

Protocolo de Terapia Ocupacional en la enfermedad de **Parkinson**



MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES
Y AGENDA 2030

REAL PATRONATO
SOBRE DISCAPACIDAD



PARKINSON
FEDERACIÓN ESPAÑOLA

Protocolo de
Terapia Ocupacional
en la enfermedad de
Parkinson

Protocolo elaborado por:

[Fátima Núñez González](#) (coordinadora) (Asociación Párkinson Albacete)

[David Lucas-Torres Zaragoza](#) (coordinador) (Asociación Párkinson Villarrobledo y Colegio de terapeutas ocupacionales de Castilla La Mancha)

[Marta García San Andrés](#) (Asociación Párkinson Albacete)

[Rocio M. Montejano Martínez](#) (Asociación Párkinson Villarrobledo)

[Elena Sahuquillo Olmeda](#) (Asociación Párkinson Villarrobledo)

[Pilar M.ª Moreno Pérez](#) (Asociación Párkinson Villarrobledo)

[Rocío Álvarez de Lara Moreno](#) (AFA Parla)

[Mónica Buenestado Castillo](#) (AFA Parla)

[Nuria Silva Colmenar](#) (AFA Parla)

[Raquel Elvira Flores](#) (AFA Parla)

[Irene Barba Fernández](#) (Asociación Párkinson Málaga)

[Julia González Sanfélix](#) (Asociación Párkinson Extremadura)

Edita: © Federación Española de Párkinson

Tel.: 914 345 371

www.esparkinson.es

Co-edita: Real Patronato sobre Discapacidad

Con el aval de: Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales

Servicios editoriales: Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.

www.cyan.es

ISBN: 978-84-09-34907-4

eISBN: 978-84-09-34691-2

Depósito legal: M-30785-2021

El contenido de la presente publicación es responsabilidad exclusiva de los/as autores/as y no necesariamente refleja los puntos de vista de la Federación Española de Párkinson.

Índice

	Carta al presidente	5
1.	Introducción	7
2.	Alcance y objetivos	11
3.	Evaluación y diagnóstico	14
4.	Intervención	38
5.	Recomendaciones	46
6.	Referencias bibliográficas	49

Índice de tablas

Tabla 1.	Resumen escalas de valoración funcional	34
Tabla 2.	Resumen escalas de valoración cognitiva	35
Tabla 3.	Resumen escalas de valoración física	36
Tabla 4.	Resumen escalas de valoración de la calidad de vida	36
Tabla 5.	Productos de apoyo	44



Carta del presidente

La Federación Española de Párkinson (FEP) cumple 25 años desde su fundación en noviembre de 1996 y, actualmente, agrupa a 67 asociaciones de párkinson de toda España. Trabajamos con las asociaciones para representar y fortalecer el movimiento asociativo párkinson en nuestro país.

Las asociaciones de párkinson cumplen un papel fundamental en el bienestar de las personas con enfermedad de Parkinson (EP) y su entorno familiar y de cuidados. Entre otras actividades y servicios, ofrecen las terapias rehabilitadoras que una persona con EP necesita para mejorar su calidad de vida y las cuales no cubre el Sistema Nacional de Salud. Además, brindan una atención social y un acompañamiento imprescindible para las personas con EP y sus familias.

Las asociaciones de párkinson trabajan desde un enfoque de atención integral centrado en la persona y de manera individualizada. Pero, para que puedan realizar esta importantísima labor, necesitan contar con profesionales de diversas áreas de intervención. Estos/as profesionales, además de formación y experiencia en su ámbito, precisan un conocimiento específico del trabajo que se realiza con las personas con EP y sus familias. Es por ello por lo que, en el año 2018, la FEP puso en funcionamiento los foros profesionales, una actividad enmarcada en el proyecto AMÁS: Apoyo al Movimiento Asociativo Párkinson. Su objetivo es fomentar el contacto y la transferencia del conocimiento entre profesionales de las principales áreas de las asociaciones. En concreto, de las áreas profesionales de Trabajo Social, Psicología, Fisioterapia, Logopedia y Terapia Ocupacional.

A principio del año 2020, después de dos años de funcionamiento de los foros, se planteó la necesidad de que cada una de estas áreas pudieran contar con un Protocolo que unificara el abordaje de la EP, y guiara a los/as profesionales de cada disciplina que se incorporan a una asociación o a aquellos/as de asociaciones pequeñas que no cuentan con los medios ni la experiencia de las más grandes.

Estos Protocolos, elaborados por profesionales de las asociaciones de párkinson con apoyo de consejos profesionales, tienen como vocación convertirse en un referente de calidad en la atención a personas con EP y sus familias desde cada área.

Consideramos que estos Protocolos van a ser un recurso de primera magnitud para el desarrollo del trabajo en las asociaciones de párkinson. Un documento de referencia hecho por profesionales para profesionales y que, a buen seguro, va a contribuir a mejorar la vida de muchas personas con párkinson y sus familias.

Desde aquí quiero agradecer en mi nombre y en el de la FEP a todos/as los/as profesionales que han participado en la elaboración de estos Protocolos, a sus asociaciones y también a los consejos profesionales que han colaborado.

Por último, quiero trasladar mi agradecimiento al Real Patronato sobre Discapacidad por su colaboración institucional en la publicación de estos Protocolos.

Muchas gracias a todos/as.

Firmado

ANDRÉS ÁLVAREZ RUIZ

Presidente de la Federación Española de Párkinson

1 2 3 4 5 6 7

Introducción





Introducción

La terapia ocupacional se define como el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos los aspectos: laboral, mental, físico y social.

Para entender la necesidad de la terapia ocupacional dentro de las asociaciones de párkinson, es importante conocer los datos de esta enfermedad y como afecta al desempeño de las ocupaciones de las personas que la tienen.

El párkinson es una enfermedad progresiva del sistema nervioso que afecta el movimiento. En España tiene una incidencia y prevalencia similar al resto de Europa. Con la estimación de población actual se obtiene que debe haber en España al menos 300.000 personas con enfermedad de Parkinson y un nuevo caso por cada 10.000 habitantes al año. Esta patología produce un importante impacto en la calidad de vida debido a su repercusión sobre las tareas cotidianas.

Antes de conocer las afectaciones de la enfermedad de Parkinson en el desempeño ocupacional de las personas, debemos tener en cuenta que en cada usuario/a la patología se puede desarrollar de una manera diferente y que no siempre pasarán por cada una de las dificultades descritas, se trata de algo orientativo. Como dato principal a tener en cuenta, es importante reflejar que estas personas necesitan más tiempo para llevar a cabo la mayoría de las actividades. Esto se conoce como bradicinesia, un síntoma característico de la enfermedad de Parkinson que consiste en una lentificación de los movimientos voluntarios complejos. Requieren planificarse bien y se bloquean todavía más cuando se les mete prisa, por lo que es importante que las personas convivientes también sean conscientes de esto.

1.1. Efectos de la enfermedad de Parkinson en diferentes actividades

- ▶ Dificultades en la comunicación: presentan dificultad para la comunicación oral, ya que, en ocasiones, no se les entiende bien cuando hablan, de manera que muchas veces no son comprendidas sus necesidades y sus deseos. Esta dificultad conlleva que la persona se aíse socialmente, intervenga menos en las conversaciones y pierda intereses y aficiones. Esto, añadido a una posible rigidez facial, la cual no facilita la expresión del estado de ánimo a través del rostro, puede llevar a malentendidos. El familiar puede pensar que la persona con párkinson está enfadada o que no comprende lo que le está diciendo debido a la falta de *feedback* por parte de esta.

- ▶ Dificultades emocionales: falta de intereses por actividades cotidianas, incapacidad de realizar tareas y dificultades en las relaciones interpersonales. Aparece una falta de motivación por participar en actividades rutinarias o actividades nuevas.
- ▶ Alteraciones cognitivas: dificultad a la hora de ver un programa de televisión o de seguir una conversación. También pueden tardar un poco más de lo esperado en el momento de responder a una pregunta, con lo que se dificulta la conversación e incluso el interlocutor puede pensar que la persona no tiene interés o no comprende bien lo que se le dice. Les cuesta mucho tomar decisiones, organizarse para hacer una tarea, así como acabarlas. Tienen problemas a la hora de recordar recorridos o dónde se han colocado determinados objetos y, en ocasiones, cómo se llaman los objetos o las personas.
- ▶ Alteraciones sexuales: dan lugar a muchos problemas de pareja, problemas de autoestima y confianza de la persona. Puede aparecer hipersexualidad o por el contrario falta de interés en esta área.
- ▶ Dificultades en la alimentación: tienen una gran repercusión. Por un lado, en el ámbito nutricional, han de cambiar la dieta y los hábitos alimenticios que pueden derivar en desnutrición y deshidratación. La disfagia también puede provocar infecciones tales como neumonías por la aspiración de alimentos. Por otro, en el ámbito social, ya que dejan de asistir a actos públicos que impliquen comer delante de otras personas como puede ser una comida familiar lo que contribuye al aislamiento que afecta no solo a la persona, sino también al entorno familiar. Las limitaciones motrices, cada vez mayores a medida que avanza la enfermedad, les dificultarán tareas implicadas en el proceso de la alimentación (cortar, pelar, usar la cuchara, etc.).
- ▶ Dificultades en el aseo: es frecuente la seborrea (trastorno de las glándulas sebáceas que producen más sebo de lo normal). La persona con párkinson necesita una higiene más minuciosa, incluso con productos especiales en algunos casos. A medida que avanzan los estadios, las limitaciones motoras en el rango articular y en la motricidad fina y gruesa, sumadas a la lentitud de movimientos, harán que la persona precise de ayuda para su aseo personal diario, lo que puede influir de manera notable en la percepción de la calidad de vida.
- ▶ Dificultades en desplazamientos: tienen muchos problemas a la hora de caminar, en los desplazamientos largos, pero también en los cortos. Son especialmente notorias sus dificultades en los pasos estrechos, como las puertas o pasillos. La postura de las personas con EP está relacionada con una ligera flexión que se irá acentuando conforme avance la enfermedad. Además, son frecuentes las caídas hacia delante (propulsión) y también hacia atrás (retropulsión). Las caídas pueden tener una grave repercusión no solo por una posible rotura, sino también efectos psicológicos como el miedo a moverse.
- ▶ La falta de movilidad como consecuencia de la fatiga y sobre todo el dolor repercute seriamente en la persona no solo físicamente favoreciendo, por ejemplo, la inflamación o la aparición de edemas, sino también a nivel social provocando aislamiento.
- ▶ Dificultades en el vestido: acciones como, por ejemplo, abrocharse los botones o otras actividades que impliquen manipulación fina resultan cada vez más complicadas. En estadios más avanzados, puede presentar dificultad para actividades motrices más gruesas como ponerse los zapatos, los pantalones o una camiseta.
- ▶ Dificultad en el área laboral: se puede ser acreedor de una incapacidad permanente total, una incapacidad permanente absoluta o incluso una gran invalidez cuando se determina la gravedad del párkinson. El temblor es causante de incapacidad para profesiones en las que se requiera precisión en las manos como, por ejemplo: cirugía, relojería, mecanografía, artesanía, policía, bombero o conductor. Cuando la enfermedad no se encuentra en

un estadio mayor de gravedad puede incapacitar para funciones laborales en las que se necesite levantar peso o realizar movimientos continuos, en esos casos se otorga la incapacidad permanente total. En sus fases avanzadas llega a ser altamente incapacitante y se puede estudiar la gran invalidez (es excepcional) cuando se acompaña de deterioro físico y psíquico. Por tanto, el grado de incapacidad vendrá determinado por el estadio en el que la enfermedad se encuentre y las repercusiones funcionales concretas derivadas de ella.

1 **2** 3 4 5 6 7

Alcance y objetivos





Alcance y objetivos

2.1. Objetivo principal de la terapia ocupacional

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

2.2. Papel del/la terapeuta ocupacional en las asociaciones

El rol de la/el terapeuta ocupacional dentro de una asociación es multidisciplinar, ya que se encuentra dentro de un equipo de profesionales desde el cual se abordan las intervenciones que se realizan de forma conjunta.

Como profesional sociosanitario, dentro de los equipos de intervención, rehabilitación o inserción social, el/la terapeuta ocupacional enfoca su valoración y la posterior intervención en las áreas de desempeño ocupacional (actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio, participación social) y en los componentes del desempeño ocupacional. Por lo que la función principal del/la terapeuta ocupacional es la readaptación holística de la persona en su entorno habitual a través de una valoración física y cognitiva.

El trabajo del/la terapeuta ocupacional en las asociaciones debe estar basado en el uso y cumplimiento del código deontológico que rige la profesión. Este se compone de unas reglas básicas y principios que unifican los criterios de conducta a seguir por las y los terapeutas ocupacionales en la práctica de su profesión.

Para consultar este código deontológico, se puede acceder a la página web oficial del colegio de terapeutas ocupacionales de Castilla-La Mancha a través de este enlace: <https://www.coftoclm.org/codigo-deontologico/>.

2.3. Funciones dentro de una asociación

- ▶ Evaluación de la persona usuaria cuyo fin es determinar cuáles son las áreas de disfunción que presenta y poder plantear un plan de intervención. Realización de un tratamiento adecuado de cada persona incrementando sus capacidades residuales aumentando sus habilidades y destrezas funcionales, compensando las deficiencias que ya no se puedan recuperar y reintegrando a estas personas en la sociedad con el grado máximo de autonomía y calidad de vida.

- ▶ Asesoramiento y aportación de consejo a las personas con la enfermedad y a sus familiares sobre cómo llevará el tratamiento, el uso de ayudas técnicas, prótesis y ortesis, reorientación laboral, adaptación del entorno, etc.
- ▶ Utilización de la actividad para fomentar la salud y el bienestar de la persona, prevenir la discapacidad y favorecer el correcto equilibrio de las áreas ocupacionales de la persona.
- ▶ Investigación y educación.
- ▶ Dirección, administración y gestión del departamento de Terapia Ocupacional para su correcto funcionamiento.
- ▶ Enseñanza y supervisión a las personas que trabajan auxiliando al/la terapeuta ocupacional.
- ▶ Protocolo de evaluación en asociaciones.

1 2 **3** 4 5 6 7

Evaluación y diagnóstico





Evaluación y diagnóstico

3.1. Teoría

La valoración es la primera parte del proceso de intervención desde el área de terapia ocupacional. Se orienta hacia el conocimiento de la persona, sus déficits y limitaciones, sus características personales y sociales, entorno físico y social y sus contextos.

Durante este proceso se utilizan procedimientos formales y no formales para obtener la información y para conocer cuáles son los deseos y prioridades de la persona, además de establecer una base en la que apoyar la intervención ocupacional.

Entrevista inicial o *screening*

El proceso de evaluación comienza con un primer contacto de la persona con la asociación. Hasta ella se puede llegar a través de diferentes vías como pueden ser: por recomendación desde el área hospitalaria, consultas externas, familiares o personas del entorno que conocen la asociación, por propia iniciativa o búsqueda a través de las nuevas tecnologías. La persona acude a la asociación para solicitar información, ya sea de manera telefónica o presencial, y aquí tiene una primera reunión con el/la trabajador/a social que le informará de la labor que realizamos, la metodología de trabajo en el centro y qué servicios podemos ofrecerle. Además de llevar a cabo una primera recogida de datos e información para conocer mejor la situación actual de la persona.

Una vez que ha tenido lugar esta primera toma de contacto, se cita al usuario/a para realizar las valoraciones de todas las áreas que conforman la asociación, en las que se incluyen: fisioterapia, logopedia, psicología y terapia ocupacional.

El proceso de valoración desde el departamento de Terapia Ocupacional comienza con el *screening*, donde se incluye la observación de la persona, la lectura de la historia clínica y la entrevista inicial. En este punto es donde se deben recoger datos que son importantes para conocer mejor a la persona y así poder realizar posteriormente una intervención más individualizada, incluyendo datos personales y familiares, así como documentación clínica. En esta entrevista puede participar la persona acompañada o no de su familia, dependiendo de cómo se encuentre más cómoda para contestar a las preguntas que le hagamos y de la capacidad que tenga para ello.

Es importante señalar que en esta entrevista informal es donde se comienza a establecer la relación terapéutica, por lo que debemos mostrar empatía y prestar atención a las necesidades y preocupaciones que refiera la persona, así como intentar resolver todas sus dudas. La relación terapéutica no es una amistad y, a veces, se puede confundir en cuanto al trato con las personas con las que trabajamos, ya que tienen grandes necesidades emocionales que pueden llevar al error.

Por ello, para poder establecer una relación terapéutica eficaz, el/la terapeuta debe poseer las siguientes actitudes que favorecen la relación con quienes estamos atendiendo:

- ▶ Calidez y cordialidad: desde el primer contacto del terapeuta con la persona que tiene la enfermedad debe hacerle sentir cómoda y segura dentro de la conversación para que perciba que se acepta cómo es y no se le va a juzgar, aportándole cierto bienestar.
- ▶ Autenticidad: hablar de manera abierta y clara a la persona para que el mensaje llegue de la mejor manera posible y sin ambigüedades.
- ▶ Comprensión empática: es muy importante diferenciar entre la empatía y la simpatía, ya que desde esta última no se puede obtener el distanciamiento necesario para tomar decisiones terapéuticas correctas y sin estar influenciadas por nosotros mismos. La empatía es la habilidad para ponerse en el lugar de la otra persona y poder llegar a comprender su actitud o pensamientos, sin hacerlos propios.
- ▶ Entendimiento: ser claros en nuestra expresión verbal y no verbal, para que no se dé lugar a malentendidos.
- ▶ Escucha activa: la persona con la que tratamos debe sentir que se le está escuchando en todo momento, usando incentivos verbales y no verbales.¹

Valoración de todas las áreas de terapia ocupacional

Después de esta entrevista inicial, llevaremos a cabo la evaluación mediante instrumentos formales y observación de todas las áreas que componen el desempeño ocupacional de la persona: actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, ocio y tiempo libre, evaluación del entorno, evaluación de la persona cuidadora principal y evaluación cognitiva. Los instrumentos de valoración serán descritos con detalle más adelante.

Dentro de cada una de estas áreas se incluyen:

- ▶ Las actividades básicas de la vida diaria, es decir, todas aquellas ocupaciones relacionadas con el autocuidado: baño, vestido, higiene personal, alimentación, continencia, utilización del W.C. y movilidad funcional.
- ▶ Las actividades instrumentales de la vida diaria incluyen todas aquellas ocupaciones que requieren la interacción de la persona con su entorno: uso del teléfono, preparar la comida, toma de medicación, manejo del dinero, lavado de la ropa, mantenimiento y cuidado del hogar, cuidar a otras personas o cuidar una mascota y utilización de transporte.
- ▶ La valoración del área del ocio y tiempo libre es muy importante ya que, debido al estigma causado por la enfermedad de Parkinson, las personas suelen dejar de lado la realización de actividades de ocio y la participación en grupos sociales.
- ▶ La evaluación del entorno incluye tanto el domicilio de la persona como los lugares donde se mueve frecuentemente, por ejemplo, el lugar de trabajo si fuera este el caso. En este punto debemos tener en cuenta las capacidades de esta para identificar los elementos susceptibles de cambio y así facilitar su participación en las actividades de su vida diaria.
- ▶ La evaluación de la persona cuidadora principal es también de gran importancia. Por un lado, hablar con ella nos ayudará a contrastar la información que la persona con la enfermedad nos ofrece y, por otra parte, debemos conocer su estado, para detectar el síndrome del cuidador/a quemado/a o sobrecarga del cuidador/a. Este síndrome se identifica por un estado de agotamiento físico, mental y emocional que ocurre cuando una persona se encarga del cuidado de otra durante un largo tiempo, pudiendo llegar a generar un rechazo hacia la persona de la que está cuidando.

- ▶ La evaluación cognitiva se llevará a cabo a solas con la persona con la enfermedad, ya que normalmente la presencia de otros familiares o acompañantes la alteran más y pueden distraer su atención. Dentro de la evaluación cognitiva debemos incluir estas funciones: lenguaje oral y escrito, praxias, gnosias, memoria, orientación, atención, percepción visual, cálculo.

Elaboración del informe

Una vez realizado todo el proceso de valoración es el momento de comprobar los resultados obtenidos mediante las pruebas formales, así como los apuntes que hayamos tomado durante la entrevista y la observación y, con ello, redactar un perfil en el que se describe la historia ocupacional de una persona, los patrones de vida diaria, intereses, valores y necesidades. De esta manera conoceremos las prioridades de la persona y la familia, lo que nos ayudará a guiarnos en la intervención.

Con los resultados obtenidos plantearemos unos objetivos y un plan de tratamiento que más tarde debemos consensuar tanto con el equipo multidisciplinar como con el/la usuario/a y su familia. Estos objetivos deben ser claros, progresivos y ajustados a las posibilidades de recuperación o compensación y al marco temporal en el que se pretenden alcanzar.

Es importante que el informe que realicemos vaya firmado por el/la profesional que lo ha realizado, así como incluir los datos identificativos de la persona.

Reunión multidisciplinar

Una reunión multidisciplinar es aquella en la que participan todo el equipo de profesionales que conforman las diferentes áreas de intervención y rehabilitación dentro de una asociación de párkinson.

Por lo general este tipo de encuentros se realizan como mínimo una vez a la semana y con una duración determinada. En ella, el grupo de profesionales que integra cada asociación aborda desde su análisis clínico y experto diferentes problemas, situaciones o acontecimientos que tienen que ver con el establecimiento de planes de mejora para todas las personas usuarias y familiares que acuden a la asociación.

Dentro del proceso de evaluación incluimos la reunión multidisciplinar como el momento en el que, tras haber realizado el equipo de profesionales sus valoraciones, se ponen en común los resultados obtenidos, llevando a cabo la elaboración y revisión de los planes individuales de actuación (PIA/PAI). En este documento se recoge de manera detallada el plan de tratamiento propuesto a cada usuario/a de manera individual y centrado en la persona.

El plan de tratamiento inicial

Tras la reunión multidisciplinar, se procede a presentar tanto a la persona que estamos tratando como a la familia el plan de tratamiento, donde se detallan los programas y actividades que se van a realizar, así como los objetivos que se pretenden conseguir a través de su ejecución.

Una vez aceptado y consensuado este plan de tratamiento, se procede a su ejecución.

Es en este momento donde se realiza la intervención, en este caso, desde el departamento de terapia ocupacional.

Esta intervención estará guiada por el/la terapeuta, pero debe ser recíproca y siempre atendiendo a las necesidades de cada persona usuaria, estableciendo objetivos significativos que ayuden de forma exitosa a la adherencia de esta al tratamiento.

Debemos de tener en cuenta en todo momento a la persona, conocer su contexto y ayudar a mantener sus puntos fuertes y mejorar sus puntos débiles.

Reevaluación

Se establece dentro del equipo multidisciplinar un protocolo de reevaluación periódico y continuo, donde se obtendrán los datos necesarios para conocer la situación global de la persona y observar si se han producido cambios que requieran consensuar de nuevo medidas para mantener el bienestar y la calidad de vida del usuario/a.

3.2. Práctica

Instrumentos de evaluación

Para estipular qué escalas es necesario administrar a cada una de las personas usuarias es necesario tener en cuenta sus necesidades y prioridades, además de aquellos aspectos que, como terapeutas ocupacionales, necesitamos conocer para nuestro posterior tratamiento. Se dividen las escalas en cuatro secciones:

- ▶ Escalas de valoración funcional.
- ▶ Escalas de valoración cognitiva.
- ▶ Escalas de valoración física.
- ▶ Escalas de valoración de las emociones/calidad de vida.

A continuación, planteamos algunos de los instrumentos que pueden ser utilizados en cada una de estas secciones.

Escalas de valoración funcional

Uno de los principales objetivos a trabajar desde la terapia ocupacional será la necesidad de conseguir un máximo nivel de independencia en la realización de las actividades de la vida diaria de nuestros usuarios y usuarias.

Por ello, se torna importante establecer unas valoraciones para encontrar las necesidades y dificultades de las personas en la realización de estas actividades. Estas pruebas irán estrechamente ligadas a la observación en el desarrollo de cada una de las tareas.

Se realiza un sondeo de diferentes artículos y revisiones para determinar qué valoraciones son las más utilizadas en la práctica clínica y cuáles han obtenido resultados que nos acerquen a las necesidades de la patología con la que vamos a trabajar.

Se determina dividir las valoraciones en dos grupos: específicas de la enfermedad de Parkinson y no específicas. No es necesario administrar cada una de ellas, sino solo aquellas que creamos

que reflejarán los datos que deseamos obtener o que sean más adecuadas para la persona a tratar.

Además, es importante determinar qué acciones queremos observar en función del estado de desarrollo de la enfermedad (cuanto más avanzada se encuentre, más dificultad tendrá la persona en realizar las diferentes tareas), teniendo en cuenta la clasificación de las actividades de la vida diaria.²

A continuación, se plantean las siguientes escalas que se usarán para valorar la capacidad funcional de nuestros usuarios:

Escalas especializadas en enfermedad de Parkinson

1. *Unified Parkinson's Disease Rating Scale* (UPDRS)/Escala unificada para la enfermedad de Parkinson modificada por la MDS (MDS-UPDRS)³:

¿Qué mide?

La escala unificada de la enfermedad de Parkinson, UPDRS por sus siglas en inglés (*Unified Parkinson's Disease Rating Scale*), es un sistema de clasificación diseñado para el seguimiento longitudinal del curso de la EP.

Descripción de la prueba

La escala fue desarrollada en 1984 por un comité dirigido por el profesor Stanley Fahn, y publicada en 1987. Se trata de un instrumento compuesto por los siguientes dominios: parte I: mental, conductual y de ánimo; parte II: actividades de la vida diaria; parte III: evaluación motora; y parte IV: complicaciones motoras. Cada uno de los ítems o reactivos se califica de "0" (normal) a "4" (afección severa).

Aplicación del test

La parte I posee un rango de puntuación de 0 a 16; la parte II de 0 a 52 y la parte III de 0 a 108. El rango de puntuación del UPDRS I a III es de 0 a 176, donde 176 representa incapacidad total y "0" ninguna incapacidad. La parte I está conformada por cuatro ítems, la parte II por 13 ítems, la parte III por 14. La parte IV evalúa las complicaciones motoras y algunos de sus ítems solo se califican como ausentes o presentes.⁴

La MDS-UPDRS conserva la estructura de cuatro partes; sin embargo, los dominios fueron modificados. En este respecto, el principal cambio es la inclusión de una sección que integra elementos no motores de la EP. Los cuatro dominios son: parte I: experiencias no motoras de la vida diaria; parte II: experiencias motoras de la vida diaria; parte III: examen motor; y parte IV: complicaciones motoras. Todos los ítems poseen cinco opciones de respuesta: 0 = normal, 1 = leve, 2 = leve, 3 = moderado, y 4 = severo. Un número considerable de preguntas pertenecientes a la parte I y parte II se reestructuraron como un cuestionario para la persona afectada o para quien se encarga de los cuidados, por lo que el tiempo total que debe permanecer la persona que se encarga de la evaluación serán 30 minutos.

Las instrucciones detalladas para la prueba y de adquisición de datos acompañan a la MDS-UPDRS con el fin de aumentar el uso de uniforme.⁵

Resultados

A mayor puntuación, hablaremos de un estado de enfermedad más avanzado y, por lo tanto, una mayor dependencia.

2. Clasificación por estadios de Hoehn y Yahr

¿Qué mide?

Se trata de una prueba que nos permite tener una visión globalizada de las limitaciones que encuentra una persona que tiene la enfermedad de Parkinson y establecer un modelo de tratamiento adecuado.

Descripción de la prueba

Se trata de una escala que divide la enfermedad de Parkinson en cinco estadios.

Aplicación del test y resultados

Mediante la observación de las características de los/as usuarios/as, podremos distribuirlos en los diferentes estadios.

Características de los estadios^{5,6}:

Estadio I: comprende el inicio de la enfermedad. Afectación unilateral, con daño leve, correspondiente a la tríada parkinsoniana (rigidez, temblor y bradicinesia). Permite la vida cotidiana y profesional normal. Algunas personas inician su sintomatología en ambos lados y, por consiguiente, no presentan esta fase.

Estadio II: afectación bilateral y axial. Persiste una asimetría en la intensidad de la sintomatología, siendo el lado inicial el más afectado. Primeros trastornos posturales, con aumento de la cifosis dorsal y aducción de los miembros superiores, volviendo más difícil la vida profesional.

Estadio III: afectación bilateral. Aparición de trastornos del equilibrio y afectación de los reflejos posturales y de enderezamiento. Caídas espontáneas, marcha festinante y congelación del movimiento. Las personas en esta fase son independientes en las actividades de la vida diaria.

Estadio IV: afectación bilateral con inestabilidad postural. Empieza a experimentar los efectos secundarios de la medicación dopaminérgica: fenómeno *ON-OFF* (la persona alterna fases de mejoría *ON* con fases en las que queda prácticamente inmovilizado por completo, *OFF*). Incapacidad para realizar una marcha autónoma y es indispensable una ayuda exterior para los actos de la vida cotidiana. Estadio V: enfermedad grave, totalmente desarrollada. La persona con la enfermedad es dependiente de sus familiares.

3. Escala de actividades de la vida diaria de Schwab y England (SES)⁷

¿Qué mide?

Se trata de un método cuyo objetivo es evaluar las capacidades de los/las usuarios/as con movilidad limitada.

Descripción de la prueba

Originalmente presentado en una conferencia de la enfermedad de Parkinson, la escala evalúa a las personas con dificultades en completar actividades diarias o tareas. La escala era presentada por primera vez en 1968, en el Tercer Simposio de la Enfermedad de Parkinson, en la Universidad Real de Cirujanos en Edimburgo, por los autores R.S. Schwab y A.C. England.

Esta escala, establece 11 rangos en la enfermedad de Parkinson de acuerdo con el grado de independencia para las actividades de la vida diaria.

Aplicación del test y resultados

Evalúa, mediante entrevista, la capacidad funcional global y el grado de dependencia de la persona en relación con aspectos motores de la EP. La puntuación se expresa en porcentaje, de 0 (estado normal) a 100 (confinado/a en cama y con alteraciones vegetativas). Se incluye, junto con la escala de Hoehn y Yahr, como escala complementaria de la UPDRS. Es una escala muy utilizada en la práctica clínica y en investigación, pero carece de estandarización, lo que puede conllevar problemas en su aplicación. Además, no evalúa el impacto de aspectos clave de la EP como las discinesias y los síntomas no motores.⁸

Escalas no específicas de la enfermedad de Parkinson

1. Escala de AVD instrumentales de Lawton y Brody (IADL)⁹

¿Qué mide?

Es un instrumento ampliamente utilizado en la geriatría. Valora la capacidad de la persona con EP para realizar actividades instrumentales de manera independiente.

Descripción de la prueba

Está compuesta por 8 ítems:

- ▶ Capacidad para usar el teléfono
- ▶ Hacer compras
- ▶ Preparación de la comida
- ▶ Cuidado de la casa
- ▶ Lavado de la ropa
- ▶ Uso de medios de transporte
- ▶ Responsabilidad respecto a la medicación
- ▶ Manejo de asuntos económicos

Para evaluar correctamente los ítems resulta importante diferenciar si la persona que estamos evaluando podía llevar a cabo anteriormente esa actividad. Además, esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación. Para superar el sesgo producido por el género, se desarrolló la escala OARS-IADL, que es una adaptación de la escala de Lawton y Brody.

Aplicación del test

Las respuestas a cada ítem pueden ser 0 (incapaz, parcialmente capaz) o 1 (capaz). No se requiere una formación especial sobre el test de la persona que lo va a administrar, por lo que resulta muy útil para su uso en diferentes instituciones. Esta escala puede ser administrada tanto a las personas con la enfermedad como a quienes se ocupan de sus cuidados.¹⁰

Resultados

La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

2. Índice de Barthel¹¹

¿Qué mide?

Es una medida genérica que valora el nivel de independencia de la persona con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

Descripción de la prueba

Se comenzó a utilizar en los hospitales de personas con enfermedades crónicas de Maryland en 1955. Uno de los objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de las personas con enfermedad crónica, especialmente aquellas con trastornos neuromusculares y músculoesqueléticos. También se pretendía conseguir una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estas personas en programas de rehabilitación.

Aplicación del test

Las AVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 o 15 puntos.

Resultados

El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente).¹²

3. AMPS (Assessment of Motor and Process Skills)¹³

¿Qué mide?

Es una herramienta útil para proporcionar información sobre la capacidad de vivir de forma independiente en la comunidad mientras la persona realiza una tarea de la vida cotidiana (por ejemplo: planchar, fregar los platos, barrer, comer, vestirse, etc.). Determinados estudios muestran su correlación con los índices de Barthel y Lawton y Brody.

Descripción de la prueba

Se compone de una escala motora y una de procesamiento que son administradas simultáneamente a la persona que estamos evaluando. La escala motora incluye las siguientes destrezas: estabiliza, alinea, posiciona, alcanza, inclina, coordina, manipula, mueve, mueve con fluidez, transporta, levanta, calibra, agarra, mantiene el ritmo y tolera físicamente. Las destrezas observadas mediante la escala de procesamiento son: mantiene el ritmo, atiende, elige, usa, maneja con cuidado, pregunta, inicia, continua, secuencia, termina, busca, recoge, organiza, guarda, esquiva, nota, ajusta, acomoda y se beneficia.

Resultados

Las puntuaciones inferiores a 2.0 en la escala motora y menores a 1.0 en la escala de procesamiento indican que la persona puede precisar ayuda en la realización de las actividades. Para obtener puntuaciones en las escalas del AMPS según el modelo matemático de Raschm, se empleó un programa de ordenador diseñado a tal efecto por los propios autores del AMPS.¹⁴

Escalas de valoración cognitiva

La ausencia de una escala neuropsicológica apropiada para valorar las alteraciones cognitivas en la EP ha condicionado que cada profesional utilice una metodología distinta y que, por lo tanto, no puedan compararse unos perfiles con otros. Cabe señalar que hasta hace poco tiempo los test utilizados para detectar alteraciones cognitivas en la EP estaban centrados principalmente en la detección de déficits fronto-subcorticales, pero no eran sensibles para la detección de disfunciones corticales. Por ello, se lleva a cabo un *screening* bibliográfico para identificar posibles métodos de evaluación cognitiva en párkinson:

1. *Addenbrooken's cognitive examination* (ACE-R): Es una actualización del test de cribado ACE, cuya versión en inglés ha demostrado una alta sensibilidad y especificidad para detectar disfunción cognitiva en personas con demencia.¹⁵
El ACE-R original evalúa cinco dominios cognitivos: orientación y atención (18 puntos), memoria (26 puntos), fluencias verbales (14 puntos), lenguaje (26 puntos) y habilidades visoespaciales (16 puntos), siendo 100 puntos su puntaje máximo total. La adaptación y transculturación del ACER se inició usando como referencia su versión en español (versión argentina) recientemente validada. Se modificó la subescala de memoria en la tarea de memoria anterógrada (prueba del nombre y la dirección), además de las preguntas de memoria retrógrada.¹⁶
2. *Parkinson's Disease-Cognitive Rating Scale* (PD-CRS): Se presentó por primera vez en 2008 como un instrumento específico para valorar el deterioro cognitivo y la demencia en EP. Esta escala se ha mostrado útil para diferenciar a personas con EP sin deterioro cognitivo, de quienes presentan deterioro cognitivo leve, y a estos/as últimos/as, de quienes presentan demencia asociada a EP. La utilidad comparativa de este y de otros instrumentos utilizados en la valoración cognitiva de la EP ha sido revisada recientemente. Sin embargo, por su tiempo medio de aplicación no es un test rápido de cribado.¹⁷
3. El test *Parkinson's Disease Dementia-Short Screen* (PDD-SS): Este instrumento, el primero desarrollado para el diagnóstico de demencia asociada a EP, muestra una exactitud diagnóstica excelente, comparable a la de la MDRS, pero con un tiempo de aplicación significativamente más corto que en su versión final: solo ocupa entre 5 y 7 min.¹⁸
4. Cuestionario de síntomas no motores en enfermedad de Parkinson (NMSS): Se publicó en 2019 y fue desarrollado para apoyar los esfuerzos de la sociedad y la gestión de las escalas

de calificación propiedad de MDS. Es una escala basada en 30 ítems para evaluar una amplia gama de síntomas no motores en personas con enfermedad de Parkinson. El NMSS mide la gravedad y la frecuencia de los síntomas no motores en nueve dimensiones. La escala se puede utilizar para personas en todas las etapas de la EP. Está traducida al español y se tarda 10-15 minutos en administrar.¹⁹⁻²¹

5. The Movement Disorder Society Non Motor Scale (MDS-NMS): es una revisión de la escala de síntomas no motores (NMSS) y se desarrolló para mejorar y refinar la evaluación de los síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson (EP). Esta evaluación completada por el/la profesional mide la frecuencia y la gravedad de 13 dominios no motores, más de 52 ítems y cubre un rango de síntomas no motores clave relacionados con la EP. El tiempo estimado para completar la escala es de 15-40 minutos, dependiendo del estado de la persona y la cantidad de síntomas no motores presentes.^{22, 23}
6. Cuestionario de síntomas no motores (NMSQ): Se desarrolló en el año 2006 y permite realizar una evaluación integral de una amplia gama de síntomas no motores que pueden ocurrir en todas las etapas de la enfermedad de Parkinson. Es una herramienta de detección diseñada para llamar la atención sobre la presencia de síntomas no motores en las personas con la enfermedad para su posterior investigación o tratamiento. No está diseñado para evaluar la gravedad de los síntomas o medir el efecto del tratamiento. Está traducido al español y se tarda 5-7 minutos en administrar.^{24, 25}

Estas serían las baterías cognitivas específicas para la enfermedad de Parkinson. Sin embargo, también podemos encontrar otras evaluaciones cognitivas más generales, como puede ser el test del reloj.

Escalas de valoración física

Ante las complicaciones motrices que las personas con la enfermedad de Parkinson sufren y dada la repercusión que esta tiene sobre sus actividades de la vida diaria y, de forma general, en su autonomía, independencia y crecimiento personal, es de notable importancia valorar el grado de afección motriz o física de cada quien.²⁶

Intentaremos ofrecer una selección de escalas e instrumentos de valoración que nos faciliten una evaluación motriz útil y significativa para obtener una visión general física de la persona con la que vamos a trabajar.

No podemos olvidar que el tratamiento y valoración de la enfermedad siempre se hace desde un punto de vista general y multidisciplinar, y que la medición de los diferentes parámetros a valorar solo es una forma de intentar obtener el máximo de datos e información para determinar un perfil de la persona lo más completo posible.

Teniendo en cuenta el trabajo de un equipo multidisciplinar en personas con enfermedad de Parkinson, desde la terapia ocupacional, se puede abordar la valoración física desde aspectos como:

Motricidad fina

El control de la motricidad fina implica la coordinación de músculos, huesos y nervios para poder producir movimientos pequeños y precisos. Su pérdida puede generar dificultades en tareas cotidianas como comer, escribir, recortar, etc.

Motricidad gruesa

El control de motricidad gruesa se refiere a movimientos grandes y amplios. Las personas con enfermedad de Parkinson disminuyen en gran medida este control presentándose dificultades a la hora de realizar los mismos.

Rango articular

El rango de movimiento de una articulación se refiere tanto a la distancia como a la dirección en las que dicha articulación puede moverse. Hay rangos establecidos que se consideran normales para las diversas articulaciones del cuerpo.

Sensibilidad

La pérdida de sensibilidad compromete considerablemente la vida de la persona. Existen distintos tipos de sensibilidad:

- ▶ Sensibilidad superficial o exteroceptiva: que nos permite tener tacto (percibir cómo son los objetos), recibir información térmica y dolor.
- ▶ Sensibilidad profunda o propioceptiva: que nos permite identificar la posición de los segmentos corporales y el movimiento de un miembro en el espacio (palestesia, propiocepción y cinestesia), gracias a la información que nos llega de los receptores que se encuentran en músculos, tendones, huesos y articulaciones
- ▶ Sensibilidad cortical o combinada: conlleva la capacidad de integrar y analizar la sensibilidad superficial y profunda a nivel cerebral (estereognosia, grafestesia, fenómeno de extinción y discriminación entre dos puntos).

1. Test de *Nine Hole Peg* ²⁷

¿Qué mide?

Se utiliza para medir la destreza de los dedos. Esta prueba nos ayudaría a obtener información sobre:

- ▶ La coordinación motora fina y precisa.
- ▶ La coordinación óculomanual.
- ▶ La capacidad de seguir órdenes sencillas.

Descripción de la prueba

Es una prueba de clavijas con nueve orificios que consiste en colocarlas en los agujeros correspondientes, en el menos tiempo posible. Hay un cronómetro para poder medir el tiempo.

Aplicación del test

Colocamos el tablero en la línea media de la persona con EP, con el contenedor orientado hacia la mano que se está valorando. Solo realiza la prueba la mano valorada, la otra puede sujetar el tablero para proporcionar estabilidad.

La persona debe sacar las clavijas del contenedor una por una y colocarlas en los agujeros del tablero lo más rápido posible.

A continuación, debe quitarlas de nuevo una por una y colocarlas en el contenedor.

Resultados

La puntuación se basa en el tiempo que tarda en completar la actividad de prueba, se anota en segundos. También se podría registrar el número de clavijas colocadas en 50 o 100 segundos. En este caso, los resultados se expresan como el número de clavijas colocadas por segundo

El tiempo comienza desde el momento en que la persona que realiza el test toca la primera clavija hasta que la última toca el contenedor.

2. Test *Purdue Pegboard*^{28, 29}

¿Qué mide?

Es una escala de valoración para determinar si la destreza manipulativa se encuentra alterada.

Diseñada en 1948 por Joseph Tiffin (psicólogo industrial) con el objetivo de evaluar la velocidad, la destreza manual fina y la coordinación mano-ojo. En un principio, se utilizaba para valorar la habilidad dactilar y precisión manual en la selección de personal que tenía que llevar a cabo trabajos que requerían destreza fina y coordinación para la manipulación de piezas pequeñas.

Descripción de la prueba

Tablero de madera con dos columnas, con 25 agujeros en cada una de ellas y un determinado número de clavijas, arandelas y tubos dispuestos en 4 cavidades en la parte superior del tablero. En las cavidades de los extremos se colocan las clavijas, en las del centro se colocan las arandelas en el lado correspondiente a la mano no dominante y los tubitos en la cavidad correspondiente a la mano dominante.

Aplicación del test

La persona que lo realiza debe insertar tantas clavijas como pueda con la **mano dominante**, en un tiempo límite de 30 segundos. Se le explica que tiene que ir lo más rápido que pueda, que le vamos a cronometrar y que, si le cae alguna pieza, no pierda tiempo buscándola, que coja otra.

Después, deberá insertar tantas clavijas como pueda con la **mano no dominante**, en un tiempo límite de 30 segundos. Se le recuerda de nuevo que tiene que ir lo más rápido que pueda, que le vamos a cronometrar y que, si le cae alguna pieza, no pierda tiempo buscándola, que coja otra.

En tercer lugar, deberá insertar tantas clavijas como pueda con **ambas manos** a la vez, en un tiempo límite de 30 segundos. Se le comenta que tiene que ir lo más rápido que pueda, que será cronometrado y que, si le cae alguna pieza, no pierda tiempo buscándola, que coja otra. Aquí se valora la coordinación bimanual.

Otra parte consiste en una tarea de **ensamblaje**, donde tiene que realizar una secuencia coordinada consistente en insertar una clavija, una arandela, un tubo y una arandela, alternando el uso de las dos manos y empezando con la mano dominante. Para esta parte se dispone de 60 segundos.

En esta última parte de la prueba, se valora la coordinación bimanual alternante, por lo que se le explicará que mientras una mano está insertando una pieza, la otra está cogiendo la siguiente pieza a colocar.

El protocolo señala que la persona dispondrá de un pequeño período de tiempo para practicar y familiarizarse con las piezas.

Resultados

Para las dos primeras partes de la prueba, la puntuación viene dada por el número de clavijas insertadas en el tiempo límite.

En la parte que valora la coordinación bimanual, se cuentan el número total de parejas.

En la parte que valora la coordinación bimanual alternante, se cuentan tanto los ensamblajes completos como las piezas sueltas, aunque no se haya completado un nuevo ensamblaje. Aquí multiplicaremos el número de ensamblajes completos por cuatro (que son las piezas de las que consta cada uno) y le sumaremos las piezas sueltas.

Para interpretar los resultados se tienen en cuenta diferentes variables como la edad, el sexo, la patología, etc. Por ello, los centiles para cada persona vienen determinados por dichas variables.

Las puntuaciones en el *Purdue Pegboard*, reflejan la capacidad para producir un manejo manipulativo rápido y controlado con los dedos.

Es una prueba sensible a la lentitud psicomotora.

3. *Box and Blocks*^{30,31}

¿Qué mide?

Es una de las herramientas de valoración de la destreza motora gruesa del miembro superior más estandarizada y con mayores valores psicométricos.

Fue desarrollada por Jean Ayres y Patricia Holster y modificada por Patricia Holster y Elizabeth Fuchs en 1957.

Descripción de la prueba

Es una caja partida en el centro con bloques de madera.

Aplicación del test

La prueba consiste en una caja partida en el medio. Los bloques se colocan en uno de los lados. La caja se coloca en una mesa. La persona que realiza el test se coloca sentado de frente a la caja.

Durante la prueba, tiene 60 segundos para mover tantos bloques como pueda de un lado a otro, usando solo la mano que se está valorando.

Resultados

Se registra el número de bloques que el sujeto ha transportado de un compartimento a otro con cada mano. A mayor puntuación mejor destreza motriz.

4. Medición del rango articular^{32,33}

¿Qué mide?

Hoy en día el goniómetro manual es la herramienta de medición más utilizada en la práctica clínica para calcular el rango de movimiento (ROM) de las articulaciones.

Descripción de la prueba

Un goniómetro es un aparato en forma de semicírculo o círculo graduado en 180° o 360°, utilizado para medir o construir ángulos. Este instrumento permite medir ángulos entre dos objetos, tales como dos puntos de una costa, o un astro, generalmente el Sol y el horizonte. Con este instrumento, si el observador conoce la elevación del Sol y la hora del día, puede determinar con bastante precisión la latitud a la que se encuentra mediante cálculos matemáticos sencillos de efectuar

Aplicación del test y resultados

Se toman las medidas de las diferentes articulaciones y se comparan con los valores normales para la amplitud de movimiento de estas, se valora en base a estas medidas.

5. Monofilamento de Semmes-Weinstein^{34,35}

¿Qué mide?

Evalúa la sensibilidad a la presión y táctil, lo que se ha denominado “sensibilidad protectora”.

El primero en usar el monofilamento para valorar la sensación de presión superficial en la piel fue el fisiólogo alemán Max von Frey, de finales del siglo XIX. Von Frey empleó crines de caballo de diferentes longitudes y grosores como material de experimentación. Se dio cuenta de que este material siempre ejercía la misma presión sobre una superficie al curvarse, independientemente de la fuerza que se aplicara. Inspirados por estos experimentos, Semmes y Weinstein desarrollaron un monofilamento de nailon para evaluar la neuropatía periférica en personas con daño cerebral. El monofilamento de Semmes y Weinstein consiste en un soporte de plástico sobre el que está colocado el nailon. Estos investigadores observaron que el nailon les ofrecía material en cantidades ilimitadas y de características homogéneas, con una menor capacidad de absorción de la humedad y, sobre todo, que el monofilamento obtenido aguantaba mayor presión sin curvarse, de 1 a 300 g.

Gracias a las investigaciones del médico misionero Paul Brand con personas con lepra y con diabetes melitus, se observó que el uso del monofilamento era beneficioso para quienes presentaban pérdida de sensibilidad protectora causada por una neuropatía periférica o una neuropatía diabética.

Descripción de la prueba

Se trata de un filamento de nailon unido a un mango que al doblarse aplica una presión constante de 10 gramos (independientemente de la fuerza que emplee el explorador). Es la prueba aislada de mayor valor predictivo de lesión y cuenta con una sensibilidad entre el 66-91 % y una especificidad entre el 34-68 %.

Aplicación del test

Seguiremos los siguientes pasos:

Utilizamos el monofilamento 5.07 de Semmens-Weinstein – 10 gramos.

La persona se colocará en decúbito supino sobre la camilla de exploración y con los ojos cerrados.

El monofilamento de nailon va unido a un mango que al doblarse aplica una presión constante de 10 gramos, con independencia de la fuerza que aplique el explorador.

Se presionará con el filamento, perpendicularmente a la piel, que se debe doblar en parte, de 1 a 2 segundos, y se preguntará a la persona que se somete al test si siente o no su contacto

Se aplicará en 11 puntos de cada pie:

- ▶ En la planta del pie.
- ▶ Falange distal de primer, tercer y quinto dedo.
- ▶ Cabeza del primer, tercer y quinto metatarsiano.
- ▶ Dos en medio del pie a nivel de las bases de tercer y quinto metatarsiano.
- ▶ En el talón.
- ▶ En el dorso del pie.
- ▶ En el repliegue entre el primer y segundo dedo.
- ▶ En la parte media central.
- ▶ No se aplicará sobre zonas de hiperqueratosis o callo, si existe esta, se explorará en la piel sana más próxima.

Resultados

Por cada una de estas localizaciones se puntuará 1 o 0, según la persona sea o no sensible. La suma de valores nos dará el índice de sensibilidad al monofilamento (de 0 a 8). Una persona se considerará sensible solo cuando la puntuación obtenida sea de 8/8.

Si en una primera exploración, la persona no detecta algún punto, se repetirá de nuevo en los dos pies.

6. Batería de evaluación neurológica en terapia ocupacional de Chessington (COTNAB)

Es una herramienta de evaluación especializada de la terapia ocupacional. A través de una serie de tests valora diversos aspectos neurológicos de la persona que acude a consulta, como son:

- ▶ Percepción visual
- ▶ Capacidad construccional

- ▶ Capacidad sensoriomotora
- ▶ Capacidad para seguir instrucciones

En cada uno de los test, se proponen una serie de ejercicios o pruebas para evaluar estas áreas:

- ▶ Percepción visual: figuras superpuestas, figuras ocultas y capacidad en secuencias.
- ▶ Capacidad constructiva: construcción en 2D, construcción en 3D y estampación de formas.
- ▶ Capacidad sensoriomotora: estereognosia/discriminación táctil, destreza y coordinación.
- ▶ Capacidad para seguir instrucciones: instrucciones escritas, verbales y visuales.

Es una valoración muy completa y, concretamente, como terapeutas ocupacionales, la prueba de la capacidad sensoriomotora puede ser de gran utilidad.

Escalas de calidad de vida

Concepto y definición de calidad de vida

El grupo de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida de la siguiente forma:

- “ Una percepción individual de su posición en la vida, dentro del contexto cultural y sistema de valores en sus vidas y su relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones, este concepto incorpora la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y sus relaciones con situaciones nuevas con su entorno.

Calidad de vida relacionada a la salud

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere predominantemente a la percepción del estado de salud y puede ser evaluada a través de instrumentos clínicos diseñados para este fin. Los cuestionarios sobre calidad de vida se enfocan en la evaluación subjetiva de la salud, se encargan de asesorar el nivel de satisfacción con actividades y condiciones en la vida; así mismo existen instrumentos genéricos e instrumentos específicos para enfermedades en particular.

Estado de salud

Es necesario distinguir claramente los conceptos de “estado de salud” y “calidad de vida relacionada con la salud”. El estado de salud representa el impacto de la salud en la habilidad del sujeto para realizar una variedad de actividades físicas, emocionales y sociales. Al no representar las reflexiones subjetivas de la persona sobre cómo percibe y reacciona ante su estado de salud, este se convierte en un mejor predictor de calidad de vida, no debiéndose considerar parte del último. Expresado de otra forma, el estado de salud se refiere al nivel de función, mientras que la calidad de vida refleja experiencias internas y puramente subjetivas. Los cuestionarios sobre el estado de salud contienen ítems sobre el estado actual de funcionamiento.

Clinimetría de la calidad de vida en enfermedad de Parkinson

La importancia de la evaluación de la calidad de vida se ha relacionado con el hecho de que el estado de salud percibido por la persona con párkinson es predictor de riesgos y de mortalidad, puesto que se asocia al consumo y demanda de recursos de los sistemas de salud, contribuye a la

evaluación de resultados en investigación y, como consecuencia, impacta en la toma de decisiones en la práctica clínica. Es una valoración única, insustituible y complementaria de la valoración clínica. Existen doce áreas relevantes en calidad de vida que debemos tener en cuenta:

- ▶ Función física
- ▶ Salud mental/bienestar emocional
- ▶ Autoimagen
- ▶ Función social
- ▶ Estrés relacionado con la salud
- ▶ Función cognoscitiva
- ▶ Comunicación
- ▶ Sueño y descanso
- ▶ Alimentación
- ▶ Función de rol
- ▶ Fatiga/energía
- ▶ Función sexual

Los factores que impactan en la calidad de vida relacionada con la salud en personas con EP incluyen la severidad de la enfermedad, la duración de la misma, la inestabilidad postural y caídas, las complicaciones motoras, depresión, ansiedad, dolor, sueño, deterioro cognitivo, alucinaciones y limitaciones de las actividades de la vida diaria. Existen diversos instrumentos clínicos para evaluar tanto la función motora como la no motora.

Instrumentos de calidad de vida en la EP

Los instrumentos diseñados explícitamente para este uso en la enfermedad de Parkinson incluyen: escala de impacto de la EP (PIMS, *Parkinson's Disease Impact Scale*), cuestionario de calidad de vida en EP (PDQL, *Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire*), cuestionario de EP de 39 ítems (PDQ-39, *Parkinson's Disease Questionnaire*). Todos presentan una alta confiabilidad y consistencia interna, aunque el PDQ-39 y PDQL muestran una mejor validez de constructo y contenido.

1. *Parkinson's Disease Impact Scale* (PIMS)

Este instrumento consta de 10 ítems, los cuales deben contestarse en tres ocasiones distintas con un mes de separación y en caso de fluctuaciones clínicas se recomienda su aplicación tanto en estado *ON* como *OFF*. Una mayor puntuación refleja una baja calidad de vida relacionada con la salud.

2. *Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire* (PDQL)

Este instrumento es autoaplicable y consta de 37 reactivos que evalúan cuatro categorías (síntomas parkinsonianos, síntomas sistémicos, funcionamiento social y funcionamiento emocional). En este caso, a mayor puntuación, mejor es la percepción de calidad de vida. Su licencia de uso acarrea un coste.

3. *Parkinson's Disease Questionnaire* (PDQ-39)

El instrumento más utilizado actualmente es el PDQ-39; este contiene 39 ítems distribuidos en las siguientes áreas: diez son sobre movilidad, seis sobre el bienestar emocional, cuatro sobre estigma, tres sobre apoyo social, cuatro sobre estado cognitivo, tres sobre comunicación y tres sobre malestar corporal. Las ocho dimensiones o dominios se puntúan en una escala de 0 a 100;

un valor mayor indica una peor calidad de vida. Se ha sugerido que el PDQ-39 no conceptualiza los problemas de salud a un nivel congruente con lo que experimentan las personas con EP; sin embargo, se ha distinguido por su multidimensionalidad y el hecho de que resalta factores físicos, emocionales y ambientales que son de utilidad en la práctica médica, adicionalmente es fácil de entender y manejar por parte de quienes realizan el cuestionario. Una revisión sistemática de los instrumentos de medición de calidad de vida en la EP sugiere al PDQ39 como el más adecuado debido a su validez de contenido y de constructo, seguido del PDQL.³⁶

4. Escala de depresión de Hamilton³⁷

¿Qué mide?

Sirve como método para detectar la gravedad de los síntomas de depresión en personas previamente diagnosticadas, así como la existencia de cambios en su estado a lo largo del tiempo.

Descripción de la prueba

La escala de depresión de Hamilton es un instrumento de evaluación diseñada por Max Hamilton y publicada en 1960. No está pensada para el diagnóstico, sino para la evaluación del estado de personas a los que previamente se les ha detectado una depresión mayor. Sin embargo, a pesar de ser este su objetivo original, también se ha aplicado para evaluar la presencia de síntomas depresivos en otros problemas y condiciones, como por ejemplo en las demencias.

Aplicación del test y resultados

La interpretación de esta prueba es relativamente sencilla. La puntuación total oscila entre los 0 y los 52 puntos (que es la puntuación máxima), teniendo la mayoría de los ítems cinco posibles respuestas (del 0 al 4) con la excepción de algunos elementos con menor ponderación (los cuales van del 0 al 2).

Dicha puntuación total tiene diferentes puntos de corte, considerándose de 0-7 que el sujeto no presenta depresión, que una puntuación de 8-13 supone la existencia de una depresión ligera, de 14-18 una depresión moderada, de 19 a 22, una severa y de más de 23 muy severa y con riesgo de suicidio.

A la hora de valorar no la gravedad de la depresión, sino la existencia de cambios debidos a diferentes aspectos, entre ellos un posible tratamiento, se ha de tener en cuenta que se considera que ha habido una respuesta a este si se da una disminución de al menos el 50 % de la puntuación inicial, y una remisión con puntuaciones menores a 7.³⁸

5. Escala de depresión geriátrica resumida de Yesavage y cols. (GDS-r)³⁹

¿Qué mide?

La escala de depresión geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español.

Descripción de la prueba

La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato sí-no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración.

Aplicación del test

Se trata de un instrumento heteroadministrado.

Resultados

Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95 % dependiendo de la población estudiada.⁴⁰

6. Listado de intereses adaptado de Kielhofner y Neville (1983)⁴¹

¿Qué mide?

Matsutsuyu (1960) desarrolla el listado de intereses como un medio de recolectar datos acerca de los patrones de intereses de la persona y las características que serían útiles para la práctica clínica.

Descripción de la prueba

Este consiste en tres partes, un listado de 80 ítems, una sección para responder los intereses adicionales y otra en la cual se pregunta al entrevistado por un resumen de su historia de intereses correspondientes al tiempo libre, indicando sus actividades más placenteras.

Aplicación del test

Este instrumento fue diseñado para ser administrado clínicamente como un agregado a la entrevista. El listado de intereses es completado por la persona con EP y se le pide indicar el interés en cada actividad.

Recomendaciones prácticas

El instrumento nos puede proporcionar mejor información si seguimos el siguiente procedimiento:

La persona es orientada a marcar los cuadrantes para cada interés según la consigna establecida en la parte superior del instrumento. Si requiere ayuda para rellenar el instrumento, esta puede ser otorgada por el terapeuta, siempre respetando las opiniones de quien realiza la prueba acerca de cada interés.

Luego de haber completado el instrumento se le pide a la persona identificar los cinco intereses que le son más relevantes o fuertes en su vida y por qué (atracción). A continuación, en la entrevista, se debe evaluar el patrón o la variedad de patrones de sus intereses, y como estos aportan a la participación ocupacional del individuo.

Este instrumento es muy útil cuando, durante una entrevista, la persona se encuentra desorientada y no es capaz de identificar y explicar este importante aspecto de la volición, y de buscar o explorar nuevos intereses que tengan un tipo de atracción similar a los desempeñados antes de la adquisición de una discapacidad que limite la participación en ellos.⁴¹

Tablas resumen

Tabla 1. Resumen de las escalas de valoración funcional.

NOMBRE DE LA ESCALA	TIPO DE VALORACIÓN	QUÉ MIDE	MATERIAL	¿ESPECÍFICA PARA EP?	BÁSICA/ COMPLEMENTARIA
Escala unificada para la enfermedad de Parkinson modificada por la MDS (MDS-UPDRS)	Valoración funcional	Clasificación del curso de evolución de la enfermedad de Parkinson.	Observación y escala	Sí	Básica
Clasificación por estadios de Hoehn y Yahr	Valoración funcional	Nos permite tener una visión globalizada de las limitaciones que encuentra una persona con la enfermedad de Parkinson.	Observación y escala	Sí	Básica
Escala de actividades de la vida diaria de Schwab y England (SES)	Valoración funcional	Evalúa las capacidades de los/ las usuarios/as con movilidad limitada.	Observación y escala	Sí	Complementaria
Escala de AVD instrumentales de Lawton y Brody (IADL)	Valoración funcional	Valora la capacidad de las personas para realizar actividades instrumentales de manera independiente.	Observación y escala	No	Básica
Índice de Barthel	Valoración funcional	Valora el nivel de independencia de la persona con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria.	Observación y escala	No	Básica
AMPS (Assessment of Motor and Process Skills)	Valoración funcional	Proporciona información sobre la capacidad de vivir de forma independiente en la comunidad mientras la persona realiza una tarea de la vida cotidiana.	Observación y escala	No	Complementaria

Tabla 2. Resumen escalas de valoración cognitiva.

NOMBRE DE LA ESCALA	TIPO DE VALORACIÓN	QUÉ MIDE	MATERIAL	¿ESPECÍFICA PARA EP?	BÁSICA/ COMPLEMENTARIA
<i>Addenbrooken's cognitive examination</i> (ACE-R)	Valoración cognitiva	Se utiliza para detectar disfunción cognitiva en personas con demencia.	Observación y escala	No	Básica
<i>Parkinson's Disease-Cognitive Rating Scale</i> (PD-CRS)	Valoración cognitiva	Instrumento específico para valorar el deterioro cognitivo y la demencia en EP.	Observación y escala	Sí	Complementaria
El test <i>Parkinson's Disease Dementia-Short Screen</i> (PDD-SS)	Valoración cognitiva	Diagnóstico de demencia asociada a EP.	Observación y escala	Sí	Complementaria
Questionario de síntomas no motores en enfermedad de Parkinson (NMS)	Valoración cognitiva	Evalúa una amplia gama de síntomas no motores en personas con enfermedad de Parkinson.	Observación y escala	Sí	Complementaria
<i>The Movement Disorder Society Non Motor Scale</i> (MDS-NMS)	Valoración cognitiva	Para mejorar y refinar la evaluación de los síntomas no motores en la EP.	Observación y escala	Sí	Complementaria
Questionario de síntomas no motores (NMSQ)	Valoración cognitiva	Realiza una evaluación integral de una amplia gama de síntomas no motores que pueden ocurrir en todas las etapas de la EP.	Observación y escala	Sí	Complementaria

Tabla 3. Resumen escalas de valoración física.

NOMBRE DE LA ESCALA	TIPO DE VALORACIÓN	QUÉ MIDE	MATERIAL	¿ESPECÍFICA PARA EP?	BÁSICA/ COMPLEMENTARIA
Test de Nine Hole Peg	Valoración física	Se utiliza para medir la destreza de los dedos.	Clavijas, tablero, cronómetro	No	Complementaria
Test Purdue Pegboard	Valoración física	Es una escala de valoración para determinar si la destreza manipulativa se encuentra alterada.	Tablero, clavijas, arandelas, tubos, cronómetro.	No	Complementaria
Box and Blocks	Valoración física	Valoración de la destreza motora gruesa del miembro superior.	Caja, bloques y cronómetro.	No	Complementaria
Medición del rango articular	Valoración física	Mide el rango articular.	Goniómetro	No	Básica
Monofilamento de Semmes-Weinstein	Valoración física	Evalúa la sensibilidad a la presión y táctil.	Monofilamentos (agujas/punzón)	No	Complementaria
Batería de evaluación neurológica en terapia ocupacional de Chessington (COTNAB)	Valoración física	Evalúa aspectos neurológicos de la persona.	Batería	No	Complementaria

Tabla 4. Resumen de valoración de la calidad de vida.

NOMBRE DE LA ESCALA	TIPO DE VALORACIÓN	QUÉ MIDE	MATERIAL	¿ESPECÍFICA PARA EP?	BÁSICA/ COMPLEMENTARIA
Parkinson's Disease Impact Scale (PIMS)	Valoración de calidad de vida	Evalúa la percepción de calidad de vida.	Escala (entrevista)	Sí	Complementaria
Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire (PDQL)	Valoración de calidad de vida	Evalúa la percepción de calidad de vida.	Escala (entrevista)	Sí	Complementaria

NOMBRE DE LA ESCALA	TIPO DE VALORACIÓN	QUÉ MIDE	MATERIAL	¿ESPECÍFICA PARA EP?	BÁSICA/ COMPLEMENTARIA
<i>Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39)</i>	Valoración de calidad de vida	Evalúa la percepción de calidad de vida.	Escala (entrevista)	Sí	Básica
Escala de depresión de Hamilton	Valoración de calidad de vida	Detecta la gravedad de los síntomas de depresión en personas previamente diagnosticadas, así como la existencia de cambios en el estado de estas a lo largo del tiempo.	Escala (entrevista)	No	Complementaria
Escala de depresión geriátrica resumida de Yesavage y cols. (GDS-r)	Valoración de la calidad de vida	Instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión.	Escala (entrevista)	No	Básica
EuroQol-5D	Valoración de la calidad de vida	La propia persona valora su estado de salud, primero, en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y, luego, en una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general.	Escala (entrevista)	No	Complementaria
Listado de intereses adaptado de Kielhofner y Neville, (1983)	Valoración de la calidad de vida	Medio de recolectar datos de los patrones de intereses de la persona y las características que serían útiles para la práctica clínica.	Escala (entrevista)	No	Básica

1 2 3 4 5 6 7

Intervención





Intervención

4.1. Objetivos

La/el terapeuta puede relacionarse con la persona con la enfermedad de formas diferentes, dependiendo del abordaje utilizado y del entorno de la terapia. Su intervención se centra en que sean las personas tratadas quienes elijan las cosas significativas y motivacionales para ellas y, a raíz de ellas, el/la terapeuta ocupacional ofrece las estrategias necesarias para suplir sus déficits cotidianos y mejorar así su día a día.

Para alcanzar un resultado óptimo en el tratamiento se deben combinar los conocimientos que tiene el/la terapeuta ocupacional acerca de la competencia y la disfunción ocupacional, las áreas de ocupación relacionadas con ella, los patrones de desempeño necesarios para poder satisfacer las demandas de las actividades, así como los contextos y entornos en los cuales la ocupación tiene lugar, junto con sus conocimientos acerca del continuo salud-enfermedad, el proceso patológico que ocurre en la persona que sufre una lesión, las causas de la enfermedad, el proceso de recuperación o secuelas, el desempeño funcional, etc.

Por ello es importante que las y los profesionales actúen de forma organizada, teniendo en cuenta las variables que inciden en el proceso de la enfermedad o discapacidad, y las posibles soluciones que se pueden aportar para contribuir a que la persona alcance el máximo nivel de competencia ocupacional y funcional y el mayor grado de calidad de vida.

Desde la terapia ocupacional se emplea la relación terapeuta-persona con la enfermedad desde el uso terapéutico del “yo”.

El **uso terapéutico del “yo”** se basa en la habilidad de el/la terapeuta para ser consciente de sí mismo/a y de la persona con EP y hacerse cargo de lo que esta comunica. Este uso es tan importante como las técnicas y los conocimientos del/la terapeuta ocupacional, ya que nos facilitará posteriormente una correcta intervención con la persona que acude a consulta y reducirá los conflictos a la hora de tratar ciertas actividades más comprometidas.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se plantean una serie de objetivos que suelen ser generales para su aplicación en los departamentos de Terapia Ocupacional. Estos se dividen en generales y específicos.

Objetivos generales

- ▶ Conseguir que la persona afectada sea lo más independiente y autónoma posible.
- ▶ Mejorar y mantener su calidad de vida el mayor tiempo que se pueda.

Objetivos Específicos

Desde terapia ocupacional, no nos centraremos solo en las limitaciones de las personas con EP, sino también en sus capacidades y destrezas. De esta forma favoreceremos un tratamiento orientado a la persona y que no esté solo enfocado a lo que no puede hacer en ese momento. Algunos de los objetivos que se plantean desde esta perspectiva son:

- ▶ Mejorar y mantener la coordinación y la realización voluntaria del movimiento del miembro superior y más concretamente de las manos.
- ▶ Favorecer la comunicación verbal, no verbal y escrita, ya que está implicada en la mayoría de las actividades instrumentales de la vida diaria (por ejemplo: ir a la compra, escribir una carta o firmar un documento, comunicarse con su familia, etc.).
- ▶ Asesorar o reeducar en las actividades básicas de la vida diaria, ABVD (como vestirse, darse vueltas en la cama, ir al baño, ducharse, comer...) para que quien tiene la enfermedad pueda desempeñarlas de la forma más autónoma posible.
- ▶ Asesorar a la persona que estamos tratando según las necesidades que tenga en ese momento de manera global en su entorno:
 - Realizar adaptaciones en ABVD como puede ser poner velcros en las camisas o zapatos, poner engrosadores de mangos en los cubiertos, utensilios adaptados, etc.
 - Modificaciones en el hogar como pueden ser prescindir de alfombras, utilizar manteles antideslizantes a la hora de la comida, asientos de ducha/bañera, elevador o alza en el W.C., asideros o barras en la bañera o cerca de la taza del váter, entre otros.
 - Recomendar productos de apoyo que faciliten compensar las carencias o limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria, como, por ejemplo: andador o bastones para la marcha, cama articulada, platos con reborde e inclinación, mangos ergonómicos, etc.
- ▶ Ayudar a la persona con la enfermedad y a su familia a organizar sus rutinas diarias, favoreciendo la creación de hábitos que refuercen la autonomía, sus roles, ocupaciones, aficiones, etc. para continuar con las actividades que acostumbraban a realizar o buscar alternativas para mantener su calidad de vida.
- ▶ Mantener las funciones cognitivas (atención, memoria, orientación, funciones visoespaciales, perceptuales y ejecutivas, etc., disminuyendo la bradicinesia).
- ▶ Reducir la fatiga en la realización de las AVD.
- ▶ Informar y asesorar a al entorno de cuidados y familia para que faciliten la realización de las AVD de la persona con párkinson de la forma más autónoma posible ayudándole a tener una mejor salud física y emocional.

La metodología que se propone para llevar a cabo en las asociaciones desde el área de terapia ocupacional, como ya se mencionó en la *Guía para el tratamiento para la persona con enfermedad de Parkinson desde Terapia Ocupacional* de FEDEPAR- CLM, es la siguiente:

- ▶ **Estimulación cognitiva:** praxias, atención, funciones ejecutivas y resolución de problemas, habilidades visoespaciales, memoria, interacciones sociales, ABVD, la conducción de un vehículo, reminiscencia, revisión de vida, *Neuron-up*, Talleres de lectura, actualidad y orientación, uso de nuevas tecnologías y juegos de mesa.
- ▶ **Estimulación funcional:** atendiendo a la alteración del movimiento y a los síntomas característicos del párkinson, aplicaremos las siguientes técnicas/actividades: psicomotricidad,

musicoterapia, ejercicios enfocados a habilidades motrices, técnicas enfocada al temblor, a la rigidez, a la bradicinesia, a la inestabilidad postural y al *freezing*.

- ▶ **Estimulación neurosensorial:** los síntomas sensoriales son síntomas no motores frecuentes en las personas con EP. Las técnicas que se pueden emplear son: estimulación somática (sensibilidad profunda, propioceptiva, cortical o combinada), estimulación vestibular y estimulación vibratoria.
- ▶ **Entrenamiento de las AVD (básicas, instrumentales y ocio-tiempo libre):** las técnicas que se suelen emplear son: moldeamiento, secuenciación, encadenamiento hacia atrás, compensación funcional, productos de apoyo, ocio y tiempo libre.

Para consultar una descripción más detallada de estas técnicas, se puede consultar la guía de FEDEPAR-CLM antes mencionada.

4.2. Condiciones mínimas y materiales

Las asociaciones de párkinson ofrecen unos servicios que contribuyen a apoyar y a procurar una red de recursos difícilmente accesibles a través de otras vías. Para poder ofertar unos servicios eficientes, de calidad y que den respuesta a las principales necesidades de sus usuarios/as, las asociaciones necesitan cumplir con unas condiciones mínimas y recursos.

Condiciones mínimas

La utilización de la medicación a largo plazo ocasiona complicaciones motoras como movimientos involuntarios y fluctuaciones en la respuesta. A pesar de un tratamiento farmacológico óptimo, la enfermedad progresa, siendo en etapas más tardías cuando la persona presenta diversos grados de limitación motora, funcional, cognitiva, social, ocupacional y de la comunicación, que pueden complicar severamente la capacidad para continuar con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, laborales y de ocio.

A día de hoy, nuestra disciplina está implantada en el 45 % de las asociaciones de párkinson que están federadas en torno a la Federación Española de Párkinson (FEP). Este indicador deja de relieve que todavía queda un gran trabajo de difusión y sensibilización de la utilidad de los servicios profesionales de la terapia ocupacional entorno a una asociación de afectados por la EP.

Partimos de una situación en la que habitualmente las personas con párkinson son derivadas a un/una terapeuta ocupacional en etapas avanzadas, cuando hay una presencia significativa de limitaciones funcionales en el desempeño de las ABVD e AIVD. No obstante, en una encuesta Delphi a 150 terapeutas ocupacionales en Reino Unido, el 99 % de los entrevistados estuvieron de acuerdo en que la enfermedad de Parkinson requiere atención permanente por parte de la terapia ocupacional, en los equipos multidisciplinares. Además, se muestra acuerdo en que la "mejor práctica" es la derivación inicial, con una revisión semestral y otra después de cada disminución funcional significativa mediante un servicio de autoderivación. Es necesario señalar que este método se parece al que en la actualidad se aplica en las asociaciones de párkinson, partimos de una evaluación inicial que nos permitirá pautar el tratamiento que puede ser preventivo o sobre los déficits para paliar alguna limitación en sus ocupaciones diarias con revisiones semestrales y seguimientos mensuales.

Una vez realizada esta primera valoración los usuarios pasan al tratamiento dentro de su plan de atención individualizado y en coordinación con las otras áreas de tratamiento como fisioterapia, logopedia, trabajo social y psicología.

Por ello, es importante recalcar la idea de que cada asociación debería contar con al menos un/una terapeuta ocupacional, y de que todas las personas usuarias deberían ser evaluadas al inicio del tratamiento y, posteriormente, cada vez que se presentara una reducción de sus niveles funcionales.

Las instalaciones y equipamientos deberán posibilitar la cobertura de las necesidades específicas de sus usuarios/as, adecuándose a sus características, teniendo en cuenta las limitaciones sensoriales y funcionales, por ello deberán eliminarse todo tipo de barreras.

Los locales deberán cumplir con la normativa vigente en materia de accesibilidad, medidas de protección y seguridad y prevención de riesgos laborales.

Además mantendrán las condiciones de temperatura, humedad, ventilación e iluminación adecuadas para garantizar el correcto desarrollo de las actividades que en ellos se realizan, como se menciona en la Orden de 18 de abril de 1996 en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores.^{42,43}

Las características óptimas de una asociación consisten en contar con suelos impermeables, lisos, fácilmente lavables, resistentes a la mayoría de los productos químicos que se empleen y antideslizantes; contar con aseos accesibles; y dependiendo del tamaño del centro o servicio y de las actividades que en él se desarrollen, con zonas o salas de almacén para el material y el equipamiento, cuarto de limpieza y archivo de historias clínicas.^{42,44}

Por último, para un mejor acceso a los servicios sería adecuado contar con un medio de transporte adaptado para las personas usuarias con mayor afectación o dificultad para el desplazamiento a la asociación.⁴⁵

A nivel asistencial, lo más idóneo sería dividir las zonas según actividades a desarrollar en el espacio. Así, se recomienda habilitar un despacho o sala de terapia individual con unas medidas mínimas de 9 m² y equipado con unos materiales como una mesa de despacho y tres sillas.

También es conveniente que el centro tenga una sala o zona de terapia con una superficie mínima de 30 m² que podrá ser distribuida en varios espacios que pueden ser compartidos o delimitados mediante biombos, mamparas u otros sistemas de separación. Esta segunda sala puede dividirse según funcionalidad o actividades a realizar.⁴²

Por tanto, es conveniente que los espacios se dividan de la siguiente manera:

- ▶ Área asistencial
- ▶ Área de actividades de la vida diaria
- ▶ Área audiovisual

Materiales

Los materiales a utilizar son diversos según la actividad o área a trabajar con las personas usuarias. Por ello vamos a nombrar los que son mínimamente necesarios para una intervención de calidad.

De acuerdo con la división del espacio, contamos con los siguientes materiales:

Área asistencial

- ▶ Mesa de tratamiento y dos sillas de tamaño apropiado para los usuarios.
- ▶ Colchoneta.
- ▶ Camilla regulable en altura.
- ▶ Pila con grifo monomando de brazo largo, dosificador de jabón y sistema de secado individual de manos, todos ellos accesibles.
- ▶ Espejo de pared de cuerpo entero.
- ▶ Material antideslizante.
- ▶ Material termoplástico para la fabricación de férulas y material para adaptar elementos de actividades de la vida diaria: engrosadores y cinchas multiusos.
- ▶ Material para rehabilitación física, compuesto por arco curvado para hombro, escalerillas de pared, tablero y barra para trepar, material para desensibilización, soporte deslizante de antebrazo, masilla resistente terapéutica, conos, tablero o soporte con cintas de distinta resistencia, cuentas, atril y goniómetro.
- ▶ Material para rehabilitación, compuesto por fichas, puzzles y tableros que trabajen el esquema corporal, la orientación temporoespacial, la memoria, la atención, la concentración, la numeración y la lógica.
- ▶ Material de papelería: lápices, sacapuntas, gomas, tijeras, colores y cuadernos.

Área de actividades de la vida diaria

A su vez podría dividirse en las siguientes zonas:

- ▶ Zona de cocina de 15 m², en la que encontraríamos el siguiente equipamiento:
 - Electrodomésticos: una cocina-horno (con adaptadores de mandos), una lavadora de carga frontal, una plancha, un frigorífico y un fregadero con grifo monomando de brazo largo.
 - Mobiliario y equipamiento de cocina: armarios bajos con tiradores horizontales, bandejas giratorias, banco de cocina amplio y asientos de cocina regulables, tendedero plegable, tabla de plancha con asiento y adaptador de plancha, mesa con cubo, taburete y cubo de ropa con ruedas, escoba, recogedor y tapetes antideslizantes.
 - Menaje de cocina: cuchillo-tenedor, cubiertos con velero, cubiertos flexibles, cuchillos de sierra especial, engrosadores para los cubiertos, pelapatatas, exprimidores especiales, abrelatas, abre tapones antideslizantes, sacacorchos especiales, plato, reborde para platos, vasos, cubiertos y jarra, adaptados y sin adaptar.^{42,45}
- ▶ Zona de higiene personal, que contará con:
 - Aseos accesibles diferenciados por sexo, que estarán dotados de ducha.
 - Tablas y taburetes de baño adaptados o sillas de ducha y W.C.
 - Jabón dentro de funda, esponja con elemento de suspensión y cepillo de uñas fijado con ventosas.
 - Adaptadores de peine, cepillo de dientes, máquina de afeitar y tijeras de uñas.
- ▶ Una cama dura y firme, con altura regulable y asientos adecuados.

- ▶ Ayudas técnicas para vestido: calzador de mango largo, calzador con ayuda para colocar calcetín y medias, abotonador, pinzas, esponja con mango, cepillo con mango, engrosadores de mangos, adaptación para los grifos, elevador de inodoro, barra, asiento giratorio.^{42,45}

Área audiovisual

Contará con: televisión, equipo de música, sistema de vídeo/DVD, ordenador, proyector y soporte informático.⁴²

Algunos de los elementos mencionados anteriormente son conocidos como productos de apoyo. Según la norma UNE EN ISO 9999: "Productos de Apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y Terminología", los productos de apoyo, anteriormente conocidos como ayudas técnicas o tecnologías de apoyo, son cualquier producto fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Es decir, ayudas materiales y equipamientos para aumentar la independencia, autonomía y participación de la persona en su día a día, mejorando su calidad de vida.

A continuación, ofrecemos un resumen de algunos productos de apoyo, que pueden ser útiles para trabajar las diferentes actividades de la vida diaria.^{46,47}

Tabla 5. Productos de apoyo.

ACTIVIDADES	PRODUCTOS DE APOYO
Actividades de autocuidado	Vestido <ul style="list-style-type: none"> - Calzador de mango largo - Calzador con ayuda para colocar calcetín y medias - Abotonador - Pinzas
	Baño e higiene <ul style="list-style-type: none"> - Esponja con mango - Cepillo con mango - Engrosadores de mangos - Tijeras para las uñas - Adaptación para los grifos - Elevador de inodoro - Barra - Tabla de bañera - Asiento giratorio - Sillas de ducha y W.C.
	Alimentación <ul style="list-style-type: none"> - Abre tapones antideslizante - Utensilios para la alimentación - Cuchillo-tenedor - Cubiertos con velero - Cubiertos flexibles - Tabla para la preparación de los alimentos - Reborde para platos - Engrosador para los cubiertos - Tapete antideslizante - Mango para abrir los botones del gas

ACTIVIDADES	PRODUCTOS DE APOYO	
Actividades de autocuidado	Medicación	<ul style="list-style-type: none"> - Partidor y triturador de pastillas - Pastillero
	Comunicación funcional	<ul style="list-style-type: none"> - Tableros de escritura - Tapetes ordenador - Audífonos - Micrófonos - Punteros - Máquina de escribir - Sistemas de comunicadores aumentativos
	Movilidad funcional	<ul style="list-style-type: none"> - Llamadores - Ayuda para pelar - Bolígrafos engrosados - Andador con ruedas - Andador con asiento y cesta - Andador - Muletas diversas - Bastón plegable - Grúas - Escalera
Actividades de productividad	Cuidado de la ropa	<ul style="list-style-type: none"> - Enhebrador de agujas de coser - Tijeras de diferentes formas
	Preparación de la comida	<ul style="list-style-type: none"> - Abre tapones antideslizante - Tabla para la preparación de los alimentos - Engrosador para mangos - Tapete antideslizante
Actividades de ocio	Ocio	<ul style="list-style-type: none"> - Atriles para la lectura - Atriles para otras actividades - Lupa - Pasa páginas - Equipamiento deportivo adaptado

1 2 3 4 **5** 6 7

Recomendaciones





Recomendaciones

La terapia ocupacional, al igual que el resto de las profesiones del ámbito de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales, aspira a evolucionar y a desarrollar líneas de investigación para la construcción de las bases de su conocimiento.

Por ello, la eficacia de la terapia ocupacional en las personas con enfermedad de Parkinson puede ser demostrada a través de la terapia ocupacional basada en la evidencia, también conocida por las siglas TOBE, donde la ciencia es la única herramienta y forma de conocer la realidad y explicarla parcialmente, dando una visión científica y objetiva.⁴⁷

Contamos a nivel nacional con varias guías de actuación, protocolos, marcos de intervención y libros donde se recoge y se expresa de forma concreta la importancia de los tratamientos de la terapia ocupacional en personas con enfermedad de Parkinson, entre los que destacamos por su relevancia los siguientes documentos:

- ▶ Libro blanco: Atención a las personas en situación de dependencia en España.⁴⁸
- ▶ Situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas.⁴⁹
- ▶ Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Parkinson.⁵⁰
- ▶ Guía de buenas prácticas para la promoción de la autonomía personal y atención de las personas con párkinson. Manual para el cuidador.⁵¹
- ▶ Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento. Volumen II.⁵²
- ▶ Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson.⁵³
- ▶ Libro blanco del párkinson en España. Aproximación, análisis y propuesta de futuro.⁴⁵
- ▶ Guía para el tratamiento de la persona con enfermedad de Parkinson desde terapia ocupacional.⁵⁴
- ▶ Guía sobre la enfermedad de Parkinson para personas afectadas, familiares y personas cuidadoras.⁵⁵

Todos ellos destacan la importancia de las intervenciones de terapia ocupacional en la enfermedad de Parkinson dentro de las asociaciones, centros especializados o en la atención domiciliaria, lo que convierte a esta disciplina en un componente esencial en los servicios terapéuticos ofrecidos, como herramienta que proporciona una atención rehabilitadora, desempeñando unas funciones muy específicas para la propia patología, adaptándose al estado y la evolución de la misma en las circunstancias de cada persona y su entorno.

Además, todos estos documentos exponen que la terapia ocupacional proporciona conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para la intervención y el desarrollo de las AVD y las tareas cotidianas de manera que se consigue la máxima autonomía posible y la integración en el medio.

Señalan también que las principales líneas de actuación son: la rehabilitación y mantenimiento de las AVD básicas e instrumentales, la terapia funcional, la estimulación cognitiva, la estimulación sensorial, la terapia de mano y de los miembros superiores, ocio y tiempo libre, asesoramiento y entrenamiento en ayudas técnica y productos de apoyo y modificaciones del hogar.^{45, 48-54}

Según la TOBE la eficacia de la terapia ocupacional en EP se demuestra por las puntuaciones obtenidas de las diferentes escalas que miden: la capacidad motora, la movilidad funcional, el estado cognitivo, las AVD y la calidad de vida, pues en la mayoría de los casos mejoran y los beneficios de los tratamientos recibidos permanecen en el tiempo, incluso más de un año en algunas ocasiones. Todo esto es posible gracias a que una de las principales bases de la práctica de la terapia ocupacional es el uso de la actividad significativa como base del tratamiento rehabilitador, aumentando con ello el nivel de motivación y dando lugar a un incremento de la efectividad de este.

De acuerdo con diversos estudios sobre la aplicación de la terapia ocupacional en EP, se ha llegado a la conclusión de que la intervención del/la terapeuta ocupacional en programas de rehabilitación es fundamental para mejorar y mantener de forma satisfactoria las diversas áreas de la ocupación humana, además de poner en valor a esta profesión, puesto que actualmente no está tan reconocida, y muchas personas con párkinson desconocen los beneficios de este tratamiento.

Por la metodología de los estudios y ensayos clínicos encontrados, el rango de diversidad de la población estudiada también pone de manifiesto el beneficio y mantenimiento obtenido tras las intervenciones del/la terapeuta ocupacional, ya sean a nivel grupal, individual, en servicio a domicilio o en centros. Gracias a la intervención de profesionales de esta disciplina, se demuestran y se hallan mejoras significativas en el desempeño de todas las áreas ocupacionales trabajadas a través de las escalas y valoraciones propias utilizadas para ello, pero también, por el testimonio de las personas que la reciben vemos estas mejoras, ya que mencionan que vuelven a desempeñar o recuperar sus ocupaciones de forma parcial o total.

Por otro lado, todos aquellos estudios experimentales revisados alientan a que se siga investigando con grandes muestras y con la realización de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) para poder evidenciar de mejor forma la metodología empleada en terapia ocupacional. Además, la mayoría de ellos señalan la necesidad de que los y las terapeutas ocupacionales utilicen diferentes estrategias para facilitar la comprensión de la profesión, sus métodos y técnicas por parte de quienes son el objetivo de sus intervenciones, de tal manera que sean diferenciados de los demás profesionales fácilmente reconocidos.⁵⁵⁻⁶³

1 2 3 4 5 **6** 7

Referencias bibliográficas





Referencias bibliográficas

1. Bados López A, García Grau E. Habilidades terapéuticas. [Internet] Barcelona: 2011 [citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
2. Terrón Pérez, S. Terapia ocupacional: actividades de la vida diaria en el domicilio [Internet]. 2019 [citado 6 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2019/10/19/terapia-ocupacionalentrenamiento-de-las-actividades-de-la-vida-diaria-en-el-domicilio/>
3. Goetz CG, Tilley B, Shaftman SR, Stebbins GT, Fahn S, Martínez-Martín P, *et al.* MDS-Sponsored Revision of the UPDRS (MDS-UPDRS) [Internet]. 2008 [citado 2 julio de 2020]. Disponible en: https://www.movementdisorders.org/MDS-Files1/MDS-UPDRS_Spanish_Official_Translation_FINAL.pdf
4. Rodríguez Violante M, Cervantes Arriaga A. La escala unificada de la enfermedad de Parkinson modificada por la sociedad de trastornos del movimiento (MDS-UPDRS): aplicación clínica e investigación [Internet]. México: 2014 [citado 24 de mayo de 2020] pp.157-163. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2014/ane143g.pdf>.
5. Goetz CG, Fahn S, Martínez-Martín P, Poewe W, Sampaio C, Stebbins G, *et al.* UPDRS: The MDS-Sponsored Revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale [Internet]. Milwaukee: 2008 [citado 24 de mayo de 2020] pp.1-31. Disponible en: https://www.movementdisorders.org/MDS-Files1/PDFs/Rating-Scales/MDSUPDRS_English_FINAL_Updated_August2019.pdf.
6. Castell V. Evolución de la enfermedad de Parkinson-Guía Salud [Internet]. Guía Salud: 2020 [citado 27 de mayo 2020]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/pacientes-parkinson-evolucion/>
7. Schwab J, England A. Escala de actividades cotidianas de Schwab y England para la enfermedad de Parkinson [Internet]. [citado de 2 julio de 2020]. Disponible en: https://www.neurolinks.net/pdf/escala_schwab_england.pdf
8. Monasterio, A. Escala de Hoehn y Yahr (Evolución del párkinson) [Internet]. Blog de fisioterapia: 2020 [citado 29 mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.blogdefisioterapia.com/escala-de-hoehn-y-yahr-evolucion-delparkinson/>
9. Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria [Internet]. [citado 2 de julio 2020]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/escala_de_lawton.pdf
10. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con enfermedad de Parkinson [Internet]. 2019 [citado 30 de mayo 2020]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/12/parkinsonanexo_01.pdf
11. Zambrano Toribio A, de la Vega Cotarelo R. Índice de Barthel [Internet]. 2020 [citado 2 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.hipocampo.org/Barthel.asp>
12. Cibersam. Ficha técnica del instrumento [Internet]. Bi.cibersam.es. 2020 [citado 6 de junio de 2020]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=416>
13. Evaluación de habilidades motoras y procesamiento (AMPS). Bienestar. Psicología y ciencia cognitiva [Internet]. Scribd: 2020 [citado 29 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/70612085/Evaluacion-deHabilidades-Motoras-y-Procesamiento-AMPS>
14. Cid-Razafa J, Damián-Moreno J. Evolución de la enfermedad de Parkinson [Internet]. Guía Salud: 1997 [Citado de 6 junio de 2020]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/pacientes-parkinson-evolucion/>

15. Pérez de Heredia Torres M, Gómez Calero C, Martínez Piédrola R, Brea Rivero M, Alguacil de Diego I, Mate-sanz García B. Valoración de la necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria en adultos mayores no institucionalizados [Internet]. Madrid: 2008 [citado 6 de junio de 2020]. Disponible en: [https://212.128.240.21/bitstream/handle/10115/2026/VALORACION%20PER SONAS%20MAYORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://212.128.240.21/bitstream/handle/10115/2026/VALORACION%20PER%20SONAS%20MAYORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
16. Chaudhuri KR, Martínez-Martín P, Schapira AHV, Stocchi F, Sethi K, Odin P, *et al.* Non-Motor Symptoms Questionnaire (NMSQ) [Internet]. International Parkinson and Movement Disorder Society: 2006 [citado 28 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.movementdisorders.org/MDS/MDS-Rating-Scales/Non-MotorSymptoms-Questionnaire.htm>
17. Escala cognitiva para la enfermedad de Parkinson (PD-CRS) [Internet]. [citado 23 de julio de 2020]. Disponible en: https://d10e6a75-7097-407a-b096-dab86a439790.filesusr.com/ugd/f4da57_c9b6841c-2d284256bca27da586386_5db.pdf
18. Parkinson's disease with dementia PDD-SS [Internet]. 2020. [citado 23 de julio de 2020] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/349341305/PDD-SS>
19. International PD Non Motor Group. Cuestionario de síntomas no motores en enfermedad de Parkinson (PD NMS Quest) [Internet]. 2007 [citado 23 de julio de 2020]. Disponible en: https://getm.sen.es/pdf/2012/02/Cuestionario_de_Sintomas_no_Motores_en_E_Parkinson.pdf
20. Chaudhuri KR, Martínez-Martín P, Brown RG, Sethi K, Stocchi F, Odin P, *et al.* Non-Motor Symptoms Scale for Parkinson's Disease (NMSS) [Internet]. International Parkinson and Movement Disorder Society: 2007 [citado 28 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.movementdisorders.org/MDS/MDS-Rating-Scales/Non-MotorSymptoms-Scale-for-Parkinsons-Disease-NMSS.htm>
21. Chaudhuri KR, Schrag A, Weintraub D, Rizos A, Rodríguez-Blázquez C, Mamikonyan E, Martínez-Martín P. MDS Non-Motor Rating Scale (MDS-NMS) [Internet]. International Parkinson and Movement Disorder Society: 2020 [citado 28 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.movementdisorders.org/MDS/MDS-Rating-Scales/MDS-NonMotor-Rating-Scale.htm>
22. Chaudhuri KR, Martínez-Martín P, Schrag A, Weintraub D, Rizos A, Rodríguez-Blázquez C. Non-Motor Rating Scale (MDS-NMS) [Internet] International Parkinson and Movement Disorder Society: 2019 [citado 23 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.movementdisorders.org/MDS-Files1/PDFs/Rating-Scales/MDSNMS_FINAL.pdf
23. Chaudhuri KR, Martínez-Martín P, Schapira AHV, Stocchi F, Kapil Sethi, Odin P. Non-Motor Symptoms Questionnaire (NMSQ) [Internet]. International Parkinson and Movement Disorder Society: 2020 [citado 16 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.movementdisorders.org/MDS/MDS-Rating-Scales/Non-MotorSymptoms-Questionnaire.htm>
24. International PD Non Motor Group. PD NMS Questionnaire [Internet] [citado 23 de julio de 2020] International Parkinson and Movement Disorder Society: 2006 Disponible en: <https://www.movementdisorders.org/MDS-Files1/Education/RatingScales/NMSQ.pdf>
25. Serra Olivares J, Sánchez Pato A, Alonso Roque, J. Valoración motriz del enfermo de párkinson: estudio de revisión. Rev Fisioter [Internet]. 2010 [citado 25 de junio de 2020]; 9 (2): 7-13. Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/284/FISIOTER2010-9-2-7-13.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Physiopedia.com Nine-Hole Peg Test [Internet]. Physio-pedia.com. 2020 [citado 25 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.physio-pedia.com/Nine-Hole_Peg_Test
27. Lafayette Instrument Company. Purdue Pegboard Test. User Instructions [Internet]. Lafayette (EE.UU.): 2015 [citado 25 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.limef.com/downloads/MAN-32020Aforpdf-rev0.pdf>
28. Neurorhb.com. Valorar la destreza manual desde la terapia ocupacional. Test Purdue Pegboard [Internet]. Neurorhb.com: 2015 [citado 25 de junio de 2020]. Disponible en: <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/valorar-la-destreza-manualdesde-la-terapia-ocupacional-test-purdue-pegboard/>
29. OcupaCreando.com. Box and Block [Internet]. Ocupacreado.com: 2016 [citado 25 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.ocupacreado.com/2016/10/20/box-and-block/>

31. Shirley Ryan AbilityLab. Box and Blocks Test [Internet]. Chicago: 2012 [citado 25 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/box-and-block-test>
32. MSD. Valores normales para la amplitud de movimiento de las articulaciones [Internet]. Kenilworth (EE. UU.) [citado 25 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/multimedia/table/v1128315_es
33. Gutiérrez Martínez J, Ortiz Espinosa A, Hernández Rodríguez P, Núñez Gaona M. Sistema para medir el rango de movimiento de las articulaciones de la mano [Internet]. 2014 [citado 29 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54913>
34. Monofilamento de Semmes-Weinstein de 5.07-10 g [Internet]. 1aria.com. [citado 29 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.1aria.com/contenido/cardiovascular/exploracion/exploracionpruebas/video-monofilamento-semmes>
35. Calle Pascual A, Runkle Vega I, Díaz Pérez J, Durán Hervada A, Romero Pérez I. Técnicas de exploración de la sensibilidad en la patología del pie. Av Dietol [Internet]: 2006 [citado 29 de junio de 2020]; 22: 42-49. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Alfonso_Calle-Pascual/publication/237343091_Enfoque_diagnostico_y_terapeutico_del_paciente_con_pie_diabetico/links/5501d2720cf24cee39fa0804/Enfoquediagnostico-y-terapeutico-del-paciente-con-pie-diabetico.pdf
36. Vining Radomski M, Trombly Latham CA. Terapia ocupacional para la disfunción física. Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins; 2008.
37. Martínez Jurado E, Cervantes Arriaga A, Rodríguez Violante M. Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson [Internet]. México: 2010 [citado 30 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2010/rmn106f.pdf>
38. Ricardo de la Vega Cotarelo A. Escala de depresión de Hamilton [Internet]. Hipocampo.org: 2020 [citado 29 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.hipocampo.org/hamilton.asp>
39. Castellero Mimenza O. Escala de depresión de Hamilton: qué es y cómo funciona [Internet]. Psicologiaymente.com [Citado 30 de junio de 2020]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/escala-de-presion-de-hamilton>
40. Herranz Peris, A. Escala de Yesavage [Internet]. Slideshare.net. 2016 [citado 29 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/agherranz/escala-de-yesavage>
41. Hoyl MT, Valenzuela AE, Marín LP. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev. méd. Chile [Internet]. 2000 [citado 30 de junio de 2020]; 128 (11):1199-1204. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887200001100003#:~:text=La%20Escala%20de%20Depresi%C3%B3n%20Geri%C3%A1trica%20de%20Yesavage%20es%20un%20instrumento,preguntas%20de%20formato%20si%20no
42. Listado de intereses [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.moho.uic.edu/resources/files/AISLADO%20LISTADO%20DE%20INTERESES%2011.26.07.pdf>
43. Orden de 21-11-2008, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se amplían los procesos con garantía de segunda opinión médica recogidos en el artículo 4 del Decreto 180/2005, de 2 de noviembre, del derecho a la segunda opinión médica (Diario Oficial de Castilla La Mancha, num. 250, 5 de diciembre de 2008).
44. 2002-castellano.pdf [Internet]. [Citado 14 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/reglamentacion/decreto-92/2002-castellano.pdf>
45. Orden de 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, de 28 de julio, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores. (18 de abril de 1996. Consejería de Política Social. Junta de Galicia). Disponible en: https://politicassocial.xunta.gal/sites/w_polso/files/arquivos/normativa/orde_18_abril_1996.pdf
46. Peñas Domingo E, *et al.* El libro blanco del párkinson en España [Internet]. Real Patronato sobre Discapacidad, Federación Española de Párkinson: 2015 [citado 14 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.esparkinson.es/wpcontent/uploads/2017/10/libro_blanco.pdf

47. Holthoefer A, Bayés, A. Consejos para las actividades de la vida diaria de pacientes con enfermedad de Parkinson [Internet]. Centro médico Teknon [citado 14 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.aep-taray.org/portal/images/pdf/ocupacional.pdf>
48. García Gonzalo N, Arantón Areosa L, Rumbo Prieto J. M. "TOBE" o no "TOBE", actitudes para la práctica de la terapia ocupacional basada en la evidencia (TOBE). TOG: 2005; [2]. Disponible en: <http://www.revisatog.com/num2/pdfs/num2art2.pdf>
49. Rodríguez A, Cobo P, Duque JM, Norberto J, García JM, *et al.* Libro blanco: Atención a las personas en situación de dependencia en España. [Internet]. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: 2004. Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
50. González García B, García Chasco G, Martínez López M, Tirado Fernández S, Marcos Eva C, Martín Jiménez A, *et al.* La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas [Internet]. Imsero. Madrid; 2008. Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/enferparkinson.pdf>
51. Alonso A, Aroca G, Catalán MJ, Chueca EP, Donate S, Gálvez M, *et al.* Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Parkinson [Internet]. Imsero. Madrid; 2012. Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3392/Gu%c3%ada%20valoraci%c3%b3n%20reglamentaria%20parkinson.pdf?sequence=1&rd=003110828316230>
52. Chueca Miguel EP, Miranda Maestre MJ. Manual para el cuidador: Buenas prácticas en personas con párkinson. [Internet] Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. 2014. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/011GUIA_PARKINSON.pdf/453a4517-6ece-2fee-e34c-759f47406701
53. Gómez Alcaraz MR, Carretero Fernández E. La terapia ocupacional en la enfermedad de Parkinson. En: Pérez-Fuentes MC, Gázquez Linares JJ, Molero Jurado MM, Mercader I, Núñez Niebla A, Soler Flores F, coordinadores. Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento. 1.ª edición. Almería: Asociación Universitaria de Educación y Psicología 2015; vol. 2, 325-329.
54. Escamilla Sevilla F, Mínguez Castellanos A. Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson [Internet]. Grupo Andaluz de Trastornos del Movimiento. Sociedad Andaluza de Neurología. Barcelona: Glosa; 2017. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_561_Enfermedad_Parkinson.pdf
55. FEDEPAR-CLM. Guía para el tratamiento para la persona con enfermedad de Parkinson desde terapia ocupacional. Federación de Enfermos de Párkinson de Castilla la Mancha. 2019.
56. Guía sobre la enfermedad de Parkinson para personas afectadas, familias y personas cuidadoras. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. 2020. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/gpc_546_parkinson_iacs_paciente.pdf
57. Sturkenboom I, Graff M, Hendriks J, Veenhuizen Y, Munneke M, Bloem B, *et al.* Efficacy of Occupational Therapy for Patients with Parkinson's Disease: a Randomised Controlled Trial. The Lancet. [Internet]. 2014 [consultado 12 de mayo de 2020]. 13(6):557-566. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(14\)70055-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(14)70055-9/fulltext)
58. Sturkenboom IH, Graff MJ, Borm GF, Veenhuizen Y, Bloem BR, Munneke M, Nijhuis-van der Sanden MW. The Impact of Occupational Therapy in Parkinson's Disease: a Randomized Controlled Feasibility Study. Clin Rehabil. 2013 Feb;27(2):99-112.
59. Pereira da Silva T, Reinoso Araujo de Carvalho C. Enfermedad de Parkinson: tratamiento terapéutico ocupacional desde la perspectiva de los profesionales y los ancianos. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional [Internet]. 2019; 27(2):331-344. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102019000200331&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

60. Murphy S, Tickle-Degnen L. The Effectiveness of Occupational Therapy-Related Treatments for Persons With Parkinson's Disease: A Meta-Analytic Review. *AJOT* [Internet]. 2001; (55):385-392. Disponible en: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1869012&resultClick=1>
61. Gauthier L, Dalziel S, Gauthier S. The Benefits of Group Occupational Therapy for Patients With Parkinson's Disease. *AJOT* [Internet]. 1987; (41):360-365. Disponible en: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1882367&resultClick=1>
62. Azuaga Fernández M, Moreno Ramírez P, Sánchez García J. Evaluar la eficacia de una intervención de Terapia Ocupacional en actividades de la vida diaria en personas que padecen párkinson: estudio cuasi-experimental. *TOG* [Internet]. 2018; 15 (28): 202-210. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num28/pdfs/original2.pdf>
63. Dixon L, Duncan D, Johnson P, Kirkby L, O'Connell H, Taylor H, *et al.* Terapia Ocupacional para pacientes con enfermedad de Parkinson. *La Biblioteca Cochrane plus* [Internet]. 2007; 4. Disponible en: <http://files.sld.cu/rehabilitacionneuro/files/2010/05/terapia-ocupacional-para-pacientes-con-enfermedadde-parkinson.pdf>
64. Ocho Franco ET, Roca Solórzano GD. Abordaje de Terapia Ocupacional en adultos con enfermedad de Parkinson [Tesis]. Manabí. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; 2018. Disponible en: <https://repositorio.ulead.edu.ec/bitstream/123456789/1897/1/ULEAM-TO0026.pdf>
65. Ortiz Rubio A. Valoración e intervención de Terapia Ocupacional en patología neurodegenerativa [Tesis]. Granada: Universidad de Granada; 2017. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/45494/26443788.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
66. García-Ramos R, López E, Ballesteros L, Jesús S, Mir P. The Social Impact of Parkinson's Disease in Spain: Report by the Spanish Foundation for the Brain. *Neurología* (English edition). 2016 [citado de 15 febrero de 2021]; 31(6):401-413. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2173580816000432?token=BFD609B62D93B588290F522A3220D2AC6878AB054FCFE98DBC9AB6CBFAD888A7B26220CB-7598C2AFDA3659067C997EA4>
67. Tenorio C, Sánchez V, de Damas M, Arraiz C, Martínez MJ. Nutrición en la enfermedad de Parkinson. *Nutrición Clínica*. 2017 [citado 15 Febrero 2021]; 11(2): 96-113. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5052.pdf>
68. González García B, García Chasco G, Martínez López M, Tirado Fernández S, Marcos Eva C, Martín Jiménez A, *et al.* La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas [Internet]. *Imsero*. Madrid; 2008 [citado 15 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/enferparkinson.pdf>
69. Grupo Médico Jurídico Durango. Parkinson como causa de una incapacidad laboral [Internet]. Grupo Médico Jurídico Durango. 2021 [citado de 17 de febrero 2021]. Disponible en: <https://www.grupomedico-durango.com/parkinson-incapacidad-laboral/#:~:text=Cuando%20la%20enfermedad%20no%20se,otorga%20la%20incapacidad%20permanente%20total.>

Material editado en el marco de la celebración del 25 Aniversario de la Federación Española de Párkinson, objeto del convenio de colaboración entre el Real Patronato sobre Discapacidad y la Federación Española de Párkinson.



Con el aval de:

