



Universidad de Valparaíso  
Facultad de Medicina  
Carrera de Fonoaudiología

## **UN PROGRAMA DE TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA GRUPAL PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON**

Seminario de tesis para optar al grado de licenciado en Fonoaudiología y  
al título de Fonoaudiólogo.

Autores:

Isabel Margarita Aguirre Ahrens

Paz Teresa Bolívar Appelgren

Anamaría Paz Ramos Hajna

Paulina Andrea Rivas Navarro

Profesor Guía:

Flga. Casandra Araya Salfate

Valparaíso, Diciembre de 2006

## AGRADECIMIENTOS

A nuestra profesora Guía Casandra Araya, por darnos la posibilidad de compartir su experiencia con pacientes con Enfermedad de Parkinson. Agradecemos también, el ánimo entregado y la confianza depositada en nosotras y en nuestro trabajo.

A Karla Hidalgo, asesora de la Liga Contra el mal de Parkinson de Viña del Mar, al Servicio de Neurología del Hospital Gustavo Fricke y al Neurólogo doctor Eduardo Sandoval, por la ayuda prestada para contactar a los pacientes. También agradecemos la facilitación de las dependencias del Hospital para llevar a cabo el proceso de evaluación.

A la Liga Chilena Contra la Epilepsia de Viña del Mar, por su buena disposición al facilitarnos sus dependencias para la realización del taller grupal.

A nuestros nueve pacientes participantes del taller por su disposición, constancia, alegría y espíritu de superación. Gracias por compartir sus vivencias y su modo de ver la vida. Por permitirnos aprender más allá de lo que teníamos propuesto.

A la Fonoaudióloga Viviana García por su disposición y colaboración en la entrega de sugerencias.

A nuestras queridas familias por brindarnos un apoyo incondicional, por el inmenso cariño y, lo más importante, por acompañarnos en todo momento. ¡¡Los queremos mucho!!

Por último, gracias a Dios por acompañarnos en nuestro caminar y regalarnos una hermosa amistad.

## ÍNDICE

▪ Resumen	5
1. Introducción	6
2. Marco Teórico	8
2.1 Epidemiología	8
2.2 Neurofisiología	8
2.3 Etiopatogenia	10
2.4 Síntomas	10
2.4.1 Síntomas motores	10
2.4.2 Síntomas asociados	12
a) Disartria	15
b) Disfagia	21
2.5 Tratamiento	25
2.5.1 Tratamiento médico farmacológico	25
2.5.2 Tratamiento médico quirúrgico	26
2.5.3 Rehabilitación	27
a) Terapia Grupal y concepto de taller	28
b) Intervención fonoaudiológica	29
3. Metodología	38
3.1 Objetivo General	38
3.2 Objetivos Específicos	38
3.3 Diseño del estudio	39
3.4 Universo	39
3.5 Muestra	39
3.5.1 Criterios de selección de la muestra	39
a) Criterios de inclusión	39
b) Criterios de exclusión	40
3.5.2 Tipo de muestra	40
3.5.3 Número de muestra	40

3.5.4 Caracterización de la muestra	40
3.6. Instrumentos	41
3.6.1. De Selección de la muestra	41
a) Anamnesis	41
b) Mini-mental State Examination (MMSE)	42
c) Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	42
d) Escala de Estadiaje de Hoehn y Yahr	42
3.6.2 De evaluación de la muestra	42
a) Pauta de evaluación de Disartria	42
b) Pauta de evaluación de Disfagia en E.P.	43
3.6.3 Programa Terapéutico	43
a) Objetivos del programa	43
b) Características del programa	44
3.6.4 De evaluación del programa	45
a) Pautas de evaluación para pacientes	45
b) Pautas de evaluación para terapeutas	46
c) Pauta de evaluación para familiares	47
3.7 Procedimientos	48
3.7.1 Etapa de Creación	48
3.7.2 Etapa de Aplicación de Instrumentos	48
a) Proceso de selección y evaluación de la muestra	48
3.7.3 Etapa de aplicación del programa	49
3.7.4 Etapa de evaluación del programa	50
a) Proceso de validación de pautas de evaluación del programa	50
b) Proceso de evaluación del programa	51
3.7.5 Etapa de reevaluación de la muestra	51
3.7.6 Análisis de Datos	52
4. Resultados	53
4.1 Resultados de Aplicabilidad del Programa Terapéutico	53
4.1.1 Evaluación del Nivel de Éxito de la Terapia Grupal (pacientes)	53
4.1.2 Evaluación de la Aplicabilidad del Programa Terapéutico Grupal:	

Encuesta terapeutas	58
4.1.3 Pauta Apreciación de la sesión (pacientes)	59
4.1.4. Apreciación de la sesión (terapeutas)	62
4.2 Nivel de éxito del programa terapéutico	67
4.2.1 Comparación de encuestas de nivel de éxito paciente/ familiar	67
4.2.2 Encuesta de nivel de éxito del programa terapéutico (pacientes)	69
4.2.3 Apreciación de la sesión (terapeutas)	71
4.2.4. Evaluación y reevaluación fonoaudiológica	73
5. Discusión y Conclusión	76
6. Bibliografía	83
▪ Anexo I: Pautas de selección y evaluación de la muestra	87
▪ Anexo II: Programa Fonoaudiológico Grupal para Pacientes con Enfermedad de Parkinson	104
▪ Anexo III: Pautas de evaluación del Taller Grupal	157

## RESUMEN

La presente investigación surge de la necesidad de aportar un material fonaudiológico para los síntomas disártricos y disfágicos, característicos de la Enfermedad de Parkinson (E.P.). Para dicho fin, se propuso probar la aplicabilidad de un programa terapéutico grupal, el cual se llevó a cabo en la ciudad de Viña del Mar, con una muestra de 9 personas con E.P.

El desarrollo de este trabajo comenzó con la revisión bibliográfica del tema planteado y, junto con esto, se realizó el proceso de selección de los participantes. Luego, se aplicó el programa terapéutico grupal creado por las tesisistas, con actividades dirigidas especialmente a las características de estos pacientes. Su aplicación constó de 16 sesiones, realizadas dos veces por semana, en las que se entregaron herramientas dirigidas a ejercitar los aspectos de habla y deglución. Con el objetivo de evaluar la aplicabilidad de dicho programa, se consideró la perspectiva de pacientes y terapeutas, en cuanto al número de participantes, características de las actividades y materiales empleados, entre otros aspectos.

Finalmente, algunos de los resultados encontrados fueron los siguientes: las actividades de mayor agrado para los pacientes fueron las de resonancia, mientras que las de menor agrado fueron las de fonación y articulación. Además, esta última fue considerada el área de mayor dificultad y, las de resonancia, de menor complejidad. Por último, las tesisistas consideraron que las actividades que requirieron mayor apoyo para los pacientes fueron las de deglución, articulación y respiración. Junto con lo anterior, 8 de 9 pacientes estimaron adecuado el tiempo empleado en las sesiones y actividades; 9 de 9 pacientes consideraron apropiado el número de participantes y 9 de 9 pacientes manifestaron que los materiales utilizados fueron útiles y claros. De este modo, el Programa Terapéutico Grupal para Pacientes con E.P. resultó aplicable y dejó abierta la posibilidad de probar su efectividad.

## 1. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Parkinson (E.P.) corresponde a una afección neurodegenerativa que daña un grupo de células del cerebro, produciendo temblor, rigidez muscular, lentitud de movimientos y pérdida del equilibrio. Asimismo, es posible observar síntomas asociados, entre los cuales se incluyen trastornos de habla y deglución.

Actualmente, la E.P. requiere de un enfoque terapéutico integral, en el cual cada especialista interviene los síntomas propios de la enfermedad y, además, previene o retrasa la aparición de éstos. La labor fonoaudiológica en este ámbito no queda ajena, debido a que al tratar los síntomas que alteran la comunicación y la alimentación se logra un impacto en la calidad de vida de los pacientes. Es por eso que se requiere de un tratamiento dirigido a las necesidades específicas del paciente con E.P., el cual puede efectuarse de manera individual o grupal.

El abordaje de la E.P., a nivel internacional considera la intervención fonoaudiológica grupal como método para alcanzar una rehabilitación integral (Hernández, Alvarez & García, 2002; Torres Carro, Álvarez, Maragoto & Álvarez, 2003). Además, aporta estudios que avalan la eficacia de este tipo de intervención. Sin embargo, en Chile, la situación actual de la terapia fonoaudiológica grupal da cuenta de un escaso desarrollo, presentándose sólo la experiencia de la Liga Chilena contra el Mal de Parkinson en la ciudad de Santiago. Lo anterior motivó a las tesis a estudiar la posibilidad de aplicar una herramienta de terapia grupal, planteándose la siguiente interrogante: ¿Es posible aplicar un programa de terapia fonoaudiológica a un grupo de pacientes con E.P en Viña del Mar?

Con el fin de resolver la inquietud antes presentada, se plantea la elaboración y evaluación de la aplicabilidad del programa terapéutico propuesto para esta investigación, entendiéndose ésta como la posibilidad de llevarlo a cabo, considerando aspectos como número y condiciones de los participantes y, características de las actividades. Ello implicará la posibilidad de proporcionar a la comunidad fonoaudiológica un programa terapéutico grupal en beneficio de los pacientes con Enfermedad de Parkinson.

Si bien el estudio no pretende probar la eficacia del programa, aporta los datos obtenidos en cuanto a las características de los síntomas disártricos y disfágicos. De esta manera, se deja

abierta la posibilidad para que en futuras investigaciones se pueda verificar la capacidad de lograr el efecto esperado de esta herramienta.

Por último, el desarrollo de esta investigación está organizado en distintos capítulos. En el primero de ellos se revisan y correlacionan las diferentes miradas a nivel teórico sobre el tema, de manera de aplicar estos conocimientos en la elaboración de la terapia. El segundo corresponde a la metodología utilizada y, posteriormente, se presentan los resultados. Por último, se presenta la discusión y conclusión de la investigación.

## 2. MARCO TEÓRICO

La elaboración del soporte teórico requiere de la precisión de conceptos y datos que fundamentan la ejecución de la investigación. Así, se exponen aspectos relacionados con la Enfermedad de Parkinson en cuanto a su epidemiología, neurofisiología, y síntomas motores y asociados. Dentro de éstos últimos, se abordan con mayor detalle las alteraciones de habla y deglución, áreas directamente involucradas en este estudio. Además, se consideran las propuestas terapéuticas actuales, entre las cuales se incluye la de tipo grupal.

En 1817, el médico británico James Parkinson describió una patología que presentaba como síntomas característicos, el temblor en el cuerpo y la dificultad para realizar movimientos. Junto con esto, observó que en los estadios tardíos de la enfermedad “las palabras de un paciente son apenas inteligibles (...) el habla era muy interrumpida” (Parkinson, 1817, *cit.* en Darley, Aronson & Brown, 1978: 179). Años más tarde, dicha patología se conocería como Enfermedad de Parkinson (E.P.).

La Enfermedad de Parkinson corresponde a una patología neurodegenerativa del Sistema Nervioso Central. Se define convencionalmente como “(...) la asociación de un cuadro clínico en el que predominan las alteraciones motoras y que se suele denominar síndrome rígido-acinético, con una degeneración preferente del Sistema Nigroestriado” (Lezcano, Zarranz, Tolosa & Gómez, *cit.* en Zarranz 2003:501). Además, la disartria hipocinética y la disfagia están asociadas a esta patología.

### 2.1 Epidemiología

La E.P. no diferencia sexo ni raza y puede aparecer en cualquier segmento de la edad adulta. Se presenta de forma excepcional bajo los 30 años y es poco frecuente entre los 30 y los 40; la mayoría de los casos se inician alrededor de los 60 años. En Chile, mediante el estudio epidemiológico de enfermedades neurológicas, la prevalencia fue estimada en 190/100.000 habitantes, lo que representa al 1% de la población mayor de 65 años (Chaná, Kunstman, Tapia & Juri, 2005).

### 2.2 Neurofisiología

De acuerdo a Aminoff (2002), dentro del Sistema Nervioso Central existen dos sistemas principales: el Sistema Piramidal y el Extrapiramidal. Este último se encuentra comprometido

en la E.P. y corresponde a un conjunto de vías motoras que se relacionan con el control del tono muscular y de los movimientos involuntarios o inconscientes, como es el parpadeo y la mímica facial, entre otros. En él participan numerosas conexiones entre la corteza cerebral, el cerebelo, los Ganglios Basales, el tronco encefálico y la médula espinal.

El sistema extrapiramidal participa también en el control y coordinación de los movimientos voluntarios mediante los Ganglios Basales. Estos corresponden a un conjunto de núcleos que participan en la regulación de los movimientos y que se encuentran insertos en un circuito, cuyo origen radica en la corteza cerebral y finaliza en el tálamo. Los elementos principales son: el Cuerpo Estriado, formado por los Núcleos Caudado y Lenticular. Este último, lo componen el Putamen y el Globo Pálido. Otras estructuras son los núcleos subtalámicos, el Núcleo Rojo y la Sustancia Negra.

En los Ganglios Basales, existe una vía directa, que activa el movimiento, y una vía indirecta, que cumple el rol inverso. Ambas vías se originan en la corteza motora y utilizan Glutamato y GABA como neurotransmisores. Cabe destacar, que en la vía directa también se utiliza Dopamina, mensajero químico que posee función inhibitoria. Su rol es transmitir las señales entre la Sustancia Negra, núcleo encargado del control y coordinación de los movimientos, y la siguiente estación de relevo del cerebro, que corresponde al Cuerpo Estriado. Es así como se produce la actividad muscular fluida y con un propósito determinado.

En personas sanas, la Dopamina se encuentra en equilibrio con otro importante neurotransmisor, la Acetilcolina, el cual posee una función excitatoria. En la persona con E.P., existiría una degeneración de las neuronas de la Sustancia Negra, las cuales sufren deterioro o muerte y, por lo tanto, dejan de producir Dopamina. Al producirse un descenso en los niveles de Dopamina, se pierde el equilibrio, existiendo un aumento en la actividad excitatoria de la Acetilcolina. Esta alteración provoca la incapacidad del paciente para dirigir o controlar sus movimientos de forma normal. De acuerdo a Jones & Godwin-Austen (2000), en la E.P. existe una hiperactividad de la vía indirecta y una hipoactividad de la vía directa de los Ganglios Basales.

Es importante señalar que, en cerebros que envejecen en forma normal, la declinación de la Dopamina es insignificante, a una tasa de 0.6% por año. La declinación de los niveles de

Dopamina aumenta a una tasa del 5.2% por año en las personas con EP. (Marjama-Lyons & Lieberman, 2004)

### **2.3 Etiopatogenia**

La E.P. es idiopática, sin embargo, numerosas teorías pretenden explicar la causa de la muerte de las neuronas productoras de Dopamina y, por lo tanto, la aparición de la enfermedad. Así, existen explicaciones por alteraciones genéticas, tóxicas y por procesos químicos corporales (Aminoff, 2002). Así, se postula que la E.P. estaría causada por la acción de determinados genes responsables de la enfermedad; por una destrucción selectiva de las neuronas dopaminérgicas, causada por la acción de tóxicos, como pesticidas; por una alteración celular mitocondrial (estructuras encargadas de producir energía dentro de la célula), las cuales sufrirían alguna alteración que conllevaría a una muerte neuronal por falla energética y por último, por un daño en las neuronas provocado por el proceso de oxidación de los radicales libres, moléculas perjudiciales para el cuerpo.

### **2.4 Síntomas**

La E.P. no afecta a todas las personas de la misma forma; algunas experimentan perturbaciones motoras menores mientras que otras sufren incapacitación severa en un mismo periodo de evolución. Los síntomas pueden presentarse de forma sutil y paulatina, los pacientes pueden sentirse cansados o algo temblorosos; notar que hablan con voz excesivamente baja y que su caligrafía se torna apretada e irregular. A su vez, la cara de la persona tiende a carecer de expresión y animación, lo cual se denomina hipomimia y es conocido, popularmente, como “cara de jugador de Póker”.

Entre los síntomas característicos de la E.P., se encuentran: temblor, rigidez, bradicinesia e inestabilidad de la postura. Además, es posible describir síntomas asociados o no motores, tales como alteraciones del ánimo, del sueño y, déficit de las funciones cognitivas, entre otras. También, se presentan alteraciones del habla y la deglución, trastornos abordados en mayor profundidad en este trabajo.

#### **2.4.1 Síntomas motores**

A continuación se presentan los síntomas motores y sus características de acuerdo a lo expuesto por Aminoff (2002).

- **Temblores:** Este signo se puede observar en un pie, la mandíbula, los músculos de la lengua y especialmente en la mano. En esta última, se presenta como un movimiento rítmico del pulgar y del índice hacia delante y atrás, a tres oscilaciones por segundo, denominado “rodar la píldora”. El temblor es más evidente cuando la persona está en descanso o sometida a tensión. Este síntoma rara vez es incapacitante y, por lo general, desaparece durante el sueño y mejora con movimiento intencional.
- **Rigidez:** Afecta a la mayoría de los pacientes con E.P. y se produce cuando, en respuesta a las señales transmitidas por el cerebro, se perturba el equilibrio de los músculos agonistas y antagonistas. Por esta razón, permanecen constantemente tensos o contraídos, provocando aumento del tono y, por consiguiente, dolor, debilidad o pérdida de flexibilidad. La rigidez provoca movimientos en “rueda dentada” los cuales se caracterizan por ser lentos, cortos y abruptos.
- **Bradicinesia:** Corresponde a la lentitud y pérdida de movimiento espontáneo y automático. Es considerado el componente más incapacitante de la enfermedad y, afecta principalmente, la cara y los músculos axiales. Se produce un enlentecimiento progresivo de los movimientos voluntarios que, en combinación con el temblor y la rigidez, ocasiona que tareas simples, como escribir o vestirse, se conviertan en imposibles. También, se ve afectada la marcha, la cual ocurre a pequeños pasos. La última expresión de la bradicinesia es el llamado ‘bloqueo o congelación’, donde el paciente, repentinamente se ve incapacitado de dar un paso adelante, como si sus pies estuvieran adheridos al suelo.
- **Inestabilidad de la postura:** El desequilibrio y la incoordinación motora provocan que los pacientes adquieran una inclinación hacia adelante o hacia atrás y caigan con facilidad. Este signo puede ocasionar que los pacientes presenten dificultad para mantenerse de pie en posición recta, adoptando una postura inadecuada, donde la cabeza se observa inclinada hacia abajo y los hombros caídos.

En relación al grado de afección de la E.P., es posible encontrar diferentes estadios. Habitualmente, se utiliza la clasificación en estadios de Hoehn y Yahr (1967,

*cit* en Centro de Neurología y Neurocirugía Funcional, Clínica Quirón), la cual indica la situación evolutiva de la enfermedad según los síntomas motores. A continuación se precisa:

#### Estadaje de Hoehn y Yahr

<u>Estadio 1</u>	<u>Estadio 2</u>	<u>Estadio 3</u>	<u>Estadio 4</u>	<u>Estadio 5</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signos y síntomas en un solo lado.</li> <li>- Síntomas leves.</li> <li>- Síntomas molestos pero no incapacitantes.</li> <li>- Presencia de temblor en alguna extremidad.</li> <li>- Familiares notan cambios en la postura, expresión facial y marcha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntomas bilaterales.</li> <li>- Mínima discapacidad.</li> <li>- Marcha y postura afectadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Significativa lentitud de los movimientos corporales.</li> <li>- Dificultad para mantener el equilibrio tanto de pie como al andar.</li> <li>- Disfunción generalizada moderadamente severa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntomas severos.</li> <li>- Todavía puede andar cierto recorrido.</li> <li>- Rigidez y bradicinesia.</li> <li>- No puede vivir solo.</li> <li>- El temblor puede ser menor que en los estadios anteriores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estadio caquético.</li> <li>- Invalidez total.</li> <li>- No puede andar ni mantenerse de pie.</li> <li>- Requiere cuidados especializados.</li> </ul>

Tabla 1: Clasificación de severidad de síntomas motores de Hoehn y Yahr (1967).

#### **2.4.2 Síntomas asociados**

Actualmente, es escaso el conocimiento de los aspectos relacionados con el desarrollo y evolución de las manifestaciones no motoras de la enfermedad. Estas tienen un impacto sobre la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud. Asimismo, estas deficiencias provocan alteraciones psicosociales, físicas y de las

actividades de la vida diaria (A.V.D) y, por consiguiente, en la globalidad del paciente.

Entre los síntomas asociados, la depresión es un problema común y puede aparecer en una fase temprana de la enfermedad, incluso, antes de advertir otros síntomas. Ésta puede intensificarse con el consumo de medicamentos utilizados para tratar otros síntomas de la enfermedad. También, son frecuentes los trastornos del sueño, caracterizándose por: insomnio, pesadillas, o sueños vívidos, lo que conlleva a una excesiva somnolencia diurna. Además existen alteraciones autonómicas, como la hipotensión postural, estreñimiento, problemas urinarios, seborrea y alteraciones de la regulación térmica.

En cuanto a las posibles alteraciones de las funciones cognitivas, la fisiopatología aún es controvertida. Dado que la E.P. implica una alteración de la vía dopaminérgica y, por lo tanto, un inadecuado funcionamiento de los Ganglios Basales, se ha tomado en consideración el papel de dichas estructuras en la cognición humana. Estos últimos, a través de sus conexiones con la corteza prefrontal (encargada de activar las áreas cerebrales necesarias para la realización de las llamadas funciones ejecutivas), dirigen la actividad de dicha zona de la corteza. Por tanto, si los Ganglios Basales monitorean esta actividad cortical, su afectación provocaría un cuadro caracterizado por alteraciones cognitivas (Ostrosky-Solis, 2000).

Los síntomas extrapiramidales aparentan estar relacionados de forma recíproca, dado que la presencia temprana de trastornos cognitivos parece condicionar la evolución más rápida en la sintomatología motora (Louis, Tang, *et al*, 1999; Murat Emre 2003, *cit.* en Cassinelli & Santibáñez, 2004). Así, Cassinelli y Santibáñez (2004) observaron que, en la medida que los valores del puntaje del Minimental van siendo menores, se encuentra un estadio de Hoehn y Yahr mayor, siendo más fuerte la correlación en estadios superiores a II.

De acuerdo a Sánchez-Rodríguez (2002), las investigaciones realizadas en las últimas décadas han revelado que los trastornos cognitivos forman parte de la sintomatología clínica de la E.P y señalan a los lóbulos frontales como los más

afectados. De acuerdo a Vera y cols. (2006) se demuestra una disfunción frontal que se caracteriza por disminución de la memoria de trabajo, disfunción visuoespacial y ejecutiva.

A su vez, los pacientes presentan mayor daño en la memoria a largo plazo que en la a corto plazo. El reconocimiento de lo aprendido (evocación con guías o ayudas) supera a lo recordado libre y espontáneamente. Taylor *et al.*, (1988, *cit.* en Ostrosky-Solis 2000) encontraron diferencias significativas en memoria lógica y en la reproducción inmediata. Estos autores proponen que los pacientes codifican, inicialmente, la información en forma adecuada, pero la organización y la consolidación requieren de más tiempo para que se activen estrategias de búsqueda. Asimismo, Brown y Marsden (1990, *cit.* en Ostrosky-Solis 2000) propusieron que los pacientes presentan fallas, principalmente, en la memoria activa, que requiere que el sujeto manipule el material, no así en tareas que evalúa la memoria pasiva. En general, los pacientes con E.P. ejecutan dentro de los límites normales las pruebas que involucran procesos automáticos, reconocimiento inmediato, acceso a la memoria semántica a largo plazo, y rastreo de memoria a corto plazo.

En cuanto al lenguaje en pacientes con E.P, no se observan alteraciones en los diferentes niveles del lenguaje (Ostrosky-Solis, 2000) y, aparentemente, se encuentran intactos los aspectos lógico-gramaticales y lógico-verbales complejos. Se ha encontrado que tienen un rango normal de fluidez verbal en pruebas que requieren la generación de palabras que comienzan con una letra en particular (Lees & Smith, 1983; Matison, Mayeux, Rosen & Fahn, 1982 *cit.* en Ostrosky-Solis 2000). Sin embargo, se ve afectado el desempeño en tareas de fluidez dentro de una categoría semántica específica (Pillon, Dubois, Lhermitte & Agid, 1986; Matison, Mayeux, Rosen & Fahn, 1982 *cit.* en Ostrosky-Solis 2000).

Además, los pacientes muestran déficit para mantener una atención activa y concentración durante un tiempo prolongado. Se fatigan pronto y colabora la desmotivación emocional que frecuentemente presentan. Asimismo, los pacientes con E.P. pueden presentar Síndrome Dis-ejecutivo, el cual dificulta la resolución de

problemas desde su planificación y definición de objetivos, hasta el automonitoreo del proceso (autoevaluación).

Los trastornos perceptivos de los pacientes con E.P. se manifiestan en la dificultad para percibir las distancias, la posición relativa entre varios objetos y la visión en tres dimensiones. Además, ocurre mayor perseveración de las percepciones visuales, pudiendo interferir unas sensaciones visuales anteriores con otras nuevas. También, encuentran dificultades para atender a canales multisensoriales en forma simultánea, interfiriéndose y/o anulándose, generando confusión. Estas afecciones se deberían a la alteración básica en la orientación espacial y visopostural, las cuales dependen de las conexiones entre los Ganglios Basales y la corteza frontal (Bentin, Silverberg & Gordon, 1981, *cit.* en Ostrosky-Solis 2000).

Como fue mencionado previamente, dentro de los síntomas asociados se encuentran trastornos del habla y de la deglución: disartria hipocinética y disfagia respectivamente, los cuales serán descritos a continuación..

#### **a) Disartria**

La disartria, según un estudio realizado en la Clínica Mayo por Darley, Aronson y Brown (1978) corresponde a “una alteración del habla provocada por parálisis, debilidad o descoordinación de la musculatura del habla, de origen neurológico. Su definición abarca cualquier síntoma de trastorno motor relativo a respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia” (*cit.* en Love & Webb, 2001: 191)

Con respecto a la clasificación de la disartria, ésta se aplica según diferentes criterios. Así, dependiendo de la edad de inicio, pueden dividirse en congénitas o adquiridas. Según su etiología, pueden ser vasculares, neoplásicas, traumáticas, inflamatorias o degenerativas. Otro criterio para clasificarlas, es la región neuroanatómica donde se produce la lesión, dividiéndose en centrales o periféricas y, según el grado de afección, pueden catalogarse en leves, moderadas o severas (Puyuelo, 2004)

De acuerdo a la clasificación según grados propuesta por Enderby (1983), se entenderá lo siguiente:

- **Disartria leve:** Corresponde a aquella alteración de habla que tiene una inteligibilidad cercana a lo normal mayor al 70% o, en casos en los que hay 100% de inteligibilidad, se ve afectada sólo la naturalidad del habla, es decir, la apreciación que tiene la persona acerca de su producción.
- **Disartria moderada:** Corresponde a aquella alteración del habla en la cual la inteligibilidad se encuentra entre un 20 y un 70%, pudiendo sostener una conversación. La comprensión de este tipo de habla se dificulta si no se encuentra dentro de un contexto.
- **Disartria severa:** Corresponde a aquella alteración de habla en la cual la inteligibilidad no supera el 20%. Dentro de esta clasificación también se encuentra la ausencia de habla (anartria).

Asimismo, cabe mencionar que, dependiendo de la disfunción muscular que provoca la disartria, ésta puede clasificarse, según el estudio de la Clínica Mayo (1969. *cit.* en Love & Webb, 2001) en: disartria flácida, por lesión de la motoneurona inferior; disartria espástica, por lesión de la motoneurona superior; disartria atáxica, por lesión del cerebelo o vías cerebelosas; disartria hipocinética e hipercinética, ambas por lesión extrapiramidal; y disartria mixta, por lesiones múltiples.

### **Disartria en E.P.**

De las disartrias mencionadas, la hipocinética es característica de la E.P. debido a su origen en el Sistema Extrapiramidal. Los investigadores Hartelius y Svensson (1994, *cit.* en Trail *et al.* 2005) estiman que el 89% de las personas con E.P. presentan alteraciones de la voz o del habla. Alrededor de un 70% de los pacientes sufren de estas afecciones en los estadios iniciales de la enfermedad. A pesar de la alta incidencia de dichos trastornos, sugieren que sólo 3-4% de las personas con la enfermedad reciben tratamiento fonoaudiológico.

La reducida habilidad para comunicarse es considerado uno de los aspectos más difíciles para personas que padecen esta enfermedad y para sus familias. Los sujetos con E.P. tienden a participar menos en conversaciones o presentar falta de confianza en la comunicación, comparado con otras personas de la misma edad (1997, Fox & Ramig, *cit.* en Trail *et al.* 2005).

### **Características del habla en E.P.**

En cuanto a las características del habla en los enfermos de Parkinson, se puede observar una gran variación, dependiendo del estadio del mal y de la efectividad que tenga el tratamiento. A pesar de que los mecanismos neurológicos subyacentes al problema de habla y voz no están aún claros, tradicionalmente son atribuidos a los signos motores de la enfermedad. Una explicación adicional es un déficit en el procesamiento motor relacionado con el habla (Trail *et al.* 2005). Si bien no todos los pacientes van a presentar las mismas alteraciones, las más comunes, según la Clínica Mayo (1969, *cit.* en Love & Webb, 2001), son las siguientes: monotonalidad, acentuación reducida, monointensidad, imprecisión consonántica, silencios inadecuados, breves precipitaciones, voz áspera, soplada y continua, nivel de tono inadecuado y velocidad variable.

A continuación se describen las características del habla en pacientes con E.P, distinguiendo los síntomas que se observan en cada uno de los Procesos Motores Básicos:

- **Fonación:** Al inicio de la enfermedad, los pacientes presentan una fonación dentro de los parámetros de normalidad. Sin embargo, a medida que continúa, la voz se deteriora, generando una voz susurrada, inaudible o semejante a un chirrido forzado (Brookshire, 1997). De acuerdo a Ho, Ianssek, Marigliani, Bradshaw y Gates (2000, *cit.* en Trail *et al.* 2005), la fonación corresponde al primer aspecto en afectarse.

La disfonía puede ser uno de los rasgos más evidentes en estos pacientes debido a la escasa aducción de las cuerdas vocales y a la rigidez

de los músculos laríngeos. En un estudio realizado por Logemann, Fisher, Boshes y Blonsky (1973, *cit. en Trail et al.2005*), se examinó el tracto vocal, cuantificando y describiendo las características fonatorias de la E.P. Así, fue posible apreciar que el 99% de las personas presentaron alteraciones laríngeas, componente aéreo, voz raspada y temblorosa.

En relación a las características de las cuerdas vocales, en estudios mediante videoendoscopia se han encontrado diversos hallazgos. Por una parte, Wang, Kompoliti, Jiang y Gotees (2000, *cit. en Trail et al. 2005*) encontraron la presencia de hiato longitudinal en 30 de las 32 personas estudiadas. Asimismo, Smith, Ramig, Dromey, Perez y Samandari (1995, *cit. en Trail et al. 2005*) hallaron que, 12 de 21 pacientes investigados mediante fibra óptica flexible, presentaban una incompetencia glótica (hiato, anterior o posterior). Por otro lado, Pérez, Ramig, Smith y Dromey (1996, *cit. en Trail et al. 2005*) estudiaron 29 personas con E.P. y observaron que el 50% de ellas tenía alteraciones en la fase de cierre de las Cuerdas Vocales, 46% presentaron patrón de vibración asimétrico y 55% temblor laríngeo, siendo el temblor vertical el más común. Baker, Ramig, Luschei y Smith. (1998, *cit. en Trail et al. 2005*) apreciaron que la amplitud de vibración del músculo Tiroaritenóideo en personas con E.P. era menor en relación al grupo control. Este descenso pudo contribuir a la disminución de la intensidad observada en estos pacientes.

En cuanto a los parámetros de la voz, la intensidad fue medida, observándose inferior a la normalidad. Fox & Ramig (1997, *cit. en Trail et al. 2005*) compararon la intensidad vocal de 29 personas con E.P. con un grupo control igual en edad y sexo. Encontraron una disminución de 2 a 4 decibeles a 30 cms. de distancia en una serie de pruebas de habla. Dicha disminución correspondió a un cambio perceptual de un 40% en la intensidad. Asimismo, el tiempo máximo de fonación (T.M.F) en pacientes con enfermedades extrapiramidales, puede encontrarse o no afectado. Esto depende de la eficiencia del cierre glótico y del grado en que los músculos de la respiración se encuentran afectados (Brookshire, 1997).

Los pacientes con temblor, generalmente, producen perturbaciones regulares y cíclicas del tono, el cual tiende a ser monocorde. Esto también se aprecia en la frecuencia fundamental, la cual se encontró reducida en personas con E.P. (Canter, 1965, *cit.* en Trail *et al.* 2005). Dichos hallazgos apoyaron las características perceptuales del habla monotonal observada en los pacientes.

- **Articulación:** Ésta se caracteriza, según Brookshire (1997), por ser marcadamente imprecisa y de baja inteligibilidad, debido a que los músculos articulatorios se encuentran rígidos y no alcanzan el rango de movimiento completo. Sapir *et al.* (2001, *cit.* en Trail *et al.* 2005) hallaron alteraciones de la articulación en el 50% de 42 pacientes que recibían tratamiento farmacológico. Las consonantes más afectadas fueron las oclusivas, africadas y fricativas. El discurso de los pacientes se caracterizó por frecuentes “estallidos de habla”, en donde la mayoría de las consonantes desaparecieron.

En tanto, se observó que la falta de sinergismo provoca diferencias en la constricción y relajación de los labios y de la mandíbula después de la articulación. Esto se evidenció en la realización de diadococinesias, donde los movimientos sinérgicos de la lengua son más lentos que los movimientos repetitivos de los labios. Así, los pacientes prefirieron la repetición de sílabas labiales a las linguo-dentales y linguo-labiales. Además, en cuanto a los movimientos mandibulares, se apreció una reducción en el tamaño de la apertura bucal y en la velocidad de los movimientos durante el habla al compararlos con sujetos normales. (Connor, 1989; Dromey, 2001; Forrest, Weismer & Turner, 1989 *cit.* en Trail *et al.* 2005).

En el estudio “Particularidades Articulares de la Disartria Parkinsoniana” (Torres Carro *et al.*, 2001) se observaron las siguientes características en 200 pacientes: disminución de la amplitud articulatoria, fuerza inadecuada para el movimiento, velocidad inapropiada e

interrupciones repetidas de un flujo aéreo reducido. Además, presentaron alteraciones articulares en las consonantes K y G (guturales) en un 88%; S y Z (fricativas) en el 80 % de los casos; CH y J (africadas) en un 50%; y P y B (oclusivas) en un 30% de los sujetos estudiados. De esta manera, se concluyó que existe una inadecuada elevación lingual en oclusivas y fricativas y un insuficiente cierre por constricción del flujo aéreo en las fricativas. Además, la forma en la cual los órganos fonarticulatorios se vieron afectados es de posterior a anterior, es decir, velo, lengua, oposición dental y labios.

- **Respiración:** La mecánica respiratoria se encuentra alterada debido a la rigidez muscular y a los movimientos anormales de las cuerdas vocales, áreas supralaríngeas, de las paredes torácicas y de los músculos respiratorios (Estenne, Hubert y Troyer, 1984; Vincken *et al.*, 1984, *cit.* en Trail *et al.* 2005). Esto provoca una respiración superficial por limitación de la expansibilidad torácica, disminución de la capacidad vital y descontrol del soplo, lo cual se manifiesta en una incoordinación fonorespiratoria. Así, el paciente habla con frases cortas y con pausas anormalmente largas (Brookshire 1997).
- **Resonancia:** En pacientes con E.P. suele estar afectada, debido a una alteración en el rango de movimiento del velo del paladar. Esto se manifiesta en una hipernasalidad (Brookshire, 1997).
- **Prosodia:** Se observa una alteración en la acentuación de las palabras, duración de sonidos y de las pausas. Algunas personas forman sílabas demasiado cortas y otras utilizan sílabas muy largas. Además, presentan repeticiones de fonemas, las que pueden ser compulsivas, similar a lo que ocurre en la disfluencia. Asimismo, en algunos de los sujetos que padecen este mal, se ha encontrado palilalia, es decir, repetición de la sílabas, palabra o frases, asociadas, generalmente, a lesiones subcorticales bilaterales (Darley, Aronson & Brown, 1969; Sapir *et al.*, 1999, *cit.* en Trail *et al.* 2005).

En cuanto a la velocidad del habla, es generalmente muy variable, presentando periodos de normalidad interceptados con otros de habla rápida, marcada por pausas mal ubicadas. Al respecto, se encontró que 13% de las personas con E.P. manifestaban dichas características (Adam, 1997 *cit.en* Trail *et al.* 2005). Asimismo, Canter (1965, *cit.en* Trail *et al.* 2005) halló periodos de habla más lentos.

Por último, se han reconocido a lo largo de los años, ciertas alteraciones sensoriales en las personas con E.P., especialmente en la región orofacial y también en el procesamiento auditivo, temporal y perceptivo. Dichas alteraciones incluyen: errores en pruebas de sinestesia (Countryman, Ramig & Pawlas, 1994 *cit. en* Trail *et al.* 2005), dificultades en la percepción orofacial, como por ejemplo, la propiocepción del descenso mandibular; localización táctil de la lengua y dientes, junto con problemas para usar información propioceptiva para la realización de los movimientos. De acuerdo a Schneider (1986, *cit. en* Trail *et al.* 2005), en la E.P. habría un déficit en la utilización de los inputs sensoriales específicos para organizar y guiar movimientos. Otro hallazgo es la alteración en la percepción de la intensidad del habla, lo que indicaría un quiebre en el feedback auditivo y en la propiocepción al hablar. Ante dichos hallazgos, se cree que los Ganglios Basales pueden ser un área donde la información sensorial relacionada con el movimiento, es filtrada y eliminada cuando no es relevante para una acción motora.

## **b) Disfagia**

La disfagia corresponde a una alteración en cualquiera de las etapas de la deglución: etapa pre-oral, oral, faríngea o esofágica, la cual se manifiesta como una dificultad para tragar alimentos sólidos, semisólidos y/o líquidos (González & Araya, 2000).

Con respecto a la manifestación sintomática de esta patología, los pacientes que la padecen refieren sensación de que el alimento se atora en la garganta. Además, se observan alteraciones en la voz, carraspeo, tos con la alimentación, tos crónica, obstrucción de la vía aérea e intolerancia a sólidos o líquidos. Las consecuencias de estos síntomas pueden originar neumonías, deficiencias

nutricionales y deshidratación, explicándose así la urgencia del tratamiento. Asimismo, es posible que los pacientes con disfagia presenten problemas psicológicos y sociales, debido a que comer se considera un acto social y de placer personal.

La disfagia se puede clasificar según la fase afectada, en pre-oral, oral, faríngea y/o esofágica; según modo de aparición, en brusco o progresivo; de acuerdo a la consistencia afectada, en sólidos y/o líquidos. Para el presente estudio, cobrará mayor importancia la clasificación según grado de severidad, la cual, de acuerdo a lo indicado por Zambrana (1999) puede dividirse en:

- **Grado leve:** Se caracteriza por trastornos en la movilidad lingual, en la transformación del bolo alimenticio, retraso en la deglución y pérdida del contenido oral. No se observa la presencia de tos ni cambios en la calidad vocal después de las degluciones. No existe riesgo de aspiración.
- **Grado moderado:** Alteraciones en la motilidad y coordinación de labios y lengua, presencia de escape de alimentos por vía nasal, lentitud en el transporte del bolo alimenticio y reflejo de deglución lento o ausente. Pueden presentar tos (antes, durante o después de las degluciones) y alteraciones vocales. Así también, es posible que exista riesgo de aspiración.
- **Grado severo:** Además de las señales anteriormente descritas, puede encontrarse reducción en la elevación del hioides y laringe, alteración respiratoria y aspiraciones frecuentes.

Por otra parte, con respecto al origen de la disfagia, ésta puede ser por variaciones anatómicas (disfagia mecánica), por daños neurológicos (disfagia neurogénica) y también como resultado de alguna patología psiquiátrica. En el presente estudio, se abordará con mayor profundidad la disfagia neurogénica por ser característica de la E.P.

La disfagia neurogénica es una patología que puede ser causada por diferentes alteraciones. Entre éstas es posible encontrar accidentes cerebrovasculares, tumores y lesiones degenerativas o traumáticas, ocurridas en el tronco encefálico, estructuras supranucleares, núcleos grises, cerebelo o en la periferia de los nervios craneales, relacionados con la deglución. Ésta puede producir alteraciones en las funciones sensoriales y motoras de las fases oral y faríngea, comprometiendo rara vez, la fase esofágica.

### **Disfagia en E.P.**

De las disfagias producidas por alteraciones degenerativas, un buen ejemplo es lo que ocurre en la E.P. Es un síntoma referido por el 20 al 40 % de los pacientes cuando se les pregunta (Bushman, Dobmeier, Leeker *et al.*, 1989 *cit.* en Volonté, Porta & Comi, 2002), sin embargo es escasamente mencionado por los propios pacientes de manera espontánea. Generalmente, el paciente presenta la sensación de que el alimento se detiene o permanece en la parte posterior de la garganta, muy comúnmente al nivel del cartílago tiroideos. Nozaki, Saito, Matsumura *et al.* (1999, *cit.* en Volonté *et al.*, 2002) establecen que la disfagia es frecuente en los estadios tempranos de la E.P., no resultando severa. Por el contrario, Muller, Wenning, Verny *et al.* (2001, *cit.* en Volonté *et al.*, 2002), señalaron que este síntoma aparece después de 10-14 años del inicio de la enfermedad.

De acuerdo a Logemann (1998), la disfagia orofaríngea puede ser uno de los primeros signos de la E.P. El movimiento rocking – rolling de la lengua es descrito en forma temprana como un signo patognomónico de esta enfermedad. Según Robbins, Logemann y Kirshner (1986, *cit.* en Logemann, 1998), se caracteriza por ser un movimiento repetitivo de ascenso y descenso de la porción central de la lengua. Sin embargo, la parte posterior de ésta falla en descender en el momento apropiado, por lo que el bolo puede moverse sólo en la región posterior del paladar duro, antes de que rueda nuevamente hacia delante. Luego, la parte anterior de la lengua, repite su actividad en el intento de reiniciar la deglución. Este movimiento antero-posterior de la

lengua se produce durante diez o más segundos antes de iniciar una deglución completa.

Debido a que en la E.P. se alteran una o más fases de la deglución, a continuación se expondrán los síntomas que se observan en cada una de ellas:

- **Fase pre- oral:** Producto de la bradicinesia de los músculos orofaríngeos, se puede producir una reducción del cierre labial y falta de sensibilidad oral, lo cual puede desencadenar babeo o salida de los alimentos desde la cavidad bucal. También se aprecia disminución en el rango o coordinación de los movimientos de lengua y mandíbula para formar el bolo, falta de tensión bucal, mala alineación postural, tono general y específico anormal y patrón de movimientos anormales y primitivos.
- **Fase oral:** Se aprecia una reducción y desorganización del movimiento anteroposterior de la lengua. Esto se debe a que la parte posterior de ésta, producto de la rigidez, no desciende, provocando la devolución del bolo hacia la parte anterior. Asimismo, existe reducida tensión lingual, movimiento de rocking-rolling y retraso o ausencia en el desencadenamiento del reflejo de deglución. De hecho, en un estudio realizado por Stroudly y Walsh (1991, *cit.* en Volonté *et al.*, 2002) se concluyó que las alteraciones de la fase oral son el mayor responsable de la disfagia en Parkinson.
- **Fase faríngea:** La ausencia de sensibilidad produce ahogamiento, tos, retardo o ausencia del reflejo de deglución, regurgitación hacia la nariz, paso del alimento hacia las vías aéreas, disminución de la peristaltis faríngea y, reducida elevación y cierre laríngeo (Born, Harned, Rikkers, Pfeiffer & Quigley, 1996, *cit.* en Bleeckx, 2004). Como consecuencia de estas alteraciones, se pueden observar residuos en las valléculas y senos piriformes después de cada deglución. Esto último genera riesgo de aspiración, ya que al inhalar luego de deglutir, los residuos se introducen en la vía aérea.

- **Fase esofágica:** En esta fase se observan movimientos peristálticos reducidos, obstrucciones en el esófago y aspiraciones hacia la vía aérea y pulmones. Si esto sucede, la persona puede referir incomodidad o dolor detrás del esternón o sentir obstrucción inmediatamente después de tragar.

En una investigación realizada por Volonté *et al* (2002), se estudiaron 65 pacientes con E.P., obtuyéndose los siguientes resultados: alteraciones para abrir la boca y elevar el velo del paladar, 60%; protusión lingual afectada, 70%; voz húmeda después de la ingesta de líquidos fue observada en un 40% de los casos; reflejo de la tos después de ingesta de líquidos 60%, mientras que la tos luego de la ingesta de sólidos fue observada sólo en el 5%. La disfagia fue referida por el 35% de los pacientes; sin embargo, se encontró una prevalencia mayor después del estudio objetivo.

## 2.5 Tratamiento

Durante el tratamiento del paciente con E.P., el manejo debe ser interdisciplinario y adecuado a cada caso. De acuerdo a Parkinson's Disease Society (1994, *cit.* en Jones & Godwin-Austen, 2000), la calidad del manejo de estos pacientes está dada por la función coordinada de los especialistas. Por lo tanto, resulta muy importante la colaboración del equipo, tanto médico como kinesiológico, fonoaudiológico, psicológico, nutricional y de un Terapeuta Ocupacional.

Según Jones y Godwin-Austen (1993) “no se ha desarrollado ningún tratamiento que evite el comienzo de la enfermedad ni que retrase su progresión de forma eficaz” (*cit.* en Jones & Godwin-Austen, 2000: 424). A continuación, se expondrán los aspectos principales de cada especialidad involucrada en el tratamiento.

### 2.5.1 Tratamiento médico farmacológico

El tratamiento médico se basa, principalmente, en el manejo farmacológico de los síntomas, aumentando la Dopamina a través de su precursor, la Levodopa y reduciendo la Acetilcolina, por medio de fármacos anticolinérgicos. Cabe mencionar

que los fármacos presentan efectos colaterales de distintos tipos, que pueden afectar el desempeño del paciente (Khanderia, 2000).

Los fármacos que contienen Levodopa estimulan los receptores dopaminérgicos en los Ganglios Basales, lo que se traduce en una modulación más eficaz de los impulsos nerviosos voluntarios transmitidos a la corteza motora. También disminuye la ralentización, la pobreza de movimientos voluntarios, la rigidez y el temblor. Los fármacos dopaminérgicos utilizados en Chile son: Prolopa, Melitase, Grifoparkin, Levofamil, Saniter Compuesto y Sinemet CR.

En cuanto a los efectos colaterales de los fármacos dopaminérgicos, al inicio del tratamiento pueden aparecer náuseas, vómitos, hipotensión postural y estados confusionales. Luego de meses o años, pueden aparecer movimientos involuntarios coreiformes (discinesias) de la cara o de las extremidades. Junto con esto, se van reduciendo los períodos de alivio y se alternan períodos de dificultades para iniciar el movimiento con otros de hiperactividad incontrolable. Así, en un corto periodo, la persona puede pasar de un estado de movilidad aceptable a otro de incapacidad grave del movimiento, conocido como efecto “on-off”.

Otro grupo de medicamentos son los anticolinérgicos, con probada eficacia en el temblor. Se encuentran disponibles en Chile bajo los nombres Tonaril, Tenvatil y Plenactol. Dentro de los efectos secundarios se encuentran: sequedad de la boca, anomalías gastrointestinales, vahídos, visión borrosa, retención urinaria y nerviosismo. En dosis altas, pueden llegar a provocar confusión mental, excitación, sedación y anomalías psiquiátricas.

Por último, existen medicamentos neuroprotectores, los cuales enlentecen o detienen el proceso de lesión y muerte de la sustancia negra, como la Selegilina, Ropinirol y Pramipexol. Junto con estos, se encuentran los neurorestauradores cuya función es reparar el funcionamiento de las neuronas afectadas.

Actualmente, se están desarrollando medicamentos que serían más eficaces y de duración más prolongada que la Levodopa, disminuyendo por más tiempo, los temblores, la rigidez, la torpeza en los movimientos y el riesgo de desarrollar

discinesia. Esto con el objetivo de hacer más lenta o detener la progresión de la E.P. y, en última instancia, encontrar la cura (Marjama-Lyons & Lieberman, 2004).

### **2.5.2 Tratamiento médico quirúrgico**

El tratamiento médico quirúrgico está reservado para aquellos pacientes que no logran resultados con el tratamiento farmacológico. Entre las cirugías, se encuentran las intervenciones estereotáxicas, donde se realizan pequeñas lesiones en lugares específicos del cerebro: tálamo, núcleo subtalámico y núcleo pálido, respetando zonas circundantes. Otras técnicas quirúrgicas, no muy utilizadas, corresponden a: implementación de marcapasos en los mismos centros cerebrales antes mencionados, trasplante de células embrionarias humanas y la introducción de genes específicos en el cerebro para estimular la producción de Dopamina (Merck Sharp & Dohme de España, 2005).

### **2.5.3 Rehabilitación**

En personas con E.P., también están indicadas medidas de rehabilitación, por las cuales se ayuda al paciente a conseguir los máximos niveles posibles de funcionalidad, independencia y calidad de vida; este proceso, en la mayoría de los casos, acompaña a la terapia médica. De acuerdo a lo propuesto por De Souza (1990, *cit.* en Jones & Godwin-Austen), en los pacientes con E.P.:

Se orientaría la rehabilitación por un modelo “progresivo”, el cual intenta mantener una función óptima con el tiempo desde el principio mediante la continuidad de ejercicios. Este modelo permite combinar la rehabilitación con las funciones de prevención, apoyo, asesoramiento y educación para la salud. (Pág.192)

Al respecto, la fisioterapia es una alternativa dirigida a mantener la movilidad y actividad osteo-articular. Se basa tanto en ejercicios preventivos e intervención focalizada en las áreas deterioradas, como en la enseñanza de las técnicas de manejo a los cuidadores. Algunos de los métodos utilizados son ejercicios posturales, de marcha y masoterapia.

En tanto, la terapia ocupacional se encarga de mantener un alto nivel de independencia por el mayor tiempo posible. Esto ocurre a través de la facilitación de las actividades cotidianas del paciente y su desplazamiento, otorgando las indicaciones para adaptar el entorno familiar.

Cabe destacar que la nutrición es un factor fundamental en el tratamiento del paciente con E.P.. En este sentido, el nutricionista será el encargado de asegurar la ingesta apropiada de alimentos, sobretodo de proteínas, debido a que tienden a competir con la Levodopa en la absorción intestinal. Este nutriente provoca una pérdida de gran cantidad del medicamento antes de entrar a la circulación general. También será importante orientar los momentos adecuados para la alimentación, por ejemplo, en cuanto a la movilidad y coordinación motora, con el fin de asegurar una adecuada ingesta de alimentos.

#### **a) Terapia Grupal y concepto de taller**

Según Rolla (1962), grupo terapéutico corresponde a “(...) una especialísima reunión de personas con vistas a realizar una tarea definida” (Pág. 69). De acuerdo a Elman (1992, *cit.* en González, Nercelles, Ruiz & Espíndola, 2001), la valoración de la terapia grupal, se fundamenta en la optimización de recursos y en la evidencia de que este tipo de tratamiento puede ser tan efectivo como la terapia individual. Ésta se basa en el modelo de cooperación, el cual establece que,

(...) el concepto de un grupo es compartir fortalezas y recursos, y a su vez recibir apoyo en las necesidades por los problemas específicos que presenten. El proceso grupal comienza cuando los miembros del grupo dejan de funcionar en una forma pregunta-respuesta, donde el terapeuta es quien inicia y dirige todas las interacciones. Dentro del proceso grupal, el terapeuta es sólo un recurso que anima y asegura una continua interacción. (Pág. 15)

Marshall (1962, *cit.* en González *et al.*, 2001) hace referencia a los beneficios generales de participar en terapia grupal, basándose en los siguientes conceptos:

- Esperanza: Se refiere al beneficio que le da al paciente, el hecho de conocer a otras personas que se encuentran en su misma condición.
- Universalidad: Permite que el paciente se sienta más aliviado, al darse cuenta que no es el único que presenta tal alteración.
- Altruismo: Corresponde a la colaboración que se da entre los pacientes, ayudándolos a mejorar su autoestima.
- Entrega de información: Hace referencia a los consejos que puede entregar cada paciente en relación a su experiencia.
- Desarrollo de habilidades sociales: Entrega un ambiente seguro en el cual el paciente se siente en confianza para desarrollar las estrategias compensatorias para comunicarse.

#### **b) Intervención fonoaudiológica**

Para abordar las patologías del ámbito fonoaudiológico, es posible enfocar el tratamiento desde dos perspectivas: indirecto y directo. Por un lado, el enfoque indirecto se basa en el desarrollo de estrategias funcionales en el entorno del paciente, el cual corresponde generalmente, al grupo familiar. Es en esta instancia donde se entregan las herramientas necesarias para facilitar una comunicación más exitosa, evitando la frustración y mejorando la interrelación del paciente con sus seres queridos. Por otro lado, el enfoque directo está dirigido a la intervención del paciente, tanto de manera individual como grupal. Esta última tiene por objetivo “proporcionar al paciente situaciones de interacción comunicativa más dinámicas de las que se producen en la diada terapeuta-paciente” (González, *et. al.*, 2001: 14).

En el estudio “Una alternativa para la prevención de los trastornos de lenguaje en la Enfermedad de Parkinson”, realizado en Cuba (Aguiar, López & Pedroso, 2005), se probó la efectividad del abordaje preventivo de los

trastornos del habla en 65 pacientes con E.P. mediante una terapia grupal. Dicha investigación estaba dirigida a estimular la ejecución de los movimientos articulatorios, favorecer las cualidades de la voz, precisar la articulación y contribuir al desarrollo de la expresión oral fluida. A modo de conclusión, después de participar en la terapia grupal, los pacientes fueron capaces de reconocer las dificultades de habla que se pueden presentar en el curso de la enfermedad. Asimismo, el estudio puso de manifiesto que la terapia grupal constituye una alternativa positiva para la solución de los problemas de comunicación.

Torres Carro *et al.* (2003) contrastaron la efectividad de la terapia fonaudiológica individual versus la terapia grupal en 100 pacientes con E.P., observando mejores resultados en éste último método. La metodología de terapia grupal empleada fue dividida en tres fases: fase de orientación y acondicionamiento, fase preparatoria de lenguaje y, por último, fase de formación del lenguaje expresivo. Así, concluyeron que la metodología grupal fue eficaz en un 100% de los pacientes tratados y, además, significativamente superior a los resultados obtenidos en la terapia individual. Las alteraciones articulares, fonéticas y prosódicas fueron las que mostraron mejor respuesta al tratamiento.

La terapia en el paciente con E.P. se orienta hacia los problemas de control motor que presenten. Es en este método donde se puede recurrir a las técnicas de relajación, ejercicios respiratorios, flexibilidad y secuencia de movimientos. En tanto, Nanton (1986, *cit.* en. Godwin-Austen, 2000) propone el contexto grupal puesto que fomenta la motivación, el apoyo, la educación y el intercambio de información entre pacientes con el mismo proceso, sus cuidadores y profesionales.

### **Tratamiento de la disartria en E.P.**

El tratamiento exitoso de las alteraciones del habla en personas con enfermedades neurológicas progresivas, como la E.P., es un desafío terapéutico. Actualmente, las terapias se basan en tratamientos médicos,

procedimientos quirúrgicos, tratamiento del habla o una combinación de los procedimientos mencionados.

Si bien en la literatura se menciona el tratamiento médico para el abordaje de la disartria hipocinética, ninguna investigación da cuenta de efectos consistentes y significativos en las habilidades comunicativas. En cuanto al tratamiento quirúrgico de la disartria, Pinto *et al.* (2004, *cit.* en Trail *et al.*, 2005) plantean que al estimular determinadas zonas cerebrales, es posible apreciar cierta mejoría en algunos subcomponentes del habla. Un estudio realizado por Hill, Jankovic, Vuong y Donovan (2003, *cit.* en Trail *et al.*, 2005) propuso una técnica de inyección de colágeno en los pliegues vocales. Al realizar este procedimiento, se observó una mejoría temporal en la hipofonía de pacientes con E.P., concluyendo que, en conjunto con terapia fonoaudiológica, se podrían obtener importantes avances en el abordaje de la voz.

En relación al tratamiento fonoaudiológico, su objetivo es maximizar la de la comunicación respecto a las capacidades del paciente, disminuyendo el handicap y la dishabilidad. El término handicap, se refiere a cómo la severidad de la disartria influye en el rol del paciente dentro de su familia y del trabajo. En tanto la dishabilidad, se centra en cómo la inteligibilidad, velocidad y naturalidad del habla interfieren en la comunicación del paciente. Una de las posibilidades de tratamiento es la intervención directa, enfocada en los P.M.B. alterados en la E.P.. Así, para que el tratamiento sea exitoso, se sugiere comenzar con terapia de respiración, fonación y resonancia. Posteriormente, se deben tratar articulación y prosodia.

Otra forma de intervenir es la indirecta, que se basa en las siguientes técnicas: control ambiental, educación del paciente y su familia, asesoramiento y técnicas compensatorias. Además, existe la posibilidad de utilizar mecanismos electrónicos de facilitación del habla. Asimismo, se intervienen las funciones sensoriales y motoras involucradas en el habla.

Esto incluye estimulación sensorial, fortalecimiento muscular y modificación del tono muscular. Para la mayoría de los pacientes, se utiliza una combinación de procedimientos directos e indirectos.

En un estudio realizado por Torres Carro *et al.* (2001) en Cuba, se presenta un enfoque de rehabilitación para los problemas del habla de los pacientes con E.P. que se divide en tres fases. La primera se refiere a la fase de entrenamiento y acondicionamiento, donde las actividades terapéuticas están encaminadas, fundamentalmente, a la realización de masajes de la musculatura facial y a la estimulación de los órganos móviles del aparato fonarticulador, En la segunda fase, se trabaja la corrección de la articulación, realizando ejercicios para la articulación de fonemas consonánticos, integración de respiración voz - vocalización y ejercicios de limitación de los períodos de emisión. La tercera fase, de formación del habla, intenta automatizar la integración de las habilidades trabajadas con apoyo de la escritura con verbalización, respuestas a preguntas, diálogos, descripciones cortas y libres, narraciones, etc.

Por muchos años, las alteraciones del habla y de la voz en personas con E.P. fueron consideradas resistentes a la terapia fonoaudiológica tradicional (Allan, 1970; Aronson, 1990, Greene, 1980 & Sarno, 1968, *cit.* en Trail *et al.*, 2005). Actualmente, han sido variados los métodos de tratamiento y de generalización de los contenidos a largo plazo. Estas intervenciones incluyen el manejo de la velocidad del habla, prosodia, intensidad de la voz, articulación y respiración. Asimismo, el Movement Disorders Review (2000, *cit.* en Trail *et al.*, 2005) propuso que la terapia fonoaudiológica debía enfocarse en la intensidad y la prosodia del habla.

A continuación se precisarán los métodos de intervención para cada P.M.B.

- **Respiración:** Es necesario considerar una correcta postura del paciente al llevar a cabo cualquier ejercicio para controlar la inspiración y espiración,

debido a que esto beneficia la calidad del habla. El objetivo de este tratamiento es incrementar las capacidades y volúmenes respiratorios, consiguiendo una mayor inspiración que proporcione la corriente de aire necesaria para producir la fonación. Además, se pretende lograr el control de la espiración y de la coordinación fonorespiratoria. Sólo se verá mejorada el habla de los pacientes si la corriente de aire puede ser usada eficientemente. Sin embargo, en casos donde existe una escasa aducción de las cuerdas, dificultad en la elevación del velo del paladar y pobre articulación, el aumento de la capacidad respiratoria no mejorará la inteligibilidad del habla.

- **Fonación:** Los objetivos dependerán de si el paciente presenta hipofonía o tensión laríngea. En el caso de presentar hipofonía acompañada de una voz ronca y jadeante, se realizan ejercicios para aumentar el tono y fortalecer los movimientos. Si el paciente presenta tensión laríngea, es recomendable ejecutar ejercicios destinados a relajar el tono muscular, tanto de cabeza y cuello: bostezos, suspiros, zumbidos y prolongación de vocales. Para el tratamiento de la fonación, también se debe considerar la variación tonal.

En cuanto al tratamiento intensivo de la voz, un método que ha sido reconocido internacionalmente es el Lee Silverman Voice Treatment (L.S.V.T.) (Pinto, 2004 & Yokston, 2003; *cit. en Trail et al.*, 2005). Éste se fundamenta en la amplitud reducida del mecanismo del habla, que se manifiesta en una voz suave y monótona, en las alteraciones de la percepción sensorial que dificultan el adecuado monitoreo del output vocal, y en la dificultad para generar la cantidad correcta de esfuerzo necesario para la producción de una intensidad adecuada. Su objetivo es aumentar la intensidad vocal, lo cual actúa como un gatillante para aumentar el esfuerzo y coordinación de la producción del habla. Además, facilita el aumento de la intensidad y también la habilidad para automonitorearla.

- **Resonancia:** Su alteración suele estar vinculada a la hipernasalidad por problemas de insuficiencia velofaríngea. El objetivo es lograr el uso

eficiente del aire espirado, la inteligibilidad, las percepciones del paciente acerca de la naturalidad del habla y la tolerancia del que escucha. Para esto, existen ejercicios tales como fortalecimiento del paladar blando y contraste de fonemas orales frente a nasales, de forma aislada y en palabras.

- **Articulación:** Con su intervención se pretende restaurar los contrastes de sonidos, cuya pérdida afecta la inteligibilidad del habla. Además, se trabaja en la eliminación de las articulaciones distorsionadas.
- **Prosodia:** Su objetivo es mejorar la fluidez del enunciado, disminuyendo los tiempos de las pausas, la utilización de sílabas muy largas o muy cortas y evitar la repetición de fonemas.

Es importante mencionar que el pronóstico de las disartrias depende de distintos factores. Así, éste puede variar de acuerdo a la edad del paciente, a la escolaridad, a la actividad laboral, a la motivación del paciente, a la coexistencia de otras alteraciones del lenguaje, del estado emocional y de la participación de la familia en el tratamiento.

### **Tratamiento de la disfagia**

La intervención en la disfagia se utiliza para compensar el deterioro de la deglución orofaríngea o para cambiar la fisiología de la deglución por medio de la reeducación muscular. Esto facilita, a largo plazo, la deglución (Logemann, 1998).

Las técnicas para el tratamiento de la disfagia, mediante estrategias directas e indirectas, generalmente han sido administradas por nutricionistas y fonoaudiólogos. Las técnicas indirectas implican modificación de la consistencia de los alimentos. Las estrategias directas incluyen estimulación de las estructuras oral y faríngea. Sin embargo, no se ha establecido si los pacientes tratados con técnicas de alimentación mejoran más que quienes no reciben terapia específica para la disfagia.

Para la rehabilitación de la disfagia se utiliza el tratamiento funcional. Los procedimientos para este tipo de desorden pueden diferenciarse en tres

categorías básicas: restitución, compensación y adaptación (Guerdon, Prosiegel & Yassouridis, 1997, *cit.* en Hernández *et al.*, 2002).

En cuanto a los ejercicios de restitución, el propósito es normalizar o restaurar las funciones dañadas. Los tipos de ejercicios usados dependerán de las fases afectadas y de la severidad de la alteración. El tratamiento incluye técnicas que están diseñadas para:

- Mejorar el rango, tiempo, velocidad y/o coordinación de las contracciones musculares y movimientos orofaciales, laríngeos y faríngeos.
- Incrementar la fuerza muscular.
- Reducir o incrementar el tono muscular.
- Facilitar el reflejo de deglución.

Estos ejercicios de restitución tienen como objetivo facilitar la ejecución de los movimientos, requiriendo la participación activa del paciente. Estos ejercicios no son aplicados durante la deglución. Los procedimientos terapéuticos basados en el ejercicio contemplarían un aprovechamiento de la plasticidad del Sistema Nervioso Central, el cual ha acumulado considerables bases en años recientes (Ashraf *et al.*, 1995 *cit.* en Hernández *et al.*, 2002).

En relación a las técnicas de compensación, éstas enfatizan la adquisición de nuevas estrategias para mejorar la deglución, involucrando las funciones conservadas. El objetivo primario es optimizar la deglución. Estas técnicas incluyen, en primer lugar, variaciones de la postura de la cabeza para cambiar la dirección que toma el bolo alimenticio a través de la orofaringe bajo influencia de la gravedad. En segundo lugar, existen técnicas que modulan el proceso voluntario para prevenir la aspiración. Además, están directamente empleadas en el acto de la deglución a diferencia de las anteriores y el paciente necesita mantener sus habilidades cognitivas básicas intactas si estas compensaciones van a ser utilizadas de forma independiente.

Por último, las técnicas de adaptación sirven como auxiliares externos para el daño sensoriomotor. Son usadas directamente durante la deglución y pueden ser aplicadas en cualquier paciente sin necesidad de aprendizaje o habilidad para su uso. Estos procedimientos pueden considerarse básicos para mejorar el transporte oral del bolo alimenticio y mantener la habilidad del paciente para alimentarse por sí mismo, lo que se lograría utilizando bombillas para la ingesta de líquidos, con el fin de prevenir la aspiración. Además, es posible mejorar la consistencia de la comida eliminando la necesidad de masticación o usando una cuchara especial, que ubica el alimento en la parte posterior de la cavidad oral. Asimismo, el terapeuta debe tener en cuenta la cantidad suministrada en cada toma y el tiempo necesario para las degluciones efectivas.

Según Logemann (1998), los pacientes con E.P., a menudo, suelen responder satisfactoriamente a ejercicios que activan el rango de movimiento de labios, lengua y elevación laríngea. Así, el inicio temprano de ejercicios para las funciones alteradas previene el desarrollo de patrones falsos y facilita los movimientos normales.

En cuanto a la rehabilitación del cuadro disfágico, ésta requiere un manejo interdisciplinario, que considere diagnóstico y terapia. Cabe destacar la importancia de incluir una guía competente para ayudar al paciente y su familia con el fin de mejorar la calidad de vida y tratar de disminuir al máximo los costos derivados de la enfermedad.

Recapitulando, la Enfermedad de Parkinson afecta el control de los movimientos tanto del aparato locomotor como aquellos que intervienen en los mecanismos del habla y la deglución. Por este motivo, en el tratamiento se ven involucrados diversos especialistas del área de la salud, entre quienes se encuentra el fonoaudiólogo. Su participación está avalada por diversos estudios científicos que confirman la importancia de la intervención y mantención de las funciones, considerando el carácter progresivo de la enfermedad. Con respecto a la terapia

fonoaudiológica grupal, cabe mencionar que la información bibliográfica disponible, al momento del estudio, es escasa. Sin embargo, existe evidencia de dicha alternativa terapéutica a nivel internacional.

A continuación se dará a conocer la metodología de la investigación, en la cual se describe el proceso de selección de los pacientes, los instrumentos de evaluación y programa terapéutico aplicado en el estudio.

### **3. METODOLOGÍA**

En este capítulo se dará a conocer el proceso metodológico empleado para comprobar la posibilidad de aplicar un programa de terapia fonoaudiológica, a un grupo de pacientes con Enfermedad de Parkinson en Viña del Mar. Dicha inquietud, surge por la práctica de un programa similar en la Liga Chilena contra el Mal de Parkinson en Santiago y por estudios extranjeros que avalan este tipo de intervención. Cabe mencionar, que la intervención grupal en pacientes con E.P. en Santiago, se realiza desde el año 2005, atendiendo a 2 grupos de 16 personas por semana.

A continuación, se describirá el tipo de estudio, universo, muestra, criterios de selección de la muestra, instrumentos utilizados y procedimientos. Lo anterior, con el fin de sistematizar el trabajo realizado.

#### **3.1. Objetivo General**

Proporcionar a la comunidad fonoaudiológica un programa terapéutico grupal en beneficio de los pacientes con Enfermedad de Parkinson.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- 3.2.1. Crear un programa terapéutico grupal destinado a los síntomas disártricos y disfágicos en pacientes con Enfermedad de Parkinson de Viña del Mar.
- 3.2.2. Aplicar un programa terapéutico grupal destinado a los síntomas disártricos y disfágicos en pacientes con Enfermedad de Parkinson de Viña del Mar.
- 3.2.3. Evaluar la aplicabilidad de un programa de tratamiento grupal de disfagia y disartria en pacientes con Enfermedad de Parkinson de Viña del Mar.

### **3.3. Diseño del estudio:**

- Estudio descriptivo de la aplicación de un programa de terapia grupal fonoaudiológica en 12 personas con E.P., durante los meses de Junio y Julio de 2006.
- Estudio transeccional descriptivo, debido a que el propósito es observar y describir el fenómeno, sin establecer hipótesis.

### **3.4. Universo**

El universo estuvo compuesto por 214 personas con Enfermedad de Parkinson idiopática, atendidos entre los meses de Enero y Mayo de 2006, en el Servicio de Neurología del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar. Además, pacientes de la Consulta particular del Neurólogo Eduardo Sandoval, e inscritos en la Liga contra el Mal de Parkinson de Viña del Mar.

### **3.5. Muestra**

#### **3.5.1 Criterios de selección de la muestra**

##### **a. Criterios de inclusión**

- Diagnóstico: Presencia de Enfermedad de Parkinson Idiopática.
- Presencia de disartria leve a moderada o ausencia de ésta: El programa está destinado a pacientes con dichos grados de severidad (descritos en el soporte teórico), para mantener y aprovechar habilidades conservadas, proporcionar estrategias para una mejor comunicación con el entorno, e intervenir funciones alteradas.
- Presencia de disfagia leve, moderada o ausencia de ésta: El programa está destinado a pacientes con dichos grados de severidad (descritos en el soporte teórico) con el fin de proporcionar técnicas de alimentación que

mejoren la calidad de vida del paciente. Se utilizaron estos grados, debido a que los pacientes que presentan dichas características pueden obtener mayores beneficios con la terapia.

- Estado cognitivo adecuado: Obtención de un puntaje igual o superior a 22 puntos en test Mini-Mental State Examination (MMSE) (Quiroga, Klaassen, Albala, Martínez & Pérez, 1994), que evidencie un estado cognitivo adecuado para la comprensión de órdenes de diversa complejidad.
- Estadio: I-II-III en clasificación Hoehn y Yahr (1967, *cit* en Centro de Neurología y Neurocirugía Funcional, Clínica Quirón)
- Presencia de Depresión leve o ausencia de ésta: Valoración según Escala de Depresión Geriátrica. Versión Abreviada de Sheikh y Yesavage (1986), *cit* en Hoyl, Marín, Valenzuela (2000).
- Presencia de lectoescritura: Se consideró como requisito para el acceso al material tanto de evaluación como de terapia.
- Déficit visual y/o auditivo corregido.
- Disposición para asistir dos veces por semana al taller terapéutico grupal.

#### **b. Criterios de exclusión**

- No cumplir algún criterio de inclusión.

**3.5.2 Tipo de muestra:** Intencionada, es decir, se eligen los sujetos en forma arbitraria, seleccionándolos según características que sean relevantes para la investigación.

**3.5.3 Número de muestra:** 12 pacientes.

**3.5.4 Caracterización de la muestra:**

**a. Diagnóstico Médico:** El total de los pacientes presenta Enfermedad de Parkinson Idiopática.

**b. Sexo:**

- Femenino: 3 pacientes

- Masculino: 9 pacientes

**c. Edad promedio:** 66 años (50 – 76)

**d. Puntaje promedio MMSE:** 28 puntos (23 – 30)

**e. Valoración según Escala de Depresión Geriátrica de Sheikh & Yesavage:**

- Normal: 10 pacientes

- Depresión leve: 2 pacientes

**f. Estadio Hoehn y Yahr:**

- Estadio I : 2 pacientes

- Estadio II : 4 pacientes

- Estadio III:6 pacientes

**g. Grado Disartria:**

- Ausencia: 1 paciente

- Leve: 8 pacientes

- Moderada: 3 pacientes

**h. Grado de Disfagia:**

- Ausencia: 6 pacientes

- Leve: 6 pacientes

**i. Años de escolaridad promedio:**

11 años. (6° preparatoria – estudios superiores completos)

### **3.6. Instrumentos.**

#### **3.6.1. De Selección de la muestra**

##### **a. Anamnesis**

Entrevista realizada al paciente, destinada a reunir sus datos personales e información general, tanto de la enfermedad como de su percepción de los procesos de habla y deglución. Los ítems que contempla son: Datos de Identificación, Antecedentes Familiares (entorno familiar), Antecedentes Médicos y Antecedentes Personales en relación a la comunicación y deglución (Anexo Ia).

##### **b. Mini-mental State Examination (MMSE)**

Escala cognitiva-conductual de screening que confirma y cuantifica el estado mental de las personas mayores de 65 años y detecta el deterioro cognitivo. Esta escala, validada en Chile, evalúa las siguientes funciones cognitivas: memoria, orientación, nominación, repetición, comprensión, atención, cálculo, lectura, escritura y dibujo. El puntaje total corresponde a 30 puntos y el puntaje de corte, para este estudio, se estableció en 22 puntos. La evaluación de un sujeto es positiva para deterioro cognitivo cuando la puntuación en el MMSE es igual o menor a 21 puntos (Anexo Ib).

##### **c. Escala de Depresión Geriátrica de Sheikh & Yesavage**

Instrumento utilizado para screening de depresión. La versión abreviada de la prueba consiste en 15 preguntas en formato de respuesta si-no. La valoración es: 0 – 5 puntos, normal; 6- 9 puntos, sugiere depresión leve y una puntuación mayor o igual a 10 sugiere depresión establecida. Un puntaje de 6 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de un 80 a un 95% dependiendo de la población estudiada (Anexo Ic).

##### **d. Escala de Estadiaje de Hoehn y Yahr**

Corresponde a una escala ordinal que indica la situación evolutiva de la Enfermedad de Parkinson en el aspecto motor. Cuenta con 5 estadios, los cuales abarcan desde la autonomía hasta síntomas motores invalidantes (Anexo Id).

### **3.6.2 De evaluación de la muestra**

#### **a. Pauta de evaluación de disartria**

Pauta que evalúa los procesos motores básicos, mediante el registro de la observación clínica. Consta de 7 ítems: respiración, fonación, movimientos orales, diadococinecias, articulación, inteligibilidad y prosodia (Anexo Ie).

#### **b. Pauta de evaluación de disfagia**

Pauta que evalúa, mediante observación clínica, los aspectos de la fase pre-oral, oral y faríngea de la deglución. Consta de los siguientes ítems: antecedentes relevantes de la historia clínica, antecedentes de síntomas disfágicos, modo y frecuencia de alimentación, aspectos posturales y oro-funcionales de la deglución (anátomo - funcionalidad oral y control motor oral) (Anexo If).

### **3.6.3 Programa Terapéutico.**

#### **a. Objetivos del programa.**

El Programa Terapéutico Fonoaudiológico para pacientes con Enfermedad de Parkinson (Anexo II) que aquí se presenta, está destinado a la prevención y a la ejercitación de los aspectos más afectados por los pacientes y fue creado en base a los siguientes objetivos:

##### **Objetivos Generales:**

- Otorgar estrategias de abordaje para los posibles síntomas disártricos y/o disfágicos producidos por la Enfermedad de Parkinson.

##### **Objetivos Específicos:**

- Lograr que el paciente tome conciencia de los grupos musculares involucrados en el habla y en la deglución.
- Lograr que el paciente movilice los grupos musculares involucrados en el habla y en la deglución.

- Lograr que el paciente tome conciencia del tipo respiratorio adecuado y lo incorpore en su habla.
- Facilitar estrategias para que el paciente optimice su respiración en relación al control, duración y fuerza de soplo, con el fin de incorporarlo en situaciones de habla.
- Lograr que el paciente adecue la intensidad de la voz según las situaciones comunicativas a las que se enfrente.
- Otorgar conocimientos básicos de los cambios producidos en el tono vocal.
- Otorgar conocimientos básicos de las alteraciones en la resonancia vocal, aportando además, estrategias de abordaje.
- Lograr que el paciente aumente el rango de movimiento de los órganos fonoarticulatorios.
- Lograr que el paciente ejecute movimientos coordinados y precisos de lengua, labios y mandíbula.
- Facilitar estrategias para que el paciente mejore su precisión articulatoria.
- Lograr que el paciente dé mayor variación en la prosodia de sus enunciados.
- Lograr que el paciente dé mayor intencionalidad al mensaje a través de la expresión facial.
- Facilitar estrategias para que el paciente optimice el control motor de la zona oral durante la fase oral de la deglución.
- Otorgar conocimientos acerca de las alteraciones en la sensibilidad oral y dar a conocer métodos de abordaje.
- Lograr que el paciente participe en situaciones de interacción comunicativa.

## **b. Características del programa.**

El programa terapéutico presenta las siguientes características:

- N° de sesiones: 16.
- Duración de la sesión: 1 hora.
- N° total de actividades: 70.
- N° de actividades por sesión: Contempla un promedio de 5 actividades de duración variable.

A continuación se presentan las áreas abordadas en el programa terapéutico, junto con el número de actividades realizadas en cada una:

- Relajación: Segmentaria y Global (11 actividades).
- Respiración: Tipo, Control, Duración y fuerza de soplo (6 actividades).
- Fonación: Intensidad de la voz (6 actividades).
- Articulación: Praxias buco-linguales (precisión y coordinación), inteligibilidad del habla (8 actividades).
- Resonancia: Musculatura velar (3 actividades).
- Prosodia: Entonación (3 actividades).
- Expresión Facial: Intencionalidad de la expresión (7 actividades).
- Actividades integradas: Corresponden a las actividades en las cuales se trabajó más de un aspecto a la vez (6 actividades).
- Deglución: Sensibilidad y Control Motor Oral (6 actividades).
- Interacción comunicativa: Actividades destinadas a incitar el intercambio de experiencias, opiniones o ideas (14 actividades).

### **3.6.4 De evaluación del programa**

**a. Pautas de evaluación para pacientes.****▪ Pauta de Apreciación de la Sesión.**

Esta pauta evalúa el nivel de aceptación de cada actividad realizada en la sesión. Consta de 6 preguntas destinadas a obtener información acerca de la explicación de las instrucciones, utilidad del material empleado, tiempo destinado, apoyo otorgado por las terapeutas y agrado de la actividad. Cada pregunta es calificada mediante una escala de 5 puntos, donde 1 corresponde a “malo”, 2 a “insuficiente”, 3 a “regular”, 4 a “bueno” y 5 a “excelente”.

Asimismo, la escala evalúa el nivel de dificultad de cada actividad, por medio de una escala de 5 puntos, donde 1 corresponde a “sin dificultad”, 2 a “dificultad leve”, 3 a “dificultad moderada”, 4 a “dificultad severa” y 5 corresponde a “imposibilidad de realizar la actividad”. Esta pauta es respondida en forma individual al término de cada actividad (Anexo IIIa).

**▪ Encuesta de Aplicación del Taller Terapéutico Grupal.**

Esta encuesta consta de 12 preguntas dirigidas a obtener información acerca del nivel de aceptación de los siguientes aspectos: infraestructura, tiempos destinados a cada sesión y a las actividades, número de sesiones, fundamentación y explicación de cada actividad, apoyo entregado por las terapeutas y materiales empleados. Los pacientes deben responder entre tres alternativas (Si - A veces - No), dependiendo de la pregunta. Junto con esto, cada paciente puede explicitar su opinión del taller terapéutico. Esta encuesta es aplicada en forma individual al término del taller terapéutico (Anexo III b).

**▪ Encuesta del nivel de éxito de la Terapia Grupal.**

Esta encuesta está destinada a obtener información acerca de la percepción de los pacientes con respecto a los posibles cambios producidos por la terapia. Esta pauta consta de 13 preguntas, distribuidas en tres ítems: interacción social y estado anímico, habla (fonación, articulación, expresión facial, respiración y prosodia) y

deglución. Esta encuesta es respondida al final del taller en forma individual (Anexo IIIc).

#### **b. Pautas de evaluación para terapeutas**

- **Pauta de apreciación de la sesión.**

Esta pauta consta de dos partes: A y B. La primera está destinada a obtener información acerca de la participación, logro del objetivo y grado de dificultad de cada actividad percibido por las terapeutas. El grado de participación es calificado mediante una escala de 5 puntos, donde 1 corresponde a “malo”, 2 a “insuficiente”, 3 a “regular”, 4 a “bueno” y 5 a “excelente”. Asimismo, el logro del objetivo es calificado mediante una escala de 3 puntos, donde 1 corresponde a “no logra”, 2 a “logra parcial” y 3, a “logra”. Por último, el grado de dificultad es calificado mediante una escala de 5 puntos, donde 1 corresponde a “sin dificultad”, 2 a “dificultad leve”, 3 a “dificultad moderada”, 4 a “dificultad severa” y 5 corresponde a “imposibilidad de realizar la actividad”.

La segunda parte consta de 8 preguntas destinadas a obtener información acerca de la percepción de las terapeutas frente a la aplicabilidad de cada actividad, en relación a los siguientes aspectos: explicación de las instrucciones, claridad y utilidad del material empleado, tiempo destinado, dificultad en la realización de la actividad y necesidad de apoyo terapéutico. Además, se evalúa el nivel de participación en la actividad de interacción comunicativa. Asimismo, se registran los datos relevantes de la aplicación de la sesión. Esta pauta es respondida en forma individual al término de la sesión para, finalmente, llegar a un consenso entre las terapeutas (Anexo IIIId).

- **Evaluación de Aplicabilidad del Programa Terapéutico Grupal.**

Esta consta de 16 preguntas, dirigidas a obtener información acerca de la aplicabilidad del programa en los siguientes aspectos: explicación de cada actividad, tiempo destinado a cada actividad y a la sesión, número de sesiones, materiales empleados, cantidad de participantes, disposición de los pacientes a la

terapia e infraestructura. Las terapeutas deberán responder entre tres alternativas (Si - A veces - No), dependiendo de la pregunta. Esta encuesta es respondida en forma individual al término de la terapia (Anexo IIIe).

**c. Pauta de evaluación para familiares**

▪ **Encuesta para los familiares de los pacientes de Terapia Grupal.**

Esta encuesta está destinada a obtener información acerca de la percepción de los familiares con respecto a los posibles cambios producidos por la terapia. Esta pauta consta de 11 preguntas, distribuidas en tres ítems: interacción social y estado anímico, habla (fonación, articulación, expresión facial y prosodia) y deglución. Esta encuesta es respondida al final del taller en forma individual (Anexo IIIf).

### **3.7. Procedimientos**

#### **3.7.1 Etapa de Creación**

Se realizó una revisión bibliográfica destinada a investigar los aspectos fonoaudiológicos involucrados en la Enfermedad de Parkinson. Dicho proceso influyó en la necesidad de investigar sobre la existencia de un programa de rehabilitación de habla por medio de terapia grupal en pacientes con E.P.. Para la elaboración de este programa se recopilaron ejercicios, dirigidos a las características de la muestra, propuestos por diversos autores tales como Jackson-Menaldi, M.C. (2002), Logemann, J.A. (1998), Bayés, A. (2003). Además, se incorporaron ejercicios creados por las terapeutas responsables del estudio.

#### **3.7.2 Etapa de Aplicación de Instrumentos**

**a. Proceso de selección y evaluación de la muestra**

Para acceder a los posibles integrantes de la terapia grupal, se recurrió a tres entidades relacionadas con la Enfermedad de Parkinson: Liga Contra el Parkinson de Viña del Mar, Servicio de Neurología Adultos del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar y al Neurólogo Dr. Eduardo Sandoval. Dichas entidades facilitaron la nómina de pacientes con esta patología, atendidos entre los meses de Enero y Mayo de 2006, obteniéndose un total de 214 pacientes. Del total de pacientes, 179 fichas provenían de la Liga contra el Parkinson, teniendo acceso a 20 personas. Asimismo, de 30 fichas obtenidas en el Hospital Gustavo Fricke, se contactaron a 15 pacientes; por último, de la consulta particular del Dr. Sandoval, fueron derivados 5 pacientes.

El proceso de selección y evaluación de la muestra constó de dos fases. La primera de ellas fue la fase I o “Fase de selección de los pacientes”. Esta estuvo compuesta por una entrevista personal y por la aplicación de las siguientes escalas de evaluación: “Escala de Valoración de Depresión Geriátrica de Sheikh & Yesavage”, “Minimal State Examination (MMSE)” y “Estadaje de Hoehn & Yahr”. Además, se consideró a la disponibilidad de asistencia a la terapia grupal. A esta fase asistieron 17 de los 40 pacientes contactados; de ellos 6 provenían de la Liga Contra el Mal de Parkinson, 6 del Hospital Gustavo Fricke y 5 de la consulta del Dr. Sandoval. De esta etapa quedaron clasificados 13 pacientes para la fase II.

La fase II o “fase de evaluación de los pacientes” estuvo compuesta por la aplicación de las siguientes Pautas: “Pauta de evaluación de Disartria” y “Pauta de evaluación de Disfagia”. Cabe mencionar que para la administración de dichas pautas, las tesisistas realizaron un proceso de entrenamiento con el fin de adquirir experiencia y unificar criterios de aplicación.

Las evaluaciones tanto de la fase I como de la fase II fueron realizadas entre los días, lunes 15 de mayo y viernes 2 de junio de 2006, en dependencias del Hospital Gustavo Fricke y de la Liga contra la Epilepsia de Viña del Mar. Cada paciente fue evaluado por 2 terapeutas.

Los pacientes que no cumplieron con los requisitos de la Fase I o II, tuvieron acceso, junto a sus familiares, a una sesión realizada el día 30 de Junio de 2006 en la cual se entregaron pautas de información y ejercicios fonoaudiológicos.

### **3.7.3 Etapa de aplicación del programa**

El programa terapéutico fue aplicado dos veces por semana, con una duración de una hora cada día. Cada sesión fue dirigida por dos terapeutas, quienes se alternaron para la realización de las actividades.

En cuanto a la distribución física de los pacientes, éstos fueron ubicados en semicírculo para facilitar el acceso al material utilizado en cada actividad y permitirles una adecuada visión de sus compañeros. Junto con esto, las terapeutas que dirigieron la sesión se ubicaron frente a los pacientes, mientras que las otras integrantes se distribuyeron entre los participantes. De esta manera, se aseguró el monitoreo de los pacientes durante las actividades. En caso de ser necesario, se les otorgó apoyo directo a quienes lo requirieron.

Al final de cada actividad se le entregó a cada paciente, la Pauta de Apreciación de la Sesión, la cual ocupó un tiempo de aplicación de 2 minutos aproximadamente. Al término de la sesión, se les proporcionó una guía con los ejercicios realizados, con el fin de tener un apoyo para practicarlos en el hogar.

### **3.7.4 Etapa de evaluación del programa**

#### **a. Proceso de validación de pautas de evaluación del programa**

Las pautas, “Encuesta de Aplicación del Taller Terapéutico Grupal” y “Encuesta del nivel de éxito de la Terapia Grupal”, fueron validadas en un grupo de pacientes que participan de un taller terapéutico fonoaudiológico grupal en la Liga Chilena contra el Mal de Parkinson de Santiago. Dicho grupo presentó características homologables al grupo en estudio, tanto por el diagnóstico de la enfermedad como por la edad promedio y escolaridad.

Luego de revisar las respuestas dadas por los pacientes, se pudo observar que no hubo dificultad para entender las preguntas y, por lo tanto, para contestarlas. Por otra parte, resultó ser un instrumento sencillo de responder y analizar.

- Diagnóstico Médico: El total de los pacientes presentó Enfermedad de Parkinson Idiopática.
- Sexo:
  - Femenino : 3 pacientes
  - Masculino: 7 pacientes
  - Total : 10 pacientes
- Edad promedio: 63 años (50 – 72).
- Años de escolaridad promedio: 12 años

#### **b. Proceso de evaluación del programa**

El programa fue evaluado por los pacientes en dos instancias. La primera consistió en evaluar, de forma individual, las actividades de cada sesión. Esto se realizó al término de cada ejercicio, mediante la “Pauta de Apreciación de la Sesión”. La segunda, consistió en una evaluación general una vez finalizado el taller terapéutico. Para esto, se utilizaron las siguientes pautas: “Encuesta de Aplicación del Taller Terapéutico Grupal” y “Encuesta del Nivel de Éxito de la Terapia Grupal”, las cuales debieron ser respondidas de forma individual.

Asimismo, las terapeutas tuvieron dos instancias de evaluación. La primera correspondió a la “Pauta de Apreciación de la Sesión”, que se realizó al finalizar cada sesión por las cuatro terapeutas. Estas analizaron y llegaron a un consenso del desempeño de los pacientes y de la ejecución de las actividades. Por último, al término del programa terapéutico, se evaluó la aplicabilidad del taller de forma general.

#### **3.7.5 Etapa de reevaluación de la muestra**

Una vez finalizado el programa, se procedió a reevaluar a cada paciente, con el fin de registrar posibles cambios. Para llevar esto a cabo, se aplicaron las siguientes pautas: “Pauta de Evaluación de disartria”, “Pauta de Evaluación de deglución”. Además se administró la “Escala de Valoración de Depresión Geriátrica”.

Los pacientes fueron citados el día martes 1 de agosto a la Liga Contra la Epilepsia de Viña del Mar y se evaluaron de forma individual durante 30 minutos. El registro de cada paciente, fue realizado por las terapeutas que no participaron en su proceso de selección.

### **3.7.6 Análisis de Datos**

Una vez obtenidos los resultados de las pautas aplicadas, se procedió a realizar el análisis de los datos. Éste fue dividido en 2 partes: Aplicabilidad y nivel de éxito del programa. Para el análisis de la primera parte, se agruparon los datos en 4 ítems. El primero y el segundo, revelan los resultados tanto de la “Encuesta de Aplicación del Taller Terapéutico Grupal (pacientes)”, como de la “Encuesta de Aplicación del Taller Terapéutico Grupal (terapeutas)”, de acuerdo al número de personas por cada respuesta dada. El tercer y cuarto ítem, dan cuenta de los datos obtenidos en las pautas “Apreciación de la sesión” tanto de pacientes como terapeutas. Estos fueron presentados de acuerdo al promedio de respuestas por cada actividad.

La segunda parte, correspondiente al nivel de éxito del programa, fue dividida en 3 ítems. En el primero, se compararon los resultados de las pautas del nivel de éxito de familiares y pacientes, según los cambios percibidos por cada grupo. El segundo ítem, corresponde a los datos de la pauta que mide el nivel de éxito percibido por las terapeutas sesión a sesión. Estos fueron presentados de acuerdo al promedio de respuestas, en relación al logro de objetivos y grado de dificultad, que tuvo cada paciente en las actividades realizadas. Por último se

realizó una comparación de los cambios ocurridos entre la evaluación inicial y la reevaluación de los pacientes.

## 4. RESULTADOS

El siguiente capítulo tiene por objetivo presentar los resultados obtenidos a través de la aplicación del programa terapéutico para pacientes con Enfermedad de Parkinson. Los resultados se expondrán en dos apartados. El primero de ellos otorgará datos correspondientes a las pautas que evalúan la aplicabilidad del programa. El segundo aportará la información obtenida de las pautas que miden el nivel de éxito del taller en relación a los posibles cambios en las características de habla, deglución y estado anímico de los pacientes. Si bien esto último no es objetivo del estudio, resulta importante considerar dichos datos para sustentar la aplicación del programa.

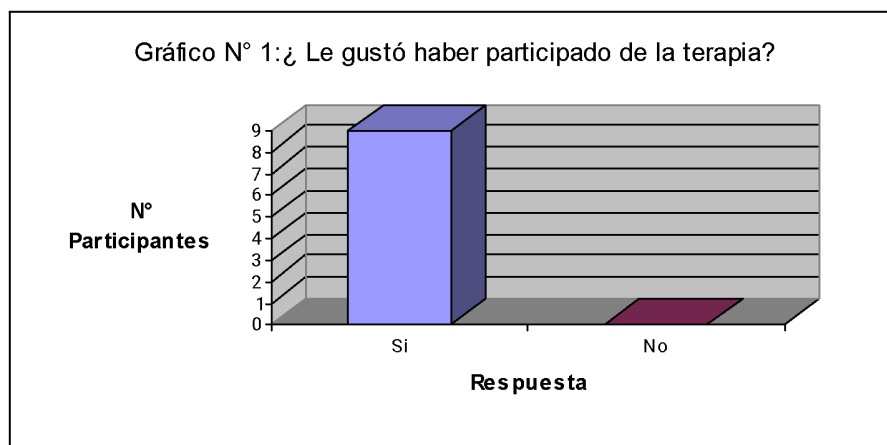
### 4.1 Resultados de Aplicabilidad del Programa Terapéutico

#### 4.1.1 Evaluación del Nivel de Éxito de la Terapia Grupal (Pacientes)

A continuación, se presentan los gráficos que representan los resultados obtenidos en la evaluación del programa terapéutico, realizada por los nueve participantes del taller.

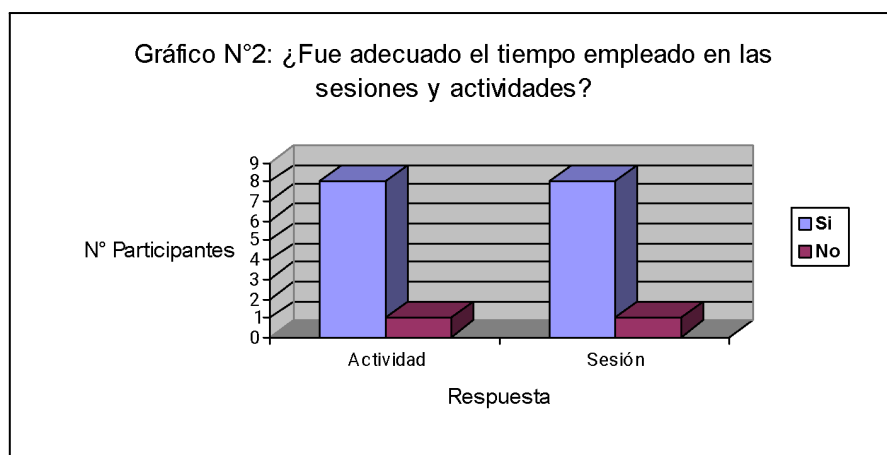
##### a. Nivel de agrado de la terapia

En el gráfico N°1 se observa que para la totalidad de los pacientes fue agradable haber participado en el taller.

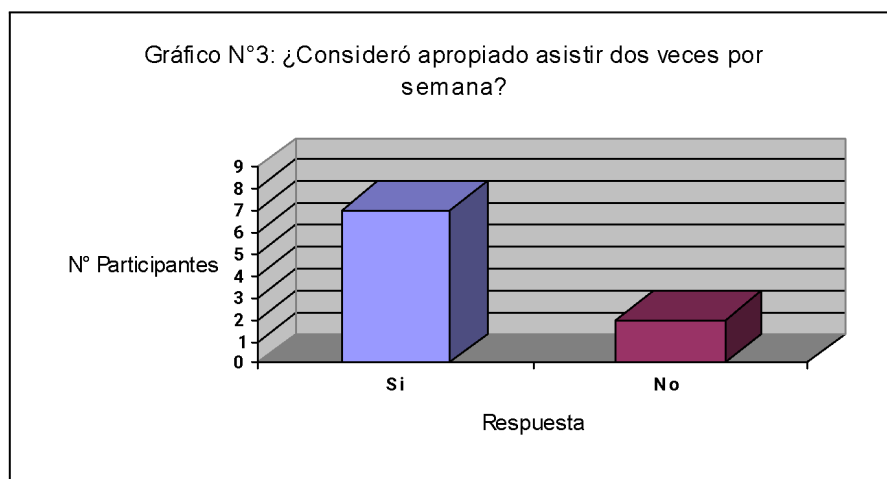


**b. Duración de actividad y sesión**

En el gráfico N°2 se observa la opinión de los pacientes frente al tiempo destinado para las actividades y las sesiones. En ambos aspectos, ocho pacientes respondieron positivamente.

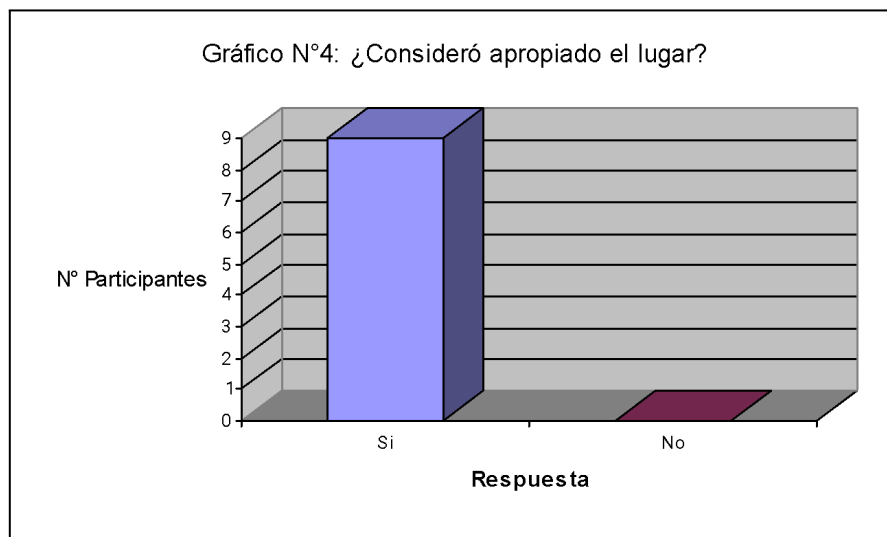
**c. Frecuencia de las sesiones**

El gráfico N°3 muestra que para siete participantes fue adecuado asistir dos veces por semana, mientras que dos de ellos consideraron inadecuada dicha frecuencia



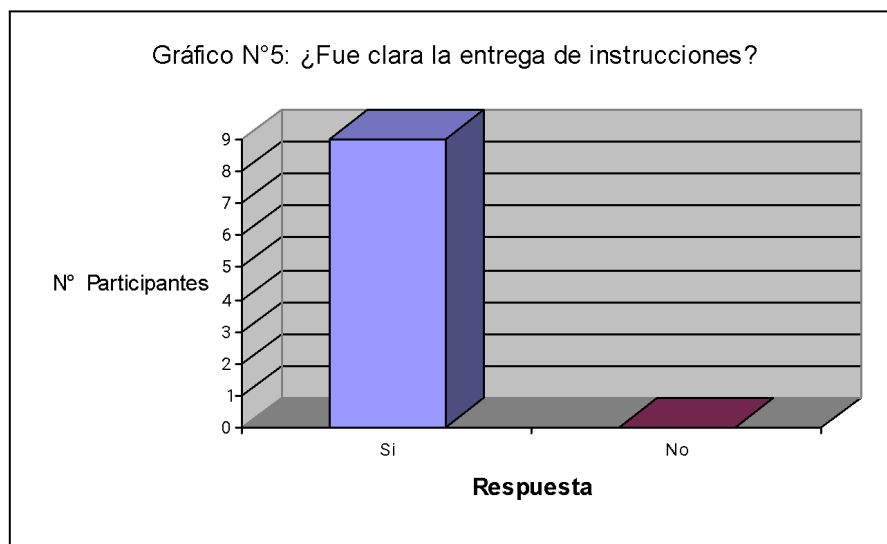
d. **Nivel de aceptación del lugar**

El gráfico N° 4 muestra que la totalidad de los pacientes consideró adecuado el lugar de realización del taller.



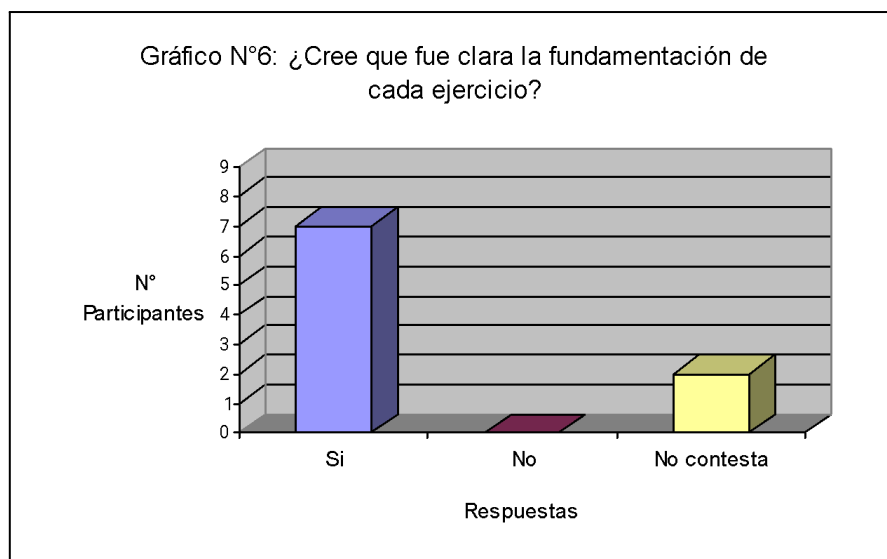
e. **Entrega de instrucciones**

El gráfico N°5 refleja que la totalidad de los pacientes consideró clara la entrega de las indicaciones de las actividades.



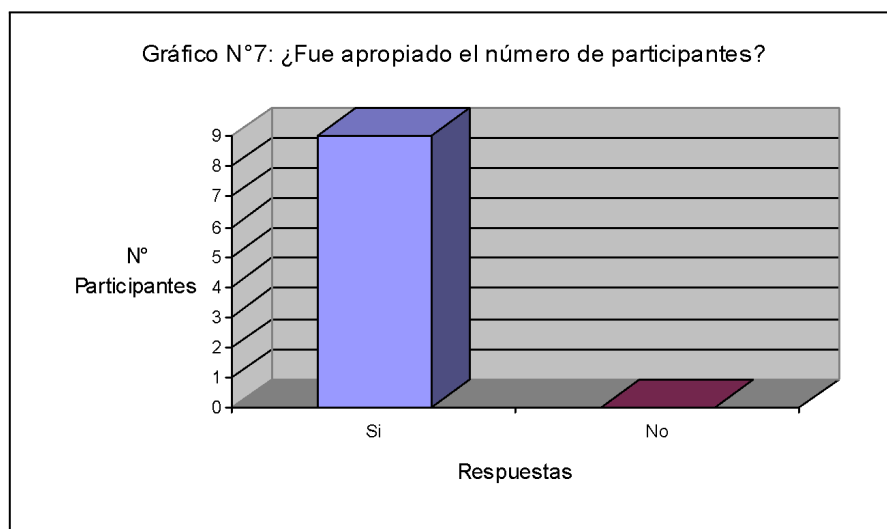
f. **Fundamentación de las actividades**

El gráfico N°6 muestra que siete de nueve pacientes consideraron que la fundamentación de las actividades fue clara. Por su parte, dos participantes no contestaron la pregunta.



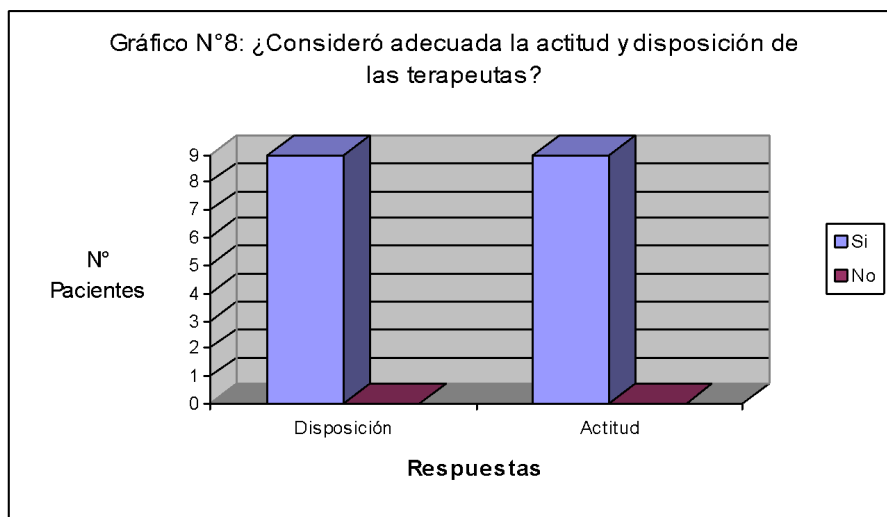
g. **Aceptación número de pacientes**

El gráfico N°7 muestra que la totalidad de los pacientes consideró apropiado el número de participantes del taller grupal.



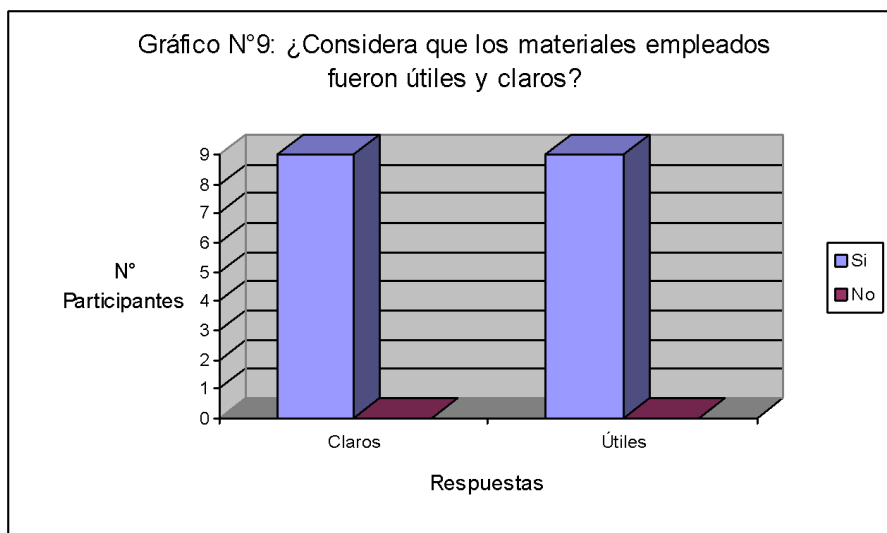
### h. Disposición y actitud de terapeutas

El gráfico N° 8 representa que la totalidad de los pacientes considera adecuada la actitud y disposición de las terapeutas durante el transcurso del taller grupal.



### i. Materiales

El gráfico N° 9 representa que la totalidad de los pacientes consideraron que los materiales empleados para las actividades fueron claros y útiles.



#### **4.1.2 Evaluación de la Aplicabilidad del Programa Terapéutico Grupal: Encuesta terapeutas.**

En cuanto a los resultados obtenidos del promedio de las respuestas de las terapeutas, mediante la pauta de “Evaluación de Aplicabilidad del Programa Terapéutico Grupal: Encuesta Terapeutas”, se pudo apreciar lo siguiente:

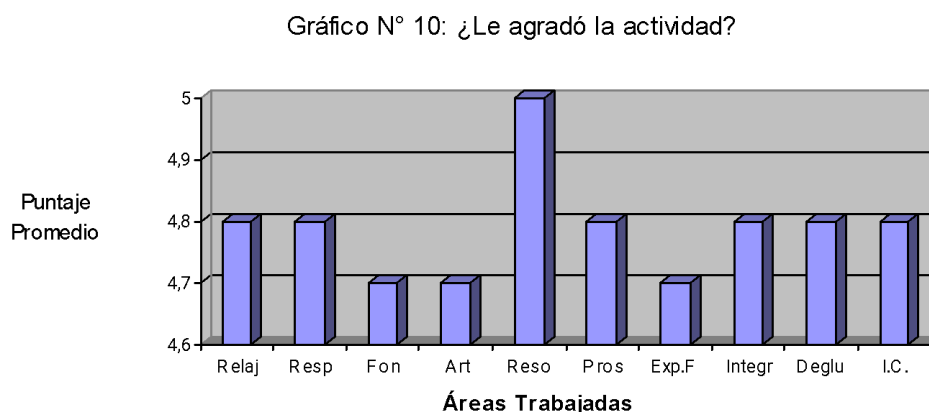
- Clara entrega de instrucciones.
- Actividades adecuadas en cuanto a cantidad y variedad.
- Adecuada duración y número de sesiones para este estudio.
- Adecuado número de pacientes.
- Buena disposición y recepción del taller por parte de pacientes.
- Materiales útiles y claros.

### 4.1.3 Pauta de Apreciación de la sesión (Pacientes)

Los gráficos presentados a continuación reflejan el promedio de las respuestas dadas por los pacientes en la “Pauta de Apreciación de la Sesión”. Dichos resultados corresponden a nivel de agrado de las actividades, claridad de la explicación y grado de dificultad de las actividades.

#### a. Nivel de agrado de las actividades

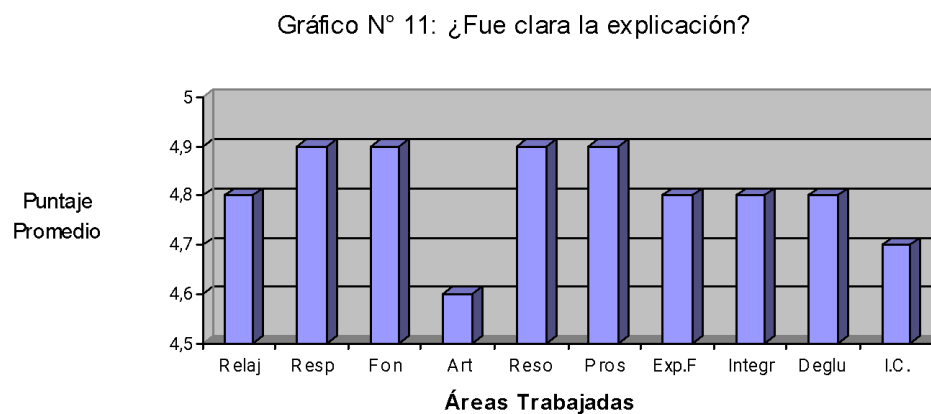
El gráfico N° 10 representa el nivel de agrado percibido por los pacientes en cada área trabajada. Se puede observar que la actividad de mayor agrado resultó ser resonancia y, por el contrario, las actividades de articulación y fonación fueron de menor agrado para los participantes. Los valores que se obtuvieron varían entre el bueno (4) y excelente (5).



Relaj: relajación, Resp: respiración, Fon: fonación, Art: articulación, Reso: resonancia, Pros: prosodia, Exp.F: expresión facial, Integr: Integradas, Deglu: deglución, I.C.: interacción comunicativa

## b. Nivel de claridad de la explicación

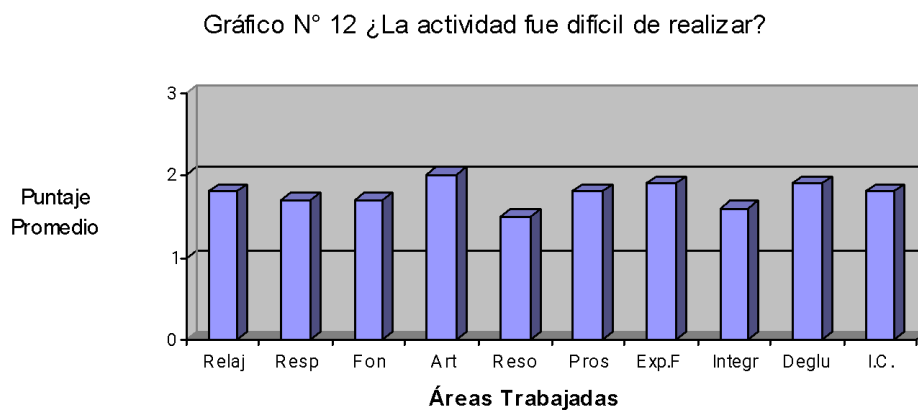
En el gráfico N° 11 es posible observar que, de acuerdo a los pacientes, todas las explicaciones resultaron claras. Cabe destacar que prosodia, resonancia, fonación y respiración, fueron las actividades mejor evaluadas. Los promedios de las respuestas se encuentran entre bueno (4) y excelente (5).



Relaj: relajación, Resp: respiración, Fon: fonación, Art: articulación, Reso: resonancia, Pros: prosodia, Exp.F: expresión facial, Integr: Integradas, Deglu: deglución, I.C.: interacción comunicativa

### c. Nivel de dificultad de las actividades

El gráfico N°12 representa el grado de dificultad promedio de las diferentes áreas trabajadas. De acuerdo a las respuestas dadas por los pacientes, los grados de complejidad fluctúan entre sin dificultad y leve. El área que resultó más complicada fue articulación. Las respuestas encontradas fluctúan entre sin dificultad (1) y dificultad leve (2).



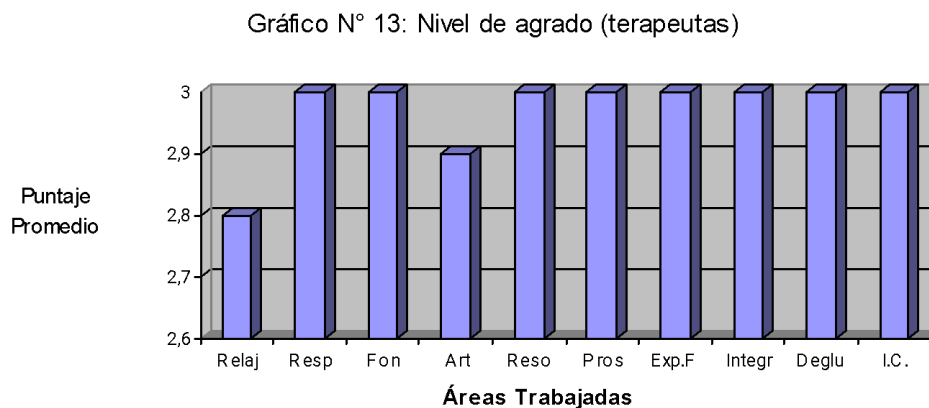
Relaj: relajación, Resp: respiración, Fon: fonación, Art: articulación, Reso: resonancia, Pros: prosodia, Exp.F: expresión facial, Integr: Integradas, Deglu: deglución, I.C.: interacción comunicativa

#### 4.1.4 Apreciación de la sesión (terapeutas)

Los siguientes gráficos corresponden a la apreciación de las actividades realizadas por las terapeutas. Se presentan los resultados de las actividades de relajación, articulación, respiración, fonación, prosodia, expresión facial, ejercicios integrados, interacción comunicativa y deglución. Los resultados se presentan de acuerdo a la siguiente escala: 3 corresponde a “Si”, 2 “parcial y 1 a “No”

##### a. Nivel de agrado de la actividad

En el gráfico N° 13 se presenta el nivel de agrado de los pacientes, percibido por las terapeutas en cada área trabajada. Si bien los aspectos ejercitados obtuvieron un rendimiento similar, el nivel de agrado para las actividades de relajación fue menor en relación al de las otras. Las respuestas obtenidas para la pregunta ¿Fue agradable la actividad? oscilan entre parcial (2) y si (3).

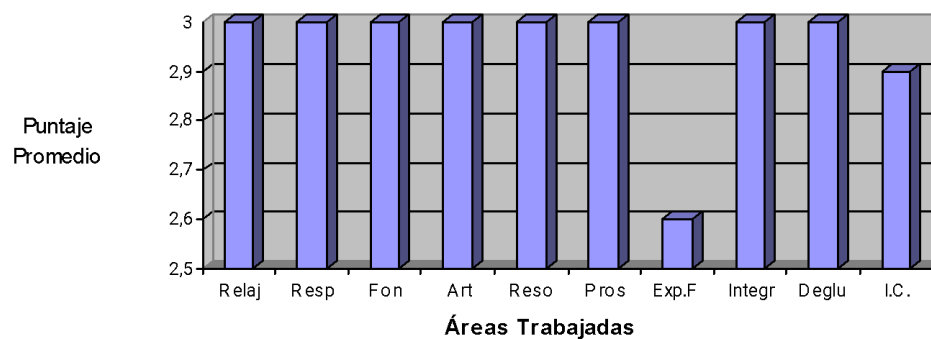


Relaj: relajación, Resp: respiración, Fon: fonación, Art: articulación, Reso: resonancia, Pros: prosodia, Exp.F: expresión facial, Integr: Integradas, Deglu: deglución, I.C.: interacción comunicativa

## b. Nivel de claridad de la explicación

En el gráfico N° 14 se presenta el nivel de claridad de la explicación de las actividades de cada área, percibido por las terapeutas en relación a los participantes. Ellas consideraron que los pacientes tuvieron mayor dificultad para comprender las actividades de expresión facial. Las respuestas obtenidas para la pregunta ¿Fue clara la explicación? varían entre parcial (2) y si (3).

Gráfico N° 14: Nivel de claridad de la explicación (terapeutas)

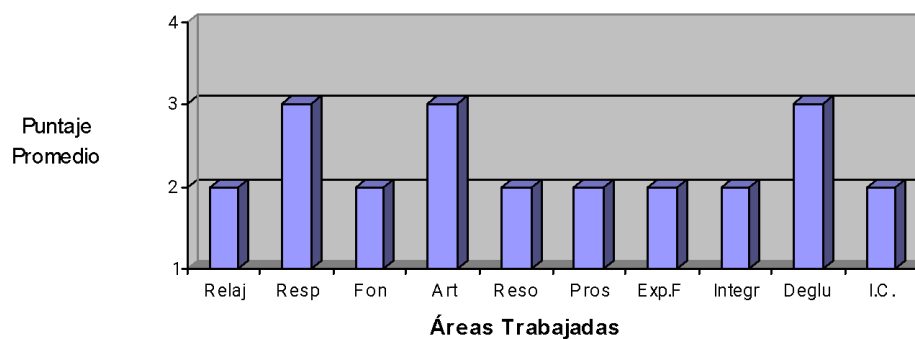


Relaj: relajación, Resp: respiración, Fon: fonación, Art: articulación, Reso: resonancia, Pros: prosodia, Exp.F: expresión facial, Integr: Integradas, Deglu: deglución, I.C.: interacción comunicativa

### c. Nivel de ayuda requerida

En el gráfico N° 15 se presenta el nivel de ayuda facilitada por las terapeutas a los pacientes en cada área trabajada. De acuerdo a esto, las que requirieron mayor apoyo fueron: articulación, respiración y deglución. Las respuestas para la pregunta ¿Fue necesario el apoyo de las terapeutas? fluctúan entre parcial (2) y si (3).

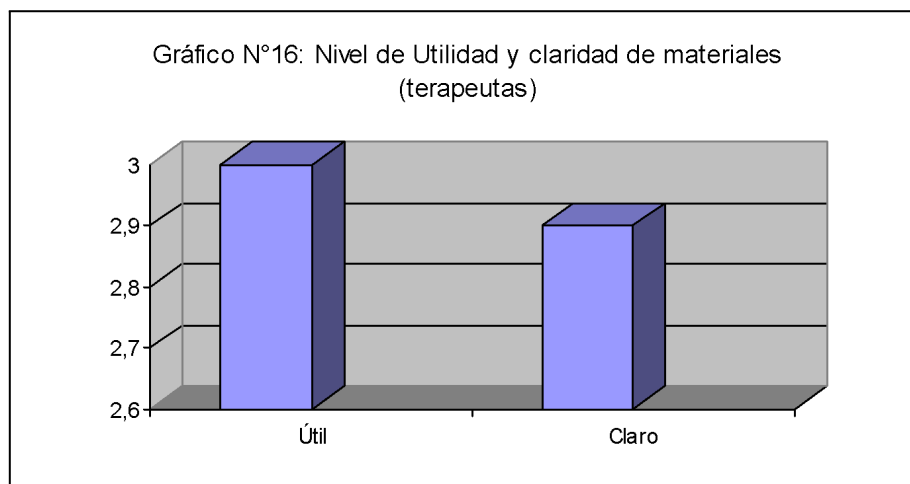
Gráfico N° 15: Nivel de ayuda requerida (terapeutas)



Relaj: relajación, Resp: respiración, Fon: fonación, Art: articulación, Reso: resonancia, Pros: prosodia, Exp.F: expresión facial, Integr: Integradas, Deglu: deglución, I.C.: interacción comunicativa

#### d. Nivel de utilidad y claridad de materiales

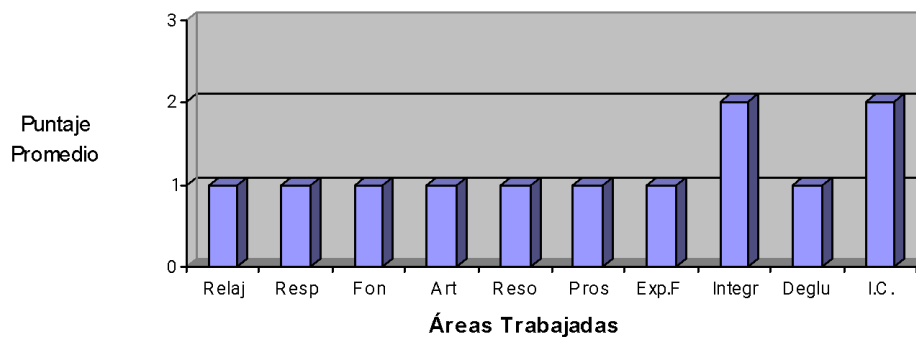
En el gráfico N° 16 se presenta la percepción de las terapeutas en relación al nivel de utilidad y de claridad de los materiales empleados en las actividades. El promedio de las respuestas obtenidas frente a las pregunta ¿Fue útil el material? y, ¿Fue claro el material?, varían entre parcial (2) y si (3).



### e. Nivel de Dificultad de las actividades

En el gráfico N° 17 se presenta el nivel de dificultad en la realización de la actividad percibido por las terapeutas. Es posible observar que las actividades integradas y de interacción comunicativa tuvieron una complejidad parcial en relación a las restantes que no la presentaron. Frente a la pregunta ¿Fue difícil la realización de la actividad?, las respuestas variaron entre no (1) y parcial (2).

Gráfico N° 17: Nivel de dificultad en la realización de las actividades (terapeutas)



Relaj: relajación, Resp: respiración, Fon: fonación, Art: articulación, Reso: resonancia, Pros: prosodia, Exp.F: expresión facial, Integr: Integradas, Deglu: deglución, I.C.: interacción comunicativa

## 4.2 Nivel de éxito del programa terapéutico

Como ya se indicó, no es objetivo del presente estudio probar la efectividad del programa terapéutico. Sin embargo, se consideró importante aportar los datos que se obtuvieron una vez realizado el taller, con el fin de complementar los resultados de la aplicabilidad. A continuación se expondrán los resultados obtenidos a través de las encuestas realizadas a los pacientes, familiares y, de la reevaluación fonaudiológica.

### 4.2.1 Comparación de encuestas de nivel de éxito paciente/ familiar

En las siguientes tablas, se compara la apreciación del nivel éxito realizada por cada paciente con lo percibido por sus familiares en los siguientes aspectos: estado anímico, habilidades comunicativas y deglución. Dichas respuestas fueron obtenidas a través de las pautas aplicadas al finalizar el programa terapéutico.

#### a. Estado anímico

Tabla N° 1: Cambios de la muestra en el estado anímico.

Preguntas	Cambios positivos		Sin cambios		Cambios negativos	
	Paciente	Familiar	Paciente	Familiar	Paciente	Familiar
Interés en actividades	9	7	-	2	-	-
Cambios en estado de ánimo	9	8	-	1	-	-
Motivación ante la terapia	9	9	-	-	-	-

La tabla N°1 indica que la totalidad de los pacientes presentó mayor interés en la realización de actividades de la vida diaria, mientras que sólo siete familiares percibieron un cambio positivo en dicho aspecto. Con respecto al estado anímico, percibieron cambios positivos los nueve participantes y ocho familiares. Finalmente, la totalidad de los pacientes y de los familiares percibieron cambios positivos en la motivación ante la terapia. Cabe mencionar que ninguno de los

grupos observaron cambios negativos en los aspectos preguntados, una vez finalizado el taller.

### b. Características del habla y la comunicación.

Tabla N°2: Cambios de la muestra en las características del habla y la comunicación.

Preguntas	Cambios positivos		Sin cambios		Cambios negativos	
	Paciente	Familiar	Paciente	Familiar	Paciente	Familiar
Inteligibilidad	7	8	2	1	-	-
Intensidad de la voz	7	4	2	5	-	-
Expresión Facial	7	7	1	2	1	-
Prosodia	8	8	1	1	-	-
Participación en conversaciones	7	7	2	2	-	-

En la tabla N°2 se aprecian los cambios presentados por la muestra tanto en parámetros de habla como en habilidad comunicativa. Así, siete participantes manifestaron cambios positivos en la inteligibilidad de su habla y en la intensidad de su voz, mientras que ocho y cuatro familiares, respectivamente, percibieron dicho cambio. En relación a estos aspectos, ninguno de los grupos observó cambios negativos. Con respecto a la expresión facial, siete pacientes y siete familiares apreciaron cambios positivos; por el contrario, un participante notó cambios negativos en dicho aspecto. Asimismo, ocho pacientes y ocho familiares observaron cambios positivos en la prosodia del habla.

Por último, tanto siete participantes del taller como siete familiares percibieron mayor participación en conversaciones de los participantes. Cabe

señalar que ninguno de los dos grupos observó cambios negativos en dicho aspecto.

### c. Aspectos de deglución

Tabla N° 3: Cambios de la muestra en aspectos de deglución

Preguntas	Cambios positivos		Sin cambios		Cambios negativos	
	Paciente	Familiar	Paciente	Familiar	Paciente	Familiar
Dificultades para tragar	5	5	3	4	1	-
Escape de saliva	4	4	5	5	-	-

La tabla N°3 muestra los cambios percibidos, tanto por los participantes como por sus familiares, en dos aspectos de la deglución: dificultades para tragar y escape de saliva. En el primero, cinco pacientes y cinco familiares notaron cambios positivos, mientras que un paciente percibió cambios negativos. En el segundo aspecto, cuatro participantes del taller y cuatro familiares percibieron menor escape de saliva. En tanto, cinco pacientes y familiares manifestaron no observar cambios. Cabe señalar que ninguno de los dos grupos observó cambios negativos en dicho aspecto.

#### 4.2.2 Encuesta de nivel de éxito del programa terapéutico (Paciente)

A continuación se exponen los resultados de la encuesta de nivel de éxito, respondida por los pacientes. Dichos resultados no pudieron ser comparados con la información aportada por los familiares, por ser aspectos observables sólo por la persona involucrada directamente.

Tabla N°4: Apreciación personal de cambios no observables por familiares

## Procesos Motores Básicos

	Cambio Positivo	Sin cambio	Cambio Negativo
	Sujetos	Sujetos	Sujetos
Articulación	9	-	-
Movimientos orales	8	1	0
Rango de movimiento de cabeza, cuello y hombros	6	2	1
Dosificación del aire	6	2	1

En la tabla N°4 se observa que la totalidad de los pacientes percibió un cambio positivo en su articulación. En cuanto a los movimientos orales, ocho pacientes apreciaron cambios positivos, mientras que, uno no percibió cambios en este aspecto. Por último, seis pacientes mostraron cambios positivos tanto en el rango de movimiento de cabeza, cuello y hombros, como en la dosificación de aire. En ambos aspectos, dos participantes no observaron cambios.

### 4.2.3 Apreciación de la sesión (terapeutas)

A continuación se presentan los resultados promediados de dos aspectos evaluados en la Parte A de la “Pauta Apreciación de la Sesión”: logro de los objetivos planteados en cada área trabajada y nivel de dificultad en la ejecución de los ejercicios por de cada paciente.

#### a. Logro del objetivo

Tabla N°5: Logro del objetivo por área trabajada

<b>Resultado</b>	Logra	Logra Parcial	No logra
Relajación	6	3	--
Respiración	5	4	--
Articulación	6	3	--
Fonación	5	3	1
Resonancia	9	--	--
Prosodia	6	3	--
Expresión Facial	8	1	--
Actividades integradas	--	9	--
Interacción comunicativa	8	1	--
Deglución	8	1	--

En la tabla N° 5 se observa que la totalidad de los pacientes logró de forma total o parcial el objetivo planteado, excepto en fonación. En esta área se observa que un paciente no logró los objetivos planteados para cada actividad realizada.

## b. Nivel de dificultad

Tabla N°6: Grado de dificultad por área trabajada

<b>Resultado</b>	Sin dificultad	Dificultad Leve	Dificultad moderada	Dificultad severa
Relajación	2	3	4	--
Respiración	--	5	3	1
Articulación	--	6	3	--
Fonación	--	6	2	1
Resonancia	4	4	1	--
Prosodia	4	1	2	2
Expresión Facial	4	3	1	1
Actividades integradas	3	4	1	1
Interacción comunicativa	6	2	1	--
Deglución	2	6	1	--

En la tabla N°6 se aprecia que la mayoría de los pacientes presentó un grado de dificultad leve en cuanto a la realización de las actividades. Todos los pacientes percibieron cierto grado de complejidad en las actividades de respiración, articulación y fonación. El grado de dificultad severa sólo se apreció en respiración, fonación, prosodia, expresión facial y actividades integradas.

#### 4.2.4. Evaluación y reevaluación fonoaudiológica

A continuación, se darán a conocer los resultados obtenidos de la diferencia entre la evaluación y la reevaluación fonoaudiológica, tanto en habla como en deglución. Cabe destacar que se expondrán sólo aquellos datos en los cuales se encontró una diferencia entre ambas evaluaciones. Los datos serán agrupados por Proceso Motor Básico y presentados por medio de tablas.

##### a. Aplicación Pauta Evaluación de Disartria

En las siguientes tablas se presentan los cambios ocurridos al comparar los datos obtenidos en la evaluación inicial y en la reevaluación de los pacientes.

##### ▪ Proceso Motor Básico: Articulación

Tabla N° 1: Comparación de evaluación y reevaluación del Proceso Motor Básico: Articulación

	Cambio Positivo	Sin cambio	Cambio Negativo
	Sujetos	Sujetos	Sujetos
Diadocosinecias verbales	5	4	0
Diadocosinecias No verbales	4	5	0
Movimientos orales	3	6	0

En la tabla N° 1 se muestran los tres aspectos de la articulación que presentaron cambios positivos. Esto se manifestó en cinco sujetos en la realización de diadocosinecias verbales; en cuatro pacientes en el caso de las no verbales y en tres en la ejecución de movimientos orales. En ninguno de ellos se presentaron cambios negativos.

▪ **Proceso Motor Básico: Fonación**

Tabla N° 2: Comparación de evaluación y reevaluación del Proceso Motor Básico: Fonación

	Cambio Positivo	Sin cambio	Cambio Negativo
	Sujetos	Sujetos	Sujetos
Tiempo máximo de fonación	3	6	0
Serie de /a/	3	6	0

En la tabla N°2 es posible observar cambios en dos parámetros evaluados. Es así como tres participantes presentaron cambios positivos en el tiempo máximo de fonación (TMF) y en la realización de series de /a/, mientras que seis no presentaron cambios.

▪ **Proceso Motor Básico: Respiración**

Tabla N° 3: Comparación de evaluación y reevaluación del Proceso Motor Básico: Respiración

	Cambio Positivo	Sin cambio	Cambio Negativo
	Sujetos	Sujetos	Sujetos
Coordinación fonorespiratoria	3	6	0
Serie de /s/	2	7	0

En la tabla N° 3 se observa que, dentro de los parámetros evaluados en respiración, tres pacientes obtuvieron cambios positivos en coordinación fonorespiratoria (CFR) y seis se mantuvieron sin cambios. Además, en la realización de series de /s/ se encontraron cambios positivos en dos pacientes, mientras que siete permanecieron sin cambios.

#### **b. Aplicación Pauta de Evaluación de Disfagia**

A continuación se presentan los datos obtenidos de la comparación de la evaluación inicial con la reevaluación de los aspectos de deglución.

Tabla N° 4: Comparación de evaluación y reevaluación de disfagia

	Cambio Positivo	Sin cambio	Cambio Negativo
	Sujetos	Sujetos	Sujetos
Sialorrea diurna	2	7	0
Consistencia de alimentos	1	8	0
Función Mandibular	1	8	0
Evita alimentos	0	8	1 <sup>1*</sup>

---

<sup>1\*</sup> La respuesta dada por el paciente es dudosa, puesto que en la reevaluación refiere que presenta problemas que datan de una fecha previa a la evaluación inicial.

En la tabla N°4 es posible observar cambios positivos en tres parámetros evaluados. Es así como dos sujetos presentaron mejoría en el escape de saliva diurno. En cuanto a la consistencia de los alimentos, un paciente presentó cambio favorable. Con respecto a las praxias mandibulares, un sujeto presentó cambio positivo en la movilidad mandibular. Por el contrario, el cambio negativo se observó en un paciente, quien evitó un alimento específico, al momento de la reevaluación.

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En este capítulo se aborda la interpretación de los datos recopilados de las pautas aplicadas durante el taller y una vez finalizado éste. Además, se establece la relación entre los resultados y las referencias bibliográficas respecto al tema. Junto con esto, se exponen las limitaciones y proyecciones que se desprenden de este estudio. Asimismo, se pretende verificar el cumplimiento de los objetivos planteados para esta investigación.

Debido a la escasa bibliografía referente a propuestas terapéuticas fonoaudiológicas para pacientes con E.P., la creación del programa incluyó, en su mayoría, ejercicios elaborados por las tesisistas. Dichas actividades fueron diseñados en relación a las características de habla y deglución en la enfermedad y a las necesidades específicas de la muestra. En el aspecto de deglución, los participantes presentaron ausencia de patología y alteraciones leves, por lo que la mayoría de las actividades propuestas se enfocaron en el área de habla por estar más afectada.

En cuanto a la aplicabilidad del programa, a continuación se analizarán aspectos observados durante la selección de la muestra y la realización del taller, así como aquellos relacionados con el contenido del programa.

Es necesario mencionar que se apreciaron algunas dificultades en el proceso de selección de la muestra, las cuales se relacionan con ciertos criterios de selección. Si bien el programa está dirigido a pacientes con ausencia o grado leve a moderado de disartria y a personas con un puntaje igual o superior a 22 en el MMSE, la realización de algunas actividades se vio obstaculizada por la diversidad de características presentadas. Así, se apreció que los pacientes con grado moderado requirieron más tiempo y apoyo para la ejecución de los ejercicios, lo cual afectó la fluidez en la realización de la sesión. Lo anterior se evidenció en los ejercicios de interacción comunicativa, donde los pacientes menos afectados participaban activamente, a diferencia de aquellos con disartria moderada, quienes generalmente necesitaron ser inducidos a interactuar. Para dichos pacientes, son recomendables sesiones individuales, en las cuales sea posible intervenir de manera más específica y controlar su desempeño.

En cuanto al estado cognitivo de los pacientes, es necesario poner especial atención en la valoración entregada por el MMSE. Como ya se expuso, los puntajes obtenidos por la muestra seleccionada fluctuaron entre los 23 y 30 puntos, situándose el promedio en 28. Los pacientes con puntuaciones cercanas al límite inferior, si bien no sugieren alteración cognitiva, presentaron un desempeño menos satisfactorio en el taller, con lentitud en el tiempo de respuestas, escasa participación espontánea y dificultad en la comprensión de instrucciones. En consecuencia, es recomendable determinar el criterio de corte del MMSE en un puntaje superior o aplicar un método de valoración del estado cognitivo que sea más específico, para obtener un rendimiento homogéneo.

Por las razones anteriormente expuestas, cabe resaltar la rigurosidad en el cumplimiento de los criterios de selección de la muestra, tanto en el grado de disartria como en el nivel cognitivo. Esto con el fin de que, en futuras experiencias, los seleccionados posean características semejantes que permitan la realización adecuada del taller y que todos los participantes se vean beneficiados de igual manera.

En relación a los resultados obtenidos en las encuestas de aplicabilidad, éstos corresponden a la opinión personal de los pacientes, familiares y terapeutas, siendo respuestas que no son posibles objetivar. Sin embargo, se considera como único método para evaluar el programa presentado. Cabe mencionar, el carácter inductivo de algunas de las preguntas contenidas en las pautas, lo cual no quedó en evidencia en la etapa de validación de los instrumentos.

Por un lado, es necesario resaltar algunos puntos que se evidenciaron durante la aplicación del taller y en las respuestas de las encuestas. En cuanto al tiempo destinado a cada actividad, este estuvo sujeto a cambios debido al rendimiento de los pacientes, al nivel de dificultad de las actividades y a la ayuda que requirieron para realizarlas. En ocasiones, los pacientes refirieron la necesidad de extender la duración de las actividades, ya sea por el agrado o por el interés que éstas les produjeron. En cuanto al tiempo total destinado a las sesiones, se pudo comprobar que una hora de duración resultó apropiado, debido a que un periodo más extenso los tendería a agotar, resultando contraproducente.

Con respecto al lugar, este resultó ser cómodo y de fácil acceso, lo que permitió realizar las actividades de manera óptima. Cabe mencionar que los pacientes con E.P. requieren de un

espacio en el cual puedan estar de pie o bien desplazarse, debido a que demasiado tiempo inactivos les produce aumento de los síntomas motores, como el temblor. En relación a la distribución física de los pacientes en el lugar de reunión, ésta fue cómoda para la realización de las diferentes actividades, de manera que las terapeutas consideran recomendable situarlos en semi-círculo.

Cabe destacar la disposición de los pacientes para asistir a las sesiones del taller. El número de pacientes al inicio de éste fue de 12, cantidad que fue descendiendo, llegando a 9 pacientes a partir de la sesión número 6, asistiendo en promedio 8 personas por sesión. Asimismo, cada participante asistió una media de 13 sesiones. Debido a dificultades climáticas, las sesiones 10 y 11 se realizaron con 3 y 5 pacientes respectivamente. Los datos previamente señalados reflejan la factibilidad de asistir dos veces por semana, además del interés y la necesidad de los pacientes de una intervención fonoaudiológica.

Por otro lado, en relación a los resultados de las encuestas de aplicabilidad del taller, si bien fueron positivos, se aprecian diferencias que son necesarias discutir. Así, las actividades que resultaron de menor agrado para los pacientes fueron las de articulación, expresión facial y fonación. La primera de estas se relaciona con el mayor nivel de dificultad percibido por los mismos: ésto se podría explicar por la menor claridad de las instrucciones dadas y/o por la dificultad de movimiento de los órganos fonoarticulatorios que experimentaron los pacientes con Enfermedad de Parkinson. Ello concuerda con la postura planteada por Brookshire (1997), quien señala que la dificultad en la articulación está dada por la musculatura rígida e incapacidad de alcanzar el rango de movimiento completo. Junto con esto, es importante mencionar que estas actividades requirieron mayor monitoreo y ayuda por parte de las terapeutas, por ende, fueron más difíciles de aplicar.

En el caso de las actividades de expresión facial, debido a las características de la enfermedad y/o por el menor nivel de claridad de la explicación percibido por los pacientes, fueron más complejas en su realización, lo cual pudo haber influido en el nivel de agrado. Por último, las actividades de fonación también resultaron menos agradables, sin embargo los pacientes no apreciaron dificultad en su realización. Una posible explicación estaría dada por la escasa variación de las actividades en esta área, en la cual se trabajó únicamente intensidad, lo que podría haber influido en la motivación de los participantes. Por el contrario, los

ejercicios de resonancia fueron las de mayor agrado, puesto que fueron más novedosas, en cuanto al tipo de actividad y materiales utilizados.

Ahora bien, según la percepción de las terapeutas, las actividades de menor agrado fueron las de articulación, lo que coincide con la percepción de los pacientes. Éstas, en conjunto con las de relajación de tipo segmentaria, posiblemente, resultaron más complejas por la dificultad para movilizar una determinada zona del cuerpo, producto de la rigidez y el temblor de los participantes. Cabe mencionar que a los pacientes les resultó complicada la relajación mediante imaginación, debido al escaso conocimiento, práctica de esta técnica y a la dificultad para evocar imágenes.

Desde el punto de vista de las terapeutas, todas las actividades requirieron un nivel de ayuda, parcial o total, para realizar y llevar a cabo el objetivo de cada una de ellas. Así, las tareas de respiración, articulación y deglución fueron las que demandaron mayor apoyo de las terapeutas hacia los pacientes, con quienes tuvo que realizarse un trabajo más personalizado con el fin de monitorear su ejecución. Esto se reflejó especialmente, en las actividades de deglución, en las cuales se utilizó material para cada uno de los pacientes, requiriendo ser manipulado por las terapeutas. Tal es el caso de la actividad de sensibilidad oral, donde se sugiere realizar en terapia individual.

En las actividades integradas, donde se trabajó más de un objetivo, se observó una mayor dificultad en su realización. Los pacientes tendieron a guiarse por uno de los objetivos de la actividad, por lo que se sugiere realizar estos ejercicios cuando exista un mayor dominio de éstos en forma separada.

En cuanto a los materiales utilizados como apoyo para cada una de las actividades, los pacientes los encontraron útiles y claros en igual proporción. Por su parte, las terapeutas lo consideraron más útil que claro, lo cual se puede explicar por el mayor interés apreciado por el material manipulable que por aquel presentado en papelógrafo.

Durante el transcurso de la aplicación del taller grupal se pudieron observar los beneficios generales de la terapia grupal dados por Marshall (1962, *cit.* en González *et al.*, 2001), expuestos en el sustento teórico. Se apreciaron, especialmente, los conceptos de Esperanza y Universalidad, ya que estar reunidos con personas que presentan similares características les permitió compartir inquietudes, experiencias, tratamientos y técnicas, lo que

podría ayudar a enfrentar de mejor manera su enfermedad. Asimismo, tanto los pacientes como sus familiares confirmaron cambios emocionales positivos, lo que se traduce en mejores relaciones sociales y familiares. De acuerdo a la Asociación Civil Enfermedad de Parkinson Argentina (2003), alrededor del 30 al 40% de los pacientes con E.P. presentan síntomas depresivos, por lo que el crear espacios para ellos, les hace sentir que aun tienen posibilidades de desenvolverse de manera adecuada dentro de la sociedad.

A pesar de la escasa información sobre terapia grupal en E.P, es posible señalar que el presente estudio concuerda con lo planteado por Aguiar, López & Pedroso (2005) y por Torres Carro, Alvarez L, Maragoto y Alvarez E. (2003). Ambos grupos apoyan el éxito de la metodología grupal en pacientes con E.P, y la proponen como una alternativa positiva para la solución de problemas de comunicación.

Tomando en cuenta el concepto de rehabilitación progresiva, expuesto por De Souza (1990, *cit.* en Stokes 2000), se concuerda con el principio de continuidad de los ejercicios para mantener una función óptima por el mayor tiempo posible. Esto toma mayor relevancia por las características de la Enfermedad de Parkinson, la que necesita de una intervención constante y a largo plazo, y que considere, además de la rehabilitación, apoyo y asesoría en la evolución de los síntomas.

Resultó importante, para la motivación y participación del proceso de rehabilitación, la toma de conciencia que lograron los pacientes de sus dificultades de habla y deglución. Lo anterior también se destacó en el estudio de Aguiar, López, y Pedroso (2005), quienes propusieron una terapia grupal para los trastornos de habla en E.P.

Pese a que evaluar el nivel de éxito del programa terapéutico no fue un objetivo de la investigación, es posible entregar los resultados preliminares que se obtuvieron y realizar un primer acercamiento al ámbito fonoaudiológico. Cabe mencionar que dichos datos no intentan avalar el programa terapéutico, sino complementar los resultados de aplicabilidad. En primer lugar, al comparar la evaluación y reevaluación de disartria y disfagia, se observó que, en el aspecto de articulación, las diadococinesias verbales obtuvieron mayores cambios positivos. Este aspecto coincide con el estudio realizado por Torres Carro, Alvarez L, Maragoto y Alvarez E. (2003), donde las alteraciones articulares, fonéticas y prosódicas fueron las que mostraron mejor respuesta al tratamiento. Cabe mencionar que, el Movement Disorders

Review (2000, cit en Trail *et al.*, 2005) propuso que la terapia fonoaudiológica debía enfocarse en la intensidad y la prosodia del habla, áreas que se consideraron ampliamente en el programa, sin desestimar los otros aspectos afectados. En segundo lugar, en los aspectos de fonación, respiración y deglución, la mayoría de los participantes no presentaron cambios.

Si bien los cambios observados en las distintas áreas no fueron significativos, cabe mencionar que puede deberse al corto tiempo de aplicación del programa. En otras palabras, estos son aspectos que, para lograr mejores resultados, requerirían de una intervención continua y prolongada.

Durante realización de este estudio quedaron de manifiesto ciertas limitaciones que obstaculizaron la etapa inicial de la investigación. Tal es el caso de la ausencia de información bibliográfica de estudios fonoaudiológicos en E.P. a nivel nacional y la escasez de ésta a nivel internacional. Otra dificultad fue contactar y reunir pacientes con E.P. en la Quinta Región; si bien existe una Liga contra el Parkinson en Viña del Mar, ésta no ofrece mayores instancias a las personas con la enfermedad, por ejemplo, un espacio físico de reunión. La escasa actividad de dicha asociación obstaculizó aun más el contacto de los participantes, junto con el hecho de que muchos pacientes con E.P. no participan en ella, teniendo que recurrir a otras entidades para conformar la muestra. A pesar de dichas dificultades, la institución brindó una buena disposición y ayuda, al proporcionar las fichas de los pacientes registrados en ella.

A partir de este estudio, se desprenden proyecciones y sugerencias que son necesarias de considerar. Tal es el caso de la realización de otras aplicaciones del programa presentado, con el fin de generalizar los resultados obtenidos en la aplicabilidad. Asimismo, comprobar la eficacia del programa para implementarlo en otros grupos, modificando las actividades de acuerdo a los requerimientos que presenten las personas con la enfermedad.

Es conveniente incorporar el taller a establecimientos de salud en los cuales se atiendan adultos con E.P. y así ofrecer una nueva posibilidad de rehabilitación. De esta manera será posible ampliar un campo poco explorado, pero que cada vez requiere de una mayor atención por las características de la población.

En conclusión, fue posible crear el Programa Fonoaudiológico Grupal para pacientes con E.P. y constatar, por los resultados obtenidos de la evaluación de su aplicabilidad, que resulta factible llevarlo a cabo. De esta manera, se otorga una nueva herramienta a la

comunidad fonoaudiológica en beneficio de las personas con E.P. y se destaca la importancia de incorporar un programa grupal de estas características, que complemente las diferentes terapias ofrecidas actualmente.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Aguiar, A., López, M. & Pedroso I. (2005) Una alternativa para la prevención de los trastornos del lenguaje en la enfermedad de Parkinson. [En línea] Disponible en: <http://www.agapetraining.com/PDFs/REVISTA6-1/Nm051-04.pdf>
- Aminoff, M. (2002). “Enfermedad de Parkinson y otros trastornos extrapiramidales”. En Braunwald, Fauci, Hauser, Longo & Jamerson (Eds.), *Harrison. Principios de medicina interna* (Vol. II, pp. 2806- 2814). España: Mc Graw-Hill – Interamericana de España, S.A.U.
- Asociación Civil Enfermedad de Parkinson (2003) La Enfermedad. [En línea] Disponible en: <http://www.parkinsonargentina.org.ar/>
- Bayés, A. (2003) *Rehabilitación Integral en la Enfermedad de Parkinson y otros Parkinsonismos. Manual de Ejercicios Prácticos*. España: Ars Médica.
- Bleecx, D. (2004) *Disfagia: Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución*. Mc Graw-Hill Interamericana.
- Brookshire, R. H. (1997) *Introduction to Neurogenic Communication Disorders*. (5<sup>th</sup> Ed). U.S.A: Mosby-Year Book, Inc.
- Cassinelli, D. & Santibáñez R. (2004) Relación entre manifestaciones motoras y deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson. [En línea] Disponible en: [http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos\\_medicos/113.htm](http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos_medicos/113.htm)
- Centro de neurología y neurocirugía funcional, Clínica Quirón. Estadios de evolución de la Enfermedad de Parkinson: Estadiaje de Hoehn y Yahr. [En línea] Disponible en <http://www.geocities.com/tpmsm/hoehn.html>
- Chaná, P., Kunstman C., Tapia, J. & Juri C. (2005) Enfermedad de Parkinson: Generalidades. [En línea] Disponible en <http://www.fcm.usach.cl/cetram/files/em/Park1.pdf>

- Darley F., Aronson A. & Brown J. (1978) *Alteraciones motrices del habla* (pp.173-197). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Enderby P. (1983) *Frenchay Dysarthria Assesment*. U.S.A: Pro Ed.
- Gonzalez, F., Nercelles, L., Ruiz, C. & Espindola, M.(2001). “Aplicación de un programa de terapia grupal en pacientes afásicos”. *Tesis Pre-grado inédita*. Valparaíso: Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina.
- Gonzalez, R. & Araya, C. (2000) “Manejo fonoaudiológico del paciente con disfagia neurogénica” *Revista Chilena de Fonoaudiología*. 3(2), 49-61.
- Hernández, R., Fernández E. & Baptista P. (2003) *Metodología de la Investigación*. México: Editorial McGraw-Hill, 3º Edición.
- Hernández J., Alvarez B. & García O. (2002) Rehabilitación del paciente con enfermedad de parkinson. [En línea] Disponible en [http://scielo-mx.bvs.br/scielo.php?pid=S0187-47052002000400005&script=sci\\_arttext](http://scielo-mx.bvs.br/scielo.php?pid=S0187-47052002000400005&script=sci_arttext)
- Hoyl, Marín & Valenzuela (2000) Depresión en el adulto mayor: Evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. [En línea] Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001100003&script=sci_arttext)
- Jackson-Menaldi (2002) *La voz patológica*. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.
- Jones, D & Godwin-Austen, R.B. (2000). “Enfermedad de Parkinson”. En M. Stokes, *Rehabilitación Neurológica*, (pp. 187- 200). España: Harcourt.
- Khanderia, M. (2000). “Glosario de fármacos empleados en rehabilitación neurológica”. En M. Stokes, *Rehabilitación Neurológica*, (pp. 424-425). España: Harcourt.
- Lezcano, E., Zarranz, J.J., Tolosa, E. & Gómez, J.C.(2003). “Enfermedades caracterizadas por movimientos involuntarios anormales (Enfermedades “extrapiramidales” o de los

“Ganglios Basales”). En J.J. Zarranz (Ed.), *Neurología*. (3ª Ed.) (pp: 501-527). España: Elsevier.

- Logemann, J.A. (1998) *Medical Speech-Language Pathology: A practitioner's Guide. Disphagia: Basic Assesment and Managment Issues*. (2a Ed.) New York: Thieme.

- Love R.J. & Webb W.G. (2001) *Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje*. (3ª Ed.) Buenos Aires: Médica Panamericana.

- Marjama-Lyons, J. & Lieberman, A. ( 2004) Medicamentos para la enfermedad de Parkinson [En línea] Disponible en <http://www.parkinson.org/atf/cf/%7BF0E9372E-94BC-4BFF-89A3-AF6BAB57D6CF%7D/medicamentos.pdf> -

- Merck Sharp & Dohme de España (2005) Trastornos del Movimiento [En línea] Disponible en [http://www.msd.es/publicaciones/mmerck\\_hogar/seccion\\_06/seccion\\_06\\_067.html](http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_06/seccion_06_067.html)

- Ostrosky-Solís, F. (2000). Características neuropsicológicas de la enfermedad de Parkinson. [En línea] Disponible en <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/neuropsicologia-1.html>.

- Puyuelo M. (2004) *Casos clínicos en logopedia* . (2ª Ed.) España: Masson.

- Quiroga, Klaassen, Albala, Martinez y Perez, (1994), equipo de investigación “Demencias Asociadas a Edad O.M.S. – Chile”, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

- Rolla E. (1962) *Psicoterapia individual y grupal* (3ª Ed) Argentina: Colección Hombre y Sociedad.

- Sánchez-Rodríguez JL. (2002) Déficit neuropsicológicos en la enfermedad de Parkinson. Relación con variables clínicas. [En línea] Disponible en: <http://www.revneurolog.com/ind.asp?Vol=35&Num=04&i=e>

- Trail, M., Fox C., Olson Ramig L., Sapir, S., Howard, J. & Lai, E. (2005) Speech Treatment for Parkinson's Disease. [En línea] Disponible en EBSCO Host Research Database (Base de Datos electrónica U.V.)
- Torres Carro O., León M., Alvarez E., Alvarez L., Maragoto C. & Rivera O. (2001) Particularidades Articulares de la Disartria Parkinsoniana. [En línea] Disponible en: <http://www.agapetraining.com/PDFs/REVISTA2-4/parkinsoniana.pdf>.
- Torres Carro, O., Alvarez, L., Maragoto, C. & Alvarez, E. (2003) Nueva estrategia de rehabilitación de lenguaje en la enfermedad de Parkinson. [En línea] Disponible en: <http://www.agapetraining.com/PDFs/REVISTA4-6/Nm0035-05.pdf>
- Vera, H., Vera A, H., Álvarez, L., Fernández, I. & Casabona, E. (2006) Disfunción frontal en la enfermedad de Parkinson idiopática. [En línea] Disponible en: <http://www.revneurolog.com/LinkOut/veurePubMed.asp?Refer=2005428&Revista=RevNeurolog>
- Volonté, M.A, Porta, M. & Comi, G. (2002) Clinical Assessment of dysphagia in early phases of Parkinson Disease. [En línea] Disponible en Ebsco Host Research Database (Base de Datos electrónica U.V.)
- Zambrana N., (1999) El mantenimiento de las orientaciones logopédicas en el paciente con disfagia orofaríngea de origen neurogénico. En First International Congress on Neuropsychology in Internet. [En línea] Disponible en <http://www.uninet.edu/union99/congress/confs/lang/04Zambrana.html>