



VICERECTORIA ACADÉMICA
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA



TEMA:
**DIAGNOSTICO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.
PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE DIVULGACIÓN**

TRABAJO DE GRADUACIÓN PRESENTADO POR:

CARMEN EUGENIA CHICAS
AMALIA RAQUEL CORDOVA
GLENDA MARICELA VENTURA

PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Noviembre de 2003.

SAN SALVADOR,

EL SALVADOR,

CENTROAMÉRICA



Página de Autoridades.

Lic. José Mauricio Loucel.
Rector.

Ing. Lorena Duque de Rodríguez.
Vicerrectora Académica.

Jurado Examinador.

Lic. Oscar Ovidio Alvarado.
Presidente del Jurado.

Lic. Delma Rina Peña.
Primer Vocal.

Lic. Mariel Sánchez de Pineda.
Segundo Vocal.

Noviembre, 2003

San Salvador, El Salvador, Centroamérica.



Agradecimiento.

A Dios Todopoderoso que me concede la vida y cada uno de los acontecimientos creados especialmente para mí.

A mi madre por su paciencia quien desde su sencillez me impulso a continuar a pesar de las limitaciones y el cansancio.

A mis hermanos en la fe que me acompañaron en el recorrido de un camino, con un lugar al que llegar y continuaran a mi lado en los futuros caminos...

A mis amigas y compañeras Glenda y Raquel, quienes me enseñaron el camino de la paciencia y la fraternidad.

Y a cada persona que junto a mi compartió las presiones y diversiones universitarias.

Carmen Eugenia Chicas.



Agradecimiento.

Este triunfo se lo dedico:

Principalmente a: **Dios** por ser mi guía desde que comencé mis estudios y me dio las fuerzas para terminarlos, a él que me dio interés por desarrollar una conciencia humanística y adquirir conocimientos para ser una buena profesional.

Especialmente a: **mí mamá** que con su amor, sacrificio y comprensión creo en mi, el interés por terminar una carrera y sobre todo le doy gracias por los valores y principios que vi en ella y me los fomento cada día.

Con mucho cariño a: **mis hermanos** por compartir su vida conmigo y apoyarme, **mis tíos** los cuales me ayudaron a seguir adelante y se comportaron como mis padres, **a mis primas, primos y sobrinos** por su amor y alegría.

Especialmente a: **mis compañeras de tesis** con las cuales no solo compartimos tiempos de estudio, también formamos lazos fuertes de amistad, **a mis compañeros de carrera** por las experiencias compartidas que nunca olvidare, **a mis docentes** que me brindaron amor a mi carrera y conocimientos, **a mis amigos y a mi novio** que me apoyo en todo el proceso de mi trabajo.

A todos muchas Gracias y que Dios los bendiga.

Glenda Maricela Ventura.



Agradecimiento.

Dedico este trabajo principalmente:

A Dios: mi guía y mi fortaleza, gracias Señor por darme la bendición de culminar una meta mas en mí vida, sino fuera por ti, este triunfo nunca hubiera sido posible.

A mi madre: Marta Vda. de Córdova, por ser un instrumento de Dios, para darme la vida y me supo educar para que fuera una mujer de éxito. Gracias mamá por tu amor y dedicación, tu esfuerzo y sacrificio,

A mi esposo: Saúl Enrique Cabrera, por ser mi ayuda idónea, un hombre maravilloso, que día a día me hace la mujer más feliz de este mundo y que con su amor y paciencia me ayudo a lograr este éxito.

A mi hermana: Nohemy Martínez, que a pesar de la distancia por medio de sus oraciones siempre estuvo presente.

A mi suegra y maestra: Amely de Cabrera, que con sus consejos, oraciones y paciencia, estuvo siempre presente; en estos momentos tan difíciles de mi vida, gracias por comprender, mis malos momentos.

A mi sobrino: Diego Alejandro, que con su sonrisa inocente, me ayudo haber lo maravillosa que es la vida y aunque los problemas llegaban, al verlo se me olvidaban. Gracias bebecito.

A mis compañeras de Tesis: Carmen y Glenda, que a pesar de las circunstancias y los problemas que se pudieron dar, pudieron mas los lazos de amor fraternal y de amistad que nos unen.

A todos muchas gracias y que Dios los bendiga.

Amalia Raquel Córdova de Cabrera.



ÍNDICE

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 Enunciado	4
1.3 Justificación	4
1.4 Delimitación	6

CAPITULO II

SISTEMA DE OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo General	7
2.2 Objetivos Específicos	7

CAPITULO III

MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL DE REFERENCIA	8
3.1 Referencia Histórica	8
3.2 Referencia Legal	11
3.3 Etiología.....	15
3.3.1 Fases de la Enfermedad de Parkinson.....	19
3.3.2 Tipos de la Enfermedad de Parkinson.....	23
3.4 Origen del movimiento	28
3.5 Base neurológica del control de movimiento	30
3.6 Estructuras cerebrales afectadas por la enfermedad de parkinson	33



3.7 Alteraciones funcionales de los procesos psíquicos por
 enfermedad de parkinson 42

3.8 Evaluación y Criterio Clínico 46

3.9 Tratamiento 55

3.10 Avances Científicos..... 62

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN..... 70

4.3 Unidad de Análisis y Sujetos de Estudio 71

4.4 Determinación del universo o población 71

4.5 Población y muestra..... 71

4.6 Cálculo de la muestra 72

 4.6.1 Cálculo de las cuotas 73

4.7 Técnicas e Instrumento..... 74

 4.7.1 Técnica..... 74

 4.7.2 Instrumento 74

 4.7.3 Generalidades del Instrumento

 4.7.3.1 Características del instrumento 74

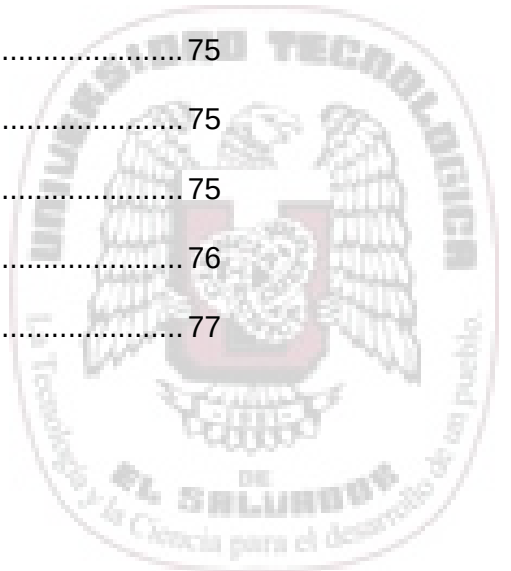
 4.7.3.2 Validación del instrumento 75

 4.7.3.3 Descripción del instrumento..... 75

 4.7.3.4 Normas de suministración 75

 4.7.3.5 Áreas que explora el instrumento 76

 4.7.3.6 Normas de calificación..... 77



CAPITULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... 78

CAPITULO VI

CONCLUSIONES 103

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES 105

CAPITULO VIII

PROGRAMA DE DIVULGACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE

PARKINSON Y PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO 107

BIBLIOGRAFIA 124

ANEXOS 127

GLOSARIO 146

ANEXOS DINAMICAS Y TÉCNICAS..... 155



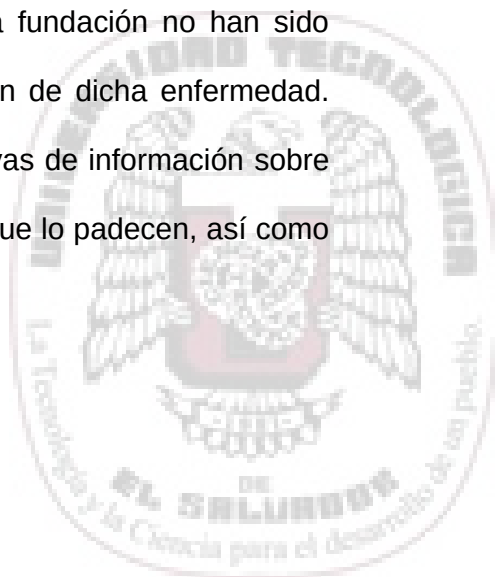
INTRODUCCIÓN

Durante el proceso de desarrollo evolutivo el ser humano enfrenta diferentes situaciones personales, psicológicas y físicas, propias de la edad en la que se encuentra, es así como en la edad adulta, el ser humano se enfrenta a cambios físicos concretos y cambios en las condiciones de salud.

Problemas de salud que en algunos casos son de origen neurológico degenerativo, como puede observarse en la enfermedad de Parkinson.

En El Salvador se encuentran registros mínimos de personas atendidas por instituciones de salud pública por causas de esta enfermedad, lo cual no significa que no existan casos, sino más bien que son pocas las instituciones que se dedican a la atención de personas con esta enfermedad, además el tratamiento y la prevención de este mal son limitados, la enfermedad es tratada exclusivamente a nivel hospitalario por psiquiatras o neurólogos conocedores pero no especialistas de la enfermedad.

La falta de conocimiento sobre dicha enfermedad y la forma en la que ésta es tratada, motivó el surgimiento de la Fundación de la Enfermedad de Parkinson en El Salvador. Los esfuerzos que ha realizado esta fundación no han sido suficientes para cubrir las necesidades de información de dicha enfermedad. Es por ello que se requiere estrategias claras y objetivas de información sobre la enfermedad de Parkinson; para aquellas personas que lo padecen, así como también a cuidadores y a la población en general.



Para ello es necesario determinar los niveles de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson en la población salvadoreña, específicamente aquellas que asisten a los hospitales nacionales como: Hospital Nacional Rosales, Hospital Nacional de San Bartolo “Enfermera Angélica Vidal de Najarro”, Hospital Nacional Zacamil “Dr. Juan José Fernández”.

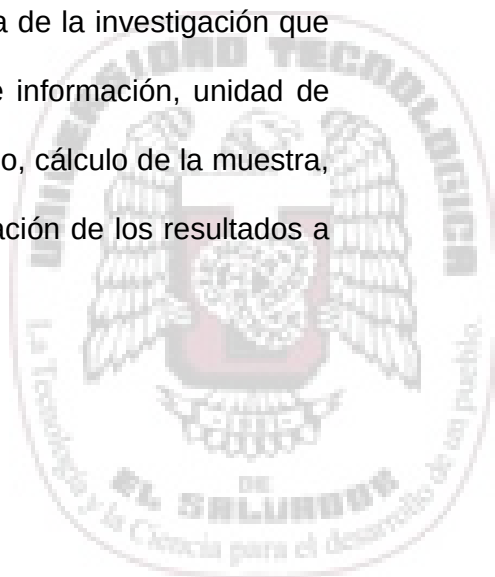
En tal sentido y al efecto de lograr un estudio objetivo se ha realizado esta investigación sobre la cual comprenden las siguientes fases:

En el capítulo I, se encuentra el planteamiento del problema, el cual es necesario conocer para determinar la situación real de la enfermedad, su trascendencia y condición actual.

En el capítulo II, se presenta el objetivo general y los objetivos específicos con la intención de darle un sentido a la investigación.

En el capítulo III, se encuentra toda la base teórica que sustenta la investigación y se ha dividido en 4 grandes temas: Referencia Histórica, Referencia Legal, Etiología y Avances Científicos.

De igual forma en el capítulo IV; detalla la metodología de la investigación que comprende: tipo de investigación, método, fuentes de información, unidad de análisis y sujetos de estudio, determinación del universo, cálculo de la muestra, calculo de las cuotas, técnicas e instrumentos y tabulación de los resultados a través de cuadros y gráficos.



En el capítulo V, se realizó el análisis e interpretación de los resultados, ya ordenados y procesados los datos se realizó el análisis respectivo de una manera tanto cuantitativa como cualitativa.

Dentro del capítulo VI, se efectuaron conclusiones a partir de los objetivos propuestos y basados en los resultados obtenidos.

En el capítulo VII, se elaboraron recomendaciones a partir de las conclusiones y otros elementos encontrados que concuerdan con el enfoque teórico.

Finalmente en el capítulo VIII, se presenta un programa de divulgación ante la necesidad de información sobre el conocimiento de la enfermedad de Parkinson en la mayoría de personas que asisten a los Hospitales Nacionales y a la vez se elaboró un programa de apoyo psicológico, para pacientes con la enfermedad, familiares y cuidadores.



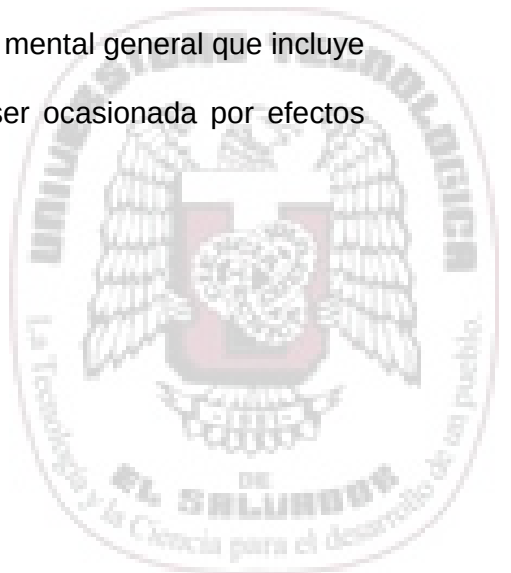
Capítulo I

Planteamiento del Problema

La enfermedad de Parkinson tiene un origen neurológico desconocido, que afecta a dos de cada mil personas en el mundo y se desarrolla más frecuentemente después de los 50 años de edad, tanto en hombres como en mujeres.

La enfermedad de Parkinson también conocida como parálisis agitante, es causada por el deterioro progresivo de las células nerviosas del cerebro encargada del control de los movimientos (ganglios basales y área extrapiramidal), además de la producción de dopamina, los bajos niveles de esta sustancia afectan las células nerviosas impidiéndole transmitir impulsos nerviosos en forma adecuada ocasionando la pérdida de la función muscular la cual puede afectar ambas partes del cuerpo.

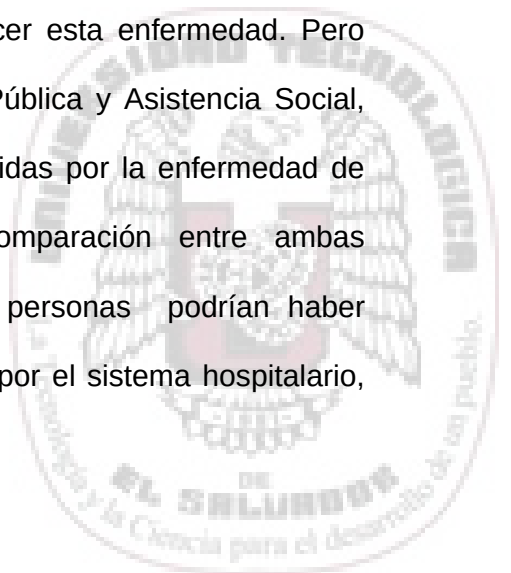
Además de la pérdida del control muscular algunas personas con la enfermedad de Parkinson puede presentar depresión, pérdida temprana de la capacidad mental y en casos severos deterioro mental general que incluye demencia y/o alucinaciones esta última puede ser ocasionada por efectos secundarios de los medicamentos.



Al igual que otras enfermedades de reciente descubrimiento, la enfermedad de Parkinson puede ser difícil de evaluar y por lo tanto diagnosticar debido a que los cambios de postura, temblores y otros, son asociados al envejecimiento y la carencia de expresión facial puede tomarse como signo de depresión o ansiedad.

En El Salvador como en otros países tercermundistas los avances y esfuerzos realizados para un mayor conocimiento, tratamiento y prevención de este mal, son limitados debido a la pequeña pero muy significativa cantidad de personas que hasta este momento se conocen afectadas por Parkinson, la enfermedad es tratada únicamente a nivel hospitalario por neurólogos o psiquiatras conocedores de la enfermedad más no especialistas en ella.

Para el año 2000 la población de adultos mayores alcanzo el 7.2% de la población total del país con 451,705 personas mayores de 60 años. Al tomar en cuenta que la enfermedad de parkinson afecta a dos personas de cada mil; tenemos que 9034 personas pueden padecer esta enfermedad. Pero según las estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, solo un número de 1774 personas fueron atendidas por la enfermedad de parkinson en el año 2002; haciendo la comparación entre ambas estadísticas se puede observar que 7260 personas podrían haber padecido la enfermedad y no fueron atendidas por el sistema hospitalario,



para el año 2003; un número de 9937 personas podrían padecer la enfermedad de Parkinson. / 1

Así mismo al hacer un estudio de carácter superficial se encuentran pocas instituciones dedicadas a la atención de pacientes con enfermedad de Parkinson, entre las que se puede mencionar el Asilo Sara Zaldivar, El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Hospitales Nacionales, quienes diagnostican la enfermedad y les proporcionan los medicamentos más accesibles a los usuarios.

Además existe una asociación de pacientes con la enfermedad de Parkinson, fundada por las mismas personas que la padecen y sus familiares. Hasta el momento dicha asociación se dedica a la divulgación de la enfermedad, realizando simposios anuales desde hace 7 años, en colaboración con neurólogos que atienden los casos de la enfermedad de Parkinson. La asociación esta formada por una junta directiva, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

Sr. Camilo Minero	(Presidente)
Ing. Antonio Contreras Hrdez.	(Vicepresidente)
Sr. Francisco Hrdez. Morales	(Sindico)
Sra. Marta Alicia Franco	(Secretaria)
Sra. Carmen de Minero	(Tesorera)

1/ Dato proporcionado por el Ministerio de Salud.



Sra. Carmen Mercedes de Torres (Pro-Tesorerera)

Lic. Pablo Rodríguez Lara (Vocal)

Sr. Jorge Martínez Rivas (Vocal)

Sra. Rosa Eugenia de Delgado (Vocal)

Sra. Maria Inés Henríquez (Vocal)

A pesar de los esfuerzos realizados por la asociación de Parkinson por divulgar información acerca de la enfermedad, aun continúan muchas personas en el anonimato y desconocen de la enfermedad y su tratamiento.

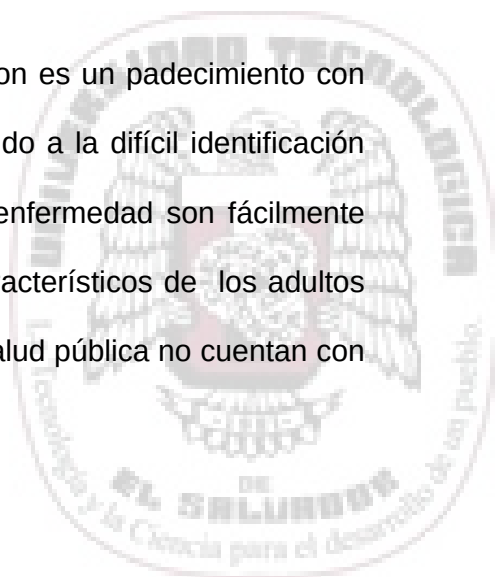
Por lo antes expuesto surge la siguiente pregunta.

1.1 Enunciado.

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson entre los usuarios del sistema de salud pública en El Salvador? (Ver anexo No 1)

1.2 Justificación.

En la actualidad la enfermedad de Parkinson es un padecimiento con dimensiones desconocidas en nuestro país, debido a la difícil identificación diagnóstica, ya que los primeros indicios de la enfermedad son fácilmente confundidos con otro tipo de padecimientos característicos de los adultos mayores, sumando a esto que los servicios de salud pública no cuentan con



la tecnología adecuada para identificar la enfermedad en las primeras etapas, y los servicios médicos privados que cuentan con ellos no están al alcance económico de la mayoría de la población.

El desconocimiento de los usuarios del sistema de salud pública a cerca de los parámetros para identificar los primeros síntomas de la enfermedad

juega un papel determinante, ya que esta en sus fases iniciales, si es tratada de la manera adecuada podría significar mayores y mejores condiciones de vida para los pacientes.

Es por esta razón que se hace necesario, identificar el nivel de conocimiento que tienen los usuarios del sistema de salud pública a cerca de la enfermedad de Parkinson, con el fin de crear un programa de divulgación que sirva de apoyo a las instituciones, neurólogos, psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas y otros que participan en la prevención de la enfermedad de Parkinson.



1.3 Delimitación.

1.3.1 Delimitación Temporal.

La investigación se realizó, en el período comprendido entre el mes de agosto del 2002 a junio del 2003.

1.3.2 Delimitación Espacial.

La investigación se realizó en 3 Hospitales Nacionales que son: Hospital Nacional Rosales, Hospital Nacional Zacamil “Doctor Juan José Fernández”, Hospital Nacional de San Bartolo “Enfermera Angélica Vidal de Najarro”.

1.3.3 Delimitación de la Población.

La investigación se realizó con sujetos femeninos y masculinos que asisten a los hospitales nacionales antes mencionados, en calidad de pacientes y acompañantes, cuyas edades oscilan entre los 18 y 80 años de edad.



Capítulo II

Sistema de Objetivos.

2.1 Objetivo General.

- Determinar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson, en los usuarios del Sistema de Salud Pública, para implementar un programa de apoyo psicológico, dirigido a familiares y pacientes que sufren la enfermedad de parkinson

2.2 Objetivos Específicos.

- Realizar un diagnostico sobre los niveles de conocimiento, de la enfermedad de Parkinson en los usuarios del Sistema de Salud Pública.
- Diseñar un programa de divulgación de la enfermedad de Parkinson, a partir de los resultados obtenidos en el diagnostico.
- Diseñar un programa de apoyo psicológico a partir de los resultados obtenidos en el diagnostico.



Capítulo III

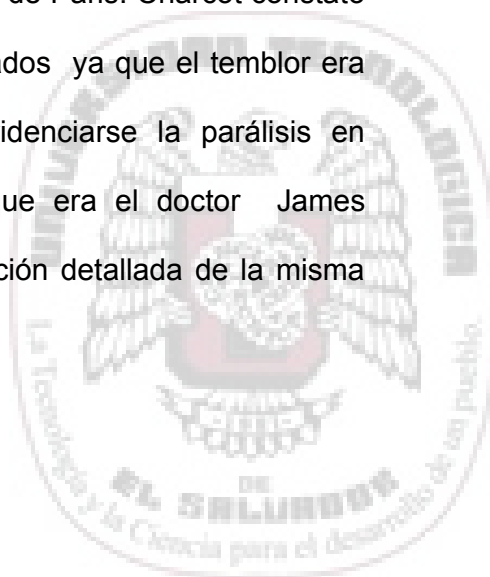
Marco Teórico y Conceptual de Referencia.

3.1 Referencia Histórica.

La referencia de los síntomas de la enfermedad que aparecen en algunos textos antiguos, hace pensar que ésta ha existido desde hace siglos. No obstante, la enfermedad no se identificó como una entidad propia hasta que en 1817, James Parkinson descubrió todos sus síntomas en forma conjunta.

El padre de James Parkinson era farmacéutico y cirujano en Londres, James estudio medicina y luego se asoció con su padre. Además de su ensayo sobre la parálisis agitante nombre con el que se le conocía a la enfermedad en aquel entonces, también fue autor de otras publicaciones.

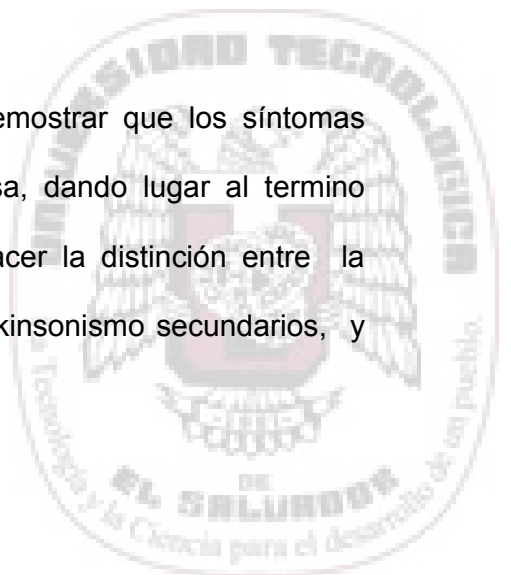
En su libro *An Essay On The Shaking Palsy*, 1817. Parkinson se centró principalmente en describir el temblor, los otros síntomas principales, bradicinesia, rigidez, problemas de equilibrio y marcha, fueron destacados por Charcot neurólogo del Hospital de Salpêtrière de París. Charcot constató que los términos parálisis agitante eran inadecuados ya que el temblor era inexistente en algunos casos, y no podía evidenciarse la parálisis en ninguno; consecuentemente propuso que ya que era el doctor James Parkinson quien había hecho la primera descripción detallada de la misma debía denominarse enfermedad de Parkinson.



La parálisis agitante también fue considerada en el libro William Gowers Manual Of The Diseases Of The Nervous System 1886, el eminente neurólogo británico incluyo sus observaciones sobre la amplitud y la frecuencia del temblor, que este puede permanecer limitado a una mitad del cuerpo durante años, aunque finalmente se extiende a la otra también reviso los problemas de equilibrio, marcha, rigidez, la monotonía del habla y la falta de expresión facial.

La epidemia de encefalitis letárgica en 1918-1926, trajo como consecuencias un gran número de personas con discapacidades crónicas por parkinsonismo, la enfermedad se iniciaba con síntomas como los de la gripe, somnolencia, parálisis del movimiento ocular, rigidez, lentitud de movimientos y cambios de comportamiento. Un 40% de quienes la padecían morían en la fase aguda y los que sobrevivían se recuperaban hasta cierto punto, pero después de algunos años entraban en una fase crónica en la que estaban presentes todos los síntomas predominantes del parkinsonismo.

Este gran numero de pacientes sirvió para demostrar que los síntomas parkinsonianos pueden tener mas de una causa, dando lugar al termino parkinsonismo, y abriendo el camino para hacer la distinción entre la enfermedad de parkinson idiopático y el parkinsonismo secundarios, y

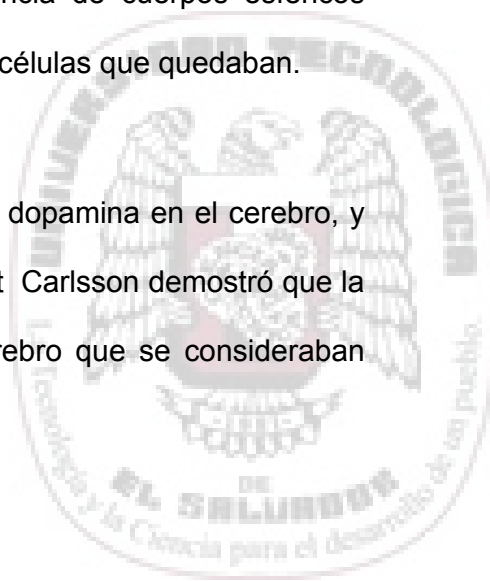


para los ulteriores perfeccionamientos de las categorías diagnósticas que se han elaborado desde los años 60 hasta la fecha.

Ni James Parkinson, ni Charcot sabían exactamente que área del cerebro era la afectada por la enfermedad, ya que hasta que realizaron exploraciones post-mortem del cerebro fue que avanzaron en este tema. En 1893, en París se encontró que un paciente con Parkinson unilateral tenía un pequeño tumor que le presionaba los ganglios basales por lo que se empezó a centrar la atención sobre esta zona. Un año más tarde, Eduard Brissaud, un profesor francés de neurología, sugirió que la causa de la enfermedad podía estar en la sustancia negra de el tronco cerebral, que esta conectada con los ganglios basales.

El primer descubrimiento importante que confirmó esta teoría lo hizo Tretiakoff en su tesis doctoral, a partir del examen post-mortem de nueve casos de la enfermedad en los cuales confirmó la pérdida de células pigmentadas de la sustancia negra, y la presencia de cuerpos esféricos previamente descritos por Frederick Lewy, en las células que quedaban.

En 1957, Montagu descubrió el neurotransmisor dopamina en el cerebro, y en el periodo 1957-1959 el profesor sueco Arvid Carlsson demostró que la dopamina se encontraba en las áreas de el cerebro que se consideraban afectadas por la enfermedad de Parkinson.

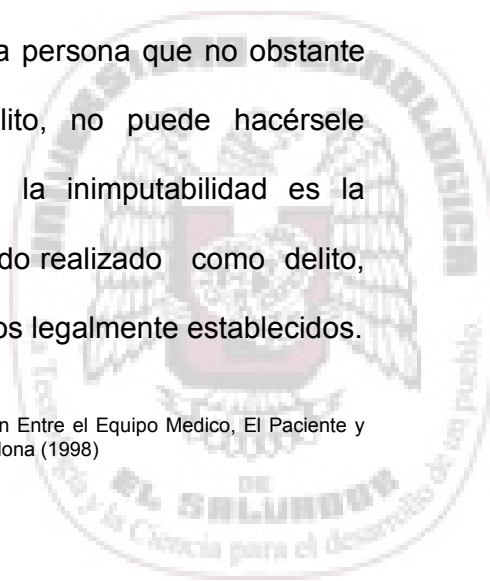


En 1960, Ehringer y Hornykiewicz demostraron que había una disminución de dopamina en los ganglios basales de los enfermos de Parkinson. Surge así la administración de levodopa en los pacientes, realizada en 1961, Birkmayer y Hornykiewicz, quienes suponen el principio de una nueva era para el tratamiento del trastorno. Sin embargo la verdadera revolución terapéutica no se produjo hasta 1967, con la publicación de los resultados obtenidos por George Cotzias con la administración de dosis altas de levodopa.¹²

3.2 Referencia Legal.

Actualmente en El Salvador el aspecto legal cuenta con leyes que rige a personas con trastorno de demencia u otros trastornos mentales, las cuales su comportamiento tiene repercusiones legales que afectan su vida laboral, social y económica. Una de estas situaciones es la imputabilidad, si se toma la definición gramatical de imputabilidad como calidad de imputable, queda fuera de toda duda de que la imputabilidad habrá de ser la calidad de no imputable. Cuando se habla en derecho de imputabilidad, se está haciendo alusión a aquella persona que no obstante haber realizado un acto configurativo de delito, no puede hacersele responsable del mismo, dicho de otro modo, la inimputabilidad es la situación que se hayan las personas que habiendo realizado como delito, quedan exentas de responsabilidad por motivos legalmente establecidos.

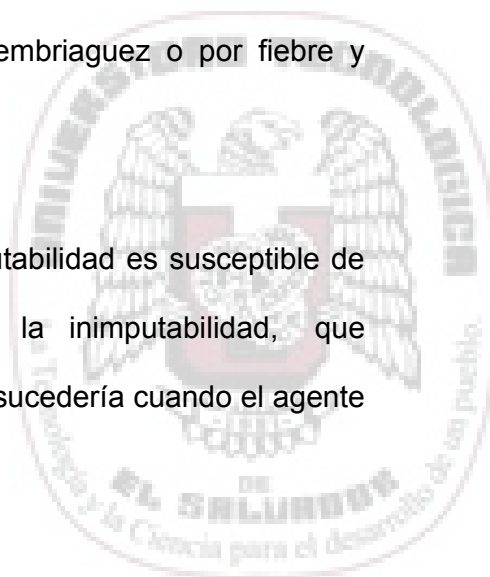
2/ Enfermedad de Parkinson: Manual de Consejos Para la Comunicación Entre el Equipo Medico, El Paciente y Sus Cuidadores. Dra. Maria Jahanshahi. Editores Médicos, España, Barcelona (1998)



Partiendo de los conceptos expuestos Jiménez de Asúa expresa que, siendo el concepto de imputabilidad en psicología, la facultad de comprender el bien, lo único que hay que hacer es conocer su aspecto negativo, o sea los motivos de inimputabilidad, que pueda ser definido como la falta de desarrollo y salud de la mente, así como los trastornos pasajeros de las facultades mentales, que privan o perturban en el sujeto la facultad de conocer el deber, o sea, aquellas causas en las que, si bien el hecho típico y antijurídico, no se encuentra el agente en condiciones de que se le puede atribuir el acto que perpetró.

De ahí que la inimputabilidad se relaciona con la personalidad del autor del hecho delictivo y de que se consideren inimputables a quienes no se hayan capacitado para darse cuenta de la criminalidad del acto o para dirigir sus acciones, lo que específicamente puede suceder: por falta de desarrollo mental, así como también por la sordomudez; que según los autores pueden tener causas biológicas o psiquiátricas puras, psicológicas o de origen mixto psiquiátrico psicológico y jurídicas; y por trastornos mentales transitorios, que pueden estar producidos por embriaguez o por fiebre y dolor.

Una parte de la doctrina sostiene que, si la imputabilidad es susceptible de diversos grados, también lo puede ser la inimputabilidad, que viene a representar su contrapartida; y que esto sucedería cuando el agente

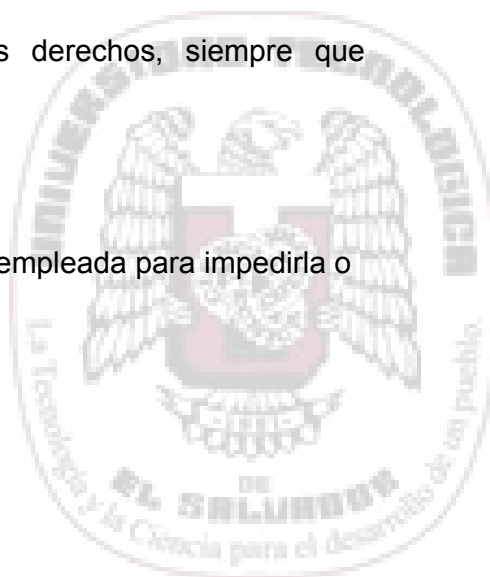


al cometer el delito, tuviese su capacidad no totalmente excluida sino restringida. Igualmente se ha discutido si la vejez y el sexo puede ser causa de inimputabilidad por sí sólo, lo que ha sido categóricamente negado, aún cuando pueda admitirse constituyan circunstancias modificativas de la responsabilidad cuando la menstruación, el embarazo o la menopausia en la mujer, y la evolución de la senectud sean causa de estados psicopáticos o psicóticos (Jiménez de Asúa).

En el código penal capítulo II se encuentran, algunas de las implicaciones legales que excluyen de la responsabilidad penal y por lo tanto involucran a las personas que sufren demencia.

Art. 27. No es responsable penalmente.

1. Quién actúa u omite en cumplimiento de un deber legal o en ejercicio legítimo de un derecho o de una actividad lícita.
2. Quién actúa u omite en defensa de su persona o de sus derechos o en defensa de otra persona o de sus derechos, siempre que concurren los requisitos siguientes.
 - Agresión ilegítima.
 - Necesidad razonable de la defensa empleada para impedirla o repelarla y,



- No haber sido provocada la agresión, de modo suficiente, por quien ejerce la defensa.

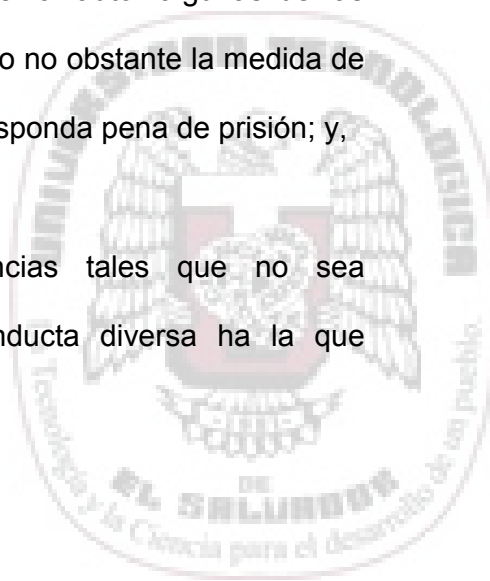
3. Quién actúa u omite por necesidad de salvaguardar un bien jurídico, propio o ajeno de un peligro real, actual o inminente, no ocasionado intencionalmente, lesionado otro bien de menor o igual valor que el salvaguardado, siempre que la conducta sea proporcional al peligro y que no se tenga el deber jurídico de afrontarlo.

4. Quién en el momento de ejecutar el hecho, no estuviese en situación de comprender lo ilícito de su acción u omisión o de determinarse de acuerdo a esa comprensión, por cualquiera de los motivos siguientes:

- Enajenación mental;
- Grabe perturbación de la conciencia y;
- Desarrollo retardado o incompleto.

En estos casos, el juez o tribunal podrá imponer al autor algunas de las medidas de seguridad a que se refiere este código no obstante la medida de internación sólo se aplicará cuando al delito corresponda pena de prisión; y,

5. Quién actúa u omite en circunstancias tales que no sea racionalmente posible exigirle plena conducta diversa ha la que realizó.



El mal de Parkinson, al ser una enfermedad degenerativa, en sus últimas etapas, la persona puede padecer demencia y haber perdido la capacidad para velar por sus propios intereses, y puede ser necesario que un familiar se encargue de tomar decisiones en su nombre, por esta razón es apropiado pedir a la persona que designe a su pareja, a un familiar cercano o aun amigo como su agente, dándole los correspondientes poderes legales. Esto es mejor hacerlo pronto, cuando se desarrollan los primeros síntomas de demencia y la persona todavía es capaz de comprender lo que ello implica. De esta forma será más fácil tramitar asuntos como cobros de pensiones, supervisar inversiones o vender propiedades. También es conveniente pedir a la persona que haga testamento lo más pronto posible y nombre a un pariente como apoderado.

Esto puede evitar muchas complicaciones posteriores y hacer más fácil para la pareja o para la familia gestionar la propiedad una vez el enfermo haya fallecido. ³

3.3 Etiología.

La enfermedad de Parkinson, es una dolencia neurológica, lo que significa que es un trastorno ocasionado por una disfunción del cerebro o la médula

³Código Penal de, El Salvador.



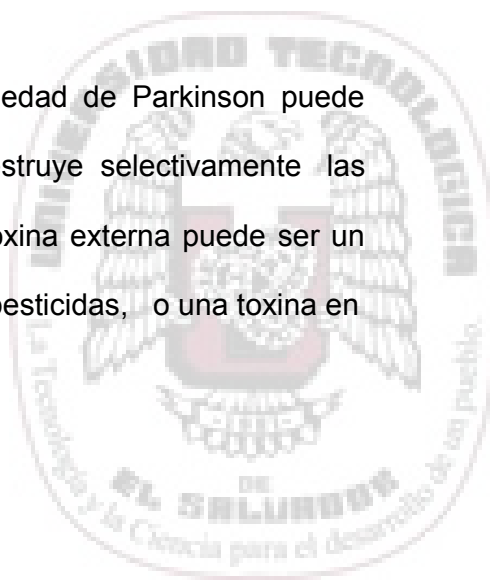
espinal, que son las dos partes principales del sistema nervioso central o del sistema nervioso periférico y los músculos. Los síntomas principales son temblores, lentitud al iniciar y llevar a cabo los movimientos, rigidez muscular y problemas de equilibrio y marcha.

La enfermedad de Parkinson se desarrolla como consecuencia de una reducción drástica de la dopamina, que es uno de los mensajeros químicos del cerebro. Esta enfermedad es causada por una degeneración de las neuronas o células nerviosas conocidas como sustancia negra.

Los estudios han demostrado que los pacientes de Parkinson tienen una pérdida de 80 por ciento o más de las células protectoras de dopamina en la sustancia negra.

La causa de esta muerte o deterioro celular se desconoce, pero los resultados de investigaciones científicas continúan produciendo pistas nuevas y sumamente interesantes de la enfermedad.

Algunos científicos han sugerido que la enfermedad de Parkinson puede ocurrir cuando una toxina externa o interna destruye selectivamente las neuronas que producen la dopamina, una toxina externa puede ser un factor de riesgo ambiental como: la exposición a pesticidas, o una toxina en

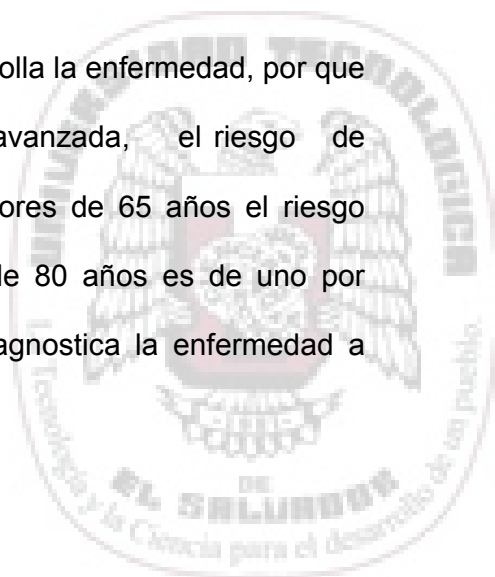


el suministro de alimentos, es un ejemplo de la clase de desencadenante externo que pudiera hipotéticamente ocasionar la enfermedad de Parkinson.

Recientemente, se ha descubierto una sustancia química, denominada MPTP, que al ser ingerida de forma accidental, provoca un trastorno similar al de la enfermedad de Parkinson. El hallazgo de un factor toxico ambiental como responsable de alteraciones parkinsonianas, ha producido un importante impulso en el ambiente de la investigación de la causa de esta enfermedad.

Una teoría relativamente nueva explora el rol de los factores genéticos en el desarrollo de la enfermedad de Parkinson. De un 15 a un 25 por ciento de los pacientes de Parkinson tiene un familiar cercano que ha experimentado síntomas, tal como el temblor. Otra teoría dice que la enfermedad ocurre cuando, por causas desconocidas, el desgaste de las neuronas protectoras de dopamina normal, relacionada con la edad, se acelera en ciertas personas.

Se considera que dos persona de cada mil desarrolla la enfermedad, por que es un trastorno propio de la edad avanzada, el riesgo de contraerla aumenta con la edad. Entre los mayores de 65 años el riesgo sube hasta el uno por cien, en los mayores de 80 años es de uno por cincuenta. En Norte América anualmente se diagnostica la enfermedad a unas 50,000 personas.



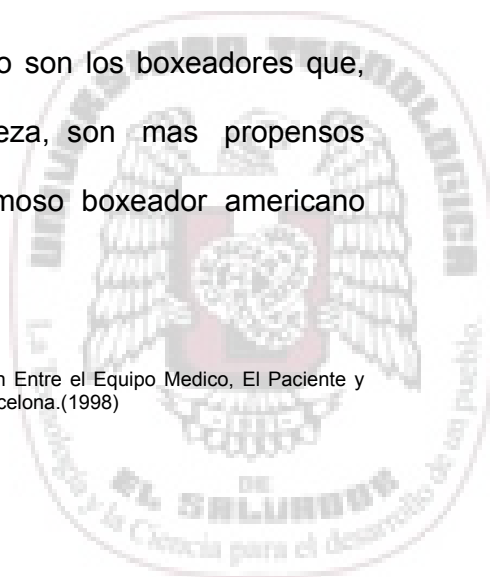
La enfermedad se inicia entre los 50 y 60 años en el cuarenta por ciento de los casos, siendo los 60 la edad promedio de inicio. Uno de cada siete individuos con Parkinson ha desarrollado los síntomas antes de los 40 años. Sin embargo, se informa que algunos médicos han observado más casos de la enfermedad de Parkinson “precoz” y se desarrolla entre los 21 y los 40 años. El parkinson juvenil, se inicia antes de los 21 años y es relativamente raro. /4

Tanto hombres como mujeres tienen la misma probabilidad de desarrollar la enfermedad de Parkinson, aunque algunos estudios han sugerido que los hombres son más propensos a ella. La enfermedad no es selectiva en términos de clase social u ocupación, ya que todas ellas se ven afectadas aproximadamente por igual. Una muestra de ello es la gran variedad de profesionales y de personas famosas que han tenido Parkinson como: Sir John Batimán (poeta), Ray Kennedy (futbolista), Terry Tomas (actor y Comediante), el famoso y reconocido pintor salvadoreño Camilo Minero entre otros.

La única excepción en este carácter no selectivo son los boxeadores que, después de años de recibir golpes en la cabeza, son mas propensos a adquirirla, como ha sido el caso del famoso boxeador americano Muhammad Ali./5

4/ WWW. Psiquiatría.Com

5/ Enfermedad de Parkinson: Manual de Consejos Para la Comunicación Entre el Equipo Medico, El Paciente y Sus Cuidadores. Dra. Maria Jahanshahi Editoriales Médicos. España, Barcelona.(1998)



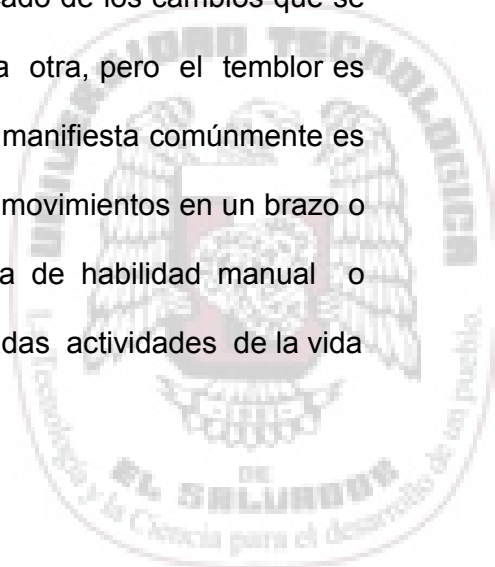
La enfermedad de Parkinson puede ser controlada y tratada eficazmente en la actualidad. Los medicamentos que se conocen hasta el momento, permiten aliviar la mayor parte de los síntomas aunque no eliminen la causa. Existen varios grupos de medicamentos útiles en el tratamiento de esta enfermedad.

3.3.1 Fases de la Enfermedad de Parkinson.

Un determinante importante de la forma en que una persona se enfrenta a una enfermedad como el Parkinson es, por supuesto, el ritmo al que esta progresa. Para algunos individuos mas afortunados, el proceso es muy lento, mientras que para otros, en cambio el empeoramiento se produce muy rápidamente. De una forma amplia, se pueden distinguir cuatro fases:

- **Fase Pre-Diagnostica**

Los síntomas de Parkinson se desarrollan de forma muy gradual. El inicio puede ser tan gradual que el individuo puede tener problemas para recordar exactamente cuando empezaron . Esta fase puede estar caracterizada por periodos de preocupación, o negación del significado de los cambios que se perciben. Los síntomas varían de una persona a otra, pero el temblor es el que se observa con más frecuencia, lo que se manifiesta comúnmente es una sensación de debilidad, lentitud o torpeza de movimientos en un brazo o pierna. La persona puede observar una perdida de habilidad manual o dificultad para utilizar un brazo en determinadas actividades de la vida

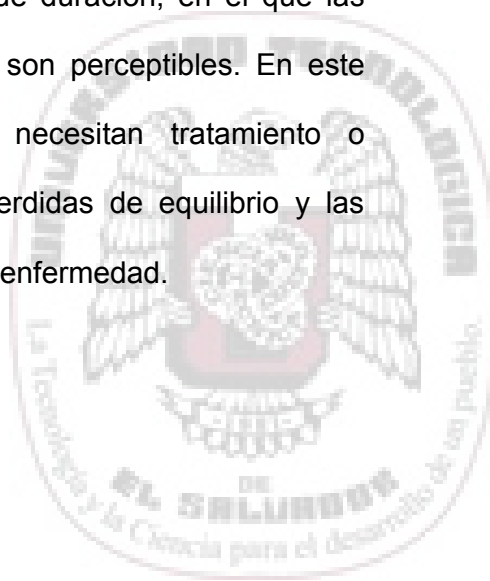


diaria, como: escribir, afeitarse, abotonarse o maquillarse. El levantarse de una silla o salir de un coche así como darse la vuelta en la cama, pueden volverse tareas difíciles. Otras personas sufren de cansancio general, siéndoles imposible cuidar el jardín o limpiar la casa durante un cierto tiempo seguido sin descansar. El dolor, especialmente en cuello y hombros suele ser otra queja inicial que puede llevar a un falso diagnóstico.

En la mayoría de casos los síntomas del trastorno empiezan en un lado del cuerpo y progresan hacia el otro a lo largo del tiempo. Al principio de la Fase pre-sintomática, el cambio puede ser tan ligero que el médico puede ser incapaz de detectar ninguna anomalía en el curso de la exploración neurológica. Puede ocurrir que en la exploración se advierta un cambio poco significativo, que por sí mismo no dice nada y no es suficiente para hacer un diagnóstico.

- **Fase de Discapacidad Leve o Temprana**

Hay un periodo, normalmente de varios años de duración, en el que las consecuencias de tener la enfermedad apenas son perceptibles. En este periodo los signos y síntomas son leves, y no necesitan tratamiento o se controlan fácilmente con medicación. Las pérdidas de equilibrio y las caídas son relativamente raras en esta fase de la enfermedad.



En esta fase la persona afectada tiene que hacer una importante transición psicológica. Tanto su imagen como la percepción de su estatus social, deben ajustarse a la idea de que ya no tienen una salud perfecta, y que no la volverá a tener nunca más.

Los sentimientos de pérdida son muy comunes en esta fase, cuando la persona se da cuenta que ha perdido para siempre su sentido de invulnerabilidad, y que debe abandonar algunos de sus planes futuros. Pero tanto ancianos como jóvenes, deben enfrentar la realidad de saber que tienen la enfermedad de Parkinson.

- **Fase de Discapacidad Media.**

Esta fase es la más larga, a medida que la enfermedad progresa, la discapacidad va siendo mayor, la medicación todavía puede controlar los síntomas en algunos casos. Por un lado los fenómenos “On-Off” o fluctuaciones del estado del enfermo durante el día, que oscila entre ratos sin síntomas como la fase “On” o fase de conexión a la Levodopa y otros en que reaparecen el temblor, la dificultad para caminar y la lentitud fase “Off” o fase de desconexión a la levodopa. En esta fase la preocupación es obtener el mejor beneficio posible de la medicación.



En esta fase, aquellos en quienes la discapacidad aumenta demasiado rápido, o en quienes la medicación pierde eficacia con celeridad, sin dar tiempo a realizar los ajustes personales necesarios, son más vulnerables a padecer una depresión. Las personas que se encuentran en esta situación tienden a sentirse totalmente atrapadas en una lucha, y a menudo se sienten totalmente angustiadas sobre su futuro.

- **Fase de Discapacidad Tardía.**

En este momento la enfermedad ya ha producido síntomas severos, el tratamiento médico produce muy poco alivio. La discapacidad comienza a ser severa, y la depresión comienza a ser una complicación común. La persona ha tenido que ir abandonando su participación activa en una serie de funciones personales, sociales y familiares; y la pérdida de funcionalidad e independencia y a su vez la pérdida de la privacidad. En esta fase en ciertas ocasiones el enfermo no puede permanecer solo, depende totalmente de otras personas, porque el cuidador tiene miedo a que sufra una caída y esto causa ansiedad, y los efectos para prevenirlas causan restricciones, no pueden permanecer alejados de él, ni aun dentro de la casa. Inevitablemente esto produce un sentimiento de estar ligado al enfermo.



El equilibrio psicológico sufre altibajos mientras la enfermedad avanza, y estos altibajos son un reflejo del éxito de la persona en su esfuerzo de enfrentamiento. Cuando se instruye al individuo para que desarrolle sus propias estrategias de enfrentamiento, hay que advertirle que en ciertas ocasiones se va a sentir ansioso o desgraciado, pero que una vez haya encontrado la manera de manejar sus problemas prácticos y emocionales, recuperara su equilibrio psicológico. /6

3.3.2 Tipos de la Enfermedad de Parkinson.

a. Enfermedad de Parkinson Primaria o Idiopática.

Alrededor del 76 por ciento de las personas son diagnosticadas que padecen Parkinson primario o idiopático, es decir sin causa conocida, mostraron en un análisis tener una anomalía específica en el cerebro. Esta anomalía es la degeneración de las neuronas productoras de dopamina. La enfermedad de Parkinson idiopática se diagnostica cuando están presentes tres de los cinco síntomas principales: temblor de reposo, rigidez, bradikinesia, y problemas tanto posturales como de marcha.



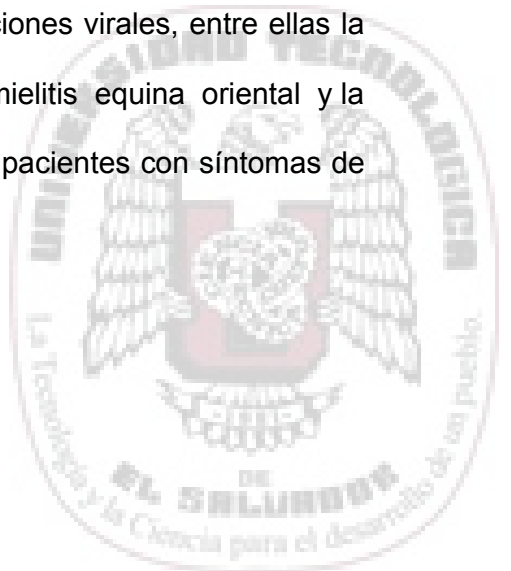
b. Parkinsonismo Secundario.

El 24 por ciento de las personas que padecen la enfermedad de Parkinson, se ha considerado que es un Parkinson secundario, por que es originado por otras causas u otra enfermedad.

A continuación se describen las causas más comunes de parkinson secundario:

- **Parkinsonismo Post encefálico.**

Después de Primera Guerra Mundial, una enfermedad viral, la encefalitis letárgica, ataco a 5 millones de personas en todo el mundo y luego desapareció repentinamente en los años veinte. Conocida como la enfermedad del sueño en los Estados Unidos, esta enfermedad resulto en la muerte de un tercio de sus victimas y en muchas otras condujo a Parkinsonismo post encefálico, una forma especialmente severa en la que algunos pacientes adquirieron, después de años de la etapa aguda de la enfermedad, desordenes neurológicos incapacitantes, entre ellos varias formas de catatonía. En casos raros, otras infecciones virales, entre ellas la encéfalomielitis equina occidental, la encéfalomielitis equina oriental y la encéfalomielitis Japonesa B, pueden dejar a los pacientes con síntomas de Parkinson.



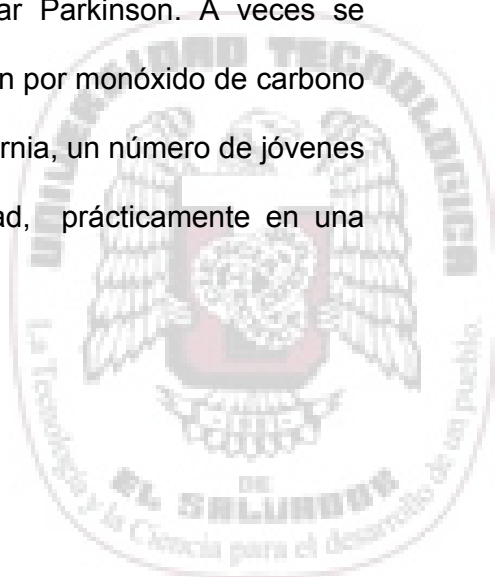
- **Parkinsonismo Inducido por Fármacos.**

Alrededor del 7 por ciento de las personas con Parkinson han desarrollado la enfermedad después de un tratamiento crónico con un determinado medicamento. Cualquier fármaco que bloquee la acción de la dopamina, lo que se conoce como antagonismo de la dopamina, es capaz de producir Parkinson. Entre los fármacos capaces de causarlo están los neurolepticos o tranquilizantes mayores, utilizados para tratar la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, así como la reserpina y la metildopa, utilizadas para tratar la hipertensión y algunos fármacos usados para tratar la indigestión, como la metoclopramina o el mareo, como la procloperazina.

La característica principal del Parkinsonismo inducido por fármacos es que puede desaparecer al interrumpir el tratamiento. Puede transcurrir un mes o más desde la retirada hasta la desaparición de los síntomas.

- **Enfermedad de Parkinson Causadas por Toxinas.**

Las toxinas del entorno también pueden causar Parkinson. A veces se desarrolla el trastorno después de una intoxicación por monóxido de carbono o por manganeso, aun que es muy raro. En California, un número de jóvenes drogadictos habían desarrollado la enfermedad, prácticamente en una noche.

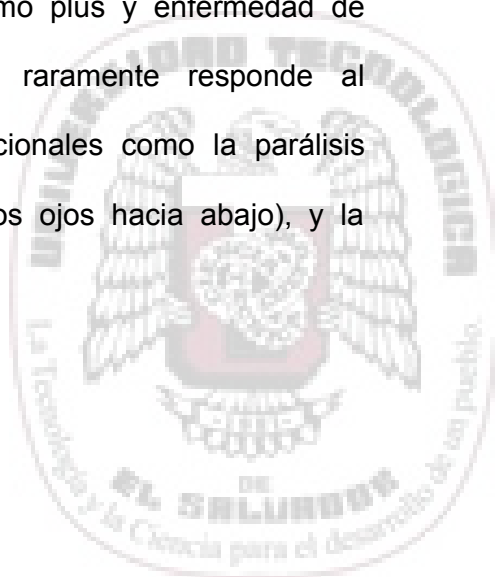


La investigación posterior, demostró que todos los afectados consumieron una droga de diseño, sintetizada para producir efectos similares a la heroína. El desarrollo de los síntomas de la enfermedad de Parkinson; temblor, rigidez y bradikinesia, estaban relacionados con la presencia en la droga de una sustancia llamada MPTP.

Una vez en el cuerpo, esta sustancia se transforma en MPP, que actúa como una toxina específica que mata las células capaces de producir dopamina en la sustancia negra, la parte del cerebro que resulta afectada. ¹⁷

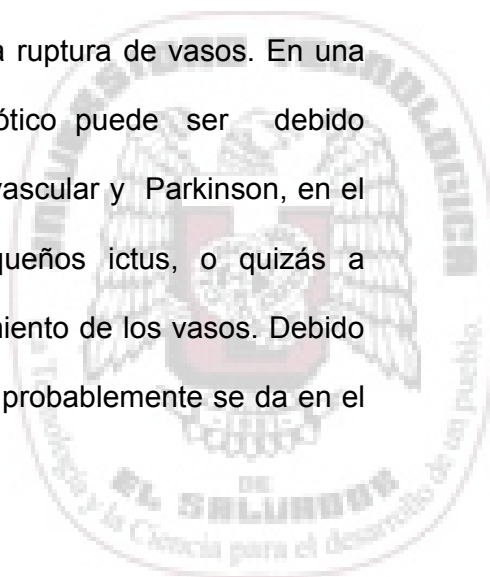
- **Parkinson Como Parte de Otros Trastornos Neurodegenerativos.**

Se han descrito diversos trastornos que presentan síntomas de bradiquinesia y rigidez, propia del Parkinson. Sin embargo, estos trastornos tienen otros numerosos síntomas y una patología propia subyacente, así como un curso, que son diferentes de los del Parkinson idiopático. Se hace una distinción entre síndromes de Parkinsonismo plus y enfermedad de Parkinson idiopático. El Parkinsonismo plus raramente responde al tratamiento con levodopa, hay unos aspectos adicionales como la parálisis de vista hacia abajo (imposibilidad de mover los ojos hacia abajo), y la



presencia de demencia. La presencia de apraxia (imposibilidad de llevar a cabo movimientos simbólicos, como lanzar un beso o mover la mano para decir adiós). Hay otros aspectos que también pueden ayudar al diagnóstico diferencial. La ausencia de temblor de reposo y de caídas recurrentes, en el curso de la enfermedad, normalmente son signos indicativos de que no se trata de un Parkinson idiopático. Estos trastornos incluyen varios tipos de atrofia, la enfermedad de Wilson y otras causas de Parkinson juvenil y enfermedad de Guam, esta enfermedad de Guam se identificó a partir de informes sobre una alta incidencia de Parkinson y demencia, junto con trastornos de las neuronas motoras. Los trastornos de los vasos sanguíneos riegan el cerebro y pueden causar la enfermedad.

Cuando un vaso se rompe o es bloqueado por un coágulo, se corta el suministro de sangre a una parte del cerebro, privando a las células de oxígeno y nutrientes, por lo que estas mueren, el resultado es una región de tejido muerto llamado infarto. Los ganglios basales, tienen un rico suministro de sangre y raramente se producen en ellos una ruptura de vasos. En una población anciana, el Parkinson arteriosclerótico puede ser debido a la superposición de una enfermedad cerebro vascular y Parkinson, en el cual los síntomas aparecen después de pequeños ictus, o quizás a consecuencia de una esclerosis o del endurecimiento de los vasos. Debido a esta superposición, el Parkinsonismo vascular, probablemente se da en el



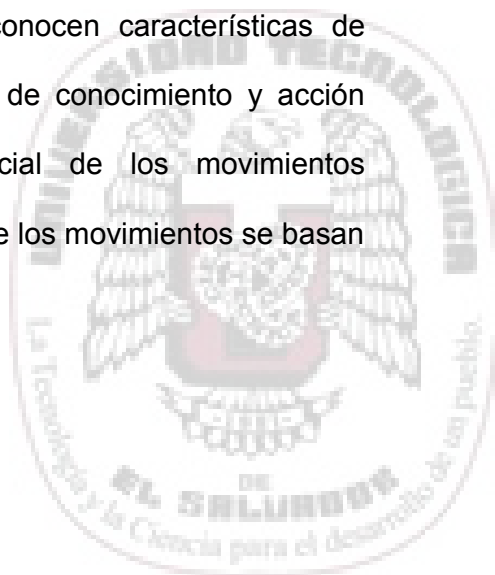
1.5 por ciento de todos los casos de parkinson se llama a veces pseudo-parkinsonismo. /8

3.4 Origen del Movimiento.

Durante los primeros estudios sobre los movimientos y acciones, la psicología clásica les consideraba como: “respuestas obligadas ante los estímulos externos” Más adelante el psicólogo soviético Bernstein demostró que los movimientos humanos son tan variables y poseen tal grado de libertad ilimitada que seria imposible encontrar una forma de la cual se pudieran derivar los movimientos voluntarios de impulsos eferentes únicamente.

Según Vigostky la fuente de movimientos voluntarios, nace en la historia social del hombre, es decir en la comunicación entre niño y adulto, quien da instrucciones al niño de como realizar los movimientos; aquí esta la pelota, coge la taza, etc.

A raíz de esta afirmación actualmente se reconocen características de construcción concreta de las más altas formas de conocimiento y acción humana describiendo como: el componente inicial de los movimientos voluntarios a la intención o tarea motora ya que los movimientos se basan

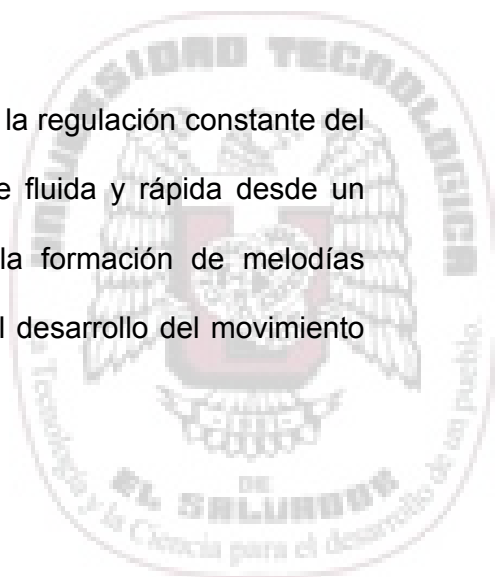


en un sistema de articulación que poseen un grado infinito de libertad en el tono constantemente cambiante de los músculo, ya que esta basado en el papel de cada zona del cerebro en la elaboración del acto motor complejo.

Todo movimiento voluntario o acción conciente se origina en el sistema del lóbulo frontal que formula la intención o tarea motora, asegura su conservación permite la ejecución de programas de acción y mantiene una vigilancia continua en su curso.

Un segundo componente de gran importancia es “la integridad de la aferentación kinestesica”. Ya que si solo llega del sistema motor al cerebro, un flujo constante de impulsos kinestesicos, puede obtenerse información definida sobre la posición de las articulaciones, el tono y estado de los músculos de modo que los impulsos aferentes puedan alcanzar su destino correcto y lograr mantener el juego requerido de impulsos motores, este análisis de síntesis kinestesico es responsabilidad de las zonas post – centrales áreas 1,2 y 3 del mapa de Brodman (ver figura en anexo 6).

La tercera condición del movimiento voluntario es la regulación constante del tono muscular y una transmisión suficientemente fluida y rápida desde un sistema de inervaciones motoras a otro, con la formación de melodías kinestesicas completas en los estados finales del desarrollo del movimiento dirigido.



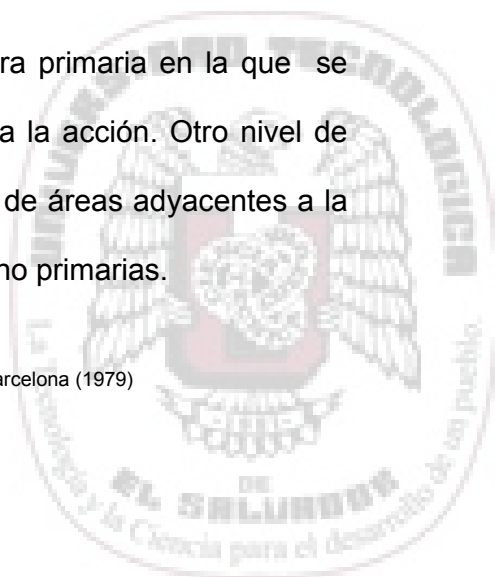
El control de todo movimiento coordinado requiere cambios constantes en el tono muscular, de lo contrario los movimientos coordinados serán imposibles. A la luz de estos conocimientos se puede reconocer que un cambio patológico en la actividad de los ganglios basales, conducen a fuertes alteraciones del tono muscular dando lugar al cuadro parkinsoniano /9

3.5 Base Neurológica del Control de Movimientos.

Los actos adaptativos se producen mediante instrucciones generadas por los procesos neuronales en el encéfalo y en la médula espinal; estas a su vez conducen a la actividad neuronal de las motoneuronas conectadas a los músculos. Algunos investigadores distinguen en el sistema nervioso central cuatro niveles jerárquicamente organizados de sistemas de control motor. El primer nivel corresponde a la médula espinal, y se encarga de la respuesta refleja. El siguiente nivel es el tronco del encéfalo, que integra las órdenes motoras de los niveles superiores del encéfalo y transmite inputs provenientes de la médula espinal.

El nivel superior corresponde a la corteza motora primaria en la que se inician algunas de las principales órdenes para la acción. Otro nivel de procesamiento cortical radica en las actividades de áreas adyacentes a la corteza motora, conocidas como áreas motoras no primarias.

9/ El Cerebro en Acción, AR.Luria, segunda edición; editorial Fontanela. Barcelona (1979)

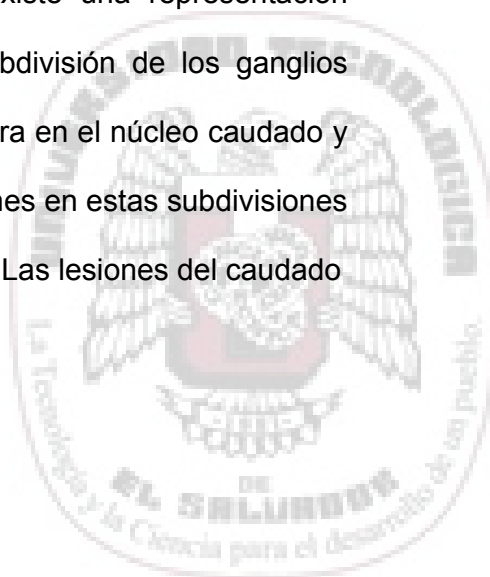


Otras regiones encefálicas modulan también la actividad de estos sistemas de control jerárquicamente organizados. El cerebelo y los ganglios basales suponen potentes influencias en los sistemas motores. El input proveniente de la superficie corporal, músculos, articulaciones y exteroceptores se dirige a todos los niveles de control motor y sistemas modulares. (Ver figura en anexo 7).

- **Modulación del Control Motor.**

Las alteraciones de los movimientos humanos provocadas por lesiones o enfermedades cerebrales sugieren que, existen otras muchas regiones encefálicas implicadas en determinados aspectos del control motor. El papel exacto de esas regiones aún ha de especificarse, pero puede decirse al menos que modulan el funcionamiento de regiones más directamente implicadas en los controles motores. Entre estos sistemas moduladores están los ganglios basales.

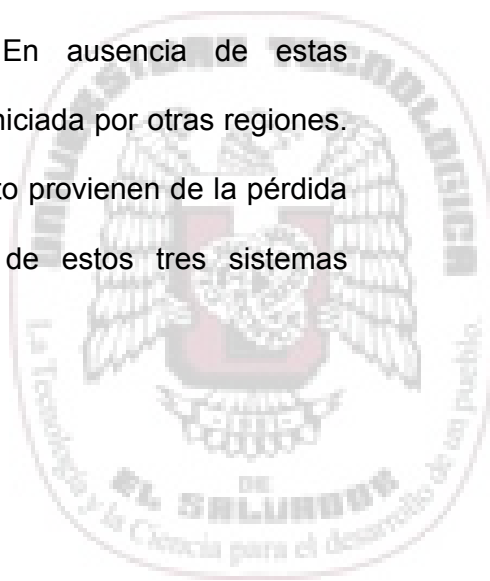
En cada estructura de los ganglios basales existe una representación topográfica de la musculatura corporal, una subdivisión de los ganglios basales en dos sistemas principales. Uno se centra en el núcleo caudado y el otro sistema se centra en el putamen, las lesiones en estas subdivisiones producen diferencias funcionales características. Las lesiones del caudado



provocan alteraciones de conductas relativamente complejas, apreciables, por ejemplo, en el manejo de los aspectos especiales del comportamiento, dónde responder. Las lesiones en el putamen tienen un carácter más exclusivamente motor, afectando a la intensidad y tasa de las respuestas.

Las actividades de los circuitos de los ganglios basales parecen, por tanto, modular los patrones de actividad iniciando en otros circuitos que controlan los movimientos, como los sistemas corticales motor y pre-motor. Un aspecto adicional de las funciones de los ganglios basales es que: son especialmente importantes en la generación de movimientos influenciados por la memoria, en contraste con los guiados por el control sensorial.

Las enfermedades de los ganglios basales producen enlentecimiento motor, cambios notables en el tono muscular y numerosos movimientos anormales, cuyo carácter está específicamente relacionado con las zonas anatómicas dañadas en este sistema. Muchos de los signos de la lesión en los ganglios basales reflejan la liberación de las constricciones que usualmente imponen en el control motor. En ausencia de estas constricciones, aparece libremente la actividad iniciada por otras regiones. En algunos casos estos cambios en el movimiento provienen de la pérdida de la actividad sináptica inhibitoria. El fallo de estos tres sistemas moduladores origina tres tipos de temblor:



- Temblor de reposo: que es el movimiento que se produce cuando la región afectada, un miembro, esta apoyado; aparece cuando no se esta realizando un movimiento.
- Temblor postural: que se manifiesta cuando la persona intenta mantener una postura como la extensión de brazo o pierna.
- Temblor intencional: que es provocado sólo durante los movimientos voluntarios; por ejemplo: cuando la persona alarga la mano para coger un objeto./10

3.6 Estructuras Cerebrales Afectadas en la Enfermedad de Parkinson.

Al realizar una investigación sobre una enfermedad neurodegenerativa como Parkinson, es de gran trascendencia brindar una interpretación clara que permita comprender los fenómenos neuropatológicos que dan origen a la sintomatología característica de este padecimiento, con este fin se realizara la interpretación partiendo del concepto que ofrece el Diccionario de Medicina sobre la enfermedad de Parkinson:

“Trastorno neurológico degenerativo, lentamente progresivo que se caracteriza por temblor en reposo, ausencia de expresión facial, flexión anterior del tronco, rigidez y debilidad muscular”.



“Las alteraciones anatomopatológicas típicas, son destrucción de las neuronas de los ganglios basales, con pérdida de las células pigmentadas de la sustancia negra y depleción de la dopamina en el núcleo caudado, putamén y núcleo pálido, estructuras del neostriado que normalmente contienen altos niveles de neurotransmisores”.

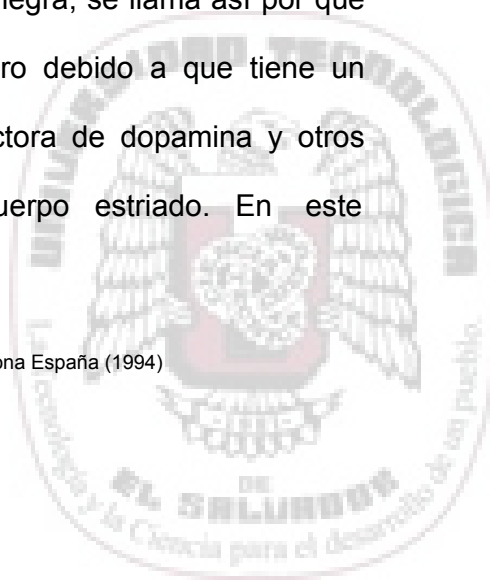
“Entre los síntomas asociados a la enfermedad de Parkinson se encuentra inestabilidad emocional, trastorno del juicio que aumenta con la fatiga, excitación y frustración, la inteligencia rara vez se deteriora”.¹¹

- **Alteraciones anatomopatológicas Típicas en Parkinson.**

- a. Destrucción de las neuronas de los Ganglios Básales.
- b. Depleción de la Dopamina en el Neostriado: Núcleo Caudado, Putamén y Núcleo Pálido.
- c. Pérdida de las células pigmentadas de la Sustancia Negra.

Parkinson neuropatológicamente: consiste en lesiones degenerativas que afectan las células pigmentadas de la sustancia negra, se llama así por que contiene unas neuronas que son de color negro debido a que tiene un pigmento oscuro llamado neuromelanina productora de dopamina y otros núcleos pigmentados el tronco encefálico cuerpo estriado. En este

11/ Diccionario de Medicina: Mosby, 4ta. Edición, editorial Océano. Barcelona España (1994)



padecimiento se ven afectados varios sistemas neuronales dopaminérgicos, siendo las más afectadas las neuronas nigro estriatales, que se originan en la sustancia negra y se proyectan al cuerpo estriado.

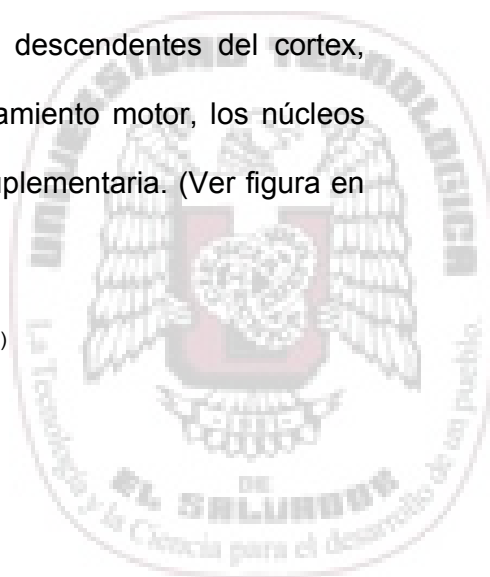
La depleción de dopamina es más severa en el putamén que en el núcleo caudado, siendo la deficiencia dopaminérgica estriatal la responsable de los síntomas Parkinsonianos. /12

- **Ganglios Básales.**

Los ganglios basales son una serie de núcleos sub-corticales de gran importancia en el control de las acciones motoras. Contrariamente a lo que ocurre con la corteza motora, que tiene conexiones directas con neuronas motoras, los ganglios basales influyen indirectamente en el movimiento de los ojos, miembros y tronco a través de su actuación en las vías descendentes.

En este sentido los ganglios basales se asemejan más al cerebelo que las estructuras que dan origen a las vías motoras descendentes del cortex, debido a esta influencia reguladora del comportamiento motor, los núcleos basales reciben el nombre de Corteza Motora Suplementaria. (Ver figura en anexo 8)

12/ / Sistema Nervioso Humano, Murray L. Barr, 5ª. Edición. México (1994)



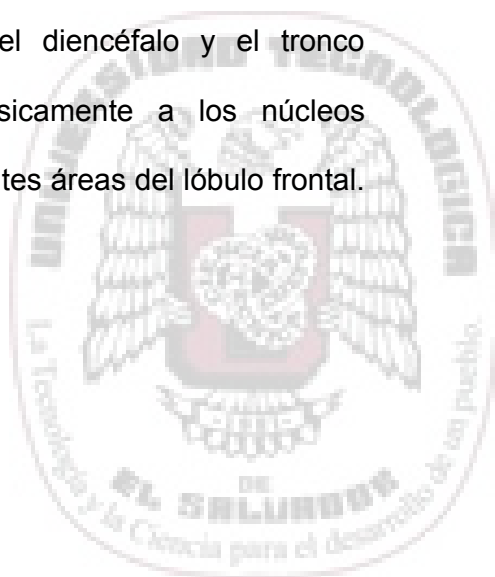
Los núcleos basales son conjuntos de neuronas situadas a gran profundidad en la corteza, los cuales están compuestos por: el cuerpo estriado del telencéfalo, el núcleo sub-talamico del diencefalo y la sustancia negra del mesencéfalo.

Según sus conexiones los diversos componentes de los ganglios basales pueden dividirse en tres categorías:

- Núcleo de entrada input
- Núcleo de salida output
- Núcleos intrínsecos.

Los núcleos de input (cuerpo estriado) reciben conexiones aferentes del cortex, ya que los cuatro lóbulos: frontal, temporal, parietal y occipital son la principal fuente de aportación para los ganglios basales, información que a su vez se proyecta a los núcleos intrínsecos y output.

Los núcleos output proyectan a regiones del diencefalo y el tronco encefálico, es decir, envían sus axones básicamente a los núcleos talámicos los cuales a su vez proyectan a diferentes áreas del lóbulo frontal. (ver figura en anexo 9).



Estos núcleos talámicos incluyen el núcleo lateral ventral, el núcleo anterior ventral y el núcleo dorsal medial. Los núcleos talámicos antes mencionados tienen una importante proyección que regresa al cuerpo estriado y se encarga de una importante acción reguladora de la conducta. Mientras, los núcleos intrínsecos cuyas conexiones están estrechamente relacionadas con los núcleos de input y output se componen por: segmento externo globo pálido, núcleo subtalamico, parte compacta de la sustancia negra y el área tegmental ventral. (Núcleos específicamente afectados por Parkinson). /13

- **Cuerpo Estriado.**

El mayor de los núcleos basales es el cuerpo estriado sus fibras aferentes proceden de toda la corteza, núcleos talámicos y de la sustancia negra; el neoestriado se proyecta del paleo estriado (divisiones del cuerpo estriado) que influyen en las áreas premotoras y motora suplementaria a través del núcleo ventral del tálamo, la actividad del neoestriado, (núcleo caudado y putamén) esta modulado por una conexión de dos vías con la sustancia negra y con la actividad del palióestriado (globo pálido) esta modulada por una conexión de dos vías con el núcleo subtalamico .14

13 y 14/ Sistema Nervioso Humano, Murray L. Barr, 5ª. Edición. México (1994)



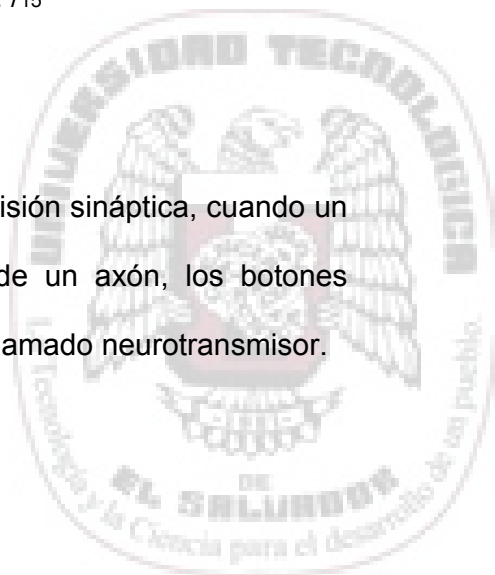
- **Sustancia Negra.**

La sustancia negra es un componente más de los ganglios basales, cuenta con dos divisiones concretas, la parte compacta de la sustancia negra que consiste en neuronas que contienen la dopamina y que se proyectan al cuerpo estriado desempeñando un papel básico en el control de los movimientos, además la parte compacta de la sustancia negra recibe una proyección de la amígdala que interviene en la motivación y en las emociones, y de la formación reticular que esta implicada en el alerta (Arousal). (Ver figura en anexo 10)

La parte compacta de la sustancia negra, no es la única región del mesencéfalo que contiene dopamina, el área tegmental ventral, que esta situada dorsalmente a la sustancia negra, las neurona dopaminérgicas de esta área envían sus axones al cuerpo estriado así como al lóbulo frontal; las dendritas de esta neurona dopaminérgica se extienden hasta la parte reticular de la sustancia negra, esto es fundamentalmente importante para integrar la información ante los circuitos paralelos. /15

- **Neurotransmisores.**

Las neuronas se comunican por medio de transmisión sináptica, cuando un potencial de acción es transmitida a lo largo de un axón, los botones terminales liberan un producto químico especial llamado neurotransmisor.



Los neurotransmisores son sustancias químicas que controlan la conducta de las células y órganos, estos requieren la presencia de células que liberan la sustancia y de moléculas proteínicas especializadas (receptores) que detectan su presencia.

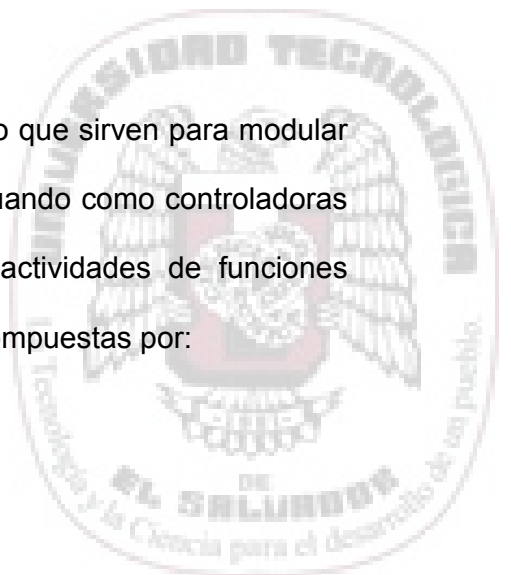
Los neurotransmisores son liberados por botones terminales de las neuronas y son detectados por los receptores contenidos en la membrana de otra célula localizada a muy poca distancia. Los neurotransmisores más estudiados son:

a. La acetilcolina

Es el neurotransmisor liberado en la sinapsis de los músculos esqueléticos, también se encuentra en los ganglios del sistema nervioso autónomo y en los órganos objetivo de la rama parasimpática del sistema nervioso autónomo, además se encuentra en el cerebro y esta relacionada a los procesos de aprendizaje, memoria y el control de la etapa del sueño.

b. Las Monoaminas.

No parecen transmitir información específica, sino que sirven para modular la función de regiones genéricas del cerebro actuando como controladoras de volumen, aumentando o disminuyendo las actividades de funciones cerebrales específicas. Las monoaminas están compuestas por:



- **La dopamina.**

Que se le ha involucrado en distintas funciones, incluyendo: movimientos, atención, aprendizaje y adicciones, los cuerpos celulares de las neuronas dopaminérgicas se encuentran en la sustancia negra ubicada en el cerebro medio las personas con la enfermedad de Parkinson se les administra L-Dopa el precursor de la dopamina, el aumento de esta sustancia en el cerebro provoca que se sintetice más dopamina y sea liberada por las neuronas dopaminérgicas restantes aliviando así los síntomas.

- **Norepirefrina.**

Se encuentra en las neuronas del sistema nervioso autónomo como en el cerebro y es un sinónimo de adrenalina.

- **Epinefrina.**

Es producida por la médula adrenal, el núcleo central de las glándulas suprarrenales, localizadas sobre los riñones. Ambas participan en el control del estado de alerta y vigilia.



- **Serotonina.**

Produce potenciales post-sinápticos inhibidores, desempeña un papel determinante en la regulación del estado de ánimo, produciendo sedación o relajación, además interviene en el control del comer, dormir, en el alertamiento y conducta agresiva, así como en la regulación del dolor.

c. Aminoácidos.

Algunas neuronas segregan aminoácidos como; neurotransmisores, tienen efectos excitatorios directos e inhibitorios sobre los axones; elevan o reducen el umbral de excitación, afectando la velocidad a la que ocurren los potenciales de acción.

d. Péptidos.

Son cadenas de aminoácidos, las neuronas liberan diferentes tipos de sustancias, algunas como neurotransmisores y otros como neuromoduladores, además parecen desempeñar un papel en el control de la sensibilidad al dolor, en la regulación de las conductas defensivas, el comer y beber. /16



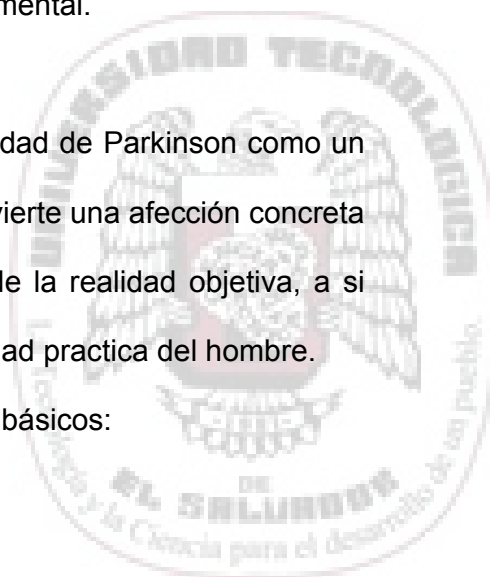
3.7 Alteraciones Funcionales de los Procesos Psíquicos por enfermedad de Parkinson.

La mayoría de los autores contemporáneos afirman que la enfermedad de Parkinson esta asociada a la demencia y al factor envejecimiento, ya que la frecuencia de demencia en pacientes de Parkinson antes de los 70 años es del 7% y después de esta edad se eleva a un 32%. La edad de inicio de la enfermedad, tienen una clara relación con la presencia de demencia de manera que los pacientes de más edad presentan mayor grado de demencia que los de inicio precoz.

En 1980, Boller y Cob definen la demencia en la enfermedad de Parkinson como un trastorno de la orientación, construcción y memoria contrastando con buena capacidad para el lenguaje de la praxis y la conducta social. Por lo tanto el trastorno neuropsicológico en la enfermedad de Parkinson no es la demencia, sino la presencia de uno o varios déficit cognitivos de poca magnitud, por lo que la incapacitación laboral y profesional esta más relacionada con el déficit motor que con el déficit mental.

Al definir la demencia ocasionada por la enfermedad de Parkinson como un trastorno de la orientación y memoria se advierte una afección concreta a los procesos psíquicos, que son el reflejo de la realidad objetiva, a si como de las funciones del cerebro sobre la actividad practica del hombre.

Los procesos psíquicos se dividen en tres grupos básicos:



- Cognitivos entre los que se encuentra: la atención, sensación, percepción, memoria, imaginación, lenguaje y pensamiento.
- Emocionales entre los que se identifican: los estados de ánimo, el afecto y los sentimientos.
- Volitivos.

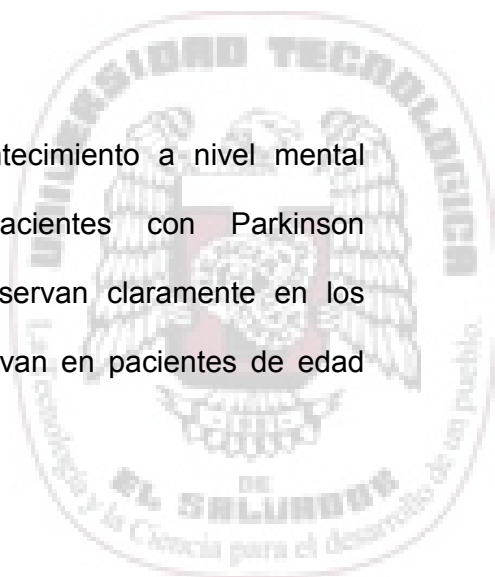
Los procesos psíquicos en su condición cognitiva y emocional, son los afectados en la enfermedad de Parkinson.

1. Procesos Cognitivos.

El trastorno psicológico más frecuente en la enfermedad de Parkinson, no es la demencia, sino la presencia de uno o varios déficit cognitivos de poca magnitud y poco incapacitantes, entre las que se encuentran:

- **Déficit de atención.**

Debido a la bradifrenia entendida como enlentecimiento a nivel mental del procesamiento de información, los pacientes con Parkinson experimentan apatía, inercia intelectual, se observan claramente en los trastornos de la atención, estos déficit se observan en pacientes de edad avanzada.



- **Trastorno en el Lenguaje.**

En la enfermedad de Parkinson son muy frecuentes los trastornos del habla tales como: afonía que es la alteración de la voz y la disartria es la dificultad de la articulación, otros cambios frecuentes en el habla incluyen una reducción en la variabilidad de la intensidad y el tono. La articulación puede ser imprecisa, dificultad en las pausas. Todas estas alteraciones del habla no se acompañan de un trastorno de la comprensión.

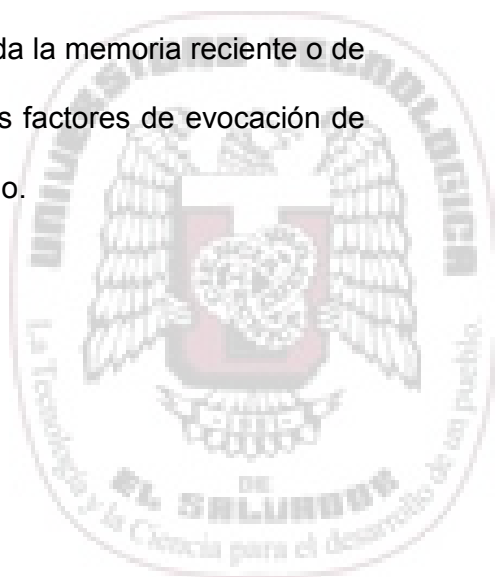
- **Alteración en la Percepción.**

Las tareas viso espaciales pueden incluir tareas como: caminar en una determinada ruta o dibujar, los pacientes con Parkinson presentan alteraciones en estas tareas, aun cuando presentan la capacidad intelectual general.

- **La Memoria.**

Se ha sugerido que los pacientes con enfermedad de Parkinson, a pesar de tener su memoria inmediata normal, tienen alterada la memoria reciente o de fijación de nuevos contenidos, en especial por los factores de evocación de la información que requieren un esfuerzo sostenido.

- **Pensamiento.**



Dentro de las funciones de los lóbulos frontales encontramos, el pensamiento que se refiere a los procesos mentales implicados en la realización de conductas dirigidas a una meta, los cuales se expresan mediante actos motores.

Los pacientes con enfermedad de Parkinson tienen dificultad, en mantener estrategias mentales, tanto como para cambiar las dificultades que se observan en la ejecución de tareas simultaneas, lo que incluye déficit en planificar y ejecutar tareas y en la estructuración temporal.

2. Procesos Emocionales.

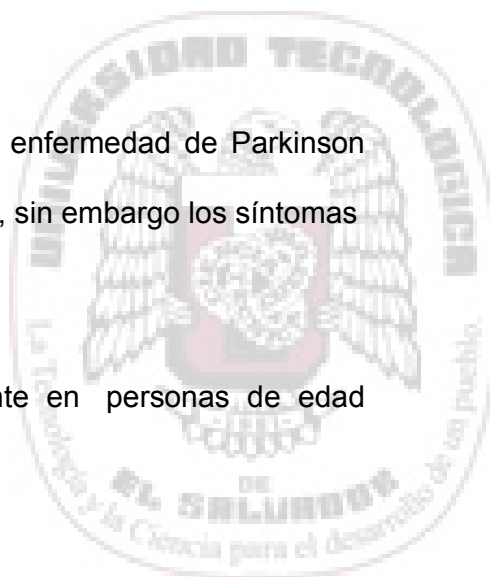
Los trastornos psicológicos más evidentes que acompañan al Parkinson son: la ansiedad y la depresión, provocadas por los síntomas físicos y la discapacidad que produce la enfermedad, los cuales pueden causar que el paciente sienta vergüenza, se sienta desanimado debido a su dependencia de los demás. /17

3.8 Evaluación y Criterio Clínico

Es posible que el medico pueda diagnosticar la enfermedad de Parkinson basándose en los síntomas y exámenes físicos, sin embargo los síntomas

17/ Manual de Psicología General. Lic. Mariel Sánchez de pineda. UTEC.

pueden ser difíciles de evaluar, particularmente en personas de edad

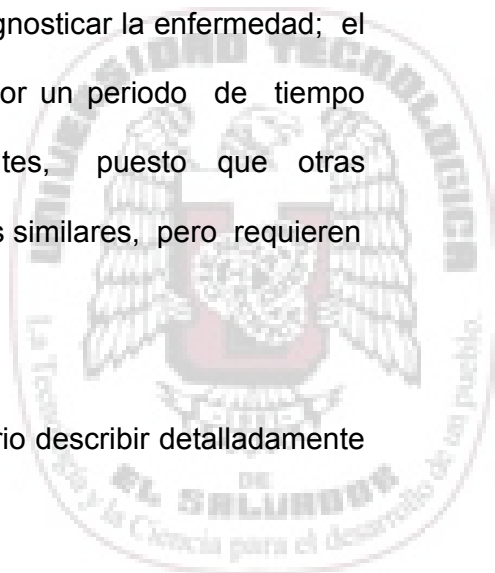


avanzada ya que es posible que los temblores no se presenten cuando la persona permanece quieta con los brazos sobre el regazo, los cambios de posición pueden ser similares a los que adoptan cuando se padece osteoporosis a otros cambios asociados al envejecimiento, la carencia de expresión facial puede ser un signo de depresión.

La enfermedad de Parkinson no afecta a todas las personas de la misma forma en algunas la enfermedad progresa con rapidez, aunque algunas personas sufren incapacitaciones severas, otras experimentan solo perturbaciones motoras menores. El temblor es el síntoma principal en algunos pacientes, mientras en otros el temblor es una queja menor y otros síntomas son más problemáticos.

Los síntomas de Parkinson pueden aparecer también en pacientes con otros trastornos neurológicos claramente diferenciados, haciendo más difícil incluso para los neurólogos con experiencia hacer un diagnóstico acertado en las etapas iniciales de la enfermedad. No hay todavía pruebas de laboratorio o de sangre para diagnosticar la enfermedad; el médico tal vez necesite observar al paciente por un periodo de tiempo hasta que los síntomas clásicos sean evidentes, puesto que otras formas de parkinsonismo tienen características similares, pero requieren

tratamiento diferente. Por lo que se hace necesario describir detalladamente



los síntomas más comunes:

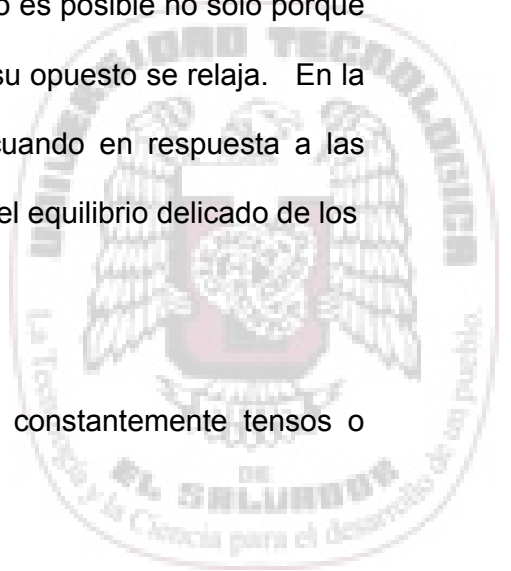
- **Temblor.**

Tiene un aspecto característico en la enfermedad, adopta la forma de un movimiento rítmico hacia tras y hacia delante del pulgar y el índice de tres oscilaciones por segundo, el temblor comienza usualmente en la mano algunas veces se ve afectado primero un pie o la mandíbula. El temblor es más evidente cuando la mano esta en descanso o cuando el paciente esta sometido a tensión, puede afectar solo una parte o lado del cuerpo en especial en las etapas iniciales de la enfermedad, posteriormente puede hacerse mas general, rara vez es incapacitante y usualmente desaparece durante el sueño y mejora con movimientos intencionales.

- **Rigidez**

La rigidez, o una resistencia al movimiento, afecta a la mayoría de los pacientes. Un principio del movimiento corporal es el de que todos los músculos tienen un músculo opuesto, el moviendo es posible no solo porque un músculo se torne mas activo sino porque su opuesto se relaja. En la enfermedad de Parkinson, la rigidez proviene cuando en respuesta a las señales transmitidas por el cerebro, se perturba el equilibrio delicado de los

músculos opuestos. Los músculos permanecen constantemente tensos o



contraídos por lo que la persona siente dolor o se siente inflexible o débil.

La rigidez se hace evidente cuando otra persona trata de mover el brazo del paciente, el cual se moverá lentamente con movimientos cortos y abruptos, conocido como rigidez “engranaje”.

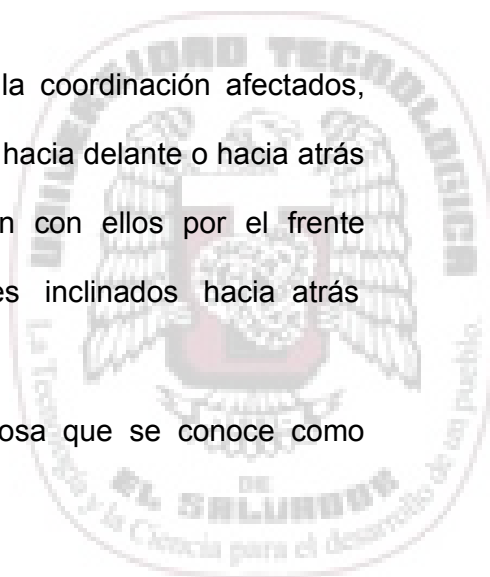
- **Bradisinesia.**

Es la lentitud o la pérdida de movimientos espontáneos y automáticos, es particularmente frustrante porque es difícil de diagnosticar. Durante un momento el paciente puede moverse con facilidad, al momento siguiente puede necesitar ayuda. Este quizás sea el síntoma más incapacitante y perturbador de la enfermedad, porque el paciente no puede realizar con rapidez movimientos habituales. Actividades que antes se realizaban con rapidez y facilidad, tales como: lavarse o vestirse, puede tomar varias horas.

- **Inestabilidad de la Postura.**

La inestabilidad de la postura o el equilibrio y la coordinación afectados, hace que los pacientes adquieran una inclinación hacia delante o hacia atrás y se caigan con facilidad, cuando se tropiezan con ellos por el frente o cuando comienzan a caminar, los pacientes inclinados hacia atrás

tienen tendencia a tomar pasos hacia atrás, cosa que se conoce como



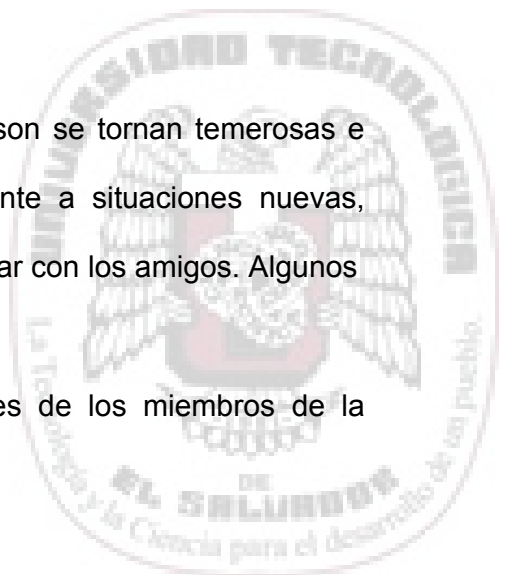
retropulsión. La inestabilidad de la postura inclinada, en la cual la cabeza esta inclinada hacia abajo y los hombros se observan caídos. A medida que progresa la enfermedad, puede verse afectada la forma de andar. Los pacientes pueden detenerse a la mitad del camino y "congelarse" en posición, posiblemente cayendo de frente. O los pacientes pueden andar con una serie de pasos rápidos y pequeños como si estuviesen apresurándose hacia delante para mantener el equilibrio. Esta forma de caminar se conoce como festinación.

- **Depresión.**

Este es un problema común y puede aparecer en una fase temprana de la enfermedad, incluso antes de que adviertan otros síntomas. La depresión no puede ser severa pero puede intensificarla el consumo de los medicamentos utilizados para tratar otros síntomas de la enfermedad de Parkinson. Afortunadamente la depresión puede tratarse con éxito con medicamentos antidepresivos.

- **Cambios Emocionales.**

Algunas personas con la enfermedad de Parkinson se tornan temerosas e inseguras, quizás temen no poder hacer frente a situaciones nuevas, pueden no desear viajar, ir a reuniones o socializar con los amigos. Algunos pierden su motivación y se tornan dependientes de los miembros de la



familia, otros pueden tornarse irritables y demasiado pesimistas. Al observarse pérdida de la memoria y un pensamiento lento aunque la capacidad de razonar sigue intacta.

El hecho de si las personas sufren en realidad perdida intelectual (conocido también como demencia), como consecuencia de la enfermedad de Parkinson continua siendo una área controversial y aun necesita estudio.

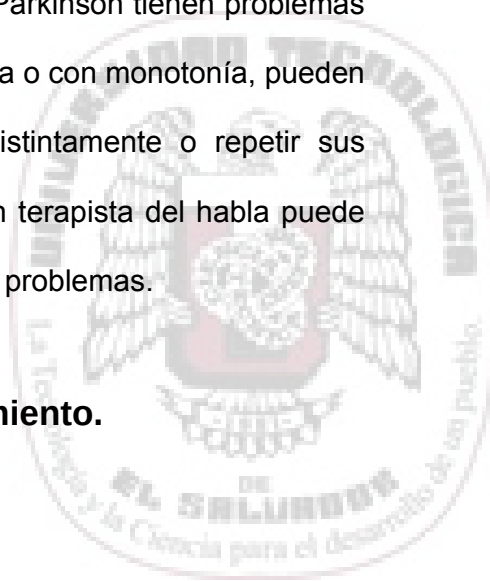
- **Dificultad en Tragar y Masticar.**

Los músculos utilizados para tragar pueden trabajar con menos eficacia y en etapas posteriores de la enfermedad. En estos casos, los alimentos y la saliva pueden acumularse en la boca, en la parte posterior de la garganta lo que puede resultar un atragantamiento o babeo; los medicamentos pueden aliviar a menudo estos problemas.

- **Cambio en la Dicción**

La mitad aproximadamente de los pacientes de Parkinson tienen problemas de dicción. Pueden hablar con voz demasiado baja o con monotonía, pueden dudar antes de hablar, pueden pronunciar indistintamente o repetir sus palabras o pueden hablar demasiado rápido. Un terapeuta del habla puede ayudar a los pacientes a reducir algunos de estos problemas.

- **Problemas Urinarios o de Estreñimiento.**

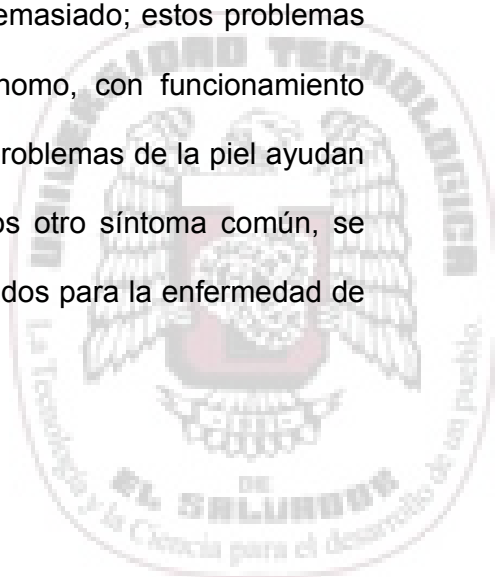


En algunos pacientes pueden ocurrir problemas de la vejiga o problemas de estreñimiento debido al funcionamiento inapropiado del sistema nervioso autónomo que es responsable de regular la actividad normal muscular, algunas personas pueden tornarse incontinentes mientras que otros pueden tener problemas al orinar. En otras, puede ocurrir estreñimiento debido a que el conducto intestinal opera más lentamente, el estreñimiento también puede ser ocasionado por la inestabilidad, por ingerir una dieta inadecuada o por beber demasiado o poco líquido; puede ser un problema persistente y en casos raros ser suficientemente grave para requerir hospitalización. Los pacientes no deberían dejar que el estreñimiento dure por más de varios días antes de tomar medidas para aliviar este problema.

- **Problemas Cutáneos.**

En la enfermedad de Parkinson es común que la piel de la cara se torne muy aceitosa, particularmente en la frente y en los lados de la nariz, el cuero cabelludo también puede ponerse aceitoso, resultando la producción de caspa. En otros casos la piel puede researse demasiado; estos problemas son el resultado de un síntoma nervioso autónomo, con funcionamiento inadecuado. Los tratamientos estándar para los problemas de la piel ayudan a resolver esta condición. Los sudores excesivos otro síntoma común, se controlan generalmente con medicamentos utilizados para la enfermedad de Parkinson.

- **Problemas para Dormir.**



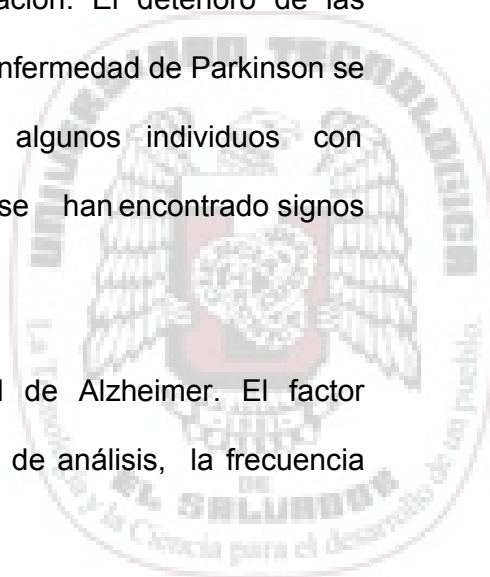
Entre estas figuran la dificultad en permanecer dormido durante la noche, el sueño interrumpido, las pesadillas y sueños emocionales, somnolencia durante el día. No esta claro si estos síntomas están relacionados con la enfermedad o con los medicamentos utilizados para tratar la enfermedad por lo que los pacientes nunca deberían tomar medicamentos u otras ayudas para dormir que adquieren sin receta, sin consultar antes a su médico.¹⁸

- **Demencia Debida a Enfermedad de Parkinson. (294.1X)**

La característica esencial de la demencia debida a la enfermedad de Parkinson es la presencia de una demencia que se estima como un efecto fisiopatológico directo de la enfermedad de Parkinson. La demencia se presenta en aproximadamente el 20-60 % de los sujetos con enfermedad de Parkinson y es más frecuente en personas mayores o en las personas que presentan una enfermedad más grave y avanzada. La demencia asociada a la enfermedad de Parkinson se caracteriza por enlentecimiento motor y cognoscitivo, disfunción de la capacidad de ejecución y deterioro de la memoria de evocación. El deterioro de las funciones cognoscitivas en los individuos con la enfermedad de Parkinson se exacerba frecuentemente con la depresión. En algunos individuos con la enfermedad de Parkinson y demencia se han encontrado signos

^{18/} IWWW .Psiquiatría. Com.

neuropatológicos indicativos de la enfermedad de Alzheimer. El factor envejecimiento asociado también ha sido motivo de análisis, la frecuencia



de demencia asociada a enfermedad de Parkinson antes de los 70 años es del 7% y después de esta edad se eleva a un 32%, en un análisis longitudinal de los mismos pacientes en tres años de evolución, se encuentra que un 18% del primer grupo de edad y un 83% del segundo presentan demencia. La edad de inicio tiene una clara relación con la presencia de demencia pero en sentido inverso con la enfermedad de Alzheimer, de manera que los pacientes de más edad presentan mayor grado de demencia que los de inicio precoz. /19

Estos son los síntomas principales y secundarios de la enfermedad de Parkinson, pero para una mejor evaluación se presenta un esquema de todos los síntomas a lo largo de la enfermedad:

1. Rigidez muscular.
2. Postura inestable, inclinada o que provoca caídas pesadas.
3. Pérdida del equilibrio.
4. Trastornos en la marcha.
5. Movimientos lentos.
6. Dificultad para iniciar la marcha.
7. Dificultad para iniciar cualquier movimiento voluntario.

19/ DSM – IV; Apartado: Demencia Pág. 155

8. Pasos cortos seguidos de la necesidad de correr para mantener el equilibrio.



9. Congelamiento del movimiento, cuando esta se suspende e incapacidad para reiniciarlo.

10. Afecciones musculares y dolores (Mialgia).

11. Agitación, temblor.

12. Cambios en la expresión facial:

- Reducción de la capacidad para manifestar expresión facial.
- Cara con aspecto de mascara.
- Mirada fija.
- Posible incapacidad para cerrar la boca.
- Reducción del parpadeo.

13. Cambios en el lenguaje y en la voz:

- Lenguaje lento.
- Bajo volumen de la voz.
- Un solo tono de voz.
- Dificultad para hablar.

14. Pérdida de la destreza motriz fina:

- Dificultad para escribir.
- Dificultad para comer.
- Movimiento lento e incontrolado.

15. Caídas frecuentes.

16. Disminución de la función intelectual.

17. Variedad de síntomas gastrointestinales.



18. Síntomas adicionales.

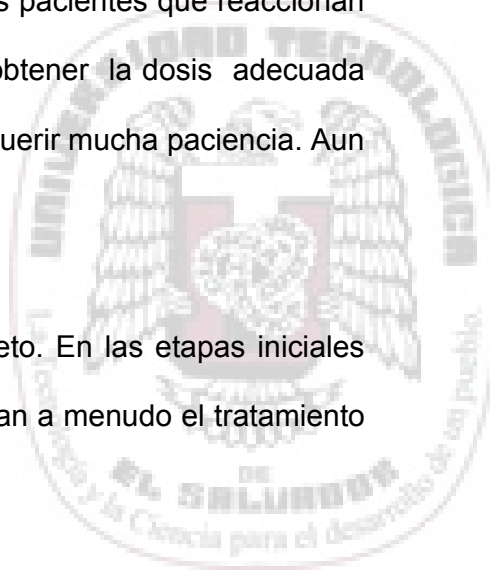
- Depresión.
- Confusión.
- Demencia.
- Seborrea (piel).
- Pérdida de la sensación y de la función muscular.
- Atrofia muscular.
- Pérdida de la memoria.
- Babel.
- Ansiedad, estrés y tensión. /20

3.9 Tratamiento.

En la actualidad no hay cura para la enfermedad de Parkinson pero distintos medicamentos proporcionan alivio de los síntomas. Al recomendar un régimen de tratamiento, el médico determina el grado en que los síntomas perturban la vida del paciente y luego adopta el tratamiento a la condición particular de la persona puesto que no hay dos pacientes que reaccionan de la misma forma a un medicamento dado, el obtener la dosis adecuada para un paciente puede tomar algún tiempo y requerir mucha paciencia. Aun

20/ WWW. Psiquiatría. Com.

así, los síntomas no pueden aliviarse por completo. En las etapas iniciales de la enfermedad de Parkinson, los médicos inician a menudo el tratamiento



con una o varias de las medicinas menos potentes como anticolinérgicos o amantadinas, guardan el tratamiento más fuerte, especialmente, levodopa para la época durante los pacientes lo necesitan más.

El objetivo principal de los tratamientos es mejorar la transmisión nerviosa dopaminérgica y disminuir los síntomas, por lo que se describe cada uno de ellos:

- **Antihistamínicos.**

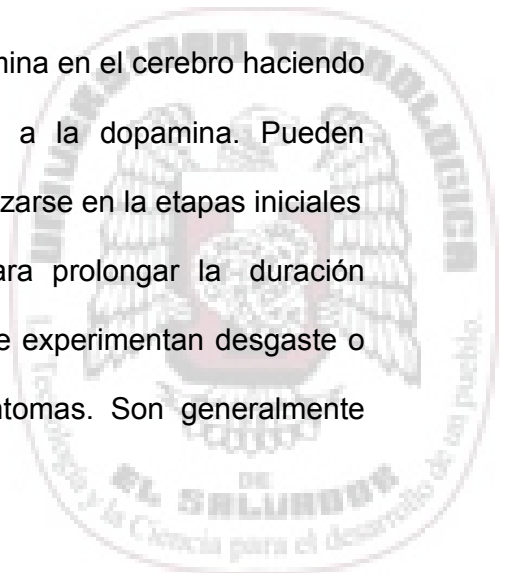
Estos productos poseen efectos anticolinérgicos centrales y sedantes leves y pueden ser útiles para corregir temblores.

- **Fármacos Antidepresivos.**

Se administran antidepresivos tricíclicos para aliviar la depresión que es frecuente en la enfermedad de Parkinson.

- **Bromocriptina y Pergolida.**

Estos dos medicamentos imitan el rol de la dopamina en el cerebro haciendo que las neuronas reaccionen como lo harían a la dopamina. Pueden administrarse solas o con levodopa y pueden utilizarse en las etapas iniciales de la enfermedad o iniciarse posteriormente para prolongar la duración de la respuesta a levodopa en los pacientes que experimentan desgaste o efectos de aparición o desaparición de los síntomas. Son generalmente



menos eficaces que la levodopa en controlar la rigidez y la bradisinesia. Los efectos secundarios pueden incluir: paranoia, alucinaciones, confusión, discinesias, pesadillas, náuseas y vómitos.

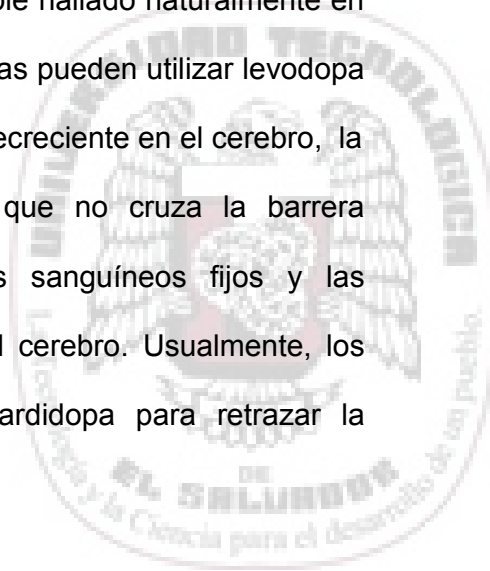
- **Sélegilina.**

También conocida como deprenil, la sélegina se ha convertido en un medicamento comúnmente utilizado para la enfermedad de Parkinson.

Estudios recientes han demostrado que el medicamento retrasa la necesidad de terapia con levodopa en un año o más. Cuando la sélegina se administra con levodopa, parece realzar y prolongar la respuesta a la levodopa y por lo tanto puede reducir las fluctuaciones de pérdida de efecto.

- **Levodopa.**

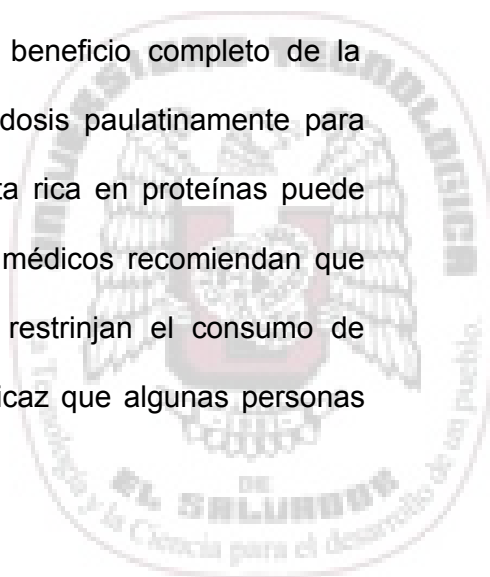
Sin duda la norma dorada del tratamiento actual es el medicamento levodopa llamado también L-Dopa nombre completo L-3, 4-dihidroxifenilalanina, es un producto químico simple hallado naturalmente en las plantas y en los animales. Las células nerviosas pueden utilizar levodopa para fabricar dopamina y suplir el suministro decreciente en el cerebro, la propia dopamina no puede administrarse ya que no cruza la barrera sanguínea cerebral, la trama compleja de vasos sanguíneos fijos y las células que filtran la sangre que llega al cerebro. Usualmente, los pacientes reciben levodopa combinada con cardidopa para retrasar la



conversión de levodopa con dopamina hasta que llega al cerebro, evitando o disminuyendo algunos de los efectos secundarios que acompañan a menudo el tratamiento con la levodopa.

El éxito de la levodopa en tratar los síntomas principales de la enfermedad de Parkinson es un triunfo de la medicina moderna, introducida inicialmente en la década de 1960, la levodopa retrasa el inicio de los síntomas debilitantes y permite a la mayoría de los pacientes de Parkinson extender el periodo de tiempo en el que puedan llevar vidas relativamente normales y productivas.

Aunque la levodopa ayuda al menos a tres cuartas partes de los casos de Parkinson no todos los síntomas responden igual al medicamento la bradisinesia y la rigidez responden mejor a la levodopa, mientras que el temblor puede reducirse, los problemas con el equilibrio y otros síntomas pueden no aliviarse en absoluto. Las personas que han utilizado otros medicamentos antes de iniciar el tratamiento con levodopa pueden reducir o eliminar esos medicamentos a fin de sentir el beneficio completo de la levodopa, pero puede necesitar incrementar la dosis paulatinamente para obtener un beneficio máximo debido que la dieta rica en proteínas puede interferir con la absorción de levodopa algunos médicos recomiendan que los pacientes que toman estos medicamentos restrinjan el consumo de proteína durante la cena. La levodopa es tan eficaz que algunas personas

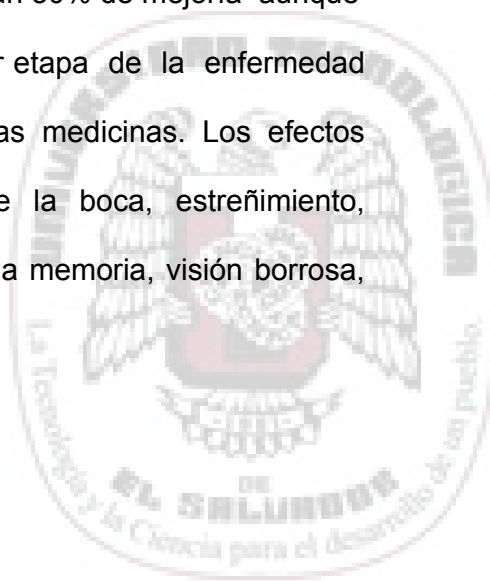


pueden olvidar que tienen la enfermedad, pero la levodopa no es la cura aunque puede reducir los síntomas no sustituye las células nerviosas perdidas y no detiene la progresión de la enfermedad.

Algunos efectos secundarios de la levodopa son: Náuseas, vómitos, baja presión sanguínea, movimientos involuntarios e intranquilidad, en raros casos los pacientes pueden tornarse confusos. Los vómitos y náuseas causados por la levodopa se reducen considerablemente con la combinación de carvidopa que realza la eficacia de una dosis más baja.

- **Agentes Anticolinérgicos.**

Estos medicamentos eran el principal tratamiento de la enfermedad de Parkinson hasta la introducción de levodopa, su beneficio es limitado pero puede llegar a controlar el temblor y la rigidez. Son especialmente útiles en reducir el parkinsonismo inducido por la droga, solo la mitad aproximadamente de los pacientes que reciben agentes anticolinérgicos responden por un breve periodo y con solo un 30% de mejoría aunque puede tener un efecto terapéutico en cualquier etapa de la enfermedad cuando se toma con cualquiera de estas medicinas. Los efectos secundarios mas comunes son: sequedad de la boca, estreñimiento, retención de la orina, alucinaciones, pérdida de la memoria, visión borrosa, cambios en la actividad mental y confusión.



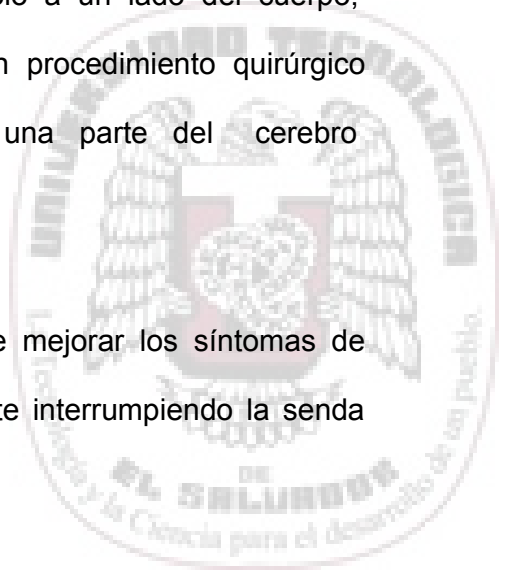
- **Amantadina.**

Un medicamento antiviral, la amantadina ayuda a reducir los síntomas de la enfermedad en las etapas iniciales con medicamento anticolinérgico o con la levodopa. Después de varios meses la eficacia de la mantadina puede desaparecer, aunque la eficacia puede volver después de una breve interrupción de medicamento. Algunos efectos secundarios son: piel manchada, edema, confusión, visión borrosa y depresión.

- **La Cirugía**

El tratamiento de la enfermedad de Parkinson con cirugía era una práctica común en el pasado, pero después del descubrimiento de la levodopa, la cirugía se restringió a solo unos cuantos casos. Uno de los procedimientos utilizados, denominado criotalamotomía, requiere la inserción quirúrgica de la punta de metal súper fría de una sonda en el tálamo, relevadora profunda para destruir el área del cerebro que produce los temblores. Este y otros procedimientos están siendo favorecidos por los pacientes que sufren del temblor severo o tienen la enfermedad solo a un lado del cuerpo; también han reavivado su interés en un procedimiento quirúrgico llamado palidotomía en el que se lesiona una parte del cerebro

llamada el globo palidun. La palidotomía puede mejorar los síntomas de temblor, la rigidez y la bradisinesia, posiblemente interrumpiendo la senda



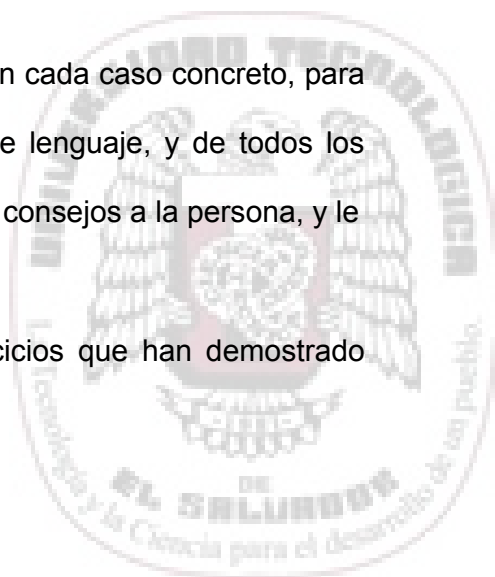
neural entre el globo pálido y tálamo.

- **Logopedia.**

Alrededor de las dos terceras partes de las personas que sufre parkinson, se quejan de que tienen algún problema de lenguaje. Además, cerca de un 40% sufren problemas de babeo y un 25% tienen dificultades para tragar. Los logopedas, o terapeutas especializados en el habla y el lenguaje, pueden ayudar a solucionar varios aspectos de la comunicación, lo que incluye los siguientes problemas:

- Voz monótona y débil, lentitud para empezar hablar, habla lenta, habla que empieza a velocidad normal y luego se acelera.
- Cara inexpresiva y similar a la de una máscara, baja frecuencia de parpadeo y falta de gestualidad.
- Escritura que se vuelve cada vez más pequeña, o que resulta enmarañada y difícil de leer.
- Dificultad para tragar, ahogos y babeo.

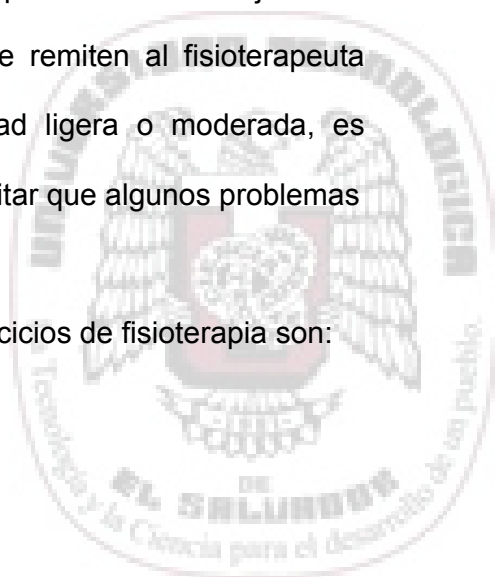
El logopeda empezará haciendo una valoración en cada caso concreto, para determinar la naturaleza precisa del problema de lenguaje, y de todos los demás problemas relacionados. Luego dará unos consejos a la persona, y le enseñará y le hará practicar determinados ejercicios que han demostrado ser útiles:



- Ejercicios a realizar frente al espejo, para conseguir una relajación general o para reducir la rigidez de los músculos faciales.
- Métodos para optimizar la respiración mediante la utilización del diafragma, y sistema para mover los labios y la lengua, para evitar que el individuo se quede sin aire mientras habla, y para permitirle pronunciar todos los sonidos con claridad.
- Ejercicios de entonación, utilizando sistema de grabación y reproducción para controlar los resultados. Con ello el individuo podrá regular su volumen de voz así como la velocidad y los cambios de tono y de ritmo. Los aparatos que se usan para ello son un metrónomo para el ritmo y la velocidad de habla y una grabadora para tener constancia de los resultados.

- **Fisioterapia.**

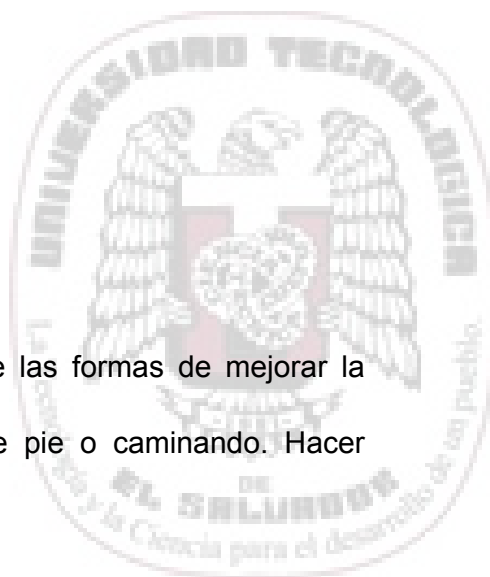
El objetivo de la fisioterapia en la enfermedad de Parkinson es evitar o reducir los problemas músculo esquelético, por medio de ejercicios específicos. Aunque la mayoría de pacientes se remiten al fisioterapeuta cuando ya se ha desarrollado una discapacidad ligera o moderada, es mucho mejor hacerlo en una fase previa, para evitar que algunos problemas se vuelvan más severos. Los objetivos de los ejercicios de fisioterapia son:



- Reducir la rigidez articular.
- Incrementar el recorrido de los movimientos articulares.
- Evitar la debilidad muscular.
- Mejorar la postura y el equilibrio.
- Rectificar la forma de andar, para evitar caídas.
- Enseñar métodos para contrarrestar la “congelación”.
- Facilitar la relajación.
- Enseñar técnicas para levantarse de una silla o de la cama.
- Enseñar técnicas para darse vuelta en la cama.

La fisioterapia se centra en varios de los síntomas de la enfermedad y en sus problemas asociados. Se empieza con una evaluación de qué es lo que puede y no puede hacer el individuo, para poder elaborar un plan de tratamiento individualizado, en el que se incluyen movimientos pasivos de determinadas partes del cuerpo realizados por el fisioterapeuta, así como ejercicios activos, llevados a cabo por el propio paciente. Para superar determinados problemas músculo esqueléticos también pueden utilizar los ejercicios en una piscina o hidroterapia.

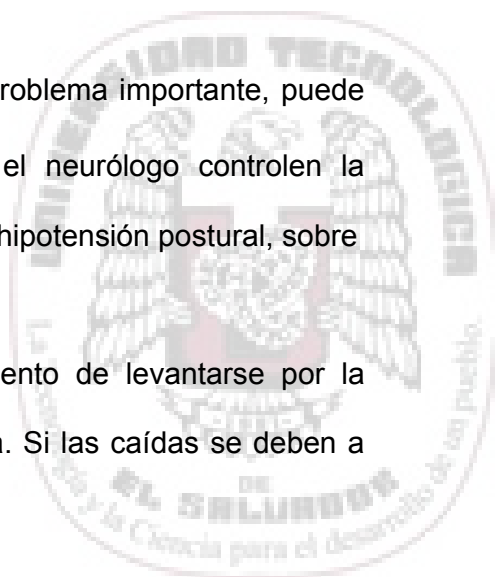
- **Postura:** el fisioterapeuta aconsejara sobre las formas de mejorar la postura, tanto si se esta sentado como de pie o caminando. Hacer



prácticas frente a un espejo proporciona un control visual, y permite a las personas hacer ajustes y correcciones cuando es necesario. Puede practicar la postura de estar erguido, poniéndose contra la pared, con los talones, los hombros y la nuca en contacto con la misma. Sentarse en una silla de respaldo recto, con un almohadón detrás de la espalda, puede evitar la postura rígida cuando se ésta sentado.

- **Marcha:** los movimientos de como el de andar, que se hacen de forma automática, sin ninguna planificación ni esfuerzo mental, son los mas afectados por la enfermedad de Parkinson, la fisioterapia se concreta en dividir los movimientos en pequeñas partes, y en enseñar al paciente a controlar conscientemente cada una de ellas. Para mejorar la marcha, el fisioterapeuta puede enseñar al individuo a fijar bien los talones en el suelo, reforzando la acción a base de pensar “primero los talones” antes de dar cada paso. Concretamente, unos golpes de talón al estilo militar pueden ayudar a mejorar la marcha.

- **Caídas:** si las caídas se convierten en un problema importante, puede ser conveniente que el médico general o el neurólogo controlen la presión arterial, para descartar que haya una hipotensión postural, sobre todo si las caídas se producen en el momento de levantarse por la mañana o después de una comida vespertina. Si las caídas se deben a

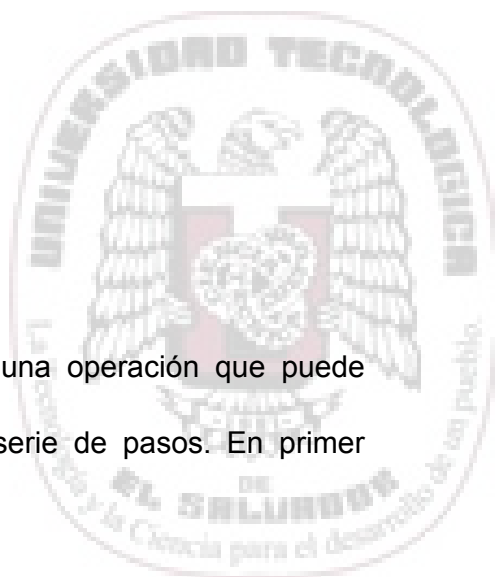


otras causas, el fisioterapeuta puede ayudar, por ejemplo recomendando zapatos más flexibles o el uso de un bastón.

➤ **Giros:** las personas que tienen problemas de equilibrio al girarse, deben aprender a girarse despacio, describiendo un amplio semicírculo, levantando los pies conscientemente a una altura superior a la normal y alargando cada paso.

➤ **Levantarse de una silla:** la silla adecuada para una persona con Parkinson debe ser alta y con brazos para agarrarse, y con un respaldo alto que proporcione un buen apoyo cuando se esta sentado, para saber levantarse, el individuo debe saber colocarse hacia la punta, mantener los pies hacia atrás , y finalmente cargar el peso del cuerpo hacia delante. Es decir, primero debe colocarse hacia delante y luego levantarse ayudándose con los brazos.

➤ **Darse la vuelta en la cama:** esta es una operación que puede simplificarse si se enseña al paciente una serie de pasos. En primer

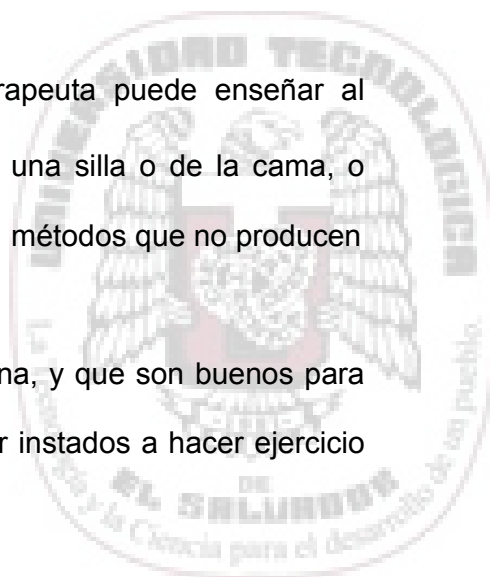


lugar, mantener los pies planos sobre la cama, con las rodillas dobladas. Segundo, agarrarse ambas manos y levantar los brazos, con los codos rectos. Tercero, volver el cuello y los brazos hacia un lado, lo que permitirá flexionar la cadera lo suficiente para girar hacia el lado deseado. Cuarto, usar los brazos y la parte superior del tronco para completar el movimiento.

- **Consejos para mantenerse activo:** debido a la fatiga, que esta presente en más o menos la mitad de los enfermos de Parkinson, se produce una tendencia a la inactividad. El temor a que el cansancio producido por el ejercicio pueda causar desfallecimientos es infundado. A pesar de sus discapacidades, la persona debe intentar mantenerse tan activo como le sea posible. Es muy saludable salir a dar un paseo todos los días, aunque este tenga que ser corto en las fases mas avanzadas de la enfermedad. Algunos deportes, como el golf, la natación o los bolos, deberían seguirse realizando mientras se pueda.

- **Consejos para el cuidador:** el fisioterapeuta puede enseñar al cuidador la forma de levantar al paciente de una silla o de la cama, o como darle apoyo para andar. Se trata de métodos que no producen

daño a los músculos de la espalda ni a la columna, y que son buenos para ambas partes. Los cuidadores también deben ser instados a hacer ejercicio



regularmente, y a cuidar de su propia salud y forma física.

- **Dieta.**

El comer una dieta bien equilibrada y nutritiva puede ser beneficioso para toda persona, para evitar o curar la enfermedad de Parkinson, no aparece haber una vitamina, mineral u otro nutriente específico que tenga un valor terapéutico. Sin embargo una dieta alta en proteínas puede limitar la eficacia de la levodopa.

- **Grupos de apoyo.**

Uno de los aspectos más desmoralizantes de la enfermedad es como cambia el mundo completamente del paciente. Las rutinas más fundamentales pueden verse afectadas, bien de socializar con amigos y gozar de las relaciones normales con los miembros de la familia, hasta ganarse la vida y cuidar de un hogar. Confrontados con una vida muy diferente, los pacientes necesitan aliento para permanecer tan activos e involucrados como sea posible. Es cuando los grupos de apoyo pueden tener un valor especial para pacientes de Parkinson, familiares y cuidadores. /21

21/ Ídem /20

3.10 Avances Científicos.

Actualmente se están llevando a cabo investigaciones acerca de un examen

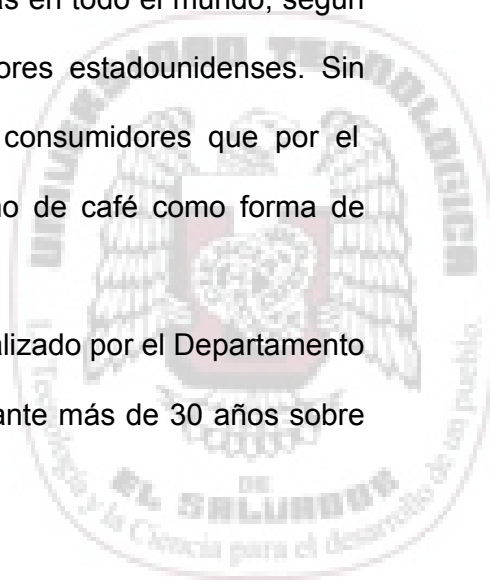


con el cual se puede detectar la enfermedad en las etapas iniciales, antes de que afecte el lenguaje y la motricidad.

La exploración por tomografía de emisión de positrones (PET) puede conducir a adelantos importantes en nuestro conocimiento acerca de la enfermedad de Parkinson. Las exploraciones por tomografía de emisiones de positrones del cerebro producen fotos de los cambios químicos a medida que ocurren en el cerebro viviente. Utilizando PET, los científicos de investigación pueden estudiar los receptores de dopamina del cerebro (los lugares en las células nerviosas que se unen a la dopamina) para determinar si la pérdida de actividad dopaminérgica sigue o precede a la degeneración de las neuronas que fabrican este producto químico. Esta información podría ayudar a los científicos a comprender mejor el proceso de la enfermedad y conducir potencialmente a mejores tratamientos.

El 23 de mayo del 2000, en Washington descubrieron que la cafeína que contiene el café puede ayudar a prevenir la enfermedad de Parkinson, enfermedad que padece dos de cada mil personas en todo el mundo, según un estudio dado a conocer por investigadores estadounidenses. Sin embargo los expertos han alertado a los consumidores que por el momento no pretenden recomendar el consumo de café como forma de prevenir el desarrollo de esa enfermedad.

El descubrimiento se ha basado en un estudio realizado por el Departamento de Veteranos de la Universidad de Honolulu durante más de 30 años sobre



8000 japoneses-estadounidenses y que es publicado por la revista de la Asociación Médica Estadounidense.

Según los investigadores se determinó que aquellas personas que no consumían café, tenían cinco veces más posibilidades de desarrollar la enfermedad de parkinson.

En enero de 1994, NINDS otorgó una subvención para investigación a un grupo de científicos de tres instituciones para que realizasen un ensayo clínico controlado de implante de tejido fetal en seres humanos. El tratamiento trata de reemplazar las neuronas productoras de dopamina dañadas o perdidas con neuronas fetales y saludables, y mejorar así el movimiento y la respuesta a los medicamentos de los pacientes. Un nuevo enfoque prometedor puede ser el uso de células genéticamente producidas es decir, células tales como: células de la piel modificadas que no provienen del sistema nervioso sino que se producen en un cultivo de tejidos que podrían tener los mismos efectos beneficiosos. Las células de la piel serían mucho más fáciles de recolectar y los pacientes podrían servir como sus propios donantes. /22



Capítulo IV.

Metodología de la Investigación.

El estudio realizado alcanzó el carácter exploratorio; ya que se investigó en las fuentes bibliográficas de las universidades que cuentan con la carrera de psicología como son: Universidad Francisco Gavidia, Universidad Nacional, Universidad José Simeón Cañas (UCA) y Universidad Matías Delgado; y ninguna cuenta con una investigación sobre la enfermedad de Parkinson, y se obtuvo el carácter exploratorio porque se va describiendo como es y como se manifiesta esta enfermedad, a través de esta investigación se pretende determinar el nivel de conocimiento que tiene la población salvadoreña sobre la enfermedad de Parkinson y así proponer un programa de divulgación, dirigido a las personas que asisten a los Hospitales Nacionales, en carácter de pacientes o acompañantes. /22

4.1 Diseño de la Investigación.

El diseño de la presente investigación es transaccional descriptiva de tipo no experimental y su procedimiento consistió en evaluar a los usuarios de salud pública, para determinar cuanto conocían sobre la enfermedad de Parkinson.

22/ Metodología de la Investigación. Roberto Sampieri, 2da. Edición. México (1988)



4.2 Fuentes de Información.

4.2.1 Fuentes Primarias.

Fueron todos aquellos usuarios y acompañantes a quienes se les aplicó el instrumento de investigación.

4.2.2 Fuentes secundarias de Información

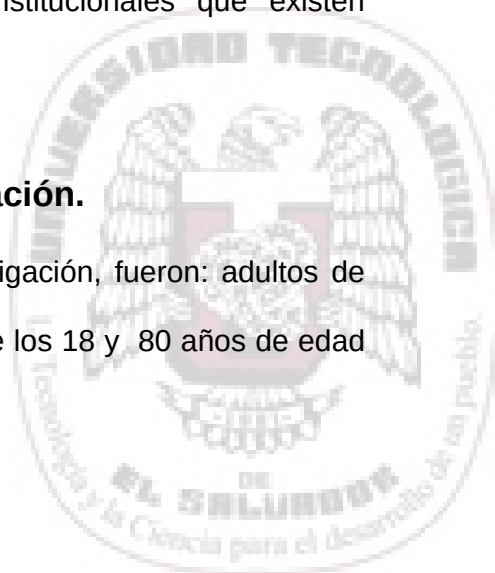
- Información obtenida por Internet.
- Artículos y documentales relacionados con la enfermedad.
- libros y tesis.

4.3 Unidad de análisis y sujetos de estudio

Las unidades de análisis como referencia fueron: El Hospital Nacional Rosales, Hospital Nacional Zacamil “Dr. Juan José Fernández”, Hospital Nacional de San Bartolo “Enfermera Angélica Vidal de Najarro” Los sujetos de estudio fueron: personas que acuden a los hospitales antes mencionados, en calidad de pacientes o acompañantes. No se tomó en cuenta el Hospital de Especialidades del I.S.S.S, ya que no se autorizó la investigación de campo por los problemas institucionales que existen actualmente.

4.4. Determinación del Universo o Población.

Las personas que se evaluaron en la investigación, fueron: adultos de ambos sexos, cuyas edades comprendieron entre los 18 y 80 años de edad



y que utilizan el Sistema de Salud Pública.

4.5 Población y Muestra.

La población evaluada se tomo del promedio anual de pacientes y acompañantes que asiste a los hospitales en estudio, cuya población es de 201,900. La muestra se cálculo como población finita y se tomaron cuotas para cada hospital

4.6 Cálculo de la muestra.

El muestreo utilizado fue: no probabilístico por cuotas de tipo aleatorio, ya que la elección de las unidades es al azar, cada sujeto tuvo la misma posibilidad de ser elegido. En donde $N= 201,900$.

Para el cálculo de la muestra se empleo la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{(N-1)E^2 + Z^2 p \cdot q}$$

En donde:

n- Tamaño de la muestra

Z- Nivel de confianza 0.95% equivalente a un valor de 1.96

P-Probabilidad de Éxito 0.5

q- Probabilidad de fracaso 0.5

N-Tamaño de la población promedio anual 201,900; se tomo como población finita



E- Error permisible. 5%

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (201,900)}{(201,900-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(0.96) (201,900)}{504.75 + 0.96}$$

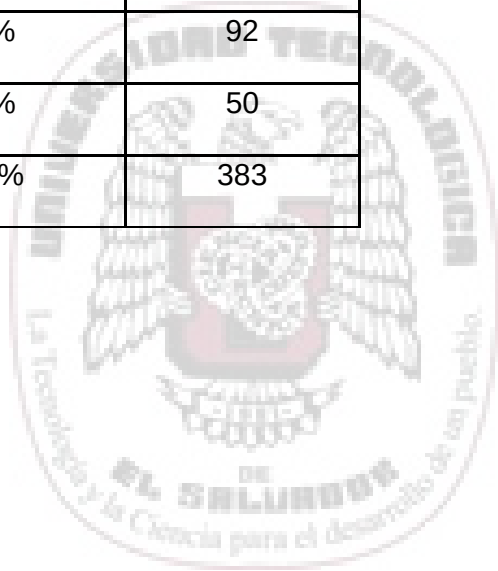
$$n = \frac{193.824}{505.71}$$

n= 383 personas

4.6.1 Cálculo de las Cuotas.

Hospitales	N. de Pacientes que Asisten Anualmente	Porcentaje	Cuotas
Rosales	126,000	63%	241
Zacamil	48,900	24%	92
San Bartolo	27,000	13%	50
Total	201,900	100%	383

*Fuente: Hospitales Nacionales en estudio.



4.7 Técnicas e Instrumento.

4.7.1 Técnica.

En la presente investigación para recolectar la información, se utilizó la técnica de la encuesta.

4.7.2 Instrumento.

El instrumento que se utilizó en la investigación consistió en un cuestionario, el cual contiene preguntas cerradas y con múltiples alternativas de respuesta y una pregunta abierta, para conocer los medios de divulgación que tienen mayor probabilidad de aceptación. (Ver anexos No 4 y 5).

4.7.3 Generalidades del Instrumento.

4.7.3.1 Características del Instrumento.

El instrumento refleja cuántos de los sujetos de estudio conocen sobre la enfermedad de Parkinson, y cuál es su nivel de conocimiento sobre dicha enfermedad. La forma de suministro es escrita y el tiempo para responder es de 10 a 15 minutos, su aplicación es de carácter individual, el cuestionario consta de 16 ítems, con múltiples alternativas de respuesta y una pregunta abierta.



4.7.3.2 Validación del Instrumento.

Para obtener datos confiables se procedió a someter el instrumento a evaluación a través de:

- **Juicio de Expertos.**

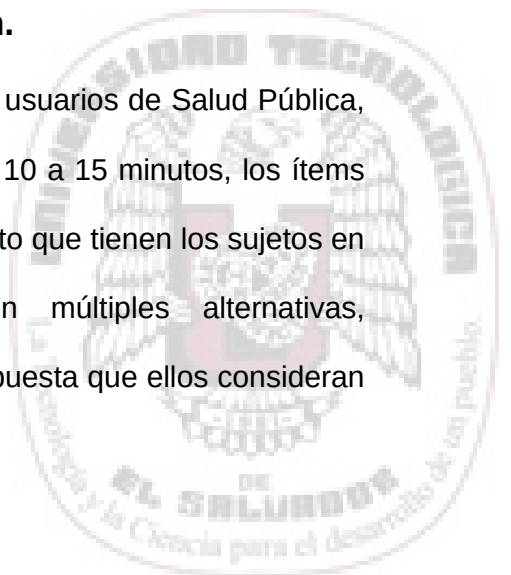
Esta es una técnica que ayuda a validar el instrumento; ya que es sometida a juicio de especialistas, en las áreas de: psicología clínica y especialistas en investigación, los cuales brindaron su opinión, de la cual solamente hubo criterios de corrección en forma de redacción. (Ver anexo 11)

4.7.3.3 Descripción del Instrumento.

El instrumento esta formado por dos partes: en la primera parte se indica la invitación a participar en el proceso de investigación y la segunda parte, obtiene la información para la investigación, que es un cuestionario de 17 reactivos.

4.7.3.4 Normas de Suministración.

El instrumento se aplico de forma individual a los usuarios de Salud Pública, el tiempo de aplicación fue aproximadamente de 10 a 15 minutos, los ítems formulados reflejan cual es el nivel de conocimiento que tienen los sujetos en estudio. A través de preguntas cerradas con múltiples alternativas, que induzcan a las personas a seleccionar la respuesta que ellos consideran



que pertenece a la enfermedad.

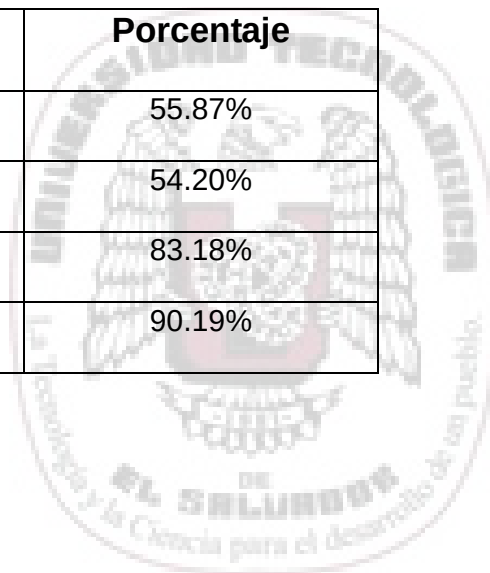
4.7.3.5 Áreas que Explora el Instrumento.

El instrumento ha sido diseñado para explorar el nivel de conocimiento que tiene la población acerca de la Enfermedad de Parkinson, tomando como referencia los tres niveles de conocimiento de la enfermedad, la importancia del apoyo psicológico y la utilidad que tiene la divulgación:

- El nivel de desconocimiento de la enfermedad, es evaluada por los ítems del 1 al 4 con respuestas incorrectas.
- El nivel de conocimientos generales de la enfermedad de Parkinson, que es evaluado por las preguntas de la 1 a la 4 con respuestas acertadas.
- El nivel de conocimientos básicos de la enfermedad de Parkinson, se midió a través de las preguntas de la 5 a la 10.

Cuadro Valorativo de los Niveles de Conocimiento de la Enfermedad de Parkinson.

Pregunta	Nivel	Porcentaje
1	II	55.87%
2	II	54.20%
3	II	83.18%
4	II	90.19%

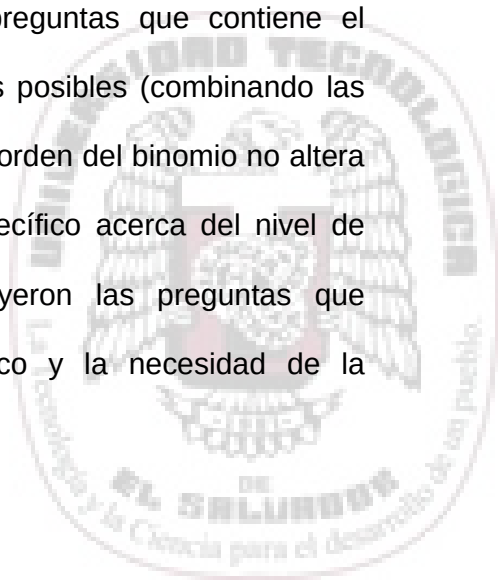


5	III	81.54%
6	III	63.94%
7	III	57.94%
8	II	52.80%
9	I	33.64%
10	III	75.70%

- Las preguntas entre los ítems 11 y 13 reflejan la opinión de los usuarios del Sistema de Salud Pública, en cuanto a la importancia del apoyo psicológico, para familiares, cuidadores y pacientes con la enfermedad de Parkinson.
- Los ítems 14,15 y 16 exploran la opinión de los encuestados, con respecto a la importancia de la divulgación y los medios posibles para desarrollar el programa de divulgación.

4.7.3.6 Normas de Calificación.

Para obtener el diagnostico general, de 17 preguntas que contiene el instrumento, se ha extraído pares de respuestas posibles (combinando las alternativas que ofrece cada pregunta); donde el orden del binomio no altera el diagnostico. Para obtener el diagnostico específico acerca del nivel de conocimiento sobre la enfermedad, se excluyeron las preguntas que evaluaban la importancia del apoyo psicológico y la necesidad de la



divulgación acerca de la enfermedad; tomando solamente las preguntas que evaluaban el conocimiento acerca de la enfermedad, como: síntomas, características, el medicamento y otras preguntas de conocimiento básico.



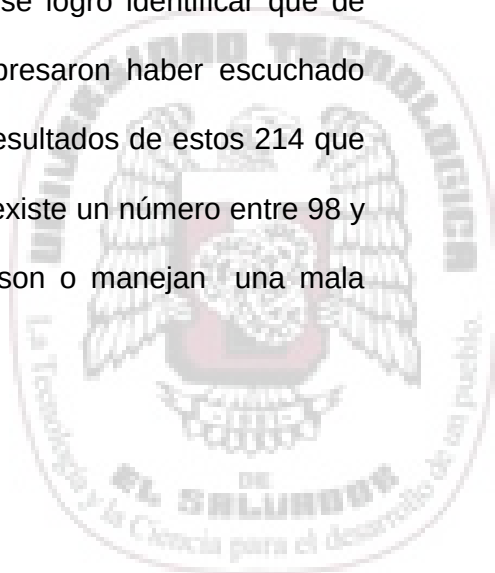
Capítulo V

Análisis e Interpretación de Resultados.

El instrumento se aplicó en tres hospitales en el área de San Salvador tales como: Hospital Nacional Rosales, Hospital Nacional Zacamil “Doctor Juan José Fernández”, y Hospital de San Bartolo “Enfermera Angélica Vidal de Najarro”; se encuestaron a 383 personas que visitaron, dichos hospitales, de los cuales un 53.79% su visita era en condición de pacientes y un 46.21% como acompañantes.

De la población encuestada el 60.31 % eran mujeres, mientras que el 39.69% fueron hombres, cuyas edades oscilaban entre los 25 años o más, además se tomó en cuenta su estado familiar, su condición laboral y el sector en el que trabaja, estos criterios sirvieron para dar mayor riqueza de información acerca de los sujetos dentro de la investigación.

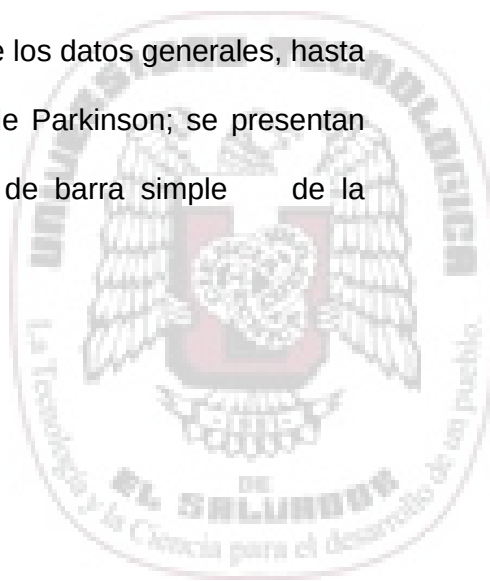
En lo referente al conocimiento que manejan los usuarios de Salud Pública, sobre la enfermedad de Parkinson, se logró identificar que de una muestra de 383 personas solo 214 expresaron haber escuchado hablar sobre la enfermedad, pero según los resultados de estos 214 que equivale el 55.87%, se puede observar que existe un número entre 98 y 114 personas que no conocen sobre Parkinson o manejan una mala información sobre ella.



En relación a la importancia del apoyo psicológico, se pudo analizar que de 214 personas encuestadas un número de 55 a 91 personas que equivale entre el 25.70% y el 42.52%. Se puede interpretar que son pocas las personas que están en desacuerdo, con respecto a la ayuda psicológica, ya sea para pacientes, familiares o cuidadores.

Además se investigó la importancia de la divulgación relacionada a la enfermedad de Parkinson, en donde un porcentaje del 93% considera que es importante la divulgación, pero el 7% considera que no es importante. Se puede comprender que a pesar de que existen 214 personas que manifestaron conocer sobre la enfermedad, consideran que es importante la divulgación, las vías más sobresalientes fueron los medios de comunicación, charlas, folletos y otros.

Para una mejor interpretación de los resultados que se obtuvieron por medio del cuestionario que se aplicó a 383 personas, se procedió a tabular los datos pregunta por pregunta, desde los datos generales, hasta las preguntas propias sobre la enfermedad de Parkinson; se presentan los datos cuantitativos en tablas y gráficos de barra simple de la siguiente forma:



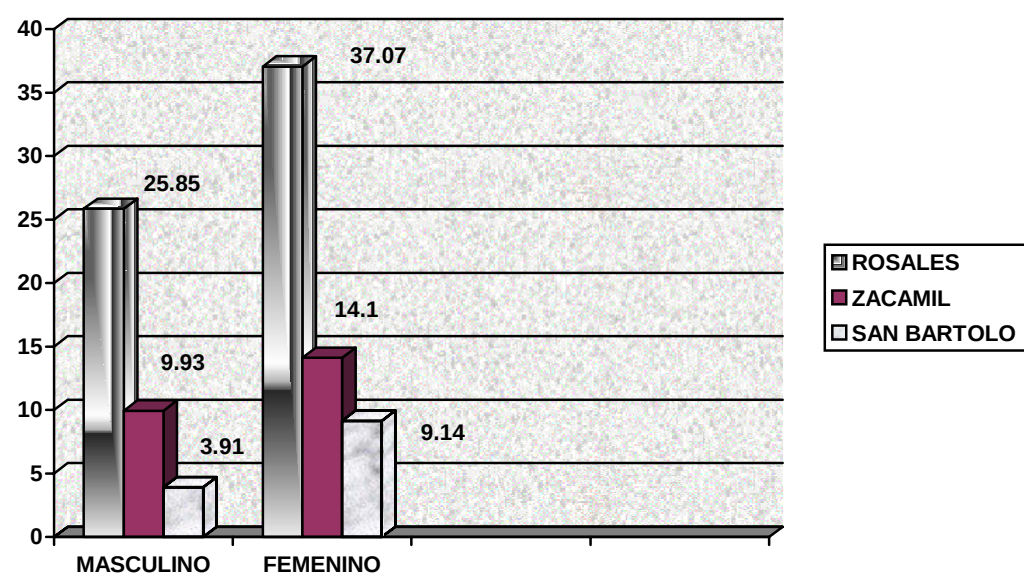
DATOS GENERALES

Indicador: Sexo del Encuestado

Tabla #1.

HOSPITALES	SEXO				TOTAL	TOTAL%
	MASCULINO		FEMENINO			
	F	%	F	%		
ROSALES	99	25.85	142	37.07	241	62.92%
ZACAMIL	38	9.93	54	14.10	92	24.03%
SAN BARTOLO	15	3.91	35	9.14	50	13.05%
TOTAL	152	39.69	231	60.31	383	100%

Grafico #1



Interpretación

Los datos reflejan que la población femenina es la que mayor demanda asistencial hospitalaria presenta; con un 60.31% de la muestra y la población masculina representá el 39.69%.

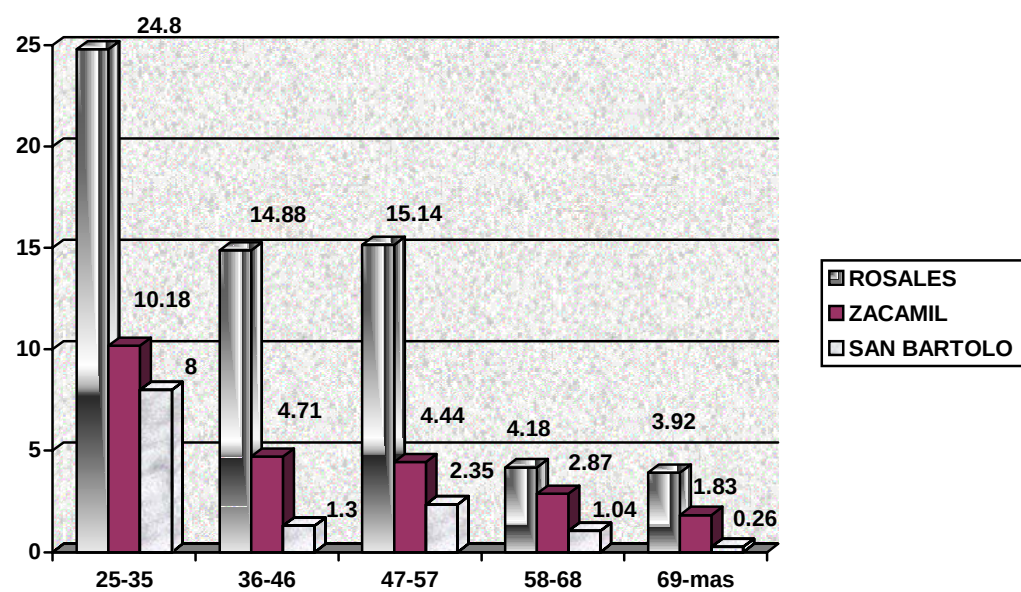


Indicador: Edad del Encuestado

Tabla #2.

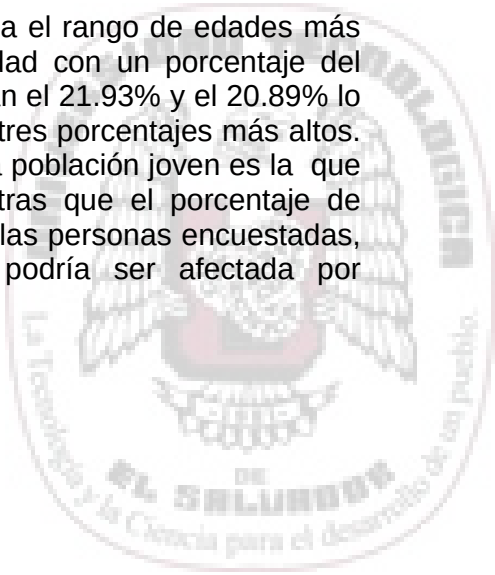
HOSPITALES	EDAD										TOTAL	TOTAL %
	25-35		36-46		47-57		58-68		69- MAS			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
ROSALES	95	24.8	57	14.88	58	15.14	16	4.18	15	3.92	241	62.92%
ZACAMIL	39	10.18	18	4.71	17	4.44	11	2.87	7	1.83	92	24.03%
SAN BARTOLO	31	8.10	5	1.30	9	2.35	4	1.04	1	0.26	50	13.05%
TOTAL	165	43.08	80	20.89	84	21.93	31	8.09	23	6.01	383	100

Grafico #2



Interpretación

Los datos reflejan que en la población encuestada el rango de edades más sobresalientes oscila entre 25 a 35 años de edad con un porcentaje del 43.08% y las edades de 47 a 57 años representan el 21.93% y el 20.89% lo representan de 36 a 46 años de edad siendo los tres porcentajes más altos. Según el gráfico, es significativo mencionar que la población joven es la que más utiliza el sistema de salud pública. Mientras que el porcentaje de adultos mayores suman únicamente el 14.1% de las personas encuestadas, porcentaje que representa la población que podría ser afectada por parkinson.

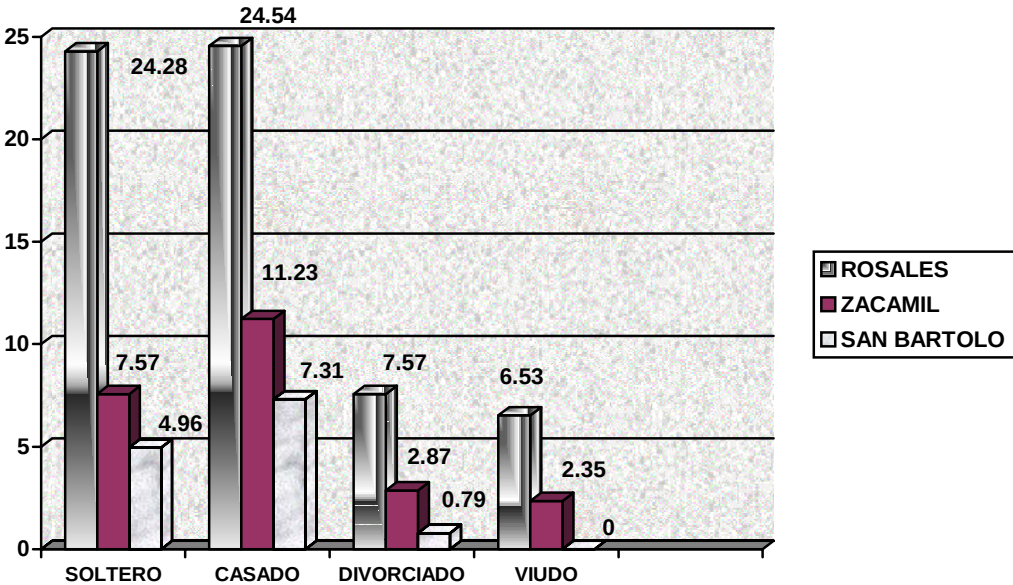


Indicador: Estado Familiar.

Tabla #3.

HOSPITAL ES	EDAD								TOTAL	TOTAL %
	SOLTERO		CASADO		DIVORCIAD O		VIUDO			
	F	%	F	%	F	%	F	%		
ROSALES	93	24.28	94	24.54	29	7.57	25	6.53	241	62.92
ZACAMIL	29	7.57	43	11.23	11	2.87	9	2.35	92	24.04
SAN BARTOLO	19	4.96	28	7.31	4	0.79	0	0	50	13.06
TOTAL	141	36.81	165	43.08	43	11.23	34	8.88	383	100

Grafico #3



Interpretación

Los datos reflejan que el 43.08% de la población encuestada es casada, el 36.81% es soltera y el 11.23 es divorciada.

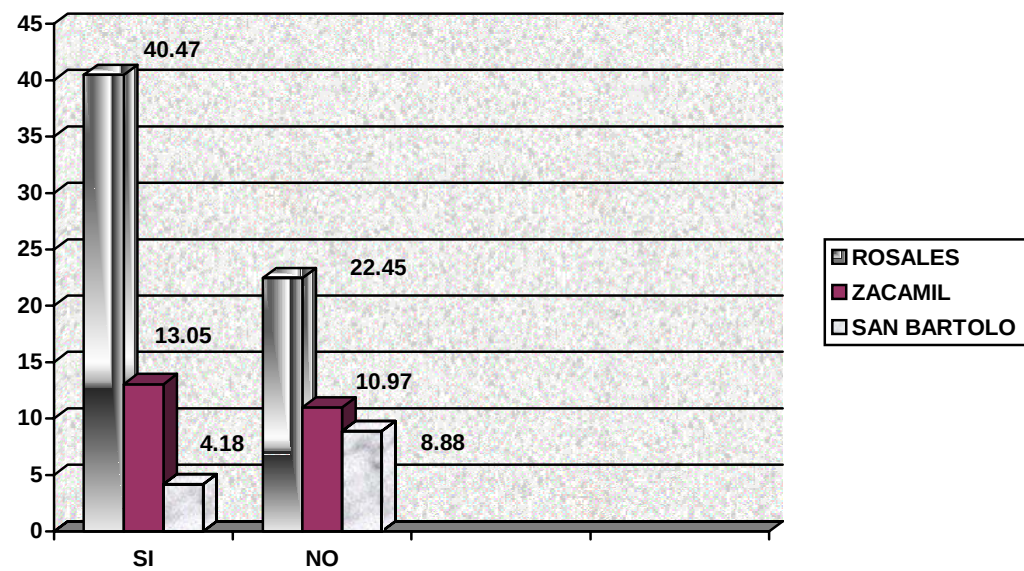


Indicador: Condición Laboral

Tabla #4.

HOSPITALES	TRABAJA				TOTAL	TOTAL%
	SI		NO			
	F	%	F	%		
ROSALES	155	40.47	86	22.45	241	62.92
ZACAMIL	50	13.05	42	10.97	92	24.02
SAN BARTOLO	16	4.18	34	8.88	50	13.06
TOTAL	221	57.70	162	42.30	383	100

Grafico #4



Interpretación

Los datos reflejan que el 57.70% de los encuestados cuentan con empleo, mientras que el 42.30% son desempleados, siendo mínima la diferencia las personas empleadas y las personas desempleadas. Se puede observar que existe un alto nivel de empleados que utilizan la salud pública

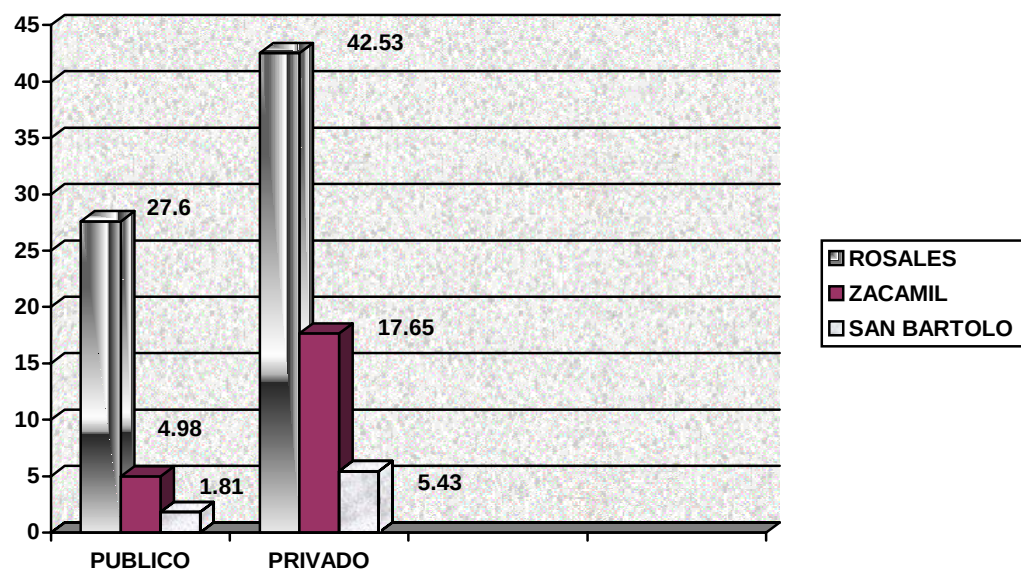


Indicador: Sector en el que laboran (público o privado)

Tabla #5.

HOSPITALES	TRABAJA				TOTAL	TOTAL%
	PUBLICO		PRIVADO			
	F	%	F	%		
ROSALES	61	27.60	94	42.53	155	70.13
ZACAMIL	11	4.98	39	17.65	50	22.63
SAN BARTOLO	4	1.81	12	5.43	16	7.24
TOTAL	76	34.39	145	65.61	221	100

Grafico #5

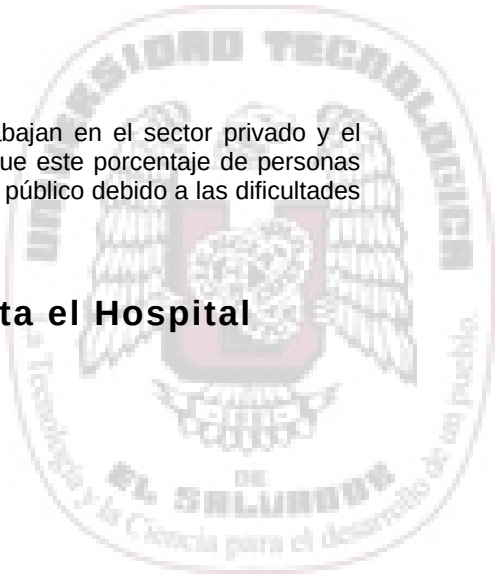


Interpretación

Los datos reflejan que un 65.61% de los encuestados trabajan en el sector privado y el 34.39% labora en el sector público. Se puede interpretar que este porcentaje de personas que cuentan con empleo hacen uso del servicio hospitalario público debido a las dificultades que atraviesan el I.S.S.S.

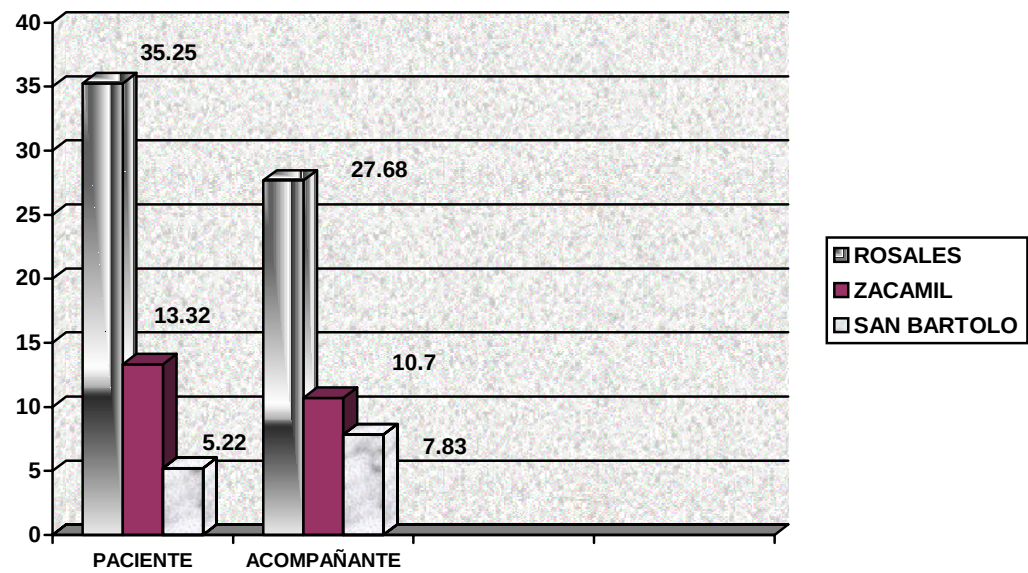
Indicador: Condición en la que visita el Hospital (paciente, acompañante)

Tabla #6.



HOSPITALES	CONDICION DEL ENCUESTADO				TOTAL	TOTAL%
	PACIENTE		ACOMPANANTE			
	F	%	F	%		
ROSALES	135	35.25	106	27.68	241	62.92
ZACAMIL	51	13.32	41	10.70	92	24.03
SAN BARTOLO	20	5.22	30	7.83	50	13.05
TOTAL	206	53.79	177	46.21	383	100

Grafico #6



Interpretación

Al evaluar la condición de los 383 encuestados en términos de sí son pacientes o acompañantes se encontró que el 53.79% son pacientes y el 46.21% son acompañantes. Se puede observar una diferencia entre las visitas que realizan la personas, ya sea en calidad de paciente o acompañante.

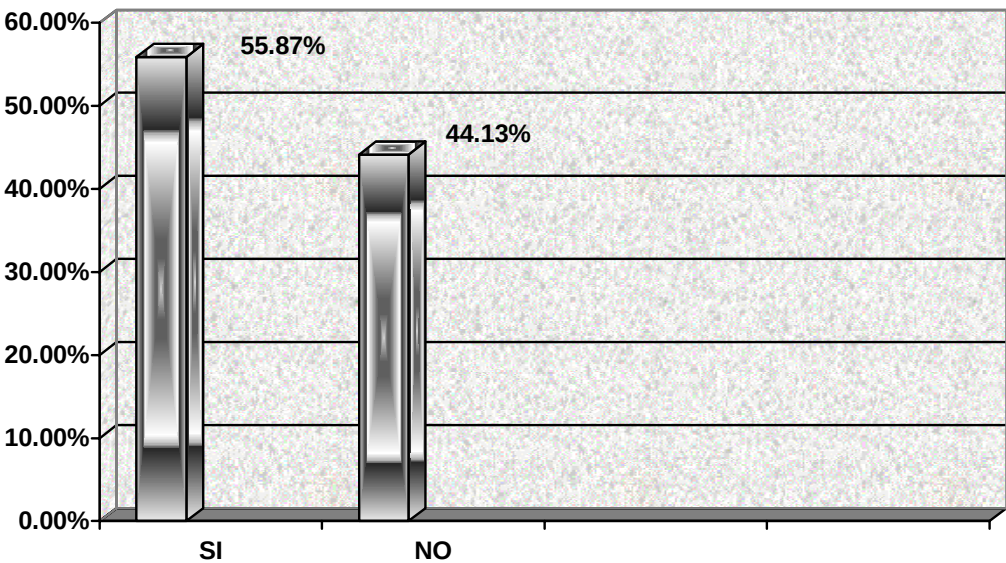


Pregunta #1.

¿Ha escuchado usted, hablar de la enfermedad de Parkinson?

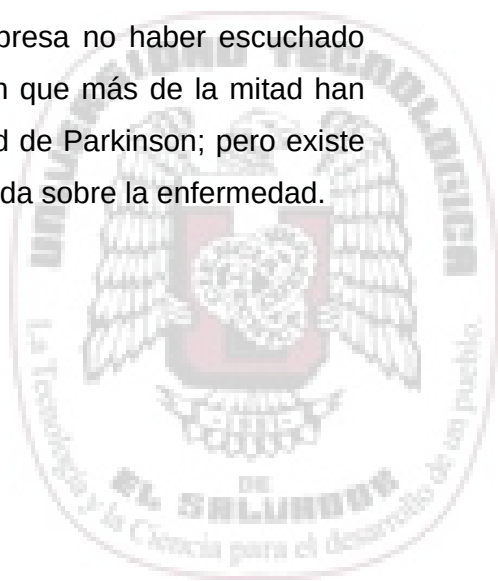
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	214	55.87%
NO	169	44.13%
TOTAL	383	100%

Grafico #1



Interpretación.

De la población encuestada el 55.87% dijo que “Si” han escuchado, hablar de la enfermedad de Parkinson y el 44.13% expresa no haber escuchado hablar sobre esta enfermedad. Los datos reflejan que más de la mitad han escuchado por lo menos hablar de la enfermedad de Parkinson; pero existe un porcentaje representativo el cual no conoce nada sobre la enfermedad.

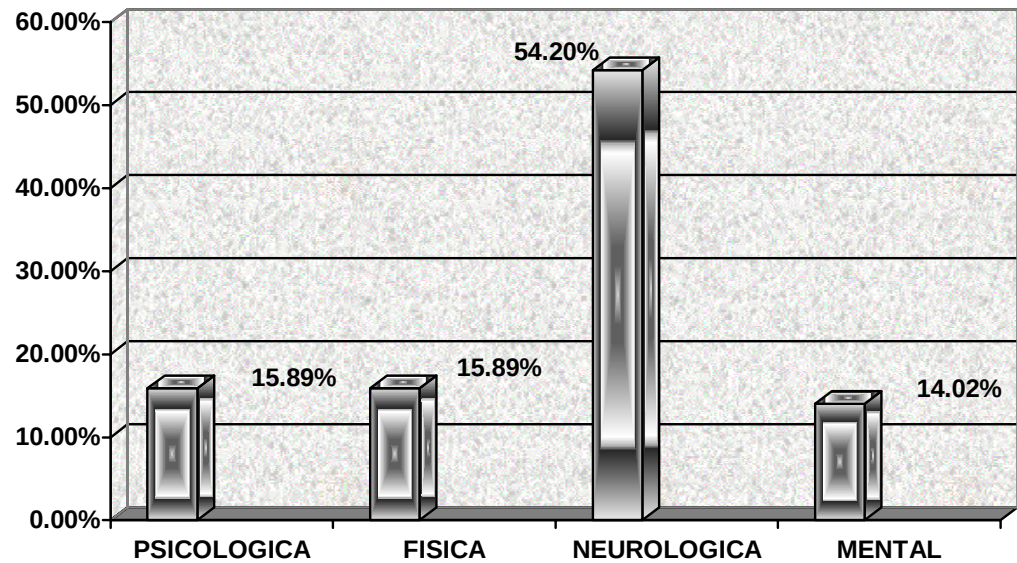


Pregunta #2.

El encuestado tenía que identificar el origen de la enfermedad de Parkinson.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PSICOLÓGICA	34	15.89%
FÍSICA	34	15.89%
NEUROLÓGICA	116	54.20%
MENTAL	30	14.02%
TOTAL	214	100%

Grafico #2

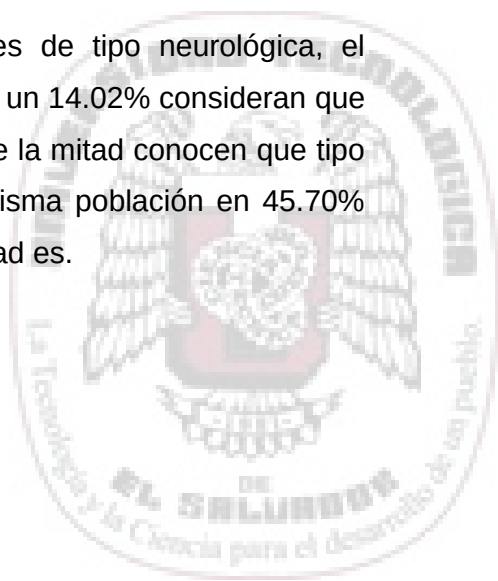


Interpretación.

De los encuestados 54.20% consideran que es de tipo neurológica, el 15.89% consideran que es Psicológica y Física y un 14.02% consideran que es de tipo mental. Se puede observar que más de la mitad conocen que tipo de enfermedad es, pero existe dentro de esa misma población en 45.70% que no conocen realmente que tipo de enfermedad es.

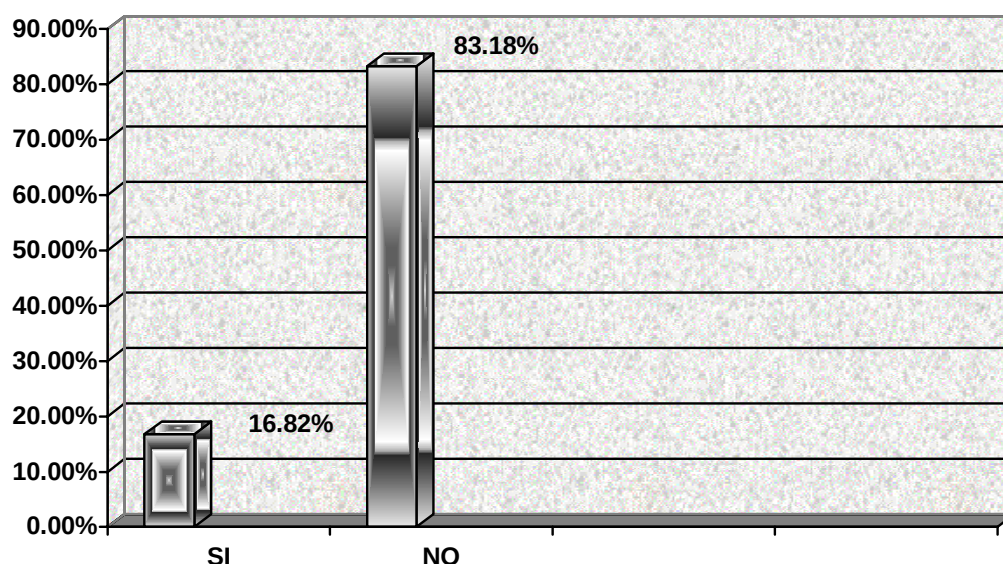
Pregunta #3.

¿Es curable la enfermedad de Parkinson?



RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	36	16.82%
NO	178	83.18%
TOTAL	214	100%

Grafico #3



Interpretación.

El 83.18% considera que la enfermedad de Parkinson “no es curable” y el 16.82% manifiesta que “Si es curable”. Un porcentaje bastante alto conoce que la enfermedad no es curable pero se mantiene un mínimo porcentaje no logra identificar las características más comunes.

Pregunta #4.

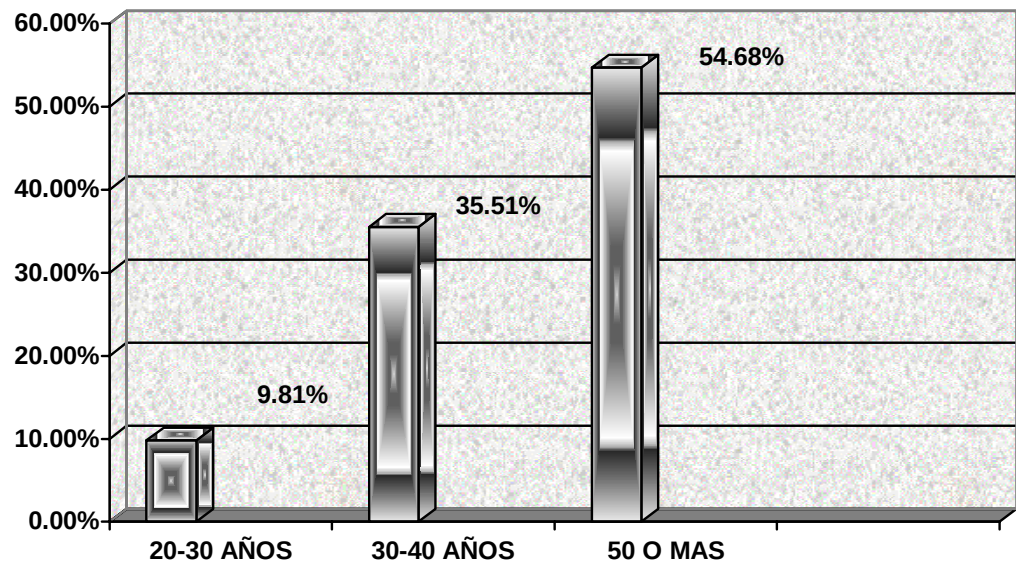
¿A que edad consideraban los encuestados que se podía desarrollar la enfermedad de Parkinson; tomando en cuenta los siguientes rangos de edad?.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-30 AÑOS	21	9.81%



30-40 AÑOS	76	35.51%
50 O MÁS	114	54.68%
TOTAL	214	100%

Grafico #4



Interpretación.

El 54.68% de los encuestados manifiesto que la enfermedad de Parkinson se puede dar entre los 50 años o más, el 35.51% dijo que de los 30 a 40 años y el 9.81% dijo que de 20 a 30 años. Se puede observar que los datos son variados pero siempre dentro del rango en la que la enfermedad se desarrolla realmente a puntando más hacia las edades avanzadas, por lo que se puede decir que de 214 que escucharon de la enfermedad. La mayoría conoce en que edad se desarrolla.

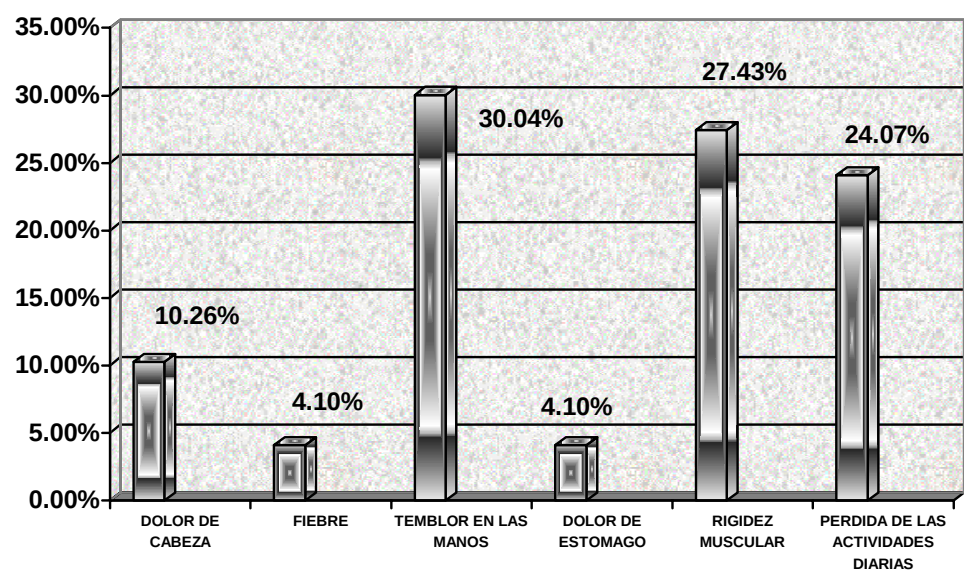


Pregunta #5.

Se le pedía al encuestado que trasladara un número específico a las características que consideraron que eran de la enfermedad de Parkinson.

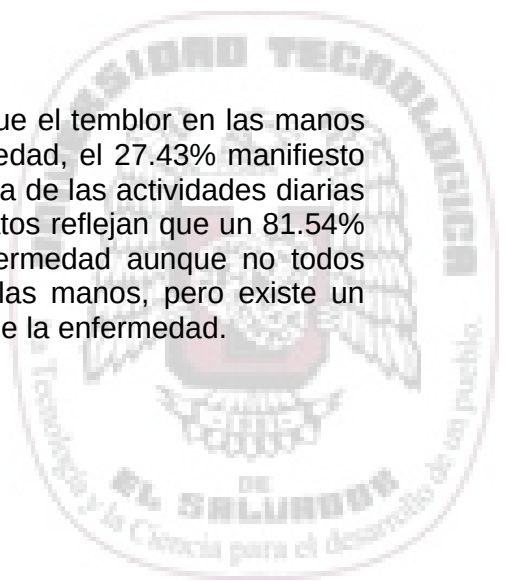
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DOLOR DE CABEZA	55	10.26%
FIEBRE	22	4.10%
TEMBLOR EN LAS MANOS	161	30.04%
DOLOR DE ESTOMAGO	22	4.10%
RIGIDEZ MUSCULOS	147	27.43%
PERDIDA DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS	129	24.07%
TOTAL	536	100%

Grafico #5



Interpretación.

De la población encuestada el 30.04% declaro que el temblor en las manos es una característica que pertenece a la enfermedad, el 27.43% manifestó que la rigidez muscular y el 24.07% que la perdida de las actividades diarias es otra característica de la enfermedad. Estos datos reflejan que un 81.54% conocen los síntomas más comunes de la enfermedad aunque no todos ellos; destacando principalmente el temblor en las manos, pero existe un 18.46% que no pudieron identificar los síntomas de la enfermedad.

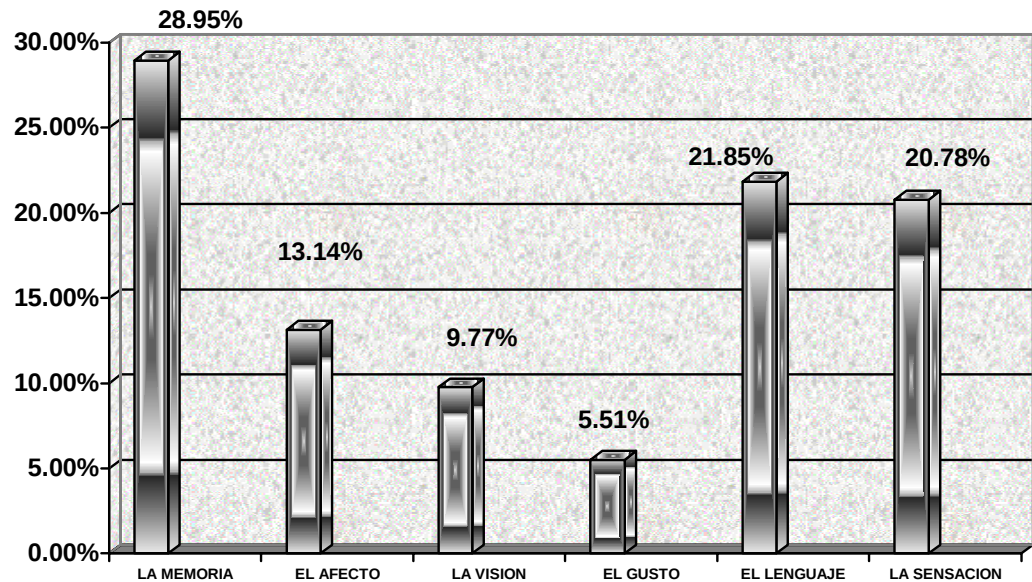


Pregunta #6.

Los encuestados trasladaron u número determinado hacia los procesos que según ellos eran afectados en la enfermedad de Parkinson.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LA MEMORIA	163	28.95%
EL AFECTO	74	13.14%
LA VISION	55	9.77%
EL GUSTO	31	5.51%
EL LENGUAJE	123	21.85%
LA SENSACIÓN	117	20.78%
TOTAL	536	100%

Grafico #6

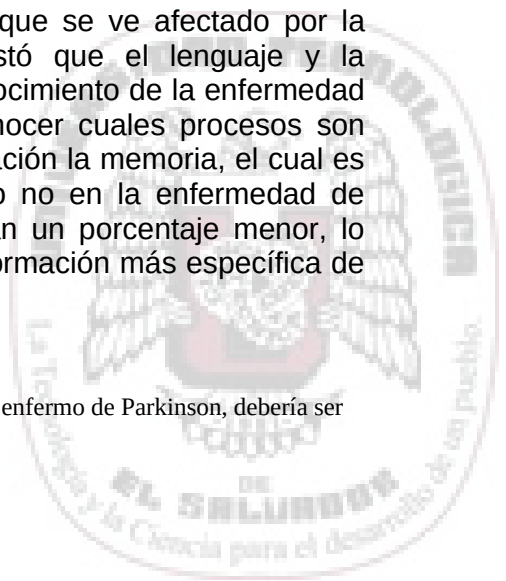


Interpretación.

El 28.95% dijo que la memoria es un aspecto que se ve afectado por la enfermedad de Parkinson, el 21.85% manifestó que el lenguaje y la sensación obtuvo un 20.78%. En este nivel de conocimiento de la enfermedad los encuestados mostraron dificultad para reconocer cuales procesos son afectados realmente, obteniendo la mayor puntuación la memoria, el cual es afectado solo en pacientes con Alzheimer, pero no en la enfermedad de Parkinson y el lenguaje y la sensación muestran un porcentaje menor, lo cual muestra que son pocos los que conocen información más específica de la enfermedad y no solo generalidades.

Pregunta #7.

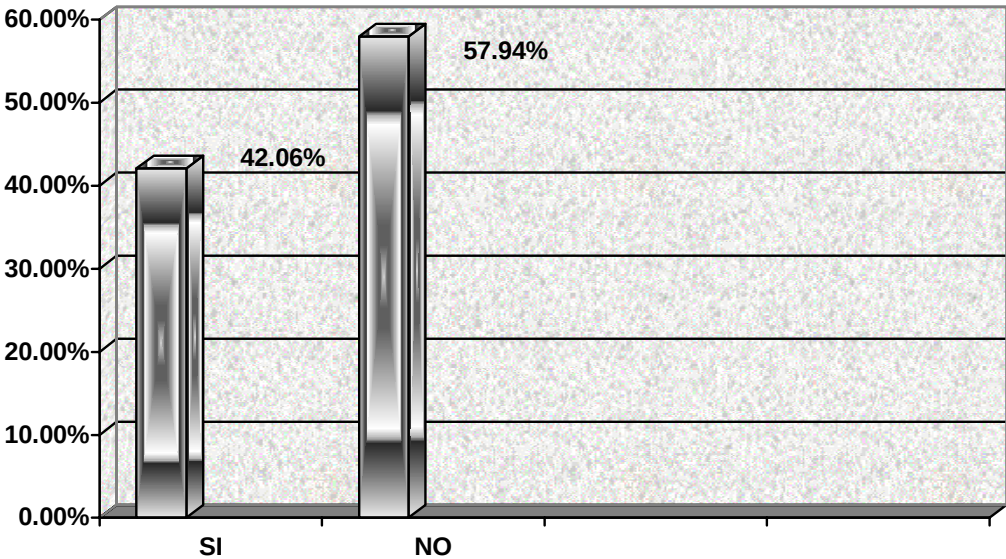
Se le pregunto a los encuestados si consideraban necesario que un enfermo de Parkinson, debería ser



hospitalizado. Obteniendo los siguientes resultados.

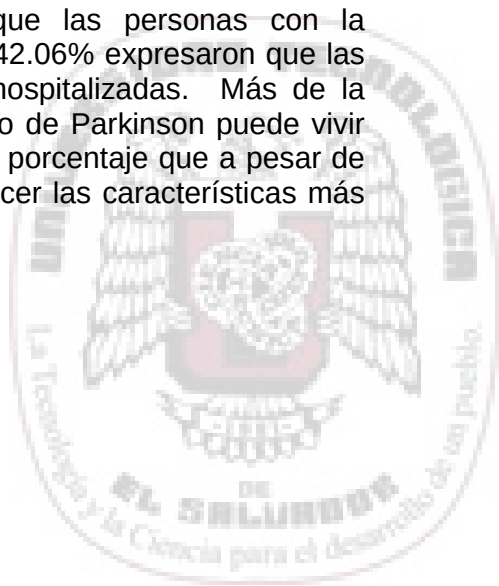
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	90	42.06%
NO	124	57.94%
TOTAL	214	100%

Grafico #7



Interpretación.

De una población de 214 encuestados que han escuchado de la enfermedad de Parkinson solo el 57.94% consideraron que las personas con la enfermedad no debe de ser hospitalizadas y un 42.06% expresaron que las personas con esta enfermedad deben de ser hospitalizadas. Más de la mitad de dicha población conoce que un enfermo de Parkinson puede vivir sin hospitalización; pero aun se mantiene un alto porcentaje que a pesar de expresar conocer la enfermedad siguen sin conocer las características más comunes.

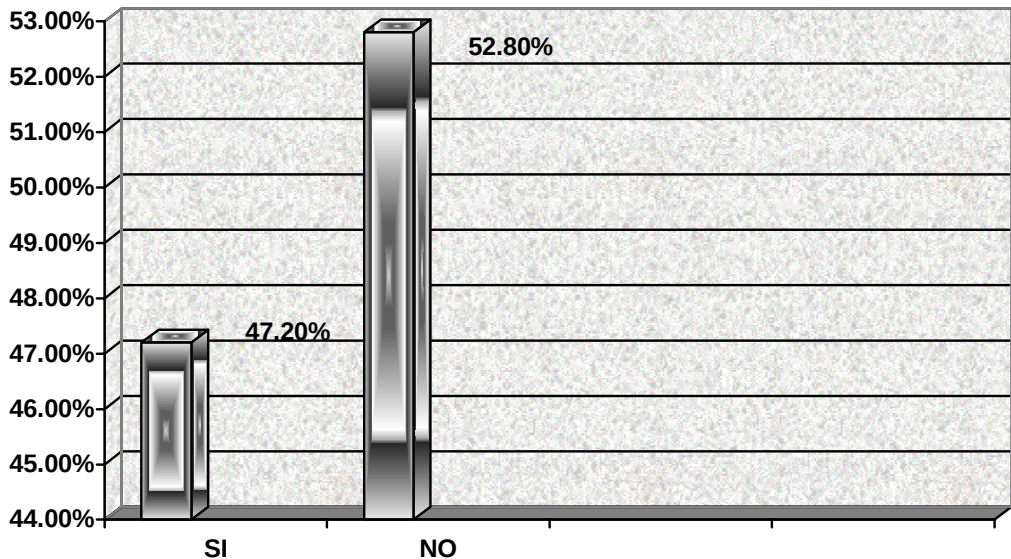


Pregunta #8.

Se le pregunto a los encuestados si los pacientes con Parkinson podían movilizarse por si mismos.

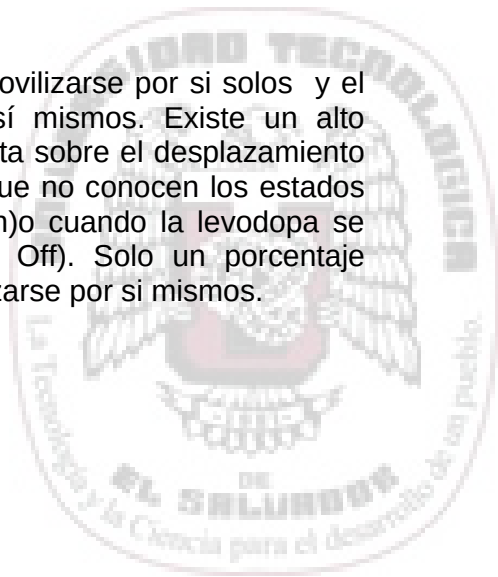
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	101	47.20%
NO	113	52.80%
TOTAL	214	100%

Grafico #8



Interpretación.

El 52.80% creen que las personas no pueden movilizarse por si solos y el 47.20% cree que si pueden movilizarse por sí mismos. Existe un alto porcentaje que no manejan la información correcta sobre el desplazamiento de un enfermo de Parkinson; esto quiere decir que no conocen los estados en que los pacientes son muy activos (Fase On)o cuando la levodopa se desconecta causando un estado pasivo (Fase Off). Solo un porcentaje menor reconoce que los pacientes pueden movilizarse por si mismos.

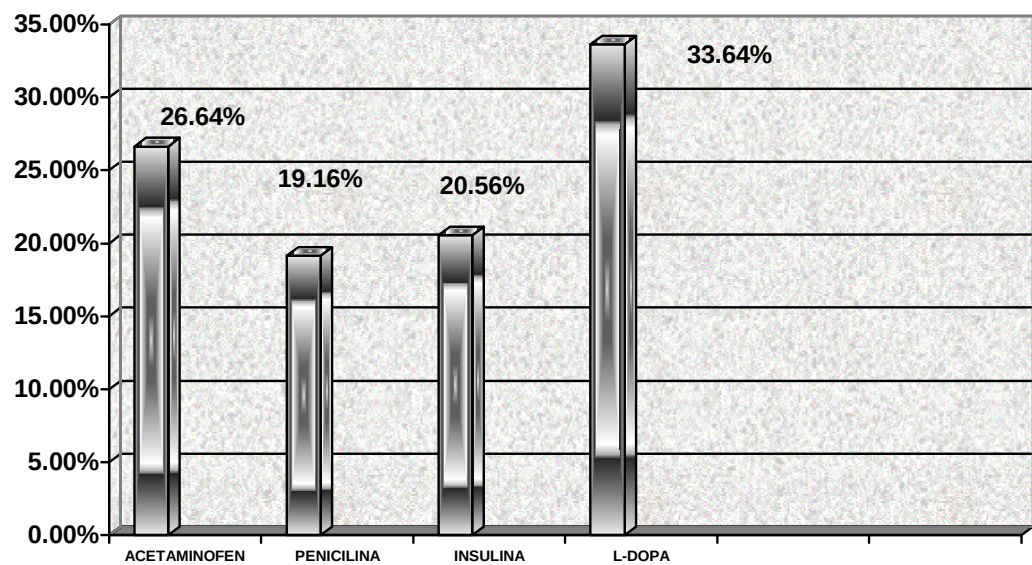


Pregunta #9.

¿Cuál de los siguientes medicamentos utilizan los enfermos de Parkinson?

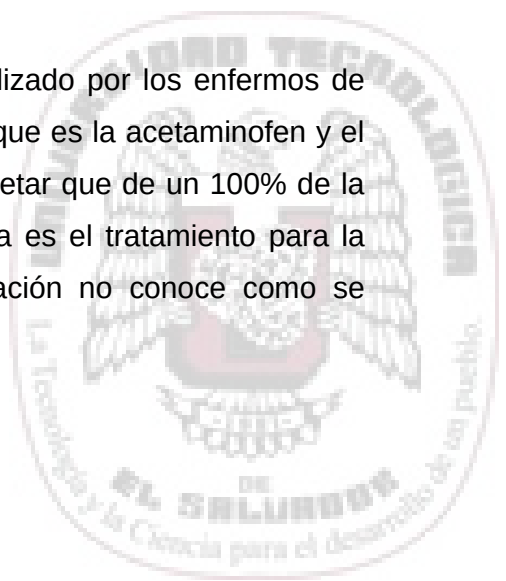
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ACETAMINOFEN	57	26.64%
PENICILINA	41	19.16%
INSULINA	44	20.56%
L-DOPA	72	33.64%
TOTAL	214	100%

Grafico #9



Interpretación.

El 33.64% manifestaron que el medicamento utilizado por los enfermos de Parkinson es la “L-Dopa”, el 26.64% consideran que es la acetaminofen y el 20.56% dijo que era la insulina. Se puede interpretar que de un 100% de la población solo un 33.64% conoce que la L-Dopa es el tratamiento para la enfermedad de Parkinson, el resto de la población no conoce como se puede tratar la enfermedad.

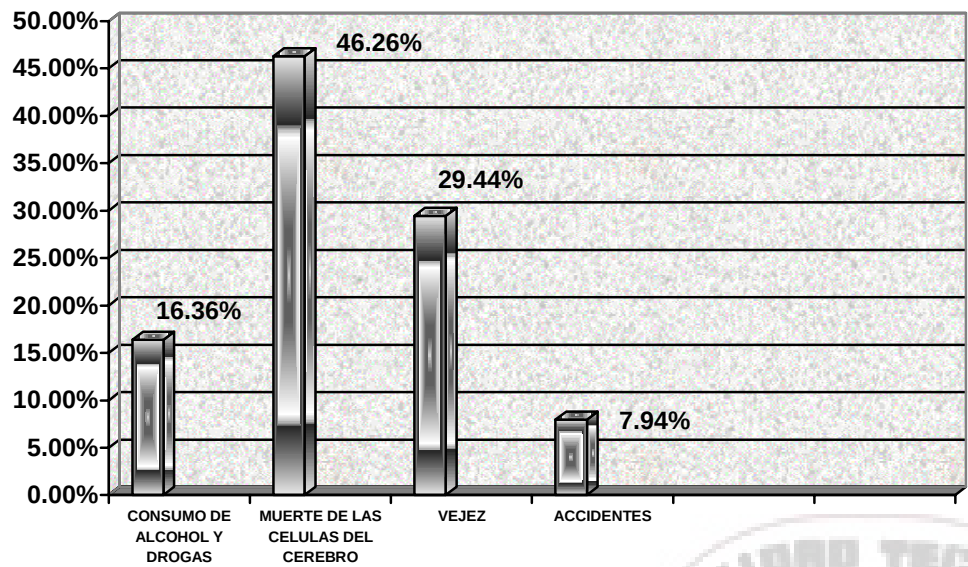


Pregunta #10.

El encuestado tenía que marcar porque causa consideraban que se desarrollaba la enfermedad de Parkinson obteniendo los siguientes resultados.

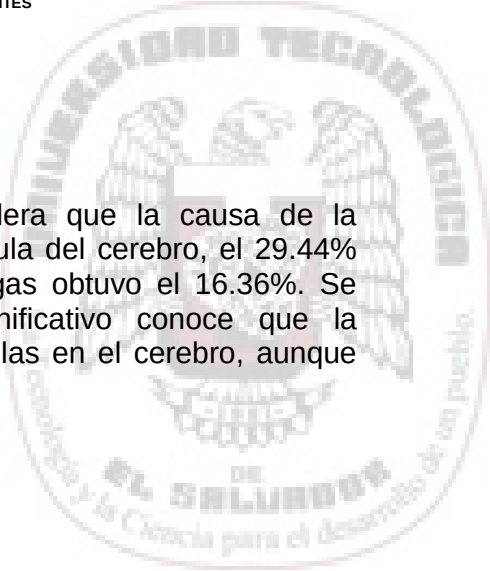
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS	35	16.36%
MUERTE DE LAS CELULAS DEL CEREBRO	99	46.26%
VEJEZ	63	29.44%
ACCIDENTES	17	7.94%
TOTAL	214	100%

Grafico #10



Interpretación.

De la población encuestada el 46.26% considera que la causa de la enfermedad de Parkinson es la muerte de la célula del cerebro, el 29.44% dijo que la vejez, el consumo de alcohol y drogas obtuvo el 16.36%. Se puede observar que un porcentaje muy significativo conoce que la enfermedad se desarrolla por muerte de las células en el cerebro, aunque



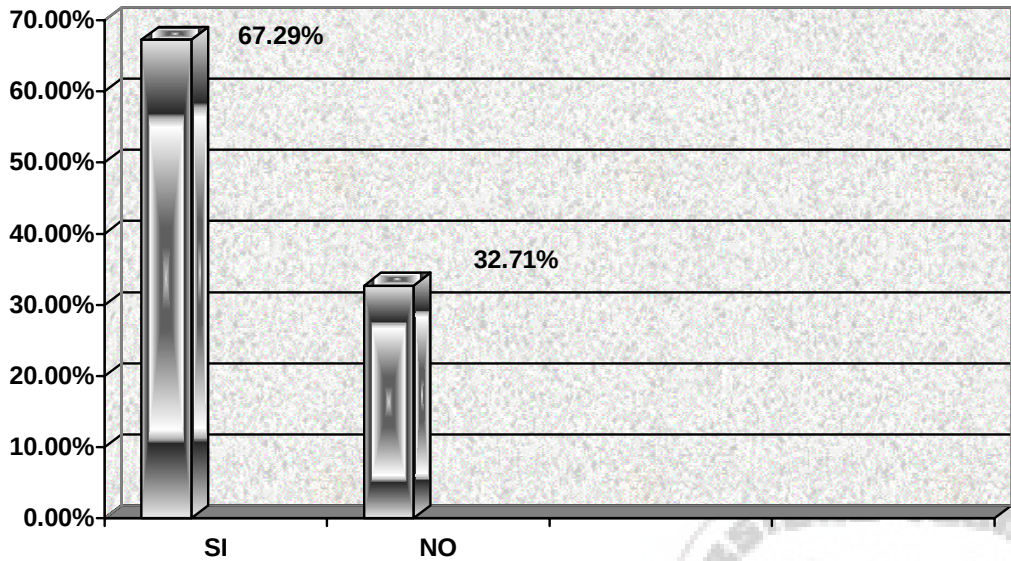
sigue predominando un porcentaje significativo de desconocimiento de la enfermedad.

Pregunta #11.

¿Considera usted que sería importante el apoyo psicológico en el momento que la enfermedad es descubierta?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	144	67.29%
NO	70	32.71%
TOTAL	214	100%

Grafico #11



Interpretación.

El 67.29% considera que sería importante el apoyo psicológico en el momento que la enfermedad es descubierta y el 32.71% manifestó que no es importante el apoyo psicológico.

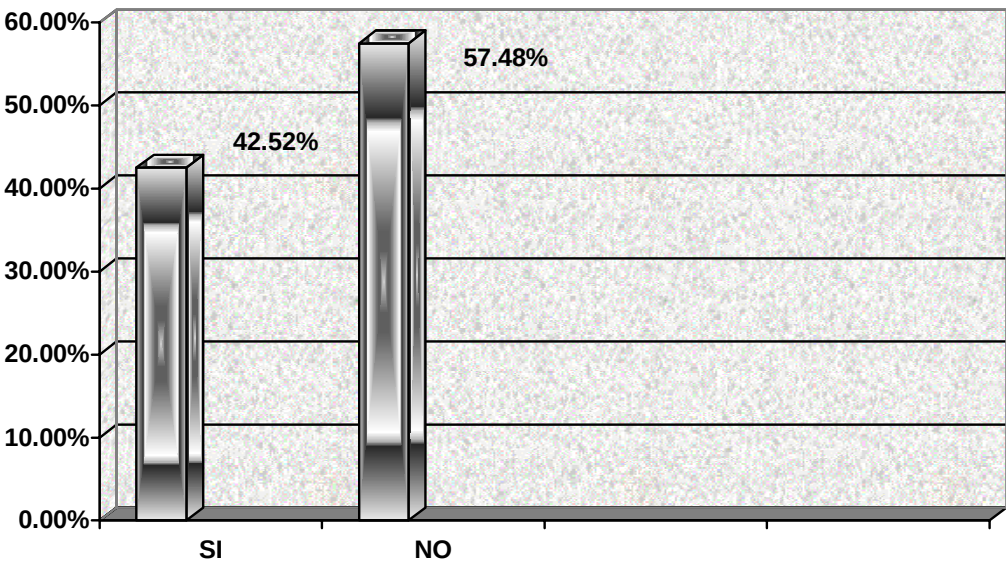


Pregunta #12.

Se le pregunto al encuestado si un paciente con la enfermedad de Parkinson puede superar una depresión sin asistencia psicológica. Obteniendo la siguiente información.

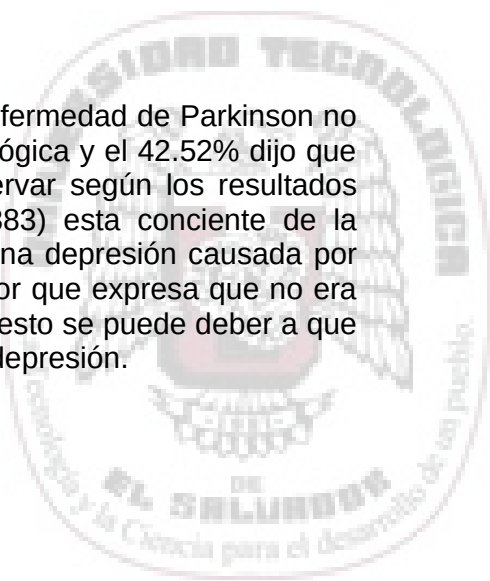
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	91	42.52%
NO	123	57.48%
TOTAL	214	100%

Grafico #12



Interpretación.

El 57.48% consideran que los pacientes con la enfermedad de Parkinson no pueden manejar la depresión sin asistencia psicológica y el 42.52% dijo que si pueden manejar la depresión. Se puede observar según los resultados que un alto porcentaje de la población total (383) esta conciente de la importancia del apoyo psicológico para superar una depresión causada por la enfermedad. Aunque existe un porcentaje menor que expresa que no era necesario el apoyo psicológico para la depresión, esto se puede deber a que no relacionan la enfermedad de Parkinson con la depresión.

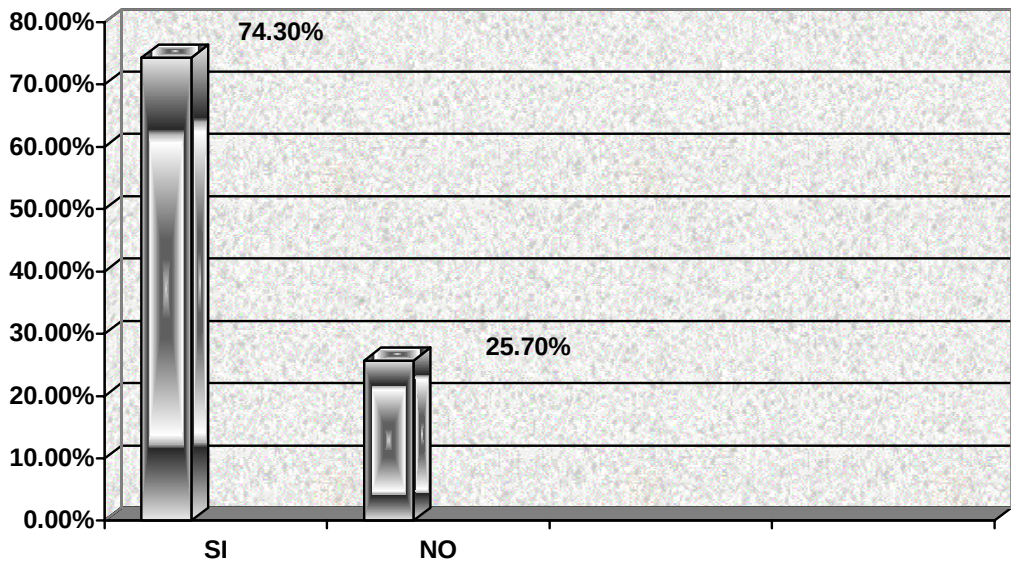


Pregunta #13.

Se le pregunto al encuestado si será necesaria la asistencia psicológica para los familiares y cuidadores de pacientes con Parkinson obteniendo los siguientes resultados:

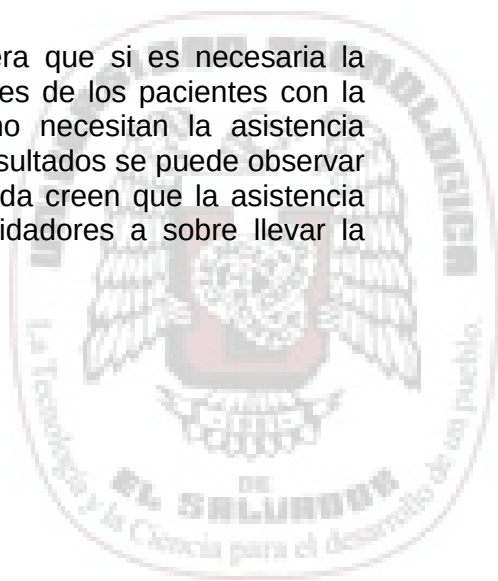
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	159	74.30%
NO	55	25.70%
TOTAL	214	100%

Grafico #13



Interpretación.

De la población encuestada el 74.30% considera que si es necesaria la asistencia psicológica para familiares y cuidadores de los pacientes con la enfermedad de Parkinson y el 25.70% que no necesitan la asistencia psicológica familiares y cuidadores. Según los resultados se puede observar que un alto porcentaje de la población encuestada creen que la asistencia psicológica puede ayudar a los familiares y cuidadores a sobre llevar la enfermedad.

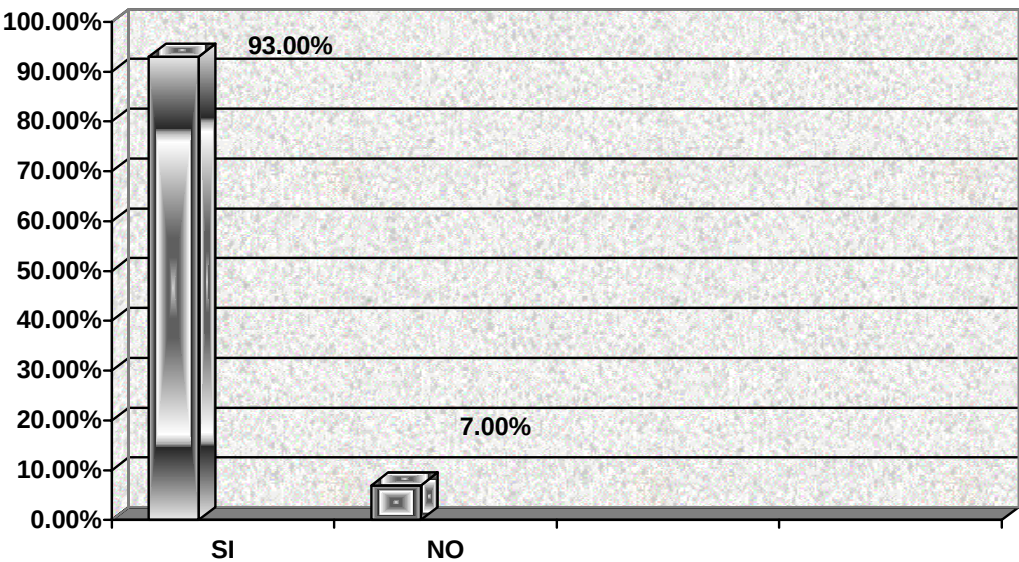


Pregunta #14.

Se les pregunto a los encuestados si era necesario un manual o guía para que explique que es la enfermedad

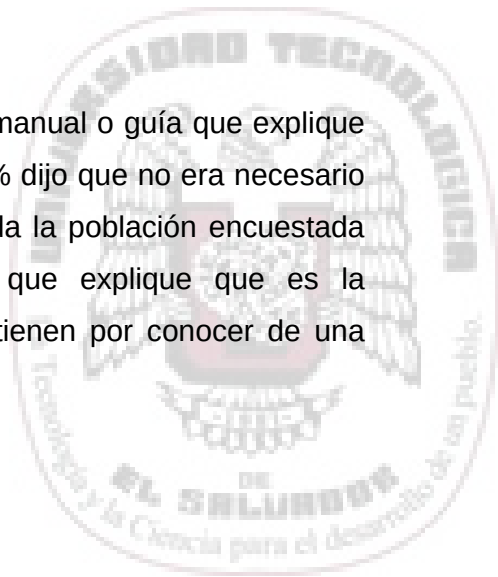
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	199	93.00%
NO	15	7.00%
TOTAL	214	100%

Grafico #14



Interpretación.

El 93.00% manifestó que es necesario tener un manual o guía que explique acerca de la enfermedad de Parkinson y el 7.00% dijo que no era necesario un manual o guía. Según los resultados casi toda la población encuestada creen que es necesario un manual o guía que explique que es la enfermedad; se puede observar el interés que tienen por conocer de una enfermedad que no pueden reconocer.

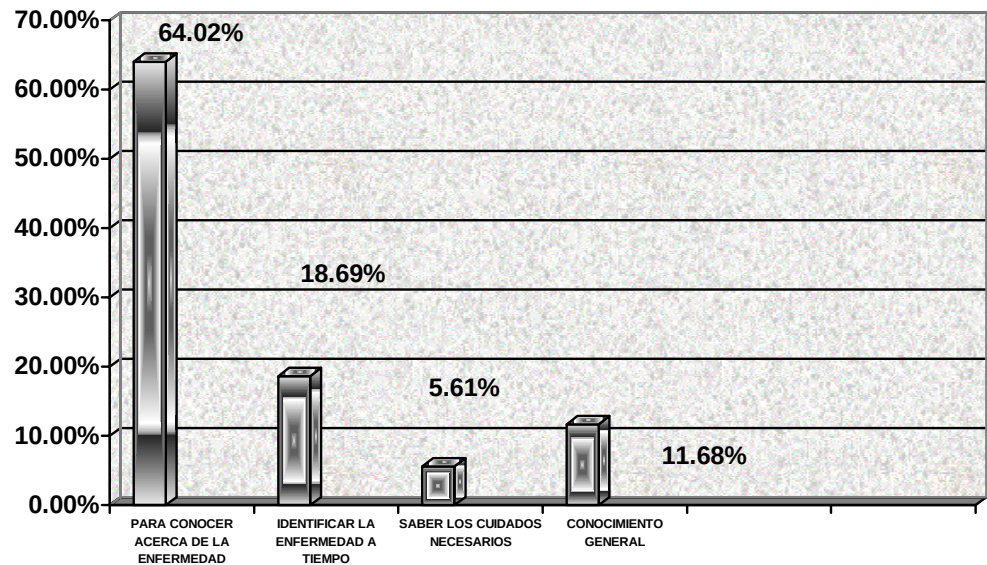


Pregunta #15.

¿Por cual de los siguientes motivos es necesario tener un folleto o guía?

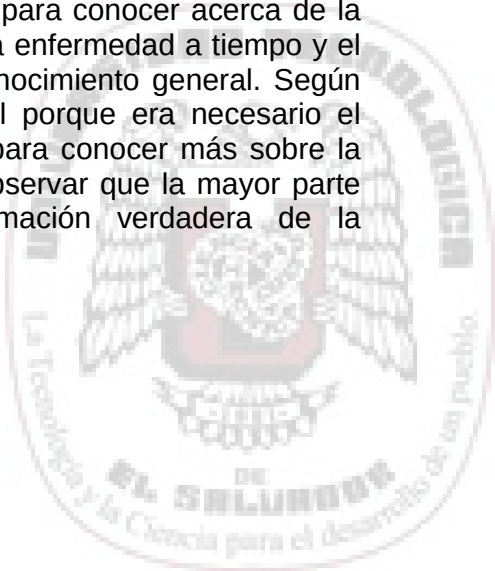
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARA CONOCER ACERCA DE LA ENFERMEDAD	137	64.02%
IDENTIFICAR LA ENFERMEDAD A TIEMPO	40	18.69%
SABER LOS CUIDADOS NECESARIOS	12	5.61%
CONOCIMIENTO GENERAL	25	11.68%
TOTAL	214	100%

Grafico #15



Interpretación.

El 64.02% dijo que es necesario tener un folleto para conocer acerca de la enfermedad, el 18.69% dijo que para identificar la enfermedad a tiempo y el 11.68% es necesario el folleto para tener un conocimiento general. Según los resultados los rangos más sobresalientes el porque era necesario el manual o guía de la enfermedad de Parkinson para conocer más sobre la enfermedad e identificarla a tiempo, se puede observar que la mayor parte de la población no cuentan con una información verdadera de la enfermedad.

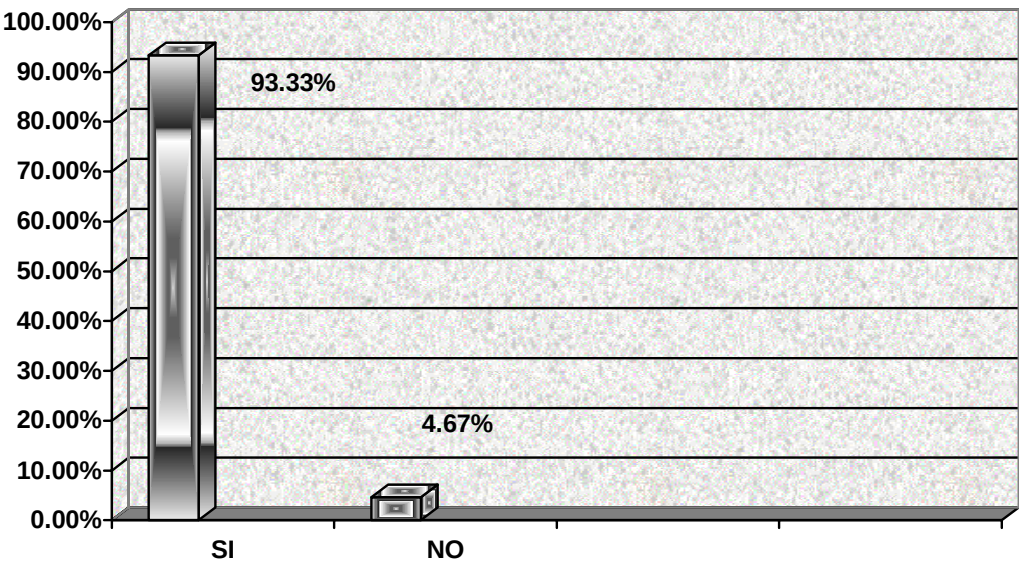


Pregunta #16.1.

Se le pregunto al encuestado si consideraba necesario que fuera divulgada la información sobre Parkinson:

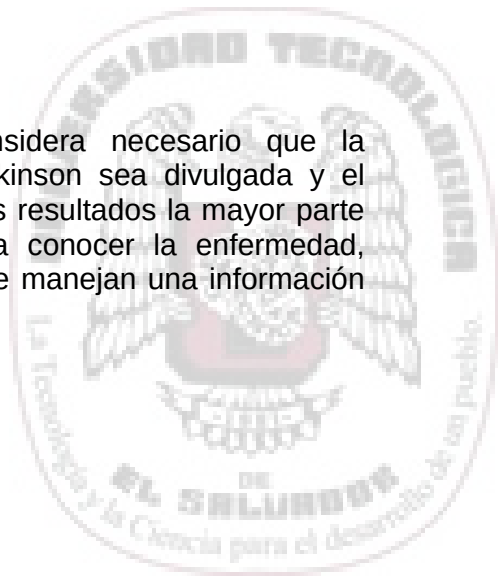
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	204	95.33%
NO	10	4.67%
TOTAL	214	100%

Grafico #16.1



Interpretación.

De la población encuestada el 95.33% considera necesario que la información a cerca de la enfermedad de Parkinson sea divulgada y el 4.67% manifestó que no es necesario. Según los resultados la mayor parte de la población creen necesario que se de a conocer la enfermedad, confirmando así que son pocas las personas que manejan una información exacta sobre la enfermedad.

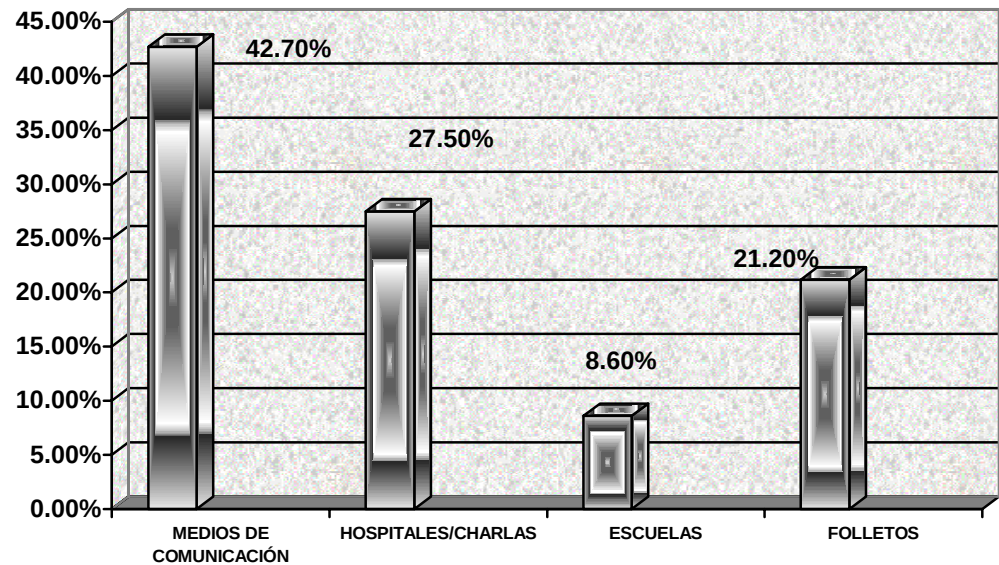


Pregunta #16.2.

Los medios que consideran los encuestados más significativos son los siguientes:

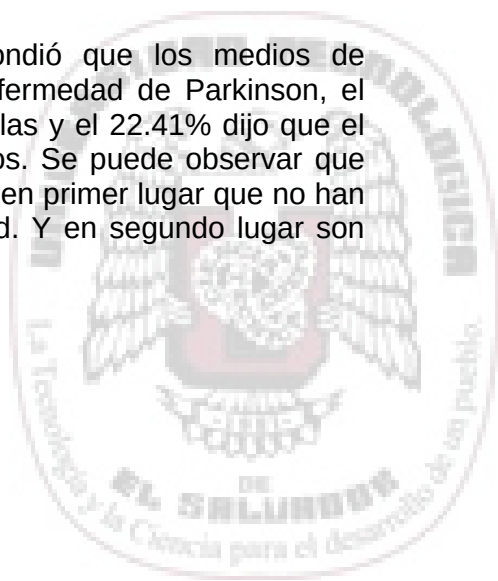
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	199	41.29%
HOSPITALES /CHARLAS	149	30.91%
ESCUELAS	26	5.39%
FOLLETOS	108	22.41%
TOTAL	482	100%

Grafico #16.2



Interpretación.

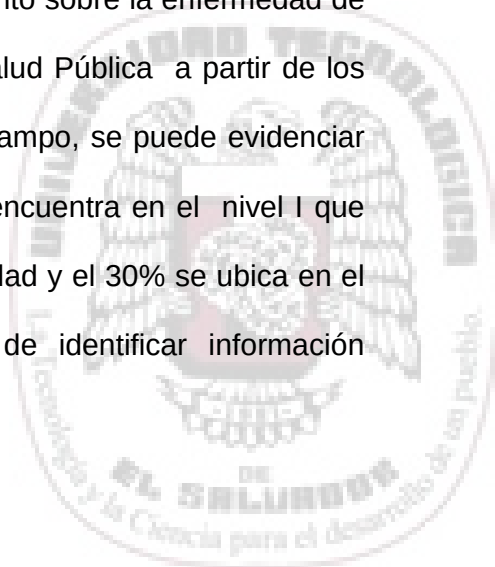
El 41.29% de la población encuestada respondió que los medios de comunicación es una forma para divulgar la enfermedad de Parkinson, el 30.91% dijo que por medio de Hospitales y Charlas y el 22.41% dijo que el medio para divulgar la enfermedad es por folletos. Se puede observar que los medios de comunicación y la charlas, reflejan en primer lugar que no han sido utilizadas para dar a conocer la enfermedad. Y en segundo lugar son los más accesibles para la población.



Capítulo VI

Conclusiones.

- Se llegó a determinar que de una muestra de 383 sujetos encuestados solo 214 habían escuchado hablar de Parkinson, sin embargo de estos 214 solo un 54% reconocerán características del II nivel de conocimiento de la enfermedad., dejando claro que manejan información general de la enfermedad; pero son incapaces de identificar características de la sintomatología y sus orígenes. Así mismo se puede observar que 169 sujetos de los 383, no han escuchado nada sobre la enfermedad, y si sumando a esto que de los 214 que dijeron haber escuchado de la enfermedad hay un número de 98 personas que no conocen las características principales o manejan una información errada de la enfermedad de parkinson, suman entonces 267 sujetos, quienes realmente no saben que es parkinson o manejan una mala información de ella.
- Con el fin de determinar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson, en los usuarios del Sistema de Salud Pública a partir de los datos obtenidos durante la investigación de campo, se puede evidenciar que el 70% de la población encuestada se encuentra en el nivel I que representa el desconocimiento de la enfermedad y el 30% se ubica en el II nivel que agrupa a personas capaces de identificar información



generalizada de la enfermedad.

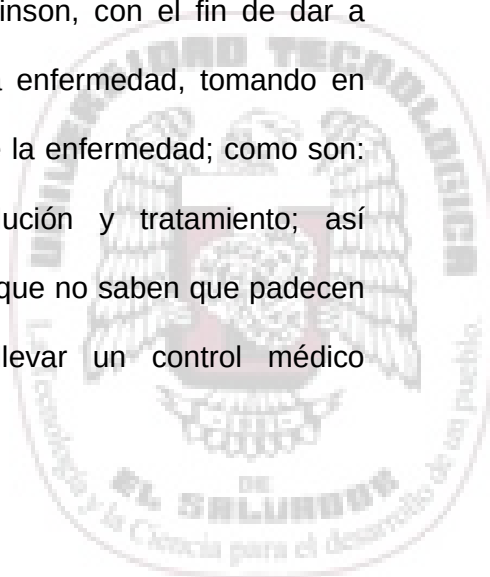
- Es importante mencionar que un porcentaje bastante elevado de la población el 95.33% de los encuestados consideran necesario un programa de divulgación de la enfermedad; y de esta misma población un 41.29% recomendaron todos los medios de comunicación, para promover e informar a la población sobre la enfermedad. Las razones por las que consideran necesaria la divulgación de la información, apuntó más al hecho que: necesitan conocer sobre la enfermedad para poder identificarla a tiempo y tomar las medidas necesarias.
- Referente al apoyo psicológico para los enfermos de Parkinson sus familias y cuidadores un 67.29% están conscientes de la ayuda que significa para estas personas la asistencia psicológica, para así sobrellevar la enfermedad de una mejor forma.



Capítulo VII

Recomendaciones.

- Brindar a los usuarios del Sistema de Salud Pública un espacio informativo, ha cerca de la enfermedad de Parkinson que les permita aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad.
- Es necesario identificar el alto índice de la población salvadoreña que no conoce nada sobre Parkinson o realmente manejan información que no proviene de fuentes verídicas, por lo que se sugiere elaborar panfletos, solicitar a los medios de comunicación (diarios, TV, radio) un espacio para que la población sea orientada adecuadamente sobre este tipo de enfermedades; así como también a los centros de educación media y superior pueden ayudar para darla a conocer en diferentes áreas.
- Elaborar un programa de divulgación dirigida a la atención primaria y secundaria sobre la enfermedad de Parkinson, con el fin de dar a conocer una información completa de la enfermedad, tomando en cuenta los tres niveles de conocimiento de la enfermedad; como son: sus características, sintomatología evolución y tratamiento; así también se puede orientar a las personas que no saben que padecen dicha enfermedad para que puedan llevar un control médico adecuado.

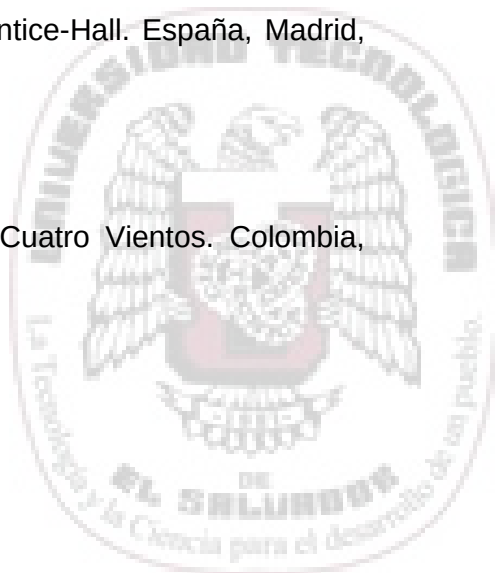


- Realizar un programa de apoyo psicológico que pueda ayudar a los pacientes que sufren la enfermedad, a sus familiares y cuidadores, para poder aceptar la enfermedad, y poder posteriormente adaptarse a otra forma de vida. Se propone entonces trabajar con terapias de grupo para los pacientes, familiares y cuidadores, dentro de estas terapias se tienen que adecuar a los involucrados sobre la enfermedad y utilizar terapia de realidad para poder planificar los cambios que sufrirán sus formas de vida, si en algún caso fuera necesario se puede trabajar también con terapia individual.
- Realizar convenio con el Ministerio de Salud y la Universidad Tecnológica, específicamente con el departamento de Psicología, para que los alumnos de dicha carrera brinden su ayuda en el programa de apoyo psicológico para paciente con la enfermedad de parkinson, familiares y cuidadores.



Bibliografía.

- Ackermann, R. Engel. Manual de Psicoterapia: Breve, Intensiva y de Urgencia. 2a. ed. El Manual Moderno. México, D.F., 1993. Pág. 151 -198.
- Brunner y Suddarth. Enfermería Quirúrgica. 8a. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 1998. Vol. II.
- Dorlan. Diccionario Medico Ilustrado. 25º. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 1995. Pág. 1 - 2126.
- Hernández Sampieri. Roberto, et al. Metodología de la Investigación. 2a. ed. McGraw- Hill. México, D.F., 1998. Pág. 58 -226.
- Jahamshahi, M. Marsden. Enfermedad de Parkinson: Manual de Consejos para la comunicación entre el equipo médico, el paciente y sus cuidadores. Editores Médicos. España, Barcelona, 1998. Pág. 3 - 313.
- John, H. Martín. Neuroanatomía. 2a. ed. Prentice-Hall. España, Madrid, 1998. Pág. 323 - 329.
- John, O. Stevens. Esto es Gestalt. 9º. ed. Cuatro Vientos. Colombia, 1993. Pág. 21-27.



- Luria, A. R. El Cerebro en Acción. 2a. ed. Fontanella. España, Barcelona, 1979. Pág. 243 -253.
- Mark, R. Rosenweig y Arnold y Leiman. Psicología Fisiológica. 2a. ed. McGraw-Hill. España, Madrid, 1992. Pág. 383 -413
- Merani, Alberto. Diccionario Psicológico. Grijalbo. México, D.F., 1979. Pág. 3-195.
- Mosby. Diccionario de Medicina. 4a. ed. Grupo Océano. España, Barcelona, 1994. Pág. 976
- Murray, L. Barr. Sistema Nervioso Humano. 5a. ed. Harla. México, D.F., 1994. Pág. 124 -349.
- ACISAM. Manual de Intervención en Crisis en Situaciones de Desastres. Documento No 3. Talleres Gráficos UCA. El Salvador, San Salvador, 1998. Pág. 6- 69.
- American Psychiatric Association Manual. Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-IV) Masson. España, Barcelona, 1995. Pág. 155



- Prensa Gráfica. Una Enfermedad Senil. 14 de julio, El Salvador, San Salvador, 2001. Pág. 26 –B.
- Prensa Gráfica. Parkinson Una Enfermedad Cada Vez Más Joven. 14 de julio, El Salvador, San Salvador, 2001. Pág. 27.

WWW. Psiquiatría. Com.



ANEXOS



Anexo1.
Matriz de Delimitación del Tema.

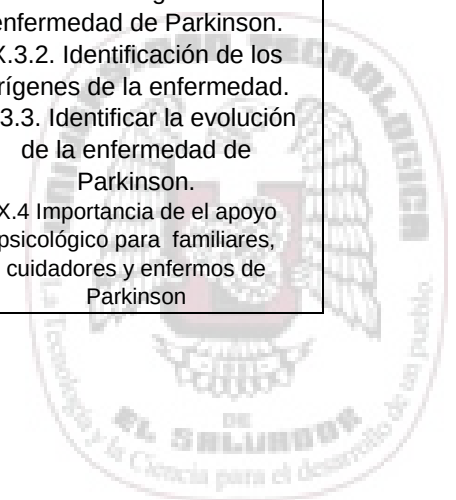
Carrera	Área	Tema Genérico	Tema Específico	Enunciado
Psicología	Clínica	Enfermedad de Parkinson: Diagnostico sobre el nivel de conocimiento en la población Salvadoreña.	Diagnostico del nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson. Propuesta de un programa de divulgación.	¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson entre los usuarios del sistema de Salud Pública en El Salvador?



Anexo No 2

MATRIZ DE CONGRUENCIA

TEMA	ENUNCIADO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLE	INDICADORES
Diagnostico del nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson. Propuesta de un programa de divulgación.	¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson, entre los usuarios del sistema de Salud Pública?	Determinar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson, en los usuarios del sistema de Salud Pública, para implementar un programa de apoyo psicológico dirigido a familiares y pacientes que sufren de parkinson.	➤ Realizar un diagnostico sobre el nivel de conocimiento de la enfermedad de Parkinson en los usuarios del sistema de Salud Pública. ➤ Diseñar un programa de divulgación de la enfermedad de Parkinson a partir de los resultados obtenidos en el diagnostico. ➤ Diseñar un programa de apoyo psicológico a partir de los resultados obtenidos en el diagnostico.	Nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson.	X1. Nivel uno desconocimiento de la enfermedad. X.1.1. Desconocimiento del término Parkinson. X.1.2. Desconocimiento de la sintomatología de la enfermedad. X.2. Nivel dos conocimientos generales. X.2.1. Identificación del término Parkinson. X.2.2. Identificación de la sintomatología relacionada a la enfermedad de Parkinson. X.3. Nivel tres conocimientos básicos sobre la enfermedad de Parkinson. X.3.1. Identificación de la sintomatología de la enfermedad de Parkinson. X.3.2. Identificación de los orígenes de la enfermedad. X.3.3. Identificar la evolución de la enfermedad de Parkinson. X.4 Importancia de el apoyo psicológico para familiares, cuidadores y enfermos de Parkinson



Anexo No 3

Análisis del Problema.

Enunciado: ¿cuál es el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de parkinson, entre los usuarios del Sistema de Salud Pública en El Salvador?

Xi. Nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson.

X.1 Nivel uno: Desconocimiento de la Enfermedad.

x.1.1 Desconocimiento del termino Parkinson.

x.1.2 Desconocimiento de la sintomatología de la enfermedad.

X.2 Nivel Dos: Conocimientos Generales.

X.2.1 Identificación del Termino Parkinson.

X.2.2 Identificación de la sintomatología, relacionada a la enfermedad de Parkinson.

X.3 Nivel Tres: Conocimientos Básicos Sobre la Enfermedad de Parkinson.

X.3.1 Identificación de la sintomatología característica de la enfermedad de Parkinson.

X.3.2 Identificación de los orígenes de la enfermedad de Parkinson.

X.3.3 Identificar la evolución de la enfermedad.

X.4 Importancia del apoyo psicológico, para familiares, cuidadores y enfermos de Parkinson.





**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Atentamente solicitamos su colaboración para completar este cuestionario. La información vertida en éste es parte de una investigación que se realizará por un grupo de estudiantes para optar al grado de Licenciadas en Psicología.

Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las siguientes preguntas, marcando con una x la respuesta que usted considere conveniente. Agradecemos su colaboración en esta investigación.

Datos Generales

Sexo: 1 Masculino	☐	☐	2. Femenino	☐
Edad 25-35	☐		36-46	☐
47-57	☐		58-68	☐
69 o más	☐			
Estado familiar 1. Soltero	☐		2. Casado	☐
3. Divorciado	☐		4. Viudo	☐
Trabaja 1. Si	☐		2. No	☐
Sector 1. Público	☐		2. Privado	☐
Condición Paciente	☐		Acompañante	☐

Institución

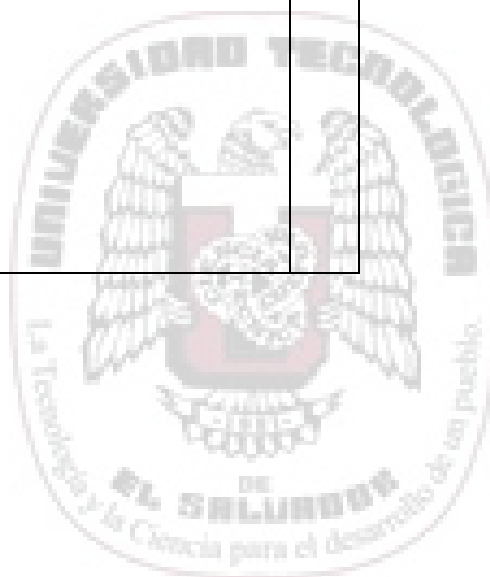
Fecha:

Cuestionario

Traslade a la casilla correspondiente el número de la respuesta que usted considere adecuada.

1. ¿Ha escuchado usted, hablar de la enfermedad de Parkinson?	☐	2. ¿Considera usted que la enfermedad de Parkinson es una enfermedad?	☐
1. Si 2. No		1. Psicológica 3. Neurológica 2. Física 4. Mental	
3. ¿Es curable la enfermedad de Parkinson?	☐	4. ¿A que edad se puede dar la enfermedad de Parkinson?	☐
1. Si 2. No		1. 20-30 2. 30-40 3. 50 o más	
5. Traslade el número de las siguientes características que usted considera que pertenecen a la enfermedad de Parkinson (traslade 3)	☐	6. Traslade el número de los siguientes aspectos que se ven afectados por la enfermedad de Parkinson (traslade 3)	☐
1. Dolor de cabeza 2. Fiebre 3. Temblor en las manos 4. Dolor de estómago 5. Rigidez muscular 6. Pérdida de actividades diarias		1. La memoria 2. El afecto 3. La visión 4. El gusto 5. El lenguaje 6. La sensación	

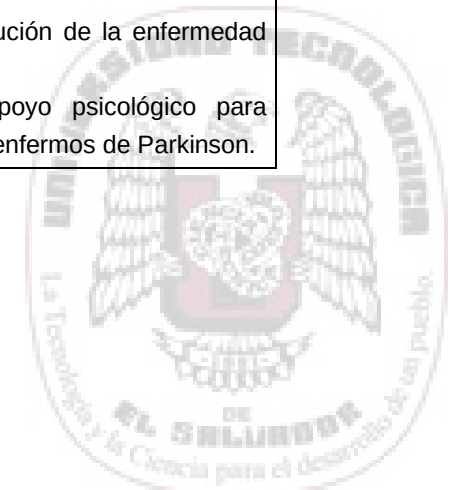
7. ¿Considera que las personas con la enfermedad de Parkinson deben ser hospitalizadas? 1. Si 2. No	☐	8. ¿Cree usted que las personas que padecen la enfermedad de Parkinson pueden movilizarse por si mismos? 1. Si 2. No	☐
9. ¿Cuál de los siguientes medicamentos utilizan los enfermos de Parkinson? 1. Acetaminofén 2. Penicilina 3. Insulina 4. L-Dopa	☐	10. ¿Conoce usted la causa de la enfermedad de Parkinson? 1. Consumo/alcohol y drogas 2. Muerte de las células del cerebro 3. Vejez 4. Accidente	☐
11. ¿Considera usted que sería importante el apoyo psicológico, en el momento que la enfermedad es descubierta? Si ☐ No ☐	☐	12. ¿Considera usted que los pacientes con la enfermedad de parkinson pueden manejar la depresión sin asistencia psicológica? Si ☐ No ☐	☐
13. ¿Considera usted que es necesaria la asistencia psicológica para los familiares y cuidadores de los pacientes con la enfermedad de parkinson? Si ☐ No ☐	☐	14. ¿Considera usted que es necesario tener un manual o guía que explique a cerca de la enfermedad de Parkinson? 1. Si ☐ 2. No ☐	☐
15. ¿Por cual de los siguientes motivos es necesario tener un folleto o guía?. 1. Para conocer a cerca de la enfermedad 2. Para identificar la enfermedad a tiempo 3. Saber los cuidados necesarios 4. Conocimiento general	☐	16. ¿Considera usted necesario que la información a cerca de la enfermedad de Parkinson sea divulgada? Si ☐ No ☐	☐
¿Por qué medio considera que debería ser divulgada la enfermedad de Parkinson? _____ _____ _____ _____			



Anexo No 5

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Parkinson	Información que poseen las personas sobre la enfermedad de Parkinson	Conjunto de rasgos sintomatológicos que presenta el paciente con la enfermedad de Parkinson en sus cuatro fases de evolución: fase prediagnóstica, fase de discapacidad leve o temprana, fase de discapacidad media, y fase de discapacidad tardía. La cual será medida por un cuestionario de preguntas cerradas que describen las diferentes manifestaciones de deterioro de las capacidades físicas, motoras y psicológicas.	X1. Nivel uno desconocimiento de la enfermedad. X.1.1. Desconocimiento del término Parkinson. X.1.2. Desconocimiento de la sintomatología de la enfermedad. X.2. Nivel dos conocimientos generales. X.2.1. Identificación del término Parkinson. X.2.2. Identificación de la sintomatología relacionada a la enfermedad de Parkinson. X.3. Nivel tres conocimientos básicos sobre la enfermedad de Parkinson. X.3.1. Identificación de la sintomatología de la enfermedad de Parkinson. X.3.2. Identificación de los orígenes de la enfermedad. X.3.3. Identificar la evolución de la enfermedad de Parkinson. X.4 Importancia del apoyo psicológico para familiares, cuidadores y enfermos de Parkinson.



ANATOMÍA POR REGIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

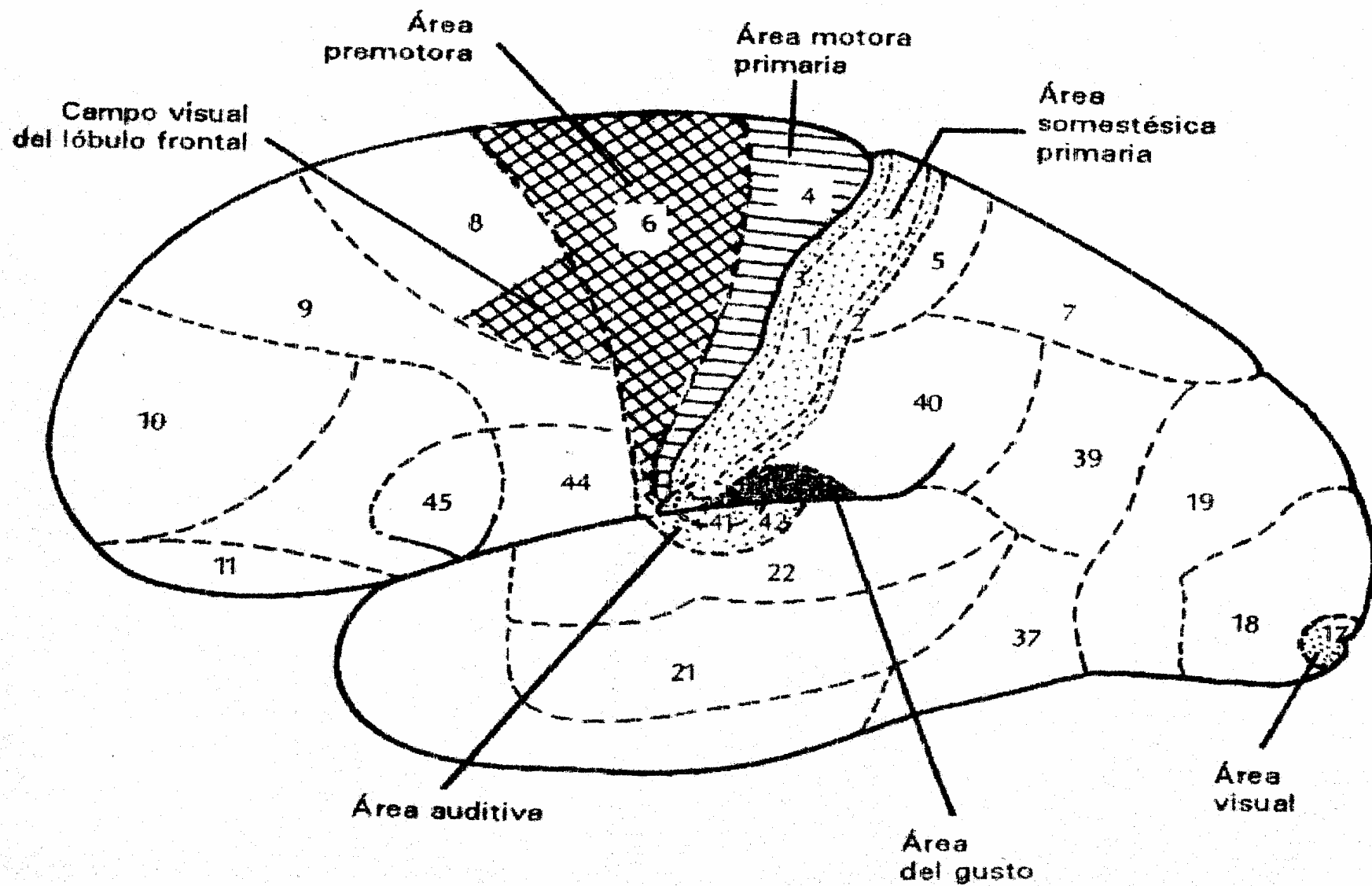
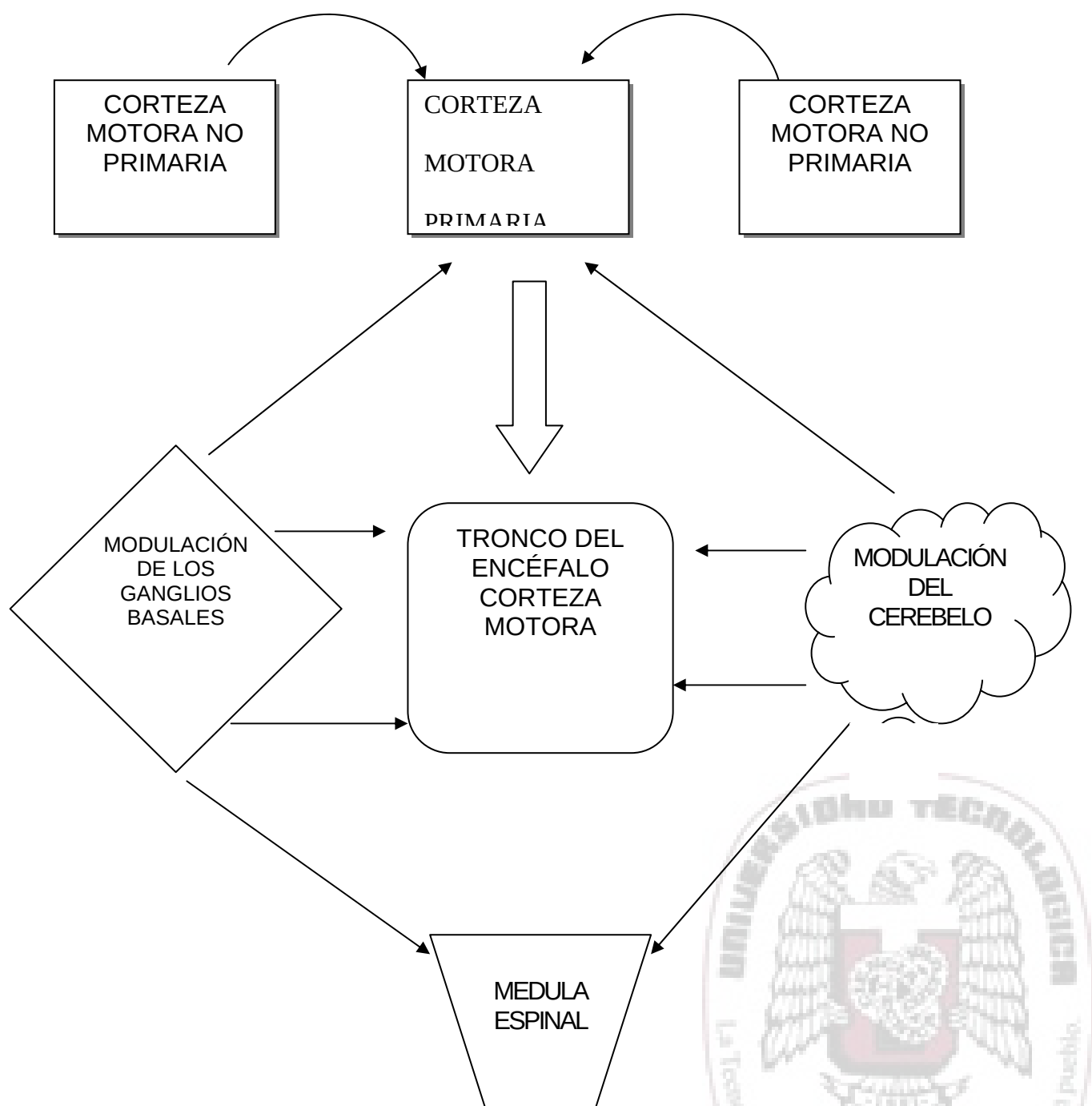
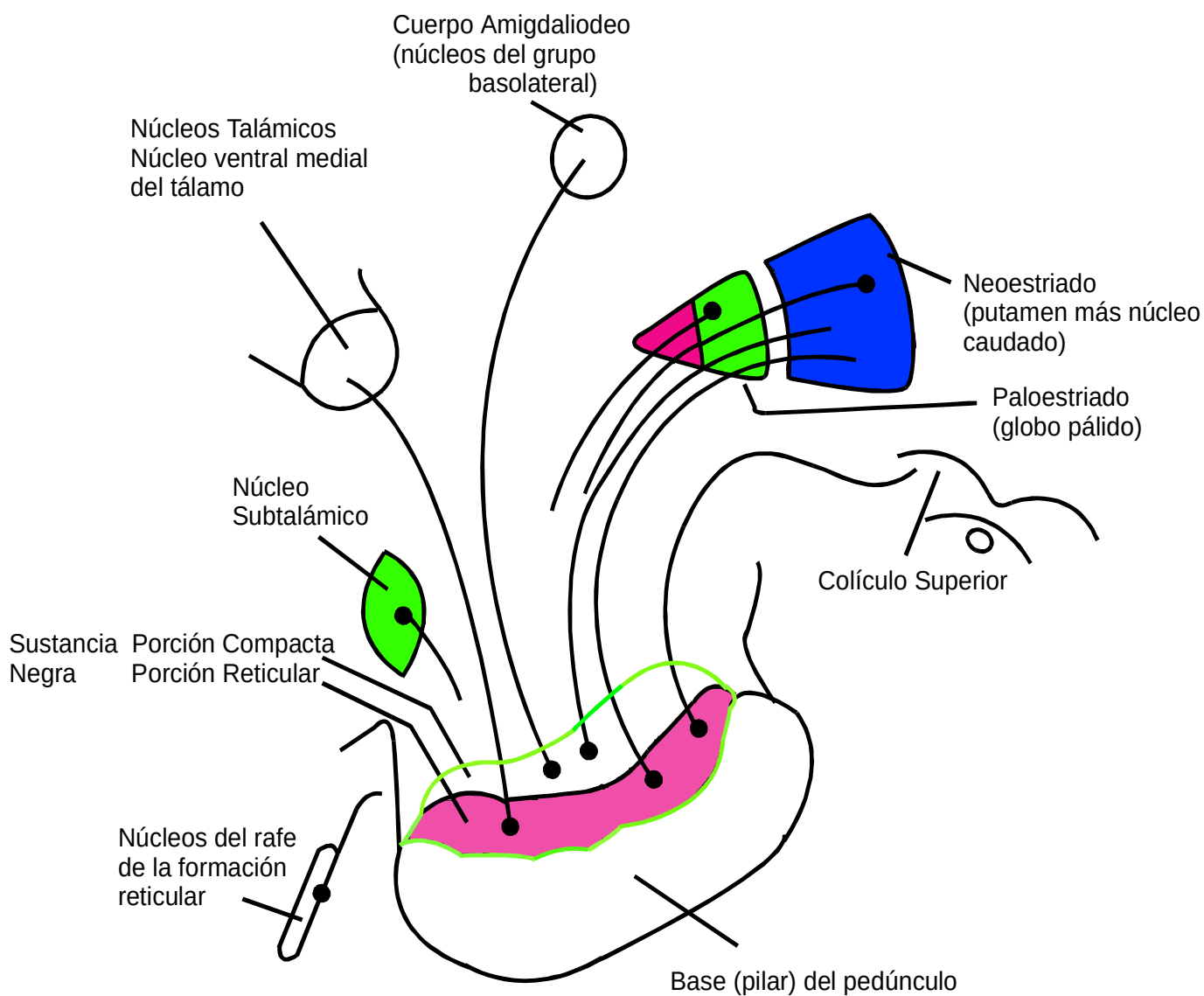


DIAGRAMA DE LOS COMPONENTES
PRINCIPALES DEL SISTEMA NEURAL PARA
EL CONTROL DEL MOVIMIENTO



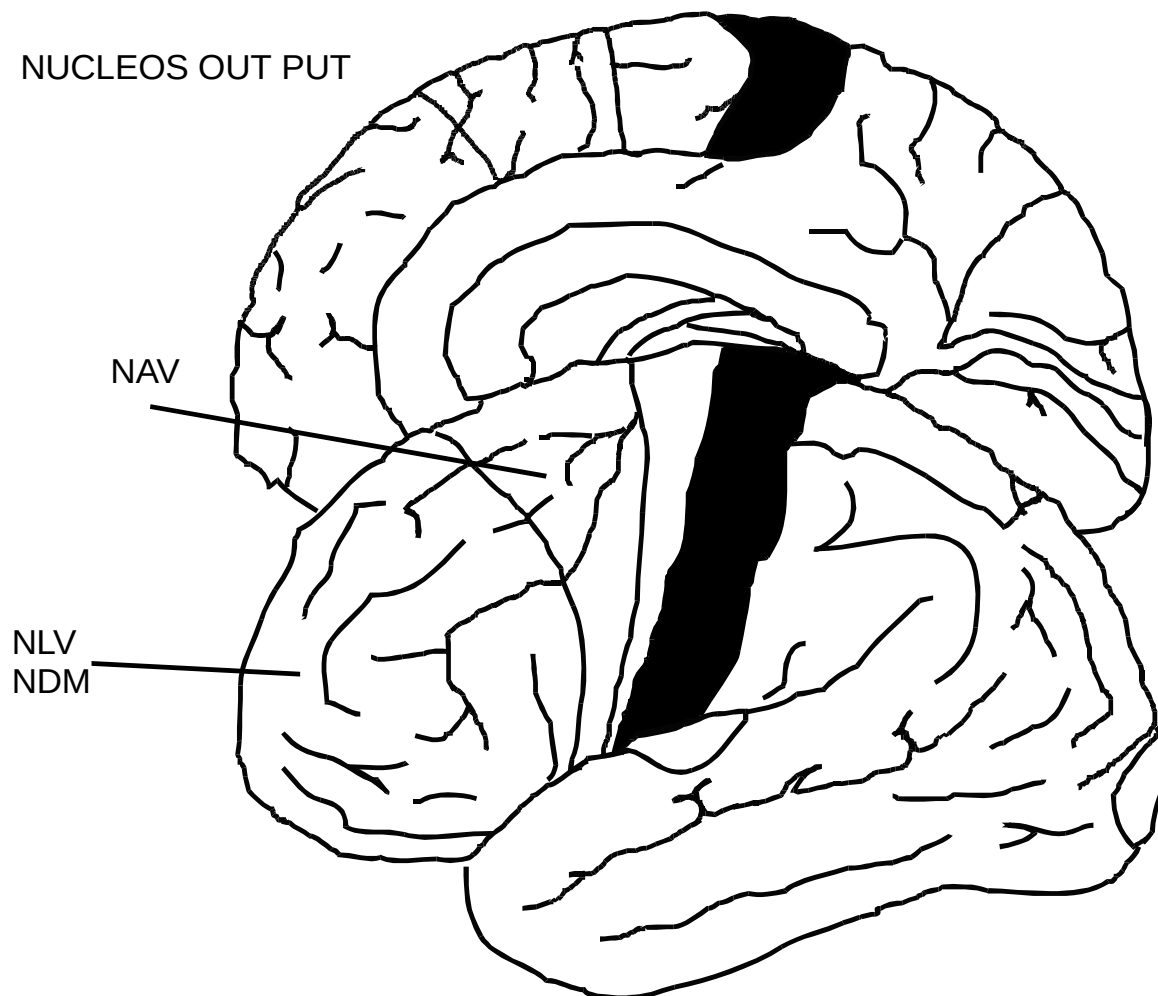
GANGLIOS BASALES



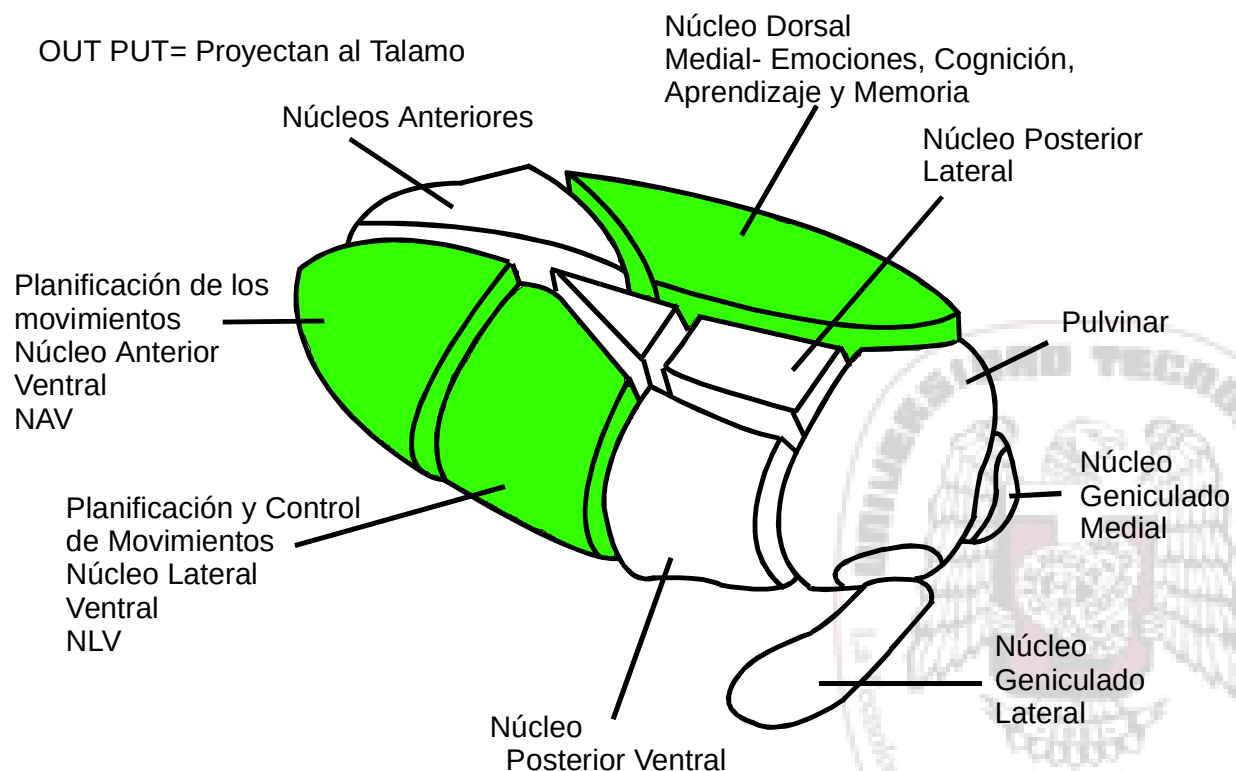
- Núcleo Intrínseco**= Segmento exterior del globo pálido
Núcleo Sub-Talámico
Sustancia Negra
- OUTPUT**= Segmento interno del globo pálido
Globo Pálido Ventral
Parte reticular de Sustancia Negra
- INPUT**= Estriado



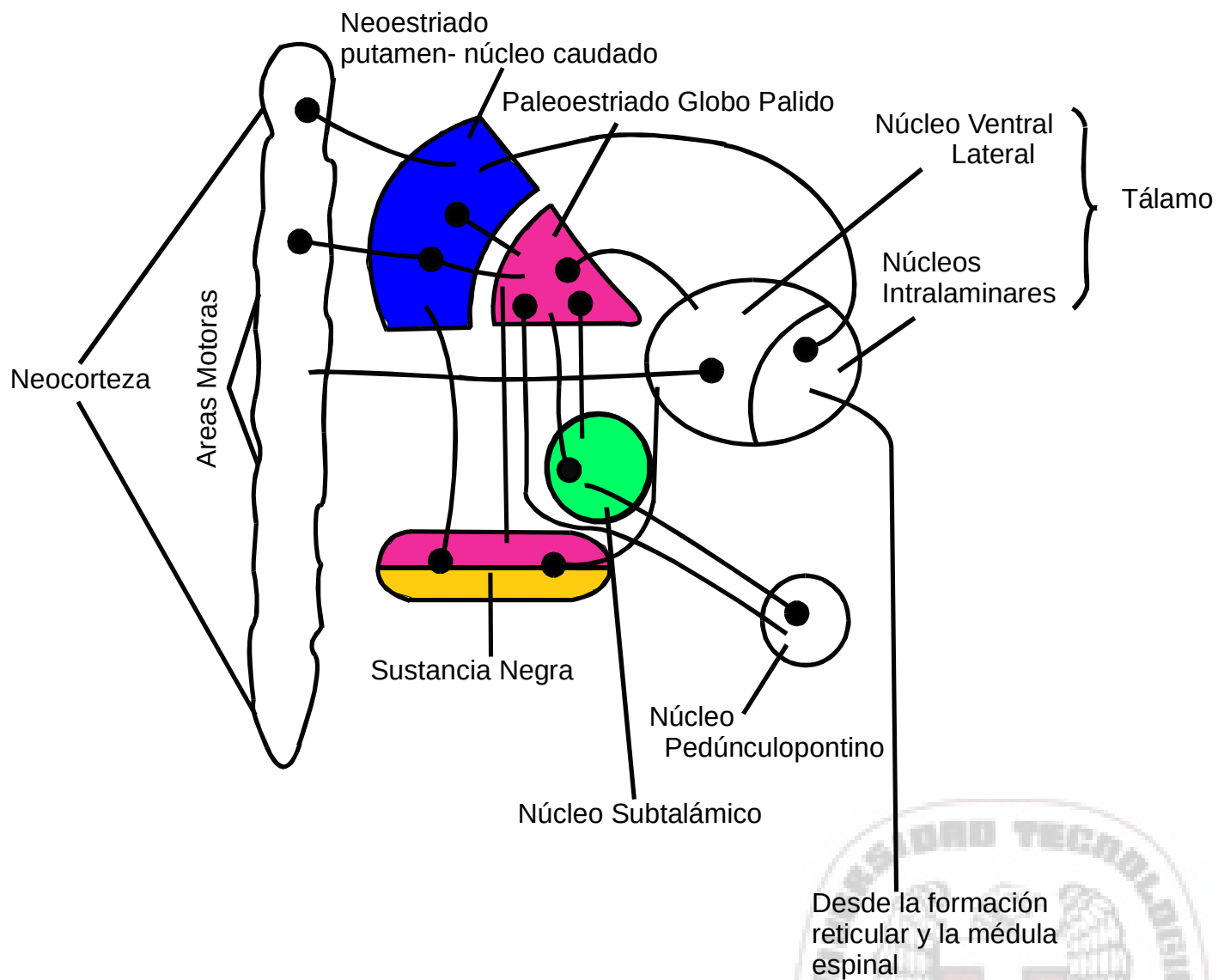
NUCLEOS OUT PUT



OUT PUT= Proyectan al Talamo



Ganglios Basales

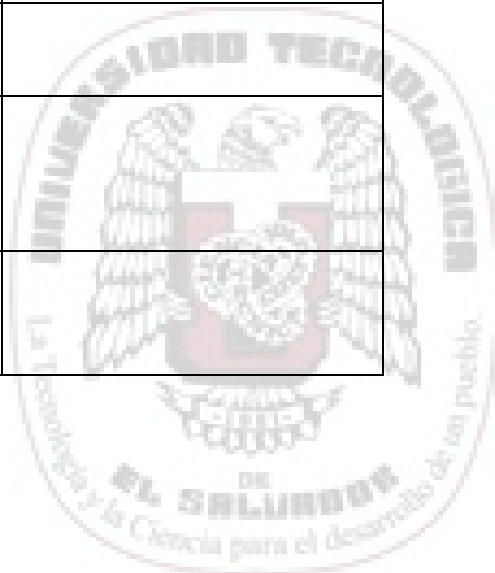


Anexo 12

Hoja de Evaluación

Atentamente solicitamos su colaboración para completar este cuestionario. Lea detenidamente cada una de las preguntas e indique la respuesta que usted crea conveniente trasladando la letra al cuadro de la derecha de cada pregunta, además puede agregar una breve explicación a cada pregunta si lo desea.

Pregunta	Respuesta
1. ¿Considera usted que es curable la enfermedad de Parkinson? a. Si b.No	
2. ¿Considera usted que el Mal de Parkinson es una enfermedad? a. Mental b. Neurológica c. Psicológica d. Física	
3. ¿A que edad considera que se puede dar la enfermedad de parkinson? a. 20-30 b. 30-40 c.50 ó más.	
4. ¿Cuáles de las siguientes características pertenecen a la enfermedad de Parkinson. a. Fiebre b. Temblor en las manos. c. Dolor de estomago d. Rigidez muscular. e. Dolor de cabeza. f. Perdida de las actividades diarias.	
5. ¿Cuál de los siguientes medicamentos utilizan los enfermos de parkinson a. Insulina b. Acetaminofen c. Penicilina d. L-Dopa	
6. ¿Considera que los enfermos de Parkinson pueden movilizarse por si mismos? a. Si b.No	
7. ¿Cuál es la causa de la enfermedad de parkinson? a. Consumo de alcohol y drogas. b. Vejez. c. Accidente. d. Muerte de las células del cerebro.	
8. ¿Considera usted que es importante el apoyo psicológico, para las personas que padecen la enfermedad de Parkinson? a. Si b.No	



Cuestionario de Evaluación de la Sesión

Facilitadores.

Medición de destrezas mostradas durante la jornada de trabajo

Marque la letra que mejor califica las destrezas observadas, considerando que:

M = Mínimo

R = Regular

B = Bueno

MB = Muy Bueno

Preguntas de Evaluación	M	R	B	MB
¿Escuchan con atención los participantes?				
¿Nos damos a entender cuando hablamos?				
¿Damos indicaciones claras?				
¿Logramos sensibilizar a los participantes?				
¿Ofrecemos ayuda afectiva cuando se nos pide?				
¿Nos esforzamos por relacionarnos con los participantes?				
¿Preparamos la sesión que facilitamos hoy?				



Evaluación de la sesión.

Participantes.

Preguntas	Respuestas
¿Lo que más me gusto?	
¿Lo que menos me gusto?	
Algo que observe en la sesión y produciré en casa	
Algo que hice en la sesión y no quiero volver hacer	
Algo que escuche de los participantes que me impresiono	
Hoy aprendí que	
Sugerencias, para las próximas sesiones.	



Glosario.

Acetilcolina: es un neurotransmisor que lleva las señales electroquímicas de una célula a otra.

Afasia: dificultad en el lenguaje, pérdida del lenguaje expresivo.

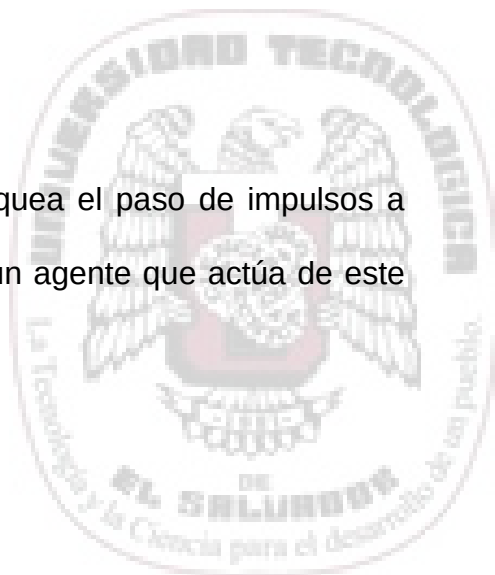
Aferente: dirigido hacia un centro nervioso.

Alucinaciones: percepción que se produce sin que haya estimulación de los receptores sensoriales.

Alzheimer: es el término utilizado para designar la pérdida progresiva de las facultades mentales.

Amantadina: agente antiviral usado en forma de sal de clorhidrato contra el virus de la influenza; también se emplea como antidiscenético en el tratamiento de la parálisis agitante.

Anticolinérgicos: parasimpaticolítico, que bloquea el paso de impulsos a través de los nervios parasimpáticos; también un agente que actúa de este modo.



Atrofia: degeneración, disminución de tamaño.

Antihistamínicos: fármaco que contrarresta el efecto de la histamina. Hay dos tipos: bloqueantes de receptores H_1 , que inhibe los efectos de la liberación de histamina por los mastocitos y se emplea en el tratamiento de los trastornos alérgicos y los bloqueantes de receptores H_2 , cimetidina, que inhibe la secreción de ácido gástrico estimulada por la histamina, ranitidina, famotidina, esomeprazol e insulina y se emplean en el tratamiento de la úlcera péptica.

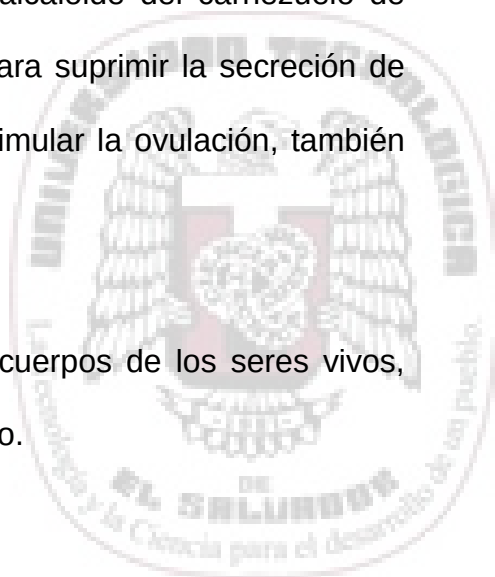
Bradicinesia: lentitud anormal de todos los movimientos voluntarios retardado en las respuestas físicas o mentales.

Bradifrenia: enlentecimiento de los procesos mentales.

Bradikinesia: lentitud para iniciar y ejecutar los movimientos.

Bromocriptina: agonista de la dopamina, un alcaloide del carzuculo de centeno usado en forma de sal de mesilato para suprimir la secreción de prolactina y, por tanto, inhibir la lactancia y estimular la ovulación, también se emplea en la enfermedad de Parkinson.

Célula: elemento microscópico que forma los cuerpos de los seres vivos, formada principalmente por protoplasma y núcleo.



Células Pigmentadas: el color de las células de la sustancia negra que son oscuras debido a la melanina.

Cortical: referente a la corteza cerebral.

Criotalamectomía: destrucción de una porción del tálamo por la aplicación de frío extremo.

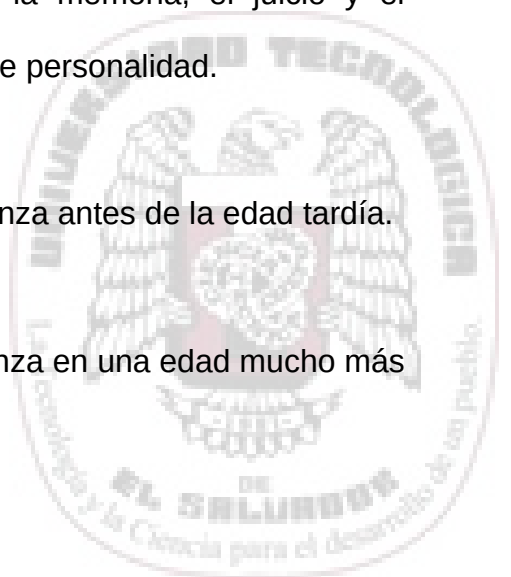
Crónico: enfermedades largas o dolencias habituales.

Degenerativo: célula nerviosa con sus prolongaciones protoplásmicas, que alteran gravemente, la estructura de una parte del cuerpo.

Demencia: síndrome mental orgánico caracterizado por pérdida general de las facultades intelectuales, con deterioro de la memoria, el juicio y el pensamiento abstracto, así como con cambios de personalidad.

Demencia Presenil: cuando la demencia comienza antes de la edad tardía.

Demencia Senil: es cuando la demencia comienza en una edad mucho más tardía.



Depleción: referido a la pérdida de sustancias.

Depresión: estado de inaccesibilidad a la estimulación. Pensamientos tristes, aflicción, desconfianza acompañada por ansiedad.

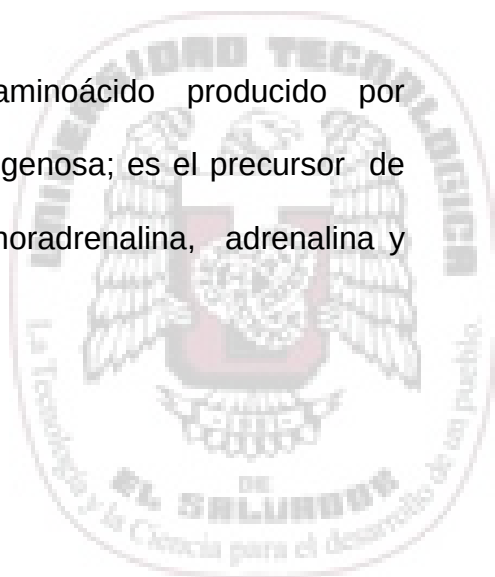
Desorientación: falta de orientación normal para relacionarse con el medio.

Deterioro: disminución cualitativa de una función mental o fisiológica de la personalidad.

Diagnostico: determinación de los síntomas que en conjunto forman la enfermedad.

Discinesia: movimientos involuntarios anormales e incluye gesticulaciones, movimientos rítmicos espasmódicos de las manos, cabeceo, movimientos de masticación y otros.

Dopa: siglas de 3,4-dihidroxifenilalanina, aminoácido producido por oxidación de la tirosina por monofenol monooxigenosa; es el precursor de la dopamina intermedio de la biosíntesis de noradrenalina, adrenalina y melanina.



Dopamina: catecolamina formada en el cuerpo por descarilación de la dopa; es un producto intermedio de la síntesis de noradrenalina y actúa como neurotransmisor en el sistema nervioso central. La sal clorhidrato de la dopamina; se emplea para corregir el equilibrio hemodinámico en el tratamiento del síndrome de choque.

Dopaminérgico: activado o transmitido por la dopamina; perteneciente o relativo a los tejidos u órganos afectados por la dopamina.

Eferente: que se aleja del centro nervioso.

Enfermedad: alteración más o menos grave de la salud.

Estructuras fibrilares: contiene millones de neuronas con extensiones en forma de hilo.

Evaluación: estimación del valor de cosas no materiales.

Fármaco: medicamento empleado con un fin estipulado.

Genética: parte de la biología que trata problemas de la herencia.



Globus Pallidus: la parte menor y mas medial del núcleo lentiforme (parte del núcleo estriado inmediatamente lateral a la cápsula interna, que se comprende el putamen y el globo pálido.

Hipotálamo: núcleos del hipotálamo, región del diencefalo que realiza un control sobre las actividades viscerales, balanceamiento del agua, la temperatura y otros.

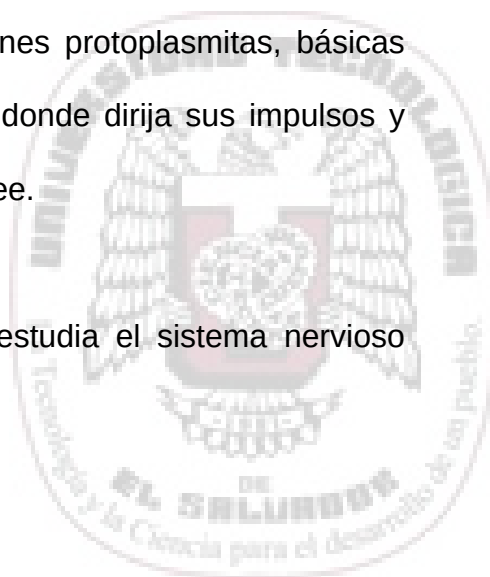
Lenguaje: cualquier forma de conducta intercomunicativa, verbal o no verbal.

Levodopa: isómero levógiro de la dopa; se usa como antiparkinsoniano.

Memoria: término abstracto que en general comprende todas las actividades de un organismo que demuestra un precedente de aprendizaje.

Neurona: célula nerviosa con sus prolongaciones protoplasmitas, básicas del S.N, que se clasifica de acuerdo hacia a donde dirija sus impulsos y conforme al número de prolongaciones que posee.

Neurología: rama de la ciencia médica que estudia el sistema nervioso normal y sus enfermedades.



Neurólogo: medico especialista en enfermedades y tratamiento del sistema nervioso.

Neuropatología: parte de la patología que se ocupa de las enfermedades del sistema nervioso.

Neurodegenerativo: atrofia neural. Alteraciones de la estructura de las neuronas.

Nudos Neurofibriales: desorganización de las células nerviosas.

Osteoporosis: dilatación anormal de un hueso; puede ser ideopática o secundaria a otras enfermedades.

Palidectomía: extirpación del globo pálido.

Paresia: parálisis leve que se refleja como debilitamiento de la contractibilidad muscular.

Parkinson: parálisis agitante.

Parkinsonismo: grupo de condiciones que se caracterizan por cuatro síntomas típicos: temblor, rigidez, inestabilidad de postura y bradicinesia.



Patógenia: origen o evaluación de una enfermedad o trastorno.

Patología: parte de la medicina que estudia las enfermedades.
Anormalidad.

Pérdida de Afecto: la tendencia, después de un largo periodo de tratamiento a base de levodopa.

Psicología: ciencia que estudia la conducta del hombre en actividad.

Retropulsión: acción de llevar algo hacia atrás; tendencia a caminar hacia atrás, marcha anómala en la que el cuerpo se dobla hacia atrás.

Rigidez: síntoma de la enfermedad de parkinson en la que los músculos aparecen rígidos y muestran resistencia al movimiento.

Selegilina: agente antiparkinsoniano que se emplea en forma de sal clorhidrato junto con la levodopa y la carvidopa.

Senil: es causado por la vejez. Actitud, conducta perteneciente a la vejez.

Sialorea: salivación descontrolada.



Signo: indicación de la existencia de algo, prueba objetiva de enfermedad, un dato perceptible de examen medico, en oposición a las sensaciones subjetivas. Lo que permite adivinar o prever algo.

Síntoma: dato subjetivo de enfermedad o situación del paciente, es decir como el paciente percibe dicha situación; cambio perceptible del paciente que indica un cierto estado mental o corporal. Fenómeno propio y característico de una enfermedad. Señal de una cosa.

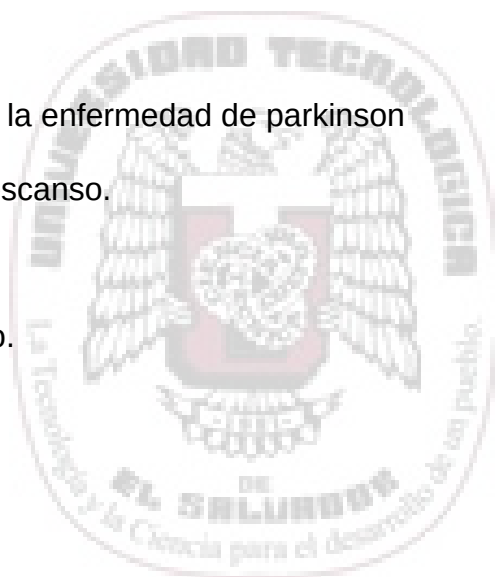
Síndrome: conjunto de síntomas característicos de una enfermedad. Agrupación de signos y síntomas.

Sustancia Negra: núcleo o grupo de neuronas con funciones motoras en el mesencéfalo.

Tálamo: la porción media y mayor del diencefalo que es parte de la pared lateral del tercer ventriculo y yace en el hipotálamo y el epitalamo.

Temblo: agitación, a menudo en una mano, en la enfermedad de parkinson es aparente cuando la parte afectada está en descanso.

Tranquilizante: Inhibidores del sistema nervioso.



Trastorno: condición que se produce cuando un grupo de fenómenos no presenta relaciones inteligibles entre si.

Tomografía: registro de imágenes del interior del cuerpo en un plano predeterminado mediante un tomógrafo; axial computarizado (TAC), método de obtención de imágenes en el que se reconstruye una imagen en un corte transversal de las estructuras en un plano corporal mediante un programa de ordenador a partir de la absorción de rayos X proyectados a través del cuerpo en el plano de la imagen.



ANEXOS DINAMICAS Y TECNICAS



ANEXO 1

Dinámica #1

Técnica de Integración “Las Buenas Nuevas”

Cada participante contará algo positivo, chistoso o gracioso, lo que le paso el día anterior. Es necesario ayudar a los/as participantes a tratar de ver los aspectos positivos, no sólo los aspectos negativos.

Dinámica #2

Técnica de “La Confianza”

Invitar a formar un círculo, cada participante por turno se coloca en el centro, balanceándose, para ser sostenido por el grupo, cuando todos y todas han tomado su turno, evaluar la experiencia.



ANEXO 3

Dinámica #4

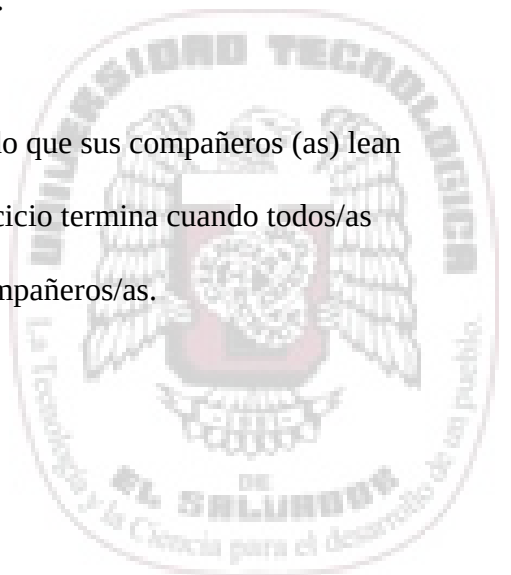
Dinámica de Integración “Ofresco / pido”:

El/la facilitador/a reparte las dos hojas de papel, los marcadores y dos pedazos de Tirro entre los/as participantes. Les explica que con letra grande y observable a cierta distancia, escriban en una de las hojas la palabra pido, y en la otra hoja la palabra ofrezco.

Cada persona se retira en privado a escribir que quiere pedirle al grupo y que quiere ofrecerle.

Una vez que todos/as han escrito lo que piden y ofrecen, pegan sobre su pecho la hoja que dice ofrezco y en su espalda la otra que dice pido.

Se les pide circular por el salón, leyendo y permitiendo que sus compañeros (as) lean lo que han escrito en sus respectivos papeles. El ejercicio termina cuando todos/as han leído el contenido de lo escrito por el resto de compañeros/as.



Es opcional si el facilitador (a) estima conveniente que las personas participantes conserven las hojas colocadas donde están por el resto de la sesión o parte de ella.

ANEXO 4

Dinámica # 5

Técnica de Relajación “El Árbol”

Se le pide al paciente que sierre suavemente sus ojos, que se concentre en su respiración, profunda y rítmica, de bajo ha arriba.

Aspire cinco veces, profundamente, relajándose, aspirando por la nariz y exhalando por la boca.... relájese... relájese.

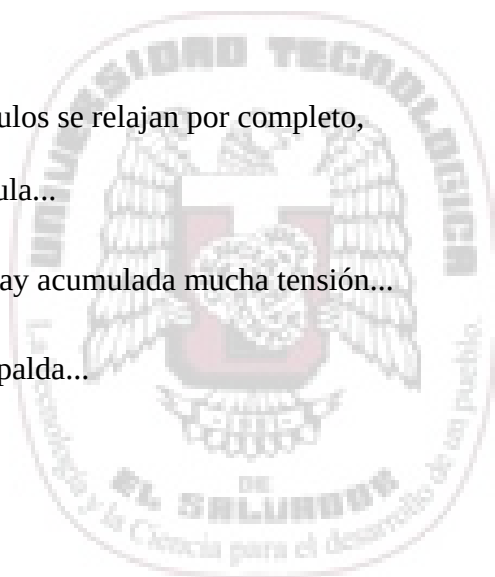
Con cada exhalación expulse los dolores y las tensiones acumuladas en el cuerpo, con cada inhalación aspire la apacible energía que le rodea.

Relájese aun más.

Ahora visualice, imagine o sienta que todos sus músculos se relajan por completo, relaje los músculos de la frente y la cara.... la mandíbula...

Relajase los músculos del cuello y los hombros, allí hay acumulada mucha tensión...

Relaje los brazos, las piernas... Los músculos de la espalda...



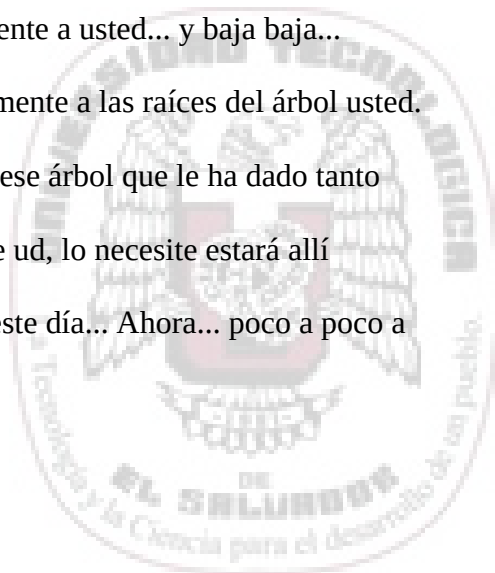
Y deje que los músculos de su vientre se relajen por completo para que su respiración siga siendo agradable, y pareja...

Con cada aliento que tome, déjese relajar más y más.

Visualice imagine y sienta que usted esta en un bosque donde hay muchos árboles y mucha grama, hay flores, pájaros,... mariposas... puede sentir la brisa suave en su cara--- Ahora elija un árbol el más frondoso, el más grande aquel

donde usted se pueda sentir muy seguro, se para cerca de sus raíces... ahora quítese toda su ropa y la coloca en la grama, ahora sube ... sube ... y llega hasta lo más alto del árbol... se detiene y mira todo lo que hay a su alrededor desde ahí puede apreciarlo todo, ese cielo azul tan inmenso... ahora su cuerpo se cubre de plumas levanta los brazos comienza volar y a sentir ese bienestar que le da el ser libre... ha cortado todas su ataduras y es libre... puede dirigirse donde usted. quiera disfrute de esa libertad de ese bienestar y tranquilidad... vuele vuele... ... desde ahí ud es el dueño del universo puede volar hacia donde quiera ... es libre muy libre....

Ahora es momento de regresar, llega nuevamente a la copa del árbol y se toma unos minutos para apreciar ese paisaje tan bello que esta frente a usted... y baja baja... baja... su cuerpo ya no tiene plumas y al llegar nuevamente a las raíces del árbol usted. Se pone su ropa y se toma unos minutos para abrazar ese árbol que le ha dado tanto bienestar ese será su lugar de descanso y cada vez que ud, lo necesite estará allí esperándolo para brindarle esa paz y tranquilidad de este día... Ahora... poco a poco a



su propio tiempo y a su propio ritmo regresara a esta habitación sintiéndose muy bien con mucha alegría y con el aprendizaje de este día... Puede abrir sus ojos.



ANEXO 5

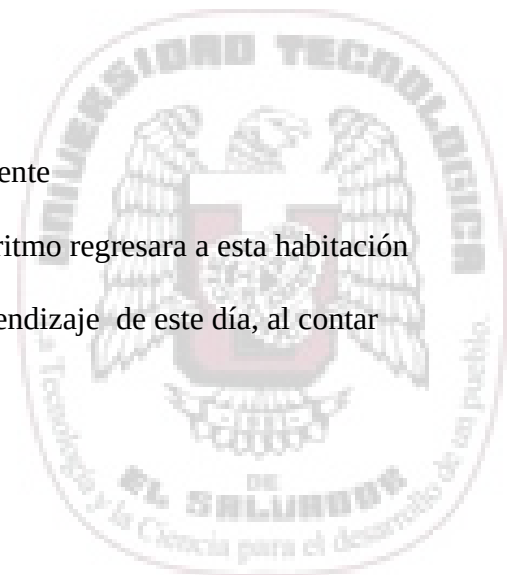
Dinámica #6

Técnica de Relajación “Con Refuerzo Verbal”

Relaje su cuerpo y con la espalda erguida y las manos abiertas encima de los muslos, tome unas respiraciones lentas y profundas... observe como se siente, su cuerpo esta equilibrado, y su mente esta en calma y tranquila... siga con las respiraciones lentas y profundas, concéntrese en ellas, reduzca sus pensamientos hasta que solo tenga uno en cada momento. (Poco a poco y pausado se le dicen las siguientes frases).

1. Usted está cómodamente recostado (o sentado) y tranquilo
2. Su brazo derecho se relaja fácilmente
3. Su brazo izquierdo se relaja fácilmente
4. Sus brazos se relajan completamente
5. Su pierna derecha se relaja fácilmente
6. Su pierna izquierda se relaja fácilmente
7. Sus piernas se relajan fácilmente
8. Sus brazos y piernas se relajan fácilmente
9. Sus hombros y cuello se relajan fácilmente
10. Los músculos de su abdomen se relajan fácilmente

Ahora poco a poco a su propio tiempo y a su propio ritmo regresara a esta habitación sintiéndose muy bien con mucha alegría y con el aprendizaje de este día, al contar tres, abre los ojos para reactivarse completamente.



ANEXO 6

Dinámica #7

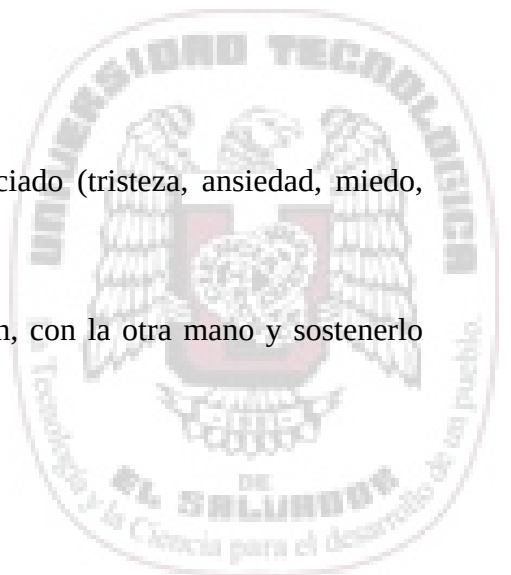
Técnica de “Los Dedos para Aliviar Emociones”

Es un sistema de trabajo corporal para descargar, equilibrar y armonizar la energía del cuerpo.

Usando las manos se puede descargar las emociones bloqueadas. Las emociones son como una ola que se mueve por el cuerpo. Para aliviar la emoción se puede tomar y sostener el dedo con la mano ya que por cada dedo corre un canal o meridiano de energía que esta conectado con un organo y una emoción.

La técnica es sencilla y consiste en:

- ♦ Respirar profundo 4 – 5 veces
- ♦ Identificar que emoción es la que esta vivenciado (tristeza, ansiedad, miedo, enojo, o baja autoestima).
- ♦ Tomar el dedo indicado, según sea la emoción, con la otra mano y sostenerlo por 2 a 5 minutos hasta que baje la emoción



- ♦ Respirar profundo e imaginar que se puede botar todo lo negativo y la emoción bloqueada.
- ♦ Inhalar la paz y la armonía de la naturaleza.

Dedo

Emoción

Pulgar (gordo)

Si hay tristeza, lagrimas

Índice (el de la par del gordo)

Si hay temor, miedo

Mediano (de en medio)

Si hay enojo

Anular (el de la par del chiquito)

Si hay angustia, ansiedad

Meñique (dedo chiquito)

Si vivencia incapacidad para hacer las cosas, se siente inútil, impotente (baja auto-estima).



ANEXO 7

Dinámica # 8

Técnica de Relajación “FRI” (Focalización, respiración, imaginación).

La persona sentada o acostada cierra los ojos y asume una postura cómoda; empieza a focalizar inicialmente los elementos externos: sonidos o ruidos que el ruido llegue a ella. Cuando se da cuenta del ruido y este llegue, inhalar; que localice distintos ruidos externos inhalando y exhalando que focalice su propio cuerpo, sienta los latidos de su corazón; después que empiece a focalizar la respiración, el aire entra y sale. Pasamos a focalizar las distintas partes del cuerpo: frente, pelo, cara, cuello, hombros, brazos, pechos, espalda, abdomen, caderas, muslos, piernas, pies. Una vez ha hecho esta focalización pedirle que deje el cuerpo descansar como quiera que se acomode. Le pedimos que imagine una pantalla blanca brillante, que empiece a pasar una película de los momentos agradables de su vida, aquellas donde sabía que nada podía fallar, donde reía y gozaba; que luego los eche en su mano derecha que está boca arriba, cuando estén todos los momentos agradables dentro de la mano, hacer un puño para sostenerlos. Luego pensar rápidamente en una situación negativa o desagradable que le ha tocado vivir y colocarlo en su mano izquierda; después vaciar los momentos felices de su mano derecha adentro de la izquierda y notar como se equilibran sus emociones. Llevar sus manos juntas al pecho y sentirse lleno/a de nuevos recursos emocionales. Pedirle abrir los ojos al contar hasta tres.



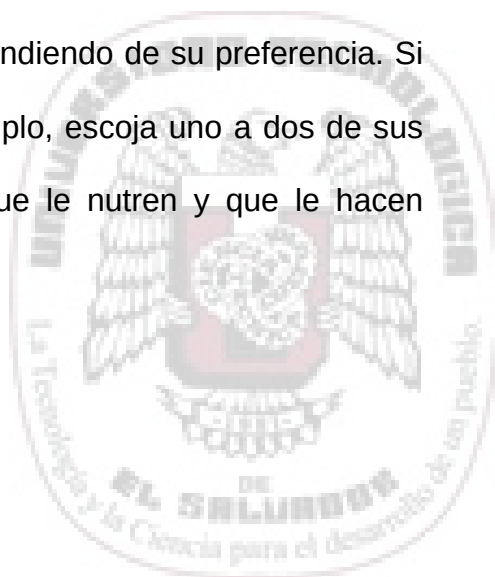
ANEXO # 8

MOVIMIENTOS DE TAI CHI.

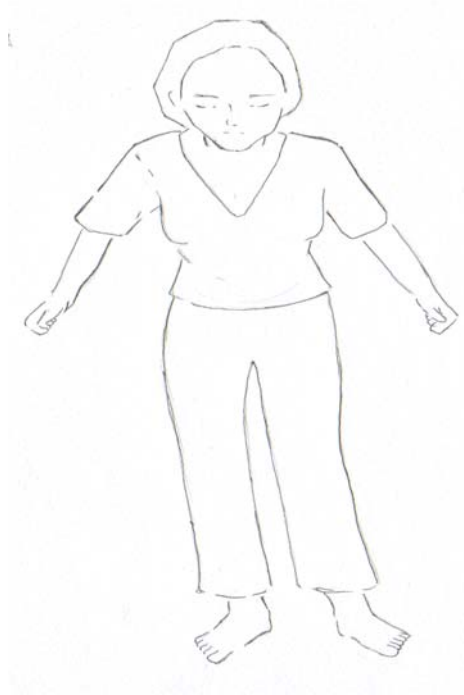
El tai Chi es una maravillosa experiencia para compartir en grupos de todas las edades. Con los movimientos fluidos del tai Chi se logra:

- Mejorar la capacidad de alerta y concentración.
- Mejorar la circulación de la sangre, nutre los músculos.
- Estimula el sistema nervioso y actividad glandular.
- Une y conecta con las fuerzas opuestas.

El Tai Chi fluido, relajado y pacífico. Los sentimientos y las sensaciones están alerta; el practicante está presente en el momento, totalmente concentrado o concentrado en el movimiento de su cuerpo y de su respiración su cuerpo se convierte en una corriente llena de energía, vitalidad y fuerza, como si fuera un árbol, con raíces arraigadas en la tierra, recibiendo la luz y el aire del cielo. Comprende una serie de movimientos que a continuación se detallan. Los movimientos se pueden hacer en orden dependiendo de su preferencia. Si cuenta con poco tiempo, diez minutos por ejemplo, escoja uno a dos de sus movimientos favoritos, los que usted siente que le nutren y que le hacen sentir bien.

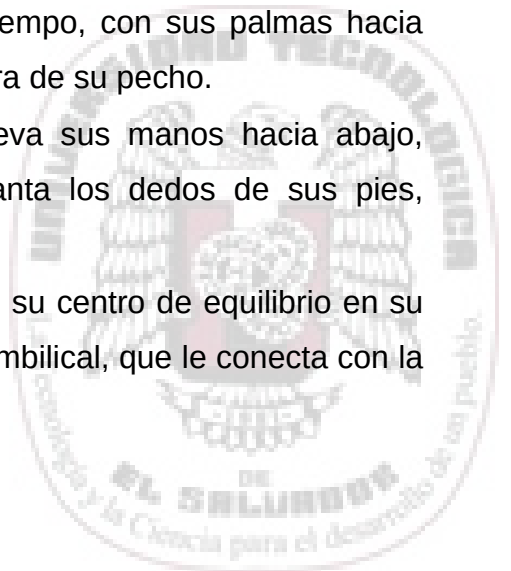


1. MOVIMIENTO DE MECEDORA.



Movimiento:

- Parece recto con los pies separados a la distancia de los hombros, con las manos a sus lados.
- Levante los talones y al mismo tiempo, con sus palmas hacia arriba, levante sus manos a la altura de su pecho.
- Déle vuelta a sus palmas y mueva sus manos hacia abajo, mientras baja sus talones y levanta los dedos de sus pies, meciéndose sobre ellos.
- Se siente desbalanceado, imagine su centro de equilibrio en su abdomen, como un largo cordón umbilical, que le conecta con la tierra.



- Continué meciéndose despacio a la par que respira profundamente.
- Con cada movimiento suelte sus hombros, relaje sus brazos y dedos, realice este ejercicio suave y lentamente.

Meditación:

- Respire profundamente e imagine que sus pies están arraigados en la tierra y que los dedos de sus pies son las largas raíces que conectan con la energía nutritiva de la tierra.
- Cuando levante sus manos, imagine que usted puede bajar la energía del cielo para limpiarse de lo negativo y llenarse de lo positivo.
- Mueva sus dedos a través del aire, sintiéndose interconectado con todo lo existente. Cuando exhale (bota el aire) bota las tensiones y preocupaciones y cuando inhale (toma aire) respira la paz y la abundancia de la naturaleza alrededor de usted.

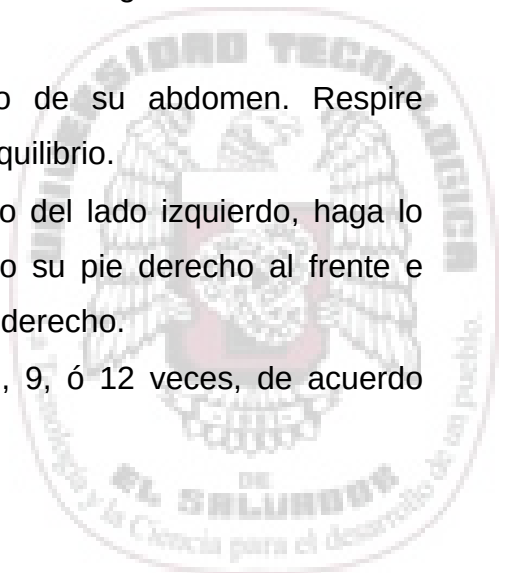


2. POSICIÓN DE PIE.



Movimiento:

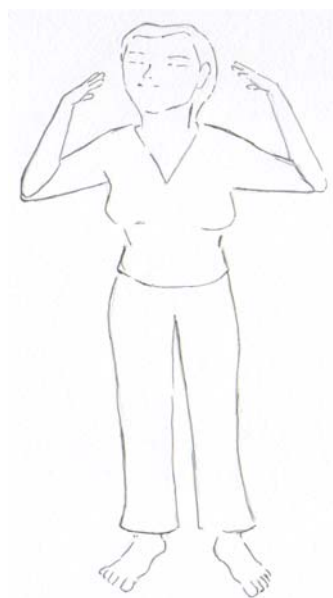
- Pie izquierdo hacia delante, inicie cada movimiento de Tai-Chi por el lado izquierdo, rodillas levantadas dobladas, su peso se balancea entre sus dos piernas, permitiendo que la energía circule en todo su cuerpo.
- El punto de equilibrio es el centro de su abdomen. Respire profundamente hacia este centro de equilibrio.
- Después de finalizar cada movimiento del lado izquierdo, haga lo mismo por el lado derecho. Poniendo su pie derecho al frente e iniciando cada movimiento por el lado derecho.
- Cada movimiento puede realizarse 7, 9, ó 12 veces, de acuerdo con la sabiduría de su cuerpo.



Meditación:

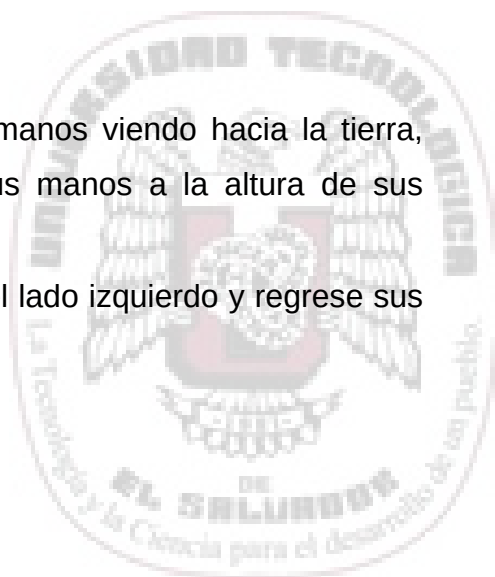
- Al lado izquierdo usted recibe o da energía a su ser. Imagine la energía que fluye hacia su lado izquierdo.
- Al lado derecho, le da energía a los demás.

3. EL GLOBO DE LUZ.



Movimiento:

- Con el pie izquierdo adelante y las manos viendo hacia la tierra, forme un globo de luz dentro de sus manos a la altura de sus hombros.
- Juguetonamente lance la bola hacia el lado izquierdo y regrese sus manos hacia su pecho.
- Repita el ejercicio por el lado derecho.



Meditación:

- Imagínese que es una niña o niño.
- Forme la bola de luz entre sus manos y sienta lo radiante de su ser.
- Libremente lance la bola hacia el mundo, conectándose con el regalo que dará.
- Sienta una sonrisa en su cara y gratitud en su corazón por este momento feliz.

4. LA DUCHA DE LUZ.



Movimiento:

- Con el pie izquierdo hacia delante y las palmas viéndose, a la distancia de cerca de un pie.



- Mueva sus manos en un movimiento circular hacia arriba, hasta la altura de la cabeza y luego hacia abajo, como si recibiera una ducha de luz.
- Sienta la energía de la ducha limpiando su campo de energía, llenando y nutriendo su cuerpo, mente y espíritu.
- Repita al lado derecho, iniciando con su pie derecho adelante.

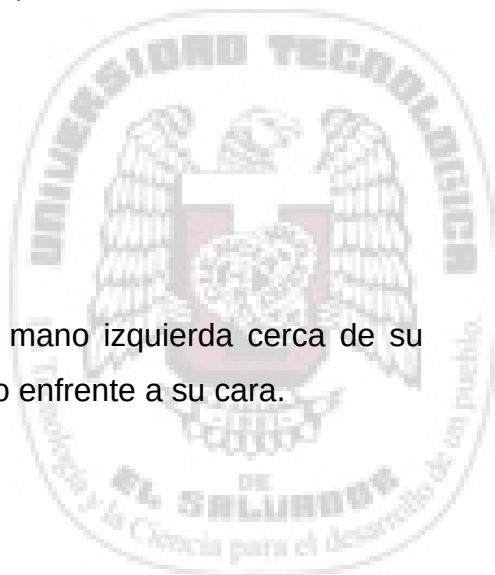
Meditación:

- Imagine la fuerza vital de la energía que le rodea.
- Al hacer el movimiento por el lado izquierdo, contáctese con cualquier problema que tenga y déjelo ir.
- Al levantar sus manos, respire la ducha de la luz.
- Cuando baje sus manos, exhale y deje salir cualquier negatividad. Sienta la luz celestial renovándose.
- Cuando haga el movimiento por el lado derecho, contáctese con la violencia y la negatividad del gran mundo que le rodea.

5. EL SABIO.

Movimiento:

- Con su pie izquierdo hacia delante y la mano izquierda cerca de su cara, mueva sus manos en un movimiento enfrente a su cara.



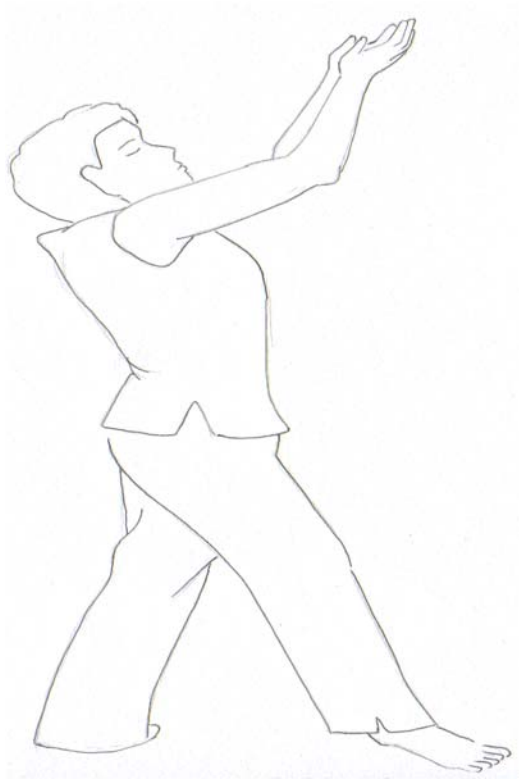
- Y luego hacia abajo en círculo. Las manos no se tocan cuando pasan frente al nivel de los ojos o enfrente de la cara.
- Repita con el pie derecho hacia delante.

Meditación:

- Vaya al lugar sagrado dentro de usted y recuerde lo sabio o sabia que usted es, con su historia única, momentos agradables, heridas, momentos difíciles y posibilidades.
- Sienta profunda gratitud, amor y respeto por su ser.
- Usted puede hacer una pausa por un momento durante este movimiento, para darse un abrazo, cuidar su corazón y su alma.
- Cuando haga estos movimientos a la derecha, vuelva a ver con quienes esta usted practicando Tai-Chi. Vea la gracia única y bondad de cada persona, así como sus heridas y posibilidades.
- Cuando los vea luego en otros momentos, mírelos profundamente y salúdelos como los seres sabios que verdaderamente son.

6. LA OFRENDA.





Movimientos:

- Con el pie izquierdo hacia delante y las manos a la altura del abdomen, forme un barco abierto, en el que pondrá la plenitud de su vida.
- Mueva sus manos hacia arriba en ofrenda (que ofrece).
- Y luego haga abajo en un arco.
- Regresando el círculo hacia el abdomen. Reciba y dé la plenitud de la vida.
- Repita con el pie derecho.

Meditación:

- Cuando haga el movimiento imagine su vida en sus manos.
- Cuando las suba hacia arriba y hacia fuera, dé plenamente el regalo de su vida.



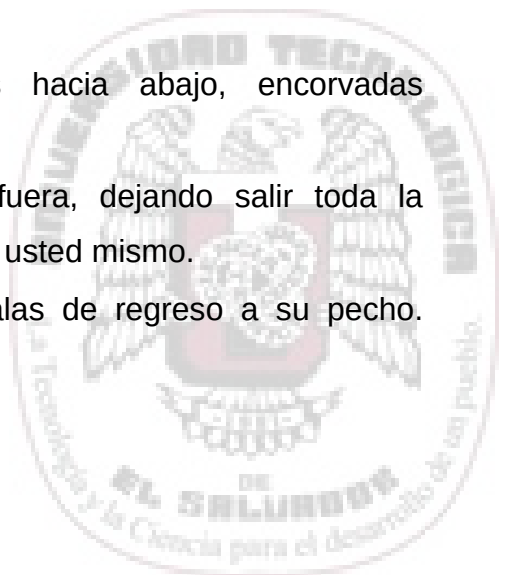
- Cuando realice el movimiento por el lado derecho, imagine su conexión con todo lo existente.

7. DAR Y RECIBIR.



Movimiento:

- Pie izquierdo hacia delante, palmas hacia abajo, encorvadas suavemente y a nivel del pecho.
- Empuje sus manos arqueadas hacia fuera, dejando salir toda la tensión, negatividad y violencia dentro de usted mismo.
- Ponga las palmas hacia arriba y tráigalas de regreso a su pecho. Respirando la abundancia de la vida.
- Repita con el pie derecho.



Meditación:

- Conéctese con cualquier herida o experiencia dolorosa que pueda guardar en su corazón.
- Cuando realice el movimiento a la izquierda, respire y saque el dolor, inhale paz y abundancia del mundo alrededor suyo. Cuando realice el ejercicio por el lado derecho, conéctese con la violencia y la pena del mundo. Respire la paz que necesita.

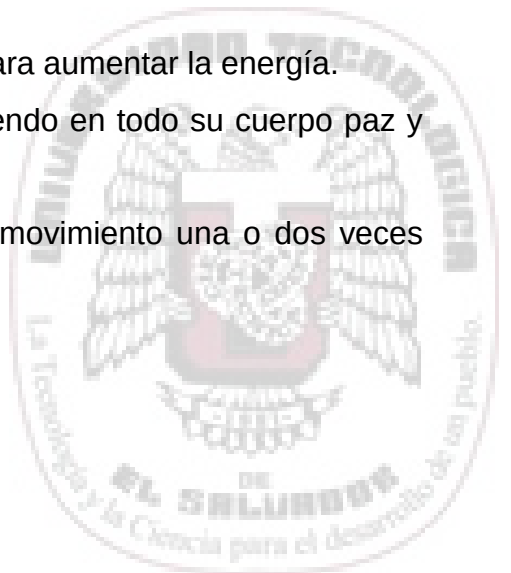
8. ABRIRSE PARA RECIBIR LAS BENDICIONES DE LA VIDA.





Movimiento:

- Este movimiento se realiza sin mover sus pies que están a igual distancia de los hombros con las rodillas ligeramente dobladas, con las manos a sus costados, llene sus palmas de la energía de la tierra.
- Levante sus manos sobre su cabeza, con sus palmas formando un globo de energía sobre su cabeza.
- Separe sus palmas tres o cuatro veces para aumentar la energía.
- Imagine que la luz y la gracia están fluyendo en todo su cuerpo paz y bendiciones de la vida.
- Lentamente baje sus manos y repita el movimiento una o dos veces más.



Meditación:

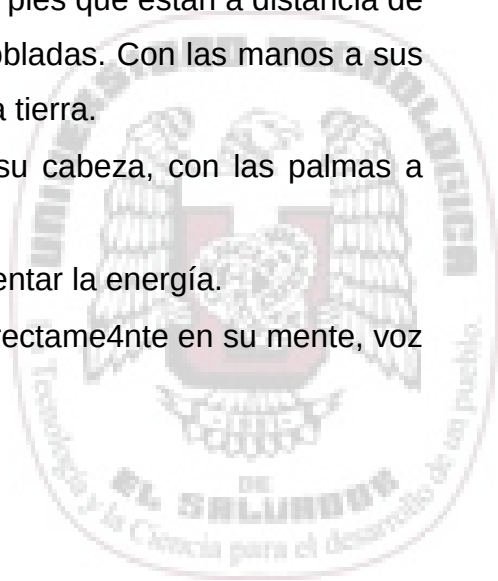
- Abraza la abundancia de la gracia y las bendiciones; dedique su vida en gratitud.

9. DEDICACIÓN DE LA MENTE, VOZ Y CORAZÓN.



Movimiento:

- Este movimiento se realiza sin mover sus pies que están a distancia de un hombro, con las rodillas levemente dobladas. Con las manos a sus lados, llene las palmas de la energía de la tierra.
- Levante sus manos hacia los lados de su cabeza, con las palmas a cada lado de sus sienes.
- Separe las palmas 3 ó 4 veces para aumentar la energía.
- Imagine luz, energía y gracia entrando directamente en su mente, voz y corazón.



- Lentamente baje sus manos y repita el movimiento una o dos veces.

Meditación:

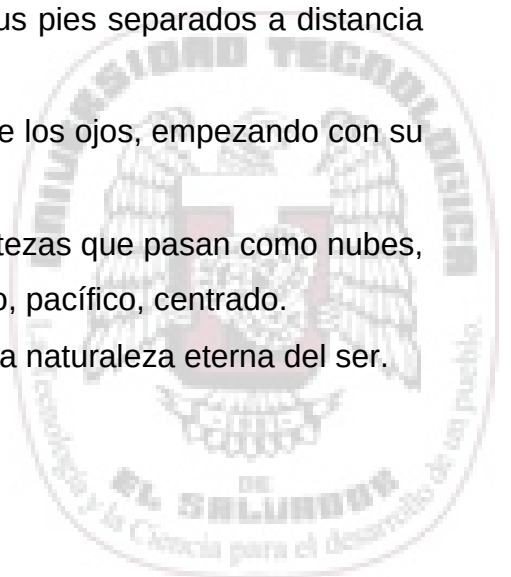
- Abra su mente, voz y corazón a la gracia y paz.
- Dedique sus pensamientos y palabras para dar luz al mundo.

10. NUBES PASANDO.



Movimiento:

- Sus rodillas ligeramente dobladas, con sus pies separados a distancia de un hombro.
- Mueva sus brazos en círculo a la altura de los ojos, empezando con su brazo derecho.
- Imagine problemas, alegrías, penas y tristezas que pasan como nubes, mientras usted está en el momento eterno, pacífico, centrado.
- Respire profundamente y conéctese con la naturaleza eterna del ser.



Meditación:

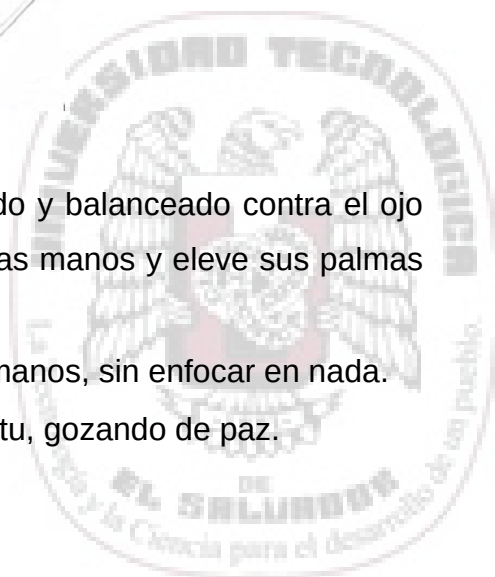
- Sus pies están plantados en la tierra y su cabeza conectada con el cielo.
- Cuando las nubes pasajeras se muevan a su alrededor de usted, conéctese con su nacimiento, vida y muerte, todo en el momento presente.
- Agradezca el regalo de su vida y la sabiduría y gracia de su ser.

11. VENTANA DE ETERNIDAD.



Movimiento:

- Con el talón de su pie izquierdo levantado y balanceado contra el ojo del pie derecho, entrelace los dedos de las manos y eleve sus palmas un poco abajo del nivel de los ojos.
- Relaje su mirada, viendo encima de sus manos, sin enfocar en nada.
- Siéntase uno con su cuerpo, mente espíritu, gozando de paz.

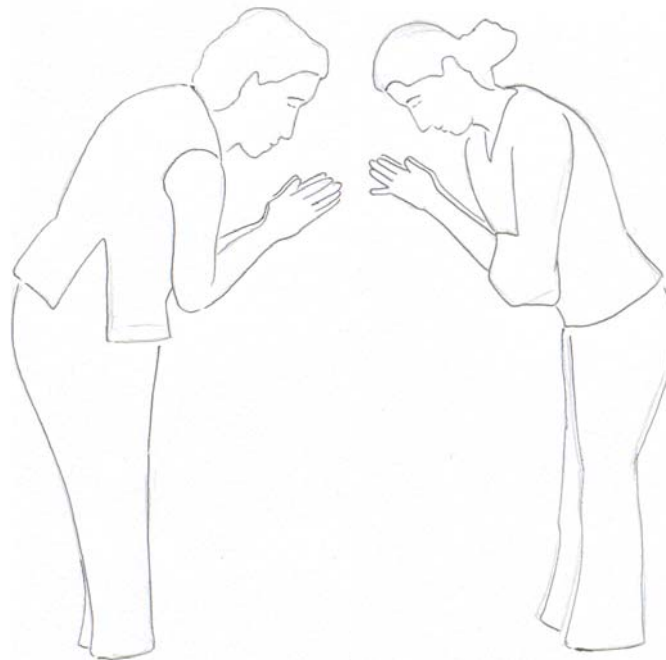


- Cuando se sienta listo, lentamente baje sus manos a sus costados.

Meditación:

- Imagine una columna de luz pasando sobre su columna y conectándolo o conectándola con la tierra y el cielo.
- Sienta lo radiante de su ser brillando en todas las direcciones.
- Conéctese con el pasado, presente y el futuro en este momento.
- Siéntase uno con el ser.

12. SALUDO A LA COMUNIDAD.



Movimiento:



- Si está practicando Tai Chi con otros, una sus manos frente a su pecho, como si rezara y salude a cada persona en la comunidad.
- Vea profundamente a sus ojos, reconociendo y apreciando su belleza y su gracia única.

Meditación:

- Namasté – Somos uno.
- Honro el lugar suyo en el que todo el universo habita. Honro el sitio en usted que es de amor, verdad, luz y paz... Cuando usted está allí en usted, y yo estoy en ese lugar en mí, somos UNO.

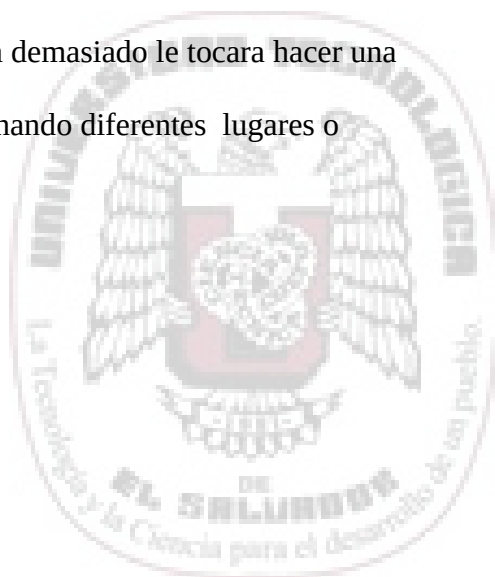


ANEXO 9

Dinámica “Vamos de Compras”

Instrucciones: los participantes se colocan en círculo.

Desarrollo: la persona que dirige esta dinámica, escoge a un participante para que se coloque al centro del círculo. Este participante va de compras, da varias vueltas alrededor del círculo, se detiene a alguno de los participantes y le dice: VOY A COPAN, QUE PUEDO COMPRAR, el participante al que se le esta hablando debe contestar en forma rápida con el nombre de tres cosas que comiencen con C (caramelo, cebolla, caimito). Si se equivoca o se tarda demasiado le tocara hacer una penitencia impuesta por el grupo. Se puede ir mencionando diferentes lugares o países como por ejemplo México, Panamá y otros.

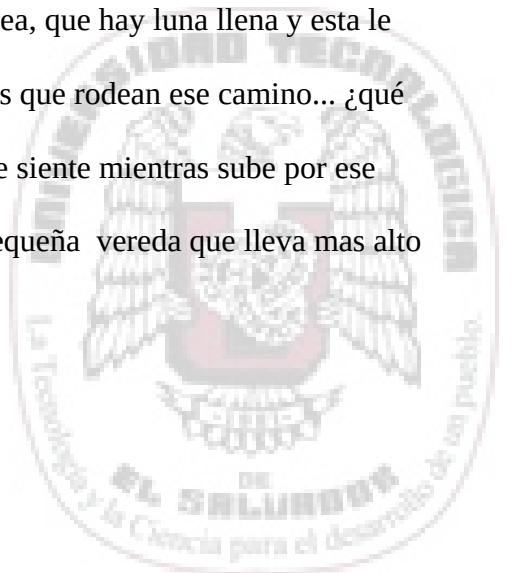


ANEXO 10

Técnica de Relajación “El Sabio”.

Relaje su cuerpo y con la espalda erguida y las manos abiertas encima de los muslos, tome unas respiraciones lentas y profundas... observe como se siente, su cuerpo esta equilibrado, y su mente esta en calma y tranquila... siga con las respiraciones lentas y profundas, concéntrese en ellas, reduzca sus pensamientos hasta que solo tenga uno en cada momento.

Siga respirando lenta y profundamente y poco a poco deje que todo su cuerpo se relaje, sienta como los dedos de sus pies se relajan... sienta como sus piernas poco a poco se relajan, relaje sus muslos, su vientre... relaje su abdomen, lentamente relaje ahora su abdomen, lentamente relaje ahora su pecho su espalda, sus hombros... siga respirando profundamente... relaje ahora su cuello, su frente, las expresiones de su rostro y repita internamente y despacio: imagine que esta caminando subiendo por un camino en las montañas, por la noche, imagine, si desea, que hay luna llena y esta le permite observar el camino fácilmente y muchas cosas que rodean ese camino... ¿qué otras cosas puede observar a su alrededor?... ¿cómo se siente mientras sube por ese camino en la montaña?... un poco adelante hay una pequeña vereda que lleva mas alto hasta una curva.



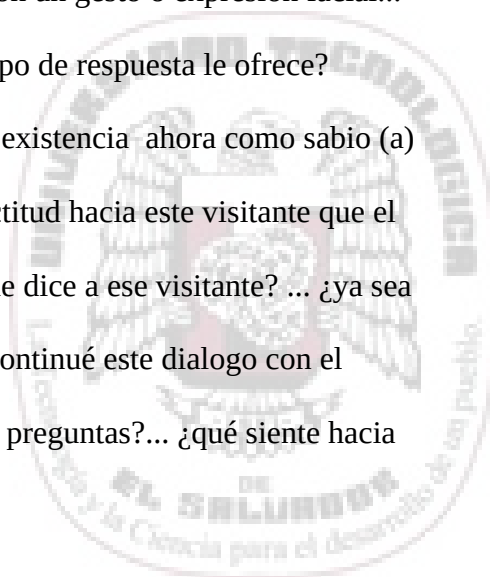
Esta cueva sirve como hogar a una persona o ser muy sabio que puede decirle la respuesta a cualquier cosa que usted., desea preguntarle, diríjase a esta vereda y camine hacia la cueva de esta persona sabia... note como el control cambia a medida que usted escala por ese camino y sea acerca a la cueva.

Cuando usted llega a la cueva usted vera una pequeña fogata enfrente de ella y será capaz de ver borrosamente la silenciosa persona sabia a la luz de las llamas movedizas del fuego se aviva usted es capaz de ver el sabio más claramente... tome su tiempo para examinar las vestiduras,... el cuerpo.... la cara... y los ojos de este individuo.

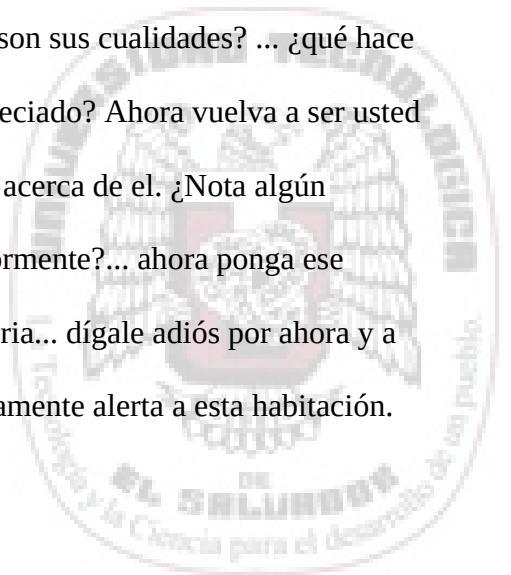
Ahora pregunta al sabio más claramente... Tome su tiempo para examinar las vestiduras,.. el cuerpo... la cara.... y los ojos d este individuo.

Ahora pregunte a el sabio y ve como el reacciona a lo que usted dice... el podría responderle con palabras solamente o le responderá con un gesto o expresión facial... o quizás este ser sabio pueda mostrarle algo... ¿Qué tipo de respuesta le ofrece?

Ahora, conviértase en la persona sabia... ¿cómo es su existencia ahora como sabio (a) ¿cómo se siente?... ¿cómo es su vida?... ¿cuál es su actitud hacia este visitante que el hace preguntas?... ¿qué siente hacia él o ella?... ¿qué le dice a ese visitante? ... ¿ya sea en palabras gestos o acciones? Vuelva a ser usted y continué este dialogo con el sabio... ¿usted entiende lo que se le dice? ¿tiene usted preguntas?... ¿qué siente hacia



esa persona sabia?... conviértase nuevamente en la persona sabia ahora, y continué la conversación ... ¿hay algo mas que usted pueda decir al visitante... conviértase en usted mismo de nuevo pronto le diría adiós a esta persona sabia... diga todo lo demás que desea antes de irse... cuando usted este listo para despedirse del sabio este se voltea hacia un viejo bolso buscando algo especial para regalárselo a usted.. .el sabio le saca del bolso y se lo obsequia para que usted lo lleve a casa... observe el regalo... ¿Qué siente hacia el sabio ahora...? exprese como se siente y lentamente dígame adiós.. ahora de la vuelta y empiece a caminar hacia abajo por la vereda en la montaña, llevando su regalo con usted.... mientras camina por la vereda hacia abajo, observe el camino con atención de manera que pueda recordar como encontrar el camino de regreso hacia el sabio cuando desee visitarlo nuevamente... reconozco los alrededores y como se siente... ahora, mantenga sus ojos cerrados y traiga el regalo con usted., mientras regresa a esta habitación ... tome algún tiempo para examinar el regalo con mas detalle... ¿qué cosa le regalaron?... de vea descubra mas acerca de esto... tóquelo... huélalo... déle vuelta en sus manos y examínelo cuidadosamente... ahora, conviértase en el regalo... identifíquese con el y descríbase ... ¿cómo es usted, mientras es el regalo ...? ¿Como se siente? ... ¿cuáles son sus cualidades? ... ¿qué hace usted...?... ¿cómo puede ser usted despreciado... o apreciado? Ahora vuelva a ser usted y observe el regalo y vea si puede descubrir algo más acerca de el. ¿Nota algún cambio en el o algo que usted no había notado anteriormente?... ahora ponga ese regalo a un lado con cuidado y seguridad en su memoria... dígame adiós por ahora y a su propio ritmo y a su propio tiempo regrese completamente alerta a esta habitación.



ANEXO 11

Dinámica.

“El concepto de sí mismo”.

Muchos hemos crecido con la idea de que no es “correcto” el antológico, o para el caso, elogiar a otros. Con este ejercicio se intente cambiar esa actitud al hacer que equipos de dos personas compartan algunas cualidades personales entre sí.

En este ejercicio, cada persona le da a su compañero la respuesta a una, dos o las tres dimensiones siguientes ingeridas:

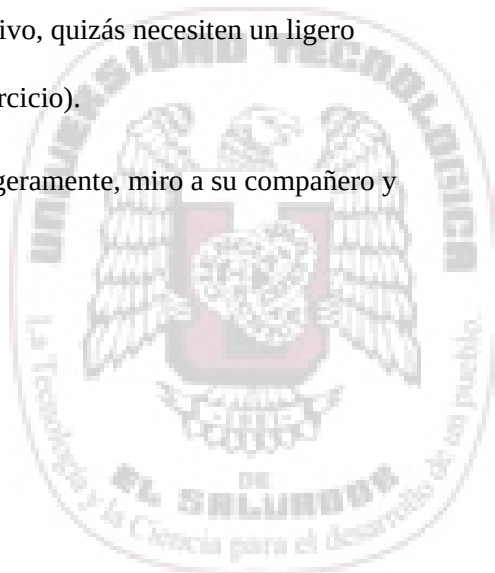
1. Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo
2. Dos cualidades de personalidad que me agradan de mí mismo
3. Una capacidad o pericia que me agradan de mí mismo

Explique que cada comentario debe ser positivo. No se permiten comentarios negativos (dado que las personas no ha experimentado este encuentro positivo, quizás necesiten un ligero empujón de parte de ustedes para que puedan iniciar el ejercicio).

¿Cuántos de ustedes al oír el trabajo asignado, se sonrió ligeramente, miro a su compañero y le dijo?

¿Fue difícil señalar una cualidad al iniciar el ejercicio?

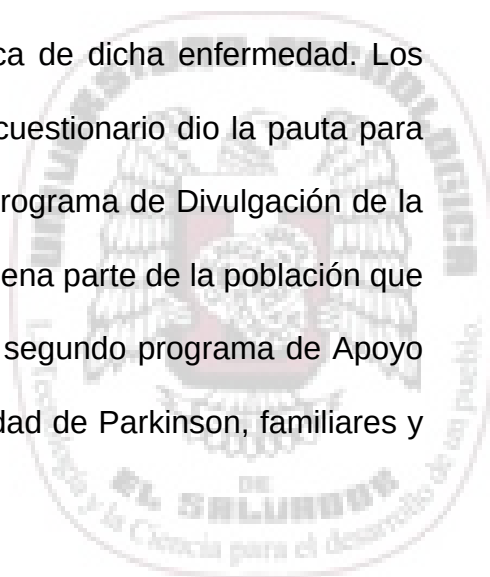
¿Cómo considera ahora el ejercicio?



RESUMEN.

Durante el desarrollo de la edad adulta el ser humano esta propenso a una serie de enfermedades propias de dicha edad, pero existen algunas de ellas que afectan profundamente su salud, a tal grado de ser enfermedades incurables, entre las que podemos mencionar se encuentra la enfermedad de Parkinson, la cual se clasifica como una enfermedad neurodegenerativa, el origen de dicha enfermedad se puede dar por diferentes factores por lo que es muy difícil de detectar y contrarrestar a tiempo. Es por esto que se hizo necesario realizar una investigación en la que se muestra cada una de las etapas de la enfermedad, sus orígenes, las características más comunes, así como los tipos de tratamientos que existen.

El objetivo primordial de la investigación no solo fue describir que es la enfermedad, sino identificar cual era el nivel de conocimientos que tienen los usuarios del Sistema de Salud Pública ha cerca de dicha enfermedad. Los resultados que se obtuvieron por medio de un cuestionario dio la pauta para presentar la propuesta de dos programas. Un Programa de Divulgación de la enfermedad de Parkinson, ya que existe una buena parte de la población que no conoce ni los síntomas más comunes. Y el segundo programa de Apoyo Psicológico dirigido a pacientes con la enfermedad de Parkinson, familiares y



cuidadores para que cuenten con herramientas necesarias para enfrentar la enfermedad.

