

Danza-movimiento-terapia en la enfermedad de Parkinson. Plan de cuidados estandarizado

Paula Vicario Cuevas

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda. Complutense s/n. 28040 Madrid.
paulavic67@gmail.com

Tutor

Jesús Sánchez Martos

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda. Complutense s/n. 28040 Madrid.
jessusanchezmartos@gmail.com

Resumen: La Enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurológica, discapacitante y progresiva que implica un deterioro de la calidad de vida de quien la padece. El paciente encuentra limitaciones en su autonomía ocupacional debido al déficit ocasionado por la EP y por los efectos secundarios de la medicación del tratamiento. Esta limitación se presenta de manera diferente según el grado de evolución y los síntomas que se manifiestan, y también depende de la individualidad personal de cada enfermo. El objetivo de este trabajo es incluir la Danza-Movimiento-Terapia en la elaboración del plan de cuidados de enfermería. Estudios recientes indican que esta actividad puede mejorar las alteraciones motoras y sociales de las personas con EP evidenciándose en un aumento del equilibrio y de la marcha y una disminución del riesgo de caídas. Al ser un excelente complemento para aliviar los efectos colaterales de las terapias tradicionales, permite reducir la fatiga, la ansiedad, la depresión y percepción del dolor y aumenta la energía vital, la autopercepción y la interacción social. Se pone de manifiesto la necesidad desde el área enfermera de contar con un mayor número de trabajos científicos para la integración de esta actividad en las competencias de la enfermería en atención primaria.

Palabras clave: Danza – Uso terapéutico. Parkinson, Enfermedad de – Terapia por el ejercicio.

Abstract: Parkinson's disease (PD) is a neurological disease, disabling and progressive to which implies deterioration in the patient's quality of life. The patient found limitations in their occupational autonomy because of the deficit caused by PD and the side effects of the medication of treatment. This limitation arises differently according to the degree of evolution and the symptoms that manifest themselves, and also depends on the personal individuality of each patient. The objective of this work is to include the movement and dance-therapy in the development of the nursing care plan.

Recent studies indicate that this activity can improve social and motor alterations of people with PD demonstrating an increase of balance and gait and a decrease in the risk of falls. To be an excellent complement to relieve the side effects of traditional therapies reduces fatigue, anxiety, depression, and pain perception and increases vital energy, the self-perception, and social interaction. It highlights is the need from the area nurse having a greater number of scientific works for the integration of this activity in the skills of nursing in primary care.

Keywords: Dance Therapy. Parkinson's Disease's

INTRODUCCIÓN

Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo progresivo, provocado por la muerte de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra y de otros núcleos del tallo cerebral. Estas neuronas presentan unas inclusiones intracitoplasmáticas redondeadas compuestas principalmente por α -sinucleína denominadas cuerpos de Lewy. La degeneración que éstos provocan, altera la capacidad de regulación y control de la actividad motriz.

La etiopatogenia en la mayoría de los casos es desconocida; no obstante, la predisposición genética y los factores ambientales juegan un papel importante en los cambios celulares que originan la paulatina destrucción neuronal⁽¹⁾.

La EP es una enfermedad frecuente si acotamos nuestro estudio al sector de la población con edad más avanzada. A partir de los 65 años la incidencia y prevalencia de la enfermedad incrementan considerablemente, observándose una incidencia de 2,36/1000 personas/año.⁽²⁾ La esperanza de vida para estos pacientes ha aumentado gracias a la introducción de la levodopa en el tratamiento de la EP; sin embargo, en 2010, esta enfermedad sigue encontrándose entre las 15 primeras causas de muerte registradas por el Sistema Nacional de Salud, contando con un total de 3148 muertes. La tasa de mortalidad por esta enfermedad ha ido aumentando, un 19,5% desde 2001 hasta 2010. 3' 4 En la distribución según sexos, se observa una ligera y no muy significativa mayor afectación en hombres que en mujeres^(4,5).

Los signos y síntomas que pueden aparecer en la EP son de diverso carácter, los más característicos de inicio asimétrico y en grado variable son: bradicinesia, temblor en reposo, rigidez y alteración de los reflejos posturales, este último manifestado generalmente en los estadios más avanzados de la enfermedad⁽¹⁾. Además de esta clínica motora, puede haber disfuncionalidad autonómica, sensorial, alteraciones del sueño, de la esfera cognitiva y conductual y depresión.

A continuación se desarrollarán los signos clínicos cardinales de la EP debido a la

importancia de los mismos por ser el objetivo de mejora en el trabajo que está siendo desarrollado.

- **Bradicinesia:** es la lentitud en la iniciación del movimiento voluntario con progresiva disminución de la velocidad y la amplitud de los movimientos repetitivos. Representa la mayor causa de discapacidad y se puede observar en casi todos los pacientes. Su inicio se da en la parte distal de los miembros superiores, presentándose una dificultad en la destreza manual de los dedos; en los miembros inferiores se refiere inestabilidad al caminar manifestándose en pasos cortos y arrastrando los pies. Existen cuatro maniobras por las que se puede detectar bradicinesia.
 - ✓ Repetición de movimientos de los dedos.
 - ✓ Realización de movimientos circulares de una mano sobre otra.
 - ✓ Realización de movimientos de pinza.
 - ✓ Realización de movimientos de elevación y descenso del talón.
- **Temblor en reposo:** este tipo de temblor tiene una frecuencia de 4-6 Hz, desapareciendo en la acción y durante el sueño. Es el primer motivo de consulta en alrededor de un 70% de los casos. Su aparición suele ser unilateral, afectando a piernas, labios, mandíbula y lengua y apareciendo en el lado contralateral al cabo de unos años. La forma de temblor es de tipo pronosupinación en miembros superiores y de abducción-aducción en miembros inferiores.
- **Rigidez:** se caracteriza por un aumento de la resistencia en el movimiento articular valorable mediante la maniobra de Froment, al potenciar el movimiento pasivo con la otra extremidad. Su inicio es unilateral y normalmente en el mismo lado en el que aparece el temblor.
- **Alteración de los reflejos posturales:** la inestabilidad postural es secundaria a la alteración de los reflejos posturales causando una sensación de pérdida de equilibrio y tendencia a caídas. Normalmente aparece en fases avanzadas de la enfermedad y es uno de los principales determinantes de discapacidad. Su evaluación se realiza con el Test del empujón.

Para medir el grado de discapacidad en cuanto a la evolución en la que se encuentra la EP, Hoehn y Yahr elaboraron en 1967 una escala dividiendo su progresión en fases o estadios⁽⁷⁾:

- 0 No hay signos de enfermedad.
- 1.0 Enfermedad exclusivamente unilateral.
- 1.5 Afectación unilateral y axial.
- 2.0 Afectación bilateral sin alteración del equilibrio.
- 2.5 Afectación bilateral leve con recuperación en la prueba de retropulsión.

3.0 Afectación bilateral leve a moderada; cierta inestabilidad postural, pero físicamente independiente.

4.0 Incapacidad grave; todavía capaz de caminar o de permanecer en pie sin ayuda.

5.0 Permanece en una silla de ruedas o encamado si no tiene ayuda.

El diagnóstico de la EP es fundamentalmente clínico; se basa en la presencia de los cuatro síntomas principales, la ausencia de signos atípicos y la buena respuesta al tratamiento farmacológico; los criterios clínicos más usados son los publicados por el UK Parkinson's Disease Society Brain Bank Criteria (Tabla 1)⁽⁸⁾. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico y postmortem⁽¹⁾.

Este trastorno carece de tratamiento curativo, por lo que su objetivo en la actualidad es exclusivamente sintomático tratando de conseguir un equilibrio favorable entre la mejoría del rendimiento motor y los efectos secundarios derivados de los fármacos, por ello es importante adaptar la variación del tratamiento a la evolución de la enfermedad mediante un manejo continuo y sostenido, evitando así la disregulación dopaminérgica^(9,10). Los principios generales de actuación terapéutica son:

- Comienzo con dosis bajas y aumento gradual en función de las manifestaciones clínicas del individuo. Si aparecieran efectos secundarios, disminuir la dosis total a la inferior sin suspender de forma brusca la administración.
- Evitar ciertos tipos de fármacos (anticolinérgicos).
- Considerar el riesgo de desarrollar interacciones farmacológicas ya que suelen ser personas con polifarmacia.
- La disponibilidad de medicamentos para su uso ha variado en los últimos 15 años. Los grupos de fármacos que actualmente están disponibles son.
 - ✓ Precusores de la dopamina (levodopa) asociada con carbidopa o benseracida.
 - ✓ Anticolinérgicos (biperideno, prociclidina, trihexifenidilo).
 - ✓ Agonistas dopaminérgicos, (apomorfina, bromocriptina, pergolida, ropinirol, pramipexol, cabergolina y rotigotina).
 - ✓ Inhibidores de la monoamino-oxidasa B (selegilina y rasagilina).
 - ✓ Inhibidores de la catecol-amino-metiltransferasa (COMT) (entacapona, tolcapona).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL UK PDS BRAIN BANK CRITERIA
Diagnósticos de parkinsoniano: <ul style="list-style-type: none">• Bradicinesia• Al menos uno de los siguientes:• Rigidez muscular• Temblor de reposo a 4-6 Hz• Inestabilidad postural no debida a alteración visual primaria, vestibular, cerebelosa o propioceptiva.
Criterios de exclusión para la enfermedad de Parkinson: <ul style="list-style-type: none">• Historia de ictus repetidos con progresión escalonada• Historia de traumatismo craneal repetido• Historia de encefalitis o crisis oculógiras• Tratamiento neuroléptico o con depleción de monoaminasas• Más de un familiar afectado• Remisión sostenida• Manifestaciones estrictamente unilaterales después de tres años• Parálisis supranuclear de la mirada• Signo de Babinski• Tumor cerebral o hidrocefálea• Respuesta negativa a dosis altas de levodopa (excluida la malabsorción)• Exposición a MPTP u otra neurotoxina
Criterios adicionales de apoyo (se requieren tres para el diagnóstico definitivo de EP): <ul style="list-style-type: none">• Inicio unilateral• Temblor de reposo• Afectación progresiva• Asimetría persistente• Respuesta excelente a la levodopa (70-100%)• Corea grave inducida por la levodopa• Repuesta a la levodopa durante al menos cinco años• Curso clínico de diez años o más

Tabla 1. Fuente: modificadTabla 1. Hughes AJ, Daniel SE. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinicopathological study of 100 cases. J Neurol Neuro-surg Psychiatry. 1992⁽⁸⁾.

La levodopa sigue siendo el fármaco de elección básica; la respuesta inicial llega a ser óptima consiguiéndose una recuperación muy notable en el 75% de los pacientes. Sin embargo, al cabo de 5 años o más, cerca de la mitad de ellos sufre una pérdida de eficacia terapéutica o experimenta fluctuaciones motoras, discinesias y distonías. Las fluctuaciones son oscilaciones durante las cuales los pacientes responden satisfactoriamente al tratamiento con un buen control de síntomas (periodos *on*) o no controlan la situación y existen periodos de acinesia y bloqueo motórico (periodos *off*). Las estrategias de corrección se encuentran desde la modificación en la cantidad y el

ritmo de administración del fármaco hasta la supervisión del efecto de la dieta sobre los signos⁽¹¹⁾.

Además de la existencia de estos fármacos, juega un papel imprescindible el tratamiento no farmacológico basado en un abordaje multidisciplinar, donde el personal de enfermería juega un papel determinante^(6,12). Adecuar esta terapia a la discapacidad y necesidades del paciente, informar, formar y educar a cada paciente, a sus cuidadores y familiares con el objetivo de promocionar su autonomía y la adquisición de habilidades y destrezas en el manejo de las manifestaciones de la enfermedad, son los principales objetivos a conseguir.

En el momento en que la persona es diagnosticada de EP, la familia en la mayor parte de los casos va a ser la encargada de sus cuidados, ejercerá un papel muy importante como cuidador y será sobre quién va a recaer el desgaste físico y psíquico. El personal de enfermería tiene como labor integrar e implicar al cuidador en las medidas terapéuticas con el fin de conseguir un buen cumplimiento terapéutico y una adaptación efectiva a la enfermedad.

La danza como medida terapéutica

La Danza ha sido utilizada terapéuticamente como un ritual de curación desde la antigüedad, pero la creación de la danza como terapia y como profesión se produjo en la década de 1950. En cuanto al término, en sus inicios, fue “Danza Terapia” pero desde hace ya varios años se incluyó la palabra “movimiento” para dar a entender que la danza es una sucesión de movimientos, y que son éstos los que caracterizan el medio de comunicación que se desarrollará en las sesiones de DMT y no una amplia coreografía como en las clases de danza convencionales.

La palabra “danza” hace referencia a los orígenes; la palabra “movimiento” incluye una importante área para la DMT, el campo de la investigación y teorización sobre la comunicación no verbal y psicología del movimiento corporal y finalmente, la palabra “terapia”, hace referencia al entorno dónde se encuentran estas herramientas y la actitud desde donde se pretende trabajar y entender al paciente.

Según la Asociación Española de DMT (ADMTE), la DMT es “el uso psicoterapéutico del movimiento dentro de un proceso creativo para la integración psicofísica del individuo, que busca favorecer procesos de integración emocional, cognitiva, física y social.” Con el movimiento se activan procesos neurológicos, fisiológicos y emocionales que permiten mejorar funciones disminuidas o deterioradas y aportar en los momentos de terapia la percepción del cuerpo como un todo coordinado a través de ritmos musicales y melodías. Además, implica la participación activa y psicodinámica de la persona como protagonista de su tratamiento en un encuadre terapéutico^(13,14).

Los comienzos profesionales en el campo de lo que hoy se entiende como DMT,

se remontan a una de las principales pioneras de esta disciplina en EEUU, Marian Chace que en 1942, a través de su trabajo en un hospital psiquiátrico, fue la responsable de introducir la idea de la DMT por primera vez en la medicina occidental al conocerse la respuesta y los efectos tan positivos que se consiguieron tras introducir un espacio de danza y movimiento improvisado y creativo en dicho hospital. Chace se acercaba a los pacientes y se comunicaba a través del movimiento y la danza ajustándose al nivel cognitivo-emocional de cada uno.

Un segundo hito de DMT llegó alrededor de 1970. Dado el gran interés que provocó esta práctica por parte de los terapeutas, se comenzó a experimentar con las aplicaciones psicoterapéuticas de la danza y el movimiento; cabe mencionar a Judith Kestenberg, para quien esta terapia constituye un proceso integrador y un instrumento para facilitar la comunicación y el entendimiento de un posible diagnóstico o nivel de actuación de la persona.

Rudolf Laban junto con Warren Lamb, desarrollaron un marco teórico llamado "Laban Movement Analysis" (Método Laban de Análisis Corporal), el cual describe la cualidad de los cambios en el movimiento y la habilidad para adaptarse en el espacio. Así, la DMT utilizaría el movimiento para integrar física y psíquicamente al individuo, aportando una estructura gracias a la cual la forma de abordar las emociones, comportamientos y conflictos sea única e integradora⁽¹⁴⁾.

Los trabajos de investigación más actuales que han estudiado esta alternativa como terapia de movimiento apuestan por el empleo del tango, vals, música irlandesa, tai-chi y foxtrot como formas de baile beneficiosas en terapias tanto grupales como individuales^(15, 16, 17). Para individuos con enfermedades degenerativas, la danza es una oportunidad para recuperar el dominio y la propiedad en cuanto a movimientos del cuerpo se refiere.

En las personas mayores, la música contribuye al retraso del deterioro de las facultades físicas y mentales, propicia la resocialización y proporciona un aumento de la autoestima. La musicoterapia apela a la cualidad que tiene la música de mover a las personas, de provocar respuestas que generen cambios positivos en las mismas. Las sesiones se desarrollan a partir del intercambio verbal, de la improvisación, de la observación de movimientos implícitos en el accionar cotidiano; por eso, la elección de la música es muy importante ya que determinará la motivación del grupo por la actividad y en definitiva, la efectividad de la terapia⁽⁰⁾.

El tango argentino, siendo la forma musical más estudiada, es una combinación de pasos que implican el inicio y cese frecuente del movimiento, espontáneos cambios de dirección, variación rítmica, y es particularmente efectivo para aminorar los problemas de equilibrio, de marcha y de iniciación y control del movimiento^(19,20).

El vals/foxtrot es una danza en pareja que necesita proximidad con el compañero, el patrón de pasos es más complejo con poca improvisación y variación

rítmica. Es posible que responda mejor a las preferencias de algunos individuos con EP, teniendo en cuenta las diferencias socioculturales en las tradiciones musicales y de danza⁽²¹⁾.

El tai-chi con movimientos lentos, pausados y coordinados, mejora el control postural y la movilidad en comparación con cualquier otro entrenamiento de resistencia o ejercicios de estiramiento y equilibrio. Esta modalidad de danza, afecta positivamente a la percepción que tienen de los beneficios del ejercicio relacionados con la salud⁽²²⁾.

Para las personas con EP el ejercicio es muy beneficioso. Todo programa de ejercicios debe contener estrategias para la marcha, transferencias, equilibrio, el rango articular y la fuerza muscular. La DMT ayuda al paciente con EP a prolongar sus destrezas motoras y a retardar los efectos de sus síntomas, por eso la intervención terapéutica de esta actividad logra que el paciente desarrolle compromiso, motivación y expectativas^(13,16,23).

Dado que la marcha, las transferencias, el equilibrio, el rango articular y la fuerza muscular se ven disminuidas en la EP, se han de formular ejercicios con estrategias para trabajar estas áreas y la danza aborda cada una de ellas. Por ello, algunos focos de intervención de la DMT en pacientes con EP son:

- Promover mantenimiento de la función del movimiento.
- Mejorar destrezas de balance dinámico.
- Ofrecer la oportunidad a cada participante al autoconocimiento de su cuerpo, el alcance de movimientos y precauciones necesarias según la etapa en que se encuentra.
- Integración del área cognoscitiva y emocional en los ejercicios para aumentar ejecución neurológica.
- Ayudar a disminuir síntomas de depresión y soledad.
- Proveer un espacio de expresión y aprendizaje acerca de ellos mismos, su ambiente y su condición.
- Estimular y mejorar destrezas de percepción visual.
- Promover sentido de logro, de progreso y motivación.

Justificación del tema

De todo lo anteriormente expuesto, se deduce la necesidad de incluir en el marco de Atención Primaria (AP) intervenciones de DMT en los planes de cuidados de enfermería que abarquen los problemas biopsicosociales de las personas con EP. Trabajar sus síntomas con dicha intervención ayuda al enfermo a mejorar su calidad de vida, ya que le proporciona mecanismos para desenvolverse en las actividades básicas de su vida diaria; además, es idónea para atender al paciente de forma holística, aportándole un tratamiento que facilite no solo sus necesidades de ejecución física, sino también sus necesidades emocionales.

La valoración es un pilar esencial en el área de enfermería para conocer la respuesta del paciente a los problemas de salud, reales o potenciales⁽²⁴⁾. Para llevarla a cabo, se ha optado por utilizar la propuesta de Marjory Gordon con sus Patrones Funcionales (1982)⁽²⁵⁾ pues, en la actualidad, es el método de valoración más utilizado en la Enfermería Comunitaria⁽²⁶⁾.

De los once patrones que permiten una valoración sistemática y premeditada, cuatro son susceptibles de ser disfuncionales en la EP y sensibles de intervención con DMT:

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
- Patrón 4: Actividad - ejercicio
- Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto
- Patrón 8: Rol - relaciones

Con el presente trabajo se pretende abordar este tratamiento desde la labor enfermera ya que los beneficios aportados en cuanto a movilidad motora están incluidos dentro del Patrón Funcional número 4 y los beneficios emocionales, cognitivos y sociales se encuentran presentes en los demás patrones 1, 7 y 8^(13,23).

Objetivos

- Elaborar un plan de cuidados estandarizado para pacientes con EP en el que se incluya la terapia con danza como intervención enfermera.
- Proporcionar recursos, información y herramientas para el aumento de la autonomía del paciente en la realización de las actividades de la vida diaria.
- Mejorar la calidad de la esfera biopsicosocial del individuo y de su cuidador.

DESARROLLO DEL TRABAJO

Metodología

En primer lugar, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos nacionales e internacionales que recogen información de revistas científicas tales como Pubmed, Dialnet, Enfispo, Scielo, Cisne, Encuentr@, Cuiden y Cinahl.

Tras la lectura crítica de los artículos, se ha procedido a seleccionar aquellos que permiten realizar una revisión y actualización del tema objeto a estudio, encontrar fuentes relevantes directas y confeccionar un marco teórico con la información recogida.

Otras fuentes de información complementarias que se han utilizado: plataformas internas de diversos hospitales de la Comunidad de Madrid y el Centro Regional de Documentación de Educación Sanitaria de Madrid.

En segundo lugar, teniendo como base la metodología enfermera, se ha procedido a elaborar una valoración estándar en base a los 11 patrones funcionales de M. Gordon⁽²⁷⁾. Se ha realizado un análisis crítico mediante la red de razonamiento⁽⁰⁾, consiguiendo identificar los principales diagnósticos de enfermería para desarrollar las sesiones de DMT que serán la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Los diagnósticos de Enfermería identificados en pacientes con EP están indicados según la taxonomía NANDA⁽²⁹⁾ y agrupados por “Patrones Funcionales”. Se han establecido los criterios de resultado utilizando la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC⁽³⁰⁾, y las intervenciones según Taxonomía NIC⁽³¹⁾. Se ha realizado una evaluación con la escala Likert; valorando el estado actual y el objetivo a conseguir (de gravemente comprometido a no comprometido).

Por último se ha elaborado una planificación orientativa para llevar a cabo el programa de esta actividad.

Plan de cuidados

Valoración

Los profesionales del equipo de AP son los responsables de la atención integral y continuada de los problemas de salud de la población que tienen asignada. Dentro del amplio equipo multidisciplinar, el personal de enfermería tiene unas funciones específicas⁽¹²⁾:

- Asesoramiento y educación a los pacientes y a los cuidadores en todos sus ámbitos.
- Seguimiento y control de síntomas clínicos.
- Control de la respuesta al tratamiento y de los efectos secundarios.
- Coordinación de posibles recursos socio-sanitarios, de acuerdo con las necesidades del paciente y la familia.
- Enlace entre diferentes ámbitos asistenciales para realizar adecuadas transiciones entre ellos con un correcto paso de información.
- Referencia para: profesionales sanitarios, del ámbito social, paciente y familia/cuidador.

Se realizará una valoración mediante la anamnesis, la exploración física y la entrevista con el paciente y sus familiares o cuidadores; con ella, se obtendrán una gran cantidad de datos y, mediante una actuación coordinada y en constante feedback con el equipo, se elaborarán grupos de trabajo en función del nivel de afectación de los pacientes y los objetivos generales y específicos del plan de cuidados.

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
 - ✓ Edad y sexo.

- ✓ Historia médica, antecedentes personales, ingresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas previas.
- ✓ Alergias conocidas.
- ✓ Existencia de hábitos tóxicos (especificando tipo y habituación).
- ✓ Tratamiento farmacológico prescrito y no prescrito, debidamente detallado con el nombre, la dosis y la frecuencia de los fármacos y adherencia al mismo.
- ✓ Revisiones de salud, conocimiento de conductas saludables e interés en ellas. Estado de la enfermedad.
- ✓ Estado de vacunación.

La Sociedad Española de Neurología, pone a libre disposición escalas de valoración de la Enfermedad de Parkinson; entre ellas Escala de Hoehn y Yahr, Parkinson Disease Cognitive Rate Scale, cuestionario de calidad de vida PDQ-39...⁽³²⁾.

- Patrón 4: Actividad - ejercicio
 - ✓ Frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial sistólica y diastólica.
 - ✓ Estado de la movilidad: limitación de la funcionalidad, deterioro musculoesquelético, problemas de coordinación y equilibrio.
 - ✓ Síntomas respiratorios: disnea, soporte respiratorio, amplitud respiratoria.
 - ✓ Actividades relacionadas con el autocuidado: vestido, aseo, alimentación, movilización en cama. Dependencias e inmovilizaciones.
 - ✓ Actividades de ocio, laborales y de deporte.

Es importante obtener datos detallados en este patrón para realizar una evaluación posterior más rigurosa, por ello se sugiere el empleo de una serie de escalas que valoren actividades básicas de la vida diaria (Escala de Katz y de Barthel), actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody)^(33,34), equilibrio y marcha (Escala de Tinetti)⁽³⁵⁾.

Dos estudios analíticos determinan que las escalas más empleadas para la valoración de las cualidades susceptibles a mejora con la DMT son: Berg Balance Scale (BBS), Timed up and Go (TUP), Stride Length (SL) y Walking Velocity (WV)^(13,15).

- Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto
 - ✓ Actitud de la persona hacia sí misma y su valía: problemas de autoestima, sentimientos negativos, fracasos, rechazos, verbalizaciones autonegativas, expresiones de desesperanza y de inutilidad.
 - ✓ Imagen corporal y patrón emocional: depresión (valorable con el Test Yesavage⁽³⁶⁾), ansiedad, angustia, personalidad, tristeza, cambios frecuentes estado ánimo, carencias afectivas, impotencia.
 - ✓ Patrón de comunicación no verbal: Contacto visual y postura corporal.

- Patrón 8: Rol - relaciones
 - ✓ Rol familiar que desempeña y la percepción que tiene sobre él. convive en... y con qué personas significativas.
 - ✓ Rol que desempeña en la sociedad. Tipo de relación social.
 - ✓ Modificación del rol debido a su enfermedad.
 - ✓ Realizar la Escala de Zarit⁽³⁷⁾.

Población diana

Pacientes diagnosticados de EP con un nivel del I-IV en la Escala de Hoehn y Yahr.
Población de influencia o apoyo: familiares y/o cuidadores de los enfermos.

Establecimiento de grupos

Se formarán tres grupos de trabajo dependiendo de su grado de afectación:

- El grupo formado por pacientes en estadio I y II de la enfermedad: al presentar leve sintomatología, los ejercicios son más complicados y dinámicos.
- El grupo formado por pacientes en estadio II y III de la enfermedad: presentan más dificultades en la movilidad por lo que los ejercicios se ejecutarán disminuyendo el ritmo.
- El grupo formado por pacientes en estadio III y IV de la enfermedad: las actividades estarán adaptadas al grupo concreto y encaminadas sobre todo al control postural y del equilibrio.

Objetivos

- Objetivos generales
 - ✓ Mejorar la adaptación a las diferentes fases la enfermedad.
 - ✓ Desarrollar estrategias para afrontar las dificultades motoras que comporta la enfermedad.
 - ✓ Aumentar la vida activa en el mayor grado posible.
 - ✓ Actuar sobre las necesidades que pueda presentar el cuidador.
- Objetivos específicos

Estos objetivos se trabajarán en conjunto abarcando lo físico, cognitivo, social y emocional. Los participantes para las sesiones de DMT serán agrupados por dificultad de movimiento o por mayor o menor grado de deterioro cognitivo.

Físicos:

- Realizar movimientos acompañados con la música.

- Realizar la coreografía sin pausas.
- Mejorar la rigidez y la bradicinesia.
- Aumentar el braceo y la longitud del paso.
- Emplear estrategias de correctos cambios posturales.
- Conocer patrones de movimiento.
- Corregir los patrones de movimiento alterados.
- Reducir el tiempo de iniciación del movimiento.

Cognitivos:

- Proporcionar ideas y pasos de baile para la coreografía del grupo.
- Mantener la atención en las sesiones.
- Desarrollar los ejercicios de baile de memoria.
- Identificar la posición de las parejas y de los objetos.
- Respetar el espacio de baile entre parejas.

Sociales:

- Mejorar las relaciones interpersonales e intrapersonales.
- Evitar el aislamiento.
- Fortalecer las relaciones intragrupalas.
- Potenciar las relaciones y habilidades sociales.

Emocionales:

- Sentir relajación al finalizar las sesiones.
- Disfrutar de la actividad.

Elección de la música

Es de suma importancia pues ésta constituye una herramienta muy válida para las personas que tienen más dificultades para comunicarse y expresarse. Para tener una idea de los gustos musicales de cada individuo, se realizará la Ficha de Musicoterapia⁽³⁸⁾ (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). No obstante, hay varias formas musicales que han sido estudiadas y comprobada su efectividad y son: el tango, el vals, la música irlandesa, el Tai-chi, el foxtrot.

NOMBRE:	EDAD:
SEXO:	ESTADO CIVIL:
TRABAJA:	EN QUE:
FECHA:	
¿LE GUSTA LA MUSICA?	
¿RECIBIÓ CLASES DE MÚSICA CUANDO ESTUDIÓ?	
¿LE MOLESTA EL RUIDO?	
SI TUVIERA QUE TOCAR UN INSTRUMENTO MUSICAL, ¿CUÁL SERÍA?	
¿QUÉ MÚSICA LE RECUERDA SU NIÑEZ?	
¿QUÉ MÚSICA LE RECUERDA SU JUVENTUD?	
¿QUÉ TIPO DE MÚSICA LE GUSTA HOY?	
¿QUÉ TIPO DE MUSICA LE RECUERDA ALGUNOS SONIDOS?	
¿PUEDE SILVAR O TARAREAR UN SONIDO ESPECIAL?	
OBSERVACIONES	

Tabla 2. Ficha de Musicoterapia, modificado; Benenzon R. Musicoterapia de la Teoría a la Práctica. Madrid: Mandala; 2004.

Diagnósticos de enfermería, criterios de resultado e intervenciones

Con la red de razonamiento crítico (Fig. 1), se han acotado al estudio los siguientes diagnósticos de los patrones relacionados con el desarrollo de la DMT en el Plan de cuidados. Evidentemente, no será criterio de exclusión el no desarrollar todos y cada uno de ellos.

Patrón 1: percepción - manejo de la salud

00099: MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD: incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

- Características definitorias:
 - ✓ Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud.
 - ✓ Deterioro de los sistemas de soporte personal.
 - ✓ Falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud.

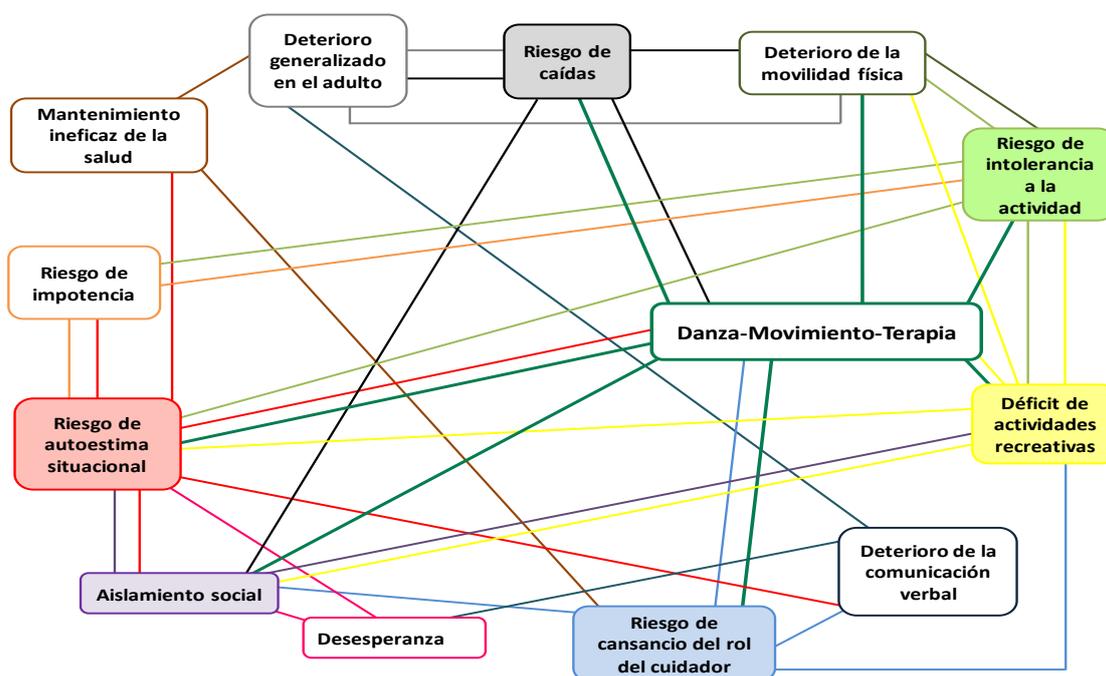


Figura 1. Elección de diagnósticos según modelo AREA. Fuente: elaboración propia a partir de la modificación de: Promoting clinical reasoning in undergraduate nursing students: application and evaluation of the Outcome Present State Test (OPT) Model of clinical reasoning⁽⁵⁶¹⁾

- Factores relacionados
 - ✓ Deterioro cognitivo y perceptivo.
 - ✓ Afrontamiento familiar y/o individual ineficaz.
 - ✓ Sufrimiento espiritual.
 - ✓ No superación de las tareas del desarrollo.
- 00101: DETERIORO GENERALIZADO DEL ADULTO: deterioro funcional progresivo de naturaleza física y cognitiva. Notable disminución de la capacidad de la persona para vivir con enfermedades multisistémicas, afrontar los problemas subsiguientes y manejar sus propios cuidados.
- Características definitorias
 - ✓ Apatía.
 - ✓ Déficit de autocuidado.
 - ✓ Deterioro cognitivo: disminución de la percepción.
 - ✓ Expresa pérdida de interés en salidas agradables.
 - ✓ Retraimiento social.

- Factores relacionados

- ✓ Depresión.

00155: RIESGO DE CAÍDAS: riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.

- Factores de riesgo

- ✓ Disminución del estado mental.
- ✓ Edad igual o superior a los 65 años.
- ✓ Historia previa de caídas.
- ✓ Deterioro de la movilidad física, del equilibrio.
- ✓ Dificultad en la marcha.
- ✓ Neuropatía.

NOC

0208: Movilidad

- Mantenimiento del equilibrio.
- Coordinación.
- Marcha.

0212: Movimiento coordinado

- Tono muscular.
- Rapidez de movimiento.
- Estabilidad del movimiento.

NIC y actividades

0222: Terapia de ejercicios: Equilibrio.

- Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio.
- Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción).
- Proporcionar información sobre terapias alternativas, como yoga y Tai Chi.

0200: Fomento del ejercicio.

- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
- Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos

psicológicos del ejercicio.

Patrón 4: actividad - ejercicio

00085: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA: limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

- Características definitorias
 - ✓ Disminución del tiempo de reacción, de girarse.
 - ✓ Cambios en la marcha.
 - ✓ Movimientos espasmódicos, descoordinados.
 - ✓ Disminución del control muscular.
 - ✓ Inestabilidad postural.
 - ✓ Limitación de la amplitud de movimientos.

- Factores relacionados
 - ✓ Disminución del control, masa y/o fuerza muscular.
 - ✓ Estado de humor depresivo.
 - ✓ Rigidez articular.
 - ✓ Deterioro neuromuscular.

00094: RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD: riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para tolerar las actividades diarias requeridas o deseadas.

- Factores de riesgo:
 - ✓ Inexperiencia en la actividad.

NOC

1308: Adaptación a la discapacidad física

- Modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad.
- Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad.
- Refiere disminución de los sentimientos negativos.

0212: Movimiento coordinado

- Resistencia a la contracción muscular.
- Tono muscular.
- Rapidez de movimiento.
- Estabilidad del movimiento.

- Movimiento equilibrado.

NIC y actividades

0200: Fomento del ejercicio

- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.

4310: Terapia de actividad

- Colaborar con los terapeutas ocupacionales, recreacionales y/o fisioterapeutas en la planificación y control de un programa de actividades, según corresponda.
- Ayudar al paciente elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.

00097: DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS: disminución de la estimulación (o interés o participación) en las actividades recreativas o de ocio.

- Características definitorias
 - ✓ Expresa sentirse aburrido.
 - ✓ Los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el entorno actual.
- Factores relacionados
 - ✓ Entorno desprovisto de actividades recreativas.

NOC

1604: Participación en actividades de ocio

- Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio.
- Refiere relajación con las actividades de ocio.
- Disfruta de actividades de ocio.

0116: Participación en juegos

- Participación en juegos.
- Uso de habilidades sociales durante el juego.
- Expresión de emociones durante el juego.
- Expresa satisfacción con las actividades de juegos.

1209: Motivación

- Obtiene el apoyo necesario.
- Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción.

NIC y actividades

5100: Potenciación de la socialización

- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan problemas, intereses y objetivos comunes.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.
- Fomentar la planificación de actividades especiales por parte de grupos pequeños.

5430: Grupo de apoyo

- Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Programar un número limitado de sesiones (normalmente de 6 a 12), en las que se cumplirá el trabajo del grupo.
- Vigilar y dirigir la implicación activa de los miembros del grupo.

4400: Musicoterapia

- Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).
- Determinar el interés del individuo por la música.
- Informar al individuo del propósito de la experiencia musical.
- Elegir selecciones de música concretas representativas de las preferencias del individuo.
- Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto.

Patrón 7: autopercepción - autoconcepto

00152: RIESGO DE IMPOTENCIA: riesgo de percibir una experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.

- Factores de riesgo
 - ✓ Falta de apoyo social.
 - ✓ Patrones de afrontamiento ineficaces.
 - ✓ Enfermedad progresiva y debilitante.

00153: RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL: riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

- Factores de riesgo
 - ✓ Rechazos.
 - ✓ Cambios en el rol social.
 - ✓ Reducción del control sobre el entorno.

NOC

1205: Autoestima

- Verbalizaciones de autoaceptación.
- Comunicación abierta.
- Sentimientos sobre su propia persona.

NIC y actividades

5270: Apoyo emocional

- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza.

4390: Terapia con el entorno

- Considerar las necesidades de los demás, aparte de las necesidades de la persona en particular.
- Facilitar una comunicación abierta entre el paciente, los cuidadores y demás personal sanitario.
- Disponer cuidados de enfermería individualizados.

5450: Terapia de grupo

- Disponer una sesión de orientación individualizada para cada nuevo miembro del grupo antes de la primera sesión grupal.
- Determinar si el nivel de motivación es lo suficientemente alto como para beneficiarse de la terapia grupal.
- Proporcionar refuerzo social (verbal y no verbal) para conseguir las conductas/respuestas deseadas.
- Utilizar el juego de roles y de resolución de problemas, según corresponda.

00124: DESESPERANZA: estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna

alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.

- Características definitorias
 - ✓ Disminución de las emociones.
 - ✓ Pasividad.
 - ✓ Aislamiento social.
 - ✓ Claves verbales (p. ej.: contenido pesimista, “no puedo”, suspiros).

- Factores relacionados
 - ✓ Deterioro del estado fisiológico.
 - ✓ Estrés de larga duración.

Patrón 8: rol - relaciones

00053: AISLAMIENTO SOCIAL: soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

- Características definitorias
 - ✓ Falta de persona o personas de apoyo.
 - ✓ Embotamiento emocional.
 - ✓ Preocupación por los propios pensamientos.
 - ✓ Actitud triste.
 - ✓ Busca estar solo y no se comunica.
 - ✓ Inseguridad en público.

- Factores relacionados
 - ✓ Alteración del estado mental y del aspecto físico.
 - ✓ Factores contribuyentes a la ausencia de relaciones personales satisfactorias.

NOC

0006: Energía psicomotora

- Muestra interés por lo que le rodea.
- Muestra capacidad para realizar las tareas diarias.
- Depresión.

2000: Calidad de vida

- Satisfacción con el estado de salud.
- Satisfacción con la capacidad de superación.

NIC y actividades

5270: Apoyo emocional.

5100: Potenciación de la socialización.

5450: Terapia de grupo.

00062: RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR: riesgo de vulnerabilidad en el cuidador por sentir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar.

- Factores de riesgo
 - ✓ Cantidad de tareas de cuidados
 - ✓ Duración de la necesidad de los cuidados y la complejidad de los mismos
 - ✓ Falta de actividades recreativas del cuidador
 - ✓ Falta de respiro para el cuidador

Este diagnóstico es incluido en este plan de cuidados debido a la importancia que juega el papel del cuidador en el desarrollo de la DMT, pese a que un estudio señala que la carga del cuidador aumenta con el desarrollo de esta terapia evaluado con la Escala de Zarit⁽²⁰⁾, hay otros que comentan que es de gran ayuda para el paciente y gracias a los cuidadores o familiares, aumentan su comunicación verbal y no verbal⁽²³⁾. Por tanto, este diagnóstico está dirigido al posible cuidador con el que nuestro paciente a estudio pueda contar.

NOC

2208: Factores estresantes del cuidador familiar

- Factores estresantes referidos por el cuidador.
- Alteración de la relación entre el cuidador y el paciente.

1212: Nivel de estrés

- Inquietud.
- Trastornos del sueño.
- Irritabilidad.
- Depresión.

NIC y actividades

0180: Manejo de la energía

- Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.
- Ayudar al paciente a programar períodos de descanso.

5960: Facilitar la meditación

- Preparar un ambiente tranquilo.
- Enseñar al paciente a realizar el procedimiento una o dos veces diariamente, pero no en las 2 horas siguientes a las comidas.

7110: Fomentar la implicación familiar

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente, según corresponda por la edad o la enfermedad.
- Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.

4310: Terapia de actividad.

7120: Movilización familiar

- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
- Identificar los puntos fuertes y los recursos dentro de la familia, en los miembros de la familia y en su sistema de apoyo y la comunidad.
- Apoyar las actividades familiares que estimulen la salud del paciente o el control de la enfermedad, cuando corresponda.

00051: DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL: disminución, retraso o carencia de la capacidad para percibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

- Características definitorias
 - ✓ Dificultad para expresar los pensamientos verbalmente (p.ej.: afasia, disfasia, apraxia, dislexia).
 - ✓ Dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual.
 - ✓ Dificultad para usar las expresiones faciales, baja autoestima situacional.

- Factores relacionados
 - ✓ Alteraciones del autoconcepto.
 - ✓ Baja autoestima situacional.
 - ✓ Efectos secundarios del tratamiento.
 - ✓ Debilitamiento del sistema músculo-esquelético.

Desarrollo de la actividad

Duración

Se determina que la duración óptima de las sesiones sea de unos 60-90 minutos, dos días a la semana durante un periodo de seis a doce meses^(15,20,22).

Estructura de cada sesión

- Inicio o calentamiento (10 minutos): Hay que comenzar las clases estirando la musculatura, poniendo al cuerpo en movimiento, flexibilizando las articulaciones y tomando conciencia sobre el punto de partida con el comienza la experiencia. Se medirán las constantes vitales para tener un control y seguimiento del estado de salud de los participantes y se iniciará el calentamiento mediante estiramientos ritmificados por la estimulación musical y de forma segmentada (¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.)⁽⁰⁾.

Pie	Dedos, empeine, tobillo
Pierna	Traslación del peso de una pierna a otra, flexión y estiramiento completo de las rodillas, apertura de una pierna manteniendo el peso sobre la otra, levantamiento y sostenimiento a baja altura de una pierna.
Caderas	Traslación del peso corporal (de pie y sentado), rotación de las piernas, rotación de caderas, basculación delante y detrás de la cadera, colocación y mantenimiento de la cadera en la posición correcta (soporte del peso bajo los hombros)
Tronco	Estiramiento del tronco verticalmente, alargamiento del tronco y de la columna horizontalmente tendidos en el suelo boca abajo y mirando al techo, flexión del tronco, estiramiento de los costados. Todos estos ejercicios deben realizarse con mucho cuidado, de forma que se trabaje en la estimulación física de forma paralela en los dos lados, para conseguir mantener siempre recta la columna vertebral, sin deformaciones hacia alguno de los lados.
Brazos	Estiramiento y flexión de codos y muñecas, giro de los hombros hacia delante y hacia atrás, colocación de los omóplatos.
Cuello y cabeza	Estiramientos y contraposición con respecto a los hombros (cabeza hacia arriba y hombros hacia abajo), estiramiento lateral, estiramiento hacia delante, estiramiento lateral y giro.

Tabla 3: Calentamiento por segmentación. Castañón M. La danza en la musicoterapia. Revista Interuniversitaria de Formación al Profesorado. 2010

- Desarrollo, realización de las actividades (40-70 minutos): tema a desarrollar, basado en las necesidades del grupo y adaptado a cada participante en concreto. El baile es un recurso importante para los pacientes, porque les permite realizar desplazamientos, tomar conciencia corporal y divertirse, partiendo de habilidades que aún conservan. La música ofrece una base sobre la cual el paciente intentará acompasar los pasos y los movimientos.
- Cierre, relajación y análisis de experiencias (10 minutos): todas las clases incluirán la práctica de una técnica de relajación, se propone la técnica de relajación progresiva de Edmund Jacobson⁽⁴⁰⁾, cuyo objetivo es lograr discriminar las sensaciones de tensión y relajación muscular. Es muy ventajosa sobre todo si se aprende en las primeras sesiones porque se transferirá a su vida cotidiana, por ejemplo cuando aparece un “período off”. También habrá un tiempo donde se analicen las experiencias de los participantes y se observen los aspectos relevantes y de mejora, permitiendo al profesional dar continuidad al programa modificando contenidos si fuera necesario.

Actividades

Todas las actividades se trabajan en grupo, estableciendo como objetivo principal la participación activa de todos; estarán diseñadas para que se practiquen coreografías, donde repitan esquemas aprendidos anteriormente, propuestos por el grupo estimulando así la creatividad y fortaleciendo las relaciones interpersonales.

Los pasos estarán diseñados para conseguir el mantenimiento o la mejora de una determinada función. Bachmann, en su obra *La rítmica Jacques-Dalcroze, una educación por la música y para la música* propone⁽⁴¹⁾:

- Ejercicios para el desarrollo de la elasticidad muscular.
- Ejercicios de contracción y relajación muscular en diferentes posiciones.
- Ejercicios de respiración.
- Ejercicios de punto de partida y de llegada del gesto.
- Estudio de los impulsos y reacciones voluntarias e involuntarias.
- Estudio de las diferentes actitudes de aprendizaje de utilización del espacio personal.
- Estudio de la marcha.
- Estudio de los puntos de apoyo.
- Ejercicios de expresión de acciones reales o imaginarias.

Actividades que se pueden desarrollar:

- Usar algún elemento (bastón, pelota, pañuelo) que invite a bailar realizando ejercicios fortalecedores de la musculatura extensora del tronco.
- Usar pistas visuales con colores llamativos en el suelo para corregir la simetría del paso y controlar la amplitud de zancada.

- Usar un metrónomo para contar tiempos y así mejorar la cadencia del paso.
- Pasos con los que haya que mantenerse unos segundos sobre un pie para mejorar el equilibrio.
- Incorporar a la coreografía elementos como bastones para aumentar el braceo exagerando el movimiento de los brazos.
- Bailar delante de un espejo, hace conscientes a los pacientes de su trastorno postural haciendo más rápida su reeducación
- Usar palmadas rítmicas para obtener una marcha menos automática.
- Elevar las rodillas al caminar es un movimiento a trabajar para corregir la marcha festinante. Desde la posición de parado, pisar con un pie una soga elástica ubicada al frente y volver a la posición inicial. Cambiar de pie. Alternando entre un pie y otro.
- Imaginar estar frente a una pared, ubicar los pies en forma simétrica con los dedos apuntando al frente, rodillas extendidas y ambos brazos relajados al costado del cuerpo, mirar al frente y hacer como si se camina con las manos de forma alternada por la pared, como si la estuviera escalando, hasta llegar al punto más alto, luego bajar.
- Desde la posición de sentado en una silla, espalda apoyada en el respaldo, pies paralelos apoyados en el suelo, levantarse, una vez parado elevar una rodilla al pecho y dar un paso amplio apoyando primero el talón. Volver a la posición inicial.
- Utilizar los aros para delimitar el espacio personal y que así aumente la seguridad y la confianza, tanto en uno mismo como en su pareja de baile.
- El pañuelo es un elemento que puede ser muy útil para estimular la sensibilidad y favorecer de relajación.

Recursos humanos y materiales

- Recursos materiales
 - ✓ Espacio físico donde llevar a cabo las clases con toma de electricidad y espejos.
 - ✓ Equipo reproductor de música y obras elegidas.
 - ✓ Aros, pañuelos, bastones, cuerdas elásticas.
 - ✓ Grabación de los pasos de las coreografías de las sesiones para que la visionen una vez por semana a cada participante.
- Recursos humanos: Se contará con la participación de un equipo multidisciplinar, formado por un neurólogo, un enfermero, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional y un profesor de baile o danzaterapeuta.

Evaluación

La evaluación en Educación para la Salud es un proceso continuo, sistemático e integrado, cuya finalidad última es conocer cómo se está desarrollando el proceso

educativo, mejorarlo y reconducirlo de manera continua⁽⁴²⁾. Por ello, se realizará de forma continuada en el transcurso de las sesiones grupal e individualmente.

Se hará una evaluación inicial con recogida de información mediante la entrevista de valoración para conocer el nivel basal, adecuar el programa y elegir los instrumentos de valoración más pertinentes.

La evaluación intermedia o de proceso se realiza inherente a la ejecución de las actividades, sin que los pacientes tengan consciencia de ello (introducir en la coreografía un paso del test Timed up and go), con el objetivo de detectar los puntos susceptibles de mejora.

Se realizará una evaluación final o de impacto teniendo en cuenta los objetivos específicos propuestos para poder determinar en qué medida se han conseguido con la intervención de la DMT en los cuidados.

La evaluación del programa en general se basará en la utilización de los siguientes indicadores:

- Indicadores de recursos (plazas, dispositivos, recursos humanos, infraestructuras, etc.).
- Indicadores de cobertura (número de participantes, sexo, edad, etc.).
- Perfil de la población atendida (estadío de la enfermedad, nivel cognitivo, etc.).
- Indicadores de actividad (número de pacientes nuevos, número de grupos, sesiones, consultas, etc.).
- Indicadores de rendimiento (pacientes/sesión, profesionales/sesión, etc.).
- Indicadores de eficiencia (coste/paciente, etc.).
- Indicadores de resultados (variación en la puntuación de las escalas utilizadas, permanencia de los pacientes en el programa, etc.).

Análisis de resultados

Tras poner en marcha el programa, habrá que realizar un análisis de los resultados evaluando la eficacia (grado en que se han conseguido los objetivos), la eficiencia (relación coste/beneficio) y la efectividad (capacidad que tiene el programa de ser desarrollado en otro lugar).

CONCLUSIONES

La EP es un trastorno neurodegenerativo progresivo asociado a una reducción de la actividad física, un alto riesgo de caídas y una disminución de la calidad de vida. Tras el análisis de la DMT en este trabajo, se demuestra que es una terapia muy efectiva por ser integradora, abarcando en su ejecución la esfera biopsicosocial del paciente, es

decir, mejora problemas físicos (deterioro de la movilidad, de la comunicación verbal), psicológicos (depresión, ansiedad, miedo, deterioro cognitivo, afrontamiento) y sociales (aislamiento).

El personal de enfermería de AP con la valoración consigue identificar y objetivar la situación del paciente así como detectar la sobrecarga del cuidador. Gracias a las escalas especiales para la EP, se pueden evaluar con rigor los efectos que produce la DMT como actividad terapéutica y recreativa desarrollada en este plan de cuidados.

Con este plan se demuestra que la enfermería desempeña una función importante como enlace entre los distintos profesionales (sanitarios y no sanitarios), asociaciones y entidades, pacientes y familiares, consiguiendo que éste se desarrolle correctamente.

En la actualidad, la eficacia de esta intervención ha sido demostrada desde otras disciplinas, contando con poca literatura científica y con un nivel en la Escala de PEDro no muy elevado. Sería muy conveniente que la enfermería aumente en su área el número y la calidad de trabajos científicos sobre este tema.

AGRADECIMIENTOS

Quiero dedicar este trabajo a esa persona que vio un brillo en mis ojos cuando hablaba de este trabajo, y me animó a seguir con él; a esas personas que tuvieron que leerlo una y otra vez aprendiendo cosas de enfermería aun siendo de la rama de letras; a todos esos compañeros, profesores y amigos que han hecho que enfermería no solo sea para mí una carrera, sino un modo de vida. Quiero dedicar una mención especial a Dña. Fuencisla Sanz Luego, directora de la Biblioteca de la UCM por su apoyo con la bibliografía y a Ángeles Barreno de la Hoz, secretaria del Centro Regional de Documentación de Educación Sanitaria por su implicación desinteresada en mi búsqueda bibliográfica. Pero sobre todo, este trabajo va dedicado a esa persona que no sabe que todos y cada uno de los minutos dedicados a este trabajo son por ella y que es la pieza clave siendo mi pareja de baile perfecta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Querol Gutierrez LA, Suarez Calvet M, Kulisevsky Bojarsky J. Síndromes hipocinéticos. En: Pascual Gómez J. Tratado de neurología clínica. Madrid. Ars Médica; 2008. p. 511-538.
2. Bermejo-Pareja F. Enfermedades neurológicas crónicas: desde la clínica a la población. Neurología. 2007; 22(4):236-248.

3. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. Patrones de mortalidad en España 2010 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [citado 24 Mar 2014] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/mortalidadESP2010accesible.pdf>
4. Von Campenhausen S, Bornschein B, Wick R, Bötzel K, Sampaio C, Poewe W, et al. Prevalence and incidence of Parkinson's disease in Europe. Eur Neuro-psychopharmacol [Internet]. 2005 [cited 2014 mars 15];15(4):473-90. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/7779066_Prevalence_and_incidence_of_Parkinson%27s_disease_in_Europe/file/5046351f4f78c3d037.pdf
5. Barrio JL, Pedro-Cuesta J, Boix R, Acosta J, Bergareche A, Bermejo-Pareja F, et al. Dementia, stroke and Parkinson disease in Spanish populations: a review of door-to-door prevalence surveys. Neuroepidemiology [Internet] .2005 [cited 2014 Feb 24];24(4):179-88. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/Pdf/85138>
6. Blasco Amaro JA, Díaz del Campo Fontecha P, González Vélez AE, Chacón García A, Abad Revilla Á, Labrador Barba P, et al. Protocolo de manejo y derivación de pacientes con enfermedad de Parkinson [Internet]. Madrid : Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2012 [citado 24 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-disposition&blobheadertype=cadena&blobheadertype=filename%3DDocumento+de+trabajo+ENFERMEDAD+DE+PARKINSON+FINAL+8.pdf&blobheadertype=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs &blobwhere=1352813971265&ssbinary=true>
7. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. Neurology [Internet]. 1967 [cited 2014 Feb 24];17:427-42. Disponible en: http://info-centre.jenage.de/assets/pdfs/library/hoehn_yahr_NEUROLOGY_1967.pdf
8. Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, Lees AJ. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinicopathological study of 100 cases. J Neurol Neuro-surg Psychiatry [Internet]. 1992 [cited 2014 Feb 24];55:1814. Disponible en: <http://jnnp.bmj.com/content/55/3/181.full.pdf+html>
9. Fuente Honrubia C de la, García del Pozo J, Abajo FJ de. Utilización de medicamentos antiparkinsonianos en España (1992-2006). Madrid; Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2006 [citado 15 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antiparkinsonianos.pdf>

10. Kulisevsky J, Luquin MR, Arbelo JM, Burguera JA, Carrillo F, Castro A, et al. Enfermedad de Parkinson avanzada. Características clínicas y tratamiento. Parte II. Neurología [Internet]. 2013 [citado 15 Feb 2014];28:558-83. Disponible en: [http://www.elsevier.es/eop/S0213-4853\(13\)00118-7.pdf](http://www.elsevier.es/eop/S0213-4853(13)00118-7.pdf)
11. Pazos A, Pascual J. Farmacología de los movimientos anormales. Fármacos antiespásticos. En: Florez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología humana. 5ª ed. Barcelona. Masson-Salvat; 2008. p- 607-627.
12. Garnica Fernández A, García Ruiz-Espiga PJ, editores. Guía oficial de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson 2009. [Internet]. Barcelona: Thomson Reuters; 2009 (Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología) [citado 19 Feb 2014] Disponible en: <http://www.segg.es/sites/default/files/page/GUIA%20GERIATRIA.%20Parkinson.pdf>
13. Valverde Guijarro E, Flórez García MT. Efecto de la danza en los enfermos de Parkinson. Fisioterapia. 2012; 34(5):216-224.
14. Danzamovimientoterapia.com [Internet]. Barcelona: ADMTE; [Actualizado 2012; citado 14 Abr 2014]. Disponible en : <http://www.danzamovimientoterapia.com/>
15. De Dreu MJ, Van der Wilk ASD, Poppe E, Kwakkel G, van Wegen EEH. Rehabilitation, exercise therapy and music in patients with Parkinson disease: a meta-analysis of the effects of music-based movement therapy on walking ability, balance and quality of life. Parkinsonism and Relat Disord. 2012; 18S1: S114-S119.
16. Earhart GM. Dance as therapy for individuals with Parkinson disease. Eur J Phys Rehabil Med [Internet]. 2009 [cited 2014 Feb 19];45(2):231–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2780534/pdf/nihms158840.pdf>
17. Volpe D, Signorini M, Marchetto A, Lynch T, Morris ME. A comparison of Irish set dancing and exercises for people with Parkinson's disease: A phase II feasibility study. BMC Geriatrics [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 19];13:54. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-13-54.pdf>
18. Martínez Sabater A, Pascual Ruiz MF. Musicoterapia en geriatría. Enferm Integral. 2004; 68: XXXIII-XXXVI.
19. Foster ER, Golden L, Duncan RP, Earhart GM. A community-based Argentine tango dance program is associated with increased activity participation among individuals with Parkinson disease. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 15];94:240-9. Disponible en:

[http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(12\)00795-2/pdf](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(12)00795-2/pdf)

20. Hackney M, Earhart G. Effects of dance gait and balance in Parkinson's disease: a case study. *J Rehabil Med* [Internet]. 2009 [cited 2014 Feb 19];41(6):475-481. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2837534/pdf/nihms-158843.pdf>
21. Hackney ME, Earhart GM. Effects of dance on movement control in Parkinson's disease: a comparison of Argentine tango and American ballroom. *J Rehab Med* [Internet]. 2009 May [cited 2014 Feb 19];41(6):475-481. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2688709/pdf/nihms96802.pdf>
22. Li F, Harmer P, Lui Y, Eckstrom E, Fitzgerald K, Stock R, et al. A Randomized controlled trial of patient-reported outcomes with Tai-Chi exercise in Parkinson's disease. *Mov Disord* [Internet]. 2014 [cited 2014 Apr 19];29(4):539-45. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.25787/pdf>
23. Westheimer O. Why dance for Parkinson's disease. *Topics Ger Rehabil* [Internet]. 2008 [cited 2014 Feb 15];24(2):127-40. Disponible en:
<http://danceforparkinsons.org/wp-content/uploads/2010/07/Why-Dance-for-Parkinsons-Disease-TIGR.pdf>
24. Reyes Luna J, Jara Concha P, Merino Escobar JM. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Ciencia y enfermería* [Internet]. 2007 [citado 19 Feb 2014];(1):45-57. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n1/art06.pdf>
25. Gordon M. *Manual de Diagnósticos enfermeros*. Madrid: Elsevier; 2003.
26. Arribas Cacha A, Gasco González S, Hernández Pascual M, Muñoz Borreda E. *Papel de enfermería en Atención Primaria*. Madrid. Ministerio de Sanidad y consumo; [Internet] 2009 [citado 15 Mar 2014]. Disponible en:
[http://www.semmap.org/docs/papelEnfermeriaAP2009\[1\].pdf](http://www.semmap.org/docs/papelEnfermeriaAP2009[1].pdf)
27. Arribas A, Aréjula JL, Borrego R, Domingo M, Morente M, Robledo J, et al. *Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración enfermera* [Internet] Madrid: FUDEN; 2006 [citado 15 Mar 2014] Disponible en:
http://ome.fuden.es/media/docs/CCVE_cd.pdf
28. Kautz DD, Kuiper RA, Pesut DJ, Knight-Brown P, Deneker D. Promoting clinical reasoning in undergraduate nursing students: application and evaluation of the Outcome Present State Test (OPT) Model of clinical reasoning. *IJNES* [Internet]. 2005 [cited 2014 Mar 25];2(1):1-19. Available in:
http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/D_Kautz_Promoting_2005.pdf

29. Herdman TH, editor. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
30. Moorhead S, Johnson M, Maas M L, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
31. Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
32. Sociedad Español de Neurología. GETM Escalas de valoración [Internet]. Madrid: SEN; 2012 [Actualizado 27 Feb 2012; Citado 12 Abr 2014] [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://getm.sen.es/escalas-de-valoracion/>
33. Cid Ruzafa J, Damian Moreno J. Valoración de la discapacidad física: Índice de Barthel. Revista de Sanidad e Higiene Pública. 1997;71(2):127-137.
34. Alguacil Herrero MD, Cabrera Rodríguez JM, Escalera de Andrés C, Espinosa Almendros JM, Gutiérrez García M, Lacida Baro M, et al. Examen de salud para mayores de 65 años. [Internet] Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Sanidad; 2008 [citado 15 Abr 2014] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documento_s/c_2_c_13_examen_de_salud_a_mayores_de_65/e_salud_mayores_65.pdf
35. Cano de la Cuerda R, Vela Desojo L, Miangolarra Page JC, Macías Macías Y, Muñoz Hellin E. Calidad de vida relacionada con la salud en la Enfermedad de Parkinson. MEDICINA (Buenos Aires). 2010;70:503-507.
36. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesevage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. Medifam. 2002; 12: 620-30.
37. Hayo Breinbauer K, Hugo Vásquez V, Sebastián Mayanz S, Guerra C, Teresa Millán K. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Méd Chile [Internet]. 2009 [citado 15 Abr 2014]; 137: 657-665. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n5/art09.pdf>
38. Benenzon R. Musicoterapia de la Teoría a la Práctica. Madrid: Mandala; 2004.
39. Castañón M. La danza en la musicoterapia. Revista Interuniversitaria de Formación al Profesorado. 2010; 42:77-90. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/274/27404207.pdf>
40. Jacobson E. Progressive Relaxation, 1925. Am J Psychol 1987 Fall; 100(3-4):522.

41. Bachmann ML. La rítmica Jacques-Dalcroze. Una educación por la música y para la música. Madrid: Pirámide. 1998.
42. Gamella Pizarro C, Sánchez Martos J. Educación para la Salud [Apuntes]. 4º Grado de Enfermería. 2013-2014. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Madrid: UCM; 2013 [Inédito].

Recibido: 2 marzo 2016.

Aceptado: 1 julio 2016.