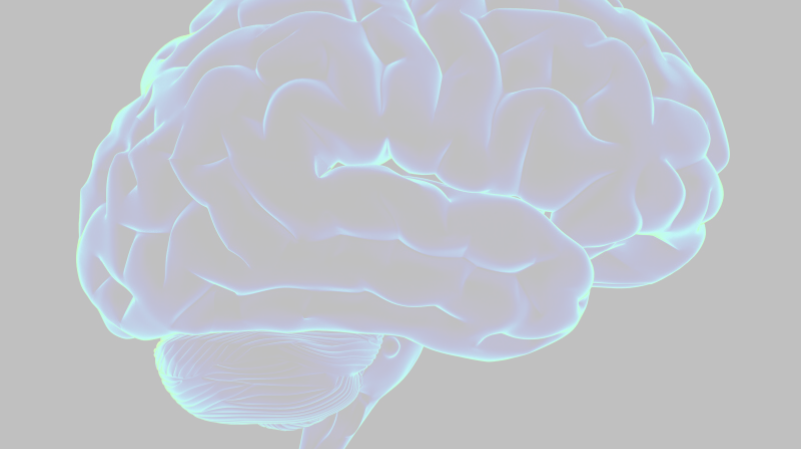


¿QUÉ ES EL PARKINSON?

La Enfermedad de Parkinson es una enfermedad que afecta al sistema nervioso, el tono muscular y los movimientos.

Se considera una enfermedad neurodegenerativa.

Los síntomas de la enfermedad de Parkinson se manifiestan una vez se produce una importante pérdida de las neuronas encargadas de controlar y coordinar los movimientos y el tono muscular.

En la Enfermedad de Parkinson se pierden dichas neuronas

A medida que las neuronas pigmentadas de la sustancia negra desaparecen, se deja de producir una sustancia llamada dopamina. La dopamina es un aminoácido que, en el cerebro, actúa como neurotransmisor, es decir, que es capaz de transportar información desde un grupo de neuronas a otro a través de mecanismos químicos y eléctricos.

La dopamina se encarga de trasmitir información desde la sustancia negra a otras zonas de cerebro que forman entre sí un circuito de conexiones.

Como consecuencia de la degeneración de la sustancia negra disminuyen los niveles de dopamina, apareciendo los trastornos característicos de la enfermedad.

TRATAMIENTO MEDICO

Es fundamental en la enfermedad y se mantiene de forma crónica.

Es importante controlar la medicación a cada enfermo en cada momento evolutivo de la enfermedad ajustándolo según sus necesidades. La mayoría de los fármacos se presentan en comprimidos fraccionables o cápsulas y actualmente se está investigando en formas de administración más sofisticadas, desde fórmulas de liberación retardada, pequeños aparatos de infusión continua portátiles, o parches de difusión transdérmica..

TRATAMIENTO QUIRURGICO

El tratamiento quirúrgico de la EP viene realizándose ya desde principios del siglo XX. Se realiza mediante una técnica quirúrgica llamada cirugía estereotáxica. En los comienzos, la técnica consistía en lesionar determinadas áreas cerebrales para controlar los síntomas.

Actualmente tanto las dianas como la técnica se han modificado, de forma que ya casi no se hacen lesiones, sino que el objetivo es introducir unos electrodos en determinados núcleos cerebrales (fundamentalmente núcleo subtalámico) que se conectan a un estimulador eléctrico programable colocado quirúrgicamente bajo la piel que actúa bloqueando el núcleo de forma eléctrica sin producir lesión neuronal. Es importante señalar algunos aspectos de esta técnica. El primero, es que la cirugía NO es un tratamiento curativo de la enfermedad; también es importante el hecho de que no todos los enfermos son candidatos a este tipo de tratamiento, debiéndose poner siempre en manos de su neurólogo que será quién decida su idoneidad y por último, recordar que la cirugía no exime de seguir tomando tratamiento médico de forma crónica aunque probablemente, a dosis menores.

SINTOMAS

TEMBLOR

Es el síntoma más conocido de la enfermedad y con el que todo el mundo la identifica, aunque hasta un 15% de los enfermos nunca lo desarrollarán.

Característicamente, es un temblor “de reposo”, es decir que aparece cuando el individuo se encuentra completamente relajado, llegando a bloquearse cuando se realiza cualquier movimiento. Tiene una frecuencia entre 4-6 Hz, lo que supone que el enfermo mueve la mano unas 4-6 veces por segundo.

.

Puede aparecer en cualquier territorio corporal, desde quedar restringido a un área concreta, (como por ejemplo una mano), hasta ser generalizado, y es tremendamente variable, de forma que se influye por factores emocionales como la ansiedad, o el nerviosismo y desaparece por ejemplo con el sueño. Algunos enfermos son capaces de controlarlo de forma voluntaria al menos durante un tiempo.

RIGIDEZ

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

.

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

BRADICINESIA

.

La bradicinesia en la enfermedad de Parkinson se refiere a la lentitud para iniciar y realizar los movimientos. Los que se ven más afectados son sobre todo los que exigen movimientos secuenciales, tales como abotonarse una camisa, o los que son repetitivos como lavarse los dientes o batir huevos.

.

También es conocido que las actividades automáticas se ven más afectadas que las aprendidas en la EP, de forma que un enfermo puede tener verdaderos problemas para echarse a andar (actividad automática), mientras que puede bailar perfectamente (actividad aprendida). La bradicinesia puede llegar a ser el síntoma más incapacitante de la EP.

.

Un síntoma relacionado con el anterior es la aquinesia, o reducción de los movimientos espontáneos. Es fácilmente perceptible por parte del observador, porque el enfermo presenta una disminución del parpadeo espontáneo, asi como una falta de expresividad facial (hipomimia facial).
Igualmente, se pierde el braceo espontáneo al caminar y reduce el caudal de movimientos espontáneos.

INEXPRESIVIDAD FACIAL

Ya habíamos comentado la pérdida de expresión facial en estos enfermos al hablar de la aquinesia. La inexpresividad, de debe a la rigidez y escasa movilidad de la musculatura facial y hace que se pierdan los elementos de comunicación no verbal con ellos

HIPOFONÍA

La voz de estos enfermos se vuelva monótona y su volumen disminuye de forma ostensible. La causa, es la excesiva rigidez y bradicinesia de los músculos de la laringe que intervienen en la fonación.

Al igual que sucede con la marcha, en ocasiones , estos enfermos presentan una "aceleración o festinación del lenguaje" que puede resultar en un farfulleo o lenguaje ininteligible; o bien quedarse "bloqueados" produciendo silencios en la conversación o encallarse en una determinada palabra y repetirla varias veces

SEBORREA

.

Es típica de esta enfermedad la excesiva producción de grasa que se distribuye de forma típica en áreas faciales como la frente, zona perinasal y cejas.

También es notoria la presencia de sudoración excesiva en estos enfermos sin ningún desencadenante aparente.

EQUILIBRIO

.

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

.

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

.

Muchos enfermos aprecian que en determinados momentos, sus pies se quedan como "imantados al suelo" sin poder despegarlos, fundamentalmente ante puertas o sitios estrechos. Este fenómeno se conoce como "freezing o congelación" y es un problema importante en cuanto a génesis de caídas y soluciones terapéuticas.

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

DISFRAGIA

.

Las alteraciones de la movilidad del esófago, hacen que estos enfermos tengan dificultades para tragar alimentos, y en especial, líquidos incluyendo la saliva, que no se traga con la suficiente frecuencia siendo una de las causas que determinan el babeo en los parkinsonianos.

ALTERACIONES SISTEMA AUTONOMICO

.

En la EP se produce igualmente una afectación del sistema nervioso autónomo que es el que se encarga de controlar las funciones NO voluntarias del organismo tales como los latidos cardiacos, la presión arterial, los movimientos intestinales, el control de la vejiga y la función sexual.

.

Por eso, en estos enfermos, es común la presencia de hipotensión ortostática por una falta de adaptación de la regulación del control de la presión arterial (PA) en los enfermos parkinsonianos cuando pasan de la posición de tumbados a la bipedestación. La PA en ellos, ya de por si descendida, tiende a bajar aún más cuando se levantan, de forma que puede provocar sensación de mareo.

.

Los problemas en el control de los esfínteres son también habituales, de forma que el estreñimiento se produce por una reducción de la movilidad colónica y puede empeorarse con la administración de fármacos con actividad anticolinérgica; Igualmente, pueden existir problemas con el vaciado vesical , de forma que no se logra un vaciado completo asi como también se irrita con facilidad produciendo una necesidad imperiosa de vaciarla, con lo que se aumenta la frecuencia de la micción sobre todo nocturna, siendo uno de los factores que influyen en los trastornos del sueño en estos enfermos.

FATIGA

El cansancio excesivo, aun con actividades físicas ligeras es un síntoma muy común en estos enfermos, de forma que necesitan frecuentes periodos de descanso para realizar tareas que se antojan, a priori, triviales. Con el paso del tiempo, el enfermo, tiende a evitar esas tareas de forma que pueden pasar gran parte del día sin hacer nada

SINTOMAS SENSITIVOS Y DOLOR

.

La enfermedad de Parkinson es un trastorno motor, de forma que conceptualmente no duele, si bien es cierto que hasta casi un 40% de los enfermos expresan sensación de dolor, entumecimiento u hormigueo en cuello,hombros, brazos o piernas.

.

La explicación al fenómeno del dolor está en relación con la rigidez y limitación de los movimientos articulares.

DEMENCIA AFECTACION COGNITIVA

.

La mayoría de los enfermos con EP no muestran un deterioro cognitivo, si bien es cierto que con el paso del tiempo, se aprecian ligeros problemas de concentración y ejecución de tareas, olvidos o confusión al pensar o hablar.

.

Aproximadamente un 15-20% de los parkinsonianos presentan una demencia franca (frente a un 7-10% de la población anciana en general), siendo más susceptibles los enfermos que desarrollan la enfermedad a edades tardías (más de 65 años.) y con una rápida evolución.

LA IMPORTANCIA DE LAS TERAPIAS

Se requiere toda una serie de tratamientos y servicios que den respuesta a las necesidades específicas que entraña la enfermedad. Por tanto,los tratamientos farmacológicos y demás técnicas médicas prescritas por el neurólogo son esenciales, pero deben complementarse con otra serie de tratamientos no farmacológicos con el fin de garantizar la mayor calidad de vida posible al afectado/a.

Hoy no es posible hablar de un tratamiento serio para los pacientes de Parkinson que no involucre las terapias complementarias; Y aunque insistimos en que la sanidad pública debe brindar un tratamiento integral a todos los pacientes sabemos que muchos pacientes sólo pueden acceder a las terapias complementarias, imprescindibles para el tratamiento del Parkinson, mediante los servicios que, sin ánimo de lucro, prestan las asociaciones de enfermos

DERIVACION DE LOS PACIENTES

Los usuarios son derivados al centro a través de los diferentes órganos sanitarios:

- Equipo de Atención Primaria: Normalmente derivado por médico de atención primaria o médico especialista del centro de salud.
- Equipo de Atención Especializada: Los pacientes son asesorados por las diferentes especialidades de atención especializada, entre ellas las más comunes son: neurología, geriatría, rehabilitación etc.
- Servicios sociales.
- El Boca a boca
- Redes sociales y medios de comunicación

La patología más común que encontramos es la anteriormente expuesta; la EP. Además, podemos encontrar otras patologías como accidentes cerebro vasculares (ACV),esclerosis múltiple, etc. las cuales son susceptibles de tratamiento de TO en el centro por cumplir categoría de enfermedades neurodegenerativas.

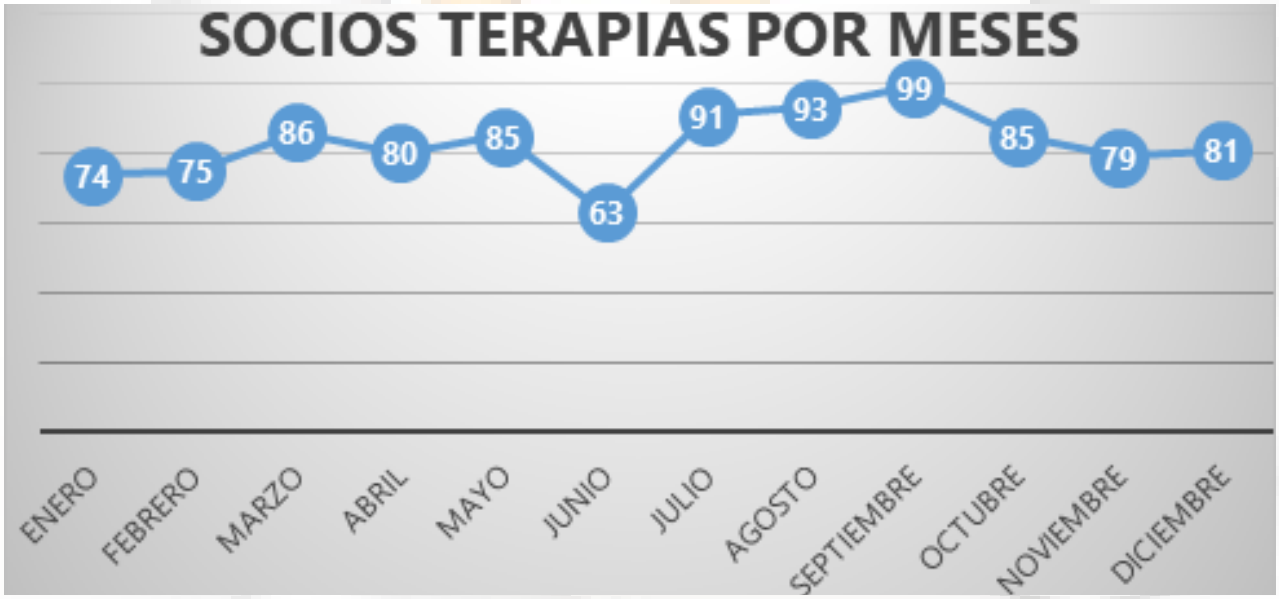
METODOLOGIA

El papel de la Asociación se centra, principalmente, en proveer a la persona de las herramientas necesarias para encontrar el equilibrio a nivel global (físico, mental y social) centrándose en las actividades básicas, avanzadas e instrumentales de la vida diaria.

Tras una primera visita, donde se aclaran dudas, se ofrece información y se enseñan las instalaciones, se proceda a :

1. Una valoración inicial de la situación actual de cada usuario por parte de cada uno de los departamentos.
   - Terapia ocupacional
   - Logopedia
   - Fisioterapia
   - Terapia emocional
   - Informe social

2. Una evaluación conjunta para conocer puntos fuertes y puntos débiles.
3. Una planificación de tratamiento centrado en las preferencias y valores de cada persona.
4. Un establecimiento de objetivos en consensuación con el usuario y el familiar.
5. Un seguimiento diario para posterior análisis de los resultados obtenidos.
6. Una revaloración semestral para conocer posibles cambios en el plan de tratamiento.



LOGOPEDIA

La logopedia es una disciplina sanitaria que se encarga de la evaluación, diagnóstico, rehabilitación y prevención de los trastornos relacionados con la comunicación, el lenguaje, el habla, la voz y las funciones orofaciales (respiración, masticación y deglución) durante todo el ciclo vital.

Por su parte, la Federación Española de Párkinson reconoce como síntomas de éste la falta de expresión facial (hiponimia), disminución de la intensidad vocal (hipofonía), dificultades respiratorias, alteración en el ritmo y la articulación del habla (disartria), alteraciones en la deglución (disfagia), exceso de salivación (sialorrea) o disminución del tamaño de la escritura (micrografía) entre otros.

Teniendo en cuenta estos datos, se considera que la rehabilitación logopédica será necesaria a lo largo del desarrollo de la enfermedad de nuestros pacientes.

RECURSOS MATERIALES

Área de servicios generales.

Esta área podrá ser compartida con otros servicios cuando se sitúe en un centro con actividades compatibles.

Dispondrá, al menos, de:

1°. Sala de recepción y espera: espacio destinado para la recepción de los usuarios.

· 2 ° Aseos.

· 3°. Almacen

Área asistencial:

1°. Contará con una sala de consulta,exploración y tratamiento, con una superficie mínima de 12 m2. que dispondrá de una mesa de consulta con sillas confidente, así como de lavamanos, dosificador de jabón y sistema de secado individual de manos.

2°. Equipamiento en la zona de tratamiento:

a. una mesa de tratamiento
b. una colchoneta
c. una pizarra;
d. pelotas de distintos tamaños;
e. un espejo de pared y otro de mano;
f. sacos de arena de 1, 2 y 3 Kg.;
g. un espirómetro, si se trabaja con la voz
h. un metrónomo
i. un cronómetro
j. j. un teclado musical, con extensión mínima de cuatro octavas o piano (no será exigible en caso de disponer de un programa de ordenador con escalas)
k. instrumentos o juegos musicales
l. material desechable: guantes de látex y/o vinilo o material no alérgico, cepillos linguales, depresores de madera y de plástico de distintas formas, juego de espátulas guíalenguas, jeringas de distinto grosor y vendas desechables de distinto tamaño;
m. material de soplo: velas, globos o pajitas;
n. material de trago: tetinas de distinto tamaño y forma, cintas tensoras, varillas, material que pueda enfriarse (sólo si se trabaja con disfagias);
o. un ordenador con programa de análisis de voz, tarjeta de voz o sonido que permita la grabación, registro y almacenamiento de la voz o en su defecto, otro material informático de rehabilitación (visualizadores de voz), así como micrófono y auriculares;
p. cámara de fotos o vídeo
q. material didáctico: fichas de rehabilitación y diccionarios de consulta, juegos didácticos y material de estimulación cognitiva, sensorial y de la percepción
r. test, cuestionarios y protocolos de evaluación logopédica;

OBJETIVOS

Debemos tener en cuenta que cada paciente es diferente, y que los objetivos de tratamiento que se plantean son distintos para cada uno de ellos. No obstante, podemos englobar una serie de objetivos generales agrupados por las diferentes áreas de actuación. Estos objetivos son los siguientes:

Objetivos referentes a la comunicación:

- Conseguir que la comunicación sea efectiva y eficiente en todos los contextos sociales.
- Aumentar la iniciativa o la intencionalidad comunicativa.
- Aplicar sistemas de comunicación aumentativa o alternativa.

Objetivos referentes a la musculatura orofacial:

- Reducir la hiponimia y mejorar la expresión facial.
- Relajar la musculaturaorofacial.

Objetivos referentes a la respiración:

- Instaurar la respiración costodiafragmáticanasal.
- Aumentar la capacidad pulmonar.

Objetivos referentes a la fonación:

- Aumentar la intensidad vocal
- Conseguir o restablecer un tono adecuado de las cuerdas vocales.
- Lograr que el discurso tenga una entonación y prosodia adecuada en cada situación comunicativa.
- Lograr una coordinación fono-respiratoria eficiente.

Objetivos referentes al habla:

- Mejorar la articulación del habla.
- Aumentar el ritmo del habla.
- Reducir el ritmo del habla.

Objetivos referentes al lenguaje oral:

- Restablecer el lenguaje oral variado y flexible a nivel sintáctico, morfológico y léxico.
- Mejorar la comprensión del lenguaje oral.

Objetivos referentes al lenguaje escrito:

- Recuperar los requisitos o las habilidades básicas de la escritura.
- Mejorar la comprensión del lenguaje escrito.

Objetivos referentes a la deglución:

- Restablecer el tono adecuado de los músculos que intervienen en la deglución.
- Conseguir que la deglución sea oral y con texturas variadas.
- Reducir la sialorrea.
- Conseguir que la tos sea funcional y efectiva.
- Prevenir las posibles dificultades limentarias que se puedan ocasionar por el desarrollo de la enfermedad.

TRATAMIENTO

Para conseguir los objetivos que se han nombrado anteriormente, se realizan una serie de actividades. Aunque a continuación se desglosen de forma independiente, debemos tener en cuenta que muchas de ellas se realizan de forma global con el fin de tratar todos los síntomas en conjunto a través de un enfoque holístico.

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN.

Para conseguir los objetivos que se han nombrado anteriormente, se realizan una serie de actividades. Aunque a continuación se desglosen de forma independiente, debemos tener en cuenta que muchas de ellas se realizan de forma global con el fin de tratar todos los síntomas en conjunto a través de un enfoque holístico.

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y ENFERM

LA RESPIRACIÓN

El tratamiento de la respiración es fundamental en nuestros pacientes ya que es la base de la fonación y la tos. Para ello, al principio se realizan ejercicios en camilla y después sentados y de pie, teniendo en cuenta siempre las capacidades del paciente. Algunas de las actividades que se realizan son

Ejercicios de respiración costodiafragmática. En los que se les enseña al paciente cuál es el patrón respiratorio correcto y que se intenta conseguir.

Ejercicios de respiración por tiempos, en los que, por ejemplo, se le pide al paciente que inspire en dos tiempos y espire en otros dos. Se realizan diferentes combinaciones.

Ejercicios de soplo, en los que se pueden utilizar velas, pajitas o incentivadores del soplo como el flow-ball o globos.

Trabajo con espirómetro, que, además de medir la capacidad pulmonar,sirve de instrumento para aumentar la capacidad pulmonar y aporta feedback visual al paciente.

Trabajo con peak-flow, que mide el flujo espiratorio máximo, y, por consiguiente, si el reflejo de tos es productivo o no. (Valores por debajo de los 160L/min consideran que el reflejo tusígeno no es roductivo).

PARKINSON DE ALBACETE

LA MUSCULATURA OROFACIAL.

Masaje facial, que, dependiendo de si se realiza más profundo o más superficial servirá para relaja o estimular, respectivamente, la musculatura orofacial.

Aplicación de vibración para, dependiendo de la intensidad o la presión que se aplique, estimulará o relajará la musculatura, tal y como se ha explicado en el punto anterior.

Aplicación de calor y/o frío a través de Portable Cold & Hot hammer, basándonos en los beneficios musculares de la termoterapia que nos indican que el calor ayuda a relajar la musculatura y el frio o la combinación de frío y calor a estimularla.

Praxias faciales, en las que se trabaja el movimiento y la coordinación de la musculatura facial.

Imitación e interpretación de expresiones faciales.

Aplicación de kinesiotape, que, aunque es una técnica que se utiliza muy oco, hay pacientes en los que se encuentran resultados..

LOGOPEDIA

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y ENFERMOS DE PARKINSON DE ALBACETE

LA FONACIÓN

El tratamiento de la respiración es fundamental en El tratamiento de la fonación, como se ha nombrado anteriormente, comienza con el tratamiento de la respiración, ya que la respiración costoiafragmática será la base de todos los ejercicios que realizamos este objetivo, siempre que las condiciones del paciente lo permitan.

Algunos ejercicios, además, que se realizan son:

Masaje laríngeo, ya que la tensión laríngea impide una buena fonación.

Ejercicios de pushing con theraband, pelotas o el propio cuerpo, en los que se le pide al paciente que realice ataques vocales duros con sonidos con vocales oclusivos (p, t, k) junto con tensión muscular.

Ejercicios con sonómetro, que nos sirve como feedbackvisual para que no disminuya la intensidad vocal.

Ejercicios de impostación vocal.

Estimulación del velo del paladar con ejercicios con consonantes velares (/k/, /j/, /g/) con el fin de mejorar la resonancia.

Ejercicios de coordinación fonorrespiratoria con sílabas, palabras, frases y textos.

Ejercicios de acentuación contrastada, en los cuales se va cambiando el acento en algunas palabras.

Ejercicios de acentuación a través de frases en las cuales se va cambiando la palabra en la que se debe hacer énfasis.

Ejercicios de canto.

DEL HABLA

Para trabajar la función del habla se realizan tanto ejercicios de articulación como de control del ritmo de ésta. Algunos ejemplos son:

Ejercicios de articulación de vocales o consonantes aisladas.

Ejercicios de articulación de sílabas, palabras, oraciones o textos.

Ejercicios de silabeo de palabras o frases.

Ejercicios de vocalización y articulación exagerada.

Ejercicios de articulación con depresor.

Trabalenguas.

Uso del metrónomo para controlar el ritmo del habla.

Ejercicios de control directo del propio paciente sobre su ritmo del habla en la conversación.

Técnica del cuadrado, cuando el paciente no tiene gran temblor en las manos y si movilidad se lo permite. Consiste en ir dibujando un cuadrado sobre la mesa o el pantalón mientras lee o habla, en cada lado pronunciará una palabra o una sílaba.

LENGUAJE ESCRITO

En este caso, al igual que el anterior, este objetivo también se trabaja en otras disciplinas o actividades como es en el grupo de memoria. Además, el tratamiento de las terapeutas ocupacionales nos ayuda mucho para mejorar la grafía de nuestros pacientes. Los principales ejercicios que se realizan para este aspecto son:

Ejercicios de caligrafía con distintos tamaños en los cuales debe repasar lo que está escrito.

Ejercicios de escritura con plantilla o sin plantilla.

Ejercicios de comprensión lectora a través de frases, textos, adivinanzas.

LOGOPEDIA

.

DE LA DEGLUCIÓN

Técnicas compensatorias

Modificación del entorno. Al paciente se le dan pautas que debe seguir durante las comidas como que evite istractores, coma despacio, mastique bien y lento, no hable con la boca llena, etc.

Modificación de la consistencia y el volumen de los líquidos. Si es necesario, se le recomienda el uso de aguas gelificadas y/o espesantes y se le explica cómo debe usarlos.

Estrategias posturales. A pesar de que existen muchas estrategias posturales, la que se le suele recomendar a todos los pacientes es la de barbilla hacia abajo (o barbilla hacia el pecho), ya que es la más segura porque favorece la elevación y el cierre laríngeo. Una vez que la aprendan y la dominen se les pide que la realicen durante las comidas o durante la deglución de ciertos alimentos.

Maniobras de deglución. Se trabajan durante las sesiones de rehabilitación. Son las siguientes:

Deglución supráglótica. Consiste en inspirar profundamente y detener la respiración con el fin de conseguir el cierre glótico, después se aproxima la barbilla al pecho para elevar la laringe y seguidamente se traga en esta posición.

Deglución de esfuerzo. Se realiza un sobreesfuerzo voluntario y consciente a la hora de tragar con el fin de que la base de la lengua contacte con la faringe y así favorecer la propulsión del bolo.

Deglución supra-supraglótica. En ella se combinan las dos anteriores.

Doble deglución. Consiste en tragar el bolo y realizar una segunda deglución sin comida con el fin de evitar que queden restos de comida dispersos por la boca.

Maniobra de Mendelson. Se eleva la laringe con la mano y después se traga.

Maniobra de Masako. El paciente traga sujetando la lengua entre los dientes.

LENGUAJE ORAL

Aunque el lenguaje sea una función cognitiva que también trabajen otras profesiones del equipo interdisciplinar, en las sesiones individuales de logopedia se realizan ejercicios para su estimulación y mejora. Algunas de estas son:

Evocación de palabras que comiencen, contengan ofinalicen por un determinado fonema o sílaba.

Evocación de palabras por categorías semánticas.

Ejercicios de rima.

Evocación de refranes.

Comprensión del lenguaje oral a través de definiciones,
Acertijos o adivinanzas.

Ejercicios para reducir la tensión muscular, como el masaje laríngeo que se nombra en el apartado de fonación.

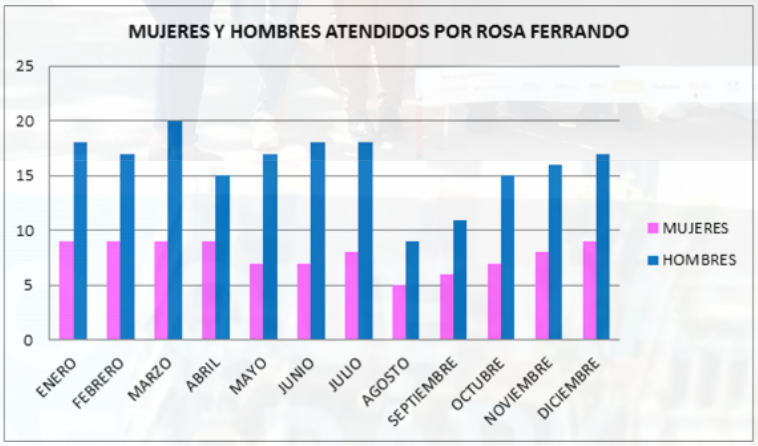
Ejercicios para aumentar la fuerza de la musculatura deglutoria. Por ejemplo:

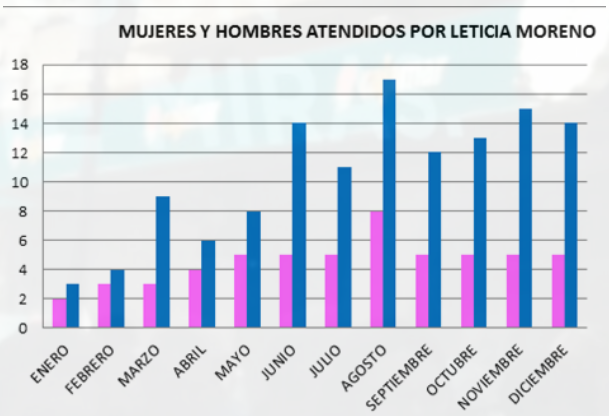
Tirar de la lengua con una gasa mientras que el paciente hace fuerza hacia adentro.

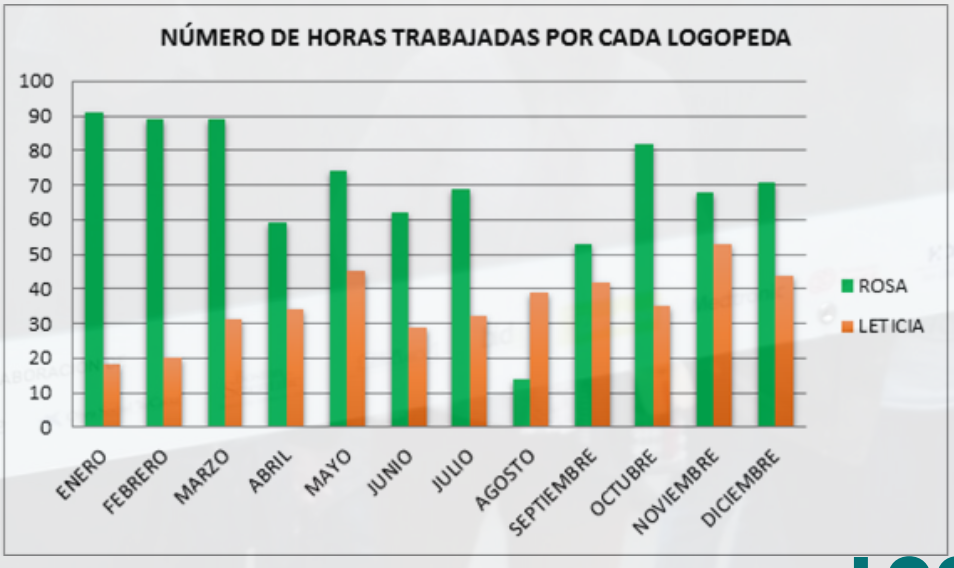
Que el paciente haga fuerza con la lengua contra un depresor.

Hacer fuerza con las comisuras labiales o los labios contra un depresor.

Ejercicios para estimular la movilidad y la fuerza del velo del paladar que se explican en el apartado de fonación







TERAPIA OCUPACIONAL

El objetivo general es conseguir que el usuario sea lo más independiente posible en sus actividades cotidianas, ya que la autonomía es fundamental para otorgar autoestima, empoderamiento y calidad de vida.

En cuanto a los objetivos específicos nos planteamos:

Mejorar la amplitud de movimiento.

Prevenir las limitaciones articulares provocadas por la rigidez.

Mejorar y/o mantener la coordinación motriz de la extremidad superior, especialmente, las manos.

Entrenar en las actividades básicas de la vida diaria (vestido, higiene personal, desplazamiento de un lado a otro de la cama, alimentación, etc.)

Facilitar la planificación y disfrute de su tiempo libre y actividades de ocio.

Mantener las destrezas/habilidades que conserva.

Sustituir las destrezas/habilidades que ha perdido.

Prevenir pérdida de sensibilidad y esquema corporal.

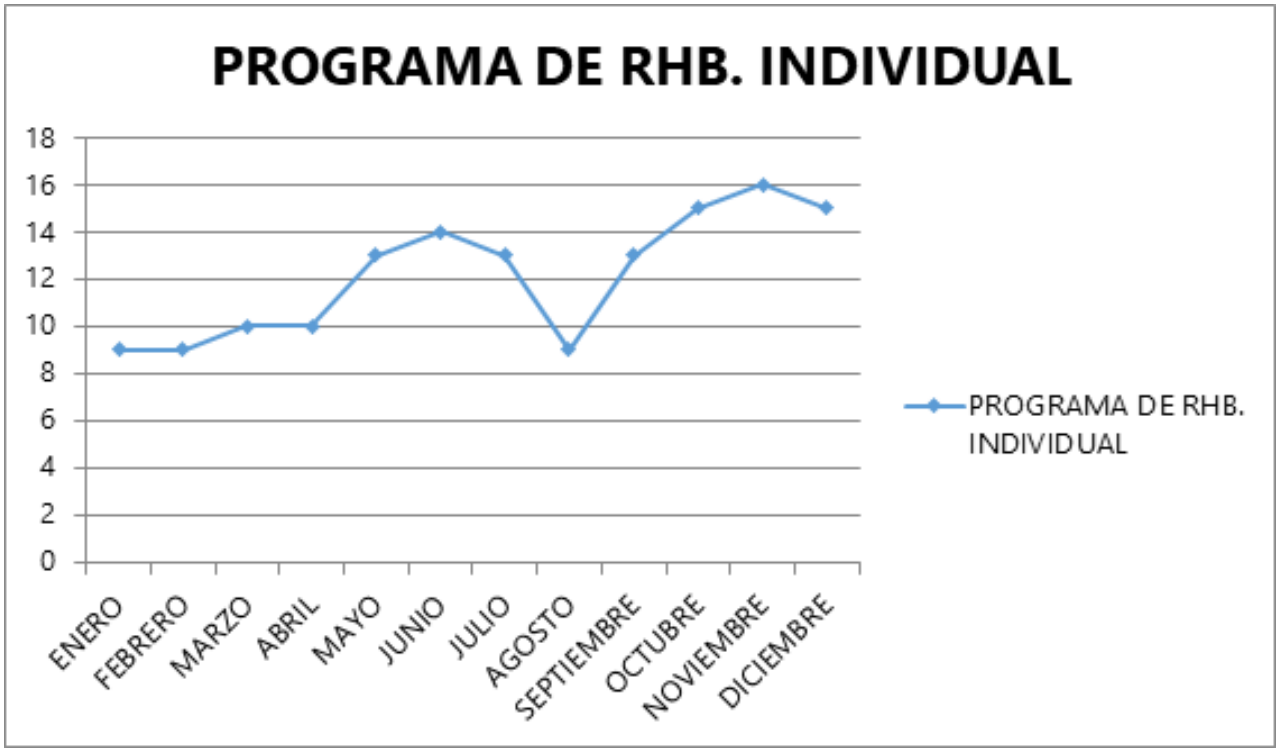
Asesorar a la hora de adaptar la vivienda para que sea un lugar más seguro (quitar alfombras, colocar asideros o barras en el baño, quitar muebles que supongan un riesgo de caída, etc.).

Mantener el mayor tiempo posible su puesto laboral, adaptándolo en función de sus necesidades.

Asesorar, orientar y entrenar sobre ayudas técnicas y productos de apoyo (bastón, andadores, cubertería adaptada, productos que facilitan la acción de vestirse, etc.)

Mejorar y mantener las funciones cognitivas.

Estos objetivos serán aplicados dependiendo de cada caso, es decir, cada paciente tiene una sintomatología diferente, por lo que los objetivos y tratamientos serán enfocados en particular de cada usuario.



TERAPIA OCUPACIONAL

REQUISITOS Y MATERIAL

Área asistencial.

:1.º. Una sala de consulta con una superficie mínima de 9 m² que contará, como mínimo, con una mesa de despacho y sillas

.2.º Una zona de terapia con una superficie mínima de 30 m² que podrá ser distribuida en varias salas e incluirá, como mínimo, los siguientes elementos:

a. una mesa de tratamiento y dos sillas de tamaño apropiado para los paciente

b. una colchoneta;

c. una camilla regulable en altura;

d. pila con grifo monomando de brazo largo, dosificador de jabón y sistema de secado individual de manos, todos ellos accesibles;

e. un espejo de pared de cuerpo entero;

f. material antideslizante "tipo DYCEM"

g. plato, vaso, cubiertos y jarra, adaptados y sin adaptar;

h. ayudas técnicas para vestido;

i. material termoplástico para fabricación de férulas y material para adaptar elementos de actividades de la vida diaria: engrosadores y cinchas multiusos;

j. material para rehabilitación física válida para todas las edades, compuesto por arco curvado para hombro, escalerillas de pared, tablero y barra para trepar, material para desensibilización, soporte deslizante de antebrazo, masilla resistente terapeútica, conos, tablero o soporte con cintas de distinta resistencia, cuentas, atril y goniómetro

k. material para rehabilitación cognitiva válida para todas las edades, 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;l. material de papelería: colores y cuadernos

.3. Los centros y servicios de terapia ocupacional podrán disponer, además del equipamiento descrito en el apartado anterior y según la actividad que se desarrolle en ellos, de las áreas funcionales que se describen a continuación, que pueden ser compartidas y delimitadas mediante biombos, mamparas u otros sistemas de separación.a) Área de actividades de la vida diaria, que dispondrá, como mínimo, de las siguientes zonas:

1.º. Zona de cocina de 15 m², con el siguiente equipamiento:a. 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;b. 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;c. menaje de cocina: cuchillos de sierra especial, pelapatatas, exprimidores especiales, abrelatas y sacacorchos especiales

.2.º. Zona de higiene personal, que contará con

:a. aseos accesibles diferenciados por sexo, que estarán dotados de ducha para el entrenamiento en hábitos de higiene y autocuidado;

b. tablas y taburetes de baño adaptados;

c. jabón dentro de funda, esponja con elemento de suspensión y cepillo de uñas fijado con ventosas;

d. adaptadores de peine, cepillo de dientes, máquina de afeitar y tijeras de uñas;e. una cama dura y firme, con altura regulable y asientos adecuados;f. ayudas técnicas para vestido: velcro, gancho mango largo y gancho 2-3 extremos.b) Área audiovisual, que contará con: televisión, equipo de música, sistema de video/DVD, ordenador y soporte informático..

RMOS DE PARKINSON DE ALBACETE
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y ENFERMOS

TERAPIA OCUPACIONAL

En terapias grupales, en las que es necesaria la participación activa de los individuos, es imprescindible la correcta organización de los grupos, es decir, que estos sean homogéneos, que estén formados por un número pequeño de personas y presenten características comunes para el desarrollo de la terapia grupal.

En tratamientos individuales el papel activo será del terapeuta ocupacional, ya que él será quien realice la aplicación de las técnicas, propondrá actividades significativas para cada persona, realizando un análisis de cada una de ellas para buscar el sentido rehabilitador y mejorar así los puntos débiles de la persona.

En atención domiciliaria, se propone un plan de tratamiento para personas que por su situación física no pueden desplazarse hasta el centro.

Las personas que participan en el departamento de terapia ocupacional se dividen de esta manera por rangos de edad:

Entre 0 y 10 años: 1 participante
Entre 50 y 60 años: 2 participantes
Entre 61 y 70: 11 participantes
Entre 71 y 80 años: 30 participantes
Entre 81 y 90 años: 20 participantes

En total tendríamos 63 personas atendidas por el departamento de terapia ocupacional de los cuales son 27 mujeres y 36 son hombres.

METODOLOGÍA

Cuando una persona acude al centro, el área de TO realiza una evaluación donde se analiza los gustos y preferencias entorno al área de ocio y tiempo libre con un listado de intereses, una valoración de las actividades básicas de la vida diaria, mediante índice Barthel y el Índice de Katz: área de vestido, aseo personal, baño/ducha, control de esfínteres, movilidad en la comunidad y el domicilio, entre otros.

Además de una valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria, mediante índice de Lawton y Brody: área de desempeño en el hogar, preparación de la comida, manejo de medicación y asuntos económicos, desplazamientos en la comunidad, etc.

El área cognitiva será analizada a través del Test Addenbrooke's Cognitive Examination donde se pueden obtener más información acerca del área de memoria, lenguaje, cálculo, atención y funciones visuales

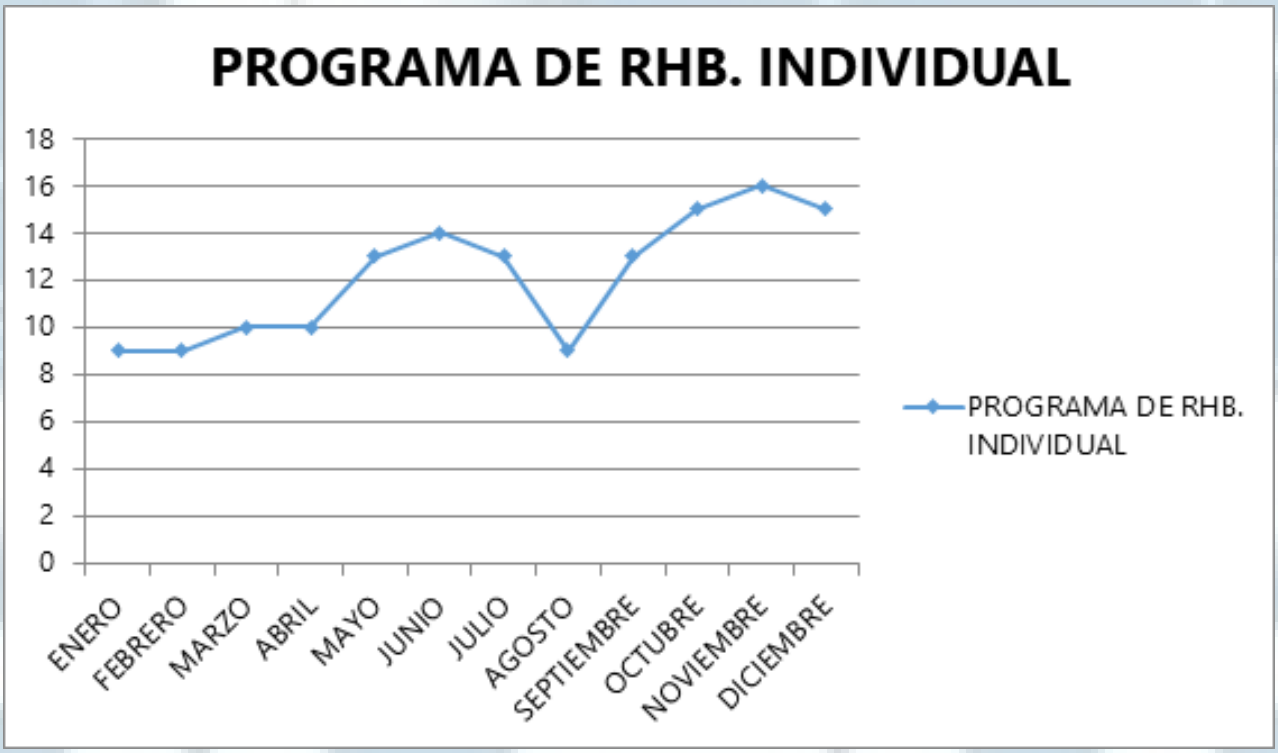
ACTIVIDADES

1)Programa de tratamiento individualizado de TO:

Se desarrollarán tratamientos de TO de forma individualizada dirigidos a las distintas patologías que los usuarios presentan en el centro.

El objetivo general es el de reducir, eliminar y/o mitigar en cada caso, los signos y síntomas que presente el usuario para mejorar su calidad de vida.
Se realizan sesiones individuales de 50
minutos, donde el terapeuta junto con los objetivos establecidos con el usuario, realiza un plan de tratamiento encaminado a mejorar posibles problemas
en:

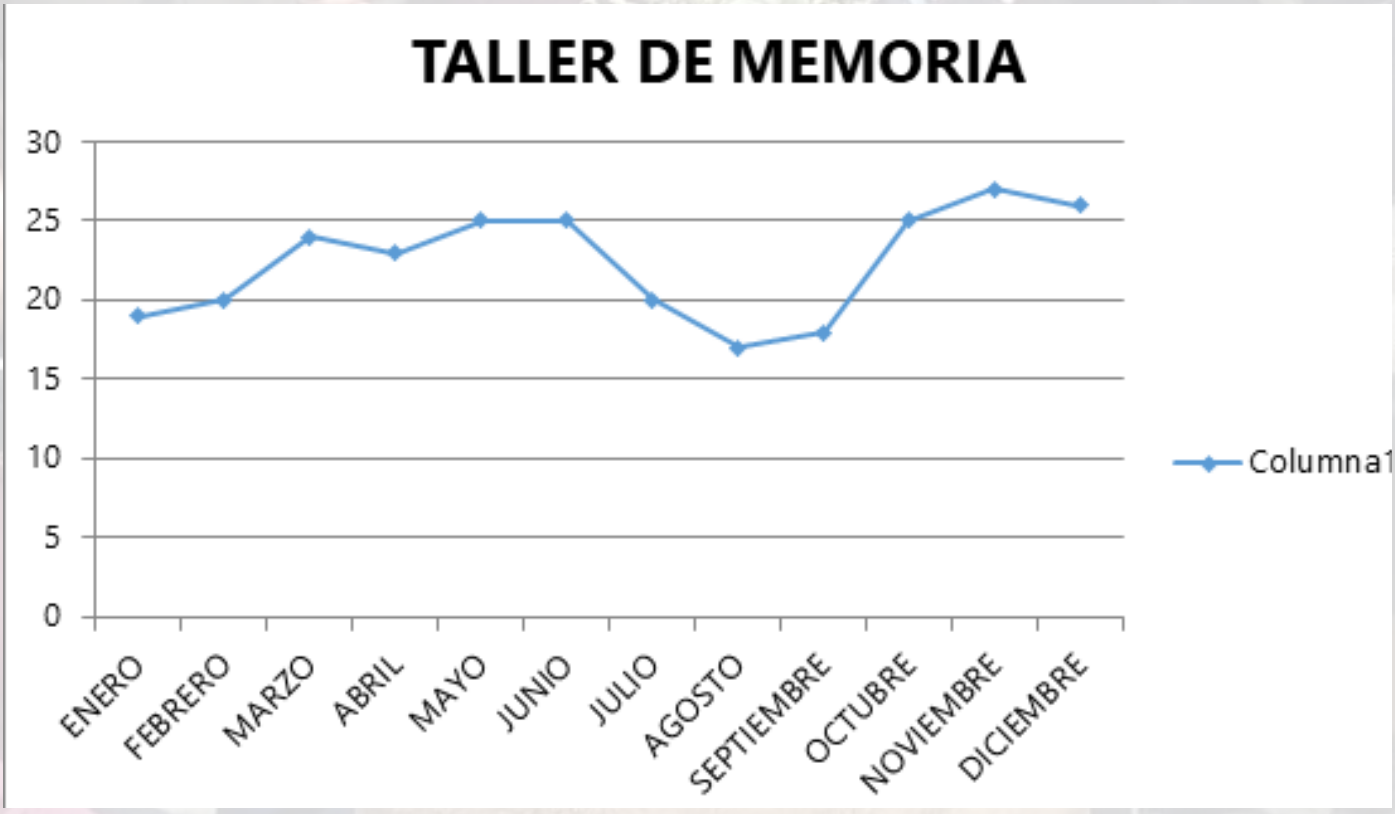
- Área de actividades básicas de la vida diaria (ABVD): baño/ducha, vestido, alimentación, aseo persona, control de esfínteres, movilidad funcional y deambulación.
- Área de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): gestión del hogar (limpieza), preparación de la comida, gestión de la medicación, gestión financiera y desplazamientos en la comunidad.
- Área de actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD): ocio y tiempo libre, participación social, actividades laborales y actividades educativas.
- Área de sueño y descanso.
- Área cognitiva: actividades de rehabilitación cognitiva (memoria, atención, cálculo, funciones ejecutivas).
- Área funcional: actividades de rehabilitación funcional (motricidad, movilidad, fuerza, destreza fina y gruesa).



2) Programa
de Rehabilitación Cognitiva:

Se desarrollan sesiones grupales (entre 5-9 personas), con similares características cognitivas, donde se trabajan por sesiones las diferentes áreas cognitivas (memoria, atención, calculo, orientación espacial, funciones ejecutivas, gnosias y praxias y dinámicas grupales).
El objetivo general es mantener y/o mejorar las capacidades cognitivas.
ACTIVIDADES: o TALLERES DE MEMORIA: Se realiza una programación anual por parte del terapeuta ocupacional ara dividir la carga de tareas y trabajar todas las áreas cognitivas por igual; siempre adaptándose a las necesidades de la persona y el grupo.

Los grupos realizan un total de 3 horas de rehabilitación cognitiva a la semana, divididas en dos días de hora y media cada uno (grupos lunes-miércoles o grupos martes-jueves).



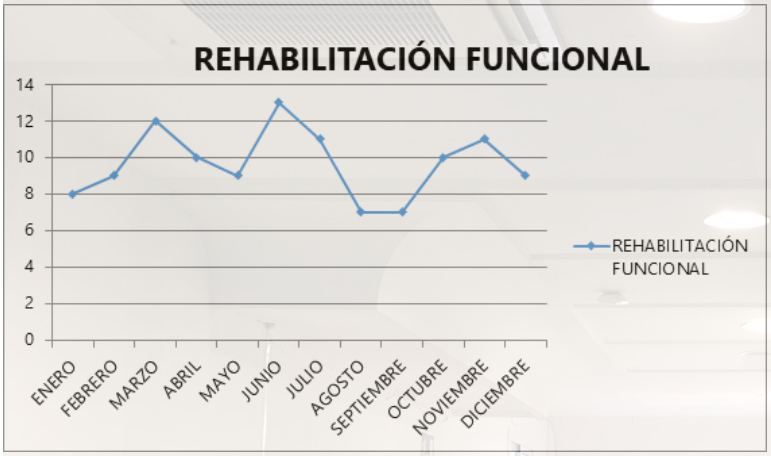
3) Programa de Rehabilitación funcional:

Se realizan sesiones grupales de 50 minutos tres veces por semana.

El objetivo general es mejorar y/o mantener las funciones corporales (recorrido articular, fuerza, coordinación, tono muscular…).

ACTIVIDADES: o MOVILIDAD ARTICULAR: Se realizan tablas de geronto-gimnasia para grupos de usuarios, distribuyéndolos en grupos con características similares y con objetivos comunes.
Cada tabla tendrá unos ejercicios, duración e intensidad en función de las características del grupo hacia el que va dirigido.

TERAPIA DE MANO: Se realizan actividades encaminadas a reforzar y recuperar las habilidades motrices (finas y gruesas), tan necesarias para desarrollar de forma satisfactoria e independiente tareas más complejas del día a día (abrochar botones, peinarnos, subir cremalleras, abrir botes, pelar fruta…).



4) Programa de ocio y tiempo libre:

Sesiones grupales de dos horas donde se realizan diferentes actividades programadas de forma mensual, donde se pretenden que las personas usuarias disfruten de actividades de ocio y tiempo libre satisfactorias, mejorar sus relaciones sociales y ampliar sus intereses.
El objetivo general es mejorar y ampliar la realización de actividades de ocio significativas.
o CINEFORUM: Sesiones de cine, posteriormente comentadas de forma grupal. Forma lúdica de trabajar intereses, recuerdos o reminiscencia, disfrute del tiempo libre, etc.
o MUSICOTERPIA:
Sesiones encaminadas a mejorar la memoria, la atención, las relaciones sociales, la autoestima y la diversión, utilizando la música como herramienta terapéutica así como sus componentes: ritmo, armonía, etc.
o CAFÉ-TERTULIA:
Sesión encaminada a mejorar la relación social de grupo y el disfrute personal.
Se realizan salidas a la cafetería, donde los usuarios disfrutan en un contexto fuera de la asociación donde se afianzan las relaciones personales.
o RISOTERAPIA:
Sesiones lúdicas donde se realizan diferentes actividades encaminadas a producir beneficios terapéuticos a nivel físico, mental y social mediante la risa. El principal objetivo es aprender a reír para tomarnos la vida con más sentido del humor y afrontar los problemas cotidianos con más positividad.

- HUERTO:

Talleres donde se realiza mantenimiento de zona de cultivo. Contamos con dos huertos (huerto adaptado en sala de terapia ocupacional y huerto adaptado en edificio de asociaciones socio-sanitarias). Esta actividad es utiliza como una herramienta contra el estrés y de manejo del estado físico y psíquico. Además,la mayoría de nuestros adultos mayores provienen de zonas rurales, donde esta actividad era cotidiana y la cual les transmite interés y recuerdos pasados positivos.

- DINÁMICAS GRUPALES: Sesiones grupales donde se realizan diferentes dinámicas con varias temáticas, donde se propone trabajar, de diferente forma, las capacidades cognitivas y funcionales de nuestros usuarios: Pasapalabra, Scape Room, La ruleta de la suerte, etc.

- MANUALIDADES:

Talleres realizados por los profesionales, voluntarios y los propios usuarios de la asociación, donde se proponen diferentes actividades manuales entre las que encontramos: pintura, manualidades estivales, decoraciones en el centro,etc.

- TALLER DE LECTURA: Se realiza una vez por semana, con la colaboración de un voluntario.

Se pone en práctica la lectura y posterior debate de libros o novelas de interés para nuestros mayores, además, en ocasiones, se realiza cineforum de los libros leídos.

- TALLER DE COSTURA: Taller de labores, donde una voluntaria aconseja y enseña sobre diferentes técnicas relacionas con la costura.

- TALLER DE COCINA: Taller realizado en la cocina adaptada del edificio de asociaciones socio-sanitarias, donde un grupo de usuarios poner en práctica la realización de una actividad instrumental tan importante como lo es cocinar. Aprendemos trucos y formas nuevas de cocinar de manera saludable, y siempre teniendo en cuenta, los alimentos más beneficiosos para la persona con enfermedad de Parkinson.

FISIOTERAPIA:

Desde Fisioterapia se realizan una serie de terapias grupales e individuales para conseguir los siguientes objetivos:Corregir las alteraciones posturales, previniendo la aparición de rigideces articulares y músculo-tendinosas.Fortalecer la musculatura debilitada. Corregir acortamientos musculares.Ganar expresividad y funcionalidad de la musculatura orofacial. Facilitar la deglución y la masticación.Aliviar el dolor.Mejorar la función respiratoria.Mejorar la función intestinal.Mejorar el equilibrio y las relaciones posturales.Mejorar la coordinación.Corregir los trastornos de la marcha. Sobretodo favorecer la independencia del paciente ya que la posee en cierta medida.

REQUISITOS

Área asistencial general

.1°. Contará con una sala de consulta, exploración y tratamiento, con una superficie mínima de 15 m², que dispondrá de lavamanos con agua corriente, dosificador de jabón y sistema de secado individual de manos.

2°. La zona de consulta dispondrá, como mínimo, de una mesa de despacho y tres sillas o sillones.

3°. Las zonas de exploración y tratamiento dispondrán del equipamiento e instrumental necesario, que incluirá, como mínimo:

a. una camilla de exploración y tratamiento, preferentemente regulable en altura

;b. un biombo, salvo que exista separación física entre la zona de exploración y la zona de consulta

;c. goniómetro, cinta métrica, martillo de reflejos, aguja, cepillo, fonendoscopio y esfingomanómetro;

d. equipo de electroterapia con electroestimulación y analgesia, con los accesorios necesarios para su óptima utilización según el manual de instrucciones;e. equipo de termoterapia, superficial o profunda, con los accesorios necesarios para su óptima utilización según el manual de instrucciones

;f. sistema de crioterapia;

g. cuñas y rulos pequeños, medianos y grandes

;h. material fungible (sabanillas, guantes, alcohol y gasas estériles)

;i. material de vendaje

.Área de cinesiterapia.Esta área deberá contar, como mínimo, con el siguiente equipamiento

:1°. una camilla de exploración y tratamiento, modular y regulable en altura

;2°. paralelas;

3°. escalera y rampa;

4°. bicicleta cinética;

5°. bandas elásticas de distinta resistencia

;6°. sistemas para reeducación propioceptiva (tabla de Böhler, plato de Freeman, balones o placas de gomaespuma):

OBJETIVOS:

1) Mantener/ Aumentar rango articular.
2) Conservar/ Favorecer amplitud del movimiento articular.
3) Prevenir / Evitar rigideces o deformidades articulares.
4) Prevenir/ Evitar anquilosis de las articulaciones.
5) Conservar/ Aumentar tono muscular.
6) Estirar musculatura acortada.
7) Tonificar musculatura débil.
8) Conservar/ Aumentar potencia muscular.
9) Prevenir/ Evitar contracturas.
10) Relajar musculatura hipertónica.
11) Conservar/aumentarmotricidad fina.
12) Favorecer/Aumentar equilibrio tanto estático como dinámico.
13) Facilitar/Aumentar reacciones posturales, de enderezamiento y de equilibrio.
14) Mejorarcoordinación.
15) /Aumentarestabilidad postural.
16) Reeducar/Enseñar transferencias (de supino a sedestación, de sedestación a bipedestación y viceversa).
17) Reeducar/Enseñar volteos, desplazamientos en cama, levantarse en caso de caída.
18) Conservar/Aumentar y/o Restaurar capacidad funcional.
19) Mantener/Favorecer/Aumentar dependencia.
20) Mantener/Aumentar calidad de vida.
21) Reeducación de la marcha.
22) Reeducación postural con espejo
23) Enseñar manejo de ayudas técnicas (andadores, muletas, silla de ruedas, etc).
24) Integración de lateralidad.
25) Integrar esquema corporal.
26) Mejorar y aumentar, en los casos posibles, la capacidad cardiorrespiratoria.
27) Aumentar autoestima.
28) Desarrollar el interés en la ráctica de actividades físicas y disminuir los efectos de la inactividad.
29) Aliviar dolor.

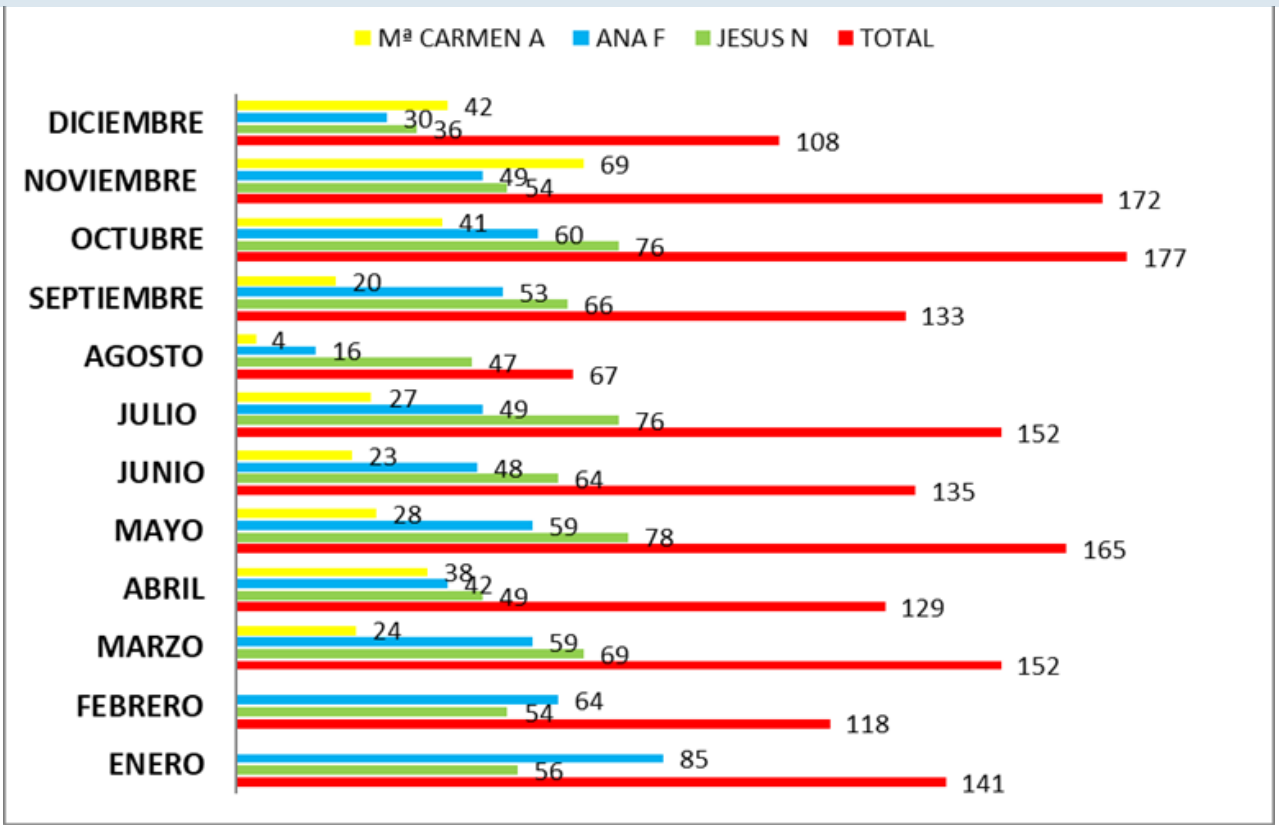
DESARROLLO DEL TRATAMIENTO

1. Cinesiterapia resistida (MMSS, MMII y/o Raquis)
2. Cinesiterapia activa. (MMSS, MMII y/o Raquis).
3. Cinesiterapia asistida. (MMSS, MMII y /o Raquis).
4. Cinesiterapia pasiva. (MMSS, MMII y/o Raquis).
5. Tabla de ejercicios de movilidad articular de MMSS. (Con espejo y sin espejo).
6. Tabla de ejercicios de movilidad articular de MMII. (Con espejo y sin espejo).
7. Tabla de ejercicios de movilidad articular cervical. (Con espejo y sin espejo).
8. abla de ejercicios de movilidad articular dorso-lumbar. (Con espejo y sin espejo).
9. FACILITACION NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVA (Diagonales de KABAT) para MMII.
10. Ejercicios de equilibrio en estático como en dinámico (tanto en plano antero-posterior como en plano latero-medial).
11. Estrella de Maigne (con agarre y sin agarre).
12. Ejercicios en posición monopodal (en estático, con ojos cerrados, con ojos abiertos, con estímulos táctiles, visuales y/o auditivos).
13. Ejercicios de coordinación (pronosupinación, óculo-manual, tanto en estático como en dinámico y con concepto “dual task”).
14. Reeducación de transferencias (de supino a sedestación, de sedestación a posición de caballero, de posición de caballero a bipedestación y también a la inversa de todas estas posiciones).
15. Ejercicios para estimular reacciones posturales, de enderazamiento, de equilibrio y de protección ante caídas.
16. Ejercicios para la facilitación de cambios posturales (volteos y/o giros, desplazamientos en cama, etc.)
17. Reeducación de la marcha (talón-punta, punta-talón
18. Circuito de marcha. (Sin dificultades)
19. Circuito de marcha con obstáculos en horizontal (como puede ser aros y picas) con obstáculos en verticales (palos).
20. Reeducación de la marcha (tanto en fluidez, como en simetría de los pasos, como en altura de éstos, también en anchura, etc.)

ACTIVIDADES

21. Marcha en paralelas (con coordinación y equilibrio; con y sin obstáculos)
22. Marcha en paralelas (de puntillas, de talón, con ojos abiertos, con ojos cerrados).
23. Marcha en escaleras y rampa.
24. Reeducación postural/ corporal (con espejo y sin espejo de reeducación).
25. Consejos/ayudas/ enseñanza para el manejo de todo tipo de ayudas técnicas.
26. Electroterapia.Termoterapia,crioterapia, vendaje neuromuscular.
27. Técnicas de masoterapia(Amasamiento,TNM,MTP,DLM,MTC,vibración, percusión, fricción).
28. FACILITACION NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVA (Diagonales de KABAT) para MMSS.
29. Tabla de ejercicios para tonificar MMII.
30. Tabla de ejercicios para tonificar MMSS.
31. Ejercicios de tonificación para la musculatura abdominal.
32. Ejercicios de tonificación para la musculatura glútea.
33. Ejercicios de tonificación para la musculatura extensora de raquis
34. Ejercicios de control de tronco. (Para rotaciones, inclinaciones y flexo-extensión)
35. Estiramientos miotendinosos de la musculatura hipertónica (sobre todo en cadena antero-flexora tanto en MMSS como en MMII).
36. Estiramientos musculares y autoestiramientos.
37. Técnica de Mitchell (contracción – relajación) para relajar musculatura y/o actuar en disfunciones articulares.

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y ENFERMOS DE PARKINSON DE ALBACETE



FISIOTERAPIA EN PISCINA

Hay registros de que durante las civilizaciones Egipcia e Hindú (1500a.C.) el agua ya era utilizada con propósitos curativos y espirituales. En 460-375 a.C. Hipócrates utilizó la inmersión en agua tratar los espasmos musculares y patologías articulares.

Alrededor del año 339d.c., los baños pasaron a ser utilizados para el tratamiento de enfermedades reumáticas y la parálisis .

La hidrogimnasia, o los ejercicios en el agua caliente, empezaron a ser aconsejados en el XIX .

En 1960 el interés sobre la utilización del agua fue retomado por los científicos de la NASA que utilizaban la inmersión para provocar la sensación de ausencia de la gravedad en los astronautas y evaluar las repercusiones en la fisiología corporal. Actualmente las propiedades físicas del agua y sus aplicaciones terapéuticas son ampliamente investigadas, lo que da como resultado un creciente y renovado interés sobre el tema. Recientemente, diversos autores han indicado la utilización de la hidroterapia en piscina terapéutica para la rehabilitación de los pacientes neurológicos, incluyendo enfermos de Parkinson..

Se realizan sesiones de terapia acuática grupales (máximo 4 pacientes) de 50 minutos de duración.

Deben ser pacientes que tengan un nivel físico y grado de evolución de la enfermedad similar.

Los primeros 5 minutos se realizael calentamiento. El grupo se prepara para realizar ejercicio, además decontactar con el agua. Son ejercicios de movilidad global como correr, caminar, saltar...

En los siguientes 40 minutos se realizan ejercicios de movilidad analítica (miembro superior e inferior, tronco), tonificación de musculatura utilizando material flotante, ejercicios de marcha (hacia delante, lateral, hacia atrás...), marcha a diferentes velocidades y con obstáculos, ejercicios de equilibrio y coordinación... o ejercicios en forma de juego, haciendo equipos por parejas, por lo que se motivan más y disfrutan más de la terapia.

Los últimos 5 minutos se realizan estiramientos de musculatura, sobre todo cadena posterior (depende de las necesidades del paciente). Se puede realizar masoterapia en algún paciente que lo necesite..

TERAPIA EMOCIONAL

El papel de la Psicología en la enfermedad de Parkinson, se centra principalmente en el apoyo emocional de los/as afectados/as y sus familiares,
en los que los trastornos del estado de ánimo constituyen uno de los problemas más frecuentes. Además también se les proporciona una rehabilitación cognitiva, donde se intenta evitar el deterioro de las funciones cognitivas, especialmente la memoria, el lenguaje, la percepción visuoespacial y las funciones ejecutivas.

OBJETIVOS

- Ayuda al enfermo y familiar en la aceptación de la enfermedad y aceptación de los cambios.
- Mejorar el estado anímico y control de las emociones.
- Mejorar la calidad de vida.
- Controlar el estado de ánimo y la ansiedad o depresión.
- Fomentar las relaciones sociales y familiares.
- Estimular la autonomía y fortalecer la vida activa.
- Estimular la toma de decisiones y fortalecer el autocontrol.
- Realizar talleres, sesiones individuales y grupales, relacionadas con: autoestima, relajación, relaciones interpersonales, problemáticas familiares, etc.

METODOLOGÍA

Se realiza una evaluación donde se analiza cuál es el estado cognitivo y emocional en el que se encuentra el/la afectado/a. Para evaluar el estado cognitivo, se realiza mediante el pase del test Addenbrooke´s Cognitive Examinantions (ACE-III) en su versión española, donde se evalúan diferentes áreas como son la atención, memoria, fluencia verbal, visuoespacial...

En cuanto al estado emocional, se realiza mediante la Escala de Depresión Yesavage y Escala de Ansiedad de Hamilton, donde con ellas apreciamos se existe un trastorno depresivo o ansioso.

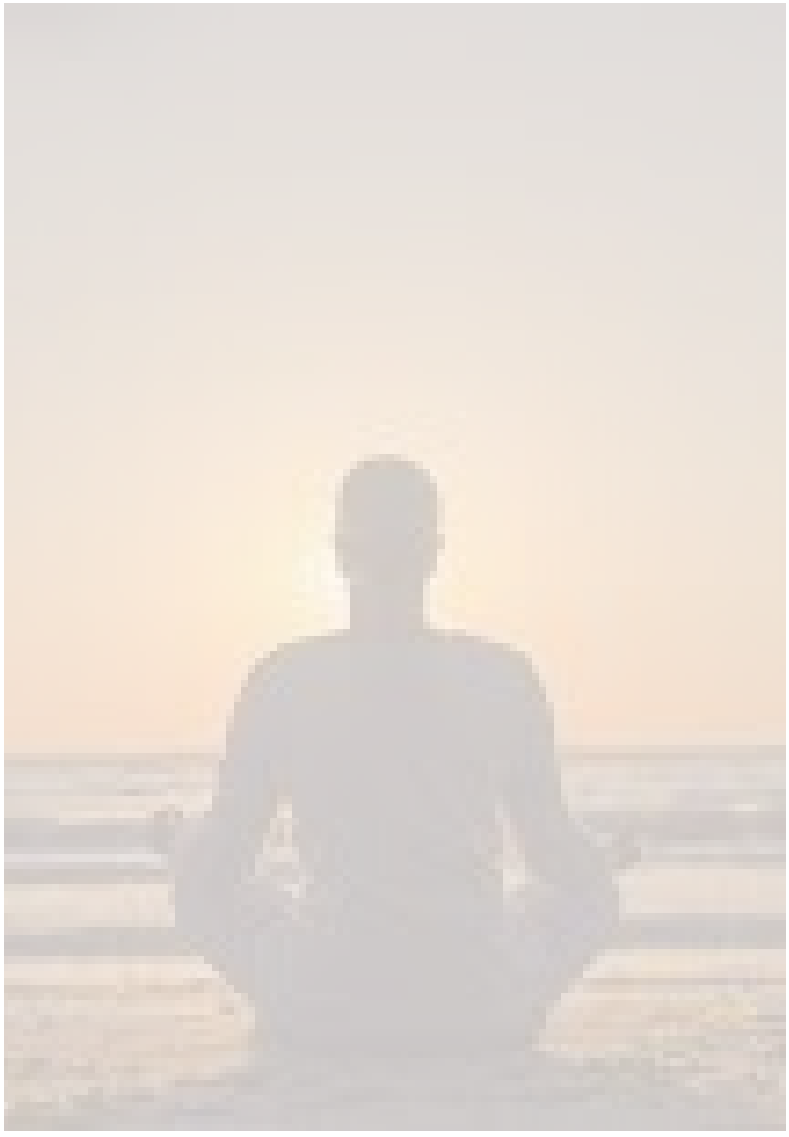
Además, se realiza una entrevista de preguntas abiertas, donde también contamos con la colaboración de los familiares, para saber algunos aspectos más del día a día que vive la persona afectada y cuál es su comportamiento.

BENEFICIARIOS

29 personas, de las cuales 12 eran mujeres y 17 eran hombres.
En cuanto al número total de sesiones individuales llevadas durante este año han sido 224 y 10 sesiones grupales de autoayuda.

YOGA

Originario de la India hace más de 5,000 años, yoga es un sistema Hindu de filosofía que armoniza el cuerpo, mente y espíritu para promover salud y paz interna.Yoga puede practicarse cuando y donde usted desee. Si quiere probar el yoga en casa debería asegurarse de tomar algunas lecciones con un experto primero para aprender los principios y técnicas básicas.Existe poca investigación acerca de los beneficios del yoga en la Enfermedad de Parkinson pero en general el yoga puede ser particularmente útil en la reducción de la rigidez muscular y en aumentar el equilibrio, flexibilidad y resistencia.Debido a que el yoga ofrece un abordaje holístico al cuerpo, mente y espíritu, muchas personas con la Enfermedad de Parkinson dicen que éste los equipa con 'herramientas' para afrontar la vida diaria. Para muchas personas, éste ofrece estabilidad emocional, una paz interna y sensación de calma, así como también para sobreponerse a algunos de los síntomas físicos de la enfermedad.Ya que el yoga tiene como objetivo ayudar a energizar el cuerpo y la mente, mejorar la concentración y reducir el estrés, éste puede ser también beneficioso para la familia y quienes les cuidan.Como con todas las terapias físicas, puede ser que le parezcan desafiantes algunas de las actividades, pero las técnicas pueden adaptarse para ajustarse a los individuos, por ejemplo puede utilizarse una silla para apoyo en lugar de acostarse en una colchoneta, su instructor debería poder aconsejarle en este aspecto



Se realiza dos dias a la semana, con una media de 10 usuarios/as.