



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2019 / 2020

TRABAJO FIN DE GRADO

Efectos cognitivos y funcionales que se producen tras la
aplicación de un programa de estimulación cognitiva en una
paciente con Parkinson

Cognitive and functional effects after the application of a
cognitive stimulation program to a patient with Parkinson's
Disease

Autor/a: Villagrasa Quesada, Carla

Director 1: Calatayud Sanz, Estela

Director 2: Chueca Miguel, Eva Pilar

Agradecimientos:

Estos agradecimientos me gustaría dedicárselos, en primer lugar, a C.M., usuaria de la Asociación Párkinson Aragón con la cual he llevado a cabo el Plan de Actuación Individualizado de este Trabajo Fin de Grado. Agradecer su alegría, interés por ayudarme, colaboración, participación y flexibilidad con los horarios ya que, sin ella, no hubiera sido posible.

En segundo lugar, agradecer a Eva Pilar Chueca Miguel, Terapeuta Ocupacional de la Asociación Párkinson Aragón, por toda la ayuda recibida a lo largo de este trabajo, por sus respuestas rápidas a mis dudas a través del correo electrónico y, sobre todo, por su apoyo durante la realización de todo este trabajo.

Por último, pero no menos importante, agradecer a Estela Calatayud Sanz, directora de este Trabajo Fin de Grado, por su ayuda y consejos a la hora de realizar este trabajo, por su disponibilidad a la hora de hacer tutorías y por todo el apoyo y ánimo recibido.

Índice general

Glosario:	7
Índice de tablas:	7
Índice de figuras:	8
Resumen:	9
1. Introducción:	10
1.1. Propósito general del trabajo:	15
1.2. Descripción general del recurso:	15
2. Objetivos:	16
2.1. Objetivo general:	16
2.2. Objetivos específicos:	16
3. Hipótesis:	16
4. Metodología:	16
4.1. Descripción del caso:	17
4.1.1. Datos sociodemográficos y perfil ocupacional:	17
4.1.2. Perfil clínico/diagnóstico:	19
4.1.3. Cronograma del trabajo/Plan de Actuación Individualizado: ...	20
4.2. Instrumentos de valoración:	21
4.3. Intervención:.....	26
5. Resultados:	35
5.1. Resultados cognitivos:	35
5.1.1. Minimental Parkinson (MMP):	35
5.1.2. Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale (PD-CRS):.....	35
5.2. Resultados funcionales:.....	36
5.2.1. Índice de Barthel:.....	36
5.2.2. Escala de Lawton y Brody:	37
5.2.3. Escala de NUDS:	38
5.2.4. Cuestionario de calidad de vida (PDQ-39):.....	39
5.3. Resumen de los resultados:	40
6. Discusión:	41
7. Conclusiones:	43
Bibliografía:	44
Anexos:.....	49
Anexo 1. Criterios clínicos UK Parkinson Disease Society Brain Bank	49

Anexo 2. Listado de intereses:	50
Anexo 3. Minimental Parkinson (MMP):	52
Anexo 4. Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale (PD-CRS):	53
Anexo 5. Índice de Barthel, resultados con dependencia:	61
Anexo 6. Índice de Barthel:	61
Anexo 7. Escala de Lawton y Brody:	62
Anexo 8. Escala de NUDS:	63
Anexo 9. Cuestionario de calidad de vida en Enfermedad de Parkinson: ...	67
Anexo 10. Evaluación Minimental Parkinson:	69
Anexo 11. Evaluación Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale:	70
Anexo 12. Evaluación Índice de Barthel:	71
Anexo 13. Evaluación Escala de Lawton y Brody:	73
Anexo 14. Evaluación Escala de NUDS:	75

Glosario:

TEC	Terapia/s de Estimulación Cognitiva
TO	Terapia Ocupacional
MMP	Minimental Parkinson
PD-CRS	Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale
Escala de NUDS	Northwestern University Disability Scale
PDQ-39	Cuestionario de Calidad de Vida en enfermedad de Parkinson
MOHO	Modelo de Ocupación Humana
AOTA	Asociación Americana de Terapia Ocupacional

Índice de tablas:

Tabla 1: Síntomas Cardinales	11
Tabla 2: Síntomas no motores.....	12
Tabla 3: Tratamientos en la enfermedad de Parkinson.....	13
Tabla 4: Intereses destacados.....	19
Tabla 5: Perfil clínico/diagnóstico	20
Tabla 6: Cronograma.....	20
Tabla 7: Instrumentos de valoración	22
Tabla 8: Actividades de la intervención	31
Tabla 9: Resultados MMP.....	35
Tabla 10: Resultados PD-CRS.....	36
Tabla 11: Resultados Índice de Barthel	37
Tabla 12: Resultado Escala de Lawton y Brody.....	38
Tabla 13: Resultados Escala de NUDS.....	38
Tabla 14: Resultados PDQ-39.....	39
Tabla 15: Resumen de resultados	40

Índice de figuras:

Figura 1: Pareja casi perfecta	26
Figura 2: Orden lo primero	27
Figura 3: ¿Qué me pongo?.....	27
Figura 4: Infiltrado	28
Figura 5: Pieza a pieza I.....	28
Figura 6: Pieza a pieza II.....	28
Figura 7: Pieza a pieza III	29
Figura 8: Pieza a pieza IV	29
Figura 9: Pieza a pieza V	29
Figura 10: Pieza a pieza VI	29
Figura 11: Pieza a pieza VII	29
Figura 12: Pieza a pieza VIII.....	29
Figura 13: Pieza a pieza IX	30
Figura 14: Pieza a pieza X	30

Resumen:

Introducción: La enfermedad de Parkinson es neurodegenerativa, de causa desconocida y curso crónico, progresivo e irreversible. Las TEC, realizadas, habitualmente, por Terapeutas Ocupacionales, son un tipo de tratamiento no farmacológico.

Objetivos: Analizar los efectos cognitivos y funcionales y comparar la calidad de vida en una usuaria geriátrica tras una intervención basada en la estimulación cognitiva.

Metodología: Plan de Actuación Individualizado con una mujer de 67 años, usuaria de la Asociación Párkinson Aragón y diagnosticada de enfermedad de Parkinson desde el 2013. Tras dicho diagnóstico, fue incapacitada laboralmente lo que le supuso un gran vacío y una afectación progresiva de sus intereses y aficiones. Las herramientas de evaluación utilizadas son: cognitivas (MMP y PD-CRS) y funcionales (Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, Escala de NUDS y PDQ-39). La intervención se realizó en 5 sesiones de 50 minutos cada una.

Resultados: Cognitivos: 1 punto más en el MMP y 10 puntos más en el PD-CRS. Funcionales: se produce un mantenimiento con pequeños cambios cualitativos y un incremento de la calidad de vida del 2,57% según el PDQ-39.

Conclusión: La aplicación de un programa específico de TO, basado en las TEC y adaptado a las características ocupacionales, motivación e historia de vida de la usuaria, teniendo como guía el MOHO, ha sido beneficioso para lograr cambios cognitivos y funcionales. Como consecuencia de estos logros también se ha conseguido un aumento de su calidad de vida puesto que, ha mejorado en sus actividades diarias y se ha reforzado su autoestima y satisfacción.

1. Introducción:

La enfermedad de Parkinson fue descrita, con el nombre de parálisis agitante, por el médico inglés James Parkinson en 1817; es una enfermedad neurodegenerativa, la segunda más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer; de curso crónico, progresivo e irreversible. Su causa se desconoce, aunque existen factores de riesgo que la condicionan, como genéticos, ambientales y la edad (1-9).

Esta patología provoca una afectación gradual de las áreas encargadas de coordinar la actividad, el tono muscular y los movimientos, ocasionada por la degeneración y muerte progresiva de unas neuronas de la sustancia negra, llamadas neuronas dopaminérgicas (3,5).

Se ha verificado que la edad media de inicio de esta enfermedad está entre los 50 y 70 años, aunque no resulta infrecuente encontrar dicho diagnóstico a los 40 años (3). Alrededor de 10 millones de personas la padecen en todo el mundo, afectando al 1% de la población mayor de 60 años y al 4-5% mayor de 85 años (10).

En los estudios de prevalencia e incidencia se muestran un incremento, de ambas, conforme avanza la edad. Por un lado, la prevalencia global anual varía entre 100-300 casos cada 100.000 habitantes. Por otro lado, la incidencia global anual se estima entre 1,5-22 casos cada 100.000 habitantes (10). En Europa, la incidencia es aproximadamente del 1,6% en personas de más de 65 años (3).

A nivel mundial, los estudios de prevalencia e incidencia presentan una variación geográfica (11); en Europa y Norteamérica hay mayor prevalencia que en África y Asia. Por otra parte, también hay estudios que demuestran una ligera prevalencia en hombres, sin embargo, otros no han encontrado ninguna diferencia entre ambos sexos [(1),(3-4),(10)].

El cuadro clínico de la enfermedad de Parkinson causa una significativa discapacidad funcional y se puede dividir en síntomas motores y no motores. La importancia de estos últimos se ha incrementado recientemente ya que, pueden aparecer como síntomas pre-motores y ser posibles marcadores pre-clínicos. Sin embargo, la aparición de los síntomas motores típicos, llamados "síntomas cardinales", continua siendo fundamental para el diagnóstico; estos comprenden

temblor de reposo, bradicinesia, rigidez y alteraciones de los reflejos posturales [(8),(12-14)].

<p>Temblor de reposo</p>	<p>El temblor de reposos es el más frecuente y característico. Tiene un inicio insidioso y esporádico y suele ser intermitente; comienza en alguna de las cuatro extremidades pero, posteriormente, de forma progresiva, compromete al resto de ellas. También puede afectar a otros segmentos corporales, como, el mentón, la mandíbula, la lengua y la cabeza (13,15).</p> <p>Al ejecutar un movimiento o conservar una postura, este temblor desaparece o se reduce; durante el sueño desaparece, empeora con el estrés y la ansiedad y mejora con la tranquilidad (13,15).</p>
<p>Bradicinesia</p>	<p>La bradicinesia hacer referencia a la lentitud de los movimientos voluntarios; se observa en la hipomimia, la pérdida de balanceo en las extremidades superiores al caminar o en la imposibilidad de levantarse de la silla en un solo intento (13).</p> <p>Un empeoramiento del cuadro de la bradicinesia es la acinesia, pérdida o cesación del movimiento. Esta es la causante de los denominados "freezing" (episodios de bloqueo motor durante la marcha o congelamiento) (13); pueden aparecer al iniciarse la marcha, al intentar hacer un giro, cuando se aproxima a algo o en espacios estrechos. El estado de ánimo, los estímulos visuales y auditivos pueden hacer desaparecer este congelamiento (15).</p>
<p>Rigidez</p>	<p>La rigidez se considera la resistencia involuntaria a la movilización pasiva de un segmento corporal. Esta resistencia puede aparecer como una oposición, seguida de una relajación y sucedida por otra oposición; acontecimiento denominado "signo de la rueda dentada" (15).</p>
<p>Alteraciones posturales</p>	<p>Estas son graves e incapacitantes y las causantes de caídas frecuentes, sobre todo si se asocian con el "freezing" (13,15).</p>

Tabla 1: Síntomas cardinales

Además de estos, es frecuente que aparezcan otros síntomas motores, como por ejemplo, trastornos de la voz y de la deglución, sialorrea, dificultades respiratorias por falta de elasticidad de los músculos respiratorios, marcha en pequeños pasos y postura en flexión (13,15).

Por el contrario, entre los síntomas no motores se pueden destacar hiposmia, trastorno de conducta del sueño REM, estreñimiento, depresión, punding, deterioro cognitivo, demencias y otros síntomas neuropsiquiátricos más graves como alucinaciones, confusiones, delirios y psicosis (13-14).

Hiposmia	La Hiposmia o disminución del olfato afecta al 90% de los enfermos de Parkinson (13-14)
Trastorno de conducta del sueño REM	Este trastorno aparece en el 30% de estos enfermos. En el 40% de los casos precede a los síntomas no motores (14).
Estreñimiento	El 60% de los enfermos de Parkinson presentan estreñimiento (13-14). El compromiso temprano del sistema nervioso entérico explica su aparición en etapas pre-motoras de la enfermedad (13).
Depresión	La depresión tiene una prevalencia que oscila entre el 20-50% (13). Precede a los síntomas no motores en el 20% de los casos (14). La asociación con la ansiedad es frecuente dando lugar a la aparición de un síndrome ansioso-depresivo (13).
Punding	Punding significa realizar de forma repetitiva, excesiva, compulsiva y estereotipada diferentes actividades, como, limpiar, guardar objetos, ordenar cosas, etc. (13).
Deterioro Cognitivo	Los enfermos de Parkinson que presentan una alteración cognitiva leve tienen un riesgo elevado de desarrollar demencia durante el curso progresivo de la enfermedad (16).
Demencias	El desarrollo de demencias en estos usuarios es tardío, en estadios avanzadas de la enfermedad. Tienen 6 veces más riesgo a desarrollar demencia que otras personas de la misma edad sin enfermedad de Parkinson (13).
Síntomas neuropsiquiátricos graves	El 30% de los enfermos de Parkinson presentan alguna manifestación psicótica en el curso de la enfermedad (13).

Tabla 2: Síntomas no motores

El deterioro cognitivo leve asociado a enfermedad de Parkinson presenta una prevalencia que varía entre 20-50% con un riesgo elevado a desarrollar demencia posterior. Este deterioro se caracteriza por la aparición de un síndrome disejecutivo, que afecta a la resolución de problemas, planificación, secuenciación, mantenimiento y modificación de reglas, memoria de trabajo e inhibición de la respuesta (12,16); asociado a un deterioro en las funciones visuoespaciales, déficits atencionales y reducción de la velocidad del procesamiento de la información (17).

El diagnóstico precoz de la enfermedad de Parkinson, al igual que en otras patologías, es primordial para evitar que esta evolucione (15); su diagnóstico es fundamentalmente clínico y los criterios más aceptados son los del UK Parkinson Disease Society Brain Bank (8,10) [ANEXO 1].

Asimismo, el tratamiento para una curación definitiva no existe en estos momentos. Los tratamientos actuales están orientados a obtener una mejora sintomática, estos se pueden clasificar en: quirúrgico, farmacológico y no farmacológico (5).

<p>Tratamiento quirúrgico</p>	<p>Este tipo de tratamiento no está dirigido a todos los usuarios con enfermedad de Parkinson, es utilizado en aquellos usuarios que se encuentran en estados avanzados de la enfermedad y el tratamiento medicamentoso ya no es suficiente (5).</p>
<p>Tratamiento farmacológico</p>	<p>Este tratamiento comienza cuando los síntomas de la enfermedad ocasionan algún grado de discapacidad en el paciente. Debe de ser individualizado, teniendo en cuenta factores como la edad, el grado de discapacidad, su situación cognitiva, su situación laboral o si el lado afectado es el dominante (3,5).</p> <p>Actualmente, aunque existen una variedad de medicamentos, no hay ningún fármaco capaz de revertir o detener el curso patológico de la enfermedad (3). La Levodopa es el tratamiento más eficaz que hay en la actualidad (5).</p> <p>Al principio los usuarios responden bien al tratamiento, pero con el paso del tiempo la reacción a la Levodopa dura menos. Los periodos en que los síntomas responden bien a la medicación y, por tanto, el usuario mejora, se denominan periodos "on"; por el contrario,</p>

	cuando el efecto de la medicación desaparece y los síntomas reaparecen, se denominan periodos "off". Además, a largo plazo, el consumo de Levodopa provoca complicaciones motoras, como movimientos involuntarios y fluctuaciones en la respuesta (3).
Tratamiento no farmacológico	El tratamiento no farmacológico, que siempre va asociado al tratamiento farmacológico, es importante abordarlo desde una perspectiva interdisciplinar, tanto en estadios iniciales de la enfermedad como a lo largo de ella. Las áreas de abordaje de este tipo de tratamientos son: fisioterapia, Terapia Ocupacional, psicología y logopedia (3).

Tabla 3: Tratamientos en la enfermedad de Parkinson

La Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC) constituye uno de los tratamientos no farmacológicos. Esta hace referencia a todas esas actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus componentes (atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, etc.). Se puede utilizar en diversas patologías, aunque se plantea de forma diferente según el tipo de patología que haya causado el deterioro (18-19).

Los objetivos de la TEC son, asegurar la máxima autonomía posible, favorecer la estimulación de las funciones cognitivas y acompañar en la concienciación de las propias dificultades y elaboración de nuevos estilos de vida. De este modo, se pretende disminuir las consecuencias de los déficits cognitivos en las actividades diarias y en la participación social (18).

La Terapia Ocupacional (TO) es una profesión sociosanitaria cuya función es muy importante en el tratamiento no farmacológico de esta enfermedad ya que, durante su curso tanto los usuarios como sus familiares tienen que hacer frente a numerosos cambios que se originan en sus vidas. El objetivo principal de la TO es lograr que los usuarios consigan la máxima autonomía e independencia en el desempeño de sus actividades de la vida diaria y, de esta forma, obtener la mayor calidad de vida posible [(3),(20-21)].

El tratamiento desde el ámbito de TO irá dirigido a restaurar, mantener y promocionar la participación en actividades significativas y roles que mejoren la función y la calidad de vida. Entre las intervenciones se incluyen (3,20):

- 1. El asesoramiento para la reorganización de la rutina diaria.
- 2. El entrenamiento de nuevas habilidades para conseguir formas adaptativas o alternativas de realizar las actividades.
- 3. El asesoramiento sobre adaptaciones del entorno, así como de productos de apoyo.
- 4. La educación.

Las TEC son realizadas, frecuentemente, por los Terapeutas Ocupacionales. Estas han demostrado una gran efectividad en algunas patologías, como por ejemplo, en la enfermedad de Alzheimer (22). Sin embargo, tras la revisión bibliográfica, que hemos realizado para este Trabajo Fin de Grado, no hemos identificado estudios en revistas de impacto que muestren la efectividad del tratamiento de las TEC en la enfermedad de Parkinson; salvo un Trabajo Fin de Grado realizado en la Universidad de Zaragoza y llevado a cabo en la Asociación Párkinson Aragón que demuestra la efectividad de estos tratamientos en dicha enfermedad (23).

1.1. Propósito general del trabajo:

El propósito general de este Trabajo Fin de Grado es mostrar los efectos cognitivos y funcionales que se producen, en una usuaria con Parkinson, tras realizar una intervención de estimulación cognitiva. Para ello, desde nuestra intervención de TO se pretende trabajar el deterioro cognitivo, concretamente las funciones ejecutivas (planificación, secuenciación y razonamiento); la memoria de trabajo; la atención y la praxis visoconstructiva, relacionándolo, de forma transversal, con las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales.

1.2. Descripción general del recurso:

Este trabajo se llevó a cabo en la Asociación Párkinson Aragón, ubicada en la calle Juslibol 32-40, en el barrio del Actur. Esta asociación es un centro de rehabilitación integral privado y sin ánimo de lucro; fundada en marzo de 1996, e integrada en la Federación Española de Parkinson. En esta asociación se ofrecen una variedad de servicios (Terapia Ocupacional, logopedia, fisioterapia, psicología, atención social, etc.), mediante un programa de Atención Integral,

con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los enfermos de Parkinson, familiares y/o cuidadores (24).

La evaluación, intervención y reevaluación que se muestran a continuación se realizaron en la sala de TO de esta asociación; es una sala grande, muy bien iluminada y con un ambiente familiar y relajado para la usuaria ya que, se puede contar con el beneficio de que la usuaria recibe las terapias en esa sala todas las semanas.

2. Objetivos:

2.1. Objetivo general:

Analizar los efectos cognitivos y funcionales tras una intervención basada en la estimulación cognitiva.

2.2. Objetivos específicos:

- Analizar los efectos cognitivos mediante las escalas: Minimental Parkinson (MMP) y Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale (PD-CRS).
- Analizar los efectos funcionales mediante las escalas: Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y Escala de NUDS.
- Comparar la calidad de vida tras la intervención de estimulación cognitiva mediante el Cuestionario de Calidad de Vida en enfermedad de Parkinson (PDQ-39).

3. Hipótesis:

- El incremento de la puntuación en las escalas de evaluación cognitivas, MMP y PD-CRS, en nuestra usuaria.
- La mejora de nuestra usuaria en el desempeño de sus actividades de la vida diaria logrando mayor calidad de vida.

4. Metodología:

Llevamos a cabo un Plan de Actuación Individual dividido en tres fases:

- Establecimiento de una línea de base (evaluación inicial).
- Intervención.

- Interpretación de los resultados.

Para guiarnos, partimos del Modelo de Ocupación Humana (MOHO) y del Modelo cognitivo de discapacidad. Por un lado, el MOHO es un enfoque de la práctica de TO centrada en la ocupación y el cliente. Este conceptualiza a los usuarios como seres formados por tres elementos interactivos, la volición; la habituación y el desempeño, para explicar cómo se eligen, moldean y realizan las ocupaciones. Además, en este modelo se enfatiza que todas las ocupaciones surgen de la interacción entre las características internas de la persona (volición, habituación y capacidad de desempeño) y las características de entorno físico y social (25).

Por otro lado, el Modelo cognitivo de discapacidad desarrollado por Allen en 1985 proporciona normas para adaptar y hacer coincidir las capacidades funcionales del individuo con las demandas y los contextos de la actividad (26).

Además, para realizar la intervención utilizamos como referencia el enfoque restaurador del Marco de Trabajo de la AOTA, el cual, tiene como objetivo conseguir cambios en las variables del cliente con el fin de restaurar una habilidad que ha sido afectada (27).

Hay que resaltar que durante el proceso de evaluación, intervención y reevaluación intentamos evitar que la usuaria se encontrase en un periodo "OFF" (afectación motriz, bradicinesia, lentitud de pensamiento, etc.), con el fin de conseguir unos resultados lo más objetivos posibles.

4.1. Descripción del caso:

4.1.1. Datos sociodemográficos y perfil ocupacional:

C.M. es una mujer de 67 años que nació en diciembre de 1952 en Daroca, un pueblo de Zaragoza. Viene de una familia numerosa, ella es la tercera de cinco hermanos. Debido a la situación económica que había en su casa C.M. no pudo seguir estudiando y comenzó a trabajar con 16 años, cuando terminó los estudios primarios. Empezó a trabajar en una sastrería de su pueblo, donde conoció a su marido. Siguió trabajando allí hasta 1975, cuando se casó y vino a vivir a Zaragoza. En Zaragoza, empezó a trabajar en la venta de productos durante tres o cuatro años y, posteriormente, trabajó en ayuda a domicilio para personas

mayores (SAD). En este último, estuvo trabajando hasta que le incapacitaron laboralmente tras diagnosticarle la enfermedad de Parkinson en 2013.

La pérdida de su trabajo le supuso un gran vacío, C.M. sentía que había perdido el área principal de su vida, donde se sentía eficiente y valorada. A raíz de esto, sus roles ocupacionales se vieron afectados, perdió bastantes amistades, las relacionadas con el trabajo, y su rol dentro de la familia cambió, paso de ser un miembro de la familia que contribuía económicamente a ser un miembro de la familia pasivo con una enfermedad neurodegenerativa.

Actualmente, está jubilada y vive en Zaragoza con su marido, en el domicilio familiar. Tienen dos hijos y una hija: el hijo mayor tiene dos hijos gemelos, el hijo mediano tiene un niño y la hija pequeña tiene otro niño. Todos ellos viven en Zaragoza y mantienen una muy buena relación familiar. A C.M. le encanta ejercer el rol de abuela y pasar el mayor tiempo posible con sus nietos jugando a todo lo que su enfermedad le permite.

A partir de diagnosticarle la enfermedad de Párkinson, C.M. ha dejado de hacer muchas cosas que eran de gran interés para ella, como, leer, ir al cine, salir a comer o cenar fuera de casa, pasar la ofrenda a la virgen el día del Pilar, etc. Además, ha dejado de hacer una de las aficiones que más le gustaba, viajar, todos los veranos y siempre que podía se iba de viaje con su marido; ha recorrido casi toda Europa y parte de Asia. Coser y hacer su propia ropa fue para ella la peor pérdida, le apasionaba hacerse su propia ropa y llevar modelos exclusivos; esto lo mantuvo todo lo que pudo, hasta hace unos 5 años.

Hoy en día, lleva una vida muy tranquila. Le gusta mucho pasear, sale todos los días a dar una vuelta con su marido, con alguno de sus hijos o con sus amigas pero nunca sola; poco después de diagnosticarle la enfermedad de Parkinson, por motivos que no quiso contar, dejó de salir sola a la calle. Además, le encanta pasar tiempo con sus nietos; está empezando a retomar una actividad que dejó de hacer, la lectura y también comenta que le gustaría retomar la actividad de ir al cine. Para complementar esta información se le administró el listado de intereses, la información completa se puede ver en el anexo 2.

LISTADO DE INTERESES				
	Nivel de interés en los últimos 10 años	Nivel de interés en el último año	Participa actualmente	Le gustaría realizarlo en un futuro
Coser	Mucho	Mucho	No	Si (pero sabe que no puede)
Hablar/leer idiomas	Mucho	Mucho	Si	No
Caminar	Mucho	Mucho	Si	Si
Ver películas	Mucho	Mucho	Si	Si
Ir de visita	Mucho	Poco	Si	Si
Leer	Mucho	Mucho	Si	Si
Viajar	Mucho	Mucho	No	No

Tabla 4: Intereses destacados

4.1.2. Perfil clínico/diagnóstico:

En el 2013, C.M. comenzó con temblor de reposo en las extremidades inferiores, sobre todo en la extremidad inferior izquierda, motivo por el cual fue remitida a Neurología y diagnosticada de enfermedad de Parkinson. Desde ese momento, se le administra tratamiento con Levodopa.

En el 2014, empeoró su temblor transfiriéndose a todo su hemicuerpo izquierdo y empezó a tener otros síntomas, como, rigidez a nivel cervical, trastorno del olfato, trastornos del sueño, como, insomnio medio-tardío etc.

En 2015, fue diagnosticada de un linfoma no Hodgkin del cual se ha recuperado aunque sigue manteniendo controles semestrales.

Además, presenta HTA desde hace años, la usuaria no recuerda hace cuantos, no le preocupa en absoluto, es algo que lo tiene bien controlado con la medicación.

Desde hace años	Hipertensión Arterial (HTA).
2013	C.M. fue diagnosticada de enfermedad de Parkinson.
2014	Los síntomas de la enfermedad de Parkinson se agravaron en la usuaria y empezó a sufrir alguna caída debido a los bloqueos.
2015	C.M. fue diagnosticada de un linfoma no Hodgkin.

Tabla 5: Perfil clínico/diagnóstico

4.1.3. Cronograma del trabajo/Plan de Actuación Individualizado:

	2019-2020						
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Diseño del TFG	■						
Revisión bibliográfica					■		
Tutorías		■		■			
Evaluación		■					
Primera entrevista		■					
Evaluación cognitiva			■				
Evaluación funcional			■				
Intervención			■	■			
1ªact:Pareja casi perfecta			■				
2ªact:Orden lo primero			■				

3ªact: ¿Qué me pongo?							
4ªact: Infiltrado							
5ªact: Pieza a pieza							
Reevaluación							
Reevaluación cognitiva							
Reevaluación funcional							

Tabla 6: Cronograma

4.2. Instrumentos de valoración:

Los instrumentos utilizados para realizar la evaluación y reevaluación de la usuaria han sido:

- Escalas de evaluación cognitivas:
 - Minimal Parkinson (MMP)
 - Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale (PD-CRS)
- Escalas de evaluación funcionales:
 - Índice de Barthel
 - Escala de Lawton y Brody
 - Escala de NUDS
 - Cuestionario de calidad de vida en enfermedad de Parkinson (PDQ-39)

	CARACTERÍSTICAS	ÁREAS QUE EVALÚA	CRITERIO DE EVALUACIÓN	SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD
MMP [ANEXO 3]	<p>El MMP fue desarrollado, en 1995, por Mahieux y sus colaboradores quienes adaptaron el MiniMental State Examination (MMSE), dirigido a la enfermedad de Alzheimer, al patrón de déficits cognitivos que son más característicos de la enfermedad de Parkinson (28).</p> <p>Se trata de una prueba de screening, breve y estandarizada, para detectar el posible deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson (28-29).</p>	<p>Valora 7 áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación temporal • Orientación espacial • Memoria • Atención y control mental • Memoria de asociación • Reconocimiento • Procesamiento de conceptos (28-29) 	<p>La puntuación máxima que se puede obtener es de 32 puntos, lo que indica que no hay un posible deterioro cognitivo (29).</p> <p>El punto de corte para señalar un posible deterioro cognitivo es de 24 puntos (28).</p>	<p>Esta prueba de screening presenta una <u>sensibilidad</u> de 83% y una <u>especificidad</u> de 70% (28)</p>
PD-CRS [ANEXO 4]	<p>El PD-CRS se trata de una herramienta de evaluación cognitiva propia para la enfermedad de Parkinson, evalúa el deterioro cognitivo cortico-fronto-subcortical (30).</p>	<p>Esta formada por 9 ítems en total, 7 para evaluar la <u>función fronto-subcortical</u> (memoria verbal inmediata, atención mantenida, working memory, dibujo espontaneo de un reloj, memoria verbal diferida,</p>	<p>Se pueden obtener tres puntuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La puntuación fronto-subcortical • La puntuación cortical posterior • La puntuación total (suma de las dos 	<p>Muestra una excelente precisión para diagnosticar demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. Presenta una <u>sensibilidad</u> de 94% y una</p>

		<p>fluencia verbal alternante y fluencia verbal de acción) y 2 para evaluar la <u>función cortical posterior</u> (denominación por confrontación y copia de un reloj) (31).</p>	<p>anteriores) Mayor puntuación, mejor nivel cognitivo, siendo <65 el punto de corte para indicar demencia asociada a la enfermedad de Parkinson (31).</p>	<p><u>especificidad</u> de 94% (31)</p>
<p>Índice de Barthel [ANEXO 6]</p>	<p>El índice de Barthel, también conocido como “Índice de Discapacidad de Maryland” es una herramienta que evalúa la capacidad de una persona para llevar a cabo, de forma independiente, diez actividades básicas de la vida diaria. Al finalizar, se obtiene una estimación cuantitativa del grado de dependencia de la persona evaluada (32).</p>	<p>Valora 10 actividades básicas de la vida diaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comer • Lavarse • Vestirse • Arreglarse • Micción-orina • Deposiciones-heces • Usar el retrete • Trasladarse • Deambular • Escalones (32) 	<p>La puntuación máxima que se puede obtener es de 100 puntos, significando esto una independencia total (32). El grado de dependencia varía dependiendo del resultado [ANEXO 5].</p>	<p>Tiene un alto grado de validez y fiabilidad. Con respecto a la <u>fiabilidad interobservador</u> se estiman índices de Kappa entre 0,47 y 1,00 (de moderada a muy buena). Con respecto a la <u>fiabilidad intraobservador</u> se estiman índices de Kappa entre 0,84 y 0,97 (muy buena) (32).</p>

<p>Escala de Lawton y Brody [ANEXO 7]</p>	<p>La escala de Lawton y Brody fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, publicada en 1969 y traducida al español en 1993 (33). Esta escala se puede aplicar tanto al cuidador como al usuario y mide el grado de independencia que un usuario tiene para desempeñar 8 actividades instrumentales de la vida diaria (33).</p>	<p>Valora 8 actividades instrumentales de la vida diaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para usar el teléfono • Hacer compras • Preparación de la comida • Cuidado de la casa • Lavado de la ropa • Uso de medios de transporte • Responsabilidad respecto a su medicación • Manejo de asuntos económicos (33) 	<p>La puntuación final es la suma numérica de todas las respuestas y oscila entre 0 y 8, siendo 0 máxima dependencia y 8 independencia total (33).</p>	<p>Tiene un <u>coeficiente de reproductividad inter e intraobservador</u> elevados, 0,94 ambos. No hay datos de fiabilidad y en general esta escala es sensible pero poco específica (33).</p>
<p>Escala de NUDS [ANEXO 8]</p>	<p>La escala de NUDS es una escala bastante antigua y sencilla que evalúa la discapacidad producida por la enfermedad de Parkinson en las actividades de la vida cotidiana (34).</p>	<p>Consta de seis ítems para evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcha • Vestido • Comer • Actividad para la alimentación • Higiene 	<p>La puntuación máxima que se puede obtener en esta escala es de 50 puntos, esto indica una máxima dependencia. Mayor puntuación, mayor dependencia (34)</p>	<p>A pesar de su antigüedad no existen estudios que muestren datos específicos de validez y fiabilidad sobre ella (34).</p>

		• Lenguaje (34)		
PDQ-39 [ANEXO 9]	El PDQ-39 es un cuestionario propio para la enfermedad de Parkinson que evalúa la calidad de vida de los enfermos de Parkinson en el último mes (35).	<p>Esta herramienta de evaluación consta de 39 ítems divididos en 8 áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movilidad: ítems 1-10 • Actividades de la vida diaria: ítems 11-16 • Emoción: ítems 17-22 • Estigma social: ítems 23-26 • Relaciones sociales: ítems 27-29 • Deterioro cognitivo: ítems 30-33 • Comunicación: 34-36 • Dolor: 37-39 (35) 	<p>Se puntúan con valores de 0 a 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0=nunca • 1=ocasionalmente • 2=alguna vez • 3=frecuentemente • 4=siempre (35) <p>La puntuación máxima que se puede obtener es de 156 puntos, lo que indicaría una pésima calidad de vida. Mayor puntuación, peor calidad de vida (35).</p> <p>También se pueden sacar las puntuaciones parciales de cada área y calcular el % para ver en que áreas la calidad de vida esta más afectadas (35)</p>	<p>Tiene una alta consistencia interna (alfa de Cronbach: 0,95) y fiabilidad test retest (ICC: 0,93) (36).</p>

Tabla 7: Instrumentos de valoración

4.3. Intervención:

Siguiendo las recomendaciones de la Terapeuta Ocupacional de la Asociación Párkinson Aragón, se plantearon cinco sesiones de intervención. Las sesiones se realizaron una vez a la semana en un tiempo de 50 minutos. La intervención tuvo una duración de un mes y medio aproximadamente.

Todas las sesiones estaban orientadas a trabajar la estimulación cognitiva; la temática de referencia, para llevar a cabo dicha estimulación, ha sido las actividades de la vida diaria, principalmente, la actividad del vestido ya que es la que más le preocupa a la usuaria y donde mayor dificultad afirma tener. Por ello, tres de las cinco sesiones desempeñadas en esta intervención han estado relacionadas con esta actividad. En todo momento se ha mantenido el componente satisfactorio de la usuaria.

Los materiales utilizados en cada sesión, a excepción de las dos primeras, son de elaboración propia:

1ª sesión: Pareja casi perfecta, relacionar objetos de la vida diaria.



Figura 1: Pareja casi perfecta

2ª sesión: Orden lo primero, secuenciar acciones de la vida diaria.



Figura 2: Orden lo primero

3ª sesión: ¿Qué me pongo?, realizar un memory.



Figura 3: ¿Qué me pongo?

4ª sesión: Infiltrado, ordenar y encontrar el infiltrado.

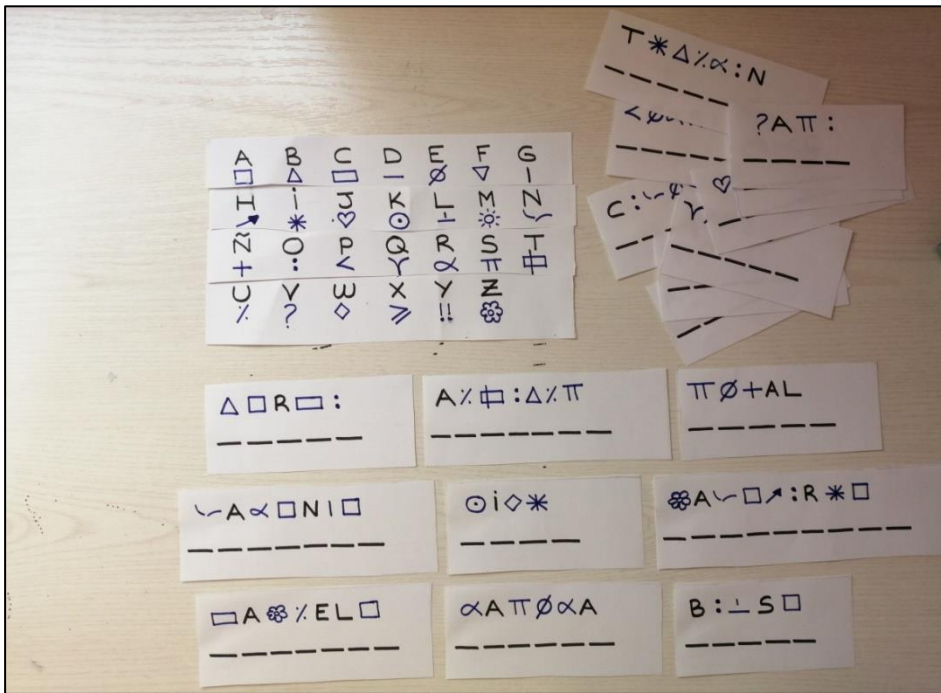


Figura 4: Infiltrado

5ª sesión: Pieza a pieza, realizar puzles.



Figura 5: Pieza a pieza I



Figura 6: Pieza a pieza II

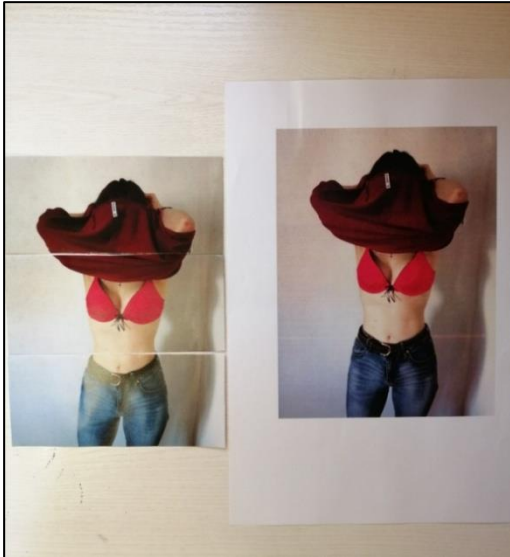


Figura 7: Pieza a pieza III



Figura 8: Pieza a pieza IV



Figura 9: Pieza a pieza V



Figura 10: Pieza a pieza VI



Figura 11: Pieza a pieza VII



Figura 12: Pieza a pieza VIII






Figura 13: Pieza a pieza IX




Figura 14: Pieza a pieza X

Las actividades descritas con los objetivos y habilidades de cada una de ellas y las observaciones de las mismas se pueden ver en la tabla que hay a continuación.

Nº DE SESIÓN	OBJETIVOS	HABILIDADES	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES
<p>1ª Pareja casi perfecta</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar la atención sostenida y selectiva • Trabajar el razonamiento • Trabajar la memoria de trabajo • Trabajar la percepción visual • Trabajar la asociación • Trabajar, de forma transversal, las actividades de la vida diaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades cognitivas • Habilidades para entender lo que se le esta pidiendo • Habilidades sensorio-perceptuales • Habilidades de comunicación • Habilidades motoras 	<p>Enseñar varias tarjetas con objetos relacionados con la vida diaria y formar parejas; como las parejas no son idénticas, razonar cual es la diferencia entre ambas.</p>	<p>Las parejas las encontraba bastante rápido pero, a la hora de razonar cual era la diferencia tuvo bastante dificultad. Veía que las imágenes no eran iguales y te explicaba lo que veía en cada tarjeta pero, no sabía asociarlo y decir la diferencia.</p> <p>Con ayuda y apoyo supo decir todas las diferencias.</p>
<p>2ª Orden lo primero</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar la atención sostenida y selectiva • Trabajar la memoria de trabajo • Trabajar las funciones ejecutivas: razonamiento, planificación y secuenciación • Trabajar, de forma transversal, las actividades de la vida diaria, sobre todo 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades cognitivas • Habilidades para entender lo que se le esta pidiendo • Habilidades sensorio-perceptuales • Habilidades de comunicación • Habilidades motoras 	<p>Mostrar tres imágenes, relacionadas con una actividad de la vida diaria, y ordenarla secuencialmente.</p> <p>Posteriormente razonar porque la ha secuenciado así y hablar de esa actividad.</p>	<p>Le costó secuenciar las imágenes y necesitaba bastante ayuda y apoyo; al final conseguía hacer la secuencia y entender porque era así.</p>

	la actividad del vestido			
<p>3ª ¿Qué me pongo?</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar la atención sostenida y selectiva • Trabajar la asociación • Trabajar la memoria de trabajo y la memoria a corto plazo • Trabajar, de forma transversal, la actividad del vestido • Trabajar la secuenciación • Trabajar el razonamiento • Trabajar la comprensión lingüística 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades cognitivas • Habilidades para entender lo que se le esta pidiendo • Habilidades sensorio-perceptuales • Habilidades de comunicación • Habilidades motoras 	<p>Hacer un memory relacionado con la actividad del vestido. No es un memory tradicional, en este tiene que unir la prenda de ropa con la palabra escrita.</p> <p>Antes de realizar el memory se comprobó que la usuaria reconocía cada prenda de ropa y lo sabia relacionar con la palabra.</p> <p>Después de hacer el memory tenía que secuenciar las prendas en orden correcto de cómo se las pondría.</p> <p>Por último, se le daban una serie de frases relacionadas con el</p>	<p>El reconocer cada prenda y unirla con su palabra lo realizó sin ningún problema.</p> <p>Para realizar el memory necesitó mucha ayuda e incluso se tuvo que modificar la actividad: se levantaba una pieza y se buscaba su pareja; la pieza levantada se tapaba con la mano cada vez que levantaba otra pieza y se le preguntaba que era lo que se estaba buscando. Se le ayudaba dándole pistas y después se levantaba la mano y comprobaba si eran pareja o no.</p> <p>A la hora de hacer la secuenciación de la ropa tuvo pequeños problemas, como por ejemplo, saber si se ponían antes los pantalones o las deportivas.</p>

			vestido; las tenía que leer y decir si eran verdaderas o falsas y porqué.	Por último, el decir si las frases eran verdaderas o falsas, no tuvo mucho problema, en alguna necesitaba ayuda para razonar porque era verdadera o falsa.
<p>4ª Infiltrado</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar la atención sostenida y selectiva • Trabajar la asociación • Trabajar la organización y secuenciación • Trabajar la clasificación semántica • Trabajar el razonamiento • Trabajar la memoria de trabajo • Trabajar, de forma transversal, las actividades de la vida diaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades cognitivas • Habilidades para entender lo que se le esta pidiendo • Habilidades sensorio-perceptuales • Habilidades de comunicación • Habilidades motoras 	<p>Descifrar tres palabras mirando un abecedario en el cual cada letra esta asociada a un símbolo. Una vez descifradas hacer dos cosas: primero, ordenarlas según el criterio que se le marque (Ej: del más grande al más pequeño) y segundo, decir de forma razonada cuál de las tres palabras no tiene relación con las otras dos.</p>	<p>Esta actividad no se pudo llevar a cabo porque observamos una imposibilidad en la escritura que hasta ese momento no había sido detectada.</p>


<p>5ª Pieza a Pieza</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar la atención • Trabajar la memoria de trabajo • Trabajar las funciones ejecutivas: razonamiento, planificación y secuenciación • Trabajar la praxis constructiva • Trabajar, de forma transversal, la actividad del vestido 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades cognitivas • Habilidades para entender • Habilidades sensorio-perceptuales • Habilidades de comunicación • Habilidades motoras 	<p>Formar puzles, todos ellos están relacionados con la actividad del vestido; y después encontrar y razonar el error que hay en la foto.</p>	<p>Se observó dificultad a la hora de realizar el puzle; en algunas ocasiones, antes de terminar de hacer el puzle ya había encontrado el error.</p>
--	---	--	---	--

Tabla 8: Actividades de la intervención

5. Resultados:

En este apartado se van a comparar los resultados obtenidos por las distintas escalas de evaluación cognitivas y funcionales, descritas en la tabla 7, entre el nivel basal de la usuaria y los resultados obtenidos en la reevaluación una vez terminada la intervención.

5.1. Resultados cognitivos:

5.1.1. Minimental Parkinson (MMP):

Con respecto al MMP, como se puede ver en la tabla 9, la usuaria pasó de tener un puntuación total de 20/32 en la evaluación a 21/32 en la reevaluación, logró un punto más tras la intervención de estimulación cognitiva. Este punto más, como se muestra en dicha tabla, procede del ítem de procesamiento de conceptos.

MMP	EVALUACIÓN [ANEXO 10]	REEVALUACIÓN
Orientación temporal	5	5
Orientación espacial	5	5
Memoria	0	0
Atención y control mental	4	4
Memoria de asociación	1	1
Reconocimiento	3	3
Procesamiento de conceptos	2	3
TOTAL	20/32	21/32

Tabla 9: Resultados MMP

5.1.2. Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale (PD-CRS):

En la escala PD-CRS, como se puede observar en la tabla 10, la usuaria adquirió 10 puntos más en la puntuación total tras la intervención de estimulación cognitiva, pasó de 44 puntos en la evaluación a 54 puntos en la reevaluación.

Centrándonos en las puntuaciones fronto-subcortical y cortical posterior se ve una clara mejoría en el área fronto-subcortical ya que, 9 de esos 10 puntos logrados proceden de la puntuación de esta área.

PD-CRS	EVALUACIÓN [ANEXO 11]	REEVALUACIÓN
Memoria verbal inmediata	7	8
Denominación por confrontación	19	19
Atención mantenida	0	0
Working memory	1	2
Dibujo espontaneo de un reloj	2	3
Copia de un reloj	3	4
Memoria verbal diferida	3	4
Fluencia verbal	1	2
Fluencia verbal de acción	8	12
Puntuación FRONTO-SUBCORTICAL	22	31
Puntuación CORTICAL POSTERIOR	22	23
TOTAL	44	54

Tabla 10: Resultados PD-CRS

5.2. Resultados funcionales:

5.2.1. Índice de Barthel:

Con respecto al Índice de Barthel, como se refleja en la tabla 11, la usuaria mantuvo la misma puntuación, 80 puntos tanto en la evaluación como en la reevaluación, lo que significa dependencia moderada. Sin embargo, a pesar de no

percibir cambios cuantitativos en la puntuación de la escala, si se consiguieron pequeños cambios cualitativos en la actividad del vestido.

Después de trabajar esta actividad durante algunas sesiones, la usuaria logró prepararse, el día anterior, la ropa que se va a poner al día siguiente, para que, cuando se fuese a vestir lo tenga todo preparado y no le ocupe tanto tiempo. De este modo se consiguió disminuir la cantidad de veces que se tenía que quitar la ropa porque se la ponía del revés o en un orden erróneo.

ÍNDICE DE BARTHEL	EVALUACIÓN [ANEXO 12]	REEVALUACIÓN
Comer	5	5
Lavarse	5	5
Vestirse	5	5
Arreglarse	5	5
Micción-orina	10	10
Deposiciones-heces	10	10
Usar el retrete	5	5
Trasladarse	15	15
Deambular	15	15
Escalones	5	5
TOTAL	80/100	80/100

Tabla 11: Resultados Índice de Barthel

5.2.2. Escala de Lawton y Brody:

En relación a las actividades instrumentales de la vida diaria, como se puede ver en la tabla 12, en la Escala de Lawton y Brody, la usuaria mantuvo la misma puntuación tanto en la evaluación como en la reevaluación, 4 puntos, lo que significa que hay un mantenimiento en relación a estas actividades.

ESCALA DE LAWTON Y BRODY	EVALUACIÓN [ANEXO 13]	REEVALUACIÓN
Capacidad para usar el teléfono	1	1
Hacer compras	0	0
Preparación de la comida	1	1
Cuidado de la casa	1	1
Lavado de la ropa	0	0
Uso de medios de transporte	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación	0	0
Manejo de asuntos económicos	1	1
TOTAL	4/8	4/8

Tabla 12: Resultados Escala de Lawton y Brody

5.2.3. Escala de NUDS:

Con respecto a la escala de NUDS, como se puede observar en la tabla 13, la puntuación que obtuvo la usuaria tanto en la evaluación como en la reevaluación se mantuvo, 9 puntos. De esos 9 puntos, 5 corresponden a la actividad del vestido, actividad en la que, como ya se ha comentado en el índice de Barthel, se lograron pequeños cambios, cualitativos, no detectables por las escalas.

ESCALA DE NUDS	EVALUACIÓN [ANEXO 14]	REEVALUACIÓN
Caminar	2	2
Vestido	5	5
Comer	0	0
Actividades para la alimentación	1	1
Higiene	1	1

Lenguaje	0	0
TOTAL	9/50	9/50

Tabla 13: Resultados Escala de NUDS

5.2.4. Cuestionario de calidad de vida (PDQ-39):

En relación al PDQ-39, como queda reflejado en la tabla 14, la calidad de vida de la usuaria, en general, mejoró pasando de 81 puntos en la evaluación a 77 puntos en la reevaluación. Esto quiere decir que pasó de un 51,92% de afectación en su calidad de vida a un 49,35%, por tanto, mejoró un 2,57% su calidad de vida en general.

Haciendo referencia al área que más le afectaba su calidad de vida, actividades de la vida diaria, también disminuyó el porcentaje de afectación, pasando de un 62,5% en la evaluación a un 58,3% en la reevaluación; a pesar de esto todavía seguía siendo el área que más afectaba a su calidad de vida.

En referencia al área de las relaciones sociales, la que menos le afectaba a su calidad de vida, en la reevaluación disminuyó el porcentaje de afectación a su calidad de vida, paso de un 33,3% en la evaluación a un 25% en la reevaluación.

PDQ-39	EVALUACIÓN	REEVALUACIÓN
Movilidad	20/40: 50% de afectación en su calidad de vida	22/40: 55% de afectación en su calidad de vida
Actividades de la vida diaria	15/24: 62,5% de afectación en su calidad de vida	14/24: 58,3% de afectación en su calidad de vida
Emoción	14/24: 58,3% de afectación en su calidad de vida	13/24: 54,1% de afectación en su calidad de vida
Estigma Social	6/16: 37,5% de afectación en su calidad de vida	6/16: 37,5% de afectación en su calidad de vida
Relaciones sociales	4/12: 33,3% de afectación en su calidad de vida	3/12: 25% de afectación en su calidad de vida

Deterioro cognitivo	9/16: 56,25% de afectación en su calidad de vida	7/16: 43,75% de afectación en su calidad de vida
Comunicación	6/12: 50% de afectación en su calidad de vida	6/12: 50% de afectación en su calidad de vida
Dolor	7/12: 58,3% de afectación en su calidad de vida	6/12: 50% de afectación en su calidad de vida
TOTAL	81/156: 51,92% de afectación en su calidad de vida	77/156: 49,35% de afectación en su calidad de vida

Tabla 14: Resultados PDQ-39

5.3. Resumen de los resultados:

A continuación presentamos una tabla comparativa de los resultados de la evaluación y reevaluación de todas las escalas cognitivas y funcionales administradas a la usuaria.

ESCALAS DE EVALUACIÓN COGNITIVAS	EVALUACIÓN	REEVALUACIÓN
Minimental Parkinson (MMP)	20/32	21/32
Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale (PD-CRS)	44	54
ESCALAS DE EVALUACIÓN FUNCIONALES	EVALUACIÓN	REEVALUACIÓN
Índice de Barthel	80/100	80/100
Escala de Lawton y Brody	4/8	4/8
Escala de NUDS	9/50	9/50
Cuestionario de calidad de vida en enfermedad de Parkinson (PDQ-39)	81/156	77/156

Tabla 15: Resumen de resultados

6. Discusión:

Los efectos positivos que un tratamiento de estimulación cognitiva tiene sobre la cognición y la funcionalidad de los usuarios con enfermedad de Parkinson es un tema poco tratado hasta la actualidad. Algo semejante ocurre con los estudios que hacen referencia a una mejoría en la cognición y funcionalidad, de estos mismos usuarios, tras un programa de estimulación cognitiva desde TO.

No obstante, como se menciona en el punto de la introducción, existe un Trabajo Fin de Grado, realizado en la Universidad de Zaragoza y codirigido por Eva Chueca, Terapeuta Ocupacional de la Asociación Párkinson Aragón, que muestra cómo, a través de un programa de estimulación cognitiva desde el ámbito de la TO, se pueden lograr relaciones positivas entre la cognición y la funcionalidad en las actividades instrumentales de la vida diaria de un usuario con enfermedad de Parkinson (23).

En ese trabajo, al igual que en el que aquí les presentamos, se pretende mostrar como interviniendo desde la TO, mediante un programa de estimulación cognitiva, se pueden conseguir mejoras en las áreas cognitivas afectadas y en la funcionalidad de una usuaria con Parkinson.

A pesar de lo mencionado, existen estudios sobre usuarios con enfermedad de Parkinson, dónde se indican relaciones entre el deterioro cognitivo y su influencia en las Actividades de la Vida Diaria (37-39).

Autores como Foster E.R. et al, identificaron estudios dónde, a través de intervenciones cognitivo-conductuales, se demuestran hallazgos que proporcionan evidencias moderadas sobre mejoras en la calidad de vida de los usuarios con enfermedad de Parkinson. Para conseguir estos resultados, las intervenciones tuvieron una duración de entre 6 y 8 semanas con más de 20 sesiones (40).

Sin embargo, en nuestro trabajo hemos conseguido resultados efectivos con un número de sesiones menor en referencia a los estudios anteriores. Hemos demostrado tras cinco sesiones de estimulación cognitiva, desde el ámbito de TO, como la calidad de vida puede mejorar en una usuaria con enfermedad de Parkinson.

Este incremento de la calidad de vida se debe a los cambios efectivos que hemos logrado tras obtener mejorías a nivel cognitivo y funcional durante la realización de las cinco sesiones de estimulación cognitiva.

Por un lado, como queda reflejado en las tablas 9 y 10, se han alcanzado mejorías cognitivas. Nuestra usuaria, tras una intervención desde TO utilizando las TEC, logró un punto en el ítem de procesamiento de conceptos de la escala MMP y 10 puntos en la escala PD-CRS, de los cuales, 9 correspondían a la puntuación fronto-subcortical y 1 a la puntuación cortical posterior. El incremento en estos ítems demuestra como a través de un programa de estimulación cognitiva desde TO se pueden conseguir mejoras en el perfil cognitivo de los enfermos de Parkinson con deterioro cognitivo. Este perfil es caracterizado por una disfunción frontal que se manifiesta por alteraciones de la función ejecutiva, dificultades para mantener la atención y déficits en la velocidad de procesamiento de la información (41-42).

Por otro lado, al analizar los efectos funcionales, mediante las escalas nombradas anteriormente, no encontramos ninguna diferencia cuantitativa entre los ítems de estas. Sin embargo, como se ha comentado en el índice de Barthel, si logramos pequeños cambios cualitativos en la actividad del vestido. El conseguir cambios cualitativos y no cuantitativos tras la intervención es igual de beneficioso para la usuaria ya que, estos cambios van a provocar en la ella mayor satisfacción a la hora de vestirse y un aumento de su autoestima.

Además, conservar la misma puntuación en el resto de ítems, tanto funcionales como cognitivos, supone un logro sabiendo que la enfermedad de Parkinson presenta un curso progresivo y degenerativo que afecta a las áreas cognitivas y al mantenimiento de la funcionalidad de los usuarios con dicha enfermedad (2-3).

Remarcar que con un tratamiento de duración mayor es posible que hubiésemos conseguido mejorías más notorias tanto en lo referente a la funcionalidad como a la cognición. Aunque la enfermedad de Parkinson tenga un curso progresivo y crónico, a través de una intervención de TO utilizando las TEC se puede lograr, como queda reflejado en este trabajo, el enlentecimiento y mantenimiento e incluso la mejora en las áreas cognitivas afectadas y en la funcionalidad de los usuarios con dicha enfermedad.

7. Conclusiones:

1. La utilización de las TEC desde TO es beneficioso para lograr mejoras cognitivas y funcionales en usuarios con enfermedad de Parkinson.
2. Conseguir esas mejorar aumenta la calidad de vida de dichos usuarios ya que, se sienten más satisfechos y con mayor autoestima a la hora de realizar las actividades de vida diaria.
3. La calidad de vida de los usuarios con enfermedad de Parkinson se ve afectada por el deterioro cognitivo y la disfunción en la funcionalidad.
4. La aplicación de un programa específico de TO, basado en las TEC y adaptado a las características ocupacionales, motivación e historia de vida de la usuaria, teniendo como guía el MOHO, ha sido beneficioso para lograr cambios cognitivos y funcionales. Como consecuencia de estos logros también se ha conseguido un aumento de su calidad de vida puesto que, ha mejorado en sus actividades diarias y se ha reforzado su autoestima y satisfacción.
5. Los resultados cuantitativos obtenidos a través de las escalas cognitivas y los resultado cualitativos recogidos en la funcionalidad pueden servir de base para otros estudios posteriores.

Bibliografía:

1. Guerrero Díaz MT, Macías Montero MC, Prado Esteban F, Muñoz Pascual A, Hernández Jiménez MV, Duarte García-Luis J. Enfermedad de Párkinson. En: Abellán Van Kan G, Abizanda Soler P, Alastuey Gímenez C et al, editores. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: SEGG; 2007.p.507-17.
2. Scorticati MC, Micheli F. Historia de la enfermedad de Parkinson. En: Micheli F, editor. Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados. 2ªed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.p.1-10.
3. Cano de la Cuerda R, Miangolarra Page JC, Vela Desojo L. La Enfermedad de Parkinson. En: Cano de la Cuerda R, Miangolarra Page JC, Vela Desojo L, editores. La Enfermedad de Parkinson: calidad de vida relacionada con la salud y el riesgo de caídas. Madrid: Dykinson; 2015.p.11-48.
4. Mollinedo Cardalda I, Cancela Carral J. Introducción. En: Mollinedo Cardalda I, Cancela Carral J, editores. Manual de aplicación del método Pilates en enfermedad de Parkinson. Madrid: Wanceulen Editorial; 2018.p.9-15.
5. Mollinedo Cardalda I, Cancela Carral J. Enfermedad de Parkinson. En: Mollinedo Cardalda I, Cancela Carral J, editores. Manual de aplicación del método Pilates en enfermedad de Parkinson. Madrid: Wanceulen Editorial; 2018.p.16-49.
6. García Ramos R, López Valdés E, Ballesteros L, Jesús S, Mir P. Informe de la Fundación del Cerebro sobre el impacto social de la enfermedad de Parkinson en España. Rev Neurol. 2016;31(6):401-13
7. Mínguez Mínguez S, García Muñozguren S, Solís García del Pozo J, Jordán J. Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad de Parkinson. Duazary. 2015;12(2):133-9
8. The clinical symptoms of Parkinson's Disease. J Neurochem. 2016;139:318-24
9. Herrero MT, Barcia C, De Pablos V. Patogenia y etiología la enfermedad de Parkinson. En: Micheli F, editor. Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados. 2ªed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.p.119-54.

10. Marín D, Carmona H, Ibarra M, Gámez M. Enfermedad de Parkinson: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Rev Univ Ind Santander Salud. 2018;50(1):79-92
11. Solís MJ, Araneda J. Enfermedad de Parkinson y factores ambientales. Un estudio caso-control. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2017;55(4):239-46
12. Muñoz Ospina BE, Orozco Vélez JL. Espectro clínico y tratamiento del trastorno cognitivo y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. Act Neurol Colomb. 2019;35(3):33-46
13. Cersósimo MG, Micheli F. Enfermedad de Parkinson. En: Micheli F, Fernández Pardal MM, Cersósimo MG, editores. Neurología en el anciano. Nuevo enfoques y aplicaciones en la práctica clínica. 2ªed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2014.p.209-42.
14. Argandoña Palacios L, Perona Moratalla AB, Hernández Fernández F, Díaz Maroto I, García Muñozguren S. Trastornos no motores de la enfermedad de Parkinson: introducción y generalidades. Rev Neurol. 2010;50:1-5
15. Raina G, Micheli F. Signos, síntomas y diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. En: Micheli F, editor. Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados. 2ªed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.p.173-86.
16. Rodríguez Constenla I, Cabo López I, Bellas Lamas P, Cebrián E. Trastornos cognitivos y neuropsiquiátricos en la enfermedad de Parkinson. Rev Neurol. 2010;50:33-9
17. Guevara E, Morales C. El screening cognitivo en la enfermedad de Parkinson: una revisión teórica. RIP. 2017;18:11-9
18. Lubrini G, Periañez JA, Ríos Lago M. Introducción a la estimulación cognitiva y la rehabilitación neuropsicológica. En: Muñoz Marrón E, editor. Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. Barcelona: Editorial UOC; 2009.p.13-34.

19. García Vázquez C. Modelo de estimulación cognitiva ubicua para pacientes con Parkinson [tesis doctoral en Internet]. Madrid: Universidad Politécnica de Madrid; 2017 [citado 12 abr 2020]. 198 p. Disponible en: http://oa.upm.es/47191/1/CAROLINA_GARCIA_VAZQUEZ.pdf
20. Dixon L, Duncan D, Johnson P, Kirkby L, O'Connell H, Taylor H et al. Terapia ocupacional para pacientes con enfermedad de Parkinson. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2007 [Citado 02 abr 2020]; (4):1-20. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/terapia_ocupacional_para_pacientes_con_enfermedad_de_parkinson.pdf
21. Azuaga Fernández M, Moreno Ramírez P, Sánchez García J. Evaluar la eficacia de una intervención de Terapia Ocupacional en actividades de la vida diaria en personas que padecen Parkinson: estudio cuasi-experimental. TOG (A Coruña). 2018;15(28):202-10
22. Matilla Mora R, Martínez Piédrola RM, Fernández Huete J. Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51(6):349-56
23. Cabanés Crespo R. Intervención desde Terapia Ocupacional en un paciente con Enfermedad de Parkinson [Trabajo Final de Grado]. Zaragoza: Escuela ciencias de la salud; 2013 [citado 13 abr 2020]. 25 p. Disponible en: <https://zaguán.unizar.es/record/10870/files/TAZ-TFG-2013-327.pdf>
24. Asociación de Parkinson de Aragón [Internet]; [citado 21 mar 2020]. Disponible en: <http://www.parkinsonaragon.com/>
25. Forsyth K, Taylor RR, Kramer JM, Prior S, Richie L, Whitehead J et al. El Modelo de ocupación humana. En: Boyt Schell BA, Gillen G, Scaffa ME, editores. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 12ªed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2015.p.505-26.
26. Pascale Togliola J, Golisz KM, Goverover Y. Cognición, percepción y desempeño ocupacional. En: Boyt Schell BA, Gillen G, Scaffa ME, editores. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 12ªed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2015.p.779-815.

27. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Maximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [10 abr 2020]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
28. Isella V, Mapelli C, Morielli N, De Gaspari D, Siri C, Pezzoli G et al. Validity and metric of MiniMental Parkinson and Minimental State Examination in Parkinson's disease. *Neurol Sci.* 2013;34:1751-8
29. Mestas Hernández L, Salvador Cruz J. Análisis del desempeño cognitivo de los enfermos con Parkinson: Importancia del nivel educativo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2013;33(118):245-55
30. Kulisevsky J, Luquin MR, Arbelo JM, Burguera JA, Carrillo F, Castro A et al. Enfermedad de Parkinson avanzada. Características clínicas y tratamiento (parte I). *Rev Neurol.* 2013;28(8):503-21
31. Pagonabarraga J, Kulisevsky J, Llebaria G, García Sánchez C, Pascual Sedano B, Gironell A. Parkinson's Disease-Cognitive Rating Scale: A New Cognitive Scale Specific for Parkinson's Disease. *Mov Disord.* 2008;23(7):998-1005
32. Barrero Solís CL, García Arriola S, Ojeda Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast & Rest Neurol.* 2005;4(1-2):81-5
33. Hernández K, Neumann V. Análisis de instrumento para evaluación del desempeño en actividades de la vida diaria instrumentales Lawton y Brody. *ReChTO.* 2016;16(2):55-62
34. Molina JA, González de la Aleja J, Bermejo Pareja F, Martínez Martín P. Trastornos del movimiento. I. Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos. En: Bermejo Pareja F, editor. Más de cien escalas en Neurología. 1ªed. Madrid: Aula Médica; 2008.p.183-224.

35. Cabello González C, Camelia Trandafir P. Estudio de la calidad de vida con la PDQ39 en pacientes con enfermedad de Parkinson tratados con terapias avanzadas. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2018;48:9-14
36. Combs SA, Dyer Diehl M, Filip J, Long E. Short-distance walking speed tests in people with Parkinson disease: Reliability, responsiveness, and validity. *Gait Posture*. 2014;39(2):784-88
37. Daniele A, Albanese A, Contarino MF, Zinci P, Barbier A, Gasparini F et al. Cognitive and Behavioural Effects of Chronic Stimulation of the Subthalamic Nucleus in Patients With Parkinson's Disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74(2):175-82
38. Marañón D, Amayra I, Uterga JM, Gómez Esteban JC. Deterioro neuropsicológico en la enfermedad de Parkinson sin demencia. *Psicothema*. 2011;23(4):732-37
39. Díaz Cáceres E. Calidad de ejecución en actividades de la vida diaria en Párkinson: impacto de la memoria de trabajo y la habilidad espacial [tesis doctoral en Internet]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2019 [citado 15 abr 2020]. 240 p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10651/54050>
40. Foster ER, Bedekar M, Tickle Degnen L. Systematic Review of the Effectiveness of Occupational Therapy-Related Interventions for People With Parkinson's Disease. *Am J Occup Ther*. 2014;68:39-49
41. Santesmases Montalbán I, Donate Martínez S, Macías Macías Y, Ordóñez Camacho X, García Moreno LM. Funciones ejecutivas y estrategias de afrontamiento en la enfermedad de Parkinson idiopática. *Rev psicogeriatr*. 2010;2(4):243-46
42. Bocanegra Y, Trujillo Orrego N, Pineda D. Demencia y deterioro cognitivo leve en la enfermedad de Parkinson: una revisión. *Rev Neurol*. 2014;59(12):555-69

Anexos:

Anexo 1. Criterios clínicos UK Parkinson Disease Society Brain Bank

Paso 1. Diagnóstico de parkinsonismo

Bradicinesia y, al menos, uno de los siguientes:

- Rigidez
- Temblor en reposo de 4-6 Hz
- Inestabilidad postural*

Paso 2. Excluir otras causas de parkinsonismo

Paso 3. Criterios que apoyan el diagnóstico de EP

Al menos tres de los siguientes:

- Inicio unilateral.
- Temblor de reposo
- Trastorno progresivo
- Afectación asimétrica con mayor afectación unilateral desde el inicio
- Excelente respuesta a la levodopa
- Corea inducida por levodopa
- Respuesta a la levodopa durante 5 años
- Curso clínico superior a 10 años

* No causada por alteración visual, vestibular, cerebelosa o disfunción propioceptiva

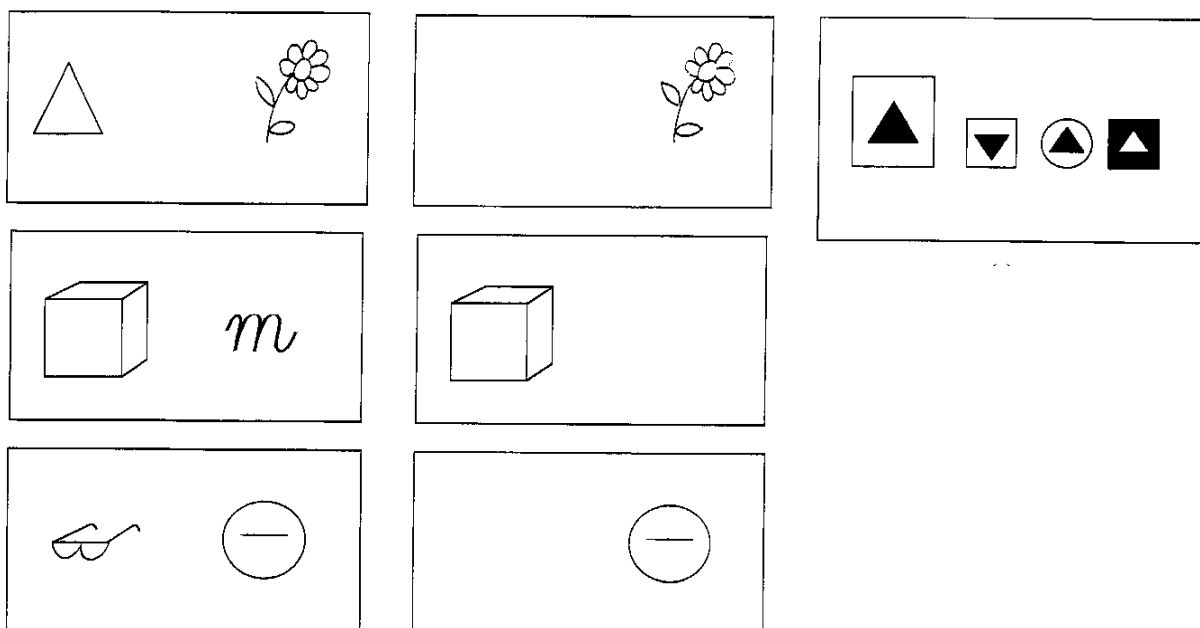
Anexo 2. Listado de intereses:

Actividad	¿Cual ha sido tu nivel de interés ?						¿Participas actualmente en esta actividad ?		¿Te gustaría realizarla en el futuro ?	
	En los últimos 10 años.			En el último año			SI	NO	SI	NO
	Mucho	Poco	Ninguno	Mucho	Poco	Ninguno				
Practicar Jardinería			X			X		X		X
Coser	X			X				X	X pero sabe que no puede	
Jugar Naipes		X				X		X		X
Hablar/Leer Idiomas Extranjeros	X			X			X		X	
Participar en Actividades Religiosas		X			X			X		X
Escuchar Radio	X			X			X		X	
Caminar	X			X			X		X	
Reparar Autos			X			X		X		X
Escribir		X				X		X		X
Bailar	X				X			X		X
Jugar Golf			X			X		X		X
Jugar/Ver Fútbol			X			X		X		X
Escuchar Música Popular		X				X	X			X
Armar Puzzles		X			X			X		X
Celebrar días Festivos	X				X		X		X	
Ver Películas	X			X				X		X
Escuchar Música Clásica		X			X		X		X	
Asistir a Charlas/Conferencias			X			X		X		X
Nadar	X					X		X		X
Jugar Bolos			X			X		X		X
Ir de Visita	X				X		X		X	
Arreglar Ropa	X			X				X	X pero sabe que no puede	
Jugar Damas/Ajedrez			X			X		X		X
Hacer Asado		X			X		X		X	
Leer	X			X			X		X	
Viajar	X			X				X	X pero sabe que es difícil	
Ir a Fiestas	X					X		X		X
Practicar Artes Marciales			X			X		X		X
Limpiar la Casa		X			X			X		X
Jugar con Juegos Armables			X			X		X		X

	-10 años			-1 año			Ahora		Futuro	
	H	P	N	H	P	N	SI	NO	SI	NO
Ver Televisión	X			X			X		X	
Ir a Conciertos	X					X		X		X
Hacer Cerámica			X			X		X		X
Cuidar Mascotas		X			X			X		X
Acampar			X			X		X		X
Lavar/ Planchar			X			X		X		X
Participar en Política			X			X		X		X
Jugar Juegos de Mesa		X			X		X		X	
Decorar Interiores		X			X			X		X
Pertenecer a un Club			X			X		X		X
Cantar		X			X			X		X
Ser Scout			X			X		X		X
Ver vitrinas o Escaparates/Comprar Ropa	X				X		X		X	
Ir a la Peluquería (salón de belleza)		X			X		X		X	
Andar en Bicicleta	X				X			X		X
Ver un Deporte			X			X		X		X
Observar Aves			X			X		X		X
Ir a Carreras de autos			X			X		X		X
Arreglar la Casa	X			X				X		X
Hacer Ejercicios	X				X			X		X
Cazar			X			X		X		X
Trabajar en Carpintería			X			X		X		X
Jugar Pool			X			X		X		X
Conducir Vehículo <i>no tiene carnet</i>			X			X		X		X
Cuidar niños	X			X			X		X	
Jugar Tenis			X			X		X		X
Cocinar	X			X			X		X	
Jugar Basketball			X			X		X		X
Estudiar Historia			X			X		X		X
Coleccionar			X			X		X		X
Pescar			X			X		X		X
Estudiar Ciencia			X			X		X		X
Realizar Marroquinería			X			X		X		X
Ir de compras		X			X		X		X	
Sacar Fotografías		X				X		X		X
Pintar			X			X		X		X
Otros.....										

Anexo 3. Minimental Parkinson (MMP):

Minimental Parkinson			
Evaluación cognitiva Minimental Parkinson			
Nombre del cuidador		Fecha	
ORIENTACION TEMPORAL Y ESPACIAL			
Día		País	
Fecha		Ciudad	
Mes		Comuna	
Año		Establecimiento	
Hora		Piso	
			Total ___/10
MEMORIA-Mostrar tarjetas A B C (Preguntar cuales eran)			
PRIMER INTENTO (3)	SEGUNDO INTENTO (2)	TERCER INTENTO (1)	
F [] T [] Cu [] M [] A [] Ci []	F [] T [] Cu [] M [] A [] Ci []	F [] T [] Cu [] M [] A [] Ci []	
			Total ___/3
ATENCION Y CONTROL MENTAL 100 - 7			
93 [] - 86 [] - 79 [] - 72 [] - 65 []	_____		
0 [] - D [] - N [] - U [] - M []	_____		
			Total ___/5
Nombre de tres animales que comiencen con letra L (30 segundos)			
1.	_____		
2.	_____		
3.	_____		
			Total ___/3
MEMORIA DE ASOCIACIÓN- Mostrar tarjetas D E F			
1.	_____		
2.	_____		
3.	_____		
	ORDEN ___		
			Total ___/4
RECONOCIMIENTO - Mostrar tarjeta G			
1.	_____		
2.	_____		
3.	_____		
4.	_____		
			Total ___/4
PROCESAMIENTO DE CONCEPTOS			
Se nombraran tres palabras, de las cuales solo 2 tienen relación ¿Cuáles son?			
Tren - Bolso - Bote	0	1	
Sombrero - Guante - Rastrillo	0	1	
Naranja - Zanahoria - Uva	0	1	
			Total ___/3
PUNTAJE TOTAL		/ 32	
		Punto de corte 24	



Anexo 4. Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale (PD-CRS):

1. Memoria verbal inmediata (evocación libre)

Se le pide al sujeto que lea en voz alta las palabras escritas en 12 tarjetas, y que recuerde el mayor número de palabras después de cada lectura. Se realizan 3 lecturas de las tarjetas.

Palabras
SEMAFORO
SEDA
ARENA
PESTAÑA
ARROZ
CORBATA
PIZARRA
BICICLETA
ESTRELLA
LEON
ANILLO
PERFUME

Puntuación: 1 punto por cada palabra recordada. Se escoge la mayor puntuación obtenida en uno de los 3 intentos. (0-12) **(ver tarjetas al final del apéndice)**

2. Denominación por confrontación.

Se le pide al sujeto que nombre los dibujos que se muestran en 20 tarjetas consecutivas. No se limita el tiempo de respuesta, y las tarjetas se administran una sola vez. No se administran al sujeto pistas semánticas ni fonéticas. Sin embargo, cuando los dibujos están integrados en su contexto (biberón, hebilla, crin, anzuelo, cascabel, pezuña), el explorador puede indicar la parte del dibujo a denominar.

Ver las imágenes al final del apéndice.
BABERO
VELA
CEREZA
TABURETE
ANCLA
TORTUGA
COMETA
PECERA
BOMBILLA
GUITARRA
HEBILLA
ANZUELO
CRIN
DESTORNILLADOR
BIOMBO
IMPERDIBLE
CASCABEL
EXTINTOR
PEZUÑA
CERROJO

Puntuación: 1 punto por cada dibujo correctamente designado. (0-20)

3. Atención mantenida.

Se lee al sujeto una serie ascendente de letras y números. Se le pide al sujeto que diga el número de letras presentes en cada secuencia. Se leen 10 secuencias de número, de dificultad ascendente. Se realizan dos secuencias de entrenamiento al principio del test. Se administran las 10 secuencias aunque el paciente cometa 2 errores consecutivos.

		Respuesta correcta
Ejemplo	2 L T	2 letras
	8 A 9	1 letras
1	2 P 6 5 4	1 letras
	3 A 6 K L	3 letras
2	B 9 0 4 L T	3 letras
	3 C P 5 7 3	2 letras
3	3 9 5 L 4 Z A	3 letras
	I 1 A S Q 4 1	4 letras
4	7 5 D A 4 T B 2	4 letras
	9 6 8 4 3 7 L C	2 letras
5	Z 4 9 A T D 3 8 4	4 letras
	9 5 M D 4 S C 3 E	5 letras

Puntuación: 1 punto por cada secuencia correcta. (0-10)

4. Working memory

Se lee al sujeto una serie aleatoria de letras y números, de complejidad creciente. Después de cada secuencia de letras y números se le pide al sujeto que repita primero los números, y después las letras. El test se para cuando el paciente no es capaz de dar la respuesta correcta en 2 secuencias consecutivas. Se realizan dos secuencias de entrenamiento al principio del test.

		Respuesta correcta
Ejemplo	L 2 T 8 A 9	2 L T 8 9 A
1	M 3 7 P	3 M 7 P
2	G 8 M 9 I 6	8 G M 9 6 I
3	T 0 4 A 7 V 6 J	0 4 T A 7 6 V J
4	M 6 4 N I 3 5 S G C	6 4 M N I 3 5 S C G
5	1 R 9 V B 3 M 2 7 4 Z 9	1 9 3 R V B 2 7 4 9 M Z

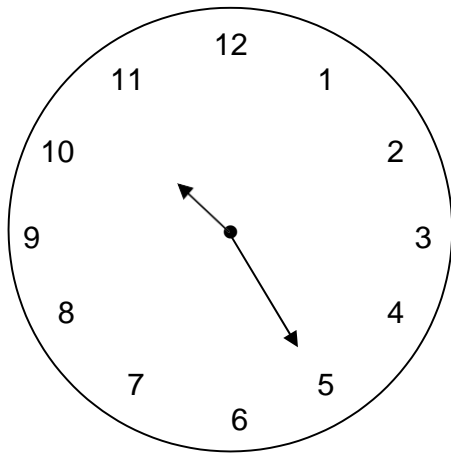
Puntuación: 1 punto por cada secuencia correcta. (0-10)

5. Dibujo espontáneo de un reloj:

Se le pide al sujeto que dibuje la esfera de un reloj en una hoja en blanco, y que coloque las manecillas del reloj a las “diez y veinticinco”. (0-10)

6. Copia de un reloj:

Posteriormente, se le pide al sujeto que copie un reloj que marque las “diez y veinticinco”. (0-10)



	Espontáneo		Copia	
	Sí	No	Sí	No
El dibujo parece un reloj.				
El reloj no está dividido por líneas y sectores.				
Disposición simétrica de los números.				
Sólo están escritos los números del 1 al 12.				
La secuencia de las horas es correcta.				
Sólo hay dos manecillas dibujadas.				

Las manecillas del reloj están representadas como flechas.				
La manecilla que marca la hora es menor que la que marca los minutos.				
No hay palabras escritas.				
El número 25 no está escrito dentro del reloj.				

Puntuación: 1 punto para cada ítem correcto. (0-10 para cada tarea)

7. Memoria verbal inmediata (evocación libre).

Se le pide al sujeto que recuerde el mayor número de palabras de la lista presentada al principio de la escala.

Palabras
LUZ
SEDA
ARENA
PESTAÑA
ARROZ
CORBATA
PIZARRA
BICICLETA
ESTRELLA
LEÓN
ANILLO
PERFUME

Puntuación: 1 punto por cada palabra recordada. (0-12)

8. Fluencia verbal alternante.

Se le pide al sujeto que diga, durante 60 segundos y alternando de una categoría a otra, tantas palabras como pueda que empiecen con la letra 'S', y tantas prendas de ropa.

Se les instruye a los paciente que no se pueden decir nombre propios, ni repetir la misma palabra con diferentes finales (p.ej: nadar, nadando, nadador...).

Puntuación: 1 punto por cada palabra correcta, siempre y cuando el paciente mantenga la alternancia de categorías.

Ejemplo para el explorador: sierra, falda, camisa, sirena □ puntuación: 3 (sólo se cuenta una de las dos prendas de ropa).

9. Fluencia verbal de acción.

Se siguen las instrucciones expuestas por Piatt y col. (referencia 45 en el artículo). Se le pide al paciente: "Durante 60 segundos, querría que me dijera tantas cosas diferentes como usted pueda pensar que la gente hace. No quiero que me diga frases, sino sólo una palabra para cada situación (p.ej: comer). A su vez, no quiero que me repita la misma palabra con diferentes finales (comió, comerá, comido).

Puntuación: 1 punto para cada respuesta correcta.

PUNTUACIÓN

ITEM	Puntuación
1. Memoria verbal inmediata (evocación libre)	
2. Denominación por confrontación	
3. Atención mantenida	
4. Working memory	
5. Dibujo espontáneo de un reloj	
6. Copia de un reloj	
7 Memoria verbal diferida (evocación libre)	
8. Fluencia verbal alternante	
9. Fluencia verbal de acción	
Puntuación FRONTO-SUBCORTICAL	
Puntuación CORTICAL POSTERIOR	
Puntuación total	

Anexo 5. Índice de Barthel, resultados con dependencia:

RESULTADO	GRADO DE DEPENDENCIA
0-20	Dependencia total
21-60	Dependencia severa
61-90	Dependencia moderada
91-99	Dependencia leve
100	Independencia

Anexo 6. Índice de Barthel:

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
COMER					
Totalmente independiente	10	10	10	10	10
Necesita ayuda para cortar carne, el pan.etc.	5	5	5	5	5
Dependiente	0	0	0	0	0
LAVARSE					
Independiente. Entra y sale solo del baño	5	5	5	5	5
Dependiente	0	0	0	0	0
VESTIRSE					
Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10	10	10	10	10
Necesita ayuda	5	5	5	5	5
Dependiente	0	0	0	0	0
ARREGLARSE					
Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5	5	5	5	5
Dependiente	0	0	0	0	0
MICCIÓN - ORINA					
Continente o es capaz de cuidarse la sonda	10	10	10	10	10
Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5	5	5	5	5
Incontinente	0	0	0	0	0
DEPOSICIONES - HECES					
Continente	10	10	10	10	10
Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5	5	5	5	5
Incontinente	0	0	0	0	0
USAR EL RETRETE					
Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10	10	10	10	10
Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5	5	5	5	5
Dependiente	0	0	0	0	0
TRASLADARSE					
Independiente para ir del sillón a la cama	15	15	15	15	15

Mínima ayuda física o supervisión	10	10	10	10	10
Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentada sin ayuda	5	5	5	5	5
Dependiente	0	0	0	0	0
DEAMBULAR					
Independiente, camina solo 50 metros	15	15	15	15	15
Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10	10	10	10	10
Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5	5	5	5	5
Dependiente	0	0	0	0	0
ESCALONES					
Independiente para subir y bajar escaleras	10	10	10	10	10
Necesita ayuda física o supervisión	5	5	5	5	5
Dependiente	0	0	0	0	0
TOTAL					

Anexo 7. Escala de Lawton y Brody:

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO					
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1	1	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1	1	1	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1	1	1	1	1
No utiliza el teléfono	0	0	0	0	0
HACER COMPRAS					
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	1	1	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	0	0	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0	0	0	0
Totalmente incapaz de comprar	0	0	0	0	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA					
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1	1	1	1	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	0	0	0	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta Adecuada	0	0	0	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0	0	0	0
CUIDADO DE LA CASA					
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1	1	1	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1	1	1	1	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	1	1	1	1
No participa en ninguna labor de la casa	0	0	0	0	0
LAVADO DE LA ROPA					
Lava por sí solo toda la ropa	1	1	1	1	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1	1	1	1	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	0	0	0	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE					
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1	1	1	1

Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1	1	1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1	1	1	1	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0	0	0	0	0
No viaja	0	0	0	0	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN					
Es capaz de tomar su medicación a la hora o dosis correcta	1	1	1	1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0	0	0	0	0
No es capaz de administrarse su medicación	0	0	0	0	0
MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS					
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1	1	1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos	1	1	1	1	1
Incapaz de manejar dinero	0	0	0	0	0
TOTAL					

Anexo 8. Escala de NUDS:

1. CAMINAR

Siempre camina solo

0. Normal

1. La marcha sólo se diferencia discretamente de lo normal en calidad y velocidad; girar es el acto más difícil. Postura esencialmente normal.

2. La calidad de la marcha es pobre y la velocidad lenta. Postura moderadamente afecta. Puede haber tendencia hacia una discreta propulsión. Girar es difícil.

3. La marcha es muy anormal, lenta y vacilante. Postura evidentemente alterada. Puede haber propulsión.

Camina solo a veces

1. Camina fácilmente distancias cortas. Caminar en exteriores es difícil, pero a menudo puede hacerlo sin ayuda. Rara vez camina distancias largas solo.

2. Camina de una habitación a otra con sólo moderada dificultad. A veces puede caminar en exterior sin ayuda.

3. Camina de una habitación a otra sin ayuda, pero se mueve lentamente y usa soporte externo. No camina solo en exterior.

Nunca camina solo

1. Requiere ayuda potencial en interiores y activa en exteriores.
2. Requiere moderada ayuda en interiores; camina en el exterior con considerable ayuda.
3. Necesita una ayuda considerable incluso para distancias cortas. No puede caminar en exterior ni con ayuda.
4. No camina, incluso con máxima asistencia.

2. VESTIDO

Autonomía completa

1. Normal
2. Se viste completamente con sólo algo más de tiempo y esfuerzo de lo normal.
3. Se viste completamente solo con lentitud y gran esfuerzo.

Requiere ayuda parcial

4. Se viste solo, excepto para actividades finas (corbata, botones, etc.)
5. Realiza más de la mitad de las actividades de vestido independientemente.
6. Realiza alrededor de la mitad de las actividades de vestido independientemente.
7. Sólo realiza las actividades más burdas de vestido (sombrero, abrigo).

Requiere ayuda completa

8. Ayuda considerablemente con movimientos corporales.
9. Puede ayudar algo con movimientos corporales.
10. Los movimientos del paciente ni ayudan ni impiden al asistente.
11. El paciente obstaculiza más que ayuda.

3. COMER

0. Normal.

1. Dieta normal, pero masticación y deglución son laboriosas.
2. Come habitualmente algún sólido, pero esto requiere tiempo y esfuerzo.

3. Maneja con habilidad líquidos y alimentos blandos. Ocasionalmente toma sólidos, con gran esfuerzo y mucho tiempo.
4. Sólo toma líquidos y alimentos blandos; éstos son consumidos muy lentamente.
5. La alimentación está tan alterada que se requiere hospitalización para mantener una nutrición adecuada.

4. ACTIVIDADES PARA LA ALIMENTACION.

0. Normal.

1. Se alimenta él mismo, con raros accidentes. Más lento de lo normal.
2. Realiza todas las actividades sólo, con moderada lentitud, aunque puede buscar o requerir ayuda en situaciones concretas (cortar carne en un restaurante). Los accidentes no son infrecuentes.
3. Realiza la mayoría de las actividades solo, con moderada lentitud. Puede requerir ayuda en situaciones específicas (cortar carne, llenar una taza)
4. Realiza independientemente sólo unas pocas actividades...
5. Requiere asistencia total.

5. HIGIENE

Autonomía completa

0. Normal.

1. Higiene mantenida normalmente, con excepción de discreta lentitud.
2. Las actividades higiénicas consumen un tiempo moderado; no requiere métodos sustitutivos. Pocos accidentes.
3. Higiene mantenida independientemente, pero con esfuerzo y lentitud. Accidentes frecuentes. Puede usar sustitutivos.

Requiere ayuda parcial

0. Atiende a la mayoría de las necesidades personales solo. Ha instaurado métodos sustitutivos para superar las actividades difíciles (afeitadora eléctrica).

1. Requiere ayuda para algunas tareas no difíciles en cuanto a coordinación.

2. Requiere asistencia para la mitad de las necesidades higiénicas.

3. Realiza unas pocas actividades solo, con ayuda a mano.

Requiere asistencia completa

0. Higiene bien mantenida; ayuda al asistente.

1. Higiene razonablemente buena con asistencia, pero no ayuda de forma significativa.

2. Incapaz de mantener una higiene adecuada incluso con máxima ayuda.

6. LENGUAJE

0. Normal.

1. Lenguaje completamente adecuado; presentes mínimos trastornos de voz.

2. Lenguaje fácilmente comprensible, pero la voz o el ritmo pueden estar alterados.

3. Se comunica con facilidad, pero la alteración del lenguaje le resta contenido.

4. Se puede entender siempre el lenguaje si el oyente le dedica suficiente atención. Tanto la articulación como la voz pueden ser defectuosas.

5. Siempre emplea lenguaje para comunicarse, pero la articulación es muy pobre. Habitualmente utiliza frases completas.

6. Utiliza lenguaje para comunicarse la mayoría de las veces, pero la articulación es difícilmente inteligible. Puede tener dificultad en ocasiones para iniciar el lenguaje. Habitualmente habla con palabras aisladas o con frases cortas.

7. Intenta usar el lenguaje para comunicarse, pero tiene dificultades para iniciar la vocalización. Puede detenerse en medio de la frase y ser incapaz de seguir.

- 8. Vocaliza para llamar la atención.
- 9. Vocaliza, pero raramente con intención comunicativa.
- 10. No vocaliza.

PUNTUACION TOTAL:

Anexo 9. Cuestionario de calidad de vida en Enfermedad de Parkinson:

	0	1	2	3	4
1. Dificultad para realizar las actividades de ocio que le gustaría hacer					
2. Dificultad para realizar tareas de la casa (p.ej., reparaciones, cocinar, limpieza, etc.)					
3. Dificultad para cargar con paquetes o las bolsas del mercado					
4. Problemas para caminar una distancia de unos 750 m					
5. Problemas para caminar unos 100 m					
6. Problemas para dar una vuelta alrededor de casa con tanta facilidad como le gustaría					
7. Problemas para moverse en sitios públicos					
8. Necesidad de que alguien le acompañe cuando sale a la calle					
9. Sensación de miedo o preocupación por si se cae en público					
10. Permanecer confinado en casa más tiempo del que usted desearía					
11. Dificultades para su aseo personal					
12. Dificultades para vestirse solo					
13. Problemas para abotonarse la ropa o atarse los cordones de los zapatos					
14. Problemas para escribir con claridad					

15. Dificultad para cortar los alimentos					
16. Dificultades para sostener un vaso o una taza sin derramar el contenido					
17. Sensación de depresión					
18. Sensación soledad y aislamiento					
19. Sensación de estar lloroso o con ganas de llorar					
20. Sensación de enfado o amargura					
21. Sensación de ansiedad o nerviosismo					
22. Preocupación acerca de su futuro					
23. Tendencia a ocultar su enfermedad a la gente					
24. Evitar situaciones que impliquen comer o beber en público					
25. Sentimiento de vergüenza en público debido a tener la Enfermedad de Parkinson					
26. Sentimiento de preocupación por la reacción de otras personas hacia usted					
27. Problemas en las relaciones personales con las personas íntimas					
28. No ha recibido apoyo de su esposo/a o pareja de la manera que usted necesitaba					
29. No ha recibido apoyo de sus familiares o amigos íntimos de la manera que usted necesitaba					
30. Quedarse inesperadamente dormido durante el día					
31. Problemas para concentrarse (p.ej., cuando lee o ve la televisión)					
32. Sensación de que su memoria funciona mal					
33. Alucinaciones o pesadillas inquietantes					
34. Dificultad al hablar					

35. Incapacidad para comunicarse adecuadamente con la gente					
36. Sensación de que la gente le ignora					
37. Calambres musculares o espasmos dolorosos					
38. Molestias o dolores en las articulaciones o en el cuerpo					
39. Sensaciones desagradables de calor o frío					
Parcial					
TOTAL					

Anexo 10. Evaluación Minimental Parkinson:

MINIMENTAL PARKINSON	PUNTUACIÓN	OBSERVACIONES
Orientación temporal	5	La usuaria muestra una buena orientación temporal.
Orientación espacial	5	La usuaria muestra una buena orientación espacial.
Memoria	0	La usuaria no ha sido capaz de recordar todas las tarjetas en ninguno de los tres intentos.
Atención y control mental	4	En las restas de 100-7, la usuaria, solo ha realizado una resta correctamente. No ha sido capaz de deletrear la palabra mundo al revés. En 30 segundos la usuaria ha sido capaz de decir más de tres animales que empezaran por la letra "L".
Memoria de asociación	1	La usuaria solo se ha acordado de una de las asociaciones de las tarjetas del principio. No ha sabido decir el orden.

Reconocimiento	3	La usuaria ha visto tres de las cuatro diferencias que había en las figuras.
Procesamiento de conceptos	2	La usuaria ha sabido asociar y razonar las dos palabras que tenían relación en dos de las tres secuencias de palabras que se le han dicho.

Anexo 11. Evaluación Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale:

PD-CRS	PUNTUACIÓN	OBSERVACIONES
Memoria verbal inmediata	7	En la primera lectura de las tarjetas, la usuaria, solo se ha acordado de una palabra pero en la tercera lectura se ha acordado de más de la mitad de las palabras.
Denominación por confrontación	19	La usuaria ha sabido reconocer y evocar muy bien los diferentes dibujos, menos uno, que ha reconocido cual era la función del objeto dibujado pero ha fallado en la evocación del mismo.
Atención mantenida	0	La usuaria ha comprendido lo que tenía que hacer perfectamente pero a la hora de ejecutar la actividad no se acordaba de la secuencia que le había dicho y por tanto no sabía sacar el número de letras que había en ella.
Working memory	1	En este apartado le ha pasado lo mismo que en el anterior, la usuaria ha comprendido lo que tenía que hacer pero a la hora de realizar la actividad no se acordaba de la secuencia que le había dicho y por

		tanto no sabía decir primero los números y después las letras.
Dibujo espontaneo de un reloj	2	La usuaria no ha sabido dibujar correctamente un reloj con las manecillas en las 10:25.
Copia de un reloj	3	La usuaria no ha sido capaz de copiar correctamente el reloj.
Memoria verbal diferida	3	Después de un rato, la usuaria se ha acordado de tres de las doce palabras que había leído al principio.
Fluencia verbal alternante	1	En este apartado le ha pasado lo mismo que en los ítems tres y cuatro, la usuaria ha comprendido lo que tenía que hacer pero a la hora de llevarlo a cabo se le olvidaba el orden de la secuencia que tenía que realizar.
Fluencia verbal de acción	8	La usuaria ha nombrado ocho acciones sin repetirse en ningún verbo.

Anexo 12. Evaluación Índice de Barthel:

ÍNDICE DE BARTHEL		OBSERVACIONES
Comer	5: Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	La usuaria come de manera independiente pero necesita ayuda para cortar los alimentos más duros.
Lavarse	5: Independiente. Entra y sale sola del baño	La usuaria tiene un cuarto de baño adaptado en su casa con una ducha a rad del suelo, barras para agarrarse y una banqueta, tanto dentro de la ducha como fuera para el lavabo. Le cuesta más que antes, bradicinesia.

Vestirse	5: Necesita ayuda	El vestido es la actividad básica de la vida diaria que más le cuesta y donde más ayuda necesita. La usuaria comenta que siempre intenta vestirse de manera independiente pero que le cuesta mucho rato porque se coloca la ropa del revés o en orden incorrecto y se la tiene que volver a quitar varias veces. En algunas ocasiones cuando ya esta cansada de intentarlo le pide ayuda a su marido. En cuanto a aquellas actividades del vestido más relacionadas con la motricidad fina, como: atarse los cordones, abrocharse los botones, sí que es dependiente de alguien para que se lo haga, normalmente, de su marido.
Arreglarse	5: Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, etc.	La usuaria es totalmente independiente para arreglarse, tiene una banqueta por si se cansa de estar de pie para sentarse. Le cuesta más que antes, bradicinesia.
Micción-orina	10: Contiene o es capaz de cuidarse la sonda	La usuaria no presenta ningún tipo de incontinencia.
Deposiciones-heces	10: Contiene	La usuaria no presenta ningún tipo de incontinencia.
Usar el retrete	5: Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia sola	La usuaria, a veces, le pide ayuda a su marido para manejar la ropa.
Trasladarse	15: Independiente para ir del sillón a la cama	La usuaria es capaz de hacer las transferencias de forma independiente. En los periodos "OFF" si que necesita un pequeño apoyo de alguien, normalmente su marido.

Deambular	15: Independiente, camina sola 50 metros.	La usuaria puede caminar de forma independiente 50 metros; y más de 50 metros. En los periodos "OFF" si que necesita una pequeña ayuda apoyándose en el brazo de alguien, normalmente de su marido.
Escalones	5: Necesita ayuda física o supervisión.	Tanto para subir como para bajar las escaleras, la usuaria, necesita agarrarse a algo.

Anexo 13. Evaluación Escala de Lawton y Brody:

ESCALA DE LAWTON Y BRODY		OBSERVACIONES
Capacidad para usar el teléfono	1: Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.	La usuaria comenta que no le gustan nada los teléfonos móviles y que nunca ha mostrado interés por entenderlos.
Hacer compras	0: Necesita ir acompañada para hacer cualquier compra.	La usuaria siempre que sale a la calle va acompañada; es capaz de comprar ella sola porque sabe manejar el dinero pero a la hora de llevar la compra sí que necesita ayuda, por el peso de las bolsas.
Preparación de la comida	1: Organiza, prepara y sirve las comidas por si sola adecuadamente.	La usuaria es capaz de preparar la comida de forma independiente pero nos comenta que esta actividad siempre la hace junto a su marido, toda la vida lo han hecho así.

Cuidado de la casa	1: Realiza las tareas ligeras, como lavar los platos, meterlos al lavavajillas, etc.	La usuaria nos comenta que tiene a una chica dos días a la semana que les hace las tareas de hogar, pero que lo básico de todos los días lo hacen entre ella y su marido.
Lavado de la ropa	0: Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	Esta actividad la realiza su marido pero nos comenta que ella selecciona la ropa y a veces le ayuda a tender las prendas de ropa pequeñas.
Uso de medios de transporte	0: Utiliza el taxi o el autobús solo con ayuda de otros.	La usuaria nunca ha conducido, siempre ha dependido de alguien. Actualmente le han concedido un taxi adaptado. Siempre viaja con alguien, nunca sola.
Responsabilidad respecto a su medicación	0: Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.	La usuaria es independiente para tomarse la medicación, tiene una alarma en el móvil, pero si previamente se la ha preparado su marido.
Manejo de asuntos económicos	1: Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos.	La usuaria es capaz de manejar el dinero independientemente pero del tema del banco se encarga su marido.

Anexo 14. Evaluación Escala de NUDS:

ESCALA DE NUDS		OBSERVACIONES
Caminar	2: La calidad de la marcha es pobre y la velocidad lenta. Postura moderadamente afectada. Puede haber tendencia hacia una discreta propulsión. Girar es difícil.	Se puede observar la postura típica del enfermo de Parkinson cuando camina, además de observar una pobre calidad de la marcha, sobre todo cuando esta en periodos "OFF".
Vestido	5: Realiza más de la mitad de las actividades de vestido de forma independiente.	La usuaria intenta siempre vestirse de forma independiente pero a veces necesita pedir ayuda porque no es capaz de ponerse la ropa del derecho o se la pone en un orden incorrecto. En cuanto a actividades como: abrocharse los botones, el sujetador, etc. necesita la ayuda de alguien para que lo haga por ella.
Comer	0: Normal	La usuaria no presenta ningún problema de disfagia que le impida una alimentación normal.
Actividades para la alimentación	1: Se alimenta ella misma, con raros accidentes. Más lento de lo normal	La usuaria presenta bradicinesia a la hora de comer y le cuesta más de lo normal. Además, debido a las discinesias que presenta alguna vez se le cae el contenido líquido del vaso o de la cuchara. Necesita ayuda para cortar los

		alimentos más duros.
Higiene	1: Higiene mantenida normalmente, con excepción de discreta lentitud.	La usuaria tiene un cuarto de baño adaptado con una ducha a ras del suelo, barras para agarrarse y una baqueta para sentarse, tanto dentro de la ducha como para el lavabo.
Lenguaje	0: Normal	La usuaria presenta un lenguaje normal, aunque algunas veces no le sale la palabra que quiere decir y se le llena la boca de saliva.