismos

movimiento.				
Mejorar la movilidad necesaria para la realización de las actividades de la vida diaria.	5 100%	3 60%	2 40%	0 0%
ÁREAS DE OBJETIVOS GRUPO 4	TOTALES	PACIENTES QUE HAN MEJORADO	PACIENTES QUE SE HAN MANTENIDO	PACIENTES SIN OBTENCIÓN DE RESULTADOS
Preservar el trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea.	4 100%	4 100%	0 0%	0 0%
Reeducar la postura, para prevenir así dolores derivados de malas posiciones mantenidas en la silla, ya que tienen la movilidad bastante reducida.	4 100%	2 50%	2 50%	0 0%
Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios, comprometidos por la rigidez y la dificultad de movilidad torácica.	4 100%	4 100%	0 0%	0 0%

AREAS DE OBJETIVOS DE LA TERAPIA INDIVIDUAL	TOTALES	PACIENTES QUE HAN MEJORADO	PACIENTES QUE SE HAN MANTENIDO	PACIENTES SIN OBTENCIÓN DE RESULTADOS
Preservar el trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea.	1 100%	0 0%	1 100%	0 0%

Atención Integral a Personas con Párkinson o Parkinsonismos

Reeducar la postura, para prevenir así dolores derivados de malas posiciones mantenidas en la silla, ya que tienen la movilidad bastante reducida.	1 100%	0 0%	1 100%	0 0%
Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios, comprometidos por la rigidez y la dificultad de movilidad torácica.	1 100%	1 100%	0 0%	0 0%

RESULTADOS LEGANES

GRUPOS	Nº PARTICIPANTES
GRUPO 1	12
GRUPO 2	13
GRUPO 3	7
TOTAL	32

En Leganés, por el número de pacientes, los grupos 1 y 2 se han unido en un mismo grupo, por la similitud de los objetivos. Se han realizado 180 sesiones de fisioterapia divididas en tres grupos de 45 minutos cada uno dos días en semana. A diferencia de Alcorcón, en Leganés no se ha detectado todavía ningún caso que requiera terapia individual.

ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON	BENEFICIARIOS DE LA FISIOTERAPIA	PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL
32	32	100%

RESULTADOS POR OBJETIVOS

ÁREAS DE OBJETIVOS GRUPO 1	TOTALES	PACIENTES QUE HAN	PACIENTES QUE SE HAN	PACIENTES SIN OBTENCIÓN DE
----------------------------	---------	-------------------	----------------------	----------------------------

Atención Integral a Personas con Párkinson o Parkinsonismos

		MEJORADO	MANTENIDO	RESULTADOS
Mejorar la rigidez y la bradicinesia que	12	10	2	0
en este grupo es leve, no les incapacita para realizar sus actividades diarias con normalidad.	100%			
Aumentar el braceo y la longitud del paso	12	10	2	0
	100%			
Mantener el trefismo muscular y estimular la circulación sanguínea.	12	10	0	0
	100%			
Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios.	12	12	0	0
	100%			
Mejorar el equilibrio y la coordinación	12	11	1	0
	100%			
Mantener una buena postura corporal	12	12	0	0
	100%			

ÁREAS DE OBJETIVOS GRUPO 2	TOTALES	PACIENTES QUE HAN MEJORADO	PACIENTES QUE SE HAN MANTENIDO	PACIENTES SIN OBTENCIÓN DE RESULTADOS
Conservar el equilibrio y reeducarlo	13	9	3	0
	100%			
Preservar el trefismo muscular y estimular la circulación sanguínea.	13	13	0	0
	100%			
Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios, comprometidos por la rigidez y la dificultad de movilidad torácica.	13	13	0	0
	100%			
Reeducar aquellos patrones de movimiento que están alterados o disminuidos.	13	7	2	0
	100%			
Aportar estrategias para mejorar las dificultades en iniciar un movimiento.	13	13	0	0
	100%			
Mejorar la movilidad necesaria para la realización de las actividades de la vida	13	7	2	0

diaria.	100%
---------	------

<i>ÁREAS DE OBJETIVOS GRUPO 3</i>	<i>TOTALES</i>	<i>PACIENTES QUE HAN MEJORADO</i>	<i>PACIENTES QUE SE HAN MANTENIDO</i>	PACIENTES SIN OBTENCIÓN DE RESULTADOS
Preservar el tónus muscular y estimular la circulación sanguínea.	7 100%	6	0	0
Reeducar la postura, para prevenir así dolores derivados de malas posiciones mantenidas en la silla, ya que tienen la movilidad bastante reducida.	7 100%	3	4	0
Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios, comprometidos por la rigidez y la dificultad de movilidad torácica.	7 100%	6	0	0

MATERIALES UTILIZADOS

Para las sesiones de fisioterapia hemos usado picas, colchonetas, pelotas, obstáculos, aros y pasos de colores.

MASAJES TERAPÉUTICOS

QUIROMASAJISTA: Raquel Balandín Hernández



JUSTIFICACIÓN

Su definición práctica es: "El Quiromasaje es un método de valoración (mediante la palpación) y tratamiento manual aplicado sobre la cubierta corporal y transmitido por la presión mecánica de las manos a los diferentes órganos y tejidos del cuerpo humano. Que tiene a la vez, efectos reguladores sobre la sensación general de energía, los estados de ánimo, el cansancio y en general sobre el psiquismo. Según la indicación y los objetivos de tratamiento propuestos se pueden lograr efectos y acciones precisas".

Los beneficios del masaje han llegado hasta nuestros días evolucionando desde las técnicas más simples para proporcionar relajación y favorecer el sueño, hasta el desarrollo específico de algunas más complejas para aliviar o eliminar dolencias concretas del cuerpo y/o el organismo.

La enfermedad de Parkinson cursa con trastornos motores y no motores. Todas estas alteraciones pueden derivar en otras como pueden ser dolores y tensiones musculares, contracturas, jaquecas, etc., así como efectos secundarios de la propia medicación del enfermo como la aparición de edemas. El masaje y el drenaje linfático pueden ser una ayuda para el paciente, aliviando esta serie de síntomas como a continuación se detalla.

OBJETIVOS GENERALES

Con la terapia de masaje en enfermos de Parkinson, lo que se pretende principalmente es:

- Mejorar los trastornos generados por la enfermedad
- Proporcionar al enfermo una mayor autonomía
- Mejorar la calidad de vida del enfermo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos que se quieren conseguir en los enfermos de Parkinson tras las sesiones de masaje, se tratan de forma específica ya que va dirigida a un colectivo determinado (enfermos de Parkinson) y a cada caso en concreto dentro de este colectivo, ya que cada paciente presenta unos síntomas distintos unos de otros.

Los objetivos los enumero a continuación:

- Disminuir e incluso erradicar contracturas musculares
- Aliviar dolores musculares
- Mejorar circulación sanguínea
- Mejorar circulación linfática (Reducir edemas)
- Proporcionar una mayor relajación (Así trabajamos el insomnio y el estrés)
- Disminuir la rigidez muscular y articular
- Estimular el peristaltismo intestinal (Disminuir el estreñimiento)
- Aliviar cefaleas
- Un aumento de la autoestima

METODOLOGÍA

Actualmente los masajes terapéuticos se están realizando en sesiones individuales de cuarenta minutos y con una frecuencia aproximada de un masaje quincenal, teniendo la oportunidad de adquirir algún masaje extraordinario tras petición al profesional. El masaje se lleva a cabo tras una valoración que se realiza conjuntamente, terapeuta y enfermo, en función de la parte del cuerpo que peor se encuentre.

Durante el año 2012, se han mantenido el servicio de masajes en los espacios del municipio de Leganés que se abrieron durante el curso pasado.

En la terapia de masaje se han atendido en dicho año a unos 44 enfermos en total, 26 en Alcorcón y 18 en Leganés.

Las zonas corporales tratadas actualmente son:

- Espalda
- Extremidades inferiores
- Extremidades superiores
- Zona facial y craneal
- Abdomen

INTERVENCIÓN

El tipo de masaje se realiza en función de las necesidades del paciente, siendo éstos los que a continuación expongo:

- Masaje relajante
- Masaje descontracturante
- Masaje de estimulación
- Drenaje linfático

A continuación se especifican los principales *efectos*:

- **Mecánicos:** en referencia a como las fuerzas mecánicas relacionadas con cada maniobra afectan a los tejidos.
- **Fisiológicos-higiénicos:** cuando se efectúa el masaje en una persona sana para proporcionar mayor vigor al organismo o para aliviar el cansancio.
- **Preventivos:** se cumplen cuando se localiza y delimita por palpación una zona tensa o con posible lesión, se lo comunicamos al sujeto que recibe el masaje y si es factible se trata. Además al aconsejar que el tratamiento este unido a la práctica de ejercicio moderado, se consigue fomentar el bienestar y que el masaje perdure. Cumpliéndose así varias de las funciones del terapeuta manual: cuidar-prevenir, tratar y promover la salud.
- **Terapéuticos:** cuando se utiliza el masaje para mejorar la función circulatoria, recuperar la movilidad restringida entre los tejidos dañados, aliviar y/o reducir el dolor, o para optimizar la conciencia sensorial. Por otro lado, en el momento en que el masaje proporciona apoyo humano, relajación y bienestar, ayudando en la recuperación y el mantenimiento de la salud se convierte, aun sin pretenderlo, en un acto terapéutico.
- **Estéticos-higiénicos:** al movilizar la piel se provoca un efecto mecánico de arrastre o limpieza de está, eliminando así las células descamativas. Cuando el QM tiene por finalidad mejorar el aspecto externo de la persona, eliminando los depósitos de grasa, devolviendo al músculo su tono y relajando el cansancio. Tiene resultados higiénicos puesto que al eliminar el cansancio en una persona sana produce un resultado estético y por tanto un mayor bienestar.
- **Psicológicos-anímicos:** el contacto de la mano experimentada proporciona calma, seguridad y confort a la persona tratada, le proporciona relajación, a la vez que regula y alivia la tensión psicofísica.

Respecto al drenaje linfático sus funciones son:

Antiedemizante: Evita que se acumule líquido en el tejido conjuntivo, disminuye la filtración al producir una vasoconstricción, potenciando la reabsorción hacia el capilar sanguíneo y favoreciendo la entrada de macromoléculas al capilar linfático. También mejora la laxitud del tejido conectivo, impidiendo que se retengan líquidos

Acción sedante sobre el sistema nervioso

Acción sobre la fibra muscular: Relaja el músculo estriado y sobre el músculo liso, regula el peristaltismo intestinal. Tonifica las paredes de los vasos sanguíneos. Provoca una vasoconstricción metaarteriolar a nivel precapilar. Potencia el movimiento rítmico de los angiones linfáticos.

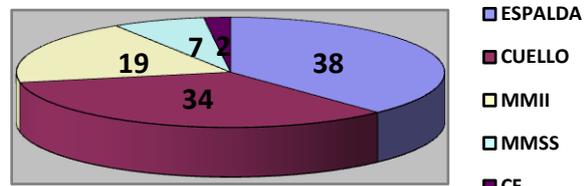
Acción inmunológica: Lleva sustancias patológicas que están en los tejidos corporales hacia el ganglio linfático, neutralizándola.

RESULTADOS OBTENIDOS

- Disminución de contracturas musculares
- Alivio de dolores musculares
- Mejora de la circulación sanguínea
- Mejora de la circulación linfática
- Proporción de una mayor relajación y bienestar
- Disminución de la rigidez muscular y articular
- Estimulación del peristaltismo intestinal

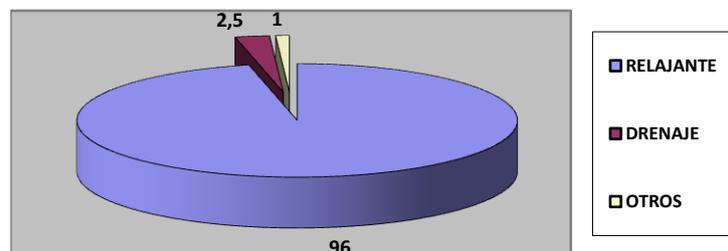
Los porcentajes aproximados por preferencia de masaje son:

- 38% masaje en ESPALDA
- 34% masaje en CUELLO
- 19% masaje en MMII
- 7% masaje en MMSS
- 2% masaje CRANEO-FACIAL



Los porcentajes aproximados por tipo de masaje son:

- 96,5% masaje relajante-descontracturante muscular
- 2,5% masaje de drenaje linfático
- 1% otros tipos de masajes (estreñimiento, clapping)



Indicadores

- Nº de intervenciones: 834 intervenciones
- Nº de pacientes atendidos: 44 personas

RECURSOS MATERIALES

En la actualidad en las sesiones de masajes terapéuticos se está utilizando los siguientes materiales que a continuación enumeramos:

- Camilla hidráulica
- Biombo
- Silla donde el enfermo se viste y se desviste
- Perchero
- Reloj para controlar el tiempo
- Papel para la camilla
- Toallas individuales para cada paciente
- Toallitas húmedas
- Crema de masaje profesional
- Crema de calor para contracturas
- Crema de frío para el cansancio en extremidades
- Gel bálsamo de Harpago para aliviar dolores musculares
- Alfombra para apoyar los pies
- Radiador para calentar la sala
- Ordenador para archivar datos de los pacientes
- Música para crear un entorno más relajante
- Uniforme para el profesional

LOGOPEDIA

LOGOPEDAS: Juan Sánchez Arrizabalaga y Zoraida Romero Martínez



JUSTIFICACIÓN

La persona con Enfermedad de Parkinson (EF) además de presentar temblor, lentitud de movimiento, etc.; suele padecer dificultades en comunicación y deglución.

El habla es el pilar fundamental de la comunicación en el ser humano y su deterioro produce grandes dificultades para la relación interpersonal, dando lugar al aislamiento social. Asimismo los problemas deglutorios impiden seguir disfrutando de las comidas, nutrirse adecuadamente

y además pueden comprometer la seguridad del propio paciente debido a atragantamientos y neumonías por aspiración. Por ello, es necesaria la intervención logopédica en Parkinson.

OBJETIVOS

El objetivo principal es mejorar la comunicación de los Enfermos de Parkinson y la deglución para contribuir a aumentar su calidad de vida.

Para conseguir el objetivo principal se tienen que trabajar objetivos más específicos.

Los grupos se forman por personas enfermas de Parkinson con características homogéneas, así los objetivos por grupos son:

GRUPO 1

- Reducir la rigidez de la musculatura orofacial.
- Conseguir una correcta motricidad orofacial.
- Mejorar la movilidad de los órganos orofaciales.
- Articular de forma clara y precisa.
- Corregir dislalias.
- Obtener un buen control y manejo del soplo respiratorio.
- Desarrollar una adecuada coordinación fono-respiratoria.
- Tomar conciencia de la localización del diafragma y su función en el proceso de respiración.
- Adquirir un patrón respiratorio correcto.
- Aumentar la capacidad respiratoria y adquirir un mayor dominio del patrón respiratorio costo- diafragmático.
- Controlar la intensidad vocal.
- Controlar la sonoridad.
- Mejorar la resonancia vocal.
- Mejorar la prosodia.
- Aumentar la duración de las emisiones.
- Mejorar la musculatura de la muñeca.
- Mejorar la motricidad fina.
- Conseguir una correcta coordinación oculomanual.
- Orientarse adecuadamente en el espacio del papel.
- Conseguir una letra más legible.
- Conseguir una adecuada postura durante las comidas.
- Controlar la sialorrea.
- Aprender maniobras deglutorias adaptadas.
- Alimentarse de forma segura y eficaz.

GRUPO 2

- Reducir la rigidez de la musculatura orofacial.
- Mejorar la movilidad de los órganos orofaciales.
- Corregir dislalias.
- Controlar el soplo respiratorio.
- Mantener la coordinación fono-respiratoria.
- Tomar conciencia de la localización del diafragma y su función en el proceso de respiración.
- Adquirir un patrón respiratorio correcto.
- Aumentar la capacidad respiratoria y adquirir un mayor dominio del patrón respiratorio costo- diafragmático.
- Controlar la intensidad vocal.
- Controlar la sonoridad.
- Mejorar la resonancia vocal.
- Mejorar la prosodia.
- Aumentar la duración de las emisiones.
- Mejorar la musculatura de la muñeca.
- Mejorar la motricidad fina.
- Conseguir una correcta coordinación oculomanual.
- Orientarse adecuadamente en el espacio del papel.
- Conseguir una letra más legible.
- Conseguir una adecuada postura durante las comidas.
- Controlar la sialorrea.
- Aprender maniobras deglutorias adaptadas.
- Alimentarse de forma segura y eficaz.

GRUPO 3

- Reducir la rigidez de la musculatura orofacial.
- Mantener la movilidad de los órganos orofaciales.
- Controlar el soplo.
- Mantener la coordinación fono-respiratoria.
- Preservar la capacidad respiratoria.
- Mantener la intensidad vocal.
- Mantener la sonoridad.
- Mantener la resonancia vocal.
- Mantener la prosodia.
- Mantener la duración de las emisiones.
- Mantener una correcta coordinación oculomanual.
- Orientarse adecuadamente en el espacio del papel.
- Conseguir una letra más legible.
- Mantener una adecuada postura durante las comidas.

- Controlar la sialorrea.
- Aprender maniobras deglutorias adaptadas.
- Alimentarse de forma segura y eficaz.

El *aspecto cognitivo* también se trabaja de forma indirecta con todos los enfermos, ya que utilizamos el lenguaje, y de forma directa en algunos casos que lo necesitan. No obstante, son ejercicios enfocados de nuevo hacia el lenguaje.

BENEFICIARIOS

La terapia está organizada en grupos diferentes teniendo en cuenta el grado de afectación comunicativa. De esta forma se han distribuido a los pacientes en tres grupos.

Grupo 1. Compuesto por personas con baja afección y un habla fluida.

Grupo 2. Está formado por personas más afectadas por los síntomas del Parkinson, en las que se puede observar problemas en el control de los órganos que intervienen en el habla y una disminución en la calidad de la voz.

Grupo 3. Lo forman personas bastante afectadas por los síntomas del Parkinson, en las que se aprecian serios problemas en el control de los órganos que intervienen en el habla y una disminución en la calidad de la voz, además presentan dificultad en la escritura y deterioro cognitivo.

Además desde junio de 2012 se han realizado sesiones individuales de logopedia en Alcorcón para pacientes muy afectados por el Parkinson, en los que se observa graves problemas en el control de los órganos que intervienen en el habla, una disminución severa en la calidad de la voz, también algunas de estos pacientes suelen padecer deterioro cognitivo. Asimismo, destacan sus dificultades de movilidad, pues necesitan silla de ruedas o la ayuda de muletas o andadores para desplazarse.

Las sesiones de logopedia en Alcorcón se realizan martes y jueves de 10:15 a 14:00, siendo cada sesión de 45 minutos y las tres últimas sesiones individuales son de 30 minutos cada una.

La terapia de logopedia en Leganés tiene lugar los miércoles y viernes de 10:30 a 12:45. La duración de las terapias es de 45 minutos.

METODOLOGÍA

La metodología usada para el tratamiento logopédico es activa, participativa y constructiva, buscando el aprendizaje significativo. Esta metodología persigue que sean los propios pacientes quienes construyan sus aprendizajes; por ello, será activa y buscará la funcionalidad

de dichos aprendizajes con la intención de que los ejercicios que realizamos en las sesiones puedan ser practicados por los pacientes en sus propias casas. Se partirá siempre que sea posible de sus motivaciones e intereses y se les hará conscientes de los objetivos que perseguimos con cada aprendizaje.

En primer lugar se hace una valoración inicial e individual de cada persona. En esta valoración se evalúa: respiración, fonación, articulación, resonancia, prosodia, escritura y deglución. Gracias a esta valoración inicial, la intervención logopédica se aproximará de la forma más adecuada a las necesidades de cada paciente. Tras esta valoración determinaremos el nivel en el que se encuentra cada persona y se le incluirá en el grupo que reúna sus características.

Después de la valoración inicial se realiza una evaluación continua del paciente día a día mediante la observación, en el transcurso de las sesiones. Por lo tanto podrá haber cambios de grupo si se observa en el paciente un cambio, tanto a mejor como a peor, de los síntomas y de su capacidad de comunicación.

Las sesiones grupales son de 45 minutos y las individuales son de 30 minutos.

En cada sesión se trabajan diferentes actividades para conseguir los objetivos planteados. Las actividades varían en función del grado de afectación. Las actividades realizadas en el primer y segundo grupo son básicamente las mismas, pero cambia la dificultad. En el último grupo se hacen actividades más sencillas y tranquilas. Las sesiones individuales se adaptan mucho más a cada persona, son más personales.

ACTIVIDADES

Vamos a describir las actividades en función de los diferentes síntomas y dificultades:

- ✓ **Actividades para la Disnea** (dificultad respiratoria): Se han utilizado métodos para optimizar la respiración mediante la enseñanza de una respiración adecuada y de la utilización del diafragma, para evitar que la persona con Parkinson se quede sin aire mientras habla y para permitirle pronunciar todos los sonidos con claridad. Para ello, he enseñado la postura correcta para realizar la respiración costo diafragmática. Cuando ésta haya sido adquirida, se procederá a hacer ejercicios de control respiratorio.
- ✓ **Ejercicios para mejorar la voz hipotónica y la disfonía hipocinética**
 - Técnicas respiratorias:
 - Respiración costodiafragmática
 - Ejercicios de control de soplo: respiración por tiempos, espiración emitiendo /s/ y /ch/ entrecortada, soplar una vela sin que se apague, , hacer burbujas de tamaño uniforme.
 - Ejercicios de fuerza de soplo: soplar una vela apagándola, inflar un globo.

- Técnicas fonatorias:
 - Ejercicios de coordinación fono-respiratoria: vocalización sin voz y con voz de los días de la semana sin agotar el aire de los pulmones, emisión del sonido /m/ sin agotar el aire de los pulmones.
 - Control de intensidad vocal: decir los días de la semana a diferente intensidad vocal, decir una secuencia numérica asociando el tamaño de los números a la fuerza de la voz, fluctuación de la intensidad de voz a lo largo de una frase, proyectar la voz a diferentes distancias.
 - Control de la sonoridad: ejercicios de pushing (hacer ejercicios de fuerza estirando, levantando o empujando objetos mientras se emiten sonidos oclusivos (p, t, k).
 - Control del tono vocal: hacer escalas ascendentes y descendentes con el sonido /r/, salmodia de palabras y frases en distintos tonos, lectura de frases con distintos tonos, cantar la lotería, decir las tablas de multiplicar.
 - Relajación laríngea: masaje laríngeo, bostezar, movimientos de cabeza y cuello, masticar el sonido /m/.

- ✓ **Ejercicios para mejorar la resonancia vocal**
 - Emisión de la vocal /a/ nasal y oral.
 - Emisión de las sílabas: nam, nem, nim, nom, num, y las palabras: mamam, mamem, mamin, mamom, mamum.
 - Hacer gárgaras con agua.
 - Bostezar.
 - Ejercicios de soplo: burbujas en agua, inflar globos...
 - Emisiones guturales: kakaka, gagaga, jajaja...

- ✓ **Actividades para mejorar la articulación y el ritmo del habla**
 - Praxias articulatorias de mandíbula, labios, lengua, mejillas y velo del paladar.
 - Ejercicios de precisión articulatoria: emisión de sílabas trabadas aisladas y dentro de palabra en diferentes posiciones, lectura de palabras con /r/ múltiple, trabalenguas, lectura de pares mínimos (valor-calor, hecho-pecho), lectura de textos a diferentes velocidades, lectura de palabras cuya sílaba tónica contenga la /r/ múltiple (Reto, enREdo).
 - Ejercicios de control de la velocidad del habla: silabear palabras y frases con y sin apoyo de marcador de ritmo, leer un texto palabra por palabra a diferentes velocidades, pronunciar palabras y frases a distintas velocidades, sobrearticulación de vocales, consonantes, sílabas, leyendo un texto; articulación exagerada de palabras, frases y textos colocando un lápiz en la boca.

- ✓ **Ejercicios para mejorar la melodía o prosodia de la voz**
 - Ejercicios de acentuación contrastada: emisión de palabras con diferentes sílabas acentuadas (hábito, habito, habitó), pronunciar más fuerte la sílaba que está destacada, pronunciar más fuerte las palabras que están destacadas.
 - Ejercicios de entonación contrastada: decir una frase con diferentes tipos de entonación (enunciativa, interrogativa y exclamativa), decir una palabra expresando diferentes emociones (sorpresa, alegría, enfado...), narración teatralizada, entonar diferentes melodías.

- ✓ **Actividades para corregir la micrografía, la escritura enmarañada y las dificultades a la hora de comenzar a escribir**
 - Movimientos rotatorios de muñeca, pinza con todos los dedos.
 - Enhebrar abalorios en un cordón.
 - Realizar trazos en todas las direcciones.
 - Escritura libre y escritura utilizando papel pautado.
 - Dibujos de contorno, rellenado, y punteado.

- ✓ **Ejercicios para estimular la formación de palabras y recuperación del léxico**
 - Formar palabras a partir de una sílaba.
 - Búsqueda de antónimos y sinónimos.
 - Descripción de situaciones.
 - Planificar viajes, escribir recetas de cocina.

- ✓ **Ejercicios para mejorar la hipomimia (inexpresividad facial)**
 - Exageración de expresiones.
 - Poner caras (alegría, tristeza, sorpresa, etc.).
 - Masaje facial.

- ✓ **Actividades para la disfagia (dificultades para tragar).**
 - Postura del cuerpo y de la cabeza adecuada.
 - Maniobras deglutorias usando la saliva y agua.

RESULTADOS OBTENIDOS

NÚMERO PARTICIPANTES POR GRUPO EN ALCORCÓN

- GRUPO 1: 10
- GRUPO 2: 13
- GRUPO 3: 5
- INDIVIDUAL 1: 1

- INDIVIDUAL 2: 1
- INDIVIDUAL 3: 1

Total: 31

NUMERO DE PARTICIPANTES POR GRUPO EN LEGANÉS

- GRUPO 1: 13
 - GRUPO 2: 13
 - GRUPO 3: 5
- Total: 31

RESULTADO POR OBJETIVOS

- **ALCORCÓN**

GRUPO 1

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una correcta motricidad orofacial: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Articular de forma clara y precisa: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Corregir dislalias: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Obtener un buen control y manejo del soplo respiratorio, como sostén para una correcta emisión de voz: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Desarrollar una adecuada coordinación fono-respiratoria. CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Tomar conciencia de la localización del diafragma y su función en el proceso de respiración: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Adquirir un patrón respiratorio correcto: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la capacidad respiratoria y adquirir un mayor dominio del patrón respiratorio costo- diafragmático: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la intensidad vocal: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sonoridad: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la resonancia vocal: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la prosodia: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la duración de las emisiones: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la musculatura de la muñeca: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la motricidad fina: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

- ❖ Conseguir una correcta coordinación oculomanual: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Orientarse adecuadamente en el espacio del papel: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una letra más legible: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sialorrea: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

GRUPO 2

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Corregir dislalias: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar el soplo respiratorio: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la coordinación fono-respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Tomar conciencia de la localización del diafragma y su función en el proceso de respiración: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Adquirir un patrón respiratorio correcto: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la capacidad respiratoria y adquirir un mayor dominio del patrón respiratorio costo- diafragmático: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la intensidad vocal: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sonoridad: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la resonancia vocal: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la prosodia: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la duración de las emisiones: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la musculatura de la muñeca: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la motricidad fina: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una correcta coordinación oculomanual: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Orientarse adecuadamente en el espacio del papel: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una letra más legible: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sialorrea: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

GRUPO 3

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 70% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar el soplo: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la coordinación fono-respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Preservar la capacidad respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la intensidad vocal: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la sonoridad: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la resonancia vocal: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la prosodia: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la duración de las emisiones: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la coordinación oculomanual: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Orientarse adecuadamente en el espacio del papel: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una letra más legible: CONSEGUIDO EN EL 70% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sialorrea: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.

- **LEGANÉS**

GRUPO 1

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una correcta motricidad orofacial: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Articular de forma clara y precisa: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Corregir dislalias: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Obtener un buen control y manejo del soplo respiratorio: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.

Atención Integral a Personas con Párkinson o Parkinsonismos

- ❖ Desarrollar una adecuada coordinación fono-respiratoria. CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Tomar conciencia de la localización del diafragma y su función en el proceso de respiración: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Adquirir un patrón respiratorio correcto: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la capacidad respiratoria y adquirir un mayor dominio del patrón respiratorio costo- diafragmático: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la intensidad vocal: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sonoridad: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la resonancia vocal: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la prosodia: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la duración de las emisiones: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la musculatura de la muñeca: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la motricidad fina: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una correcta coordinación oculomanual: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Orientarse adecuadamente en el espacio del papel: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una letra más legible: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sialorrea: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

GRUPO 2

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Corregir dislalias: CONSEGUIDO EN EL 80% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar el soplo respiratorio: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la coordinación fono-respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Tomar conciencia de la localización del diafragma y su función en el proceso de respiración: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Adquirir un patrón respiratorio correcto: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la capacidad respiratoria y adquirir un mayor dominio del patrón respiratorio costo- diafragmático: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.

- ❖ Controlar la intensidad vocal: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sonoridad: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la resonancia vocal: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la prosodia: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la duración de las emisiones: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la musculatura de la muñeca: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la motricidad fina: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una correcta coordinación oculomanual: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Orientarse adecuadamente en el espacio del papel: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una letra más legible: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sialorrea: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

GRUPO 3

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 70% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar el soplo: CONSEGUIDO EN EL 80% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la coordinación fono-respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Preservar la capacidad respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la intensidad vocal: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la sonoridad: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la resonancia vocal: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la prosodia: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la duración de las emisiones: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la coordinación oculomanual: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Orientarse adecuadamente en el espacio del papel: CONSEGUIDO EN EL 80% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una letra más legible: CONSEGUIDO EN EL 70% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sialorrea: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.

- **VALORACIÓN CUALITATIVA**

En todos los grupos se ha notado una mejoría, teniendo en cuenta que debido a su estado cada grupo tiene un ritmo de aprendizaje más o menos rápido. Todos los grupos han evolucionado satisfactoriamente.

Todos los grupos, de forma general, están motivados con el tratamiento logopédico. Aunque siempre hay casos concretos en los que acuden a las sesiones presionados por la familia. Pero en cuanto ven el funcionamiento de las sesiones les gusta y asisten con más ganas.

RECURSOS Y MATERIALES UTILIZADOS

- Metrónomo.
- Velas.
- Pajitas.
- Vasos de plástico.
- Bolas de papel.
- Textos.
- Frases.
- Trabalenguas.
- Adivinanzas.
- Refranes.
- Poesías.
- Folios con cuadrícula.
- Folios pautados.
- Folios blancos.
- Gomas de borrar.
- Pelotas de ping pong.
- Lápices.
- Bolígrafos.
- Rotuladores.
- Pizarra.
- Pomperos.
- Globos.
- Depresores.

ATENCIÓN A FAMILIARES Y CUIDADORES

Los familiares tienen un papel importante para poder mejorar la calidad de vida de las personas afectadas directamente por la enfermedad de Parkinson, pero además la vida de los familiares y cuidadores sufre cambios y etapas específicos por su particular posición ante el problema. Por este motivo, también necesita ayuda para superar trastornos como cansancio, agotamiento, estrés, insomnio, depresión, irritabilidad, etc. Se produce un deterioro del bienestar emocional, disminución de las actividades de ocio y sociales, empeoramiento de las relaciones familiares, disminución de la calidad de vida. Por lo tanto, la enfermedad de Parkinson no sólo afecta a la persona que la padece, sino que a menudo conlleva un coste físico, social, emocional y económico en la vida familiar.

A través de la atención a familiares y cuidadores la asociación pretende contribuir a la mejora de su calidad de vida. Para ello, se ponen en marcha las siguientes actividades: atención psicológica, grupo de ayuda mutua y masajes.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL CUIDADOR

PSICÓLOGA: Soledad Castellón Catalán

JUSTIFICACIÓN

El familiar y cuidador del enfermo de Parkinson necesita tratar aspectos personales, de pareja, familiares, sociales,...que se modifican y alteran ante la nueva situación, así cómo recibir información con respecto a su propio cuidado y bienestar personal.

METODOLOGÍA

Con respecto a los cuidadores-familiares, a lo largo del año 2012, se ha marcado como objetivo responder a las necesidades del cuidador-familiar de dos formas:

- en la terapia compartida con el paciente, bien junto a él o bien dividiendo en dos la sesión, según el motivo de consulta.
- en la terapia de grupo de ayuda mutua, compartiendo con otros familiares

OBJETIVOS

El objetivo principal en el área de la psicología se trata de evaluar posible sobrecarga emocional del cuidador, y con ello, posible trastorno del estado de ánimo.

RESULTADOS

A lo largo del año 2012, se ha atendido y respondido a necesidades del cuidador en las sesiones de terapia psicológica paciente-cuidador, bien de manera compartida en la misma sesión, bien de manera separada, dividiendo la sesión en dos. Por tanto, corresponden en el centro de Leganés, un total de 185 horas anuales, similar a la atención al paciente, y en el centro de Alcorcón un total de 185 horas anuales, similar a la atención al paciente.

En total se han impartido 370 horas de atención psicológica paciente-cuidador a lo largo del año 2012.

En ese tiempo, por tanto, se ha atendido a un número mínimo de 81 cuidadores de enfermos de Parkinson, tantos como enfermos hay en ambos centros de Leganés y Alcorcón.

Así mismo, a lo largo del año 2012, se ha atendido al cuidador en los grupos de ayuda mutua que se detallan a continuación.

VALORACIÓN PERSONAL

Con los enfermos de párkinson, se observa cómo, tanto a nivel de terapia personal como de grupo, se puede facilitar y mejorar el bienestar personal de los mismos, de igual modo que se consigue con el apoyo a los cuidadores.

GRUPOS DE AYUDA MUTUA CON CUIDADORES

PSICÓLOGA: Soledad Castellón Catalán

JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de un grupo de personas afectadas por circunstancias similares como el cuidado de un enfermo crónico, en este caso, enfermo de Parkinson, es eficaz para compartir e intercambiar información, así como para facilitar apoyo emocional y buscar posibles soluciones a sus problemas.

Por tanto, el motivo es disponer de un tiempo que repercuta positivamente en el cuidador así como en su familia, entendiendo la necesidad del cuidador tanto de relacionarse y combatir el sentimiento de soledad, así como de ayudarse y compartir.

OBJETIVO GENERAL

Escuchar y actuar sobre las diferentes necesidades que puede presentar la persona cuidadora, dado que los cambios profundos en su vida les puede acarrear inseguridad e insatisfacción, así como soledad y aislamiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que el cuidador conozca los aspectos clínicos y psicológicos de la enfermedad de Parkinson y conozca las estrategias para manejarlos, siempre desde la perspectiva de que no hay dos enfermos de Parkinson iguales
2. Que el cuidador entienda el papel fundamental que tiene en la evolución del afectado de Parkinson: qué es cuidar, cambios que puede provocar esta nueva situación en su vida personal y familiar, y fases psicológicas por las que puede pasar un cuidador, el enfermo y la familia. Del mismo modo, abarcar también los aspectos gratificantes que puede proporcionar esta actividad.
3. Que el cuidador mejore el propio auto-cuidado físico y psicológico, aprendiendo a reconocer el propio estado de ánimo, aspectos emocionales personales, manejo de circunstancias que le pueden ocasionar a él ansiedad y estrés en la vida diaria. Todo ello a través de la exposición de información sobre estos temas, así como a través de la narración de experiencias y ejemplos personales y familiares.
4. Que el cuidador reconozca los síntomas para detectar sobrecarga en su vida y que conozca las estrategias para manejarla.

5. Que a través de las estrategias que se trabajan en grupo, el cuidador finalmente mejore su relación afectiva y personal con el enfermo.
6. Que el cuidador tenga un espacio para compartir experiencias con familiares en sus mismas circunstancias y fomentar la ayuda mutua.

METODOLOGÍA

La intervención se realiza a través de la formación de grupos de personas, inicialmente desconocidas, pero experimentando circunstancias similares, en este caso en torno al cuidado de un enfermo de Parkinson.

MODALIDAD DE LOS GRUPOS

En el año 2012, se han creado 2 grupos integrados por cuidadores familiares de enfermos de Parkinson. Un grupo formado por familiares-cuidadores de la población de Alcorcón y un segundo grupo formado por familiares-cuidadores de la población de Leganés.

- **GRUPO 1- Alcorcón:** Es un grupo donde el cuidador principal es la pareja, aunque a él han asistido otros cuidadores-familiares como hijos y hermanos.
Se convocó a un total de 22 personas. A lo largo del año, ha habido una participación activa de todas ellas, aunque no en todos los casos de una manera continuada, dado que la disponibilidad de estas personas tampoco es continuada debido a sus circunstancias.
- **GRUPO 2- Leganés:** Es un grupo donde el cuidador principal es la pareja, aunque, del mismo modo que el anterior, a él han asistido otros cuidadores-familiares como hijos y hermanos.
Se convocó a un total de 19 personas. A lo largo del año, ha habido una participación activa de todas ellas, aunque no en todos los casos de una manera continuada, dado que la disponibilidad de estas personas tampoco es continuada debido a sus circunstancias.

HORARIO

Para el grupo 1, se ha establecido como día de reunión, un jueves al mes, por la mañana y con una duración de la sesión de aproximadamente 90mn.

Para el grupo 2, se ha establecido como día de reunión, un lunes al mes, por la mañana y con una duración de 90mn.

TIEMPO DEDICADO Y NÚMERO DE FAMILIARES ATENDIDOS

Los grupos se iniciaron en enero de 2012 y hasta diciembre de 2012. Teniendo en cuenta que todos los meses ha habido reuniones salvo en abril, julio, agosto y septiembre, el número total de horas dedicadas a ambos grupos, ha sido de 24 horas.

En el tiempo indicado del año 2012 se han atendido un total de 41 familiares-cuidadores.

La atención al cuidador a lo largo del año 2012, se ha realizado también a través de sesiones de terapia individual en el mismo horario que el destinado a las terapias individuales de enfermos de Parkinson.

INTERVENCIÓN

A través de testimonios de cuidadores que exponen ante el grupo su actitud frente a situaciones diversas en el cuidado del enfermo, así como sus dudas y temores.

A través de la exposición de información sobre aspectos neuropsicológicos y conductuales, tanto para afrontar y gestionar mejor la situación, como para potenciar la capacidad del cuidador para cuidar y vivir la situación con cierta normalidad.

RESULTADOS OBTENIDOS

Se ha pretendido que el cuidador encuentre un tiempo en el que se sienta escuchado y comprendido por un grupo de personas que a la vez satisfacen su necesidad de socializarse.

Del mismo modo, que reciba la información necesaria para cuidarse y poder cuidar mejor, tratando de prevenir la sobrecarga y el empeoramiento del estado de ánimo. En general, mejorando su calidad de vida y la de su entorno familiar.

1. En el 80% de los casos, el cuidador ha recibido la información sobre aspectos clínicos y psicológicos de la enfermedad de Parkinson y ha recibido la información sobre las estrategias para manejarlos, siempre desde la perspectiva de que no hay dos enfermos de Parkinson iguales.
2. En el 80% de los casos, el cuidador ha recibido la información para comprender el papel fundamental que tiene en la evolución del afectado de Parkinson: qué es cuidar, cambios que puede provocar esta nueva situación en su vida personal y familiar, y fases psicológicas por las que puede pasar un cuidador, el enfermo y la familia. Del mismo modo, abarcar también los aspectos gratificantes que puede proporcionar esta actividad.
3. En el 60% de los casos, el cuidador verbaliza haber mejorado el propio auto-cuidado físico y psicológico, aprendiendo a reconocer el propio estado de ánimo, aspectos emocionales personales, manejo de circunstancias que le pueden ocasionar a él ansiedad y estrés en la vida diaria. Todo ello a través de la exposición de información sobre estos temas, así como a través de la narración de experiencias y ejemplos personales y familiares.
4. En el 50% de los casos, el cuidador reconoce los síntomas para detectar sobrecarga en su vida y que conozca las estrategias para manejarla.

5. En el 50% de los casos, a través de las estrategias que se trabajan en grupo, el cuidador finalmente reconoce mejorar su relación afectiva y personal con el enfermo.
6. En el 50% de los casos, el cuidador verbaliza cómo con el grupo tiene un espacio para compartir experiencias con familiares en sus mismas circunstancias y fomentar la ayuda mutua.

MASAJES

QUIROMASAJISTA: Raquel Balandín Hernández

PRESENTACIÓN

Su definición practica es: "El Quiromasaje es un método de valoración (mediante la palpación) y tratamiento manual aplicado sobre la cubierta corporal y trasmitido por la presión mecánica de las manos a los diferentes órganos y tejidos del cuerpo humano. Que tiene a la vez, efectos reguladores sobre la sensación general de energía, los estados de ánimo, el cansancio y en general sobre el psiquismo. Según la indicación y los objetivos de tratamiento propuestos se pueden lograr efectos y acciones precisas".

Los beneficios del masaje han llegado hasta nuestros días evolucionando desde las técnicas más simples para proporcionar relajación y favorecer el sueño, hasta el desarrollo específico de algunas más complejas para aliviar o eliminar dolencias concretas del cuerpo y/o el organismo. A continuación se especifican los principales *efectos*:

- **Mecánicos:** en referencia a como las fuerzas mecánicas relacionadas con cada maniobra afectan a los tejidos.
- **Fisiológicos-higiénicos:** cuando se efectúa el masaje en una persona sana para proporcionar mayor vigor al organismo o para aliviar el cansancio.
- **Preventivos:** se cumplen cuando se localiza y delimita por palpación una zona tensa o con posible lesión, se lo comunicamos al sujeto que recibe el masaje y si es factible se trata. Además al aconsejar que el tratamiento este unido a la práctica de ejercicio moderado, se consigue fomentar el bienestar y que el masaje perdure. Cumpliéndose así varias de las funciones del terapeuta manual: cuidar-prevenir, tratar y promover la salud.
- **Terapéuticos:** cuando se utiliza el masaje para mejorar la función circulatoria, recuperar la movilidad restringida entre los tejidos dañados, aliviar y/o reducir el dolor, o para optimizar la conciencia sensorial. Por otro lado, en el momento en que el masaje proporciona apoyo humano, relajación y bienestar, ayudando en la recuperación y el mantenimiento de la salud se convierte, aun sin pretenderlo, en un acto terapéutico.
- **Estéticos-higiénicos:** al movilizar la piel se provoca un efecto mecánico de arrastre o limpieza de está, eliminando así las células descamativas. Cuando el QM tiene por finalidad mejorar el aspecto externo de la persona, eliminando los depósitos de grasa, devolviendo al músculo su tono y relajando el cansancio. Tiene resultados higiénicos

puesto que al eliminar el cansancio en una persona sana produce un resultado estético y por tanto un mayor bienestar.

- **Psicológicos-anímicos:** el contacto de la mano experimentada proporciona calma, seguridad y confort a la persona tratada, le proporciona relajación, a la vez que regula y alivia la tensión psicofísica.

Respecto al drenaje linfático sus funciones son:

Antiedemizante: Evita que se acumule líquido en el tejido conjuntivo, disminuye la filtración al producir una vasoconstricción, potenciando la reabsorción hacia el capilar sanguíneo y favoreciendo la entrada de macromoléculas al capilar linfático. También mejora la laxitud del tejido conectivo, impidiendo que se retengan líquidos

Acción sedante sobre el sistema nervioso

Acción sobre la fibra muscular: Relaja el músculo estriado y sobre el músculo liso, regula el peristaltismo intestinal. Tonifica las paredes de los vasos sanguíneos. Provoca una vasoconstricción metaarteriolar a nivel precapilar. Potencia el movimiento rítmico de los angiones linfáticos.

Acción inmunológica: Lleva sustancias patológicas que están en los tejidos corporales hacia el ganglio linfático, neutralizándola.

JUSTIFICACIÓN

La vida del cuidador sufre unos cambios y etapas similares a los que tiene el afectado por la enfermedad del Parkinson, pero específicos de su particular posición ante el problema. El cuidador se encuentra en una situación difícil, por un lado sufre emocionalmente ante la enfermedad, pero por otro debe ser el motivador. Por este motivo también necesita ayuda para superar trastornos como cansancio, agotamiento, estrés, insomnio, depresión, irritabilidad, que a su vez derivan en otros como puedan ser dolores y tensiones musculares, contracturas, jaquecas... y es aquí donde el masaje puede ser una ayuda para el cuidador, aliviando esta serie de síntomas como a continuación se detalla.

OBJETIVOS GENERALES

Con la terapia de masajes, lo que se pretende principalmente es:

- Proporcionar una mejor calidad de vida
- Proporcionar un respiro familiar

METODOLOGÍA

Actualmente los masajes terapéuticos se están realizando en sesiones individuales de cuarenta minutos y con una frecuencia aproximada de un masaje quincenal por cuidador, teniendo la oportunidad de adquirir algún masaje extraordinario previa petición a la profesional.

Durante el curso 2012 se ha mantenido el servicio de masajes en los espacios en el municipio de Leganés que se abrieron durante el curso pasado.

En la terapia de masaje se han atendido a unos 10 cuidadores en total, 5 en Alcorcón y 5 en Leganés.

Las zonas corporales tratadas actualmente son:

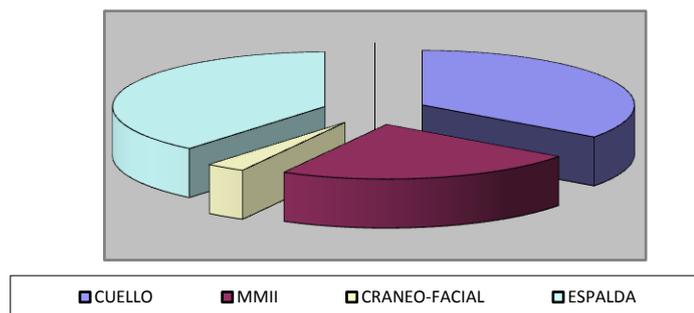
- Espalda
- Extremidades inferiores
- Extremidades superiores
- Zona facial y craneal

RESULTADOS OBTENIDOS

- Mejora en contracturas musculares
- Alivio en dolor muscular
- Menor rigidez muscular
- Alivio en las jaquecas
- Mejora en la calidad de sueño
- Relajación y bienestar

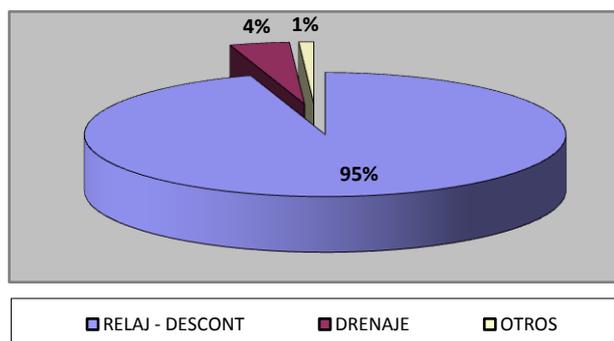
Los porcentajes aproximados por preferencia de masaje son:

- 39% masaje en
- 23% masaje en MMII
- 30% masaje cuello
- 4% masaje en MMSS
- 1% masaje en cráneo-
- 0% masaje en MMSS



Los porcentajes aproximados por tipo de masaje son:

- 95% masaje relajante y descontracturante
- 4% masaje de drenaje linfático



- 1% otros tipos de masajes (clapping)

Indicadores

- Nº de intervenciones: 135 intervenciones
- Nº de pacientes atendidos: 10 cuidadores

RECURSOS MATERIALES

En la actualidad en las sesiones de masajes terapéuticos se está utilizando los siguientes materiales que a continuación enumeramos:

- Camilla hidráulica
- Biombo
- Silla donde el enfermo se viste y se desviste
- Perchero
- Reloj para controlar el tiempo
- Papel para la camilla
- Toallas individuales para cada cuidador
- Toallitas húmedas
- Cremas de masaje profesional
- Gel bálsamo de Harpago para aliviar dolores musculares
- Crema de calor para contracturas
- Crema de frío para el cansancio en extremidades
- Alfombra para apoyar los pies
- Radiador para calentar la sala
- Uniforme del terapeuta
- Música para crear ambiente relajante

CLUB DE SOCIOS

Este programa está diseñado para ofrecer a enfermos y familiares un espacio de intercambio y de interrelación con otros socios y socias. Proponemos una alternativa de ocio y tiempo libre para paliar el aislamiento social al que tienden pacientes y familiares. Se pretende prevenir un posible abandono de las relaciones sociales o reiniciarlas en su caso, actuando positivamente sobre la esfera emocional del enfermo, su familia y su círculo social.

TALLER DE TEATRO

Jessica I. Terán Sosa

PRESENTACIÓN

El teatro ha estado a lo largo de toda la evolución del hombre, desde diferentes perspectivas, diferentes funciones, una de ellas, la de enseñar a la sociedad, la de exaltar el alma, y no podemos olvidar la de divertir o recrear tanto al actor como al espectador.

Con el teatro conseguimos manifestar sentimientos, emociones o simplemente, divertimos, también inconscientemente trabajamos una serie de aspectos fundamentales para todo desarrollo humano, tales como la comunicación, la cooperación, integración, la autoestima, el conocimiento de sí mismo, diferentes habilidades sociales, entre otras.

El teatro dentro de un colectivo específico como lo es, personas que padecen la Enfermedad de Parkinson, busca el entretenimiento, el buen humor, sin olvidar el trabajo cognitivo, físico y emocional que están inmersas en las actividades teatrales.

OBJETIVOS GENERALES

- ▶ Practicar la expresión corporal
- ▶ Fomentar la creatividad y la imaginación
- ▶ Realizar un montaje teatral

Objetivos Específicos:

- ▶ Ejercitar diferentes actividades teatrales que involucren cuerpo y proyección de voz
- ▶ Ejercitar la memoria y la capacidad de improvisación
- ▶ Potenciar las habilidades sociales: como la escucha activa, asertividad, autoestima.

En cuanto a los beneficios terapéuticos derivados de la actividad:

- ▶ Estimular la memoria, la atención, concentración y coordinación.
- ▶ Trabajar la conciencia corporal, la postura, la expresión corporal y facial.
- ▶ Trabajar la voz, la respiración y el lenguaje no verbal para potenciar la comunicación interpersonal e intrapersonal.

METODOLOGÍA Y MATERIAL

Se concibe el taller de teatro como un espacio para el entrenamiento de actividades teatrales con fines lúdicos, dónde cada participante se podrá expresar y comunicar con elementos teatrales, se busca el desarrollo del desplazamiento en el escenario, la proyección de la voz y la articulación correcta del texto. Se pretende realizar dos montajes durante el año con

diferentes niveles de complejidad, partiendo de lo más sencillo a lo más complejo sólo en el campo cognitivo y así estimular la memoria.

Las sesiones del taller de teatro se han estructurado en una sesión de una hora por semana, en el salón de actos, dónde trabajamos con la siguiente estructura:

- ▶ Ejercicios de calentamiento, tanto físico como creativo, de desbloqueo, y de toma de conciencia del cuerpo y el espacio.
- ▶ Ejercicios de dramatización
- ▶ Puesta en común o discusión

Esta estructura no es fija, puede variar en función de las necesidades del grupo.

Al taller acuden unas 4 - 5 personas, se reúnen en un aula con suficiente espacio e iluminación, cuentan con un equipo de cd's y material de oficina. Existen dos grupos de teatro uno en Leganés y otro en Alcorcón. La planificación es igual para ambos grupos y constan del mismo número de miembros.

INTERVENCIÓN

Entre los ejercicios que se proponen en el taller podemos encontrar:

Juegos Teatrales: muchos de estos juegos son de improvisación para desarrollar confianza en sí mismos, y la creatividad ante situaciones imaginarias

Lecturas dramatizadas: se comparten textos que ya han sido representados por ellos o que los conocen y se leen en voz alta para estimular la proyección y la articulación.

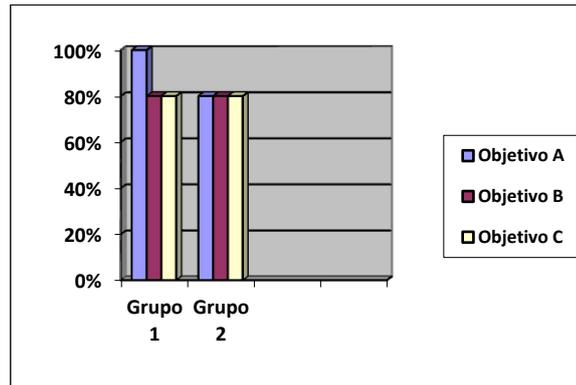
Ejercicios de Expresión Corporal: se plantean ejercicios sencillos para calentar el cuerpo y tomar conciencia del espacio y los movimientos que tienen los personajes cuando se representan.

RESULTADOS

Los resultados han sido muy positivos. Han sido evaluados tanto por la propia puesta en común de los participantes, al final de las sesiones, como por observación del director.

Se han observado más comunicativos y de mejor humor al finalizar las sesiones, a lo largo del tiempo se han ido desinhibiendo más y aumentando su participación y creatividad en sus intervenciones. En cuanto a los objetivos específicos planteados

- ✓ Ejercitar diferentes actividades teatrales que involucren cuerpo y proyección de voz
- ✓ Ejercitar la memoria y la capacidad de improvisación
- ✓ Potenciar las habilidades sociales: como la escucha activa, asertividad, autoestima

Atención Integral a Personas con Párkinson o Parkinsonismos

Se han alcanzado los objetivos con un amplio rango, se muestran ambos grupos de teatro tanto como el que ensaya en Alcorcón (grupo 1) y el grupo de Leganés (grupo 2), con una alta motivación presente en la asistencia a los ensayos y la memorización de la obra propuesta.

Durante este año, se realizaron 3 montajes, con excelentes resultados, la memoria y la expresión corporal fueron impecables, los ensayos se completaron al 100%. Con una frecuencia de un día a la semana de una hora de duración para cada grupo.

Un aspecto importante es la proyección y articulación vocal, que se ve afectada por la enfermedad, para el próximo año es un objetivo fundamental en el taller de teatro, en este período 2011 – 2012 no se observaron grandes resultados.

FIESTAS DE CUMPLEAÑOS

Trimestralmente se elige un día para celebrar los cumpleaños que han tenido lugar en ese período. Es una actividad abierta a todos los pacientes y familiares. Además, todos colaboran aportando algo a la fiesta.

Nº de celebraciones: 4

Participantes: 20

EXCURSIONES



Con motivo del aniversario de la asociación, al finalizar el curso se propone una salida a un lugar de interés para pasar el día. La salida tuvo lugar el día 21 de junio, a El Espinar (Segovia). La participación fue de más de 30 personas.

ÁGAPES SOCIOS



Con motivo de la Navidad se organiza una comida para todos los socios y familiares. La celebración tuvo lugar el día 12 de enero de 2012 Asistieron 55 personas.

Con motivo del Día Mundial de Párkinson, hicimos una comida de socios, que tuvo lugar el día 11 de abril.

CUÉNTANOSLO... CON ARTE

La Federación Española de Parkinson convoca un concurso de relato breve, pintura, dibujo y fotografía. Con motivo de la presentación de las ediciones del concurso se organiza en cada asociación una Fiesta. La fiesta se realizó el día 26 de abril, asistiendo un total de 18 personas.

CONVIDARTE

La Asociación Parkinson Alcorcón, con motivo del aniversario de la asociación, crea y celebra por segunda vez, la IV Edición de los Premios Convidarte. Estos premios fomentan y valoran los trabajos creativos de los socios. En esta edición, la convocatoria recogía "Relatos Cortos" y "Fotografía".

EL MENSAJERO

Se trata de una publicación interna trimestral, en la que participan los socios. Durante el curso 2012 se elaboraron 4 números. Esta publicación es diseñada por Rubén Montero (socio colaborador) y junto con él, Azucena Balandín y Villalbaldo de Paula elaboran los contenidos. En el año 2009, El Mensajero se amplía y mejora el formato gracias a la colaboración de un laboratorio. Debido a los recortes sufridos, los laboratorios han dejado de colaborar y nos hemos visto obligados a reducir la publicación a 4 números anuales.



DIVULGACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

CONFERENCIAS

La asociación organiza periódicamente conferencias acerca de la enfermedad de Párkinson dirigidas tanto a profundizar en el conocimiento de la enfermedad, como a dar a conocer a la población en general las necesidades de las personas afectadas por esta enfermedad para crear una conciencia social.

DÍA MUNDIAL DE PARKINSON



El día 11 de abril se celebra el Día Mundial de Parkinson. La Federación Española de Parkinson propone un lema cada año. El lema para el año 2012 ha sido “¿Te imaginas la vida con párkinson?”. Cada entidad organiza diferentes actividades, nuestra asociación en coordinación con el Ayuntamiento de Alcorcón y el Ayuntamiento de Leganés ha desarrollado las siguientes actividades:

ACTO CIENTÍFICO

- Modera: Autoridad
- Ponentes:
 - Dra. María de Toledo Heras “Conocimiento actual de la Enfermedad de Parkinson”
 - Jorge Alegre Ayala, Terapeuta Ocupacional, Universidad Rey Juan Carlos
- Lugar: C.C. Los Pinos (C/ Pinos, 11 Alcorcón)
- Día 12 de abril a las 17.30
- Al finalizar el acto se ofrecerá un cóctel

MESAS INFORMATIVAS

- Fundación Hospital Alcorcón (09 y 10 de abril de 2012)
- Hospital Severo Ochoa Leganés (09 y 10 de abril de 2012)
- A pie de calle: c/ Mayor esq. c/ Soria (14 de abril de 2012)
- Centro Comercial Leroy Merlin. (CC Parque Oeste. 14 de abril de 2012)

COMIDA DE SOCIOS

- Día 11 de abril de 2012

CLAUSURA DE LA SEMANA Y III FESTIVAL BENÉFICO DÍA MUNDIAL DE PARKINSON

- C.C. Julian Besteiro (Av. Rey Juan Carlos I, 30)
- Día 13 de abril de 2012 Horario: 18.00
- Entradas: 4 € (disponibles entradas de fila 0)
Venta de entradas en la Asociación Parkinson Alcorcón
- Gobierno local de Leganés (clausura)
- Actuaciones de grupos: La Duda, Grupo de teatro Párkinson, dos grupos más por confirmar.

OBRA DE TEATRO (Pendiente de Confirmar)

Organiza: José Luís Crespo

Entrada libre (preferente a la Asociación Parkinson Madrid y Asociación Parkinson Alcorcón)

ACTO RELIGIOSO

Parroquia Virgen del Alba (C/ Mayor, 97 Alcorcón)

Día 15 de abril de 2012 Hora: 19.00 horas

PLANTEMOS UN ÁRBOL POR EL PÁRKINSON



La FEP propone una nueva fecha para hacer visible la enfermedad de Parkinson, así como las necesidades y demandas de las personas que la tienen diagnosticada. En una apuesta por el medio ambiente y con la colaboración de distintas entidades: ONU, Ayuntamiento de Alcorcón, Laboratorios UCB, Fundación Manantial.

En Alcorcón, el día 8 de noviembre, se realizó la plantación de 10 árboles en el Parque de la República, donde se ubica el “BOSQUE DE PÁRKINSON” inaugurado el año 2010. Al acto asistieron miembros de las distintas Concejalías del Ayuntamiento de Alcorcón, así como una amplia representación de las asociaciones y los colectivos de Discapacidad de nuestro municipio.

INVESTIGACIÓN

La Asociación Parkinson Alorcón participa activamente en las investigaciones sobre la enfermedad de Parkinson que se propongan con criterios científicos.

REDES SOCIALES

La Asociación Parkinson Alorcón está vinculada a distintos foros de trabajo con la finalidad de representar y luchar por los intereses de los pacientes de Párkinson:

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE PARKINSON

La FEP está detrás de muchos de los actos de divulgación que se desarrollan en nuestra asociación. La FEP aúna a las asociaciones de párkinson de España en el *Día Mundial de Parkinson*, en el proyecto *Plantemos un árbol por el párkinson*, en el concurso *Cuéntaselo con arte*, etc.

Además, en el ejercicio 2012, contamos con una subvención con cargo al IRPF gestionada por la FEP, que nos permite tener contratada a una psicóloga.

COMISIÓN DE DISCAPACIDAD

Esta comisión se vincula a la Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Alorcón.

- Con motivo del Día internacional de las personas con discapacidad (3 de diciembre), la Concejalía y la Comisión de Discapacidad realizan una serie de actos y actividades dentro de la Semana de la Discapacidad. La Asociación Parkinson Alorcón participó en las actividades desarrolladas.
- Servicio de transporte adaptado. Se facilita para que las personas en situación de mayor falta de movilidad dispongan de un servicio de transporte adaptado que les permita acudir a la asociación para recibir su Tratamiento Terapéutico Integral. Este servicio se puso en marcha en el año 2009 y ha sido financiado por el Ayuntamiento de Alorcón. Realizaba el servicio Cruz Roja. Durante el año 2012 se ha suspendido dicho servicio por falta de financiación del Ayuntamiento de Alorcón.

CODIAL

En el año 2009, la Asociación Parkinson Alorcón se incorporó al foro de trabajo CODIAL (Coordinadora de Asociaciones Prodiscapitados de Alorcón).

Con CODIAL participamos en el Festival del Día Mundial de las personas con Discapacidad.

FORO DE ASOCIACIONES POR LA SANIDAD PÚBLICA EN ALCORCÓN

Este foro tiene como objetivo la mejora de la sanidad pública en Alcorcón y en la Comunidad de Madrid.

PACTO CIUDADANO DE ALCORCÓN CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES

Desde el año 2010 APARKAM se suma al Pacto Ciudadano de Alcorcón contra la violencia hacia las mujeres.

GESTIÓN DE LA ENTIDAD

INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN

APARKAM facilita, durante todo el año, información y orientación en todo lo relativo a la enfermedad de Parkinson, a todas aquellas personas que lo requieran. Las personas que han utilizado este servicio han solicitado información acerca de:

- La enfermedad de Párkinson: Síntomas, tratamientos, etc.
- La Asociación Parkinson Alcorcón: servicios y actividades desarrollados por nuestra entidad.
- Ayudas y subvenciones.
- Recursos y Servicios de carácter público.
- Se facilitan informes profesionales a pacientes en tratamiento para la gestión de certificados, etc.
- Se facilita información y orientación sobre servicios profesionales especializados (abogado, terapeutas, gestoría, etc.)
- Recursos de ocio: vacaciones terapéuticas, Imsero, etc.

GESTIÓN DE PROYECTOS Y SUBVENCIONES

APARKAM requiere de recursos humanos, medios técnicos y recursos económicos para llevar a cabo todos los servicios y actividades descritas. En relación a lo económico, los socios aportan una parte y el resto de la financiación es aportada por distintas entidades públicas y privadas. Durante el ejercicio 2012, la Asociación Parkinson Alcorcón ha disfrutado de ayudas de las siguientes entidades:

- La Comunidad de Madrid, a través de la subvención de mantenimiento de centros, servicios y desarrollo de programas de atención a personas con discapacidad.
- La Concejalía de Salud y Mercados del Ayuntamiento de Alcorcón nos ha cedido, de manera compartida con 15 asociaciones más, el Centro de Asociaciones para la Salud y tiene concedida una subvención a nuestra entidad.
- El Ayuntamiento de Leganés nos ha cedido de manera compartida con otras asociaciones el uso de dos salas para realizar las distintas terapias en el Hotel de las

Asociaciones de Leganés. Además, ha colaborado con una pequeña cantidad económica para la realización de actividades.

Durante el año 2012, APARKAM ha participado en 12 convocatorias de ayudas o premios.

La Autorización Administración se obtuvo en el mes de noviembre de 2011 para los sectores de Discapacidad y Mayores.

La Declaración de Utilidad Pública que fue concedida en octubre de 2011.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

1. APARKAM ha gestionado la concesión de la Autorización Administrativa de la Comunidad de Madrid.
2. Se ha gestionado la concesión de la Declaración de Utilidad Pública.
3. Se han modificado los Estatutos de la entidad y se ha notificado la modificación de la Junta Directiva.

COLABORADORES

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD	
COMUNIDAD DE MADRID Consejería de Familia y Asuntos Sociales Consejería de Sanidad	
AYUNTAMIENTO DE ALCORCÓN	
AYUNTAMIENTO DE LEGANÉS	
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE PARKINSON	
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN	
HOSPITAL SEVERO OCHOA DE LEGANÉS	