



Asociación

**Parkinson**

ALICANTE



Revista subvencionada por:



DIPUTACIÓN  
DE ALICANTE

## Índice

---

- 3 Editorial
  - **La Asociación**
- 4 ¿Quiénes somos?
- 5 Servicios que ofrece la asociación
  - **Hablemos de Parkinson**
- 6 El estreñimiento en la enfermedad de Parkinson
- 7 Terapia ocupacional en la intervención domiciliaria para pacientes con enfermedad de Parkinson
- 9 La voz en la enfermedad de parkinson
- 10 Fisioterapia para la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria
  - **Quiero Saber**
- 12 Entrevista Saúl Martínez Horta
- 15 Entrevista Alicia Campos
- 18 Actualidad - Últimas Noticias
- 19 La Asociación recomienda

## Créditos

---

**Edita:**

Asociación Parkinson Alicante  
C/ General Pintos, 11 - bajo  
Esq. Cronista Joaquín Collía  
03010 Alicante  
Tel. 966 351 951  
info@parkinsonalicante.es  
www.parkinsonalicante.es

**Diseño y maquetación:**  
Girona Studio S.L.



## Estimados amigos/as y demás miembros de esta Asociación.

En primer lugar, quiero agradecer personalmente la confianza depositada en mi persona al colocarme como cabeza visible de esta maravillosa Asociación, que tiene como objetivo primordial, lograr mayor calidad de vida para aquellas personas afectadas por la enfermedad de Parkinson, y todo ello, financiado por donaciones particulares y privadas, cuotas de asociados, subvenciones de distintas administraciones públicas y cualquier otro tipo de colaboración que nos sea concedida.

Estando en esta posición he podido disfrutar de todo tipo de atenciones y agradecimientos por el trabajo bien hecho, así como por los esfuerzos realizados, porque iban dirigidos principalmente a nuestro equipo de profesionales. Ellos son la base de todos los servicios que se ofrecen en la Asociación, más todo el material que manejan para desarrollar sus funciones, así como las zonas usadas a diario y así como siguen siendo continuamente tratadas según las directrices marcadas por sanidad.

Y aquí es donde todo el mundo empieza a hablar del esfuerzo que están realizando aquellos que tienen el poder de cambiar y evolucionar en sus manos. Pero yo creo que ahí está el error, invertir en discapacidad

o en su modificación es inconcebible, pues no debía realizarse como un gran esfuerzo, si no como algo más natural, deberían tener sus propios apartados y ser atendidos en toda clase de presupuestos y futuros planes de vida, estando su dotación dentro de la normalidad.

Memoricemos los siguientes términos de forma que no queden nunca en el olvido; que se conviertan en términos de uso diario.

Estos conceptos son más importantes que el hecho de ser solo conceptos sin sentido; están llenos de contenido por sí mismos.

Cada vez que iniciemos un nuevo día recitemos lo siguiente:

Accesibilidad en vías y edificios públicos, medios de transporte públicos, accesibilidad en puertas y rampas de acceso, ascensores, etc. No olvidemos esto y quizá con el tiempo consigamos materializarlos.

Para despedirme, una mención a los amigos y compañeros que ya no nos acompañan y seguirán ocupando un lugar en nuestros recuerdos.

**Eunice Martínez, Presidenta.**

## ¿Quiénes somos?



### Junta directiva

**Presidenta:** Eunice Martínez Almagro  
**Vicepresidente:** Salvador León Pérez  
**Tesorero:** Ángel Jesús Sánchez Gómez  
**Secretaria:** Ana Margarita Alejandre Ruiz

**Vocal:** Rosa Poveda Blanco  
**Vocal:** Carmen Cuartero Masegosa  
**Vocal:** Enriqueta García Giner  
**Vocal:** Pilar Javaloyes Noguera  
**Vocal:** Antonio Verdú Rubio

### Equipo Interdisciplinar

**María Sanchís García**  
Logopeda

**Joaquín González Egea**  
Conductor

**Diana Manda Orozco**  
Auxiliar Ocupacional

**M<sup>a</sup> Eugenia Armengol Abad**  
Trabajadora Social

**Andrea Quesada Ballester**  
Administración



**Verónica Vidal Fuentes**  
Terapeuta Ocupacional

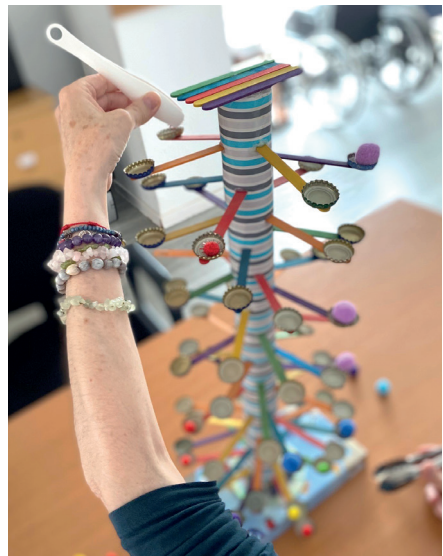
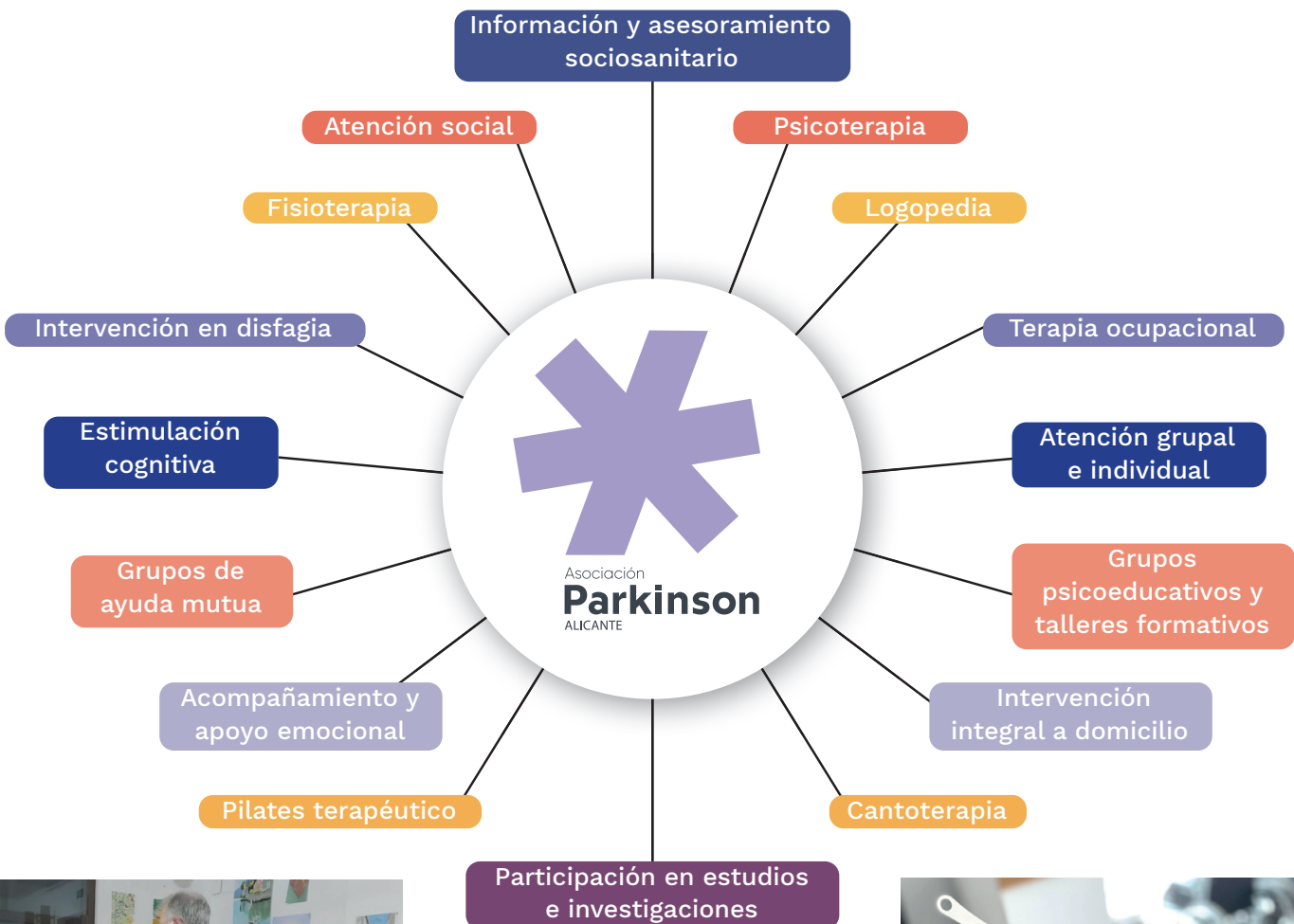
**Mar Quesada Ballester**  
Trabajadora Social  
Coordinadora

**Patricia Castillo Moreno**  
Fisioterapeuta

**Ana Palazuelos Martín**  
Psicóloga

**Nerea Arbeo Planelles**  
Fisioterapeuta

# Servicios que ofrece la asociación



## El estreñimiento en la enfermedad de Parkinson



Patricia María Castillo Moreno  
**Fisioterapeuta con Máster en Fisioterapia en el Abordaje Neurológico, nº: 4478-CV**

### ¿Qué es el estreñimiento y por qué se produce con más frecuencia en la enfermedad de Parkinson?

El estreñimiento es una afectación del tracto digestivo en la cual se producen menos de tres evacuaciones a la semana, las heces son duras y secas o cuando la evacuación es difícil, dolorosa o con una sensación de vaciamiento incompleto.

En la enfermedad de Parkinson se produce con mayor frecuencia debido a varios factores; por una parte, puede ser debido al funcionamiento enlentecido del propio sistema nervioso autónomo (responsable del sistema digestivo) y por otra, debido a la propia medicación para la enfermedad. Si experimentas algún cambio intestinal recientemente, no dudes en ponerte en contacto con tu neurólogo de referencia.

### ¿Qué recomendaciones existen?

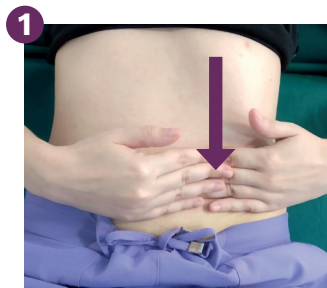
Desde la Asociación te hacemos una serie de recomendaciones generales para aliviar el estreñimiento:

- Aumentar la ingesta de agua y otros líquidos, de alimentos con fibra (verduras y frutas como el kiwi o las ciruelas, así como alimentos integrales) y probióticos.

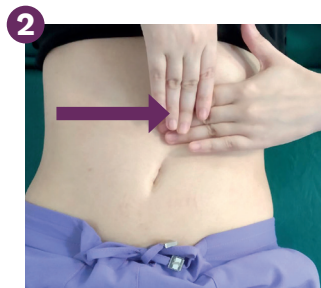
- Comer con lentitud (masticando bien la comida) y con atención plena al comer, así como cierta regularidad en los horarios de comida.
- Realizar actividad física de forma regular. Deberán ser ejercicios adaptados a la capacidad motora y al estadio de la enfermedad, como los que hacemos en la Asociación Parkinson de Alicante.
- Intentar evacuar a la misma hora todos los días para ayudar a ser más regular.
- Evitar el uso excesivo de laxantes, ya que tienden a “adormecer” los intestinos, utilízalos solo de forma puntual y con recomendación médica.
- Utilizar una correcta postura para evacuar. Si ponemos un pequeño taburete en los pies mientras estamos sentados en el inodoro, nos ayudará a relajar la musculatura y elevar la parte del colon que facilita el vaciado.
- Realizar el automasaje que te proponemos a continuación o bien consultar con el servicio de fisioterapia de la Asociación, ya que existen diversas técnicas que pueden ayudar a facilitar y estimular la evacuación.

### Ejercicios prácticos: automasaje abdominal

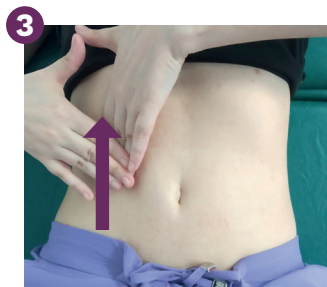
Realízalos tumbado boca arriba con las rodillas flexionadas, durante unos 10-15 minutos de forma diaria (la constancia es fundamental), mejor con el estómago vacío (antes del desayuno o cena o mucho después de comer) y en sentido de las agujas del reloj. Realiza la presión profunda y lentamente para que sea la suficiente a la hora de estimular el reflejo defecatorio, siempre sin producir dolor.



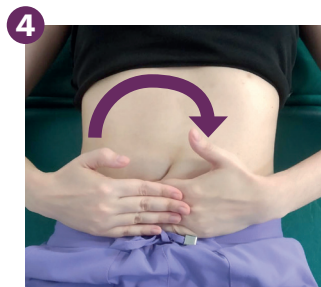
Empezamos en el lateral izquierdo, empujando suavemente desde las costillas hasta el hueso de la pelvis (de arriba a abajo).  
**Repite 5 veces**



Continuamos con la línea horizontal, por encima del ombligo desde la derecha a la izquierda.  
**Repite 5 veces**



Toca el lado derecho, en esta ocasión de abajo a arriba, es decir desde la pelvis hasta las costillas.  
**Repite 5 veces**



Termina recorriendo toda la trayectoria en forma de U invertida siguiendo el sentido de las agujas del reloj (de derecha a izquierda), movilizandoy despegando la musculatura abdominal.  
**Repite 10 veces**

## Terapia ocupacional en la intervención domiciliaria para pacientes con enfermedad de Parkinson



Verónica Vidal Fuentes

**Máster en Terapia Ocupacional Neurológica y Especialidad en Integración Sensorial**  
Nº colegiada: CV-333

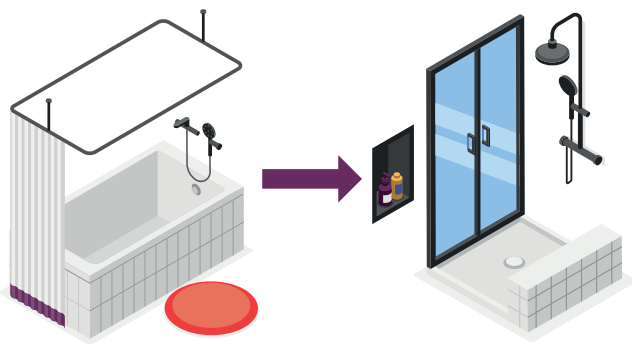
La Terapia Ocupacional en la intervención domiciliaria, pretende mejorar el desempeño ocupacional de las actividades de la vida diaria (AVD's), de la persona con enfermedad de párkinson (EP), para ello, es clave comprobar si el entorno domiciliario es facilitador o, por el contrario, dificulta y entorpece el adecuado desarrollo de las AVD's. El/La Terapeuta Ocupacional asesorará tanto a la persona con enfermedad de párkinson, como a la familia y/o cuidador principal, para adaptar y/o modificar la vivienda y las actividades, siempre en base a las preferencias y necesidades específicas de cada persona, de esta forma potenciaremos un entorno más seguro, que fomente la participación activa de la persona con E.P, lo cual, ayudará a prevenir la dependencia y mantener durante un mayor tiempo su calidad de vida.

### OBJETIVOS PRINCIPALES DE T.O. EN LA INTERVENCIÓN DOMICILIARIA

**Adaptación de la vivienda:** reducir las demandas que presenta el entorno físico facilitando así la realización de las tareas cotidianas.

Mediante la eliminación de las barreras arquitectónicas se pretende adaptar los espacios físicos en los que se desenvuelve la persona afectada, para que pueda acceder a ellos de la forma más segura, adecuada y autónoma posible, fomentando de esta forma su participación en las tareas cotidianas y ayudando a prevenir la dependencia.

#### Ejemplos de eliminación de barreras arquitectónicas



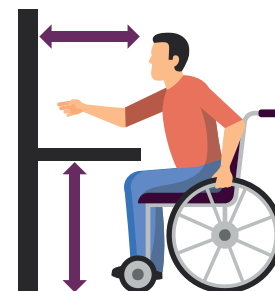
Cambiar **bañera** por **ducha** a nivel del suelo



**Puertas:** Ancho total mínimo de 90 cm para permitir el paso con silla de ruedas. Se recomienda puertas correderas



Altura del **mobiliario** entre 0,4 y 1,40 m de altura, al alcance de la mano con aperturas fáciles, permite una adecuada accesibilidad para personas en silla de ruedas



Altura de la encimera entre 75 y 80 cm con una profundidad máx. de 60 cm, para facilitar los alcances de objetos/productos desde la silla de ruedas

**Adaptación de las tareas y el entorno** para lograr la máxima independencia y autonomía de las personas con enfermedad de Parkinson.

A través de la adaptación cognitiva y funcional del entorno se pretende compensar las limitaciones de la persona con enfermedad de Parkinson, para promocionar el desempeño ocupacional en las AVD'S (actividades de la vida diaria), previniendo de esta forma una mayor dependencia.

### Ejemplos de adaptaciones del Entorno y Tareas



- Eliminación de obstáculos y objetos/muebles innecesarios además de, una adecuada iluminación (luz nocturna), previene posibles caídas.
- Elementos que potencien la orientación en tiempo y espacio, (calendarios, relojes, uso de agendas, etiquetas con imágenes en cajones de la ropa, armarios de la cocina y baño, etc.)
- Implementación de Rutinas para potenciar la autonomía, (objetos fácilmente localizables siempre en el mismo lugar, evitar hacer cambios de mobiliario, tener un horario fijo para las comidas, mantener una rutina de actividades diarias etc.)
- Simplificación de Tareas, (preparar la ropa en el orden adecuado, preparar los objetos de higiene personal para desarrollar la tarea, etc.)



### Reentrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria (AVD'S):

Por medio de las capacidades conservadas, físicas, cognitivas y sensoriales que mantienen las personas con enfermedad de Parkinson, el terapeuta ocupacional (TO), reentrenará, adaptará y simplificará actividades cotidianas de la vida diaria, para que la persona pueda realizarlas de forma autónoma, proporcionando estrategias en función de las destrezas y limitaciones de cada persona, y dando pautas para la ejecución de las mismas, tanto para la familia/cuidador/a principal como para la propia persona afectada.

### Ejemplos de Reentrenamiento de las AVD'S

- Reentrenamiento de las Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD'S): lavarse los dientes, ducharse, afeitarse, maquillarse, peinarse, vestirse, comer, etc. 
- Reentrenamiento de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD'S): cocinar, hacer la cama, realizar tareas domésticas, manejo del dinero, cuidado de mascotas etc.
- Reentrenamiento de las Actividades Avanzadas de la vida diaria (AAVD'S): recuperar actividades de ocio, aprender nuevas destrezas como tocar un instrumento musical etc. 

### Prescripción y entrenamiento de productos de apoyo

Los productos de apoyo se definen en la norma UNE - EN ISO 9999 V2 como: cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Mediante una valoración de las necesidades específicas de la persona se prescribirá y entrenará el PA, para conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.

### Ejemplos de Productos de Apoyo

- Adaptación de cubiertos, vasos, platos etc., para potenciar que la persona sea lo más autónoma posible a la hora de alimentarse.
- Adaptación y recomendaciones para facilitar el vestido-desvestido: calzadores...
- Adaptación de productos para la higiene personal: cortauñas, esponjas, máquina de afeitarse, espejos aumentativos etc.



Vaso con dos asas para facilitar el agarre o vasos con escotadura facilitan la deglución en personas con disfagia



## La voz en la enfermedad de parkinson



María Sanchis García

**Máster en Intervención Logopédica  
Especializada en Patología Vocal  
Logopeda – CV461412**

Uno de los síntomas incipientes, pudiendo aparecer incluso antes que los síntomas motores, son los cambios en la voz. Voz más aguda, o más grave, voz más ronca o voz más débil, alteraciones que afectan directamente a la comunicación del paciente en gran medida y que no responden al tratamiento farmacológico.

Sabemos que la EP se asocia con complicaciones en los circuitos de los ganglios basales por una disminución de la dopamina; sin embargo, la disfunción de estos circuitos solamente ofrece una explicación parcial de los trastornos vocales. Los déficits sensoriales y la disminución de la conectividad del cuerpo estriado prefrontal en el monitoreo interno y el pobre mantenimiento de la amplitud de los movimientos a través del mecanismo productor del habla también pueden contribuir a la disminución de la intensidad de la voz, la articulación imprecisa y la monotonía. Estos factores podrían explicar, por tanto, por qué los síntomas vocales no son sensibles al tratamiento dopaminérgico.

Toda alteración de uno o varios parámetros acústicos de la voz (intensidad, tono o timbre) se conoce como disfonía. Concretamente, en la EP es característica la **disfonía hipocinética**, como consecuencia de la rigidez muscular de las cuerdas vocales, estas pierden elasticidad y disminuyen su capacidad de tensión presentando una adducción (cierre) incompleta en el espacio glótico, causando escape aéreo. Este factor, junto con las conocidas

manifestaciones parkinsonianas en la función respiratoria, hacen que la presión subglótica resulte insuficiente. La presión subglótica es la presión del aire procedente del sistema respiratorio, parámetro que determina el volumen vocal.

La voz en el enfermo de parkinson se caracteriza por ser débil, ronca, monótona, inestable y/o aérea, tendiendo a desvanecerse al final de las oraciones. En fases avanzadas de la enfermedad, puede incluso llegar a ser inaudible.

Los estudios apuntan que, una intervención logopédica centrada en las alteraciones vocales desde una etapa temprana de la EP, tiene efectos positivos, duraderos y preventivos a la progresión de la enfermedad.

Los objetivos de la terapia vocal irán encaminados, por tanto, a preservar y adecuar el tono, la intensidad y la duración de las emisiones, para mantener la calidad vocal y lograr una emisión menos forzada. Remarcamos la importancia del papel preventivo del trabajo logopédico, recuerda: “prevenir es curar”.

Actualmente, la literatura científica avala dos terapias específicas para el tratamiento vocal: “Lee Silverman Voice Treatment” (LSVT) y el “Entrenamiento de la Fuerza Muscular Espiratoria” (ESMT).

De forma paralela al tratamiento logopédico especializado, se recomienda incorporar a los hábitos de la vida diaria una serie de pautas generales que pretenden mejorar la hidratación, evitar la irritación y reducir la tensión en la zona laríngea.

### PAUTAS DE HIGIENE VOCAL

#### Hidratación

- **Directa** – Vahos de agua con manzanilla amarga
- **Indirecta** – Ingesta de agua a lo largo del día, aprox. 2L de agua al día

Ante la sensación de moco o de cuerpo extraño en la laringe, evitar carraspear y/o hacer sonidos guturales.

#### Puedes hacer:

- Realice una tos suave y aumente la hidratación.
- /rr/ prolongada ascendente y descendente.
- Deglución con fuerza.
- Incrementar la hidratación directa.
- Si persiste, consultar con el médico la opción de añadir mucolíticos.

#### A EVITAR:

- Café.
- Caramelos, chicles y/u otras sustancias mentoladas.
- Bebidas alcohólicas.
- Alimentos picantes y alimentos que produzcan pesadez de estómago y/o reflujo.
- Otras sustancias tóxicas: tabaco.

# Fisioterapia para la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria



Nerea Arbo Planelles

**Fisioterapeuta con Máster Universitario en Disfunciones del suelo pélvico**

Si bien la enfermedad de Parkinson a menudo se caracteriza por síntomas motores (temblor, bradicinesia..), los síntomas no motores, incluidos los síntomas urinarios, se correlacionan con el deterioro del bienestar y la calidad de vida.

La incontinencia urinaria de urgencia y la nicturia (interrupción del sueño por un deseo de miccionar) están asociados con el riesgo de caídas y la institucionalización. Por ellos, resulta fundamental el tratamiento de los síntomas urinarios en los pacientes de Parkinson.

La incontinencia urinaria puede clasificarse en tres tipos principales: incontinencia de urgencia, incontinencia de esfuerzo e incontinencia mixta.

La **incontinencia de esfuerzo** se caracteriza por pérdidas de orina asociadas a un aumento de la presión intraabdominal que se produce al realizar un esfuerzo, al toser, estornudar, reírse, etc. La causa más frecuente es la debilidad de la musculatura perineal.

La **incontinencia de urgencia o “vejiga hiperactiva”** es la forma más común en pacientes mayores de 75 años y mujeres diagnosticadas de Parkinson. Se asocia a la presencia de contracciones involuntarias del músculo Detrusor (músculo de la vejiga) y se caracteriza porque la pérdida involuntaria de orina aparece precedida de necesidad imperiosa de orinar. Se postula que la pérdida de función de los ganglios basales libera el reflejo de la micción por la inhibición cortical, lo que resulta en hiperreflexia del Detrusor.

La **incontinencia mixta** es la combinación de las dos anteriores y es la forma de presentación más habitual en los pacientes parkinsonianos del sexo femenino.

La reeducación perineal se utiliza para disminuir las complicaciones derivadas de estas alteraciones a través de varios métodos fundamentales que se complementan entre sí y se seleccionan en función del tipo de incontinencia y de las características individuales del paciente.



### 1. Cinesiterapia o ejercicios de Kegel.

Pretende fortalecer la musculatura pélvica y enseñar al paciente a utilizarla adecuadamente en caso de esfuerzos.

### 2. Biofeedback.

Técnica que utiliza un instrumento intravaginal que capta la fuerza de contracción producida por la musculatura del suelo pélvico y la devuelve al paciente en forma de señal auditiva o visual, aportando información al paciente sobre las características de su contracción y así controlarla de manera voluntaria.

### 3. Electroestimulación.

Se utiliza para reforzar la musculatura del suelo pélvico; normalmente, en combinación con contracciones voluntarias.

### 4. Neuromodulación.

Este tratamiento está indicado para la incontinencia urinaria de urgencia o vejiga hiperactiva. Consiste en una técnica no invasiva en la que se administra corriente eléctrica a través de dos electrodos de caucho durante 20 minutos y un total de 10 sesiones.

### 5. Técnicas de modificación de conducta.

- **Reentrenamiento vesical.** El objetivo de estas técnicas es el de intentar restablecer un patrón



normal de micción y vaciamiento vesical, aumentando la capacidad vesical y reduciendo la necesidad imperiosa de orinar. Para poder llevarlas a cabo, es necesaria la colaboración del paciente o de sus cuidadores.

- **Entrenamiento del hábito miccional.** Se basa en el establecimiento de un esquema variable y progresivo de vaciamiento vesical que tiene como objetivo conseguir que el paciente mantenga la continencia y que se vayan consiguiendo cada vez más micciones voluntarias, utilizando complementariamente técnicas de refuerzo positivo.

- **Micciones programadas.** Es una técnica similar a la anterior, pero, en ésta, el esquema de vaciamiento vesical es fijo. Habitualmente se programan las micciones cada dos horas, intentando crear un reflejo condicionado y, así, conseguir un mayor número de micciones voluntarias. Esta técnica también se combina con refuerzo positivo.

## 6. Mantener la bipedestación.

Hasta el momento se han presentado las técnicas utilizadas en la reeducación perineal, las cuales deben emplearse en las primeras fases de presentación de la incontinencia urinaria, ya que precisan de la colaboración activa por parte del paciente. En los pacientes encamados, hay que prestar especial atención a las infecciones urinarias y, para su prevención, se debe mantener la bipedestación tanto como sea posible.

La bipedestación diaria aporta muchos beneficios; entre ellos, el de facilitar el vaciamiento de la vejiga y el drenaje renal merced a la acción de la fuerza de la gravedad. Es conveniente aprovechar este momento para que el paciente orine, ya que, de esta manera, se va a evitar el reflujo, que está facilitado en la posición de decúbito y es causa frecuente de infecciones urinarias. En caso de que no se produzca un vaciado completo de la vejiga, se puede facilitar a través de presiones manuales sobre ésta o estimulando con golpeteos en la misma zona.



## Entrevista Saúl Martínez Horta

Dr. Saul Martínez Horta

**Neuropsicólogo de la Unidad de Trastornos del Movimiento del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona**



Hoy en día, sabemos que el concepto de la EP dista mucho de ser una patología puramente motora, es una enfermedad que va más allá del temblor, que no sólo afecta a personas de edad avanzada y que abarca multitud de sintomatología motora y no motora. Dentro de los denominados síntomas no motores, pueden aparecer una amplia constelación de síntomas neuropsiquiátricos. El desconocimiento de estos síntomas, en ocasiones, ligado a la alta variabilidad y heterogeneidad entre personas afectadas, puede conllevar un elevado sufrimiento asociado.

Para comprender, visibilizar y poder afrontar dichos síntomas, y “romper” muchos estigmas asociados, tenemos el privilegio de entrevistar al Dr. Saúl Martínez Horta, neuropsicólogo de la Unidad de Trastornos del Movimiento del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona, todo un referente por sus méritos profesionales, pero, sobretodo, por su implicación humana y dedicación hacia las personas y familiares que conviven con una patología relacionada con los trastornos del movimiento.

• **Históricamente se creía que el DC era una consecuencia tardía o aparecía en fases más avanzadas de la enfermedad, hoy sabemos que no es así, pero algo que suele angustiar frecuentemente es, ¿toda persona afectada va a desarrollar DC?, y, en el caso de que manifieste DC, ¿su curso va a conllevar inexorablemente hacia una demencia?**

Efectivamente existen toda una serie de signos o de cambios cognitivos que, en gran medida, forman parte inherente a la propia enfermedad. Estos cambios suceden mayoritariamente como consecuencia del déficit de dopamina que acompaña a la enfermedad ya que esta, participa de manera central en el funcionamiento de ciertas zonas del cerebro que resulta necesarias para el despliegue de la atención, de algunos aspectos de la memoria, de la planificación, etc. Que una persona con Parkinson presente, incluso desde el inicio de la enfermedad, algunos síntomas en la esfera de lo que atribuimos al déficit de dopamina, no significa para nada que vaya a desarrollar una demencia en el futuro. Como digo, los problemas atencionales, algunos olvidos, ciertas dificultades con encontrar algunas palabras, todo ello puede ser una mera consecuencia más del déficit de dopamina. Igualmente, en ocasiones la medicación puede también provocar cierto “desbalance” en los niveles de dopamina haciendo que pueda llegar a haber un exceso de tono dopaminérgico en determinados momentos y que ello, traduzca también en algunos signos cognitivos. Pero el mensaje central es que, mientras que ciertos cambios cognitivos son parte de la enfermedad, ni mucho menos el deterioro cognitivo progresivo aparecerá en todas las persas afectadas, ni mucho menos la demencia será una consecuencia inevitable. Ello no quita, que existe una realidad que no podemos negligir en lo relativo al deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson y esta es que, efectivamente, existe un grupo de personas afectadas que, si van a presentar un deterioro progresivo hacia la demencia a lo largo de la enfermedad y que en algunos casos, esto no será una consecuencia tardía de la enfermedad sino que incluso lo podremos encontrar durante los primeros años de esta.

• **Casi siempre asociamos los indicios de DC a fallos en diferentes capacidades cognitivas (atención, memoria, etc), pero no se pueden entender muchas alteraciones conductuales sin una relación con la cognición y viceversa. ¿Ante qué síntomas debemos estar pendientes e informar a los profesionales que pueden estar relacionados con un DC sin ser alteraciones puramente cognitivas?**

Existen síntomas conductuales tales como la sintomatología depresiva o la ansiedad que en muchos casos pueden conceptualizarse dentro de lo que podemos denominar síntomas reactivos a un acontecimiento vital, como en este caso podría ser, la reacción natural a un diagnóstico o a la percepción de discapacidad. Pero tal y como apuntáis en vuestra pregunta, muchos síntomas conductuales o psiquiátricos son indisolubles de ciertos cambios a nivel cerebral o del deterioro cognitivo. Es una

relación compleja y que posiblemente no sea universal, entre lo conductual y lo cognitivo, quiero decir, aunque sabemos que existe una relación entre un síntoma conductual A y un síntoma cognitivo B, esta relación posiblemente no sea siempre igual para todas las personas. Lo que, si tenemos claro, es que existen determinados síntomas conductuales que se relacionan de una manera mas evidente con un mayor riesgo a desarrollar cambios cognitivos, posiblemente porque estos síntomas conductuales, sean en parte consecuencia de ciertos cambios cognitivos. Entre ellos, destacaría, por un lado, el desarrollo de alucinaciones visuales, especialmente cuando estas son complejas y estructuradas y por otro lado, el desarrollo de formas de apatía severa. Nuevamente, no intento decir que una persona que ha venido presentando alucinaciones visuales, algo muy frecuente en la enfermedad, vaya a desarrollar una demencia, pero si es cierto, que el riesgo esta incrementado y que esto mismo sucede, con aquellas personas que desarrollan un franco trastorno de la motivación, con pérdida del interés y abandono de actividades que antes disfrutaba.

**• Sabemos que el rendimiento cognitivo de una persona no se puede reducir a los resultados obtenidos en los test, así como las actividades de estimulación cognitiva tampoco se pueden reducir a “hacer sudokus”. ¿Podría darnos algunas pautas que podamos implementar en nuestra vida cotidiana y que sean beneficiosas a nivel cognitivo?**

Responder: Así es, la cognición y sus defectos, es algo que podemos investigar empleando test neuropsicológicos y otras técnicas, pero sin duda, la cognición es algo que sucede mucho mas allá de estas pruebas. Suelo decir que el mejor test neuropsicológico, la mejor prueba para evaluar la capacidad cognitiva en global de un individuo, es el entorno natural en el que vive y se relaciona. Allí, en nuestro día a día, es donde realmente emergen los problemas o donde se expresan de la manera mas natural los signos que acompañan ciertos cambios cognitivos. Es precisamente por ello, que en mi opinión no existe ninguna técnica de estimulación cognitiva más potente que la exposición y la participación a un contexto social, a una vida, a unas relaciones interpersonales o a un estilo de vida sano. El día a día incorpora todo aquello que necesitamos. Lo que se le exige a un cerebro y a una mente para organizar todo aquello que hará a lo largo de la semana, para atender e interpretar los gestos, las palabras, las miradas, para interactuar con los otros, para participar de actividades poco habituales, para aprender un nuevo juego, etc. Es todo esto y por ello, mi recomendación siempre será que las personas participen activamente de una vida social rica.

**• A nivel emocional muchas personas presentan síntomas afectivos (depresión, ansiedad, etc) a lo largo de la evolución de su enfermedad. Muchas veces lo viven como un “fracaso adaptativo”**

**e incluso sinónimo de “debilidad personal”. ¿Podría explicarnos, por qué no es siempre así? Y, ¿Qué opciones terapéuticas existen para poder afrontarlos?**

La sintomatología afectiva, como los síntomas de depresión y los de ansiedad, en muchos casos son un proceso natural, reactivo a un acontecimiento vital muy notable tal y como lo es recibir un diagnóstico o percibir o anticipar la discapacidad. Este escenario forma parte como digo de una respuesta normal y adaptativa pero que en caso de dejar a la persona “estancada” y sin salida, merece atención tanto a nivel psicológica como, en algunos casos, farmacológica. En otras ocasiones, la sintomatología afectiva emerge “cómo de la nada” en personas que no saben encontrar motivos ni explicaciones a estas sensaciones tan desagradables que les acompañan. Ello es así, porque el tipo de daño que la enfermedad de Parkinson causa en el cerebro, puede también comprometer zonas del cerebro o neurotransmisores íntimamente relacionados con la regulación del estado del ánimo. Por ello, del mismo modo que un paciente afectado no tiene ninguna culpa de tener un temblor o rigidez, tampoco tiene ninguna culpa de presentar alguno de estos síntomas.

Si ante un proceso reactivo ni ante una presentación de estos síntomas como consecuencia de los cambios en el cerebro, debemos considerar que la persona fracasa o que es débil. ¿Verdad que no consideraríamos a una persona con diabetes que no consigue por si misma regular sus niveles de azúcar alguien fracasado? Pues este escenario es exactamente el mismo y detrás de estos síntomas hay un órgano que por A o por B disfunciona. Especialmente en contexto de los procesos reactivos al diagnóstico, la terapia psicológica de tipo cognitivo-conductual suele ser una opción eficaz e interesante especialmente en personas jóvenes. Cuando esta terapia no resulta suficiente o cuando hay signos de deterioro cognitivo que dificultan el uso de estas técnicas, existen múltiples opciones farmacológicas que suelen asociar muy buenos resultados.

**• Otros síntomas que suelen generar “estigma” y, en consecuencia, dificulta mucho comentarlos abiertamente en consulta por vergüenza o, desgraciadamente, porque no se asocian a la EP como pueden ser las alucinaciones o los TCI... ¿Podría hablarnos sobre ellos?**

Los trastornos del control de los impulsos son una consecuencia desagradable que sucede en determinados pacientes bajo tratamiento con un tipo de fármacos que denominamos agonistas dopaminérgicos. La dopamina juega un papel esencial en cómo el cerebro interpreta aquello que es bueno o malo y como se nutre de esta interpretación para hacernos sentir placer y por querer hacer cosas que nos gustan. Por defecto, hay toda una serie de conductas que asocian placer al ser humano y

ello significa, que, de manera casi natural, asocian cambios con los niveles de dopamina. Estas conductas son las que tienen que ver con el sexo, la comida, el obtener cosas que nos apetecen, etc. Al usar estos fármacos agonistas, en algunos casos el cerebro hace una interpretación excesiva del valor o del placer que deriva de estas conductas que todos realizamos. Esto



conlleva que las personas puedan empezar a realizar estas conductas de una manera obsesiva, repetitiva, incontrolable, excesiva o a no poder dejar de pensar en ella. Como consecuencia, la persona está desarrollando un tipo de adicción comportamental que a su vez suele conllevar graves implicaciones socioeconómicas o familiares. Unos de los grandes problemas que tenemos con los TCI es que dado el carácter que adquieren muchos de ellos, en forma de problemas relacionados con la conducta sexual, o con el juego patológico, o con las compras compulsivas, generan estigma y vergüenza o simplemente no se reconocen como algo asociado con la enfermedad y por ende, no se explican o se minimizan y en consecuencia no los podemos tratar. Es obligación de los profesionales explicar a las personas que existe la posibilidad de desarrollar este tipo de problemas y que estos no suelen aparecer de la noche a la mañana, por ello, es importante aprender a detectar los primeros indicios a efectos de modificar los tratamientos y prevenir consecuencias futuras indeseables. De todos modos, una vez el problema está instaurado, existen también opciones terapéuticas dirigidas a intentar erradicarlos o minimizarlos. Sea como sea, es obligación de todos saber reconocer este grupo de síntomas. Por más desagradables que puedan ser para el paciente y sobre todo para su entorno familiar, no dejan de ser síntomas, una consecuencia más de la enfermedad que debemos tratar como tal.

**Respecto a la toma de decisión de acudir o no a las asociaciones de pacientes, a muchas personas les genera mucho miedo y resistencia, generando que no acudan y no se beneficien de manera temprana de las terapias no farmacológicas (fisioterapia, logopedia, trabajo social, terapia ocupacional, psicología, etc). ¿Cuál es su opinión sobre el beneficio de estas terapias?, ¿Debemos dirigirnos hacia un tratamiento que vaya “más allá” de la levodopa?**

El abordaje de cualquier proceso neurodegenerativo requiere de una intervención global que va mucho más allá de uso de determinados fármacos y del trabajo exclusivo con la persona afectada. Estas enfermedades, comprometen a un individuo y a todo un contexto familiar. Por ello, tratar este tipo de condiciones significa trabajar con todas las partes implicadas. Aquí es donde las asociaciones ejercen un papel central puesto que posiblemente sea uno de

los mejores escenarios desde donde brindar este trabajo centrado en todas las partes implicadas. Paralelamente, es evidente que el manejo de una enfermedad como esta resulta impensable desde el punto de vista del uso de una pastilla. Por toda la complejidad que asocia la enfermedad de Parkinson y porque podemos y debemos anticiparnos a las consecuencias futuras que

puedan suceder en los afectados, esta debe tratarse de un modo global, actuando a nivel de terapia centrada en el lenguaje y en la deglución, de trabajo social, de fisioterapia y otras formas de ejercicio, de apoyo psicológico, etc. Asumir este conjunto de tratamientos no debe significar asumir el estar “muy enfermo”, todo lo contrario, asumir estos tratamientos es algo que debemos hacer a efectos de prevenir futuras complicaciones.

**• En la sociedad actual, y su marcada tendencia al individualismo, los profesionales que trabajamos en las asociaciones, tenemos el marco y entorno idóneo donde las personas y familiares encuentran un espacio “entre iguales”, estableciendo unos vínculos afectivos que generan, mayoritariamente, un impacto positivo para afrontar mejor su enfermedad. ¿Cuál es su opinión sobre la importancia de potenciar esas redes de apoyo mutuo?**

En mi opinión el papel que ejercen las asociaciones de pacientes es extremadamente relevante en cuanto a la función de red de apoyo mutuo. Este tipo de enfermedades no dejan de ser condiciones que sitúan a todo un contexto en un lugar apartado “del resto”. Es normal que las personas afectadas se sientan apartadas, incomprendidas y solas, tan normal como real es que en muchas ocasiones esto sea así. Indiscutiblemente, una persona que padece o que convive con una enfermedad de Parkinson, vive y vivirá situaciones que aquellos que no hayan pasado por esto, no pueden entender del mismo modo. Evidentemente debemos hacer un esfuerzo por normalizar, por educar al mundo acerca de estas enfermedades y por evitar el estigma, totalmente. Pero mientras hacemos esto, debemos ofrecer la oportunidad de poder hablar y de sentirse escuchado por quienes viven o han vivido experiencias similares. El efecto que ello tiene o que puede tener sobre la vivencia misma de la enfermedad, es sumamente positivo. La calidad con la que vivamos estos procesos, seamos el paciente o el familiar, jugará un papel central con el significado que le demos a este padecimiento. Sentirse parte de un grupo con miedos, dudas, problemas, ilusiones y aspiraciones similares y todas ellas construidas desde un lugar llamado enfermedad de Parkinson, es esencial para que el viaje que toca realizar sea lo más llano y llevadero posible.

## Entrevista Alicia Campos

Alicia Campos

**Directora de la Federación Española Párkinson.**

La Federación Española de Párkinson nace en el año 1996 con la misión de representar al movimiento asociativo en el ámbito estatal e internacional para la defensa de los intereses de las personas afectadas de párkinson. Así como, incidir en el desarrollo de políticas públicas, su aplicación real y efectiva en todo aquello que mejore la calidad de vida de las personas con párkinson, con especial énfasis en el ámbito de la investigación científica y social, la prevención y promoción de la salud.

Todo ello desde el fomento de la participación de la persona, cuidadores y familiares a través del movimiento asociativo para conseguir el acceso a los derechos en igualdad de oportunidades.

Para poder conocer de primera mano su gran labor, tenemos el privilegio de poder entrevistar a su directora, Dña. Alicia Campos Martín.

**• Felicidades por estos 25 años de trayectoria que acabáis de cumplir... ¿Cómo comenzasteis esta andadura y con cuántas Asociaciones federadas contáis actualmente?**

Muchas gracias por la felicitación y enhorabuena también a la Asociación Párkinson Alicante por la gran labor que realizáis. La Federación Española de Párkinson (FEP) es una entidad estatal sin ánimo de lucro declarada de utilidad pública. La FEP se funda por el impulso de 5 asociaciones de párkinson en 1996, 25 años después, forman parte de la Federación más de 65 asociaciones. Somos un movimiento asociativo con amplia implantación territorial, y con una base social de más de 13.000 personas con párkinson, familiares y personas cuidadoras, representando a un colectivo que supera las 160.000 personas que conviven con la enfermedad en nuestro país.

**• ¿Qué percepción tenéis del trabajo que se hace en la Asociación Párkinson Alicante?**

La Asociación Párkinson Alicante tiene una amplia trayectoria y dilatada experiencia en la atención a las personas con párkinson, sus familiares y personas cuidadoras. Al igual que el resto de asociaciones, dais respuesta a esa laguna asistencial que existe por parte del sistema de salud, ofreciendo las terapias rehabilitadoras y los tratamientos no farmacológicos necesarios para mejorar la calidad de vida de las personas con párkinson.

Desde la Federación Española percibimos a la asociación de Alicante como una entidad muy comprometida en la mejora de la calidad de vida de las personas con párkinson, con un alto grado de profesionalización y profesionalidad en la labor que realizáis día a día.



Tenemos constancia de que la asociación es un referente en Alicante, como así lo demuestra el número de personas asociadas y el importantísimo papel que desempeñáis trasladando a la administración pública competente las necesidades del colectivo de vuestro territorio.

**• Actualmente, sabemos que en nuestro país hay unas 200.000 personas diagnosticadas aproximadamente, pero continuamos sin conocer datos exactos... Una de las reclamaciones históricas es la necesidad de disponer de estas cifras. ¿En qué punto nos encontramos respecto a esta reclamación?**

Esta reclamación aún sigue estando vigente. Una vez más tenemos que hacer insistencia en una petición histórica que llevamos realizando muchos años, cuya respuesta o solución se sigue posponiendo. Como sabéis, en España no hay datos exactos sobre el número de personas con párkinson, las estimaciones varían desde las 86.000 hasta las 300.000. Además, desconocemos el perfil de la persona afectada, existiendo un déficit claro en la investigación social, y una baja producción científica en materia sociosanitaria. El párkinson sigue siendo un gran desconocido y, por ello, es necesaria la obtención de datos exactos sobre el número de personas afectadas, el perfil sociodemográfico, así como la evolución y respuesta a los tratamientos. En nuestro rol de representación en el ámbito político, toca trasladar a la administración pública

y a los organismos competentes, la importancia de conocer las diferencias en el impacto de la enfermedad según la edad, el momento vital, los síntomas o el género, entre otros aspectos. Sin embargo, este impacto no podemos traducirlo en cifras. Desconocemos el número total de mujeres con párkinson en España, el número de personas afectadas con menos de 40 años o la cifra de personas afectadas del medio rural. Desconocemos, en definitiva, cuántas y cómo son las personas con párkinson de nuestro país.



hospitalaria y recursos sociales. De este modo, las claves del abordaje del párkinson están en el desarrollo de los planes a nivel regional, lo que conllevará una coordinación entre las distintas CCAA y redes sanitarias del país.

Existen desigualdades de acceso a los recursos y tratamientos según el lugar donde resida una persona con párkinson, así como los déficits de profesionales especializados en

La disponibilidad de estos datos facilitaría el acceso de las personas con párkinson a derechos de protección social, y fomentarían la aplicación de políticas públicas centradas, de verdad, en la persona. Contar con datos fiables sobre la enfermedad permitiría mejorar las actuales políticas sanitarias y sociales, y dotar de presupuesto suficiente para cubrir los costes de la atención sociosanitaria integral que precisan las personas con párkinson.

trastornos del movimiento, e incluso la inexistencia de especialistas en ciertos territorios. Además, es importante destacar las dificultades añadidas que tienen las personas que viven en el medio rural. Esta realidad es preocupante, por ello que, nuestro Plan Estratégico 2021-2024 incluye dentro de nuestra línea estratégica de defensa de derechos insistir en la realización de planes integrales de actuación en párkinson en las CCAA.

**• Otra necesidad pendiente es conocer la red asistencial nacional de recursos para personas con párkinson. ¿Qué papel ejerce la Federación y las Asociaciones en la lucha por promover una igualdad asistencial y que toda persona afectada tenga igual de oportunidades terapéuticas, venga del territorio que venga?**

El papel de la FEP y de las asociaciones es clave para que el párkinson esté presente en la agenda política y, en consecuencia, se definan las políticas públicas y destinen los recursos para la calidad y equidad asistencial a las personas con párkinson.

En diciembre de 2021, el CISNS aprobó la actualización del documento “Abordaje del párkinson y parkinsonismos”, en el marco de la Estrategia Nacional en Enfermedades Neurodegenerativas. El documento destaca que, desde el inicio, las personas con párkinson y parkinsonismos dispondrán de un único “Plan Individualizado de Atención” con especial seguimiento en prevención, detección temprana, adherencia a la medicación y seguimiento de los efectos.

**• ¿Cuáles son vuestros próximos retos de futuro a corto plazo?, ¿de qué proyectos de la FEP podrían beneficiarse nuestros socios?**

Por otro lado, este Abordaje explica que las Comunidades Autónomas (CCAA) deberán elaborar “Planes integrales de enfermedades Neurodegenerativas” que incluyan la atención sanitaria y social a las personas afectadas, además de diseñar un mapa de recursos sanitarios y sociales de atención a la enfermedad de Párkinson en todos los niveles y áreas, junto con la implementación de procesos integrados de atención y/o vías clínicas basadas en la evidencia para la coordinación efectiva de los recursos disponibles en Atención Primaria,

En estos próximos años nos encaramos a importantes retos, como, por ejemplo, la necesaria transformación digital de nuestras asociaciones y de la propia Federación.

Por otro lado, tener muy presente las necesidades específicas de las personas con párkinson y el diferente impacto que provoca en personas jóvenes, en mujeres, personas que viven en el medio rural. etc. En consecuencia, diseñar proyectos y actividades que incorporen estas realidades y perfiles.

Además, creemos que es muy importante incidir en la necesidad de una coordinación sociosanitaria preparada para el abordaje integral de la enfermedad de Parkinson, apostando por la atención individualizada para la mejora de la calidad de vida de las personas.

La FEP lleva a cabo proyectos que pueden ser muy interesantes para vuestros socios/as. Les invitaría a participar de las acciones formativas que realizamos en el Aula Párkinson, estas acciones persiguen la capacitación en salud de las personas afectadas



a través de la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad de Parkinson y el desarrollo de habilidades de cuidado y autogestión de su propia salud.

La participación e implicación de las personas con párkinson, sus familiares y las personas cuidadoras en estas y otras acciones informativas y formativas, es fundamental para la consecución de los objetivos y para fomentar el empoderamiento y la toma de decisiones de las personas que conviven a diario con la enfermedad de Parkinson.

• **¿Cómo motivarías a una persona afectada para que se asociara a su Asociación más cercana?, ¿qué beneficios puede obtener?**

Dado que el párkinson es una enfermedad crónica,

sus síntomas e impacto en la persona progresará e irá variando a lo largo del tiempo. Sin duda, las asociaciones de párkinson son la mejor de las opciones para que una persona con párkinson reciba la información y apoyo humano necesario durante el proceso cambiante y dinámico de su enfermedad.

Más allá de los tratamientos rehabilitadores realizados por los equipos multidisciplinares de la asociación (importantísimos para frenar y combatir el avance del párkinson), las asociaciones son espacios de confianza donde las personas se sienten bien acogidas y acompañadas.





### Nuevas alianzas, nuevos convenios

Durante este año hemos creado nuevas alianzas que fortalecen a nuestra entidad y que aportan beneficios para nuestras personas usuarias y sus familias.

Hemos firmado un convenio de colaboración con Fundación René Quinton con el que nuestros socios y socias

pueden beneficiarse de la Terapia Marina y las propiedades beneficiosas que tiene el Agua de Mar Quinton, con la intención de ayudar en su función respiratoria así como en su sistema inmunológico y en su fatiga como tratamiento coadyuvante.

También, durante este año, hemos firmado convenio de colaboración con la Universidad Europea de Valencia a través del cual, tanto nuestros socios y socias como la propia asociación, se pueden beneficiar a través de la Clínica Jurídica de asistencia teórica en diferentes ámbitos

### Nueva actividad: Pilates con máquinas



La Asociación ha adquirido 2 máquinas para Pilates terapéutico gracias a la subvención de Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas (Convocatoria IRPF 2021) y de Fundación La Caixa (Acción Social). Gracias a estas dos máquinas y a que contamos con grandes profesionales especializadas en Pilates Terapéutico, hemos iniciado esta actividad tan positiva para las personas con Parkinson. Con esta actividad trabajamos específicamente los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson, permitiendo una mejoría en:

- La movilidad
- El control de su cuerpo
- El mantenimiento de la marcha
- La prevención de deformidades musculares

- El mantenimiento de las capacidades físicas
- La autonomía en las Actividades de la Vida Diaria

Estas mejorías a nivel motor, sin duda, aportarán beneficios a nivel emocional y social, mejorando así la inclusión social de las personas con Parkinson.

### Diputación de Alicante colaboración fundamental

Un año más contamos con diferentes subvenciones de Diputación de Alicante, que nos permiten seguir desarrollando actividades y proyectos que mejoran la calidad de vida de las personas con Parkinson y sus familias. Desde aquí queremos agradecer toda la ayuda que nos brinda Diputación de Alicante.

### La Generalitat valenciana apuesta por nuestra entidad y financia nuestros proyectos de intervención

La Generalitat Valenciana confía en nuestro trabajo y lo demuestra financiando nuestros proyectos de intervención directa con personas afectadas de Parkinson y sus familias.

Podemos seguir desarrollando y manteniendo gran parte de los proyectos que desarrollamos gracias a las subvenciones recibidas desde la Generalitat Valenciana. Concretamente el proyecto de Atención Integral en Parkinson (ofrece rehabilitación integral, apoyo psicosocial, intervención domiciliaria, etc), Atención psicosocial para mujeres y el Servicio de Transporte Adaptado, recibe subvención tanto de **Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública** como de **Conselleria de Igualdad y políticas Inclusivas**, en diferentes convocatorias.

Además, contamos con la subvención de **Conselleria de Participación, Transparencia, Cooperación y Calidad democrática** para desarrollar el proyecto Participación Social en Párkinson. Este año el proyecto incluye la campaña "Necesitamos reporter@s" para detectar situaciones de limitan la participación social del colectivo, sensibilizar sobre este tema mediante una exposición y hacer incidencia política reclamando mejoras, también la actualización de nuestra página web y acciones de la comisión en defensa del paciente.

La Generalitat Valenciana es una gran financiadora de nuestra entidad y desde aquí agradecemos su respaldo y confianza a nuestro buen hacer.

## La Asociación recomienda



### ¡Necesitamos reporter@s!

Son tantas las barreras que dificultan la participación ciudadana de las personas con Parkinson que este año queremos sensibilizar a la sociedad y hacer reivindicaciones que mejoren esta situación. Lo vamos a hacer mediante un concurso de fotografías entre nuestros/as socios y socias y una exposición de las mismas para visibilizar, dar a conocer a la ciudadanía y sensibilizar sobre las dificultades tan diversas a las que se enfrentan las personas con Parkinson.

Posteriormente iniciaremos desde la asociación diferentes acciones ante la administración para pedir cambios y mejoras ante estas situaciones detectadas, luchando así por la igualdad de oportunidades en la participación ciudadana. Aún estás a tiempo para participar, puedes enviar tus fotos a [administracion@parkinsonalicante.es](mailto:administracion@parkinsonalicante.es)

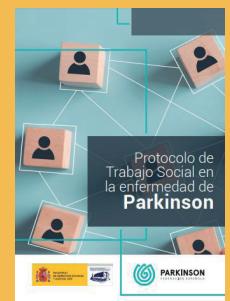
Esta actividad es posible gracias a la subvención de Conselleria de Participación, Transparencia, Cooperación y Calidad Democrática.



• **Libro Blanco de la Discapacidad Orgánica**  
Estudio sobre la situación de las personas con discapacidad orgánica, elaborado por COCEMFE en 2022.

Descárgatelo aquí:  
[libro-blanco-discapacidad-organica.pdf](http://libro-blanco-discapacidad-organica.pdf)  
(cocemfe.es)

• **5 Protocolos para la atención a las personas con Párkinson en fisioterapia, logopedia, psicología, terapia ocupacional y trabajo social**, en los que han participado parte de nuestras profesionales.



Descárgatelo aquí:  
[esparkinson.es/tipo/biblioteca](http://esparkinson.es/tipo/biblioteca)



• **Guía Parkinson 2021 de Parkinson Alicante**

Guía de consejos prácticos para personas con Parkinson y sus personas cuidadoras y familiares elaborada por Asociación Parkinson Alicante. Contiene información de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, psicología, trabajo social y asociacionismo, elaborada por nuestras profesionales. Cuenta, también, con un Prólogo escrito por Dra. Silvia Martí, Neuróloga del Hospital General Universitario de Alicante.

La puedes recoger en la Asociación Parkinson Alicante ¡No te quedes sin ella!

• **Guía Cominet 2022 de Cocemfe Alicante:** herramienta imprescindible para personas con discapacidad, familias y asociaciones. En ella podrás encontrar información completa y actualizada sobre empleo, formación, etc.  
**La puedes recoger en la Asociación Parkinson Alicante o descárgatela aquí <https://www.cominet.org/download/guia-cominet-2022/>**

• **Páginas web recomendadas:**

- [www.fedesparkinson.es](http://www.fedesparkinson.es)
- [www.curemoselparkinson.org](http://www.curemoselparkinson.org)
- [www.epda.eu.com](http://www.epda.eu.com)

## Entidades colaboradoras:



AYUNTAMIENTO DE ALICANTE



DIPUTACIÓN DE ALICANTE



GENERALITAT VALENCIANA

Vicepresidència i Conselleria de Igualtat i polítiques Inclusives



POR SOLIDARIDAD OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



GENERALITAT VALENCIANA

Vicepresidència i Conselleria d'igualtat i polítiques Inclusives



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Participación, Transparencia, Cooperación y Calidad Democrática



Fundación "la Caixa"



FUNDACIÓN MANUEL PELÁEZ CASTILLO



PETROALACANT  
GASOLEOS Y GASOLINAS



Gasolidarios



## Asociación Parkinson Alicante es miembro de:



PARKINSON  
FEDERACIÓN ESPAÑOLA



COCEMFE  
ALICANTE