

## MANUAL 4. El deterioro cognitivo. Las emociones y la conducta

# 4



Beatriz González García  
Patricia Heredia Rodríguez  
María Teresa Carreras Rodríguez

# Cuidados de Enfermería en la Enfermedad de Parkinson

Avalado por



 Hospital Universitario  
de La Princesa

# Cuidados de Enfermería en la **Enfermedad de Parkinson**

## **MANUAL 4. El deterioro cognitivo. Las emociones y la conducta**

### **Coordinadoras**

---

Beatriz González García  
Lydia López Manzanares

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2016 Ergon  
C/ Arboleda, 1 - 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN obra completa: 978-84-16270-19-7  
ISBN manual 4: 978-84-16270-23-4  
Depósito Legal: M-28498-2016

## Coordinadoras

---

### **Beatriz González García**

Enfermera. Unidad de Trastornos del Movimiento.  
Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

### **Lydia López Manzanares**

Neuróloga. Unidad de Trastornos del Movimiento.  
Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

## Autoras Manual 4

---

### **Beatriz González García**

Enfermera. Unidad de Trastornos del Movimiento.  
Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

### **Patricia Heredia Rodríguez**

Enfermera. Unidad de Memoria y Conducta.  
Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

### **María Teresa Carreras Rodríguez**

Neuróloga. Unidad de Memoria y Conducta.  
Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

*Ilustraciones páginas 9, 12 y 16: Agustina Pozzo*



## MANUAL 4. EL DETERIORO COGNITIVO. LAS EMOCIONES Y LA CONDUCTA

<b>1.</b>	Introducción.....	7
<b>2.</b>	Valoración .....	9
	a) Deterioro cognitivo.....	10
	b) Alteraciones emocionales .....	12
	c) Alteraciones conductuales.....	14
<b>3.</b>	Actuación .....	17
	a) Deterioro cognitivo.....	17
	b) Ansiedad.....	18
	c) Estrés.....	19
	d) Depresión .....	19
	e) Trastornos del control de los impulsos .....	20
	f) Alteraciones psicóticas (alucinaciones, delirios).....	21
<b>4.</b>	Anexos .....	23
	• Anexo 1: Ejercicios prácticos para la estimulación cognitiva .....	23
	• Anexo 2: Consejos para mejorar la ansiedad.....	25
	• Anexo 3: Consejos para mejorar el estado de ánimo ....	26
	• Anexo 4: Consejos para conseguir higiene mental .....	27
	• Anexo 5: Taller de técnica sencilla de relajación.....	28
<b>5.</b>	Bibliografía.....	31



# 1. Introducción

---

La enfermedad de Parkinson (EP) se caracteriza por la aparición de un conjunto de alteraciones en el plano motor y también no motor, como hemos descrito en capítulos anteriores. En este, corresponde tratar los trastornos que afectan a la cognición, las emociones y la conducta, por su alta prevalencia y afectación en los pacientes que padecen EP. Manejar de manera correcta estos síntomas es crucial para mejorar la calidad de vida, tanto de las personas que padecen EP como la de sus cuidadores principales.

Desde el punto de vista neuropsicológico, los hallazgos cognitivos de las investigaciones en pacientes con demencia asociada a EP han permitido diferenciar el perfil cognitivo en EP con el de otros tipos de demencia, dando lugar a la existencia de un patrón de déficit o unas funciones cognitivas que se ven frecuentemente afectadas de forma diferenciadora.

Desde el punto de vista psiquiátrico y psicológico, la ansiedad, la depresión, la pérdida de control de impulsos, los trastornos del sueño y los trastornos sexuales, se conforman entre los principales síntomas no motores que afectan a estos pacientes. Se sabe que hasta el 50% de los pacientes con EP padecen síntomas neuropsiquiátricos desde fases iniciales de la enfermedad, y esto va aumentando con la evolución de la misma.

Es destacable saber que existen tratamientos dirigidos a mejorar esta sintomatología, pues la EP puede llegar a ser causa de una importante discapacidad y pérdida de calidad de vida relacionada con la salud.

Las terapias farmacológicas juegan un papel importante, pero también las terapias no medicamentosas. Disciplinas como la Psicología cobran un valor de trabajo muy relevante, puesto que ayuda a detectar alarmas en los momentos más iniciales, para que sea menos complicado el manejo del paciente.



Hoy en día, el conjunto de tratamientos farmacológicos dirigidos a la EP también trata de contemplar la necesidad de mejoría (o no empeoramiento) de los síntomas no motores, entre los que se incluye el deterioro cognitivo, si bien la respuesta suele ser ampliamente variable. Puede servir de ayuda para identificarlos la utilización de escalas realizadas para tal fin. Por ejemplo, en caso de depresión se utilizan las escalas de Hamilton, de Beck o la GDS (escala de depresión geriátrica); en caso de ansiedad, la HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*); para la cognición, el MMSE (*Mini Mental State Examination*), entre otras.

También es necesario tener presente que se generan situaciones de angustia para las personas que acompañan a diario a nuestros pacientes, sus cuidadores, porque en muchas ocasiones no entienden qué sucede, si realmente los síntomas pueden formar parte o no de la propia enfermedad. La situación, en ocasiones, les supera.

Además, suele ocurrir que a nivel social es algo que está más estigmatizado, por lo que es más complicada su normalización y aceptación. Todo ello supone una carga emocional muy significativa para quien lo vive de cerca, repercutiéndoles negativamente (sobrecarga del cuidador). Por tanto, la dificultad del manejo de sus seres queridos se puede convertir en un arduo camino.

Se debe tener en cuenta que hay personas que debutan con la enfermedad en edades en las que están activos laboralmente, y uno de nuestros objetivos, como enfermeras, junto con otros profesionales del equipo interdisciplinar, es favorecer que puedan seguir siendo individuos integrados en todas o casi todas las esferas de su vida el mayor tiempo posible.

La llegada de una enfermedad crónica a la vida de cualquier persona, en la edad que sea, hace sentirse verdaderamente mal, siendo recurrentes los pensamientos de frustración e incluso culpa. Por ello, es imprescindible detectar alarmas para comenzar a trabajar lo más rápidamente posible, contribuyendo así a evitar que la situación se magnifique y repercuta desfavorablemente en la calidad de vida, tanto del paciente como de su cuidador/familiar.

## 2. Valoración

---

En primer lugar, es importante tener y demostrar empatía para que los pacientes y sus familiares/cuidadores nos puedan contar con mayor facilidad las alteraciones que han percibido, con el fin de poder tratarlas lo antes posible.

En muchas ocasiones, se van a detectar pasando escalas, escuchando activamente al paciente y teniendo la paciencia suficiente para que puedan expresarse. Solo de esta forma se encontrarán los caminos para conseguir resultados de trabajo.

Puede haber ocasiones en que se necesite más de una consulta para que expresen lo que les pasa. Por nuestra parte, sería recomendable estar dispuestos y atentos, para intervenir realizando las derivaciones pertinentes y los acompañamientos necesarios, con el fin de dar continuidad a los tratamientos instaurados por los profesionales del equipo interdisciplinar que atienden el caso.



En la consulta atendemos a pacientes que pueden ser capaces de controlar los síntomas con técnicas conductuales aportadas por nosotros, sin embargo, si esto no funciona, se podría recurrir a terapias farmacológicas disponibles. La detección de cualquiera de estos síntomas ha de ser tratada lo antes posible.

Para realizar una buena valoración, hay que tener conocimientos sobre cada uno de los temas a tratar. A continuación, se introducirán algunos protocolos de actuación sobre los que luego se aportarán intervenciones.

### a) Deterioro cognitivo

El **deterioro cognitivo** puede ser muy incapacitante y aparecer desde etapas tempranas. Conocer el perfil cognitivo de la EP facilita el diagnóstico oportuno, favorece la intervención de los síntomas y nos permite detectar la progresión del deterioro cognitivo hacia la demencia. La identificación de esta etapa es fundamental porque el tratamiento y el apoyo sociofamiliar cambian completamente. Las funciones cognitivas que se ven frecuentemente afectadas son:

- Las **funciones ejecutivas**: se han definido como los procesos que asocian ideas, movimientos y acciones simples y los orientan hacia la planificación, organización y resolución de conductas complejas. Son considerados el trastorno cognitivo más característico de la EP, el que aparece de forma más precoz y con mayor frecuencia.

Su alteración supone dificultades para realizar las llamadas Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), las cuales son tareas más complejas del autocuidado personal e independencia vital, como hacer la compra, cocinar, manejar medicación, planificar un viaje o usar el teléfono. Estas actividades permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad.

- La **atención**: es una función cognitiva compleja que no se puede reducir a una sola definición y que abarca diferentes capacidades. Hablamos de *atención sostenida* cuando nos referimos a la capacidad de estar concentrados en una tarea durante un periodo largo

de tiempo; nos referimos a *atención dividida* como la capacidad de realizar dos o más tareas al mismo tiempo; y si hablamos de la capacidad de hacer algo y acabarlo sin que otras distracciones lo impidan, entonces nos referimos a "*inhibición a la interferencia*".

Este conjunto de déficits atencionales se van a manifestar con fallos en las AIVD. A medida que los déficits cognitivos se van agravando, pueden aparecer déficits en todos los sistemas atencionales.

- **Velocidad del procesamiento de la información:** el entrecimiento del proceso de la información (bradipsiquia) es uno de los déficits descritos clásicamente en la EP, suele estar presente desde el inicio de la enfermedad y genera lentitud para pensar y que el tiempo de reacción ante determinados estímulos aumente.
- **Funciones visoespaciales:** son aquellas habilidades relacionadas con la ubicación en el espacio, la capacidad para utilizar las referencias del medio y desenvolverse en él o la capacidad de orientación en el entorno. Esto supone en el paciente con EP tener más problemas para interpretar un mapa, orientarse en un lugar nuevo o poco frecuentado e incluso dificultad en el reconocimiento de caras.
- La **memoria:** se han descrito diferentes sistemas de memoria que se alteran en la EP, que son: la *memoria de trabajo* (permite manipulación temporal de la información necesaria para resolver problemas) que va asociada a las funciones ejecutivas, por ejemplo, al hacer cálculo mental; la *memoria episódica* (almacenamiento de eventos) como, por ejemplo, qué cené o qué hice ayer; y la *memoria implícita* (aprendizaje y recuerdo que no está acompañado de conciencia) que incluye aprendizaje procedimental o motor de hábitos y destrezas como escribir, nadar o conducir.
- Hay pacientes que presentan anomalías en el **lenguaje**. Resulta importante en este aspecto diferenciar si la dificultad en el lenguaje es debido a una causa motora como la disartria (o dificultad para articular el habla) o cognitiva. En este último caso, se verá afectada la fluidez verbal, el paciente expresará que "no encuentra la palabra " o "lo tengo en la punta de la lengua", siendo muy



importante diferenciar esto puesto que, según su etiología, la intervención será diferente. En ambos casos, la alteración del lenguaje supone una gran perturbación para el paciente (genera frustración, estrés, depresión), también para sus cuidadores/familiares, ya que la comunicación se ve afectada y puede mermar los cuidados.

A medida que la enfermedad de Parkinson avanza y las funciones cognitivas empeoran, pueden añadirse dificultades para la nominación de objetos, llegando a utilizar un lenguaje mucho más simplificado, con abundantes “palabras comodín” (términos genéricos e imprecisos para referirse a algo que se quería decir pero no se recuerda el nombre, por ejemplo: “acércame esa cosa, por favor”).

## b) Alteraciones emocionales

Las **alteraciones emocionales** se pueden llegar a extradimensionar e influir negativamente en los circuitos nerviosos del cerebro, que conectan con los lóbulos frontales (iniciativa, motivación, expresividad, etc). De manera característica, estos pacientes pueden manifestar importante labilidad emocional (por ejemplo, llorar por cualquier cosa, pero volver a su estado de ánimo previo en poco tiempo).

- Los síntomas de **ansiedad** suelen darse como respuesta psicológica a estas limitaciones unidas a las de tipo motor. Además, la ansiedad en pacientes con Parkinson se cree que puede estar relacionada con procesos subyacentes neurodegenerativos asociados a la enfermedad.

En los inicios de la misma, suele aparecer incluso desde etapas previas a realizar el diagnóstico. El conjunto de cambios que conlleva la EP, y el impacto en las vidas del propio paciente y de su cuidador o familiar, puede generar un estrés importante, que es necesario detectar desde etapas iniciales para afrontarlo, tratarlo y, con ello, contribuir a una mayor satisfacción y bienestar, evitando desencadenar un deterioro psicosocial y empeoramiento de la calidad de vida.

Ante esta situación, el organismo nos llega a mostrar alarmas que son evidentes (sensación de cosquilleo, mareo, sudoración excesiva, temblor, sensación de ahogo, respiración rápida y superficial, etc.). Por tanto, debemos prestar atención a las situaciones que favorecen estados estresantes causados por el inicio de los síntomas tras el diagnóstico, el inicio del tratamiento parkinsoniano, cuando la medicación pierde su eficacia o los síntomas de la enfermedad empeoran.

- Los trastornos **depresivos** se producen por alteraciones en la regulación de neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina. Estos están directamente relacionados con el estado de ánimo y de la ansiedad. Los circuitos entre estos neurotransmisores se encuentran alterados en la enfermedad de Parkinson, además, el conjunto de factores psicosociales, de autopercepción, y las propias herramientas de las que se dispone para afrontar la situación, influyen también en el estado emocional del paciente. Percibir la enfermedad les hace sentir que su vida ha cambiado.

Pueden estar sufriendo un duelo relacionado con la pérdida de salud que en ocasiones no comunican; hay que estar especialmente atentos cuando los pacientes verbalizan, por ejemplo, que “se encuentran muy cansados, tristes, que no tienen apetito o que tienen mucho apetito, que no saben qué les pasa, que no pueden dormir, que no

les importaría morirse (en casos más graves), etc". Son ejemplos de alarmas que deben llamarnos la atención en la consulta.

### c) Alteraciones conductuales

Las **alteraciones conductuales** que pueden llegar a desarrollar los pacientes con EP han de ser reconocidas, lo más precozmente posible. En este sentido, es de suma importancia formar a los cuidadores/familiares en la identificación de los síntomas del paciente, para que puedan alertar sobre la existencia del problema. Esta estrategia de intervención es conocida bajo el término de "psicoeducación del entorno del paciente". Dentro de las alteraciones conductuales que podemos encontrar en un paciente con Parkinson, destacan:

- **Los trastornos del control de los impulsos y desinhibición:** pueden ser debidos a los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos antiparkinsonianos, siendo los más frecuentes los agonistas dopaminérgicos. Esta situación consigue desencadenar situaciones muy complicadas del tipo comportamientos obsesivos o adictivos, que no solo afectan al paciente, sino que directamente logra perjudicar al cuidador, llegando a desestabilizar incluso el núcleo familiar.

En ocasiones se han dado situaciones en las que se ha visto necesario incapacitar al paciente. Algunos ejemplos a destacar serían: ludopatía, compras compulsivas, hipersexualidad, etc. La familia puede llegar a presentar un estado de desesperación extremo, ya que pueden verse afectados por deudas económicas importantes, llegando a perder sus viviendas, gastos importantes por la realización de compras compulsivas (objetos, ropa, etc., que no son necesarias) y que van disminuyendo los ahorros económicos de muchos años, o tener que aguantar relaciones de pareja forzadas (con el daño emocional que esto alcanza a producir en la pareja). También puede darse lo contrario, es decir, que no se tenga deseo sexual, y esto estar relacionado con otras alteraciones como la ansiedad y la depresión, tan presentes en esta enfermedad.

Este es, por tanto, un tema en el que no se debería andar con rodeos.

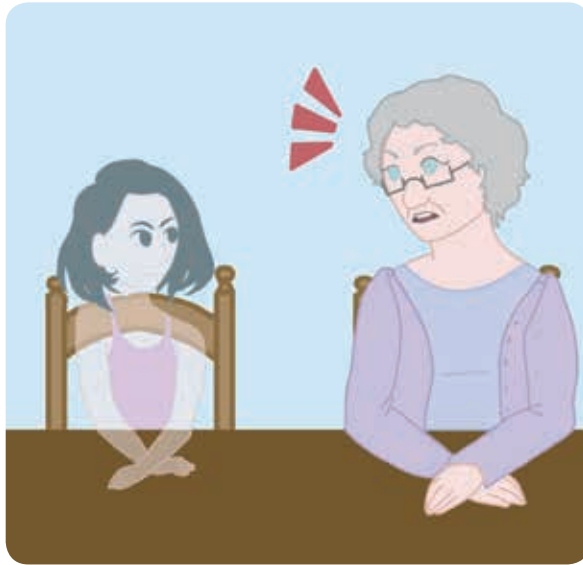
En la valoración es conveniente hacer preguntas directas, dirigidas a estos temas anteriormente mencionados. Se debe tener en cuenta que muchas veces no son aspectos que se cuenten de forma espontánea en la consulta. Algunos ejemplos de preguntas pueden ser: "¿Ha notado que realiza compras innecesarias?", "¿juega de manera exagerada a la lotería, máquinas tragaperras, etc.?", "en cuanto a su relación de pareja, ¿ha cambiado algo?", y si la respuesta fuera afirmativa, preguntar: "¿en qué ha cambiado exactamente?". Todo lo que se nos ocurra en ese momento, si les vemos receptivos, será información muy valiosa para valorar el tipo de actuación.

Suele ser de gran ayuda observar la reacción o expresión de la cara del acompañante del paciente hacia estas preguntas, incluso se puede valorar el realizar una consulta independiente con el cuidador, para que nos comunique más libremente la situación que están viviendo. En el caso de confirmarse sospechas sobre las preguntas formuladas, se haría necesario un ajuste o retirada de la medicación correspondiente de manera precoz.

No es fácil entender este problema, además de resultar muy incómodo, pues afecta directamente a la vida íntima de las personas. Aquí, es necesario saber que, salvo que la situación sobrepase ciertos límites, es complicado que te cuenten algo relativo a estos temas en la consulta. Es importante tener cierto grado de confianza y vínculo con el paciente y su cuidador para poder realizar la mejor intervención posible.

- **La apatía:** es una alteración conductual caracterizada por una falta de iniciativa y motivación hacia el entorno. El paciente se muestra poco comunicativo y expresivo (por ejemplo, a la pregunta "¿qué quieres cenar?", el paciente responde "me da igual"). Es importante señalar que esta alteración no tiene por qué corresponder a un estado anímico bajo o depresivo: la apatía es una conducta, mientras que la depresión es un estado emocional. Estos conceptos pueden ser complejos de entender, pero importantes a la hora de elaborar una estrategia de intervención.
- **Las alteraciones psicóticas:** muchos pacientes con EP llegan a presentar este tipo de problema a lo largo del curso de su





enfermedad. El tratamiento antiparkinsoniano o la evolución de la propia enfermedad pueden afectar directamente a esta situación. Este es otro punto de una importancia relevante como para hacer preguntas directas en la valoración por parte de enfermería, del tipo: "¿ves bichos o personas que crees que no existen?". Generalmente, las alucinaciones visuales son las más frecuentes, entre los diferentes tipos que existen. Pero, en otras ocasiones, los pacientes también pueden sentir que les están persiguiendo (delirio de persecución), que les van a hacer daño (delirio de perjuicio), etc.

La pareja también puede referirnos que está obsesionado con que "le es infiel" (delirio celotípico), sufriendo persecuciones molestas, supervisiones y controles excesivos, llegando a generar situaciones muy perjudiciales para la salud del paciente y de su pareja. Por ello, también se hace necesaria una buena valoración, con el fin de generar una intervención rápida.

## 3. Actuación

---

Dada la cantidad de información que se ha ido aportando en la valoración, el punto de la intervención puede llegar a ser extenso. Intentaremos sintetizar en los puntos más importantes de cada tema tratado para que la lectura sea más fácil, útil y comprensible.

### a) Deterioro cognitivo

- Conocer el perfil cognitivo del paciente es clave para realizar una buena estrategia de tratamiento, y para ello se hacen necesarias la valoración neurológica y la valoración neuropsicológica, donde aportarán los datos necesarios a la enfermera para diseñar una intervención cognitiva individual, teniendo en cuenta el grado y las funciones afectadas.
- Hay que tener en cuenta que el deterioro cognitivo se incrementa a la vez que avanza la enfermedad, por lo que se debe realizar un seguimiento y adaptar las intervenciones según los déficits o necesidades que se generen.
- Una forma rápida de evaluar en consulta el progreso, es utilizando la escala MMSE (Anexo 1): es un test breve pensado para la detección de alteraciones cognitivas que evalúan normalmente varias funciones a la vez y nos permiten realizar cambios en la intervención que se ajusten más a las funciones afectadas.
- Según las funciones cognitivas afectadas, se generará con el paciente y su cuidador/familiar una intervención cognitiva dirigida. Mediante escucha activa, entrevista de enfermería y una buena dosis de empatía. Se podrá evaluar el impacto que los trastornos cognitivos generan en las actividades de la vida diaria, en el funcionamiento global de cada paciente así como la repercusión de todo ello en la familia y en su entorno.
- Los ejercicios de estimulación cognitiva deben ser parte de la rutina diaria del paciente (unos treinta minutos diarios, aproxi-

madamente). Deben tener relación con el paciente, requerir su implicación y ayudarle a relacionarse con el entorno.

- Se deben dar instrucciones y enseñar a los pacientes en la realización de los ejercicios.
- Es importante reforzar positivamente a los pacientes y trabajar con ejercicios que puedan resolver con éxito, basándonos en las funciones cognitivas que tienen más preservadas con el fin de evitar la frustración.
- Enseñar a los pacientes a realizar ejercicios y actividades que activen su mente, que puedan encontrar fácilmente en su vida diaria. Ejemplos: crucigramas, sopas de letras, sudokus, etc.
- No abandonar las aficiones e incluso iniciar otras nuevas (pintar, aprender o mejorar un idioma, clases de informática, entre otras).
- Trabajar con programas de televisión que al paciente le gusten y pedirle, por ejemplo, que haga un resumen semanal por escrito, o que escriba una lista con los personajes famosos que aparezcan en el programa y que así el paciente los reconozca.
- Proponer actividades que emocionalmente impliquen al paciente. Ejemplo: recoger fotos de un álbum en momentos importantes de la familia y que escriba quienes aparezcan en la foto y qué están haciendo.
- Existen centros especializados en deterioro cognitivo para realizar estimulación cognitiva. El servicio de Trabajo Social de su zona le podrá dar toda la información necesaria a cerca de estos centros.
- Con la llegada de las nuevas tecnologías, se cuenta hoy en día con otros medios para realizar estimulación cognitiva, ya sea a través de diferentes aplicaciones para ordenador o teléfono móvil como a través de diferentes páginas web especializadas.

## **b) Ansiedad**

- Optimizar el tratamiento dopaminérgico, en caso de que la ansiedad coincida con el estado Off de la enfermedad.

- Realizar ejercicio de manera regular.
- Salir de casa y hacer actividades que le gusten. Esto favorecerá una actitud positiva, que es tan necesaria para incidir en la mejoría.
- Usar técnicas de relajación que sean adecuadas al momento.
- Revisar el tratamiento médico por si fuera necesario indicar algún otro.
- Trabajar terapias para alejar los pensamientos negativos, dando paso a los positivos.
- Si no fuera posible hacer de manera individual las terapias favorecedoras de mejoría en el estado de ansiedad (musicoterapia, técnicas de relajación, etc.), se podría recurrir a terapia psicológica para conseguir el objetivo.

### c) Estrés

El afrontamiento puede ir enfocado a:

- Manejar bien la información sobre la enfermedad.
- Actitud positiva ante la vida y las dificultades.
- Mantener y, en la medida de lo posible, crear contactos sociales.
- Realizar esfuerzos para mantener estado de autonomía.
- Buscar ayuda necesaria para afrontamiento en caso de no poder realizar indicaciones de manera individual, para mejorar el estrés.

### d) Depresión

- Revisar y ajustar en caso necesario el tratamiento farmacológico.
- Derivar a los profesionales del equipo interdisciplinar que trabajan en salud mental.
- Realizar terapias cognitivo conductuales (aprendizaje de estrategias de intervención que tienen la finalidad de que la persona aprenda a auto-observarse).

- Acompañar para intentar eliminar el pensamiento de culpabilidad sobre la razón de padecer una depresión.
- Realizar actividades que sean agradables.
- Facilitar que tanto el paciente como el familiar expresen situaciones que orienten sobre la posible alteración.
- Ayudar en la búsqueda de causas que puedan favorecer los trastornos emocionales, con el fin de mejorarlo en la medida de lo posible.

### e) **Trastornos del control de los impulsos**

- Ajustar o retirar los fármacos que sean la probable causa del trastorno, o añadir al tratamiento los medicamentos que se necesiten para mejorar esta situación (antidepresivos, antipsicóticos, etc.), a criterio del neurólogo.
- Realizar preguntas directas de manera rutinaria, que avisen de posibles alarmas.
- Interactuar con la pareja o cualquier otro miembro de la familia (hijos, hermanos, etc.) para obtener información que pueda ayudar a programar intervenciones del equipo interdisciplinar.
- Aportar información sobre las probables causas que pueden producir este trastorno, para mayor aceptación y superación.
- Transmitir confianza, para que puedan estar receptivos a las intervenciones que se planteen.
- Realizar diagnósticos diferenciales con otros problemas urológicos en el caso del trastorno del control de los impulsos relacionado con la hipersexualidad.
- Remitir a las estrategias nombradas en este capítulo en los apartados de ansiedad y depresión, en caso de que sean la causa probable de estos trastornos.

## **f) Alteraciones psicóticas (alucinaciones, delirios)**

- Valorar el grado de gravedad para saber desde qué punto se parte.
- Ofrecer al paciente la ayuda que necesite para poder superar lo que está viviendo.
- Poner en conocimiento del profesional del equipo interdisciplinar que compete, si fuera necesario.
- Trabajar con la familia el conocimiento de la nueva realidad que están viviendo y aprender a gestionarla.
- Realizar ejercicio físico de manera regular.
- Cuidar el patrón del sueño y descanso.
- Realizar terapias de relajación.
- Poner en manos del equipo de salud mental o psicoterapia si fuera necesario.
- Favorecer la complicidad con el cuidador/familiar cercano, para intercambiar información sobre el estado de salud, e intervenir cuando se aprecian cambios negativos.



## 4. Anexos

En las consultas de enfermería de la Unidad de Trastornos del Movimiento de nuestro Hospital, se entrega al paciente información sobre estrategias adecuadas sobre el tema que se trata, con el fin de que resulte atractivo leerlo y con ello se consiga la motivación necesaria para cumplir los objetivos marcados.

Es conveniente dar la opción de mantener el soporte en papel (letra grande), sobre todo a las personas mayores, o bien enviar la información a través del correo electrónico institucional.

### ANEXO 1: Ejercicios prácticos para la estimulación cognitiva

A continuación se muestran ejemplos de diferentes ejercicios de estimulación dependiendo de la función cognitiva que está más afectada.

Estos ejercicios se pueden diseñar de forma personalizada para cada paciente en casa según las necesidades del mismo y siguiendo las directrices de personal especializado.

#### 1. Ejemplo de ejercicio de memoria

Anote el nombre de la festividad que se celebra en las siguientes fechas:

- 6 de enero:
- 12 de octubre:
- 25 de diciembre:

Anote el nombre y la fecha de cumpleaños de quién corresponda:

- Yo:
- Esposo/esposa:
- Hijo/a:
- Cuidador:



## 2. Ejemplo ejercicio de lenguaje

Ordene las palabras para escribir la frase:

- mar del salada agua el está

FRASE: .....

- ejercicios de gusta me matemáticas hacer

FRASE: .....

- mayo san celebra en Isidro se

FRASE: .....

## 3. Ejemplos de ejercicios de atención y memoria de trabajo

Encuentre todas las letras "E"

G	H	E	L	W	E	V	G	R	K
L	S	D	C	V	T	C	I	F	F
F	K	K	K	E	J	U	E	A	C
K	O	C	R	Q	I	S	E	J	U
Q	E	N	L	H	O	F	S	V	H
H	V	S	Q	F	T	A	A	E	R
R	O	H	L	I	E	K	O	L	D
S	E	N	E	N	A	S	V	S	A
K	T	V	D	F	L	F	Q	T	U
U	O	H	J	S	D	E	H	K	C

Dígame cuanto suman las letras de sus apellidos si cada letra vale:

A=1 B=2 C=3 D=4 E=5 F=6 G=7 H = 8  
 I= 9 J=10 K=11 L=12 M=13 N=14 O=15 P = 1 6  
 Q=17 R=18 S=19 T= 20 U=21 V=22 W=23 X = 2 4  
 Y=25 Z=26

EJ: GARCÍA : 7+1+18+3+9+1: 39

## ANEXO 2: Consejos para mejorar la ansiedad

---

Los signos que desencadenan la ansiedad a veces aparecen antes que los síntomas motores del Parkinson, por ejemplo, el miedo a salir a la calle y a los espacios estrechos y cerrados (claustrofobia).

La ansiedad puede hacernos sentir como un cosquilleo, mareo, sudoración excesiva, temblor, ahogo, respiración rápida y superficial... Cuanto más pendientes estemos de ello, más probable será que suceda.

Los síntomas motores de la enfermedad como el bloqueo, la rigidez, el temblor y la pérdida de la estabilidad postural, pueden influir en que se necesite que otras personas nos ayuden. Esto, junto con los cambios que se den en la vida de las personas con esta enfermedad, o de su entorno más cercano, podría ser una de las causas por las que nos sintamos con ansiedad.

- Es interesante ver la vida desde un punto de vista más positivo, intentando ser flexibles ante las situaciones que se nos puedan dar.
- Ser capaces de adelantarnos a determinadas situaciones. Lo haremos comenzando con técnicas de relajación, como pueden ser: la respiración abdominal, intentando respirar con más tranquilidad, inspirando el aire más rápidamente que cuando lo expulsamos (más lentamente). EL OBJETIVO: "RELAJARSE".
- Mantenerse activo mentalmente es muy recomendable (sopa de letras, crucigramas, programas informáticos...).
- Realizar ejercicio físico, ajustándolo a las necesidades y los gustos de cada uno.
- Quedar con amigos y amigas para ir al cine, teatro, conferencias, desayunar, etc.
- No perder el contacto con tu/el entorno más próximo. Lee periódicos, revistas, etc.
- Busca un momento solo para ti, para que puedas "desconectarte de este mundo", y puedas estar a solas contigo con el fin de encontrar la paz que necesitas para sentirte bien.



- Realizar técnicas de relajación. (1 minuto). Nos van a ayudar a conseguir nuestros objetivos.
- Intentar mantenerse activo, realizando actividades que nos hayan interesado en otro momento de nuestra vida. Con ello intentaremos distraer nuestro malestar.
- Salir a caminar y tomar el sol. Es una buena terapia para sentirse más tranquilo.
- Animarse porque no es imposible realizar los esfuerzos encaminados al entretenimiento, por ejemplo, quedar con amigos, salir con familiares.
- **NO ESTÁ RECOMENDADO QUEDARSE EN CASA.** Si lo hacemos, solo servirá para darle vueltas a la cabeza. Y esto empeorará nuestro estado.
- Hablar es una buena terapia. Tenemos que esforzarnos por encontrar a la persona de confianza que nos escuche comprenda y nos pueda ayudar a encontrar una salida. Y, si lo conseguimos, deberíamos dejarnos acompañar por ella. Pues sabemos que solo quiere nuestro bienestar.
- Mantenernos activos, intentar estar lo más relajados posible, etc., va a hacer que nos entren más ganas de comer, vamos a estar más cansados y vamos a descansar mejor, ¡VAMOS A MEJORAR!

## **ANEXO 4: Consejos para conseguir higiene mental**

---

### **¿Sabes cómo debes mantener higiene mental?**

- Mantener la mente activa, con actividades que aporten actividades beneficiosas (bailar, excursiones, leer, etc.).
- Realizar ejercicio de respiración/relajación, para mejorar los distintos estados mentales perjudiciales.
- Llevar una vida sana y equilibrada, en la medida de lo posible. Buena alimentación y realizar ejercicio de manera regular.

- Busca la manera de relacionarte con personas de tu entorno, haciendo actividades que te gusten.
- Afronta el estrés y la ansiedad que te generen una carga mental negativa, utilizando técnicas de relajación, paseando, realizando actividades que te gusten, etc.
- Realiza las revisiones de salud en tu Centro de Atención Primaria.
- Busca un buen equipo de profesionales especializados en tu enfermedad, que te ofrezcan la confianza necesaria para poder exponerles con libertad tus necesidades. Dentro del equipo interdisciplinar, cuentas con profesionales que trabajan distintas disciplinas como la neurología, enfermería, psicología, fisioterapia, logopedia, trabajo social, terapia ocupacional, etc.
- Enfréntate a los problemas, y no intentes evitarlos, porque solo se agravaría la situación.
- Asegúrate un buen descanso diario.
- Es muy importante que tomes la medicación como te la han pautado, no modifiques nada.
- En caso de notar algún efecto adverso de los fármacos, avisa inmediatamente al equipo de la Unidad de Trastornos del Movimiento.

## **ANEXO 5: Taller de técnica sencilla de relajación**

---

Cuando los pacientes llegan a la consulta con mucha ansiedad, necesitan una respuesta rápida para poder aliviar la situación.

Relajarse en “un momento” con un uso adecuado de la respiración, les convence. En este momento no necesitan que les hablemos de técnicas que requieran mucha preparación.

Por lo tanto, realizamos un taller que dura unos 7 minutos, por las explicaciones que requiere, pero que en su día a día tan solo dura un minuto o menos.

Esta técnica consiste en que:

- Explico en qué consiste una respiración, pues muchas veces creen que una respiración es cuando inhalamos el aire y otra cuando lo exhalamos. Por tanto, tiene que quedar claro que una respiración es cuando espiramos el aire inspirado.
- Realizamos unas cuantas respiraciones y les enseño a contarlas.
- Las respiraciones tienen que ser conscientes, es decir, el paciente es capaz de notar cómo entra el aire y cómo sale y, además, introducirlo hasta el abdomen.
- Cronometro cuántas respiraciones realiza el paciente en 1 minuto.
- Explico los datos que he obtenido, para ayudarle a realizar el ejercicio.
- Pasamos a que el paciente, sin necesidad de que haya una persona acompañándole, sea capaz de realizar las respiraciones que necesita, para encontrar su momento de relax.
- Le explico que esta técnica la utilizamos solo para frenar la situación de ansiedad que presente en cualquier momento o situación del día.
- Puede practicarlo en cualquier lugar, por lo que les ayuda a romper el ciclo de malestar, y comenzar a mejorar su situación (estrés, insomnio, etc.).
- Lo practicamos también con el familiar/ cuidador que le acompaña. Para que también se pueda ver beneficiado de esta técnica.
- Les suele gustar por el poco tiempo y preparación que precisa para realizarse, y por los resultados tan rápidos que obtienen.
- Tras esta técnica, pueden comenzar a realizar rutinas y actividades cotidianas incluso ser capaces, si saben, hacer cualquier técnica de relajación (rutina relajante para ir a la cama, técnicas de prestar atención a la respiración, escáner mental del cuerpo, ciclo tensión/relajación del cuerpo atendiendo a la detección de las partes tensas del cuerpo, etc.).
- Le explico que cada persona tiene su propia técnica para relajarse, y que cualquiera es igual de válida, si a la persona que la practique le sirve.



## 5. Bibliografía

---

- Bocanegra Y, Trujillo-Orrego N, Pineda D. Demencia y deterioro cognitivo leve en la enfermedad de Parkinson. *Revista Neurológica*. 2014; 59: 555-69.
- Ray Chaudhuri K, Martínez-Martín P, Odin P, Antonini A. Manual de los síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson. Reino Unido: Springer Healthcare; 2012.
- Escamilla Sevilla F, Minguez Castellanos A. Recomendaciones de práctica clínica en la Enfermedad de Parkinson. Grupo Andaluz de Trastornos del Movimiento, Sociedad Andaluza de Neurología. Editorial Glosa; 2012.
- Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de Cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. 1ª Edición. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
- De la Cruz Crespo M, Prats A, Galonera M, Bayés Rusiñol A. Cognición y emoción. Barcelona: Farmalia comunicación; 2008.
- Crespo Maraver M, Cruz, Bayés A. Consejos sobre Psicología para pacientes con Enfermedad de Parkinson y sus familiares. Bristol-Myers Squibb; 2008.
- Swearingen PL. Manual de Enfermería Médico Quirúrgica. Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. 6ª ed. De la obra *Manual of Medical-Surgical Nursing care. Nursing Interventions and Collaborative Management*. Barcelona: Elsevier; 2008.
- Martine R, Duda J. La enfermedad de Parkinson: Mente, Estado de ánimo y Memoria. 1ª ed. Española. EEUU: National Parkinson Foundation; 2008.
- Cantero Valero I, García Guerrero A, Cotos Rivero Mª J, Écija Fernández R, Espinar Toledo M, García Mena D, et al. Guía para personas cuidadoras. Fundación Jorge Queraltó. Por un futuro más humano. Junta de Andalucía: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social; 2006.







Inspired by **patients.**  
Driven by **science.**