

# Trabajo Fin de Grado

Intervención desde Terapia Ocupacional en un  
paciente con Enfermedad de Parkinson.

Raquel Cabanés Crespo

José María Pérez Trullén

Escuela ciencias de la salud 2013

## **AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría agradecer a Eva Pilar Chueca, Terapeuta Ocupacional de la Asociación Parkinson Aragón, toda la ayuda aportada a lo largo del trabajo, por su contestación veloz a mis dudas a través del correo electrónico y su apoyo durante la realización de todo el trabajo. Recordar también en este párrafo a Diego, sustituto de Eva durante su baja por maternidad, el cual no se pensó ni un minuto ofrecernos su total disposición y ayudarnos en el contacto con Eva.

Agradecer también a José María Pérez Trullén, el tutor del presente trabajo. Sus explicaciones sobre las bases neurológicas de la Enfermedad de Parkinson, su disponibilidad a la hora de hacer tutorías y su ayuda con el aporte de bibliografía y de algunas de las escalas ha facilitado con creces la realización de este trabajo.

Por último, pero no por ello menos importante, agradecer a E.L.R, el paciente con el cual se ha realizado la intervención, por su colaboración y participación en el trabajo durante la intervención, y por su flexibilidad y facilidad para adaptarse a mis horarios. Remarcar también su iniciativa, su interés y alegría durante las sesiones y sin el cual el trabajo no hubiera sido posible.

## **RESUMEN**

La Enfermedad de Parkinson (EP) es una patología neurodegenerativa progresiva que se caracteriza por una alteración dopaminérgica. La EP afecta alrededor del 1% de las personas de más de 60 años y tan solo a un 10% de los adultos menores de 40 años. La prevalencia global es de 200-360 casos cada 100000 habitantes con una incidencia de 10-20 nuevos casos por 100000 habitantes/año. Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de signos clínicos que presentan un inicio y un curso desigual como: bradicinesia, temblor en reposo, rigidez y alteración en los reflejos posturales. El objetivo general del presente trabajo fue Conocer la relación existente entre la mejora del deterioro cognoscitivo y la mejora en la funcionalidad de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en un usuario con EP. Este trabajo se realizó a través de un Plan de Actuación Individual dividido en tres fases: evaluación inicial, intervención, análisis de los resultados. Durante la evaluación inicial el paciente fue evaluado a través de diversas escalas, cuyos resultados nos ayudaron a identificar las áreas cognoscitivas y ocupacionales afectadas, para plantear la intervención desde Terapia Ocupacional. Los resultados del trabajo muestran la mejoría de áreas cognoscitivas y el mantenimiento de otras, influenciando en la mejoría de las AIVD que el paciente tenía afectadas demostrando así la eficacia de la Terapia Ocupacional en la intervención en un caso de EP.

**Palabras clave:** Enfermedad de Parkinson, Terapia Ocupacional, Rehabilitación Cognoscitiva

## **ÍNDICE**

	Pág
Introducción.....	1-5
- Justificación desde Terapia Ocupacional.....	3
- Propósito general.....	4
- Descripción del Recurso/Dispositivo.....	5
Objetivo.....	5
Metodología.....	6
- Proceso de evaluación.....	7-9
- La intervención.....	9-10
Desarrollo.....	11-16
- Reevaluación.....	11
- Comparación de los resultados.....	11-15
- Discusión.....	16
Conclusión.....	17
Bibliografía.....	18-20
Anexos.....	21-25
- Anexo 1.....	21-23
- Anexo 2.....	24-25

## **INTRODUCCIÓN**

La Enfermedad de Parkinson (EP) es una patología neurodegenerativa crónica, lentamente progresiva e incapacitante, se identifica por una alteración dopaminérgica. La EP es un proceso edad-asociado de origen desconocido, aunque existe una interacción entre diferentes factores tanto genéticos como tóxico-ambientales (1) (el 10% de los casos de EP es producido por alteraciones genéticas siguiendo el modelo de herencia genética de Mendel) (2).

La EP afecta alrededor del 1% de las personas de más de 60 años (3) y al 1-2% de los adultos por encima de los 55 años. El 80% de las personas que la padecen se encuentran entre los rangos de edad anteriormente mencionados, tan solo un 10% de los adultos menores de 40 años y otro 10% en personas mayores de 70 años (4). En lo que a alteraciones cognoscitivas se refiere suele manifestarse de manera tenue en los estadios iniciales, presentando al comienzo una bradifrenia llegando a evolucionar hasta una demencia (de predominio frontal o fronto-subcortical) en el 20% de los pacientes (3). La prevalencia global es de 200-360 casos cada 100000 habitantes, con una incidencia de 10-20 nuevos casos por 100000 habitantes/año. En Aragón lo padecen unas 3000 personas.

La EP se caracteriza por la presencia de signos clínicos que presentan un inicio y un curso desigual como: bradicinesia, temblor en reposo, rigidez y alteración en los reflejos posturales. Desde un punto de vista neuropatológico la EP es definida por una degeneración de células pigmentadas de la sustancia negra provocando una disfunción del sistema nigroestriatal. (5)

El cuadro clínico es fundamentalmente motriz. La clínica varía de un paciente a otro y se acrecienta cuando el enfermo está nervioso, se siente observado, incluso al inicio los síntomas pueden darse únicamente en estas situaciones. Los síntomas característicos son el temblor en reposo, la rigidez, hipo-acinesia, bradicinesia e inestabilidad postural. El temblor es el síntoma más característico y precoz, se inicia en una mano incidiendo sobretodo en los tres primeros dedos (causando que la motricidad fina o de precisión se vuelva progresivamente más complicada) y posteriormente se

## Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

extiende al pie del mismo lado. La rigidez comienza en el tronco y en el cuello afectando después a la musculatura facial (causando Facies de jugador de Póker) y a los músculos flexores acompañándose en ocasiones de dolor muscular o articular. Entre los síntomas se puede incluir una alteración de la marcha la cual se realiza en forma de pasos cortos, arrastrando los pies, con escaso movimiento de miembros superiores y una tendencia a flexionar progresivamente el tronco provocando así una dificultad para realizar el giro. Los enfermos de EP pueden sufrir un bloqueo o imposibilidad para la marcha (congelación), aumento de la velocidad de los pasos (festinación) y una propulsión-retropulsión y dificultad para detenerse, lo que puede ocasionar caídas. El lenguaje verbal es normal al comienzo, pero conforme la enfermedad avanza el habla se vuelve lento, monótono y mal articulado hasta llegar a un murmullo inteligible. Como síntomas de carácter más secundario podemos encontrar: afectación de la escritura, dolor musculoesquelético, hiposmia, insomnio... también pueden aparecer otras alteraciones, como psiquiátricas (depresión en un 40-60% de los pacientes), digestivas, cardiovasculares, respiratorias, urológicas, del sueño (alteración de la fase REM de manera precoz). Con el paso del tiempo y a causa del tratamiento dopaminérgico se pueden ocasionar discinesias (alteraciones motrices), alteraciones de reflejos posturales o de enderezamiento, deterioro "fin de dosis" (wearing OFF) y una respuesta correcta al tratamiento (wearing ON) además de una oscilación entre ambas etapas.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico basado tanto en la historia como en la exploración clínica. Para el mejor diagnóstico de la enfermedad se utilizan los siguientes criterios:

- Criterios de diagnóstico del banco de cerebros de la sociedad de la Enfermedad de Parkinson del Reino Unido (UK PDSBB) [ANEXO1]
- Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Parkinson (Gelb y col., 1999) [ANEXO1]

# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

La evolución es progresiva pero cada enfermo tiene una evolución diferente. La EP no es una enfermedad que por sí misma cause la muerte (4).

Aun no existe una cura para la causa, el tratamiento es únicamente fisiopatológico y esta basado en cuatro aspectos que se tratan de manera simultánea: medidas de tipo físico (programas de fisioterapia), apoyo psicológico a los pacientes (evitando así la depresión y la ansiedad), toma de fármacos, logoterapia y apoyo y reeducación ocupacional. (6) La terapia farmacológica esta compuesta por múltiples fármacos entre los que podemos distinguir fármacos dopaminérgicos, agonistas dopaminérgicos, anticolinérgicos, inhibidores de la COMT, Amantadina y Rasagilina (7). Todos estos fármacos se administran por vía oral a excepción de la apomorfina, que se inyecta de manera subcutánea (ya que es de acción muy rápida con el objetivo de combatir los bloqueos motores en fases finales de la enfermedad)

## JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

El rol del Terapeuta Ocupacional en la actuación con un paciente con EP es ayudarlo a mantener el nivel habitual de sus actividades de la vida diaria (AVD) como por ejemplo cuidados personales, laborales y recreativos durante el mayor tiempo posible (9). Para ello, este profesional trabaja las AVD y la realización de transferencias de forma segura (10). Cuando no es posible mantener las actividades rutinarias, los terapeutas asesoran y colaboran con el paciente para conseguir la aclimatación a la EP y la acomodación a su ambiente físico y socio-laboral desarrollando así nuevos roles y actividades (9) además del asesoramiento en la adaptación del entorno.

# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

## PROPÓSITO GENERAL DEL TRABAJO

Desde mi intervención de Terapia Ocupacional se pretende trabajar el deterioro cognitivo del usuario con el fin de mejorar así su funcionalidad en las AIVDs. Desde el punto de vista cognitivo se trabajaran las funciones ejecutivas (incidiendo en la planificación) el cálculo y la bradifrenia.

La enfermedad de Parkinson se compone de diferentes tipos de sintomatología:

- Motriz
- Psíquica que a su vez se divide en:
  - o Psicológica:
    - Conductual
    - Afectiva
    - Volitiva
    - Intelectual o cognoscitiva: degenerando desde un déficit cognitivo leve hasta una demencia franca, en su mayoría con afectación frontal)
- Sintomatología asociada: Trastornos posturales, urológicos, alteración digestiva y/o cutánea etc.

Este trabajo se centrara en la parte cognoscitiva, tratando la bradifrenia (lentitud del pensamiento) y las funciones ejecutivas para, como se ha nombrado anteriormente se mejore la funcionalidad del usuario en sus AIVDs.



# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL RECURSO/DISPOSITIVO/ENTORNOS

La intervención va a ser realizada en la Asociación Parkinson Aragón. La Asociación es una entidad privada sin ánimo de lucro, creada en marzo 1996, e integrada en la Federación Española de Parkinson (F.E.P). El centro esta compuesto por una zona de despachos donde se encuentran los profesionales y las salas de terapia. Las actividades se realizaran en la sala de Terapia Ocupacional del centro. Es una sala grande bien iluminada y se contará con el beneficio de que el usuario da las terapias allí todos los días por lo que resulta un ambiente más familiar y relajado.

## **OBJETIVO**

El objetivo general de este trabajo es comprobar la relación positiva existente entre la mejoría del deterioro cognoscitivo y la mejoría de la funcionalidad en las AIVD de un usuario con EP.

# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

## **METODOLOGÍA**

Este trabajo fin de grado se realiza a través de un Plan de Actuación Individual (diseño N=1) por lo que esta dividido en tres fases:

- Establecimiento de la línea basal (evaluación inicial)
- Intervención
- Análisis de los resultados (punto que se tratará en el apartado de desarrollo)

Para guiar la intervención se va a seguir el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional, el cual se corresponde con la división de las fases de la intervención del presente trabajo. El Marco de Trabajo se divide en dos partes: el dominio (recoge las competencias de la profesión y las áreas de experiencia de los profesionales) y el proceso centrado en el usuario-ocupación que se utiliza en los servicios de terapia ocupacional. (11) Para la intervención se utilizará como referente el enfoque restaurador, (el cual tiene como objetivo conseguir cambios en las variables del cliente con la meta de restaurar una habilidad afectada.)

El paciente es E.L.R, un hombre de 66 años, el cual lleva 4 años sufriendo la EP. Nació en Alconchel (Extremadura) el 2 de Mayo de 1947. [Perfil ocupacional en el ANEXO 2]

Durante la evaluación, se evitó que el paciente se encontrase en un claro periodo OFF, ya que este afecta motrizmente al paciente lo que influye a su vez a la hora de realizar la evaluación con el fin de conseguir unos resultados lo más objetivos consiguiendo una aproximación basal media lo más cercana a su situación real.

# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

**1- El proceso de evaluación** se ha realizado a través de fuentes directas, en este caso mediante el uso de diferentes escalas en relación a la patología del usuario (EP) y con el objetivo de conocer el estado basal del mismo. He estudiado en este paciente las siguientes Escalas, cuyo resultado ha sido:

Las escalas de evaluación que se han llevado a cabo y los resultados de las mismas son:

- Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) (12). Esta escala es muy útil para el screening del deterioro cognoscitivo, valora 8 áreas de la esfera mental, el punto de corte se encuentra en 24/35. El resultado por parte del paciente en la escala es de 25/35 lo que indica leve deterioro cognitivo.
- Índice de Barthel (13). Este índice mide el grado de independencia en las AVD en adultos con enfermedades crónicas. Está compuesto por 10 ítems siendo 0 la mínima puntuación y 100 la máxima. La puntuación del paciente en esta escala fue de 100/100 lo que demuestra una independencia total en relación a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
- Escala de Lawton y Brody de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (14). Esta escala de valoración funcional evalúa la funcionalidad de las personas ancianas en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Consta de 8 ítems de un punto cada uno de ellos, en caso de no realización de un ítem por parte del usuario este se elimina, indicando 0/8 dependiente y 8/8 independiente. El resultado del paciente es de 4/7. Lo que indica moderada dependencia en las Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
- Cuestionario de Calidad de Vida (CV) en la Enfermedad de Parkinson (PDQ-39) (15). Este Cuestionario indica la frecuencia con que presenta el paciente, en el último mes, una serie de complicaciones derivadas de su EP y nos permite valorar de forma muy selectiva su CV por lo que es

## Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

frecuentemente seleccionada para la valoración de la CV en numerosos estudios de EP. Consta de 39 ítems, cuya puntuación máxima es 156. El resultado de la escala por parte del usuario fue de 5/156, lo que es indicador de buena calidad de vida.

- Escala de Northwestern University Disability Scale (NUDS) (16): Esta escala evalúa la discapacidad producida por la EP en las actividades cotidianas. La puntuación máxima es de 50 lo que indicaría una dependencia, con un punto de corte total: 2/50, lo que indica independencia por parte del paciente en las AVD.
- Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale (PD-CRS) (17). Esta escala evalúa la función cognoscitiva (cortical y subcortical) en pacientes con EP, permitiendo valorar el avance desde un deterioro cognitivo leve o una bradifrenia al estado de demencia establecida y diferenciando si es de predominio cortical o subcortical. La puntuación total de este paciente fue de 59/134 (18/30 cortical y 41/104 subcortical), lo que muestra moderado deterioro cognitivo.
- Estadíos de Hoehn y Yahr (18). Esta escala nos indica el estadio de la enfermedad en el que se encuentra el paciente que padece EP. En este caso el paciente se encuentra en el estadio 2 (mínima discapacidad, síntomas bilaterales y afectación de la marcha y el equilibrio)

Este proceso de evaluación inicial se llevó a cabo en dos sesiones diferenciadas en días consecutivos para evitar que se produjera un déficit de atención como consecuencia de fatigabilidad psíquica tras la realización consecutiva de las cuatro escalas. De este modo se evitó que la fatiga actuara como agente limitador durante la evaluación y provocase sesgos en los resultados.

Los síntomas/signos que más repercuten en el desempeño de las actividades cotidianas son los motrices y la afectación cognoscitiva, especialmente la capacidad intelectual. Se observó que durante la realización de la evaluación y de las actividades, el síntoma que más

## Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

oscilaba fue el temblor en reposo que aumentaba al realizar una actividad que le pusiera nervioso. Sin embargo, mostraron que realizaba con éxito y sin ayuda las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) añadiendo que las hacía con ayuda pero le cuesta cada vez más tiempo realizarlas.

Respecto a las destrezas cognitivas, se observó especialmente bradifrenia y una afectación de la planificación/secuenciación y cálculo mental. No se observó una afectación significativa del resto de áreas cognitivas (memoria...).

2- Las actividades realizadas durante **la intervención** (en relación a la consecución del objetivo general) y sus objetivos operativos son:

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACTIVIDADES
Que el paciente sea capaz de secuenciar las AIVD de manera correcta en un 70% de los casos, ejercitando la planificación y la secuenciación en relación a una AIVD.	Ordenar acciones, relacionadas con AIVD, de manera que tengan una secuencia lógica.
Que el paciente sea capaz de realizar las operaciones matemáticas en un tiempo menor cada vez.	Practicar operaciones matemáticas sencillas
Que el paciente sea capaz de escribir los pasos ordenados de la AIVD de manera correcta en un 70% de las veces, mejorando así la secuenciación y la planificación.	Describir de manera ordenada una secuencia para la realización de una acción relacionada con las AIVD

Los objetivos operativos de las actividades anteriores se centran en la consecución de los objetivos específicos del presente trabajo que son:

- Mejorar la secuenciación/planificación influyendo en el orden de actuación de las AIVD
- Trabajar el cálculo mental interviniendo en la AIVD de la compra y del manejo del dinero

Una de las mayores limitaciones que se han dado a lo largo de la intervención han sido los periodos "Wearing OFF" por parte del usuario, por

## Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

esta causa el usuario debía de parar de realizar la actividad y se tomaba un momento para descansar, si esto no era suficiente se daba por finalizada la actividad. Estos periodos "Wearing off" afectaban principalmente a la atención, concentración y a la motricidad del usuario.

# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

## **DESARROLLO**

**La reevaluación** ha seguido la misma línea que el establecimiento de la línea basal. Se ha llevado a cabo en dos sesiones diferenciadas, de nuevo con el objetivo de minimizar la fatiga. Se evitó nuevamente realizar las actividades en periodos claros OFF para que, de nuevo, los resultados fueran totalmente objetivos.

Los resultados de las evaluaciones son:

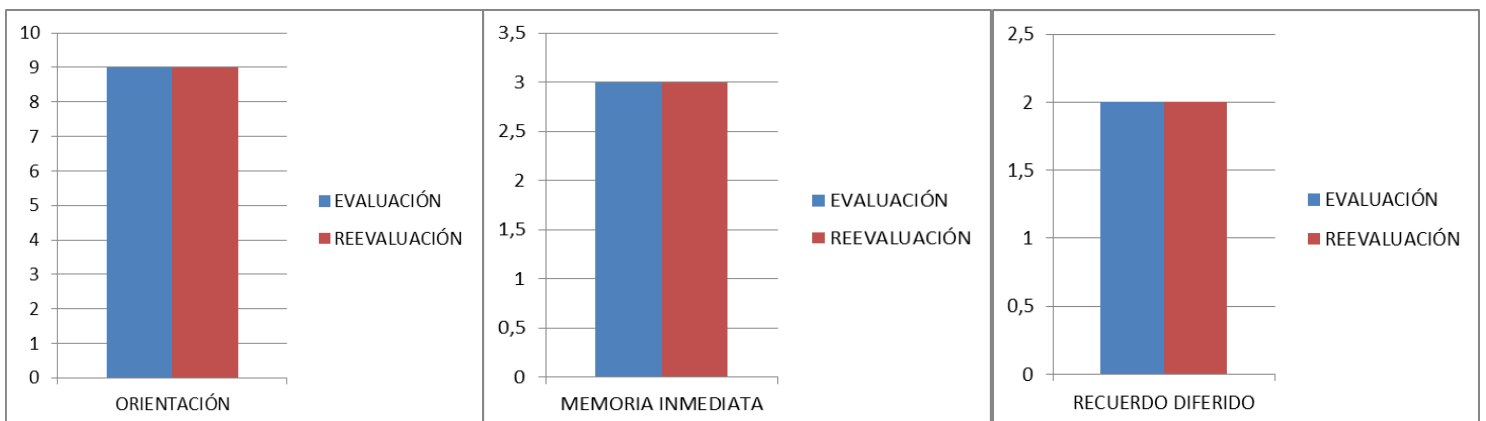
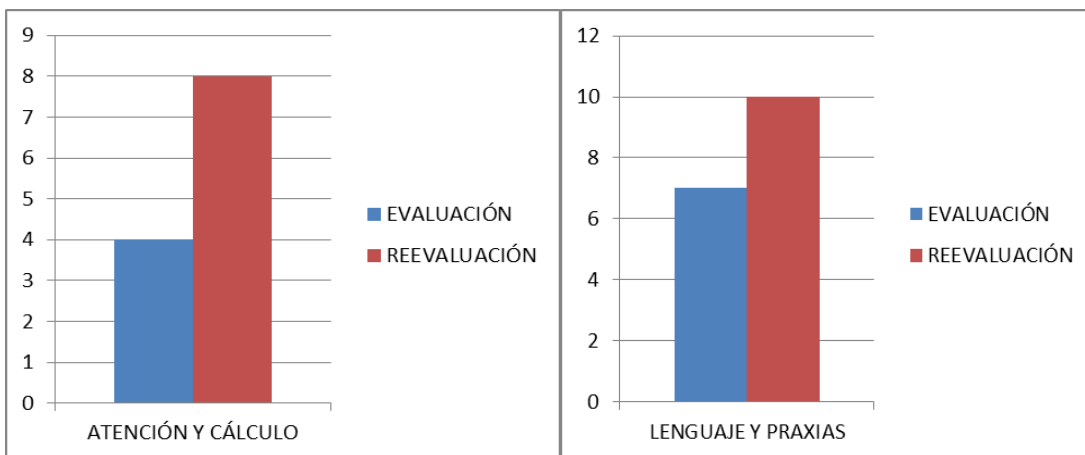
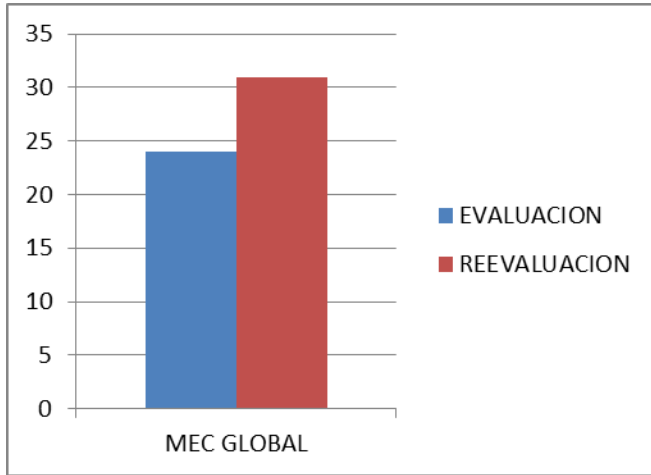
- MEC: 31/35
- Índice de Barthel: 100/100
- Escala de Lawton y Brody: 5/7
- Cuestionario de Calidad de Vida en la EP PDQ-39: 5/156
- Escala de NUDES: 2/50
- PD-CRS: 64/134
  - o Puntuación Fronto-Subcortical: 43/104
  - o Puntuación Cortical posterior: 21/30
- Estadios de Hoen y Yahr: Estadio 2.

Al finalizar el proceso de reevaluación y por tanto la intervención con el paciente se valora su grado de satisfacción en cuanto a las actividades y a los resultados que haya podido notar durante la realización de la intervención. Muestra satisfacción respecto a las actividades realizadas, ya que son sencillas y le resultan familiares de la terapia que realiza en la Asociación Parkinson.

A continuación se expondrán una serie de gráficas y tablas donde se **compararán los resultados** de la evaluación inicial con los de la reevaluación, en las escalas donde puede observarse una mejoría o cambio en sus ítems.

# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

## MEC

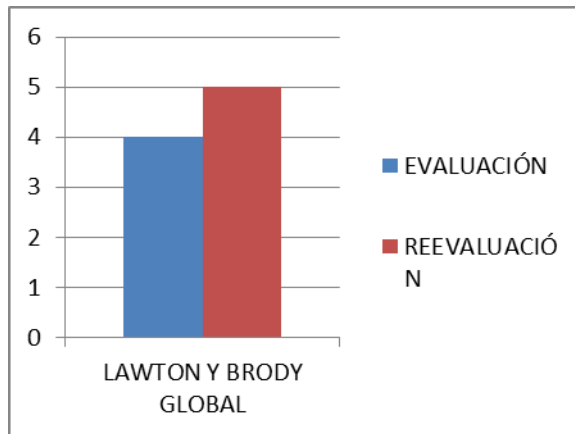




# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

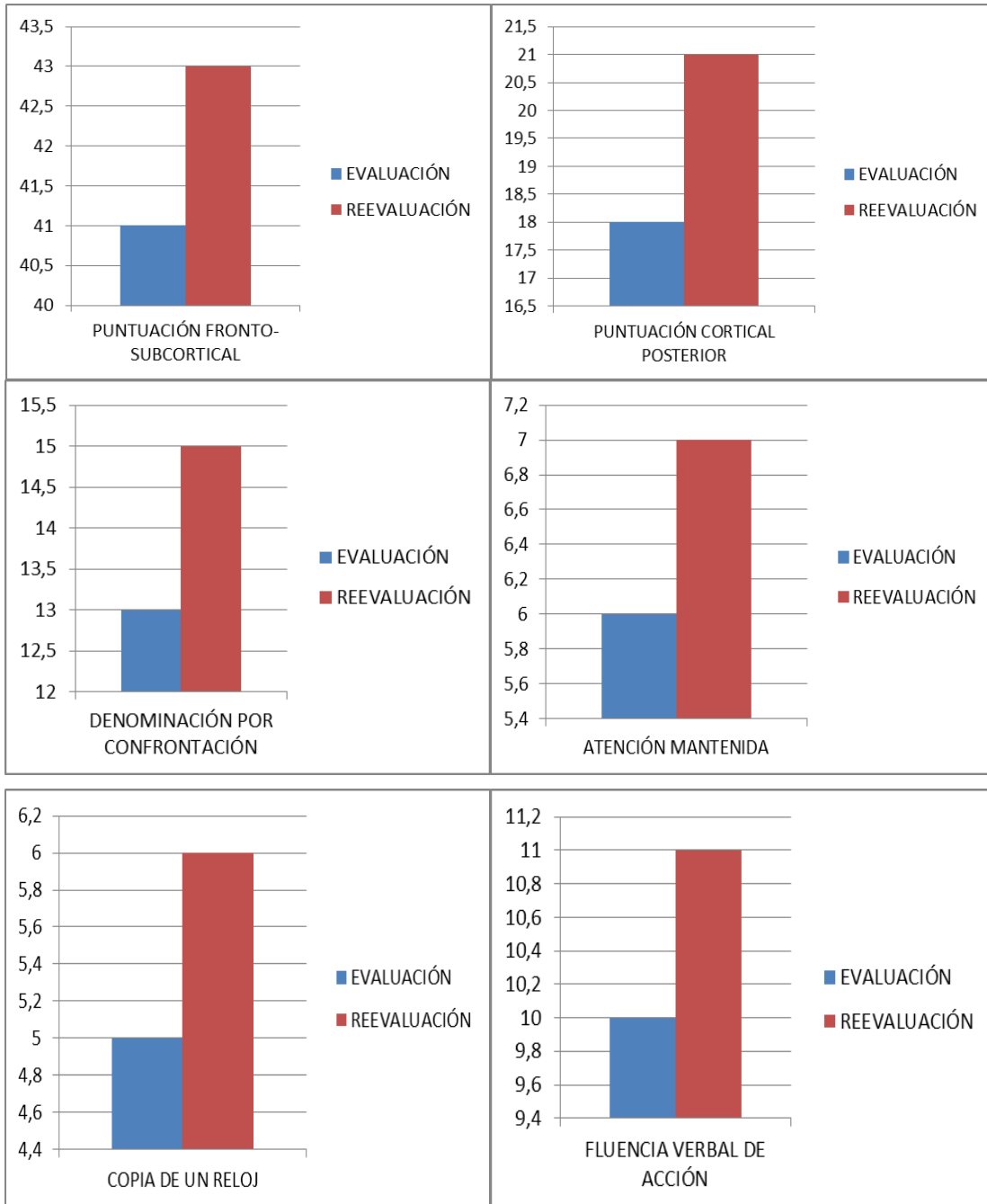
## **ESCALA DE LAWTON Y BRODY DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA**



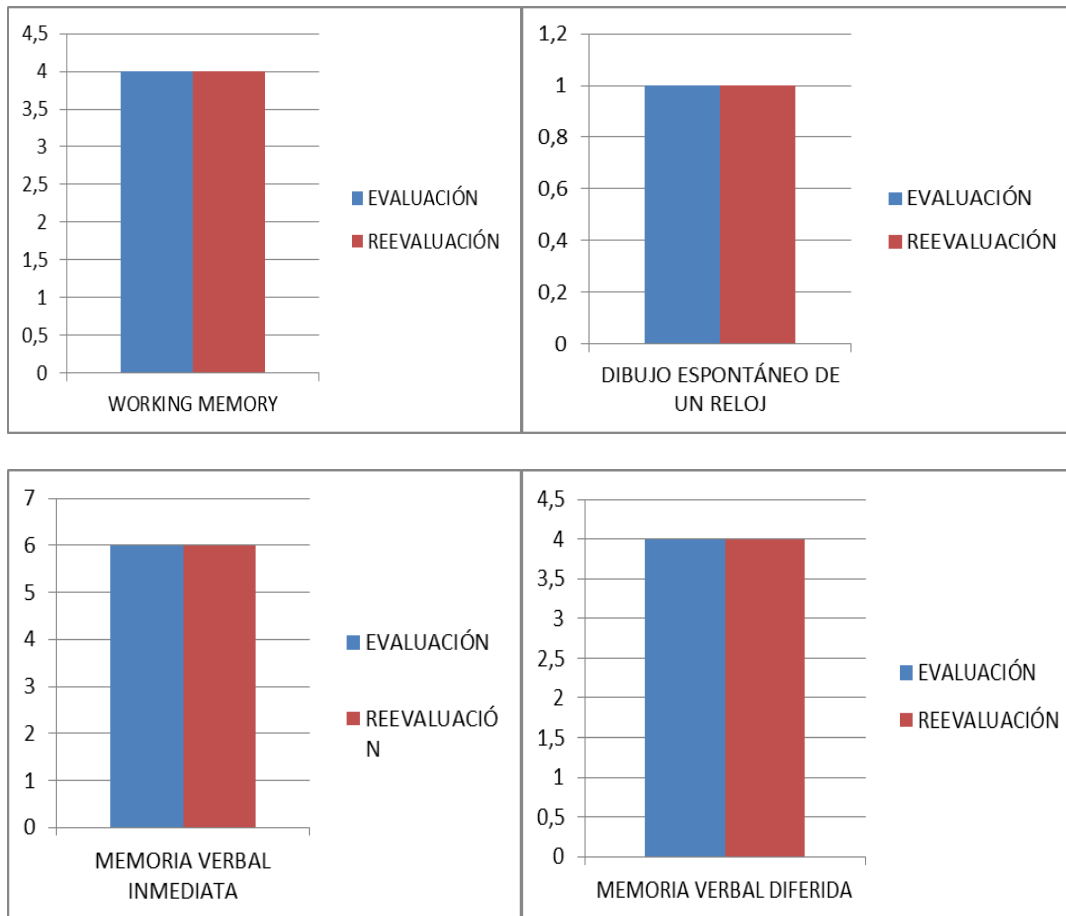
Aspectos a evaluar	Puntuación evaluación	Puntuación Reevaluación
Capacidad de usar el teléfono	1: Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1: Utiliza el teléfono por iniciativa propia
<b>Hacer compras</b>	<b>0: Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra</b>	<b>0: Realiza independientemente pequeñas compras</b>
Preparación de la comida	0: Prepara comidas sencillas (si se le proporcionan los ingredientes)	0: Prepara comidas sencillas (si se le proporcionan los ingredientes)
<b>Cuidado de la casa</b>	<b>1: Realiza tareas ligeras pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza</b>	<b>1: Realiza tareas ligeras como lavar platos o hacer las camas</b>
Lavado de la ropa	No lava la ropa, ni lo ha hecho nunca, lo que provoca la eliminación del ítem	No lava la ropa, ni lo ha hecho nunca, lo que provoca la eliminación del ítem
Uso de medios de transporte	1: Viaja solo en transporte público	1: viaja solo en transporte público
Responsabilidad respecto a su medicación	1: Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1: Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta
<b>Manejo de asuntos económicos</b>	<b>0: Incapaz de manejar el dinero</b>	<b>1: Realiza las compras de cada día pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...</b>

# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

## PD-CRS



## Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson



Respecto a las limitaciones del proceso de nuevo se volvió a tener en cuenta la fatigabilidad del paciente en cuanto a la realización de las evaluaciones, como se ha nombrado anteriormente. A su vez, es complicado buscar un punto en el que el usuario se encuentre, en cierto modo, estable entre las oscilaciones ON y OFF para que estas no afecten en los resultados.

# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

## DISCUSIÓN

Por los datos que aportan las gráficas/tablas se puede observar como se ha conseguido la mejora en diferentes áreas cognitivas del paciente:

- Atención y cálculo
- Lenguaje y praxias
- Denominación por confrontación
- Atención mantenida
- Copia de un reloj
- Fluencia verbal alternante

Y como estas mejoras han influido a su vez en las AIVDs:

- Hacer compras
- Cuidado de la casa
- Manejo de asuntos económicos

Queda demostrado con lo anterior como la Terapia Ocupacional resulta beneficiosa en la mejora de funciones mentales superiores a través de la estimulación cognoscitiva, y como esta influye en las AIVD's.

A su vez se observa el mantenimiento del resto de funciones cognitivas y funcionalidad en las AIVDs, lo cual supone un logro sabiendo que la EP se trata de una enfermedad de curso progresivo.

Por último añadir que es posible que con un tratamiento de duración más larga se consiguieran mejorías más notables tanto en lo referente a la cognición como a las AIVDs.

Con este trabajo queda demostrada, además de la eficacia de la Terapia Ocupacional, que esta es una ciencia que no provoca efectos secundarios que influyan en el paciente.

# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

## **CONCLUSIÓN**

A través de las gráficas anteriores se puede observar mejoría en algunos de los ítems de las escalas, por lo que se puede afirmar que en líneas generales se han cumplido los objetivos propuestos para el presente proyecto, ya que se ha comprobado la influencia positiva del tratamiento cognoscitivo en relación a la funcionalidad en las actividades cotidianas instrumentales.

Considero, que la mejoría no solo ha sido gracias a mi intervención, sino que también se ha visto influenciada gracias a la intervención que sigue el paciente en la Asociación Parkinson Aragón con la Terapeuta Ocupacional, está también trabaja la motricidad del paciente.

Lo tratado en este proyecto está relacionado con estudios anteriores cuyo objetivo era encontrar la relación entre el deterioro cognoscitivo y la influencia de este en las AVD. Sin embargo, la mayoría de ellos han sido realizados en pacientes cuya EP había avanzado hasta un estado de demencia. En ninguno de los estudios se hacía referencia al resultado de la mejoría desde una intervención de Terapia Ocupacional, sólo al grado de relación entre el deterioro cognoscitivo y las AVD (19) (20) (21).

En resumen, señalar que se ha conseguido demostrar gracias al presente proyecto que, mediante una intervención desde el ámbito de la Terapia Ocupacional en las áreas cognoscitivas afectadas en el paciente con EP, es posible lograr una mejoría en su rendimiento en las AIVD.

# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Alberca R, López-Pausa S. Demencia y enfermedad de Parkinson. En: Alzheimer y otras demencias. 4 ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2010. P 301.
2. Moreno Castilla P, Bernardo Tovar y Ramo L. Enfermedad de parkinson. Instituto de Geriatria. 140.
3. Martínez-Horta S, Bojarski kulisevsky J. Trastornos cognitivos en pacientes con Enfermedad de Parkinson sin demencia. En: Demencias y Enfermedad de Parkinson. Barcelona: Editorial Glosa; 2012. P 42-43.
4. Pérez Trullen J.M., Blasco. O, Cabrejas MP. La Enfermedad de Parkinson, orientación al cuidador y al paciente. Barcelona: Editorial Biguera; 2010. P 7-11
5. Galtier Hernandez I. Afectación cognitiva en distintos estadios de la Enfermedad de Parkinson y su relación con variables clínicas y parámetros de atrofia en resonancia magnética. [CD-ROM]. Series tesis doctorales; 2009/10.
6. Durante Molina P. Terapia Ocupacional en la Enfermedad de Parkinson. En: Terapia Ocupacional en Geriatria, Principios y Práctica. Barcelona: Elsevier Masson; 2010. P 176
7. Kulisevsky J, Campolongo Perillo A. Farmacología en la enfermedad de Parkinson para enfermería. En: Equipo multidisciplinar en la Enfermedad de Parkinson. Barcelona: Ars Médica; 2006. P 15-22
8. Lezcano E. Tratamiento de la Enfermedad de Parkinson (EP). En: Manual de intervención para el cuidado de personas con la Enfermedad de Parkinson. Bizkaia: Ed Parkinson Bizkaia. P 14
9. 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 [Consulta 1 Febrero 2013]; Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002813>

## Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

10. Enfermedades neurodegenerativas [Internet]. Barcelona: Hospital Mutua de Terrassa ; 2004 [Consulta el 30 de Enero 2013]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/120/120v38n06a13069088pdf001.pdf>
11. Ávila Álvarez A, Martínez Piedrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y proceso. 2da edición [traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en internet]. 2010 [consultado el 25 Abril 2013]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.)
12. López Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo. Revista Española de Medicina Legal. 2011; 37 (3): 122-127
13. Cabañero-Martinez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martinez M, et al. The Spanish versions of the Barthel Index (BI) and the Katz Index (KI) of activities of daily living (ADL): A structured review. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2009; (49): 77-84.
14. García Perez R, García Pino G, González Ballester D, et al. Modelo de regresión logística para estimar la dependencia según la escala de Lawton y Brody. Semergen. 2010; 36(7): 365-371
15. García S, Zarate A, Hernandez M, Baltasar J et al. Calidad de Vida en pacientes con Enfermedad de Parkinson y estimulación cerebral profunda. Megraphic. 2007;23: 7-14
16. Samyra HJ, Keus PT, Bastian R, Bloem MD; Grik JM et al. Evidence based analysis of physical therapy in Parkinson's disease with recommendations for practice and research. 2007; 22: 451-460
17. Pagonabarraga Javier, Kulisevsky Jaime, Lleboria Gisele et al. Parkinson's disease-cognitive rating scale: a new cognitive Scale specific for parkinson's disease. Movement disorder. Spain: movement disorder society. 2008; Vol. 23, No. 7: 998-1005.
18. Bruna O, Roig C, Junqué C, et al. Relación entre las alteraciones visuoespaciales y los parámetros oculomotores en la Enfermedad de Parkinson. España. 2000; Vol.12, No.2: 187-191

## Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

19. Daniele A, Albanese A, Contornio MF, Barbier A et al. Cognitive and Behavioural effects of chronic stimulation of the subthalamic nucleus in patients with Parkinson's disease. *J neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003; 74:175-182
20. Joseph H, Richard G, Camella C, Garber. Fatigue in Parkinson's disease: A review. 2006; 22:297-308.
21. Kazamichu Y, Tadashi H, Jun-Ichi K. Subthalamic nucleus stimulation applied in the earlier vs advanced stage of Parkinson's disease- Retrospective evaluation of postoperative independence in pursuing daily activities. *Parkinsonism and related disorders*. 2009;15: 746-751.



# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

## **ANEXO 1**

### **Criterios Diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson (EP)**

Criterios Diagnóstico del Banco de Cerebros de la Sociedad de la Enfermedad de Parkinson del Reino Unido (UK PDSBB)

Paso 1: Diagnóstico de Parkinsonismo Bradicinesia y al menos uno de los siguientes:

- Rigidez muscular
- Temblor en reposo de 4–6 Hz
- Inestabilidad postural no causada por disfunción visual primaria, vestibular, cerebelar o propioceptiva

Paso 2: Características que tienden a excluir la enfermedad de Parkinson como causa de Parkinsonismo

- Historia de apoplejías repetidas con progresión lenta de características parkinsonianas
- Historia de injurias repetidas de la cabeza
- Historia de encefalitis definida
- Tratamiento con neurolépticos al comienzo de los síntomas
- >1 afectación relativa
- Remisión sostenida
- Características estrictamente unilateral después de 3 años
- Parálisis supranuclear de la mirada
- Signos cerebelares
- Compromiso autonómico severo temprano
- Demencia severa temprana con disturbios de la memoria, lenguaje y praxis
- Signo de Babinski
- Presencia de un tumor cerebral o hidrocefalia comunicante en la tomografía computada (TC)
- Respuesta negativa a grandes dosis de levodopa (si la malabsorción es excluida)

# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

- Exposición a 1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina (MPTP)

Paso 3: Características que soportan un diagnóstico de enfermedad de Parkinson (tres o más son requeridos para el diagnóstico definitivo de enfermedad de Parkinson)

- Comienzo unilateral
- Temblor de reposo presente
- Enfermedad progresiva
- Asimetría persistente afectando el lado del comienzo
- Excelente respuesta (70–100%) a la levodopa
- Corea severa inducida por levodopa
- Respuesta a la levodopa por  $\geq 5$  años
- Curso clínico de  $\geq 10$  años

Criterios para el Diagnóstico de Enfermedad de Parkinson (Gelb y col., 1999)

Agrupación de características clínicas de la enfermedad de Parkinson de acuerdo a la utilidad diagnóstica

**Grupo A:** Aspectos característicos de la enfermedad de Parkinson

- Temblor en reposo
- Bradicinesia
- Rigidez
- Comienzo asimétrico

**Grupo B:** Aspectos sugestivos de diagnósticos alternativos

- Características inusuales tempranas en el curso clínico
  - Inestabilidad postural prominente en los primeros 3 años posteriores al comienzo de los síntomas
  - Fenómeno de congelamiento (freezing) en los primeros 3 años
  - Alucinaciones no relacionadas a medicamentos en los primeros 3 años
  - Demencia precediendo a los síntomas motores o en el primer año

## Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

- Parálisis supranuclear de la mirada (otro que la restricción de la mirada ascendente) o enlentecimiento de los movimientos verticales de los ojos
- Síntomas severos de disautonomía no relacionadas a medicamentos
- Documentación de una condición conocida que produce Parkinsonismo y posibilidad de conectarlos con los síntomas del paciente (como consecuencia de lesiones cerebrales focales localizadas o uso de neurolépticos en los pasados 6 meses)

Criterios para diagnóstico **POSIBLE** de enfermedad de Parkinson:

Al menos 2 de las 4 características del Grupo A presentes; al menos 1 de estos es temblor o bradicinesia

Y uno de estos:

- Ninguna de las características del grupo B presentes
- Los síntomas han estado presentes por al menos 3 años y ninguna de las características del grupo B están presentes al día

Y uno de estos:

- Respuesta sustancial y sostenida a la levodopa o a un agonista de la dopamina ha sido documentada
- O el paciente no ha tenido una adecuada prueba con levodopa o agonista de la dopamina

Criterios para el diagnóstico probable de enfermedad de Parkinson:

- Al menos 3 o las 4 características del Grupo A presentes
- Ninguna de las características del Grupo B están presentes (nota: duración de los síntomas de al menos 3 años es necesario para reunir este requisito)
- Respuesta sustancial y sostenida a la Levodopa o a un agonista de la dopamina ha sido documentada

# Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

## **ANEXO 2**

### **PERFIL OCUPACIONAL**

E.L.R. nació en Alconchel (Extremadura) el 2 de Mayo de 1947. Fue al colegio hasta los 9 años y tras abandonar sus estudios comenzó a trabajar en una herrería, negocio familiar. AL cabo de unos años comenzó a compaginar ese trabajo con otro localizado en un bar cerca de su primer empleo. Hacía el papel de camarero y también preparaba las comidas cuando faltaba el cocinero.

Todos sus hermanos emigraron a Zaragoza cuando el cumplió la mayoría de edad, y viéndose solo en el pueblo con su madre decidió seguir el ejemplo de sus familiares y trasladarse a la misma ciudad cuando tenía 20 años.

Al llegar a Zaragoza comenzó a trabajar en una empresa que se localizaba en la carretera de Castellón, pero afirma no recordar el nombre de la misma, el cual ya le creaba dificultad pronunciar cuando era joven. Pasados los años comenzó a trabajar en la General Motors (GM) como peón y poco a poco fue ascendiendo. Unos años después los alemanes llegaron a la GM y el paciente fue despedido al no superar un test de evaluación. Viéndose sin trabajo se dedicó a la construcción hasta que se pre-jubilo a causa de la EP.

Se casó en Zaragoza a una edad muy avanzada (entre 27 y 28 años recuerda el paciente), y tuvo dos hijos con los cuales convive en la actualidad. Se quedó viudo hace tan solo unos años.

Le gusta mucho practicar deporte, ya que reconoce ser una persona muy activa. Acude los martes y los jueves a la Asociación Parkinson Aragón donde hace rehabilitación grupal con las diferentes profesionales de Fisioterapia, Logopedia, Terapia Ocupacional y Psicología y también sesiones individuales de Terapia Ocupacional. Los miércoles y viernes acude a la actividad de piscina organizada por la Asociación. Además de todo lo

## Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson

---

anterior los miércoles por la tarde también acude a una actividad en la Asociación, el ajedrez. Esta última actividad esta dirigida por uno de sus hijos, un hecho que le hace sentir orgulloso y apoyado por la familia.

El afirma que la EP no le provoca tristeza ni angustia durante el día, pero si se siente desesperado cuando se encuentra en la fase "Wearing OFF", fase en la que él dice que se encuentra bloqueado.

E.L.R espera de la intervención mejorar en la AIVD y realizar cada vez más rápido las actividades de carácter cognitivo que realizamos durante el trabajo a la vez que poder mejorar el cálculo mental ya que es una actividad por la que siempre ha tenido mucho interés.