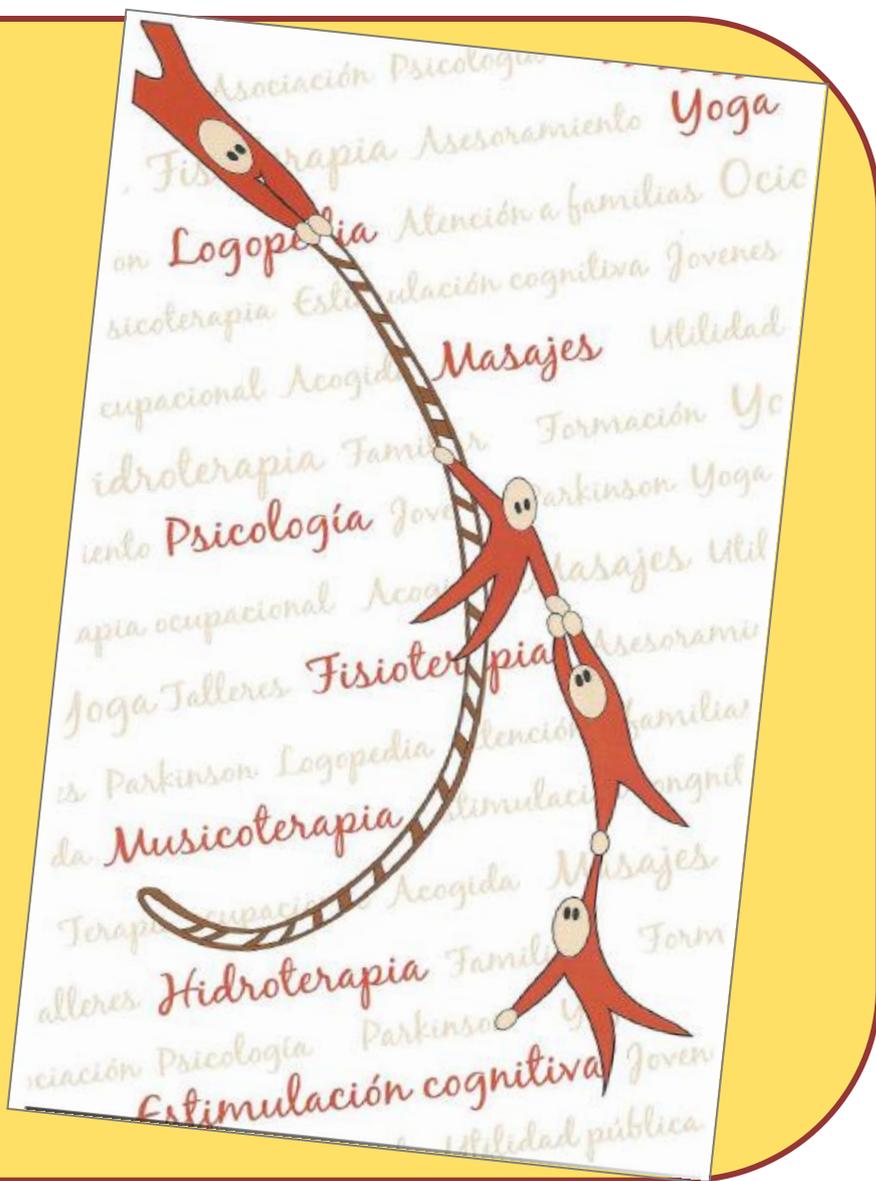


ATENCIÓN INTEGRAL A FAMILIAS CON PÁRKINSON O PARKINSONISMOS

ASOCIACIÓN PARKINSON APARKAM

MEMORIA GENERAL 2014



Contenido

DATOS REGISTRALES	4
1. ASOCIACIÓN PARKINSON APARKAM	5
MISIÓN, VISIÓN Y VALORES	5
BREVE HISTORIA.....	5
OBJETIVOS	6
ASAMBLEA GENERAL.....	6
JUNTA DIRECTIVA.....	6
LA DIRECCIÓN GENERAL.....	7
MÉDICOS ASESORES.....	7
RECURSOS HUMANOS.....	7
2. LA ENFERMEDAD DE PARKINSON	8
¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE PARKINSON?	8
¿CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS?.....	8
IMPACTO EN LA POBLACIÓN	9
3. MEMORIA DE INTERVENCIÓN 2014	9
TRATAMIENTO TERAPÉUTICO INTEGRAL	10
ATENCIÓN PSICOLÓGICA	10
ESTIMULACIÓN COGNITIVA.....	15
TALLER DE RELAJACIÓN	21
MUSICOTERAPIA	25
TERAPIA OCUPACIONAL	34
LOGOPEDIA	41
FISIOTERAPIA	59
TERAPIA MANUAL.....	73
ATENCIÓN A FAMILIARES Y CUIDADORES	78
ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL CUIDADOR.....	78
GRUPOS DE AYUDA MUTUA CON CUIDADORES.....	79
TERAPIA MANUAL	82
CLUB DE SOCIOS.....	86
TALLER DE TEATRO	86
TALLER DE MANUALIDADES.....	90
YOGA	91

FIESTAS DE CUMPLEAÑOS	93
ÁGAPES SOCIOS.....	93
CONVIDARTE.....	94
CONCURSO DE NAVIDAD.....	94
EL MENSAJERO.....	94
EXCURSIONES.....	94
DIVULGACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	95
CONFERENCIAS	95
DÍA MUNDIAL DE PARKINSON	95
PLANTEMOS UN ÁRBOL POR EL PÁRKINSON.....	96
RIFAS Y LOTERÍAS	96
PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS	96
INVESTIGACIÓN.....	97
FOROS DE TRABAJO	97
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE PARKINSON	97
MESA DE DISCAPACIDAD DE ALCORCÓN.....	97
CODIAL.....	98
FORO DE DISCAPACIDAD DE LEGANÉS	98
PACTO CIUDADANO DE ALCORCÓN CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES	98
GESTIÓN DE LA ENTIDAD.....	98
INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN.....	98
GESTIÓN DE PROYECTOS Y SUBVENCIONES	99

DATOS REGISTRALES

LOCALIZACIÓN

Sede: C. Timanfaya, 15-23. 28924 Alcorcón Tfno. 91 642 85 03	Delegación: C. Mayorazgo, 25. 28915 Leganés Tfno. 91 685 14 39
---	---

www.aparkam.org

direccion@aparkam.org

DATOS DE REGISTRO

Nº Registro Comunidad de Madrid: 25630

Nº registro Consejería de Familia y Asuntos Sociales: E-2801.9

Nº Registro Ayuntamiento de Alcorcón: 250

Nº Registro Ayuntamiento de Leganés: 977

Autorización administrativa de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales: 26/08/2010.

Tipología del Servicio: Sº Tratamientos Especializados

Nº Registral del Servicio: S4285

Sector Social: Personas con discapacidad física / Personas mayores

Declarada de Utilidad Pública: 26/09/2011

1. ASOCIACIÓN PARKINSON APARKAM

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

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

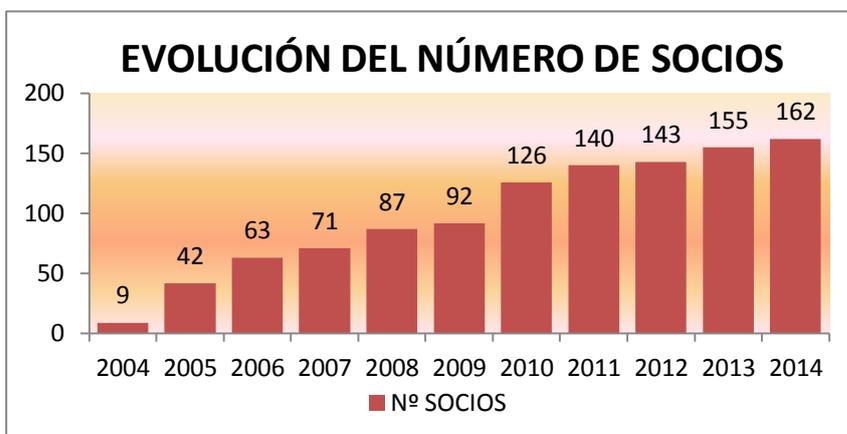
MISIÓN: Mejorar la calidad de vida de las familias afectadas por la Enfermedad de Parkinson o parkinsonismos a través de una atención integral.

VISIÓN: Convertirnos en un referente en la atención a familias con Enfermedad de Parkinson o parkinsonismos.

VALORES: calidad y transparencia, participación activa, compromiso, profesionalidad y trabajo en equipo, familiaridad.

BREVE HISTORIA

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



enfermos de Parkinson y sus familias.

En el año 2003, la Asociación Parkinson Aparkam comienza su andadura con tan sólo 9 socios y en la actualidad están inscritas en nuestra entidad 162

personas. Desde el inicio, se han ido incorporando distintas actividades y programas. En un principio, el objetivo fue ofrecer tratamiento terapéutico a los afectados; así se fueron incorporando progresivamente distintas terapias: fisioterapia, logopedia, masajes, atención psicológica... Desde la experiencia de la entidad, las demandas de afectados y valoraciones de los profesionales se han ido creando nuevos programas y acciones. Por ello, vemos necesario dar un paso más creando nuevos programas y actividades.

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

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

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

OBJETIVOS

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

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

ASAMBLEA GENERAL

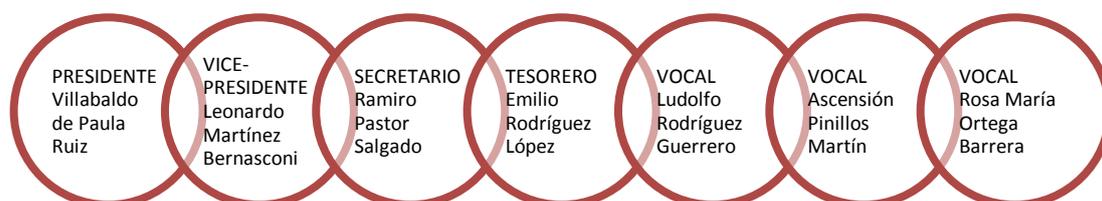
La Asamblea General, integrada por todas las personas asociadas, es el máximo órgano de gobierno y representación de la Asociación y es soberana respecto a cualquier otro órgano de la misma. De ella depende la Junta Directiva.

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

JUNTA DIRECTIVA

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

Según la Asamblea General de Socios celebrada en junio de 2014, la composición de la Junta Directiva es la siguiente:



LA DIRECCIÓN GENERAL

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

MÉDICOS ASESORES

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

RECURSOS HUMANOS

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

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

Dirección:	Azucena Balandín Hernández
Psicóloga:	M ^a Soledad Castellón Catalán
Musicoterapeuta:	Jessica Terán Sosa
Fisioterapeuta:	Raquel Vaquero Méndez, Luis Bernardo González
Logopeda:	Zoraida Romero Martínez
Terapeuta ocupacional:	Fátima Pérez Robledo
Quiromasajista:	Raquel Balandín Hernández
Voluntariado:	Leonardo Martínez Bernasconi
Comunicación:	Jessica Terán Sosa, Rubén Montero Arroyo y Ana M ^a Pérez Fernández
Contabilidad:	Raquel Balandín Hernández

2. LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE PARKINSON?

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

¿CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS?

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

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

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

Otros síntomas pueden ser:

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

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

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

IMPACTO EN LA POBLACIÓN

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

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

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

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

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

3. MEMORIA DE INTERVENCIÓN 2014

El programa intervención terapéutica que llevamos a cabo ofrece una alternativa a más de 1000 familias afectadas por esta enfermedad. La asistencia socio-sanitaria, pública o privada, no facilita el tratamiento ni la atención que demandan estas familias. La Asociación Parkinson APARKAM, desde la iniciativa social, abre la posibilidad de optar a una atención eficaz y eficiente de las necesidades socio-sanitarias de este colectivo. Es importante destacar que, en nuestro ámbito de actuación, es una propuesta innovadora, ya que no existe ninguna otra entidad que atienda específicamente a este colectivo.

TRATAMIENTO TERAPÉUTICO INTEGRAL

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

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

PSICÓLOGA: *Soledad Castellón Catalán*

JUSTIFICACIÓN

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

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

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

Por otro lado y conforme avanza la enfermedad y sus estadios, el tratamiento farmacológico que tienen estos pacientes, también puede provocar efectos secundarios psiquiátricos en el enfermo de Parkinson, tales como: síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios, así como trastorno de control de impulsos (adicciones, ludopatías, hiper-sexualidad,...) o de la personalidad.

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

OBJETIVO GENERAL:

Con respecto a los enfermos de Parkinson, desde el área de psicología se trata de complementar el apoyo psiquiátrico que ya reciben, con el apoyo individual en psicoterapia

para facilitar, no sólo la mejor adaptación posible a la enfermedad, sino también permitiéndole afrontarla mejor en las diferentes fases o estadios de la misma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Que puedan acceder a la terapia psicológica, tanto pacientes jóvenes, menores de 55 años, como mayores de esa edad.
2. Que los pacientes de diagnóstico reciente, conozcan posibles trastornos psicológicos asociados a la enfermedad y puedan acceder a la terapia psicológica lo antes posible en caso de presentarlos,
3. Que los pacientes moderadamente afectados y severamente afectados, conozcan posibles trastornos psicológicos asociados a la enfermedad en esas fases y puedan acceder a la terapia psicológica en caso de ser necesario.
4. Que tanto el paciente como el cuidador, puedan acceder a lo largo de todo el proceso de atención, a la información para el reconocimiento de las manifestaciones clínicas, psicológicas y neuro-psiquiátricas de la enfermedad en sus diversas fases.
5. Que los pacientes puedan acceder a programas y técnicas relacionadas con la resolución de problemas, afrontamiento del estrés, terapia de pareja,...
6. Que el propio paciente y su familia esté informado sobre la posibilidad de recaídas a lo largo de todo el proceso con el objetivo de prevenir y detectar cuanto antes.
7. Que el paciente se sienta apoyado para realizar reajustes personales ante los cambios de tratamientos.
8. Que el paciente y su familia pueda acceder al apoyo psicológico para aprender a desarrollar estrategias que le permitan afrontar las nuevas circunstancias.
9. Que el cuidador esté informado sobre la sintomatología psicológica que puede presentar él también a lo largo de todo el proceso, dándole la posibilidad de que acuda a atención psicológica, individual o grupal, si lo necesita.

METODOLOGÍA

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

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

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

INTERVENCIÓN

En las primeras sesiones, generalmente 3 sesiones:

1. Entrevista inicial:
 - recogida de datos, informes hospitalarios y estado clínico (fase de la enfermedad)

- recogida de información sobre el estado del paciente en todas las áreas: personal, familiar y social.
2. Valoración psicológica: valoración de depresión y ansiedad entre otros trastornos que pueden afectar a estos enfermos.
 3. Incorporación del paciente a los talleres y seguimiento de su adaptación a las terapias y los grupos.

En sesiones sucesivas:

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

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

La modalidad de atención dependerá principalmente:

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

En las sesiones a lo largo del año:

- El objetivo es la actualización de datos clínicos y psicológicos de forma continuada.
- Tratamiento de trastornos psicológicos que puedan estar presentes en cualquier momento de la evolución de la enfermedad.
- Aprendizaje de estrategias y manejo de dificultades personales, familiares y sociales.

Ante recaídas

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

BENEFICIARIOS

Las personas atendidas en el servicio de psicología de la Asociación Parkinson APARKAM a lo largo del año 2014 han sido 93, en muchos casos en sesión compartida con su cuidador.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA DESDE EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

1. En cuanto al diagnóstico:

Las personas atendidas en el servicio de psicología de la Asociación Parkinson APARKAM a lo largo del año 2014, presentan las siguientes diferencias en cuanto a su diagnóstico:

PARKINSON IDIOPÁTICO	OTROS PARKINSONISMOS
70,96%	29,03%

PARKINSON IDIOPÁTICO Y DEMENCIA ASOCIADA	POR TIPOS DE PARKINSONISMOS
7,5%	AM=29,6% PSP=3,7% DCB=7,4% OTROS=59,2%

2. En cuanto a la edad de diagnóstico

Menores de 55 años	Mayores de 55 años
17,2%	82,7%

3. En cuanto a la sintomatología psicológica

Las personas atendidas en el servicio de psicología de la Asociación Parkinson APARKAM a lo largo del año 2014, presentan además otros trastornos asociados a la enfermedad. A continuación se detallan los porcentajes de afectación de dichos trastornos:

Trastornos de ansiedad	Trastornos del estado de ánimo	Trastorno de control de impulsos	Trastornos de psicóticos	Deterioro cognitivo	Trastorno de personalidad
31,1%	27,9%	11,8%	10,7%	13,9%	1,6%

RESULTADOS OBTENIDOS

En cuanto a nº de horas y personas atendidas

- Se han realizado 102 horas de atención individual en el centro de Leganés y 114 horas de atención individual en el centro de Alcorcón. En total se han impartido 216 horas de atención psicológica individual a lo largo del año 2014.
- En ese tiempo se ha atendido a un número total de 93 pacientes enfermos de Parkinson.
- Se ha realizado el seguimiento de, al menos, 1 familiar o cuidador por cada enfermo, por lo que se ha atendido aproximadamente un número igual de familiares que de pacientes, 93 también.

Resultados por objetivos

1. Se ha atendido al 100% de los pacientes que han demandado el servicio, tanto jóvenes menores de 55 años, como pacientes mayores de esa edad
2. Se ha informado en el 100% de los casos, a los pacientes de diagnóstico reciente sobre posibles trastornos psicológicos asociados a la enfermedad por lo que han accedido a la terapia psicológica lo antes posible y han sido valorados, diagnosticados y atendidos en su totalidad en el momento de presentarlos.
3. Se ha informado en el 100% de los casos, a los pacientes moderadamente afectados y severamente afectados, sobre posibles trastornos psicológicos asociados a la enfermedad en esas fases por lo que han accedido a la terapia psicológica en el momento de presentarlos y han sido valorados, diagnosticados y atendidos en su totalidad.
4. Se ha informado en el 100% de los casos, tanto al paciente como al cuidador, sobre el reconocimiento de las manifestaciones clínicas, psicológicas y neuro-psiquiátricas de la enfermedad en sus diversas fases y han sido abordadas de manera individual todas las cuestiones relacionadas en el momento de presentarlas.
5. Se han desarrollado de forma individual, al menos en el 75 % de los casos, programas y técnicas psicológicas relacionadas con la resolución de problemas, afrontamiento del estrés, terapia de pareja,...
6. Se ha conseguido que en el 100% de los casos, el propio paciente y su familia esté informado sobre la posibilidad de recaídas a lo largo de todo el proceso con el objetivo de prevenir y detectar cuanto antes, siendo valorados y atendidos todos los casos en esos momentos en terapia individual y familiar.
7. Al menos en el 95% de los casos, los pacientes han accedido a apoyo psicológico para realizar reajustes personales ante los cambios de tratamientos. En la totalidad de los casos, la intervención ha mejorado la situación personal del paciente.
8. En el 80% de los casos, el paciente y su familia ha accedido al servicio de apoyo psicológico para aprender a desarrollar estrategias que le permitan afrontar las nuevas circunstancias. Al menos en la mitad de los casos los resultados han sido positivos.
9. En el 95% de los casos, se ha informado al cuidador sobre la sintomatología psicológica que puede presentar él también a lo largo de todo el proceso, y se le ha

dado la posibilidad de atención psicológica, individual o grupal, si lo ha necesitado. Al menos el 50% ha utilizado este recurso y ha sido atendido especialmente en sesión grupal.

VALORACIÓN PERSONAL

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

ESTIMULACIÓN COGNITIVA

PSICÓLOGA Y ESTIMULADORA COGNITIVA: *Soledad Castellón Catalán*

JUSTIFICACIÓN



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

OBJETIVOS

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

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que los pacientes potencien la actividad mental a través de actividades cognitivas específicas y con material específico.
2. Que mejoren o mantengan la capacidad de atención, muy afectada en estos pacientes, a través de tareas específicas. En este sentido, no solo se estimula la atención sostenida, sino también la atención selectiva y dividida.
3. Que mejoren o mantengan resultados positivos en el procesamiento de la información y la actividad mental, ya que en estos pacientes existe la posibilidad de desarrollar bradifrenia como síntoma clave del deterioro cognitivo.

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

METODOLOGÍA

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

HORARIOS:

A lo largo del año 2014, se han impartido talleres de psico-estimulación en el centro de Leganés y en el centro de Alcorcón.

En Leganés, las sesiones de terapia en grupo se han impartido todos los lunes, a 3 grupos de usuarios y han sido de 1 hora de duración cada uno, por lo que se ha destinado 3 horas a talleres cada lunes.

En Alcorcón, las sesiones de terapia en grupo se han impartido todos los viernes, a 4 grupos de usuarios, y han sido de una hora de duración cada uno, por lo que se ha destinado 4 horas a talleres cada viernes.

Finalmente se han dedicado 7 horas a la semana al taller de psico-estimulación.

GRUPOS:

De esta manera, en el año 2014, se ha trabajado finalmente con 7 grupos en ambas poblaciones, que han ido variando en función del estado de los enfermos.

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

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

GRUPOS 1, Leganés-Alcorcón:

Formado por 11 pacientes en Leganés, que han recibido atención todos los lunes, y formado por 12 pacientes en Alcorcón, que han recibido atención todos los viernes.

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

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

GRUPOS 2, Leganés-Alcorcón:

Formado por 16 pacientes en Leganés, que han recibido atención todos los lunes, y formado por 11 pacientes en Alcorcón, que han recibido atención todos los viernes.

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

A este grupo pertenecen personas con dificultades motoras, dificultades en el equilibrio, así como temblor, dolor y mayor sensación de fatiga.

GRUPOS 3, Leganés- Alcorcón:

Formado por 6 pacientes en Leganés, que han recibido atención todos los lunes, y formado por dos subgrupos de 10 y 8 pacientes cada subgrupo, que han recibido atención en Alcorcón todos los viernes, una hora cada subgrupo.

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

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

INTERVENCIÓN

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

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

TIPO DE ACTIVIDADES:

1. actividades a través de las cuales se trabaja la atención y concentración

2. actividades a través de las cuales se trabaja la memoria inmediata y a corto plazo, así como el reconocimiento de formas y personas.
3. actividades a través de las cuales se trabaja el lenguaje: expresión y comprensión.
4. actividades a través de las cuales se trabaja la capacidad de razonamiento.
5. actividades a través de las cuales se trabaja el cálculo matemático y la lógica.
6. actividades a través de las cuales se trabaja la motricidad fina.
7. actividades a través de las cuales se trabajan las funciones ejecutivas y de resolución de problemas.

MATERIAL

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

Material de psicomotricidad fina: pinturas y tijeras.

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

RESULTADOS OBTENIDOS

A lo largo del año 2014, se han dedicado 99 horas al taller en el centro de Leganés y 148 horas en el centro de Alcorcón, en total 247 horas dedicadas a los talleres de psico-estimulación.

El número de personas atendidas a la semana ha aumentado en el último trimestre a 74.

GRUPOS 1, Leganés-Alcorcón:

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

- 1) En ambos grupos, han mejorado y/o mantenido, la capacidad de atención, función afectada en estos pacientes en un nivel más leve. En Alcorcón se aprecia mejoría en el 95% de los casos, en Leganés en el 60% de los casos. El porcentaje en Leganés difiere por ser un grupo más heterogéneo, en cuanto a las características de las personas que lo integran.
- 2) En ambos grupos han mejorado o mantenido resultados positivos en el procesamiento de la información y la actividad mental, siendo en Alcorcón en el 90% de los casos y en Leganés en el 60% de los casos.
- 3) En ambos grupos, a través de ejercicios de rehabilitación han mejorado y/o mantenido resultados positivos referidos a memoria de trabajo y memoria declarativa, en el 80% de los casos en Alcorcón, en el 60% en Leganés.
- 4) En el 80% de los casos han mejorado y/o mantenido resultados positivos en actividades relacionadas con funciones visuo-espaciales, actividades que se refieren a identificar espacio y posición.

- 5) En el 80% de los casos, han mejorado y/o mantenido resultados positivos en actividades relacionadas con funciones visuo-perceptivas, actividades que se refieren a la identificación de objetos y personas.
- 6) En cuanto a la rehabilitación de las funciones ejecutivas, las más importantes que se han trabajado son formulación, planificación secuenciación y autorregulación a la hora de resolver un problema, y en el 80% de los casos los resultados positivos de igual manera, se mantienen o mejoran

GRUPOS 2, Leganés-Alcorcón:

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

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

- 1) En ambos grupos han mejorado y/o mantenido la capacidad de atención, función afectada en estos pacientes en un nivel más moderado. En Alcorcón el rendimiento es del 80%, en Leganés es del 60%, resultado que difiere por ser el segundo un grupo más heterogéneo en cuanto a las personas que lo integran.
- 2) En ambos grupos, han mejorado o mantenido resultados positivos en el procesamiento de la información y la actividad mental. En el grupo de Alcorcón, en el 85% de los casos, en el grupo de Leganés en el 50%.
- 3) En ambos grupos, a través de ejercicios de rehabilitación han mejorado y/o mantenido resultados positivos referidos a memoria de trabajo y memoria declarativa, afectada en estos pacientes en un nivel más moderado. Se aprecia mejoría en el 80% de los casos en Alcorcón, 50% de los casos de Leganés.
- 4) En el 70% de los casos, en ambos grupos, han mejorado y/o mantenido resultados positivos en actividades relacionadas con funciones visuo-espaciales, actividades que se refieren a identificar espacio y posición.
- 5) En el 70% de los casos, en ambos grupos han mejorado y/o mantenido resultados positivos en actividades relacionadas con funciones visuo-perceptivas, actividades que se refieren a la identificación de objetos y personas.
- 6) En cuanto a la rehabilitación de las funciones ejecutivas, las más importantes que se han trabajado son formulación, planificación secuenciación y autorregulación a la hora de resolver un problema, y en el 50% de los casos los resultados positivos de igual manera, se mantienen o mejoran

GRUPOS 3, Leganés-Alcorcón:

Ambos grupos integrados por personas con deterioro cognitivo más severo, en algunos casos con diagnóstico de demencia asociada. Así mismo, el deterioro motor está muy avanzado, por

lo que en estos casos el paciente necesita una atención más personalizada en lo que se refiere a actividades, ayudas y tiempos.

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

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

- 1) En ambos grupos han mejorado y/o mantenido la capacidad de atención, función afectada en estos pacientes en un nivel más severo. En Alcorcón en el 60% de los casos. En Leganés en el 20% de los casos. Resultados que difieren por ser el grupo de Leganés muy heterogéneo en cuanto a las características de las personas que lo integran.
- 2) En ambos grupos han mejorado o mantenido resultados positivos en el procesamiento de la información y la actividad mental, afectada en estos pacientes en un nivel más severo. En Alcorcón en el 60%, en Leganés en el 30%.
- 3) En ambos grupos, a través de ejercicios de rehabilitación han mejorado y/o mantenido resultados positivos referidos a memoria de trabajo y memoria declarativa, afectada en estos pacientes en un nivel muy severo. En Alcorcón en el 50%, en Leganés en el 20%
- 4) En el 20% de los casos, en ambos grupos han mejorado y/o mantenido resultados positivos en actividades relacionadas con funciones visuo-espaciales, actividades que se refieren a identificar espacio y posición.
- 5) En el 20% de los casos, en ambos grupos han mejorado y/o mantenido resultados positivos en actividades relacionadas con funciones visuo-perceptivas, actividades que se refieren a la identificación de objetos y personas.
- 6) En cuanto a la rehabilitación de las funciones ejecutivas, las más importantes que se han trabajado son formulación, planificación secuenciación y autorregulación a la hora de resolver un problema, y en el 20% de los casos los resultados positivos de igual manera, se mantienen o mejoran

CONCLUSIÓN

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

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

La homogeneidad de los grupos, en cuanto a características de las personas que los integran y fase evolutiva de la enfermedad en la que se encuentren dichas personas, es una variable que influye en el rendimiento de los grupos en todas las áreas.

Parkinson necesitan o pueden necesitar sesiones individuales de relajación se debe a que se trata de una enfermedad crónica en la que el paciente puede mostrar dificultades para aceptarse y aceptar lo que le está pasando, lo cual puede conllevar: baja autoestima, aislamiento social e incluso problemas familiares y de pareja.

Esta situación puede generar no sólo **síntomas de depresión**, sino también es característico de estos enfermos la aparición de **rasgos de ansiedad**, especialmente al inicio de la enfermedad, ya que la persona tiene que adaptarse a diferentes cambios en su vida personal, familiar, social y laboral, que en un momento determinado puede ver y sentir el entorno que le rodea como amenazante, lo cual provoca que se sienta inseguro e incómodo ante los demás.

Del mismo modo, estos rasgos de ansiedad pueden aparecer en momentos de deterioro y empeoramiento de la enfermedad, empeorando síntomas como la bradicinesia, la rigidez muscular, el temblor, la coordinación fina,...

TALLER DE RELAJACIÓN

PROFESIONALES: *Soledad Castellón Catalán (Psicóloga)*

Jessica Terán Sosa (Musicoterapeuta)

JUSTIFICACIÓN

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

Esta situación puede generar no sólo **síntomas de depresión**, sino también es característico de estos enfermos la aparición de **rasgos de ansiedad**, especialmente al inicio de la enfermedad, ya que la persona tiene que adaptarse a diferentes cambios en su vida personal, familiar, social y laboral, que en un momento determinado puede ver y sentir el entorno que le rodea como amenazante, lo cual provoca que se sienta inseguro e incómodo ante los demás.

Del mismo modo, estos rasgos de ansiedad pueden aparecer en momentos de deterioro y empeoramiento de la enfermedad, empeorando síntomas como la bradicinesia, la rigidez muscular, el temblor, la coordinación fina,...

OBJETIVO GENERAL

Se trata de un programa de entrenamiento complementario a la terapia psicológica y al resto de las terapias que el enfermo realiza en la Asociación APARKAM.

Aprender ejercicios de relajación para el cuerpo y la mente y de esta manera buscar mejoría en la sintomatología emocional y física asociada a la enfermedad de Parkinson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimular la atención en el pensamiento y relajar la actividad mental.
 - 1.1 abrir canales de comunicación intrapersonal.
 - 1.2 aliviar la rigidez de pensamiento y estimular la creatividad.
2. Estimular la atención en el propio cuerpo y tomar conciencia de él y de las tensiones individuales.
 - 2.1 aliviar la rigidez muscular característica de estos enfermos
 - 2.2 tomar conciencia del esquema corporal y sus tensiones.

METODOLOGÍA

Las sesiones a lo largo del año 2014 han sido grupales, pero el método de trabajo se ha individualizado a cada paciente atendiendo a sus necesidades personales, por tanto, la forma de trabajo en cada sesión ha sido a través de la enseñanza y práctica de ejercicios específicos de relajación para cada enfermo, según sus circunstancias personales y según su estado emocional.

BENEFICIARIOS

Pacientes enfermos de Parkinson

- I. en estadios iniciales o moderados,
- II. pacientes con motivación y capacidad de aprendizaje y superación, así como constancia con los tratamientos
- III. sintomatología emocional leve, que no le impida atender ni concentrarse en reposo. Con buena autoestima, sin exceso de autocrítica, así como seguridad en sí mismo que no requiera supervisión constante, dado que los ejercicios después los hará de manera individual.
- IV. con sintomatología física leve, capaces de realizar con independencia las actividades de la vida diaria. Sin temblor, ni discinesias en reposo. Descartar también hipotensión y mareos.

A lo largo del año 2014 se planteó un grupo de 10 personas en Alcorcón y un grupo de 10 personas en Leganés. Finalmente se ha tratado en Leganés a 7 personas, ya que otras tres tuvieron que abandonar al inicio por empeoramiento físico/psíquico. Por tanto, se ha tratado en este programa a 17 personas, 10 de la zona de Alcorcón y 7 de la zona de Leganés.

DURACIÓN DE LAS SESIONES Y TIEMPO DE ATENCIÓN ESTIMADO

Se trata de 8 sesiones grupales en Alcorcón en los meses de febrero y marzo 2014, y 8 sesiones grupales en Leganés en los meses mayo y junio 2014, de 1 hora de duración cada sesión. Se han realizado con todos los usuarios señalados en cada centro. Por tanto, en 2014, se han dedicado 16 horas a esta actividad.

En dos casos concreto del centro de Leganés, fue conveniente y positivo para el enfermo que participara de la sesión un cuidador junto al paciente y se le informara sobre cómo realizar la tarea.

INTERVENCIÓN

PRIMERA SESIÓN:

Tanto en el centro de Alcorcón, como en el centro de Leganés, asistieron a esta primera sesión grupal todos los usuarios seleccionados de ambos centros, dado que el objetivo de esta sesión fue:

- se explicó y justificó el motivo de la terapia de relajación y porqué se hacía en grupo.
- Se valoraron las necesidades individuales, de cada usuario.
- Se valoraron la motivación e intereses personales de cada uno
- Se inició el entrenamiento de ejercicios específicos para cada uno
- Se valoró la continuidad en la asistencia a las 8 sesiones en cada centro
- Se valoró la posibilidad de cada usuario de practicar los ejercicios diariamente en casa
- Se informó sobre el seguimiento semanal que después hicimos las terapeutas, bien desde la asociación si pudieron acudir a ella cada semana, bien seguimiento telefónico desde casa. Se realizó, en cada centro, durante las 8 semanas siguientes

De esta manera, en la sesión, se le entregó por escrito a cada usuario la relación de ejercicios que podía realizar y se explicó cómo los tenía que realizar en su casa, así como el tiempo que debía dedicar a los mismos. Así mismo se le entregó un CD que acompañaba y pautaba los ejercicios.

Se le indicó también al paciente cómo cumplimentar un diario personal, indicando el grado de satisfacción y beneficio que obtenía en cada sesión, tanto realizada en el centro como es su propia casa. Dicho diario ha servido también a las terapeutas para evaluar semanalmente la evolución del paciente en la terapia, junto con otros parámetros.

En el caso de que haya participado el cuidador en la sesión porque fuera beneficioso para el enfermo, se le ha informado sobre el objetivo que se quiere conseguir y su papel principal desde casa para que se consiga.

SEGUIMIENTO:

A la primera sesión grupal acudieron todos los pacientes seleccionados para recibir la información necesaria. A las 7 sesiones grupales posteriores realizadas en cada centro, sólo asistieron de manera sistemática, aquellos que tenían más dificultad para realizar la tarea por sí solos.

De esta forma, en Alcorcón cada sesión grupal a la semana, durante 8 semanas, ha sido los viernes y asistían 5 pacientes. En Leganés cada sesión grupal a la semana, durante 8 semanas,

ha sido los lunes y asistían 5 pacientes. El resto de los días, todos los usuarios han realizado los ejercicios en su casa.

A través del diario del paciente escrito en casa, y de la experiencia que verbalizaba el propio enfermo y su cuidador, las terapeutas hemos podido realizar una evaluación semanal que nos ha indicado cuánto tiempo debíamos mantener esos ejercicios, cuándo era el momento de cambiarlos o en el caso de no apreciar mejoría, intervenir de otra manera.

RESULTADOS OBTENIDOS EN AMBOS CENTROS (Leganés, Alcorcón)

1. El 100% de los casos, el paciente ha iniciado la práctica de los ejercicios de relajación específicos para él, y en todos los casos se ha conseguido estimular la atención en el pensamiento y relajar la actividad mental, con ello:
 - 1.1 abrir canales de comunicación intrapersonal
 - 1.2 aliviar la rigidez de pensamiento y estimular la creatividad.
2. El 100% de los casos, el paciente ha iniciado la práctica de los ejercicios de relajación específicos para él, y en todos los casos ha conseguido estimular la atención en el propio cuerpo y tomar conciencia de él y de las tensiones individuales, con ello:
 - 2.1 aliviar la rigidez muscular característica de estos enfermos
 - 2.2 tomar conciencia del esquema corporal y sus tensiones
3. El 100% de los pacientes han mantenido los ejercicios en el tiempo establecido, 8 semanas. De entre los 17 usuarios, no ha habido abandonos. En este sentido se ha observado mejor respuesta de los usuarios:
 - Frente al manejo de la técnica, ya que se ha trabajado en todas las sesiones
 - Frente a los resultados obtenidos, elaborando en todas las sesiones sus sensaciones y respuestas, así como sus propias interpretaciones, señalando expectativas más reales.
 - Frente a la falta de motivación y aburrimiento, sensaciones que en esta ocasión se han evitado con el uso de una técnica grupal, bajo la supervisión del terapeuta Y/o bajo la supervisión del cuidador en casa.

CONCLUSIÓN: Se ha observado buena motivación en ambos grupos. Todos los usuarios han realizado los ejercicios en casa las semanas establecidas, les gusta y consideran positivo el ejercicio. Muchos de ellos, han continuado en verano por su cuenta. Todos han observado algún beneficio corporal, sobre todo refieren en extremidades inferiores y sensación de bienestar a nivel mental.

MUSICOTERAPIA

MUSICOTERAPEUTA: Jessica I. Terán Sosa

JUSTIFICACIÓN



Los componentes básicos de la música como ritmo, melodía y armonía están presentes a lo largo de la vida del ser humano, además se encuentran presente dentro de nuestro organismo. El ritmo cardíaco, la sincronización rítmica al caminar, la melodía y el volumen de nuestras voces al hablar, etc.

La musicoterapia busca principalmente utilizar esos elementos mencionados anteriormente para un tratamiento integral del paciente utilizando recursos personales; la Federación Mundial de

Musicoterapia en su 9º Congreso en Hamburgo, 1996 propone un excelente concepto que vale la pena destacar; *“La musicoterapia trata de desarrollar y /o restaurar las funciones potenciales del individuo para que él o ella puedan lograr una mejor integración intra o interpersonal y, por consiguiente, una mejor calidad de vida, gracias a un proceso terapéutico de prevención o rehabilitación.”*

Estudios realizados demuestran que la musicoterapia es una herramienta eficaz para facilitar el movimiento en la Enfermedad de Párkinson (EP); trabajar con diferentes ritmos mantiene las capacidades del movimiento funcional de los pacientes y propicia estados de satisfacción personal que llevarán a un adecuado estado emocional.

Por lo cual, la razón fundamental para que la musicoterapia sea impartida en la asociación es la estimulación de diferentes áreas, cómo la física, cognitiva, emocional y social; la musicoterapia constituye una terapia creativa que permite a personas con EP, expresarse, divertirse y ejercitarse física y cognitivamente.

Los síntomas de la Enfermedad de Párkinson (EP) cómo ya se ha descrito al inicio de la presente memoria, repercuten en muchos aspectos de la vida: en sus relaciones familiares, en su autoestima, y en su entorno general.

Desde la musicoterapia se busca trabajar y mejorar algunos de estos problemas cómo; la mejora de la lentificación de movimiento (Bradiclesia), temblores que se presentan en diferentes partes del cuerpo, rigidez, trastornos de la postura y trastornos del reflejo.

En cuanto a los aspectos psicológicos o emocionales, ayuda en los trastorno del estado de ánimo y signos de ansiedad, pérdida de la capacidad de concentración, apatía.

Por otra parte propicia la activación del área cognitiva; se busca mejorar síntomas de algunos estados de demencia, depresión, ansiedad, problemas de conducta. Además de la atención, la falta de iniciativa, toma de decisiones, dificultad para reconocer caras u orientarse en sitios, entre otros.

Dentro de la sesión de musicoterapia se propone trabajar desde la Gestal, *el aquí y el ahora*, y el darse cuenta, aspecto que se refleja en el trabajo personal de cada paciente al reforzar las potencialidades, conjuntamente se tomará como un eje transversal la musicoterapia humanista: *“dónde se busca un desarrollo del potencial humano y de conciencia de sí mismos.”*

Lo anteriormente expuesto se traduce en objetivos, que se describen en la intervención, los cuales se plantean a continuación:

OBJETIVOS GENERALES:

- Estimular la movilidad y coordinación física
- Propiciar un espacio para la relajación
- Valorar los aspectos positivos de sí mismos

En cuanto a los objetivos específicos se redactan tomando en cuenta las áreas Física, Cognitiva, Emocional y Social trabajadas para las sesiones de musicoterapia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Físicos:

- Ejercitar la movilidad general integrando ejercicios rítmicos que permitan la coordinación corporal con la reeducación de la marcha.
- Practicar un esquema corporal adecuado fomentando la conciencia corporal

Cognitivos:

- Mantener la atención centrándose en el “aquí y el ahora”
- Trabajar la orientación espacial y temporal.

Sociales:

- Fomentar la cohesión grupal con la ayuda de la música, propiciando un clima de confianza y apoyo grupal
- Incrementar las habilidades sociales en los participantes (escucha activa, comunicación, toma de decisiones) promoviendo las interacciones interpersonales

Emocionales:

- Motivar la expresión de sentimientos y emociones de manera verbal y no verbal.
- Brindar momentos de diversión y buen humor.

METODOLOGÍA

Los participantes para las sesiones de musicoterapia de este nuevo período 2014 serán agrupados por dificultad de movimiento o por mayor o menor grado de deterioro cognitivo y físico propuesta en la escala de hoehn y yahr (esta clasificación es flexible de acuerdo a las características individuales y situación socio afectiva del paciente).

Así se propone dividir en 3 grandes grupos, para trabajar los objetivos anteriores, tanto para la sede de Alcorcón como para la de Leganés. Se espera de que cada grupo no supere un máximo de 15 personas.

Nº de Pacientes	Grupo	Sede de la Asociación	Nº de sesiones a la semana	Estadio de Afectación	Descripción
8	1a	Leganés	2 (lunes y Jueves)	I – II	Pacientes que empiezan a apreciar sus dificultades en motricidad fina y así como dificultades en la atención y memoria
11	1b	Alcorcón	2 (miércoles y viernes)	I – II	
9	2a	Leganés	2 (lunes y Jueves)	II – III	Pacientes con dificultades a nivel de memoria, motricidad fina, con mayores dificultades en la atención y equilibrio
12	2b	Alcorcón	2 (miércoles y viernes)	II - III	
11	3a	Leganés	2 (lunes y Jueves)	III – IV- V	Pacientes con un grado alto de dependencia. Con importantes dificultades motoras, además de temblor, dolor y mayor sensación de fatiga.
4	3b	Alcorcón	2 (miércoles y viernes)	III- IV-V	

ACTIVIDADES

Las actividades que se proponen para los tres grupos son las siguientes:

1.- **Bienvenida, inicio de sesión:** se comienza con movilización para centrar la atención en el aquí y ahora. Permite movilizar y flexibilizar el cuerpo e incorporar el ritmo a la marcha.

Preferentemente con una música bastante conocida por los pacientes, se incorpora el balanceo de brazos, desplazamientos por el espacio, lo que se puede llamar un primer contacto físico. Para algunos de los grupos se incluye una parte de estiramiento corporal y canción de bienvenida.

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

Las actividades planteadas en esta etapa, se describen en caminar balanceando los brazos, llevar un pulso constante en el andar, parar y reiniciar la marcha. Con los grupos 5 y 6 quienes están más afectados realizamos ejercicios de estiramiento y movilización lenta de la musculatura, y la toma de conciencia del esquema corporal.

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

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

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

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

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

Se puede mencionar que las actividades de baile están diseñadas para que practiquen coreografías, dónde se repiten esquemas aprendidos con anterioridad y se crean nuevos pasos, además practican formas de desplazarse. Estimulando de esta manera la creatividad y fortaleciendo lazos grupales al realizar actividades conjuntas. Las actividades de bailes no incluyen a los grupos 3a y 3b, por su afectación física.

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

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

7.- **Trabajo Interdisciplinario:** Cada tres meses se propone realizar actividades conjuntas con otras áreas terapéuticas, así se dará apertura a nuevos esquemas de pensamiento y se mostrará el trabajo en equipo, de esta manera los objetivos sociales y emocionales se pueden observar y evaluar, desde otro punto de vista.

TÉCNICAS MUSICOTERAPÉUTICAS

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

MATERIALES

Instrumentos: los instrumentos se reparten para cada paciente.

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

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

EVALUACIÓN

La evaluación se realiza durante todo el año y existen dos manera de registro, una es la observación directa del cumplimiento de los objetivos y la otra es un registro trimestral que realiza el equipo terapéutico.

Para esta memoria de actividades se empleará un cuadro de indicadores dónde se registrarán la frecuencia de diferentes conductas ante diversos aspectos musicoterapéuticos como: respuestas ante estímulos musicales o rítmicos, expresión de sentimiento utilizando canciones, correcta manipulación de instrumentos musicales, Memoria musical, entre otros. Que se encuentran inmersos en los objetivos propuestos.

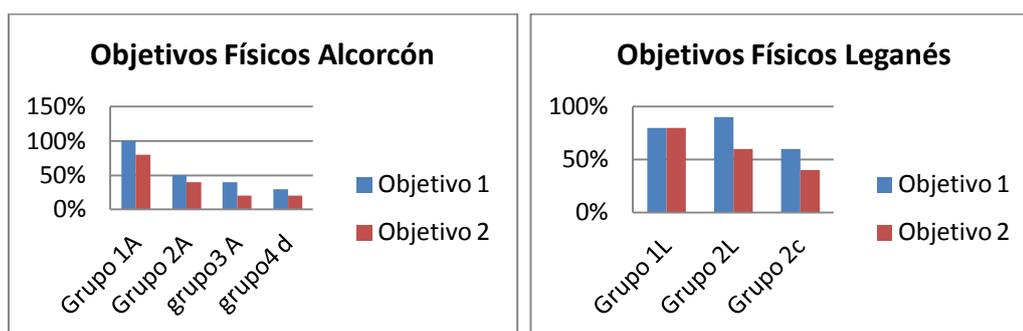
Primeramente se muestra un cuadro comparativo de asistencia entre los grupos de Alcorcón y Leganés que realizaron musicoterapia y su consonancia con el número de horas. Al final del tercer trimestre de 2014 se reajustaron los grupos en la delegación de Alcorcón ya que excedía el número de pacientes por grupos, conformándose así cuatro grupos.

Grupos /sede	ALCORCÓN				LEGANÉS		
	1A	2A	3A	4A	1L	2L	3L
Nº de sesiones	2 semanal						
Nº de participantes	10	8	10	8	12	13	8
% de asistencia	100%	70%	80%	80%	70%	90%	80%

Los resultados obtenidos se muestran continuación de manera cuantitativa y cualitativa en una comparación de la evolución grupal en relación del alcance de los Objetivos Generales y Específicos planteados para este año 2104.

Evaluación por Objetivos Físicos

- Ejercitar la movilidad general integrando ejercicios rítmicos que permitan la coordinación corporal con la reeducación de la marcha.
- Practicar un esquema corporal adecuado fomentando la conciencia corporal



Como muestra el gráfico anterior, podemos evidenciar que los grupos con mayor logro de objetivos es el primer grupo de ambas sedes (1A y 1L), evidentemente son grupo de personas con un rango de edad de 60 – 66 años, en estadios tempranos de la enfermedad, presentando poco síntomas de la EP, realizan libremente las actividades. Pueden memorizar esquemas melódicos y rítmicos, y se les facilita la repetición de esquemas corporales, Adaptan a su marcha rápidamente los ritmos externos con patrones rítmicos propuestos. Y disfrutan de las coreografías, incluso proponen nuevas.

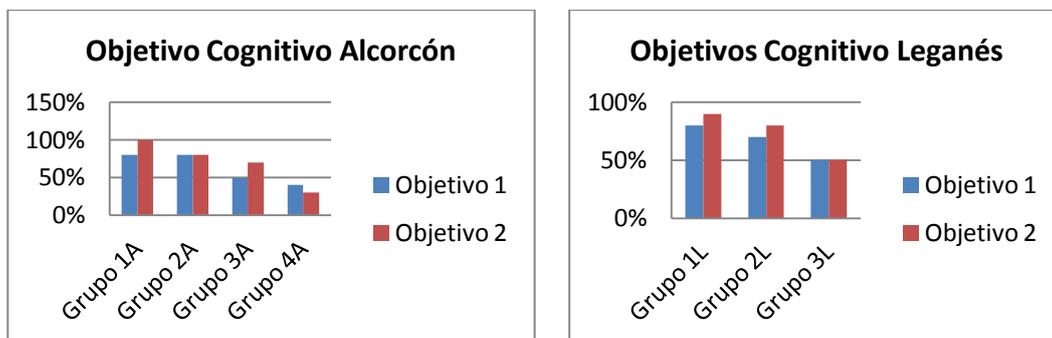
Por otra parte los grupo 2A y 2L, el deterioro físico es mayor, en ambas sedes están agrupados por estadio no por edad, lo cual influye al momento de realizar diversas actividades, se encuentran distraídos o presentan cansancio, la resistencia física es menor, y existe pacientes afectados auditivamente lo cual no le permite reconocer ritmos o ejecutarlos correctamente.

Los grupos 3A, 3L y el grupo 4A físicamente se encuentran muy afectados, presentan pérdida del equilibrio, festinación, discinesias, algunos casos no pueden movilizarse por sí mismos, lo cual, lleva a replantear las actividades físicas activas, en movilizaciones y ejercicios más pasivos, se realizan repeticiones rítmicas con manos y brazos, movilización y memorización de

esquemas físicos de los miembros superiores, lateralidad y ejecución instrumental, seguimiento de ritmo y repeticiones básicas.

Objetivos Cognitivos:

- Mantener la atención centrándose en el “aquí y el ahora”
- Trabajar la orientación espacial y temporal.



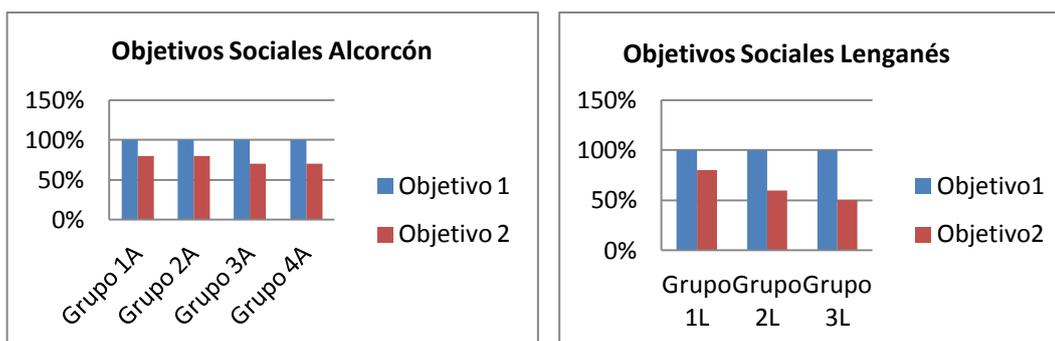
En los gráficos anteriores se percibe el desarrollo de los objetivos Cognitivos planteados para todos los grupos de las delegaciones de Alcorcón y Leganés. En comparación los dos primeros grupos (1A y 1L) se comportan de manera similar en mantener la atención siendo en menor porcentaje que el trabajo de orientación espacial. Se proponen marchas con los ojos cerrados y ritmos variados para la concentración, seriación musical compleja y se percibe como los grupos desarrollan con destrezas las actividades. La edad influye al igual que el nivel cultural y académico en cada uno, los grupos en este sentido son variados y por ello se observa diferencias en todos los miembros del grupo de ambas sedes.

Para los grupos (2A y 2L) existe mayor complicación y se realizan actividades más sencillas que toman en cuenta conciencia de proceso de la enfermedad, seriación de notas musicales, conciencia del tiempo transcurrido en la sesión, etc.

Los últimos grupos (3A, 3L y 4A) se conforma de personas mayores y con pocos estudios, en algunos casos no saben leer o escribir, por ello se proponen actividades de escucha, repetición de melodías, preguntas sobre los días, melodías concretas de etapas de su vida, entre otras. Razón por la cual se observa en el grafico menor porcentaje del logro del objetivo.

Sociales:

- Fomentar la cohesión grupal con la ayuda de la música, propiciando un clima de confianza y apoyo grupal
- Incrementar las habilidades sociales en los participantes (escucha activa, comunicación, toma de decisiones) promoviendo las interacciones interpersonales



La Musicoterapia influye positivamente en el aspecto social, ya que utiliza herramientas que permiten la relación, comunicación y escucha del otro. En todos los grupos el ambiente es agradable, se apoyan unos a otros, trabajan en equipo y escuchan a los compañeros. Importante destacar que acogen a los nuevos miembros desde actividades de baile y canciones. Brindando de esta manera un clima de confianza y apoyo general.

En cuanto a las habilidades sociales como son valorados por grupos e individualmente se observa gran diferencia, considerándose que algunos casos presentan trastornos psiquiátricos y deterioro cognitivo sobre todo en los grupos 2A, 2L, 3A; 3L, 4A. Lo cual influye directamente en su escucha y toma de decisiones.

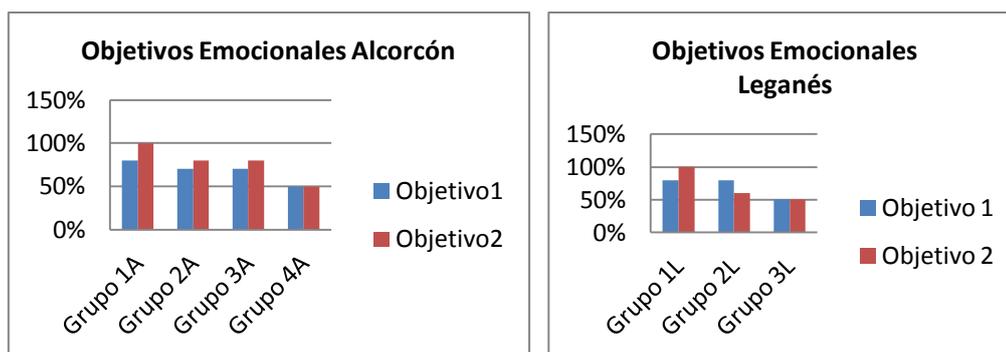
Desde la Musicoterapia se busca potenciar la toma de decisiones con actividades como selección de canciones o narración de historias musicales, el conformar equipo de trabajo por afinidad, o motivación a la tarea. Y la escucha activa se trabaja desde la improvisación musical guiada o referencial por equipos.

Otra manera de trabajar los objetivos sociales, desde musicoterapia es la realización conjunta de sesiones con Terapia Ocupacional, actividad que se realiza trimestralmente, donde permite relacionarse con todos los miembros de los diferentes grupos y la celebración de cumpleaños como actividades lúdicas para trabajar la comunicación y la escucha activa.

Emocionales:

- Motivar la expresión de sentimientos y emociones de manera verbal y no verbal.
- Brindar momentos de diversión y buen humor.





Por apreciaciones personales como indicadores de contenido verbal se puede afirmar que durante las sesiones de musicoterapia se sienten los pacientes con mejor humor y existen momentos de diversión sobre todo en los primeros grupos.

La expresión de sentimientos y emociones se dificulta o no es tan espontánea como en los primeros grupos, el aumento de socios nuevos también influye en este aspecto ya que existe un periodo de adaptación.

Desde musicoterapia se realizan actividades como dramatizaciones grupales para ejercitar la expresión corporal, creación de poemas y musicalización de los mismos para contactar con los sentimientos y sesiones de exploración de emociones.

Conclusiones

- La musicoterapia logra estimular rítmicamente el cuerpo, la música que ayuda más al movimiento son las que presentan ritmos de marchas militares, ellas ayudan a mantener una postura correcta y se evidencia una marcha adecuada, con braceo y ritmo constante.
- Las actividades de relajación son necesarias para aliviar las tensiones corporales y salir de estados de ansiedad o depresión.
- La Musicoterapia estimula la creatividad y los procesos de improvisación mejora la rigidez y aspectos físicos.
- Las sesiones conjuntas permiten el ejercicio de habilidades sociales y el trabajo de objetivos emocionales grupales, necesarios para la apertura y concientización del proceso vital.
- El trabajo interdisciplinario que se lleva a cabo en la asociación permite un seguimiento completo en diferentes áreas del paciente y de esta manera se puede realizar un tratamiento integral.

TERAPIA OCUPACIONAL

TERAPEUTA OCUPACIONAL: *Fátima Pérez Robledo*

JUSTIFICACIÓN

La persona con enfermedad de Parkinson encuentra limitaciones en su autonomía ocupacional debido a los déficits ocasionados por esta patología y por los efectos secundarios de la medicación que está asociada como tratamiento. Esta limitación se encuentra presente de manera diferente según el grado de evolución y los síntomas que se manifiestan, y también dependiendo de la individualidad personal de los enfermos de Parkinson.

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

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

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

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

Las áreas de desempeño ocupacional trabajadas desde las sesiones son:

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

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

Además, en la rehabilitación de enfermedades neurológicas degenerativas, nos basamos en el concepto de plasticidad neuronal para justificar nuestra intervención. Por ello, la intervención en Parkinson desde terapias no farmacológicas, como la terapia ocupacional, son capaces no sólo de frenar la enfermedad, sino de recuperar en el cerebro del paciente áreas dañadas, pudiendo volver a trabajar con funciones que de antemano se creían perdidas.

OBJETIVOS

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



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

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

GRUPO 1 (Alcorcón y Leganés):

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

GRUPO 2 (Alcorcón y Leganés):

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

GRUPO 3 (Alcorcón y Leganés):

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

GRUPO 4 (Alcorcón):

- Mantener la mayor movilidad posible en las articulaciones del miembro superior, y en el miembro inferior en los pacientes que sea posible.
- Mantener las destrezas motoras gruesas (actitud postural, movilidad funcional)
- Mantener las destrezas motoras finas (funciones de la mano, prensiones, grafomotricidad, pinzas)

- Mantener las destrezas cognitivas (orientación, memoria, atención, cálculo, gnosias, praxias, lenguaje)
- Conservar un mínimo de interacción social entre los miembros del grupo.
- Mantener la independencia en la realización de AVD, y aprender a seleccionar y utilizar ayudas y adaptaciones (principalmente en comida, aseo y vestido).

BENEFICIARIOS

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

Grupo 1 (Alcorcón y Leganés):

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

Grupo 2 (Alcorcón y Leganés):

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

Grupo 3 (Alcorcón y Leganés):

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

Grupo 4 (Alcorcón):

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

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

METODOLOGÍA

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



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

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

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

INTERVENCIÓN

Cada sesión se estructura de la siguiente manera:

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

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

Las actividades que desarrollamos durante las sesiones son las siguientes:

PSICOMOTRICIDAD:

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

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

MOTRICIDAD FINA Y GRUESA:

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

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

COMUNICACIÓN:

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

ACTIVIDADES COGNITIVAS:

Esta actividad también se realiza con los cuatro grupos de terapia ocupacional, adaptándola a las necesidades de cada uno. Se pretenden trabajar todos los componentes cognitivos (atención, memoria, lenguaje, funciones práxicas, funciones gnósicas, cálculo, funciones ejecutivas), haciendo hincapié en los más afectados. Las actividades consisten en trabajar con textos, imágenes o juegos cognitivos, memorizando, ordenando, trabajando las diferentes funciones cognitivas que estén alteradas. Además se realizan debates, ejercicios de creatividad

escrita y oral, ejercicios de cálculo, ejercicios de praxias, manualidades, juegos de lógica (palabras encadenadas, cálculo, "alto al lápiz", ahorcado, palabras cruzadas, sopas de letras...), trabajo de la flexibilidad cognitiva.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

En los dos primeros grupos de terapia ocupacional se trabajan colateralmente las AVD, pero en los grupos 3 y 4, con los pacientes con más necesidad de apoyo, se ha incluido un apartado específico para ello, debido a la gran cantidad de limitaciones que presentan en relación a estas actividades. Se detecta cuáles son las AVD en las que el paciente presenta más dificultades, o en qué AVD necesita el paciente ser más autónomo, y se trabajan las capacidades conservadas que intervienen en la actividad mediante simulaciones de dicha acción. En el caso de ser necesario se recomiendan adaptaciones y ayudas técnicas para determinadas actividades, y se comunica también al cuidador principal. Este año 2014 se incluyó una charla explicativa sobre Productos de Apoyo desde la ortopedia La Cachava, con la cual hay firmado un convenio de colaboración.

RESULTADOS

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

Las personas atendidas durante el año 2014 en Terapia Ocupacional suman un total de 36 en Alcorcón y 34 en Leganés, siendo 70 en total.

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

- Mejorar o mantener las destrezas motoras gruesas: conseguido en un 70% de los casos.
- Mejorar o mantener las destrezas motoras finas: conseguido en un 75% de los casos
- Mejorar o mantener las destrezas cognitivas: conseguido en un 70% de los casos.
- Mejorar o mantener las habilidades de comunicación: conseguido en un 70% de los casos.
- Mejorar o mantener el componente psicológico: conseguido en un 70% de los casos.
- Mejorar o compensar los síntomas asociados a su enfermedad: conseguido en un 55 % de los casos.
- Mantener independencia en la realización de AVD, y aprender a seleccionar y utilizar ayudas y adaptaciones: conseguido en un 65% de los casos.
- Trabajar el área social potenciando interacciones entre los miembros del grupo: conseguido en un 80% de los casos.

RECURSOS MATERIALES

En las sesiones de Terapia Ocupacional hemos usado balones de diferentes tamaños, picas de colores, cuerdas, aros, conos, reproductor de música, CDs, arcos en espiral, plastilina, masilla terapéutica, dominó táctil, ensartables de diferentes tamaños y tipos, pinzas de diferentes

resistencias, muñequeras con diferentes pesos, piezas para construcciones, lápices, gomas, sacapuntas, tijeras, pegamento, cartulinas, folios.

LOGOPEDIA

LOGOPEDA: *Zoraida Romero Martínez*

JUSTIFICACIÓN

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



El habla es el pilar fundamental de la comunicación en el ser humano y su deterioro produce grandes dificultades para la relación interpersonal, dando lugar al aislamiento social. Asimismo los problemas deglutorios impiden seguir disfrutando de las comidas, nutrirse adecuadamente y además pueden comprometer la seguridad del propio paciente debido a atragantamientos y neumonías por aspiración. Por ello, es necesaria la

intervención logopédica en Parkinson.

OBJETIVOS

Los objetivos principales en Logopedia son:

- Mejorar la comunicación de los Enfermos de Parkinson
- Mejorar la deglución para contribuir a aumentar su calidad de vida.

Para conseguir estos objetivos se tienen que trabajar objetivos más específicos que son específicos para cada grupo. Los grupos se forman por personas enfermas de Parkinson con características homogéneas, así los objetivos de cada grupo son:

GRUPO 1 (ALCORCÓN Y LEGANÉS)

MUSCULATURA FACIAL Y ARTICULACIÓN

- Reducir la rigidez de la musculatura orofacial.
- Conseguir una correcta motricidad orofacial.
- Mejorar la movilidad de los órganos orofaciales.
- Articular de forma clara y precisa.
- Corregir dislalias.

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- Obtener un buen control y manejo del soplo respiratorio.

- Desarrollar una adecuada coordinación fono-respiratoria.
- Tomar conciencia de la localización del diafragma y su función en el proceso de respiración.
- Adquirir un patrón respiratorio correcto.
- Aumentar la capacidad respiratoria y adquirir un mayor dominio del patrón respiratorio costo- diafragmático.

HABLA Y VOZ

- Controlar la intensidad vocal.
- Controlar la sonoridad.
- Mejorar la resonancia vocal.
- Mejorar la prosodia.
- Aumentar la duración de las emisiones.

ESCRITURA

- Mejorar la musculatura de la muñeca.
- Mejorar la motricidad fina.
- Conseguir una correcta coordinación ojo-mano.
- Orientarse adecuadamente en el espacio del papel.
- Conseguir una letra más legible.

DEGLUCIÓN

- Conseguir una adecuada postura durante las comidas.
- Controlar la sialorrea.
- Aprender maniobras deglutorias adaptadas.
- Alimentarse de forma segura y eficaz.

GRUPO 2 (ALCORCÓN Y LEGANÉS)

MUSCULATURA FACIAL Y ARTICULACIÓN

- Reducir la rigidez de la musculatura orofacial.
- Mejorar la movilidad de los órganos orofaciales.
- Corregir dislalias.

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- Controlar el soplo respiratorio.
- Mantener la coordinación fono-respiratoria.
- Tomar conciencia de la localización del diafragma y su función en el proceso de respiración.
- Adquirir un patrón respiratorio correcto.
- Aumentar la capacidad respiratoria y adquirir un mayor dominio del patrón respiratorio costo- diafragmático.

HABLA Y VOZ

- Controlar la intensidad vocal.
- Controlar la sonoridad.
- Mejorar la resonancia vocal.
- Mejorar la prosodia.
- Aumentar la duración de las emisiones.

ESCRITURA

- Mejorar la musculatura de la muñeca.
- Mejorar la motricidad fina.
- Conseguir una correcta coordinación ojo-mano.
- Orientarse adecuadamente en el espacio del papel.
- Conseguir una letra más legible.

DEGLUCIÓN

- Conseguir una adecuada postura durante las comidas.
- Controlar la sialorrea.
- Aprender maniobras deglutorias adaptadas.
- Alimentarse de forma segura y eficaz.

GRUPO 3 (ALCORCÓN Y LEGANÉS)

MUSCULATURA FACIAL Y ARTICULACIÓN

- Reducir la rigidez de la musculatura orofacial.
- Mantener la movilidad de los órganos orofaciales.

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- Controlar el soplo.
- Mantener la coordinación fono-respiratoria.
- Preservar la capacidad respiratoria.

HABLA Y VOZ

- Mantener la intensidad vocal.
- Mantener la sonoridad.
- Mantener la resonancia vocal.
- Mantener la prosodia.
- Mantener la duración de las emisiones.

ESCRITURA

- Mantener una correcta coordinación ojo-mano.
- Orientarse adecuadamente en el espacio del papel.
- Conseguir una letra más legible.

DEGLUCIÓN

- Mantener una adecuada postura durante las comidas.
- Controlar la sialorrea.
- Aprender maniobras deglutorias adaptadas.
- Alimentarse de forma segura y eficaz.

GRUPO 4 (ALCORCÓN)

MUSCULATURA FACIAL Y ARTICULACIÓN

- Reducir la rigidez de la musculatura orofacial.
- Mantener la movilidad de los órganos orofaciales.

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- Controlar el soplo.
- Mantener la coordinación fono-respiratoria.
- Preservar la capacidad respiratoria.

HABLA Y VOZ

- Mantener la intensidad vocal.
- Mantener la sonoridad.
- Mantener la resonancia vocal.
- Mantener la prosodia.
- Mantener la duración de las emisiones.

ESCRITURA

- Mantener una correcta coordinación ojo-mano.
- Orientarse adecuadamente en el espacio del papel.
- Conseguir una letra más legible.

DEGLUCIÓN

- Mantener una adecuada postura durante las comidas.
- Controlar la sialorrea.
- Aprender maniobras deglutorias adaptadas.
- Alimentarse de forma segura y eficaz.

INDIVIDUAL 1 ALCORCÓN

MUSCULATURA FACIAL Y ARTICULACIÓN

- Reducir la rigidez de la musculatura orofacial

- Mantener la movilidad de los órganos orofaciales

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- Controlar el soplo
- Mantener la coordinación fono-respiratoria
- Preservar la capacidad respiratoria

HABLA Y VOZ

- Mantener la intensidad vocal
- Mantener la sonoridad
- Mantener la resonancia vocal
- Mantener la prosodia
- Mantener la duración de las emisiones

ESCRITURA

- Mantener la coordinación ojo-mano
- Orientarse adecuadamente en el espacio del papel
- Conseguir una letra más legible

DEGLUCIÓN

- Mantener una adecuada postura durante las comidas
- Aprender maniobras deglutorias adaptadas
- Alimentarse de forma segura y eficaz

INDIVIDUAL 2 ALCORCÓN

MUSCULATURA FACIAL

- Reducir la rigidez de la musculatura orofacial
- Mantener la movilidad de los órganos orofaciales

RESPIRACIÓN

- Preservar la capacidad respiratoria

DEGLUCIÓN

- Mantener una adecuada postura durante las comidas
- Controlar la sialorrea
- Aprender maniobras deglutorias adaptadas
- Alimentarse de forma segura y eficaz

INDIVIDUAL 3 ALCORCÓN

MUSCULATURA FACIAL

- Reducir la rigidez de la musculatura orofacial
- Mantener la movilidad de los órganos orofaciales

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- Controlar el soplo
- Mantener la coordinación fono-respiratoria
- Preservar la capacidad respiratoria

HABLA Y VOZ

- Mantener la intensidad vocal
- Mantener la sonoridad
- Mantener la resonancia vocal
- Mantener la prosodia
- Mantener la duración de las emisiones

ESCRITURA

- Mantener la coordinación ojo-mano
- Orientarse adecuadamente en el espacio del papel
- Conseguir una letra más legible

DEGLUCIÓN

- Mantener una adecuada postura durante las comidas
- Aprender maniobras deglutorias adaptadas
- Alimentarse de forma segura y eficaz

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

BENEFICIARIOS

La terapia está organizada en grupos diferentes teniendo en cuenta el grado de afectación comunicativa. De esta forma se han distribuido a los pacientes en cuatro grupos en Alcorcón y en tres en Leganés. Además, en Alcorcón existen terapias individuales para pacientes más afectados.

- Grupos en Alcorcón:

Grupo 1. Compuesto por personas con baja afectación y habla fluida.

Grupo 2. Compuesto por personas con baja afectación y habla fluida, pero un poco más afectado que el grupo anterior.

Grupo 3. Está formado por personas más afectadas por los síntomas del Parkinson, en las que se puede observar problemas en el control de los órganos que intervienen en el habla y una disminución en la calidad de la voz.

Grupo 4. Lo forman personas bastante afectadas por los síntomas del Parkinson, en las que se aprecian serios problemas en el control de los órganos que intervienen en el habla y una disminución en la calidad de la voz, además presentan dificultad en la escritura y deterioro cognitivo.

Individuales. Formado por pacientes con necesidades más específicas que necesitan ser atendidas a nivel particular.

- Grupos en Leganés:

Grupo 1. Compuesto por personas con baja afectación y habla fluida, pero un poco más afectado que el grupo anterior.

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

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

Las sesiones de logopedia en Alcorcón se realizan martes y jueves de 9:45 a 13:45. Las sesiones grupales son de 45 minutos y las individuales son de 30 minutos. La primera sesión es individual (9:45-10:15), luego hay cuatro sesiones grupales (comprendidas entre las 10:15 a las 13:15) y dos sesiones individuales más (13:15-13:45, 13:45-14:15).

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

METODOLOGÍA

La metodología usada para el tratamiento logopédico es activa, participativa y constructiva, buscando el aprendizaje significativo. Esta metodología persigue que sean los propios pacientes quienes construyan sus aprendizajes; por ello, será activa y buscará la funcionalidad de dichos aprendizajes con la intención de que los ejercicios que realizamos en las sesiones puedan ser practicados por los pacientes en sus propias casas. Se partirá siempre que sea posible de sus motivaciones e intereses y se les hará conscientes de los objetivos que perseguimos con cada aprendizaje.

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

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

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

ACTIVIDADES

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

- ✓ **Actividades para la Disnea** (dificultad respiratoria): Se han utilizado métodos para



optimizar la respiración mediante la enseñanza de una respiración adecuada y de la utilización del diafragma, para evitar que la persona con Parkinson se quede sin aire mientras habla y para permitirle pronunciar todos los sonidos con claridad. Para ello, he enseñado la postura correcta para realizar la respiración costo diafragmática. Cuando ésta haya sido adquirida, se procederá a hacer ejercicios de control respiratorio.

- ✓ **Ejercicios para mejorar la voz hipotónica y la disfonía hipocinética**

- Técnicas respiratorias:
 - Respiración costodiafragmática
 - Ejercicios de control de soplo: respiración por tiempos, espiración emitiendo /s/y /ch/ entrecortada, soplar una vela sin que se apague, hacer burbujas de tamaño uniforme.
 - Ejercicios de fuerza de soplo: soplar una vela apagándola, inflar un globo.
- Técnicas fonatorias:
 - Ejercicios de coordinación fono-respiratoria: vocalización sin voz y con voz de los días de la semana sin agotar el aire de los pulmones, emisión del sonido /m/ sin agotar el aire de los pulmones.

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

✓ Ejercicios para mejorar la resonancia vocal

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

✓ Actividades para mejorar la articulación y el ritmo del habla

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

✓ Ejercicios para mejorar la melodía o prosodia de la voz

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

✓ **Actividades para corregir la micrografía, la escritura enmarañada y las dificultades a la hora de comenzar a escribir**

- Movimientos rotatorios de muñeca, pinza con todos los dedos.
- Enhebrar abalorios en un cordón.
- Realizar trazos en todas las direcciones.
- Escritura libre y escritura utilizando papel pautado.
- Dibujos de contorno, rellenado, y punteado.



✓ **Ejercicios para estimular la formación de palabras y recuperación del léxico**

- Formar palabras a partir de una sílaba.
- Búsqueda de antónimos y sinónimos.
- Descripción de situaciones.
- Planificar viajes, escribir recetas de cocina.

✓ **Ejercicios para mejorar la hipomimia (inexpresividad facial)**

- Exageración de expresiones.
- Poner caras (alegría, tristeza, sorpresa, etc.).
- Masaje facial.

✓ **Actividades para la disfagia (dificultades para tragar).**

- Postura del cuerpo y de la cabeza adecuada.
- Maniobras deglutorias usando la saliva y agua.

NÚMERO PARTICIPANTES POR GRUPO EN ALCORCÓN

- GRUPO 1: 11
- GRUPO 2: 11
- GRUPO 3: 9
- GRUPO 4: 8
- INDIVIDUAL 1: 1
- INDIVIDUAL 2: 1
- INDIVIDUAL 3: 1

Total: 42

NÚMERO DE PARTICIPANTES POR GRUPO EN LEGANÉS

- GRUPO 1: 13
- GRUPO 2: 13

- GRUPO 3: 11

Total: 37

RESULTADOS POR OBJETIVOS

- **ALCORCÓN**

GRUPO 1

MUSCULATURA FACIAL Y ARTICULACIÓN

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una correcta motricidad orofacial: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Articular de forma clara y precisa: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Corregir dislalias: CONSEGUIDO EN EL 97% DE LOS PACIENTES.

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- ❖ Obtener un buen control y manejo del soplo respiratorio, como sostén para una correcta emisión de voz: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Desarrollar una adecuada coordinación fono-respiratoria. CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Tomar conciencia de la localización del diafragma y su función en el proceso de respiración: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Adquirir un patrón respiratorio correcto: CONSEGUIDO EN EL 97% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la capacidad respiratoria y adquirir un mayor dominio del patrón respiratorio costo- diafragmático: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.

HABLA Y VOZ

- ❖ Controlar la intensidad vocal: CONSEGUIDO EN EL 97% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sonoridad: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la resonancia vocal: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la prosodia: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la duración de las emisiones: CONSEGUIDO EN EL 97% DE LOS PACIENTES.

ESCRITURA

- ❖ Mejorar la musculatura de la muñeca: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la motricidad fina: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una correcta coordinación ojo-mano: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

- ❖ Orientarse adecuadamente en el espacio del papel: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una letra más legible: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

DEGLUCIÓN

- ❖ Conseguir una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sialorrea: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

GRUPO 2

MUSCULATURA FACIAL Y ARTICULACIÓN

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Corregir dislalias: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- ❖ Controlar el soplo respiratorio: CONSEGUIDO EN EL 97% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la coordinación fono-respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Tomar conciencia de la localización del diafragma y su función en el proceso de respiración: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Adquirir un patrón respiratorio correcto: CONSEGUIDO EN EL 93% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la capacidad respiratoria y adquirir un mayor dominio del patrón respiratorio costo- diafragmático: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.

HABLA Y VOZ

- ❖ Controlar la intensidad vocal: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sonoridad: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la resonancia vocal: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la prosodia: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la duración de las emisiones: CONSEGUIDO EN EL 97% DE LOS PACIENTES.

ESCRITURA

- ❖ Mejorar la musculatura de la muñeca: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la motricidad fina: CONSEGUIDO EN EL 97% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una correcta coordinación ojo-mano: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.

- ❖ Orientarse adecuadamente en el espacio del papel: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una letra más legible: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.

DEGLUCIÓN

- ❖ Conseguir una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sialorrea: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

GRUPO 3

MUSCULATURA FACIAL Y ARTICULACIÓN

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 85% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- ❖ Controlar el soplo: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la coordinación fono-respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Preservar la capacidad respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.

HABLA Y VOZ

- ❖ Mantener la intensidad vocal: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la sonoridad: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la resonancia vocal: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la prosodia: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la duración de las emisiones: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

ESCRITURA

- ❖ Mantener la coordinación ojo-mano: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Orientarse adecuadamente en el espacio del papel: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una letra más legible: CONSEGUIDO EN EL 75% DE LOS PACIENTES.

DEGLUCIÓN

- ❖ Mantener una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sialorrea: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.

INDIVIDUAL 1

MUSCULATURA FACIAL Y ARTICULACIÓN

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 65%
- ❖ Mantener la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 100%

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- ❖ Controlar el soplo: CONSEGUIDO EN EL 80%
- ❖ Mantener la coordinación fono-respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 85%
- ❖ Preservar la capacidad respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 90%

HABLA Y VOZ

- ❖ Mantener la intensidad vocal: CONSEGUIDO EN EL 95%
- ❖ Mantener la sonoridad: CONSEGUIDO EN EL 90%
- ❖ Mantener la resonancia vocal: CONSEGUIDO EN EL 90%
- ❖ Mantener la prosodia: CONSEGUIDO EN EL 85%
- ❖ Mantener la duración de las emisiones: CONSEGUIDO EN EL 100%

ESCRITURA

- ❖ Mantener la coordinación ojo-mano: CONSEGUIDO EN EL 100%
- ❖ Orientarse adecuadamente en el espacio del papel: CONSEGUIDO EN EL 100%
- ❖ Conseguir una letra más legible: CONSEGUIDO EN EL 65%

DEGLUCIÓN

- ❖ Mantener una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100%
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 100%
- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 90%

INDIVIDUAL 2

MUSCULATURA FACIAL

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 60%
- ❖ Mantener la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 60%

RESPIRACIÓN

- ❖ Preservar la capacidad respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 80%

DEGLUCIÓN

- ❖ Mantener una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100%
- ❖ Controlar la sialorrea: CONSEGUIDO EN EL 60%
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 80%
- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 70%

INDIVIDUAL 3

MUSCULATURA FACIAL Y ARTICULACIÓN

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 90%
- ❖ Mantener la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 100%

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- ❖ Controlar el soplo: CONSEGUIDO EN EL 75%
- ❖ Mantener la coordinación fono-respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 80%
- ❖ Preservar la capacidad respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 90%

HABLA Y VOZ

- ❖ Mantener la intensidad vocal: CONSEGUIDO EN EL 90%
- ❖ Mantener la sonoridad: CONSEGUIDO EN EL 100%
- ❖ Mantener la resonancia vocal: CONSEGUIDO EN EL 100%
- ❖ Mantener la prosodia: CONSEGUIDO EN EL 100%
- ❖ Mantener la duración de las emisiones: CONSEGUIDO EN EL 100%

ESCRITURA

- ❖ Mantener la coordinación ojo-mano: CONSEGUIDO EN EL 100%
- ❖ Orientarse adecuadamente en el espacio del papel: CONSEGUIDO EN EL 75%
- ❖ Conseguir una letra más legible: CONSEGUIDO EN EL 95%

DEGLUCIÓN

- ❖ Mantener una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100%
- ❖ Controlar la sialorrea: CONSEGUIDO EN EL 100%
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 100%
- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 90%

- **LEGANÉS**

GRUPO 1

MUSCULATURA FACIAL Y ARTICULACIÓN

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 97% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una correcta motricidad orofacial: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Articular de forma clara y precisa: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Corregir dislalias: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- ❖ Obtener un buen control y manejo del soplo respiratorio: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.

- ❖ Desarrollar una adecuada coordinación fono-respiratoria. CONSEGUIDO EN EL 97% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Tomar conciencia de la localización del diafragma y su función en el proceso de respiración: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Adquirir un patrón respiratorio correcto: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la capacidad respiratoria y adquirir un mayor dominio del patrón respiratorio costo- diafragmático: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

HABLA Y VOZ

- ❖ Controlar la intensidad vocal: CONSEGUIDO EN EL 97% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sonoridad: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la resonancia vocal: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la prosodia: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la duración de las emisiones: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.

ESCRITURA

- ❖ Mejorar la musculatura de la muñeca: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la motricidad fina: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una correcta coordinación ojo-mano: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Orientarse adecuadamente en el espacio del papel: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una letra más legible: CONSEGUIDO EN EL 97% DE LOS PACIENTES.

DEGLUCIÓN

- ❖ Conseguir una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sialorrea: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

GRUPO 2

MUSCULATURA FACIAL Y ARTICULACIÓN

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Corregir dislalias: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- ❖ Controlar el soplo respiratorio: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la coordinación fono-respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Tomar conciencia de la localización del diafragma y su función en el proceso de respiración: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Adquirir un patrón respiratorio correcto: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la capacidad respiratoria y adquirir un mayor dominio del patrón respiratorio costo- diafragmático: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.

HABLA Y VOZ

- ❖ Controlar la intensidad vocal: CONSEGUIDO EN EL 92% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sonoridad: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la resonancia vocal: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la prosodia: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aumentar la duración de las emisiones: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.

ESCRITURA

- ❖ Mejorar la musculatura de la muñeca: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mejorar la motricidad fina: CONSEGUIDO EN EL 92% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una correcta coordinación ojo-mano: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Orientarse adecuadamente en el espacio del papel: CONSEGUIDO EN EL 85% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una letra más legible: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.

DEGLUCIÓN

- ❖ Conseguir una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sialorrea: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

GRUPO 3

MUSCULATURA FACIAL Y ARTICULACIÓN

- ❖ Reducir la rigidez de la musculatura orofacial: CONSEGUIDO EN EL 85% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la movilidad de los órganos orofaciales: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- ❖ Controlar el soplo: CONSEGUIDO EN EL 85% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la coordinación fono-respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.

- ❖ Preservar la capacidad respiratoria: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.

HABLA Y VOZ

- ❖ Mantener la intensidad vocal: CONSEGUIDO EN EL 92% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la sonoridad: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la resonancia vocal: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la prosodia: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Mantener la duración de las emisiones: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.

ESCRITURA

- ❖ Mantener la coordinación ojo-mano: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Orientarse adecuadamente en el espacio del papel: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Conseguir una letra más legible: CONSEGUIDO EN EL 65% DE LOS PACIENTES.

DEGLUCIÓN

- ❖ Mantener una adecuada postura durante las comidas: CONSEGUIDO EN EL 100% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Controlar la sialorrea: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Aprender maniobras deglutorias adaptadas: CONSEGUIDO EN EL 95% DE LOS PACIENTES.
- ❖ Alimentarse de forma segura y eficaz: CONSEGUIDO EN EL 90% DE LOS PACIENTES.

- **VALORACIÓN CUALITATIVA**

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

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

RECURSOS Y MATERIALES UTILIZADOS

Los materiales utilizados para realizar las sesiones de Logopedia, según los objetivos, han sido los siguientes:

MUSCULATURA FACIAL Y ARTICULACIÓN	- Listado de palabras con distintos fonemas
- Guantes	- Trabalenguas
- Depresores	- Refranes
- Metrónomo	- Adivinanzas
	- Textos

- Libro electrónico
- Poesías

- Globos

RESPIRACIÓN Y SOPLO

- Pelotas de ping pong
- Velas

- Vasos de plástico y pajita
- Pomperos
- Bolas de papel
- Pizarra y rotuladores

HABLA Y VOZ

- Metrónomo
- Refranes
- Adivinanzas
- Textos
- Libro electrónico
- Poesías
- Canciones

ESCRITURA

- Papel de periódico
- Pelotas de ping pong.
- Gomas de borrar
- Lápices
- Pizarra y rotuladores
- Juego "Palabras arriba"
- Bloques de madera
- Folios pautados, con cuadrícula y blancos

DEGLUCIÓN

- Vasos de plástico y pajitas
- Cucharas
- Espesante alimenticio
- Pautas escritas sobre deglución segura y eficaz

FISIOTERAPIA

FISIOTERAPEUTAS: *Raquel Vaquero Méndez*

Luis Bernardo González

JUSTIFICACIÓN

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

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

- **Prevención** – La actividad física ayuda a prevenir posibles problemas y deficiencias tanto físicas como psíquicas, siempre y cuando se realicen periódicamente y adaptadas a las posibilidades de cada persona. Una actividad física adaptada y compensatoria puede ayudar a retrasar o disminuir una serie de alteraciones y de cambios anatómico-funcionales debidos a la enfermedad. La actividad física junto a unos hábitos higiénicos y alimentarios, ayudan a adquirir, mantener o incrementar la salud.
- **Mantenimiento** – La actividad física ayuda a mantener sus capacidades físicas y psíquicas en condiciones óptimas. La práctica de la actividad física puede ayudar a: 1)

Mantener la forma, las cualidades y las capacidades físicas en óptimas condiciones. 2) Mantener la autonomía física y psíquica, y la capacidad de atención y retención. 4) Mantener la movilidad del aparato locomotor, huesos, músculos, ligamentos y tendones. 5) Mantener la alegría de vivir, planificar, programar,... 6) Mantener las funciones orgánicas en óptimas condiciones. 7) Ayuda a mantener activas nuestras capacidades intelectuales. Una actividad física adecuada y controlada, puede tener un claro valor terapéutico.

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

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

1. **Temblores** – Es el síntoma más conocido de la enfermedad y con el que todo el mundo la identifica, aunque hasta un 15% de los enfermos nunca lo desarrollarán. De forma característica, es un temblor de reposo, es decir, que aparece cuando el individuo se encuentra completamente relajado, llegando a bloquearse cuando se realiza cualquier movimiento. Puede aparecer en cualquier territorio corporal, desde quedar restringido a un área concreta (como una mano), hasta ser generalizado, y es tremendamente variable, de forma que se influye por factores emocionales como la ansiedad o el nerviosismo, y desaparece por ejemplo con el sueño. Algunos enfermos son capaces de controlarlo de forma voluntaria al menos durante un tiempo.
Es de destacar también que hasta un 40-50% de los enfermos presentan asociado un temblor postural y de acción que se pone de manifiesto cuando se mantiene una postura determinada o se realiza cualquier movimiento.
2. **Rigidez** – Con la evolución de la enfermedad, es característica la aparición de rigidez en las articulaciones, que al principio puede no ser advertida por el enfermo como tal y referir exclusivamente dolor a nivel del cuello, espalda u hombros o incluso calambres musculares debidos a la postura estática y flexionada de las articulaciones.
La rigidez en la EP se compara a la que se encuentra al intentar doblar un tubo de plomo, y en ocasiones, al explorar al enfermo se encuentran unas sacudidas características mientras nos oponemos a esa resistencia a los movimientos pasivos de las articulaciones, fenómeno que se conoce como rigidez en rueda dentada.
3. **Bradicinesia** – La bradicinesia en la EP se refiere a la lentitud para iniciar y realizar los movimientos. Los que se ven más afectados son sobre todo los que exigen movimientos secuenciales, tales como abotonarse la camisa, o los que son repetitivos como lavarse los dientes. También es conocido que las actividades automáticas se ven más afectadas que las aprendidas en la EP, de forma que un enfermo puede tener verdaderos problemas para echarse a andar (actividad automática), mientras que puede bailar perfectamente (actividad aprendida). La bradicinesia puede llegar a ser el síntoma más incapacitante de la EP.

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

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

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

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

Otros síntomas motores son: discinesias (movimientos involuntarios relacionados con la medicación), inexpressividad facial, fatiga y dolor (relacionados con la rigidez y limitación de los movimientos articulares). Trabajar estos síntomas parkinsonianos con la fisioterapia, ayuda al enfermo a mejorar su calidad de vida, ya que le proporciona mecanismos idóneos para desenvolverse en sus retos diarios, como levantarse de la cama, de una silla, salir de los bloqueos o caminar de forma correcta. Con la fisioterapia mantenemos activos el sistema muscular, óseo y circulatorio,... todo esto hace que disminuya el dolor.

OBJETIVO GENERAL

- Contribuir a la consecución de una movilidad más cómoda y fácil en la actividad diaria, dentro de unos patrones motores correctos.
- Desarrollar estrategias para afrontar y/o superar las dificultades motoras que comporta la enfermedad.
- Ayudar a la persona a mantenerse activa en el mayor grado posible.

SEDE DE ALCORCON

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

Grupo 1

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

Grupo 2

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

Grupo 3

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

Grupo 4

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

Terapia individual

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

METODOLOGÍA

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



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

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

INTERVENCIÓN

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



He usado pistas visuales con colores llamativos en el suelo o pistas sonoras con el objetivo de

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

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

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

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

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

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

Bloqueos durante la marcha-festinación. Son episodios de breve duración, habitualmente segundos, de incapacidad para iniciar o continuar la marcha “sensación de quedarse pegado al suelo”. Aparece cuando el paciente es forzado a cambiar de patrón automático de la marcha o su velocidad, en situaciones que pueden provocar ansiedad, como cruzar una calle o al intentar caminar en espacios estrechos. Para superar el bloqueo, el enfermo debe pararse, apoyar los talones sin inclinarse hacia atrás y comenzar a balancearse sin moverse del sitio, hasta que esté listo para continuar. También da buenos resultados el uso del bastón invertido, el incitarle a que responda a un paso militar (un, dos, un, dos,...) o que intente saltar por encima de un pie de su acompañante,...

Alteraciones posturales. La postura está determinada por músculos, que a su vez forman grupos musculares, si hay retracción en estos músculos o rigidez, lo que ocasiona es un

trastorno postural en flexión, que suele provocar contracturas, deformidades, dolor,... Es muy importante que el paciente sea consciente de su trastorno postural, mediante ejercicios propioceptivos, estiramientos y/o estímulos visuales, como el espejo.

Alteraciones de la coordinación. Los enfermos de párkinson tienen dificultad para coordinar los movimientos, el trastorno de la marcha empeora al intentar llevar a cabo una segunda



tarea mientras caminan, por ejemplo, hablar. Tienen que estar muy concentrados para realizar cualquier tarea que antes hacían sin pensar. Si existen problemas de equilibrio que puedan ocasionar caídas, se aconseja que durante la marcha se fije la mirada en un punto en el horizonte próximo, sin mirar al suelo. También se recomienda caminar aumentando los puntos de apoyo. Para realizar los giros es aconsejable caminar trazando un semicírculo.

Es importante trabajar la marcha atrás, los cambios de ritmo durante la marcha y las paradas repentinas.

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

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

Ejercicios que hemos realizado durante el año:

- Ejercicios en las colchonetas, de estiramiento, fortalecimiento, equilibrio y respiratorios.
- Ejercicios con pelotas, de fortalecimiento y estiramiento. También de agilidad, coordinación, ritmo, etc.
- Ejercicios con palos, de estiramientos, fortalecimiento y agilidad.
- Ejercicios en circuito, de equilibrio, agilidad y reeducación de la marcha.
- Ejercicios en sillas, con los que trabajamos el ritmo con los pies, estiramientos y la respiración.
- Ejercicios en bipedestación, con los que trabajamos la marcha, la corrección de la postura, el equilibrio,...

ATENCIÓN INTEGRAL A FAMILIAS CON PÁRKINSON O PARKINSONISMOS

RESULTADOS OBTENIDOS

He realizado 328 sesiones de fisioterapia divididas en cuatro grupos de 45 minutos cada uno dos días en semana, y 90 minutos diarios de terapia individual dos días a la semana.

ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON	BENEFICIARIOS DE LA FISIOTERAPIA	PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL
41	39	95%

RESULTADOS POR OBJETIVOS

ÁREAS DE OBJETIVOS GRUPO 1	TOTALES	PACIENTES QUE HAN MEJORADO	PACIENTES QUE SE HAN MANTENIDO	PACIENTES SIN OBTENCIÓN DE RESULTADOS
Mejorar la rigidez y la bradicinesia que en este grupo es leve, no les incapacita para realizar sus actividades diarias con normalidad.	9 100%	9 100%	0 0%	0 0%
Aumentar el braceo y la longitud del paso	9 100%	6 66%	3 33%	0 0%
Mantener el trefismo muscular y estimular la circulación sanguínea.	9 100%	9 100%	0 0%	0 0%
Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios.	9 100%	9 100%	0 0%	0 0%
Mejorar el equilibrio y la coordinación	9 100%	5 55.5%	4 44.4%	0 0%
Mantener una buena postura corporal	9 100%	8 88.8%	1 11.1%	0 0%

ATENCIÓN INTEGRAL A FAMILIAS CON PÁRKINSON O PARKINSONISMOS

ÁREAS DE OBJETIVOS GRUPO 2	TOTALES	PACIENTES QUE HAN MEJORADO	PACIENTES QUE SE HAN MANTENIDO	PACIENTES SIN OBTENCIÓN DE RESULTADOS
Mejorar la rigidez y la bradicinesia, que en este grupo es leve, no les incapacita para realizar sus actividades diarias con normalidad.	9 100%	7 77.7%	2 22.2%	0 0%
Aumentar el braceo y la longitud del paso	9 100%	5 55.5%	4 44.4%	0 0%
Mantener el trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea	9 100%	9 100%	0 0%	0 0%
Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios.	9 100%	9 100%	0 0%	0 0%
Mejorar el equilibrio y la coordinación	9 100%	7 77.7%	2 22.2%	0 0%
Mantener una buena postura corporal	9 100%	9 100%	0 0%	0 0%

ÁREAS DE OBJETIVOS GRUPO 3	TOTALES	PACIENTES QUE HAN MEJORADO	PACIENTES QUE SE HAN MANTENIDO	PACIENTES SIN OBTENCIÓN DE RESULTADOS
Conservar el equilibrio y reeducarlo	11 100%	7 63.6%	4 36.3%	0 0%
Preservar el trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea.	11 100%	11 100%	0 0%	0 0%
Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios, comprometidos por la rigidez y la dificultad de movilidad torácica.	11 100%	11 100%	0 0%	0 0%
Reeducar aquellos patrones de movimiento que están alterados o disminuidos.	11 100%	8 72.7%	3 27.2%	0 0%
Aportar estrategias para mejorar las dificultades en iniciar un movimiento.	11 100%	9 81.8%	2 18.2%	0 0%

ATENCIÓN INTEGRAL A FAMILIAS CON PÁRKINSON O PARKINSONISMOS

Mejorar la movilidad necesaria para la realización de las actividades de la vida diaria.	11	11	0	0
	100%	100%	0%	0%

ÁREAS DE OBJETIVOS GRUPO 4	TOTALES	PACIENTES QUE HAN MEJORADO	PACIENTES QUE SE HAN MANTENIDO	PACIENTES SIN OBTENCIÓN DE RESULTADOS
Conservar el equilibrio y reeducarlo	8	4	4	0
	100%	50%	50%	0%
Preservar el trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea.	8	8	0	0
	100%	100%	0%	0%
Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios, comprometidos por la rigidez y la dificultad de movilidad torácica.	8	8	0	0
	100%	100%	0%	0%
Reeducar aquellos patrones de movimiento que están alterados o disminuidos.	8	4	4	0
	100%	50%	50%	0%
Aportar estrategias para mejorar las dificultades en iniciar un movimiento.	8	8	0	0
	100%	100%	0%	0%
Mejorar la movilidad necesaria para la realización de las actividades de la vida diaria.	8	5	3	0
	100%	62.5%	37.5%	0%

AREAS DE OBJETIVOS DE LA TERAPIA INDIVIDUAL	TOTALES	PACIENTES QUE HAN MEJORADO	PACIENTES QUE SE HAN MANTENIDO	PACIENTES SIN OBTENCIÓN DE RESULTADOS
Preservar el trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea.	3	0	3	0
	100%	0%	100%	0%
Reeducar la postura, para prevenir así dolores derivados de malas posiciones mantenidas en la silla, ya que tienen la movilidad bastante reducida.	3	0	3	0
	100%	0%	100%	0%

Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios, comprometidos por la rigidez y la dificultad de movilidad torácica.	3 100%	3 100%	0 0%	0 0%
---	-----------	-----------	---------	---------

MATERIALES UTILIZADOS

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

SEDE DE LEGANES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

Grupo1:

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

Grupo 2:

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

Grupo 3:

- Mantener Equilibrio
- Mantener movilidad
- Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios, comprometidos por la rigidez y la dificultad de movilidad torácica.
- Aportar estrategias para mejorar las dificultades en iniciar un movimiento.
- Mantener la marcha intentando conservar la que ya tienen.
- Preservar el trefismo muscular y estimular la circulación sanguínea.

Hidroterapia:

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

INTERVENCIÓN

En el área de Fisioterapia utilizamos todo tipo de material que nos ayude a una mejor estimulación de los pacientes, desde picas, aros, pisadas, pelotas de bobath, sillas, pelotas pequeñas. Dependiendo del grupo y del nivel de afectación trabajaremos de una manera u otra.

Grupo 1:

El primer grupo está formado por 12 pacientes, que reciben atención miércoles y viernes de 9:45-10:30. El grupo está formado por pacientes en estadio I y II de la enfermedad.

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

Grupo 2:

El segundo grupo está formado de 13 personas, que reciben terapia miércoles y viernes de 10:30-11:15. El grupo está formado por pacientes en el estadio II-III de la enfermedad. Estos pacientes presentan mucha más dificultad en la marcha, atención, fatiga, equilibrio, rigideces, movilidad en general y dolor en espada y miembros inferiores.

ATENCIÓN INTEGRAL A FAMILIAS CON PÁRKINSON O PARKINSONISMOS

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

Grupo 3:

Está formado por 7 pacientes que reciben terapia miércoles y viernes de 11:15-12:00. Este grupo está formado por pacientes en el estadio III-VI de la enfermedad.

El trabajo con este grupo comienza con marcha durante 5-10 minutos y el resto de la clase trabajamos en silla puesto que presentan mucha fatiga y poca estabilidad para el trabajo de pie. Con este grupo mi trabajo se centra en mantener e intentar mejorar la movilidad global y fina, trabajo de coordinación, cambios posturales, mejorar rigideces, estimulación del sistema nervioso y respiración.

RESULTADOS OBTENIDOS

En Leganés se han realizado 103 sesiones de fisioterapia divididas en tres grupos de 45 minutos cada uno dos días en semana.

<i>ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD PARKINSON</i>	<i>CON LA DE</i>	<i>BENEFICIARIOS DE LA FISIOTERAPIA</i>	<i>DE LA PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL</i>
34		34	100%

<i>GRUPOS</i>	<i>Nº PARTICIPANTES</i>
GRUPO 1	11
GRUPO 2	13
GRUPO 3	10
TOTAL	34

ATENCIÓN INTEGRAL A FAMILIAS CON PÁRKINSON O PARKINSONISMOS

RESULTADOS POR OBJETIVOS

ÁREAS DE OBJETIVOS GRUPO 1	TOTALES	PACIENTES QUE HAN MEJORADO	PACIENTES QUE SE HAN MANTENIDO	PACIENTES OBTENCIÓN RESULTADOS	SIN DE
Mejorar la rigidez y la bradicinesia que en este grupo es leve, no les incapacita para realizar sus actividades diarias con normalidad.	11 100%	8	3	0	
Aumentar el braceo y la longitud del paso	11 100%	8	3	0	
Mantener el trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea.	11 100%	11	0	0	
Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios.	11 100%	11	0	0	
Mejorar el equilibrio y la coordinación	11 100%	10	1	0	
Mantener una buena postura corporal	11 100%	11	0	0	

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

ATENCIÓN INTEGRAL A FAMILIAS CON PÁRKINSON O PARKINSONISMOS

Mejorar la movilidad necesaria para la realización de las actividades de la vida diaria.	13 100%	7	2	0
--	------------	---	---	---

ÁREAS DE OBJETIVOS GRUPO 3	TOTALES	PACIENTES QUE HAN MEJORADO	PACIENTES QUE SE HAN MANTENIDO	PACIENTES SIN OBTENCIÓN DE RESULTADOS
Preservar el trofismo muscular y estimular la circulación sanguínea.	10 100%	7	0	0
Reeducar la postura, para prevenir así dolores derivados de malas posiciones mantenidas en la silla, ya que tienen la movilidad bastante reducida.	10 100%	4	4	0
Mantener y/o mejorar los volúmenes respiratorios, comprometidos por la rigidez y la dificultad de movilidad torácica.	10 100%	6	0	0

TERAPIA MANUAL

TERAPEUTA: Raquel Balandín Hernández

JUSTIFICACIÓN

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

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

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

OBJETIVOS GENERALES

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

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

Los objetivos los enumero a continuación:

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

METODOLOGÍA

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



Durante el año 2014, se realizan las sesiones de masaje en Alcorcón y en Leganés, en los espacios concedidos por el ayuntamiento respectivo a cada municipio.

En la terapia de masaje se han atendido en dicho año a unos 44 enfermos en total, 22 en Alcorcón y 22 en Leganés.

Las zonas corporales tratadas actualmente son:

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

INTERVENCIÓN

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

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

A continuación se especifican los principales *efectos*:

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

Respecto al drenaje linfático sus funciones son:

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

Acción sedante sobre el sistema nervioso

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

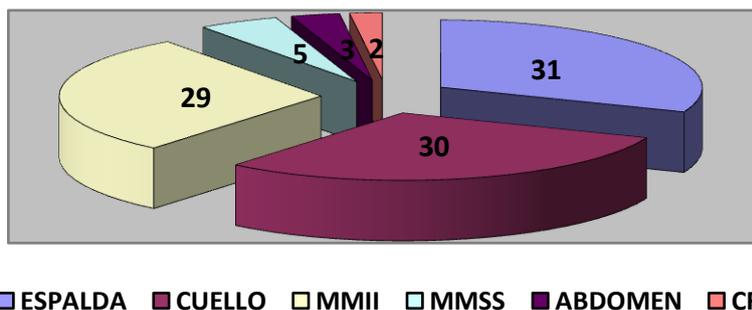
Acción inmunológica: Lleva sustancias patológicas que están en los tejidos corporales hacia el ganglio linfático, neutralizándola.

RESULTADOS OBTENIDOS

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

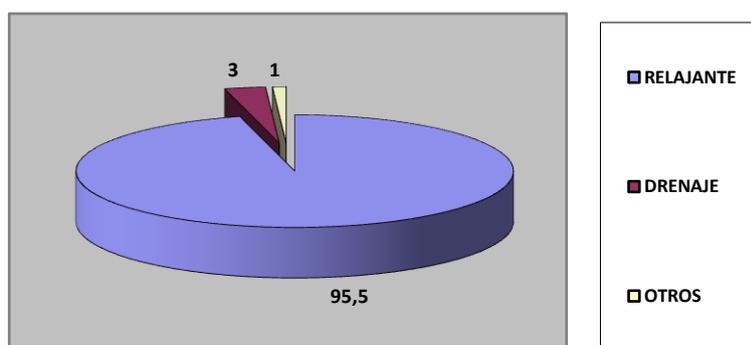
Los porcentajes aproximados por preferencia de masaje son:

- 31% masaje en ESPALDA
- 30% masaje en CUELLO
- 29% masaje en MMII
- 5% masaje en MMSS
- 3% masaje ABDOMINAL
- 2% masaje CRANEO-FACIAL



Los porcentajes aproximados por tipo de masaje son:

- 95.5% masaje relajante-descontracturante muscular
- 3% masaje de drenaje linfático
- 1.% otros tipos de masajes (estreñimiento, clapping)



Indicadores

- Nº de intervenciones: 719 intervenciones
- Nº de pacientes atendidos: 44 personas

RECURSOS MATERIALES

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

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

ATENCIÓN A FAMILIARES Y CUIDADORES

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

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

ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL CUIDADOR

PSICÓLOGA: Soledad Castellón Catalán

JUSTIFICACIÓN

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

METODOLOGÍA

Con respecto a los cuidadores-familiares, a lo largo del año 2013, se ha marcado como objetivo responder a las necesidades del cuidador-familiar de tres formas:

- En la terapia compartida con el paciente, bien junto a él o bien dividiendo en dos la sesión, según el motivo de consulta.
- En terapia individual orientada a cuidadores que necesiten abordar problemas de cualquier otro ámbito psicológico, no sólo el relacionado con la enfermedad crónica de su familiar.
- En la terapia de grupo de ayuda mutua, compartiendo con otros familiares

OBJETIVOS

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

RESULTADOS

A lo largo del año 2014, se ha atendido y respondido a necesidades del cuidador en las sesiones de terapia psicológica paciente-cuidador, bien de manera compartida en la misma sesión, bien de manera separada, dividiendo la sesión en dos. Por tanto, corresponden en el centro de Leganés, un total de 102 horas anuales, similar a la atención al paciente, y en el centro de Alcorcón un total de 114 horas anuales, similar a la atención al paciente.

En total se han impartido 216 horas de atención psicológica paciente-cuidador a lo largo del año 2014.

En ese tiempo, por tanto, se ha atendido a un número mínimo de 93 cuidadores de enfermos de Parkinson, tantos como enfermos ha habido a lo largo del año en ambos centros de Leganés y Alcorcón.

Así mismo, a lo largo del año 2014, se ha atendido al cuidador en los grupos de ayuda mutua que se detallan a continuación.

VALORACIÓN PERSONAL

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

GRUPOS DE AYUDA MUTUA CON CUIDADORES

PSICÓLOGA: *Soledad Castellón Catalán*

JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de un grupo de personas afectadas por circunstancias similares como el cuidado de un enfermo crónico, en este caso, enfermo de Parkinson, es eficaz para compartir e



intercambiar información, así como para facilitar apoyo emocional y buscar posibles soluciones a sus problemas.

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

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

METODOLOGÍA

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

MODALIDAD DE LOS GRUPOS

En el año 2014, se han dirigido 2 grupos integrados por cuidadores familiares de enfermos de Parkinson. Un grupo formado por familiares-cuidadores de la población de Alorcón y un segundo grupo formado por familiares-cuidadores de la población de Leganés.

- GRUPO 1- Alorcón: Es un grupo donde el cuidador principal es la pareja, aunque a él han asistido otros cuidadores-familiares como hijos y hermanos.

Se convocó a un total de 20 personas. A lo largo del año, ha habido una participación activa de todas ellas, aunque no en todos los casos de una manera continuada, dado que la disponibilidad de estas personas tampoco es continuada debido a sus circunstancias.

- GRUPO 2- Leganés: Es un grupo donde el cuidador principal es la pareja, aunque, del mismo modo que el anterior, a él han asistido otros cuidadores-familiares como hijos y hermanos.

Se convocó a un total de 15 personas. A lo largo del año, ha habido una participación activa de todas ellas, aunque no en todos los casos de una manera continuada, dado que la disponibilidad de estas personas tampoco es continuada debido a sus circunstancias.

HORARIO

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

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

TIEMPO DEDICADO Y NÚMERO DE FAMILIARES ATENDIDOS

Los grupos se iniciaron en enero de 2014 y hasta diciembre de 2014. Teniendo en cuenta que todos los meses ha habido reuniones salvo en abril, julio, agosto y septiembre, el número total de horas dedicadas a ambos grupos, ha sido de 24 horas.

En el tiempo indicado del año 2014 se han atendido un total de 35 familiares-cuidadores.

La atención al cuidador a lo largo del año 2014, se ha realizado también a través de sesiones de terapia individual en el mismo horario que el destinado a las terapias individuales de enfermos de Parkinson.

INTERVENCIÓN

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

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

RESULTADOS OBTENIDOS

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

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

1. En el 100% de los casos, el cuidador ha recibido la información sobre aspectos clínicos y psicológicos de la enfermedad de Parkinson y ha recibido la información sobre las estrategias para manejarlos, siempre desde la perspectiva de que no hay dos enfermos de Parkinson iguales.
2. En el 100% de los casos, el cuidador ha recibido la información para comprender el papel fundamental que tiene en la evolución del afectado de Parkinson: qué es cuidar, cambios que puede provocar esta nueva situación en su vida personal y familiar, y fases psicológicas por las que puede pasar un cuidador, el enfermo y la familia. Del mismo modo, abarcar también los aspectos gratificantes que puede proporcionar esta actividad.
3. En el 80% de los casos, el cuidador verbaliza haber mejorado el propio auto-cuidado físico y psicológico, aprendiendo a reconocer el propio estado de ánimo, aspectos emocionales personales, manejo de circunstancias que le pueden ocasionar a él ansiedad y estrés en la vida diaria. Todo ello a través de la exposición de información sobre estos temas, así como a través de la narración de experiencias y ejemplos personales y familiares.
4. En el 60% de los casos, el cuidador reconoce los síntomas para detectar sobrecarga en su vida y que conozca las estrategias para manejarla.
5. En el 80% de los casos, a través de las estrategias que se trabajan en grupo, el cuidador finalmente reconoce mejorar su relación afectiva y personal con el enfermo.
6. En el 90% de los casos, el cuidador verbaliza cómo con el grupo tiene un espacio para compartir experiencias con familiares en sus mismas circunstancias y fomentar la ayuda mutua.

TERAPIA MANUAL

TERAPEUTA: *Raquel Balandín Hernández*

JUSTIFICACION

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

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

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

OBJETIVOS GENERALES

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

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

METODOLOGÍA

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

Durante el curso 2014 se han realizado las sesiones de masaje en Alcorcón y en Leganés, en los espacios concedidos por el ayuntamiento respectivo de cada municipio.

En la terapia de masaje se han atendido a unos 6 cuidadores en total, 2 en Alcorcón y 4 en Leganés.

Las zonas corporales tratadas actualmente son:

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

Los principales efectos son:

- **Mecánicos:** en referencia a como las fuerzas mecánicas relacionadas con cada maniobra afectan a los tejidos.

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

Respecto del drenaje linfático:

- **Antiedemizante:** Evita que se acumule líquido en el tejido conjuntivo, disminuye la filtración al producir una vasoconstricción, potenciando la reabsorción hacia el capilar sanguíneo y favoreciendo la entrada de macromoléculas al capilar linfático. También mejora la laxitud del tejido conectivo, impidiendo que se retengan líquidos
- **Acción sedante sobre el sistema nervioso**
- **Acción sobre la fibra muscular:** Relaja el músculo estriado y sobre el músculo liso, regula el peristaltismo intestinal. Tonifica las paredes de los vasos sanguíneos. Provoca una vasoconstricción metaarteriolar a nivel precapilar. Potencia el movimiento rítmico de los angiones linfáticos.
- **Acción inmunológica:** Lleva sustancias patológicas que están en los tejidos corporales hacia el ganglio linfático, neutralizándola.

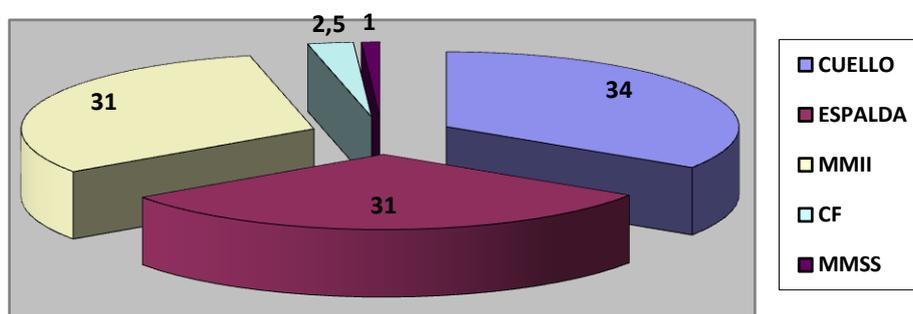
RESULTADOS OBTENIDOS

- Mejora en contracturas musculares
- Alivio en dolor muscular
- Menor rigidez muscular

- Alivio en las jaquecas
- Mejora en la calidad de sueño
- Relajación y bienestar

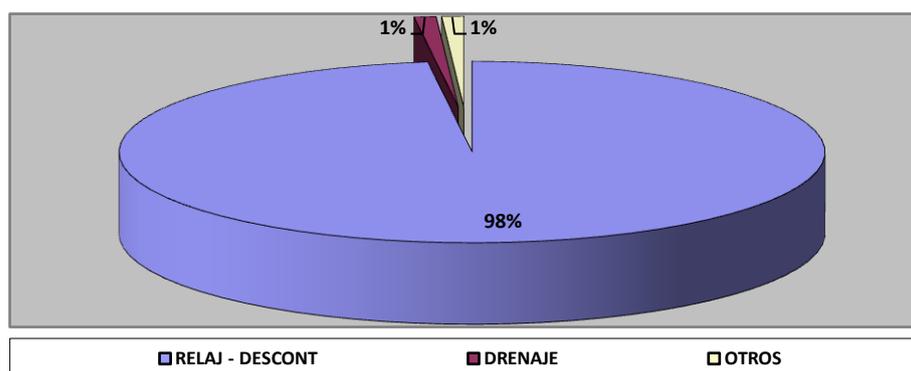
Los porcentajes aproximados por preferencia de masaje son:

- 34% masaje en CUELLO
- 31% masaje en ESPALDA
- 31% masaje MMII
- 2.5% masaje en CRANEO-FACIAL
- 1.5% masaje en MMSS



Los porcentajes aproximados por tipo de masaje son:

- 98% masaje relajante y descontracturante
- 1% masaje de drenaje linfático
- 1% otros tipos de masajes (clapping)



Indicadores

- Nº de intervenciones: 118 intervenciones
- Nº de pacientes atendidos: 6 cuidadores

RECURSOS MATERIALES

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

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

CLUB DE SOCIOS

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

TALLER DE TEATRO

Jessica I. Terán Sosa

JUSTIFICACIÓN

El teatro se ha convertido en los últimos tiempos en un medio por el cual el ser humano se divierte, se identifica, se expresa y se refleja como parte de la sociedad.

El hacer teatro consigue manifestar sentimientos, emociones o simplemente, divertir, también inconscientemente se trabaja aspectos fundamentales para todo desarrollo humano, tales como la comunicación, la cooperación, integración, la autoestima, el conocimiento de sí mismo, diferentes habilidades sociales, entre otras.



Pero quien ve teatro, también percibe un trabajo en equipo, una afirmación del propio ser, un espacio de magia y reconocimiento general.

Es por ello que la razón fundamental del grupo de teatro dentro de un colectivo específico como lo es, las personas que padecen la Enfermedad de Párkinson, busca el entretenimiento, el buen humor, sin olvidar el trabajo cognitivo, físico y emocional que están inmersas en las actividades teatrales.

OBJETIVOS GENERALES

- ▶ Trabajar la confianza
- ▶ Fomentar la creatividad y la imaginación
- ▶ Ejercitar la Expresión Corporal

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

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

En cuanto a los beneficios terapéuticos derivados de la actividad:

- ▶ Estimular la memoria, la atención, concentración y coordinación.
- ▶ Trabajar la conciencia corporal, la postura, la expresión corporal y facial.
- ▶ Trabajar la voz, la respiración y el lenguaje no verbal para potenciar la comunicación interpersonal e intrapersonal
- ▶ Ejercitar la motricidad fina, a través de elaboraciones sencillas de material escenográfico.

METODOLOGÍA Y MATERIAL

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

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

Durante el año 2014 se trabajó con dos grupos de teatro uno en Leganés con 5 participantes y otro en Alcorcón con 4 participantes. La planificación fue igual para ambos grupos en cuanto a objetivos planteados, sin embargo las obras a realizar del montaje son diferentes.

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



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

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

INTERVENCIÓN

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

- 1) Juegos Teatrales: muchos de estos juegos son de improvisación para desarrollar confianza en sí mismos, y la creatividad ante situaciones imaginarias
- 2) Lecturas dramatizadas: se comparten textos que ya han sido representados por ellos o que los conocen y se leen en voz alta para estimular la proyección y la articulación.
- 3) Ejercicios de Expresión Corporal: se plantean ejercicios sencillos para calentar el cuerpo y tomar conciencia del espacio y los movimientos que tienen los personajes cuando se representan.

EVALUACIÓN

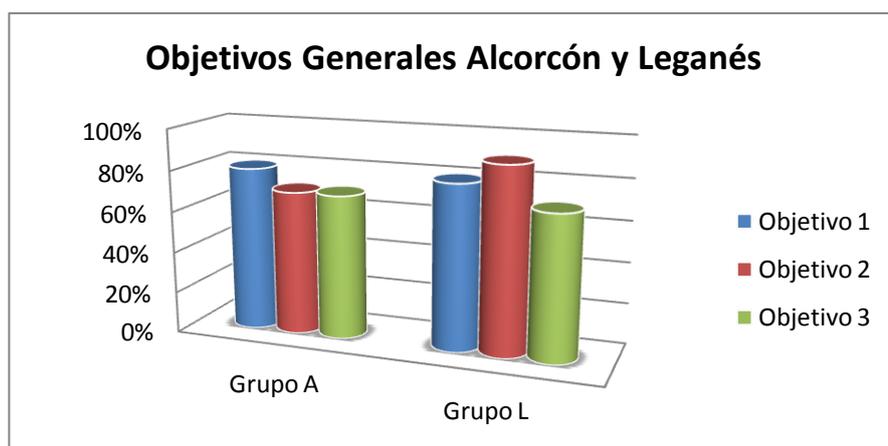
La evaluación en el taller de teatro se llevó a cabo mediante la observación directa y continua de cada participante y su evolución. Utilizando técnicas de evaluación de tipo cualitativo como: verbalización simple, grabaciones, y una autoevaluación al finalizar cada proceso de montaje.

EVALUACIÓN POR OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- ▶ Trabajar la confianza
- ▶ Fomentar la creatividad y la imaginación

- ▶ Ejercitar la Expresión Corporal



En Ambos grupos durante el 2014 se observó desarrollo del grado de confianza al realizar la representación, por otra parte sobre salió el grupo de teatro de Leganés en cuanto a la creatividad, realizaron cambios al texto teatral de acuerdo a sus necesidad y habilidades, en cuanto a la expresión corporal se ve afectada por su relación con enfermedad, en algunos participantes avanza la enfermedad lo cual se evidencia en su manera de expresarse verbalmente y corporalmente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

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



Dentro de los resultados de los Objetivos específicos podemos observar en el gráfico que con un 80% logran ejercitar el cuerpo y la voz, a su vez dentro de este objetivo se pretende estimular la memoria, la atención, concentración y coordinación del cuerpo con la intención

de la interpretación. El trabajo de la voz, la respiración y el lenguaje no verbal son tomados en cuenta dentro de este apartado

En cuanto a las Habilidades sociales ambos grupos se desenvuelven correctamente, se percibe un ambiente de trabajo en equipo donde se apoyan, cuidan y ayudan recíprocamente.

Un objetivo por cumplir plenamente es la realización de las escenografías en ambos grupos, ejercitar la motricidad fina, a través de elaboraciones sencillas de material escenográfico, no cumplió con las expectativas planteadas, por falta de tiempo o motivación por parte de todos, se planteará nuevamente para el siguiente año.

En la Sede de Leganés se realizó una obra especial para niños del CEIP Andrés Segovia, con motivo del Día Mundial del Párkinson, y con relación a la campaña “Todo súper héroe, necesita un súper compañero”, donde se explicaba la Enfermedad de Párkinson, esta actividad ha llenado de satisfacción a los miembros del grupo, sintiéndose útiles y llevando información y divulgación de los síntomas de la enfermedad de una manera creativa y dinámica. Se espera llevar a más escuelas este montaje durante las jornadas del día mundial del párkinson de 2015.

Conclusiones

- El taller de teatro brinda momentos de buen humor y desarrollo de habilidades sociales en pacientes con la Enfermedad de Párkinson
- El incluir a familiares y otros socios en el taller de teatro potenciaría la autonomía y el apoyo familiar.
- Se observa que al expresar desde otra perspectiva la Enfermedad de Parkinson, desde actividades creativas brinda una mejor afrontación de la enfermedad.

TALLER DE MANUALIDADES

Profesoras: M^a Teresa hermoso De Ancos
M^a Jesús Cabezas Pizarro

JUSTIFICACIÓN

Se configura como una actividad que posibilita a los mayores ocupar de una manera positiva su tiempo libre a la vez que les ofrece la oportunidad de conocer y poner en práctica diversas técnicas de manualidades. De esta manera podrán confeccionar diversos complementos y/o accesorios personalizados que puedan utilizar o regalar a sus amigos o familiares.

OBJETIVOS

- Favorecer el trabajo psico-motriz y cognitivo de los participantes mediante la realización de trabajos de destreza manual.
- Fomentar espacios recreativos y de encuentro que fomenten las relaciones interpersonales entre las socias/ os.
- Realización de manualidades para contribuir al acondicionamiento de la Asociación

CALENDARIO

- De octubre a junio

METODOLOGÍA

En esta actividad participan pacientes y familiares. Se adecúan las actividades a la situación física de los participantes. Las sesiones son una vez a la semana en un grupo no mayor de 12 participantes. La duración de las mismas son de 60 minutos.



EVALUACION

Se organizaron dos grupos uno en Leganés con 7 socios y otro grupo en Alcorcón con 5 participantes, dentro de la actividad se lograron realizar diferentes piezas (Bandejas, borches, jarrones decorados, ect..) que se expusieron en el I Mercadillo solidario organizado en Diciembre en cada sede.

YOGA

Profesora: Amparo Hernández Lamata

JUSTIFICACIÓN

El yoga tiene un papel importante en el tratamiento del Parkinson, ya que ha surgido como una alternativa terapéutica benéfica y una forma ideal de ejercicio debido a sus movimientos lentos. El yoga ayuda al trabajo mental y físico complementando cualquier otro tipo de ejercicio, además es muy útil en situaciones difíciles, de tensión o estrés.

Los pasos mencionados a continuación puede ayudar efectivamente a las personas con Parkinson:

- Control de la respiración o **Pranayama**. Este tipo de yoga ayuda en momentos de pánico. En esta forma de yoga, la mente está siempre alerta.
- Una de las formas más útiles de yoga utilizado para el Parkinson es **Ashtanga Yo**, que trabaja para fortalecer el cuerpo y aumentar la circulación sanguínea.

La práctica diaria del yoga es esencial, para fortalecer los músculos. Se aconseja la práctica diaria, pero sin causar fatiga.

Otro resultado también del Parkinson en la pérdida de movimiento de los músculos faciales. El Pranayama y otros movimientos del yoga pueden ayudar a relajarlos.

OBJETIVOS

- Mejorar la conexión de la consciencia del cuerpo, mente y espíritu.
- Conocerse a sí mismo
- Control de las emociones

METODOLOGÍA

En esta actividad participan pacientes y familiares. Se adecúan los ejercicios a la situación física de cada participante. El yoga se puede practicar tumbado, sentado o de pie. Las sesiones son una vez a la semana en un grupo no mayor de 12 participantes. La duración de las mismas son de 60 minutos.

INTERVENCIÓN

La programación de la sesión de yoga es como sigue:

1. Calentamiento psicofísico
2. Pranayama
3. Asanas
4. Concentración, relajación y meditación

Se continuará haciendo hincapié en técnicas de Relajación, así como en ejercicios de Concentración y Visualización. Además se irá perfeccionando lo que se ha hecho hasta ahora como son:

- Asanas (fortalecimiento de músculos)
- Estiramientos
- Posturas de equilibrio
- Coordinación
- Respiración consciente (Pranayama)



Dentro de las respiraciones se practica diferentes técnicas, incluyendo:

(a) Yjjayi - es muy buena para la garganta y para no atragantarse;

(b) Udiyana - mejora todo el aparato digestivo.

En general, se enseña a los alumnos a efectuar una respiración más consciente y así lograr integrar cuerpo, respiración y mente, lo cual representa la esencia del Yoga.

RESULTADOS

Se trata de una ciencia milenaria que pretende mejorar la memoria, la coordinación, el equilibrio y la concentración. La evaluación del taller se realiza de manera cualitativa,

expresado en diferentes entrevistas individuales sobre los beneficios de la actividad, durante el 2104 se registraron comentarios positivos de los alumnos, que sentían que el yoga les favorecía y les ayudaba a fortalecerse, concentrarse y guardar mejor el equilibrio.

El número de participantes en estas sesiones ha sido de 7 alumnos durante el año 2014, siendo las sesiones de 60 minutos de duración.

FIESTAS DE CUMPLEAÑOS

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

Nº de celebraciones: 4

Nº Asistentes: 25



Durante este 2014 nuestra asociación ha querido realizar actividades dentro de las fiestas de cumpleaños que promuevan la motivación a las nuevas terapias, la creatividad, las interacciones entre todos los socios y familiares, por ello, hemos contado con una sesión de Terapias Asistida por Animales, guiada por la “Asociación Cuento Contigo”.

Se plantearon actividades con objetivos físicos, cognitivo y emocionales que permitieron una apertura en los grupos con interacciones divertidas y positivas con el Terapeuta y el cooterapeuta (Perro).

Participaron 20 socios, la sesión tuvo una duración de 45 min, y los resultados observados son favorables, se observó

la participación, se fomentaron las relaciones y habilidades sociales, se generó un ambiente de confianza e intercambio en la comunicación.

ÁGAPES SOCIOS

Se organizaron dos encuentros anuales, celebrados en restaurantes de la Localidad, una comida para todos los socios y familiares celebrada el 16 de enero. Y otra con motivo del Día Mundial de Párkinson. Asistencia general 60 socios

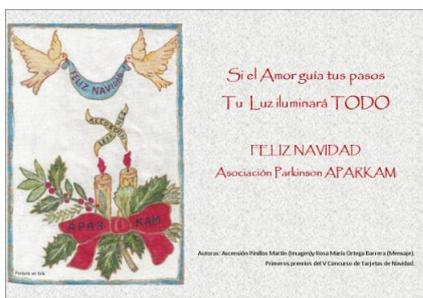


CONVIDARTE

La Asociación Parkinson APARKAM celebró la V Edición de los Premios Convidarte. Estos premios fomentan y valoran los trabajos creativos de los socios. En cada edición, la convocatoria recoge dos categorías: Relato Corto y Fotografía.



CONCURSO DE NAVIDAD



APARKAM organiza anualmente un concurso de Tarjetas de Navidad con dos modalidades: imagen y mensaje. Con los trabajos de los ganadores de cada una de las modalidades, la asociación elabora la felicitación navideña que se enviaron a socios, colaboradores e instituciones.

EL MENSAJERO

Se trata de una publicación interna trimestral, en la que participan los socios. Esta publicación está diseñada por Rubén Montero (socio colaborador) y junto con él colaboran en los contenidos: Ana Pérez y Villabaldo de Paula. A partir del año 2009, El Mensajero se amplía y mejora el formato gracias a la colaboración de un laboratorio. Debido a los recortes sufridos, los laboratorios han dejado de colaborar y nos hemos visto obligados a reducir la publicación a 4 números anuales.

EXCURSIONES



Durante el año se realizaron dos excursiones al El Espinar (Segovia). Una al finalizar el curso el 16 de Junio la participación fue de más de 20 personas y el 13 de octubre realizamos otra salida, con una asistencia de más de 25 personas.

DIVULGACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

CONFERENCIAS

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



DÍA MUNDIAL DE PARKINSON

El día 11 de abril se celebra el Día Mundial de Parkinson. La Federación Española de Parkinson propone un lema cada año. El lema del 2014 ha sido “Todo súper héroe, necesita un súper compañero” Cada entidad organiza diferentes actividades, nuestra asociación en coordinación con el Ayuntamiento de Alcorcón y el Ayuntamiento de Leganés desarrolla actividades científicas y lúdicas.



- cto de calle: actividad dirigida a niños en el CEIP Andrés Segovia de Leganés.
- Mesas informativas en hospitales y centros de salud de Alcorcón, Leganés, Villaviciosa de Odón.
- Conferencias sobre Párkinson: 10 de abril en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón
- Jornada sobre Parkinson en el Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón (11 de abril).
- Carrera Popular *Run for Parkinson*: 8 de junio
- Comida de socios y actividades lúdicas

II CARRERA SOLIDARIA RUN FOR PARKINSON ALCORCÓN

Con el fin de dar una mayor visibilidad a las necesidades de las familias con párkinson, nuestra asociación se suma por segunda vez a la organización mundial Run for Parkinson. Esta carrera se organiza en diferentes ciudades de España y de otros países, fundamentalmente de Latinoamérica. Nuestra asociación contó con la colaboración de la Concejalía de Deportes de Alcorcón y organizamos la carrera con otras



entidades como: la empresa deportiva INACUA y la federación madrileña de atletismo. Es importante destacar la colaboración y patrocinio de diversas empresas del municipio de Alorcón así como del Voluntariado de Alorcón. Al evento acudió una cifra aproximada de 250 personas que resultó un éxito para nuestra entidad y nuestros fines. Esta carrera se realizó en un circuito urbano de Alorcón el día 8 de junio de 2013.

PLANTEMOS UN ÁRBOL POR EL PÁRKINSON



Desde el año 2010, en el mes de noviembre la FEP propone una nueva fecha para hacer visible la enfermedad de Parkinson, así como las necesidades y demandas de las personas que la tienen diagnosticada. En una apuesta por el medio ambiente y con la colaboración del Ayuntamiento de Alorcón.

El “BOSQUE DE PÁRKINSON” inaugurado el año 2010, se renueva cada año, en el 2014 se plantaron 10 nuevos árboles Almendros, al acto asistieron miembros de las distintas el Alcalde del municipio, Concejalías del Ayuntamiento de Alorcón, así como una amplia representación de las asociaciones y los colectivos de Discapacidad.

RIFAS Y LOTERÍAS

La Asociación Parkinson APARKAM realiza durante el año distintas rifas o loterías, aprovechando otros eventos. La recaudación de esta actividad se utiliza para cofinanciar las terapias de los pacientes.

- Rifas
- Lotería en Navidad

PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS

En 2014 se celebraron los IV Galardones Ciudad Alorcón, otorgados por la asociación Fútbol Sala Ciudad de Alorcón, reconociendo nuestra labor en la categoría Mayores en la modalidad popular, dando de esta manera una mayor visibilidad y conocimiento de nuestra asociación en la localidad de Alorcón.



INVESTIGACIÓN

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

Durante el 2014, se realizó un estudio sobre los beneficios de la Danzaterapia en la mejora del equilibrio en personas con Enfermedad de Párkinson, dicho estudio se realiza con apoyo de la Universidad Rey Juan Carlos y el Hospital Universitario Fundación de Alorcón.



En esta primera fase realizaron el tratamiento de Danzaterapia 10 paciente, se realizaron ejercicios de ritmo, memorización de coreografías y expresividad corporal. Al finalizar el tratamiento se realizó una muestra coreográfica para todos los socios que no participaron, con la intención de motivar para siguiente grupos.

FOROS DE TRABAJO

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

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE PARKINSON

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

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

MESA DE DISCAPACIDAD DE ALCORCÓN

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

- Con motivo del Día internacional de las personas con discapacidad (3 de diciembre), la Concejalía y la Comisión de Discapacidad realizan una serie de actos y actividades dentro de la Semana de la Discapacidad. La Asociación Parkinson Alorcón participó en las actividades desarrolladas.
- Servicio de transporte adaptado. Se facilita para que las personas en situación de mayor falta de movilidad dispongan de un servicio de transporte adaptado que les

permita acudir a la asociación para recibir su Tratamiento Terapéutico Integral. Este servicio se puso en marcha en el año 2009 y ha sido financiado por el Ayuntamiento de Alorcón realizando el servicio Cruz Roja. Durante el año 2012 se ha suspendido dicho servicio por falta de financiación del Ayuntamiento de Alorcón.

CODIAL

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

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

FORO DE DISCAPACIDAD DE LEGANÉS

En el año 2014 la Asociación desea solicitar la integración en el Foro de la Discapacidad de Leganés.

PACTO CIUDADANO DE ALCORCÓN CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES

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

GESTIÓN DE LA ENTIDAD

INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN

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

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

GESTIÓN DE PROYECTOS Y SUBVENCIONES

APARKAM requiere de recursos humanos, medios técnicos y recursos económicos para llevar a cabo todos los servicios y actividades descritas. En relación a lo económico, los socios aportan parte y el resto de la financiación es aportada por distintas entidades públicas y privadas.



SUBVENCIONES

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Convocatoria IRPF 2013
- Comunidad de Madrid, Consejería de Servicios Sociales
Convocatoria Mantenimiento de centros, servicios y desarrollo de programas de atención a personas con discapacidad.
- Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad
Convocatoria programas de prevención de la enfermedad, ayuda mutua y autocuidados para personas con enfermedad crónica.
- Concejalía de Salud y Mercados del Ayuntamiento de Alcorcón
Cesión de uso compartido de espacios en el Centro de Asociaciones para la Salud
Convenio de colaboración con a nuestra entidad.
- Concejalía de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Leganés
Cesión de uso compartido de espacios en el Hotel de las Asociaciones de Leganés.

Durante el año 2014, APARKAM ha participado en 13 convocatorias de ayudas o premios.

ATENCIÓN INTEGRAL A FAMILIAS CON PÁRKINSON O PARKINSONISMOS

SUBVENCIONES

ENTIDAD	LOGOTIPO	PROGRAMA COFINANCIADO
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD		ATENCIÓN PSICO-COGNITIVA A PACIENTES CON PÁRKINSON
COMUNIDAD DE MADRID -Consejería de Familia y Asuntos Sociales -Consejería de Sanidad		-FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON PARKINSON -TERAPIA MANUAL EN PACIENTES CON PARKINSON
AYUNTAMIENTO DE ALCORCÓN		REHABILITACIÓN LOGOPÉDICA EN PACIENTES CON PARKINSON

COLABORADORES

ENTIDAD	LOGOTIPO
AYUNTAMIENTO DE ALCORCÓN	
AYUNTAMIENTO DE LEGANÉS	
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE PARKINSON	
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN	
HOSPITAL SEVERO OCHOA DE LEGANÉS	
CENTRO DE SALUD VILLAVICIOSA DE ODÓN	
PIV VOLUNTARIADO ALCORCÓN	
CEIP ANDRÉS SEGOVIA LEGANÉS	
CENTROS DEPORTIVOS INACUA ALCORCÓN	

Es necesario hacer una mención especial a todos los voluntarios y voluntarias que han colaborado con nosotros en distintos programas y actividades. Nuestro agradecimiento al Punto de Información de Voluntariado de Alcorcón y a los voluntarios anónimos que han hecho posible que la calidad de vida de las familias con párkinson sea una realidad.

PATROCINADORES Y DONATIVOS



- ❖ Bar de tapas "La Puebla" Restaurante
- ❖ Peluquerías Cebado
- ❖ Mc Donalds Alcorcón
- ❖ Taller Aula Motor de Villaviciosa de Odón
- ❖ Novanca
- ❖ La Caixa
- ❖ Centro Deportivo Inacua Alcorcón
- ❖ Gym Virgine Active
- ❖ Corte Inglés de San José de Valderas.
- ❖ Bonsai Advanced Technologies, S.L.
- ❖ Grupo Sage
- ❖ Dinahosting