

TERAPIA OCUPACIONAL

Y

ENFERMEDAD DE PARKINSON

TRABAJO FIN DE MÁSTER

ISABEL ROZAS AFONSO

MÁSTER UNIVERSITARIO EN GERONTOLOGÍA

FAC. CIENCIAS DE LA SALUD (OZA)

UNIVERSIDAD DE A CORUÑA

isa.rozas.afonso@gmail.com

620574802

JUNIO 2012

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	7
2. MATERIAL Y MÉTODOS	8
3. TERAPIA OCUPACIONAL EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.....	8
3.1 DIAGNÓSTICO	9
3.2 SÍNTOMAS NO MOTORES Y FUNCIÓN EJECUTIVA.....	10
3.3 INTERVENCIÓN TO	11
4. CONCLUSIONES.....	13
5. BIBLIOGRAFÍA	15

RESUMEN: La Enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa y que a día de hoy no tiene cura; aunque si que se pueden intentar retrasar la aparición de los síntomas de la enfermedad: motores y no motores. En la siguiente revisión, se centrará en los síntomas no motores, en concreto las funciones ejecutivas.

La Terapia Ocupacional (TO) forma parte de las disciplinas que tratan a los enfermos de parkinson a la par que tienen su tratamiento farmacológico, a través de la intervención en las actividades de la vida diaria (AVD) mediante la ocupación, para que el paciente sea lo más independiente posible durante el mayor tiempo influyendo positivamente en su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Parkinson, Terapia Ocupacional, actividades de la vida diaria en la EP, calidad de vida, síntomas no motores.

- ***OCCUPATIONAL THERAPY IN PARKINSON'S DISEASE***

ABSTRACT: Parkinson's Disease is a neurodegenerative illness and today it has not cure, although it may be to delay the symptoms of disease: motor and no-motor. In the following review, we talk about no-motor symptoms: executive function.

Occupational therapy (OT) is a discipline that treat Parkinson at the same time patients have their pharmacologic treatment, during intervention in the activities of daily living (ADLs) through occupation, to make the patient more independent for as long positively influencing their quality of life

KEYWORDS: Parkinson's disease, occupational therapy, activities of dayling living, non motor symptoms, quality of life.

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la siguiente monografía tratará acerca de la TO en la EP.

En los países desarrollados, y en éste caso España, la esperanza de vida se ha incrementado exponencialmente, superando los 65 años. Éste aumento de la esperanza de vida, hace que sea también más frecuente la aparición de enfermedades crónicas y progresivas, como en éste caso: la EP.

Es un proceso que va en aumento, calculándose que en el año 2050 habrá más de 380 millones de personas octogenarias en el mundo. En un solo siglo se ha conseguido un cambio radical en la esperanza de vida de la población humana El siglo XXI será el “siglo de la geriatría”. Pero, cuanto más vivimos, más expuestos estamos a los factores ambientales y aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades asociadas a la edad¹.

Alrededor del 1% de los adultos padece EP con una media de edad de 9 años desde su diagnóstico hasta la muerte. Ocurre en todo el mundo con igual incidencia en ambos sexos y la edad promedio de aparición es alrededor de 65 años produciendo una alta morbilidad y discapacidad^{2,3}.

La EP es una enfermedad neurodegenerativa, descubierta por James Parkinson en 1817 con lo que se puede deducir que no es una enfermedad nueva y que a día de hoy no tiene cura. Varias enfermedades pueden producir éste síndrome pero la causa más frecuente de EP es idiopática que sigue siendo desconocida aunque en los últimos años las investigaciones se están centrando en factores ambientales y genéticos.⁴

Se desencadena principalmente como la muerte paulatina de neuronas dopaminérgicas de la parte compacta de la sustancia negra, al tiempo que en las neuronas que sobreviven se observan inclusiones proteínicas en el citoplasma y neuritas distróficas; además, este proceso no está limitado al circuito dopaminérgico sino que también se ven afectados los sistemas noradrenérgicos y colinérgicos y varias estructuras cerebrales⁵ Todo ello hace que se produzcan una serie de síntomas de naturaleza motora: temblores, acinesia o bradicinesia, rigidez e inestabilidad postural y no motora: depresión, alteraciones del ciclo vigilia-sueño, déficit cognitivo, disfunción ejecutiva entre otros⁶

Es una enfermedad que afecta a la vida diaria del paciente ya que interfiere en el movimiento voluntario, que se hace lento y pierde elasticidad con la forma de caminar, a pasos cortos y acelerados y en el movimiento involuntario, en forma de temblor que ocurre solo en el reposo y desaparece en acción.⁴

Los síntomas físicos que presenta la EP son:

- Temblor.
- Rigidez.
- Bradicinesia o hipocinesia.
- “Congelación”.
- Alteraciones del discurso, postura encorvada, lentitud generalizada, facies inexpresiva, marcha festinante y babeo.

Los síntomas cognitivos que presenta la EP son:

- Bradifrenia.
- Rigidez o inflexibilidad del pensamiento.

- Memoria.
- Disfunción ejecutiva.

Los síntomas psicológicos que presenta la EP son:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Problemas en las funciones corporales, la falta de autoeficacia, las dificultades en las relaciones interpersonales y los problemas de comunicación.⁷

No todos los síntomas se desarrollan a la vez, sino que se van instaurando poco a poco. En las fases más avanzadas es cuando se pueden apreciar la mayoría de los mismos.²

Actualmente existe la terapia farmacológica en la que se administran los diferentes medicamentos que intentan paliar un poco los síntomas y son los de triple combinación (Levodopa-Carbidopa-Entacapona), que reportan beneficios adicionales al tratamiento clásico de la Levodopa y son los encargados de actuar sobre los síntomas motores principalmente;⁸ y por otro lado está la terapia no farmacológica que es llevada a cabo por diferentes profesionales que conforman un equipo interdisciplinar.

Una vez realizada una breve descripción de la EP así como de sus principales síntomas, continuaremos describiendo los siguientes términos para poder enlazar el siguiente trabajo: TO, rol del terapeuta ocupacional y ocupación.

La TO es una disciplina sociosanitaria holística cuya labor es facilitar y dar oportunidad a la persona de desarrollar su vida ocupacional con la máxima

autonomía y satisfacción de acuerdo a sus objetivos⁹, motivaciones personales y a las demandas del entorno, por lo que el objetivo del terapeuta ocupacional es conseguir que la persona afectada sea lo más independiente y autónoma posible, para mejorar y/o mantener su calidad de vida.

El uso de la ocupación como terapia es el núcleo central de la profesión del terapeuta ocupacional, y se definen como el conjunto de acciones de la vida diaria de las personas, dependen de las aspiraciones, necesidades y entornos de las personas y son los medios a través de los cuales las personas controlan y equilibran sus vidas.¹⁰

Las actividades de la vida diaria (AVD), son las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un poco de autonomía e independencia.¹¹

El rol del terapeuta ocupacional está en la intervención de las AVD y es único y específico de la profesión.¹²

1.1 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La hipótesis es comprobar si es posible la TO en los síntomas no motores en la EP basándome en el modelo humanista.

El objetivo de este trabajo es revisar las diferentes fuentes de información para comprobar si la intervención de la TO resulta eficaz en la EP para tratar que el enfermo sea lo más independiente el mayor tiempo posible, desde el punto de vista humanista, centrándonos siempre en el paciente.

2. METODOLOGÍA

Para la realización de éste trabajo que consiste en una revisión bibliográfica, acerca de en cómo se enfoca la TO en la EP, se ha realizado una búsqueda en libros de diferentes autores con la temática de TO, revistas electrónicas de carácter científico como la revista Neurología y Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, y en las bases de datos tales como MEDLINE; ISY WEB OF KNOWLEDGE; PUBMED; de trabajos publicados en los últimos 17 años (1996-2012). Las palabras clave utilizadas fueron: Parkinson's disease, occupational therapy, actividades de la vida diaria en la EP, calidad de vida, síntomas no motores.

Se han seleccionado los textos con la información más relevante acerca del tema a desarrollar, teniendo en cuenta las palabras clave para realizar tal búsqueda.

3. TERAPIA OCUPACIONAL Y ENFERMEDAD DE PARKINSON

Se trata de una enfermedad degenerativa, crónica y progresiva como bien explicamos en la introducción, pero los cambios suelen ser lentos y la persona tiene tiempo para adaptarse a ellos. Los síntomas cambian mucho y los distintos entornos y estados emocionales de la persona pueden influir.

3.1 DIAGNÓSTICO

Una vez diagnosticada la enfermedad por el médico se empieza a trabajar con la persona, y suelen acudir a las enfermeras especializadas en Parkinson, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas y psicólogos.⁴ Cuando acuden a éstas terapias, la persona ya suele tener asignada algún fármaco, y la labor del terapeuta ocupacional será la de mantener el desempeño independiente de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), intentar compensar y/o mantener los déficits que presenta con el fin de mantener su independencia y autonomía el mayor tiempo posible, así como lograr el máximo nivel de bienestar y calidad de vida para el paciente en todos los estadios que presenta la EP.^{12,13}

Para ello, se llevará a cabo una valoración basada en la observación que se utiliza para medir la calidad en la realización de las AVD.⁹

El rol de terapeuta dentro de dicha enfermedad será el siguiente:

- Observar el desempeño de tareas
- Situar el desempeño de tareas dentro de los roles ocupacionales y ambiente del paciente.
- Analizar qué afecta al desempeño de las tareas
- Evaluar el nivel de deficiencia de las habilidades
- Comprender los trastornos médicos y psicológicos.¹²

3.2 SÍNTOMAS NO MOTORES Y FUNCIÓN EJECUTIVA

Los síntomas motores son el sello clínico de la EP, sin embargo los síntomas no motores también suelen estar presentes. Una de las funciones que se ve gravemente alterada es la función ejecutiva que se define como una deliberada planificación y regulación en situaciones en las que los patrones de conducta previamente aprendidos no son suficientes o no están disponibles.^{3,15} Ésta función es relevante en el desempeño ocupacional en la EP, ya que probablemente dichos déficits interfieran con su capacidad para desarrollar sus ABVD.¹⁶ Todo ello, hace que el paciente con EP, presente una pérdida de atención que les dificulta para responder a más de un estímulo o cambiar de una idea a otra.¹⁷

Debido a la lentitud en sus respuestas cognoscitivas, el paciente con disfunción ejecutiva, son susceptibles a la distracción, suelen pasar de una tarea a otra sin terminar ninguna y tienen dificultad para ejecutar tareas que requieran de una coordinación espacio-temporal.¹⁸

El problema se ve agravado debido a que el enfermo de Parkinson tiene dificultades para expresar su motivación a través de la cara, cuerpo y voz.¹⁹

3.3 INTERVENCIÓN TO

Para una intervención dentro de ámbito de la TO, nos basaremos en el modelo de ocupación humana de Kielhofner que se relaciona con actividades efectuadas por razones personales que sirven a la necesidad básica de exploración y dominio del entorno. Siguiendo el modelo canadiense centrado en el paciente, la ocupación es imprescindible para encontrar y modelar el sentido a nuestra existencia individual a través de la búsqueda de valores personales y universales. La ocupación forma parte de la identidad social y personal de un individuo.²⁰

La actividad es el centro del proceso de terapia ocupacional y tras la valoración por observación del paciente, se pautarán aquellas que ayuden al paciente a mantener su desempeño independiente en las ABVD.^{12,21}

El plan de tratamiento para un enfermo de Parkinson debe ser individualizado²², se establecerán las pautas de la actividad terapéutica y las deberá conocer el paciente ya que de esa manera participará en el desarrollo de las mismas y serán programadas en función a las características, gustos e intereses por lo que su realización será más significativa y eficaz.²³ La participación activa del paciente en la comprensión del propósito, selección y compromiso en la actividad es esencial y motivante.²⁴

Se debe tener en cuenta que el programa terapéutico se debe de componer de actividades que permitan la consecución progresiva de los

objetivos generales del cliente.²⁵ El enfermo de Parkinson necesitará de más tiempo para la realización de las AVD, ya que tardará más en realizar la secuencia de la AVD que le proponamos. Es importante darles el tiempo que necesite (dentro de un tiempo razonable), y se aconseja utilizar actividades que involucren movimientos repetitivos, rítmicos y de secuencia de lento a rápido. Los alcances serán bilaterales y a diferentes alturas.²⁶

Es necesario intentar que el paciente sea lo más independiente y autónomo posible durante el mayor tiempo, y todo el trabajo que se realice con él mejorará su calidad de vida ^{27,28} puesto que el diagnóstico de la enfermedad, la intervención y los efectos de la intervención pueden interrumpir la adaptación a la nueva situación.²⁹

La base del conocimiento de terapeuta ocupacional avala la síntesis de la actividad adecuada a las necesidades específicas del paciente mediante el análisis de la actividad, la utilización de la actividad para la evaluación, el tratamiento, la habilidad para proporcionar instrucciones adecuadas y la habilidad para adaptar la actividad¹², aunque todo ello puede estar influenciado por la calidad de vida que percibe el cliente debido a su enfermedad.³⁰

4. CONSLUSIONES

Como mencionamos al inicio del trabajo, la EP se trata de una enfermedad progresiva y crónica, por lo que es importante a trabajar cuanto antes con el paciente, con el fin de retrasar su deterioro y mantener su independencia el mayor tiempo posible.

A la par del tratamiento farmacológico, también es importante el tratamiento no farmacológico.

Desde el punto de vista de la terapia ocupacional, tratamos de que el paciente sea lo más independiente posible durante el mayor tiempo influyendo positivamente en su calidad e vida y una de las cosas más específicas de nuestro campo es la intervención en las AVD con una ocupación como actividad, ya que la misma actividad al estar compuesta por tareas nos servirá para realizar una evaluación, pautar una intervención y ver el seguimiento de la misma.

Para ello, no sólo se debe hacer hincapié en los déficits que presenta sino también en las capacidades residuales que mantiene, para poder potenciarlas o mantenerlas. En éste caso, hemos centrado el trabajo en las disfunciones ejecutivas, puesto que afectan a la atención y es necesario dedicar quizás más tiempo con los enfermos de Parkinson con el fin de que se lleguen a crear rutinas para poder facilitar su día a día.

Por lo tanto, desde una visión humanista, considerando al paciente como el centro de atención de todo el proceso y junto con el trabajo conjunto de un equipo multidisciplinar, se debería de actuar en todas las áreas que presenten

afectación y conseguir incrementar la calidad de vida e independencia el mayor tiempo posible.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Herrero MT. Investigación en Enfermedades Neurodegenerativas. Evitando la epidemia “silenciosa” del siglo XXI. EG 2008;14:1-10.
2. Carl E, Moore P. Parkinson’s Disease. Clinical Evidence.2007;8:2-32.
3. Sotirios A, Christopher J, Biglan K, Bodis I, Licueg G, Webster G et al. Determinants of the timing of symptomatic treat in early Parkinson’s Disease. Arch Neurol2009;66 (9):099-1114.
4. Turner A, Foster M, Sybil E. Occupational Therapy and Psysical Dysfunction. Madrid: Churchill Livingstone;1996.
5. Millán JC. Gerontología y Geriatria: Valoración e Intervención. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana;2010.
6. Castro A, Valldeoriola F, Linazasoro G, Rodríguez MC, Stochi F, Marín C et al. Optimización del uso de la levodopa en la enfermedad de Parkinson: papel de la combinación levodopa-carbidopa-entacapona. Neurología 2005;20(4):180-88.
7. Varanese S, Birnbaum Z, Rossi R, Di Rocco A. Treatment of Advanced Parkinson’s.SAGE 2010;1:1-9.
8. Shoba S, Laura A, Amer S. Parkinson’s Disease: Diagnosis and Treatment. Aafp.2006;74(12):2046-54.
9. Molero JL. Párkinson: un as en la manga. Madrid: Obra social caja Madrid;2008.
10. Turner A, Foster M, Sybil E. Terapia Ocupacional y disfunción física. Madrid: Churchill Livingstone; 2002.

11. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Ley 39/2006 del 14 de Diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15-12-2006)
12. Hopkins H, Smith H. Terapia Ocupacional. Editorial Médica Panamericana: Madrid;1998.
13. Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N. What contributes to quality of life in patients with Parkinson's Disease?. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2009;69:308-12.
14. Koerts J, Van M, Tucha O, Leenders K, Wiebo H. Executive Functioning in Daily Life in Parkinson's Disease: Initiative, Planning and Multi-Task Performance. Plos One.2000;30(8):1-8.
15. Pineda D. La función ejecutiva y sus trastornos. REV NEUROL 2008; 30 (8):764-68.
16. Foster E, Hershey T. Everyday executive function is associated with activity participation in Parkinson's Disease without Dementia. Otjr 2011;31:16-22.
17. Bronnick K, Ehrt U, Emre M, De Dey P, Wesnes K, Tekin S, Aarsland D. Attentional deficits affect activities of daily living in dementia associated with Parkinson's Disease. JNMP 2006;77:1136-42.
18. Harrison M, Scott W, Frysinger R, Patrie, Huss D, Currie L et al. UPRDS Activity of Daily Living Score as marker of Parkinson's Disease progression. Mov Disord.2009;24(2):224-36
19. Takahashi K, Tickle L, Coster W, Latham N. Expressive Behavior in Parkinson's Disease as a function of Interview Context. Am J Occup Ther.2010;64(3):484-95.

20. Kielhofner G. Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice. USA: Ed 4 Philadelphia; 2009.
21. Kelly E, Pahwa R. The Impact and Management of Nonmotor Symptoms of Parkinson's Disease. AJMC 2011;17(12):308-14.
22. Dixon L, Duncan D, Johnson P, Kirkby L, O'Connell H, Taylor H. Terapia Ocupacional para pacientes con Enfermedad de Parkinson. Wiley 2007;4:1-18.
23. Romero DM, Moruno P. Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003.
24. Corregidor AI. Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología, Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Madrid: 2010; SEGG.
25. Polonio B. Terapia Ocupacional en Geriatría: 15 casos prácticos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001.
26. Moruno P, Romero DM. Actividades de la vida diaria. Madrid: Masson; 2006.
27. Bahram Y, Tadibi V, Fathollahzadeh A, Montazeri A. Exercise therapy, quality of life, and activities of daily living in patients with Parkinson's Disease: a small scale quasi-randomised trial. Trials 2009;10(67):1-7.
28. Millán JC. Principios de Geriatría y Gerontología. Madrid; McGraw-Hill: 2006.
29. Sladyk K, Jacobs K, MacRae N. Occupational Therapy essentials for clinical competence. USA; Ed Slack: 2010.
30. Hernández R, Fernández JA, Rancaño I, Cueto A. Calidad de vida y enfermedades neurológicas. Neurología 2001;16:30-37.