



UNIVERSIDAD DE JAÉN  
*Facultad de Trabajo Social*

Trabajo Fin de Grado

# **LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL ÁMBITO DEL TRABAJO SOCIAL**

**Alumno/a: Macarena Lozano Belmonte**

Tutor/a: Miguel Delgado Rodríguez  
Dpto: Ciencias de la Salud

**Junio, 2022**

## **1.Índice**

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| 1. Índice                                                      | 1  |
| 2. Resumen                                                     | 2  |
| 2.1. Justificación del tema elegido                            | 3  |
| 3. Enfermedad de Parkinson                                     | 3  |
| 3.1. Definición de la enfermedad de Parkinson.                 | 3  |
| 3.2. Clínica de la enfermedad de Parkinson                     | 4  |
| 3.3. Diagnóstico de la enfermedad                              | 5  |
| 3.4. Pronóstico de la enfermedad de Parkinson                  | 7  |
| 3.5. Tratamientos médico-quirúrgicos                           | 7  |
| 4. Etiología de la enfermedad de Parkinson                     | 9  |
| 4.1. Factores genéticos                                        | 9  |
| 4.2. Factores ambientales                                      | 9  |
| 5. Frecuencia                                                  | 11 |
| 6. Consecuencias de la enfermedad de Parkinson                 | 12 |
| 6.1. Impacto familiar                                          | 14 |
| 7. El papel del Trabajo Social en la enfermedad de Parkinson   | 15 |
| 7.1. Abordaje del trabajo social en la enfermedad de Parkinson | 17 |
| 7.2. Educación del paciente y el cuidador                      | 24 |
| 7.3. Discapacidad y enfermedad de Parkinson                    | 24 |
| 8. Conclusiones                                                | 25 |
| 9. Bibliografía                                                | 27 |

## **2. Resumen**

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa de etiología desconocida, crónica, de deterioro progresivo y padecida en la actualidad por más de siete millones de personas en el mundo. Esta patología afecta al sistema extrapiramidal por el desgaste de las neuronas dopaminérgicas que causa síntomas motores y no motores.

El objetivo principal del presente trabajo es analizar en profundidad las características principales de la enfermedad de Parkinson a través de una revisión bibliográfica. Además se ha realizado un estudio exhaustivo de la importancia del Trabajo Social en esta enfermedad, especialmente en el Protocolo de Trabajo Social en la enfermedad de Parkinson, haciendo referencia a su vez a la figura de la persona cuidadora que generalmente se ven implicados en momentos de estrés y angustia.

Palabras claves: Enfermedad de Parkinson, paciente, Trabajo Social, intervención, cuidador, afrontamiento.

### **Abstract**

Parkinson's disease is a neurodegenerative disease of unknown etiology, chronic, of progressive deterioration and suffered today by more than seven million people in the world. This pathology affects the extrapyramidal system by the deterioration of dopaminergic neurons causing motor and non-motor symptoms.

The main objective of this work is to analyze in depth the main characteristics of Parkinson's disease through a bibliographic review. In addition, a comprehensive study of the importance of Social Work in this disease has been carried out, focusing on the Social Work Protocol in Parkinson's disease, referring in turn to the figure of the caregiver who are usually involved at times of stress and distress.

Keywords: Parkinson Disease, patient, Social Work, intervention, carer, coping.

## **2.1. Justificación del tema elegido**

El Trabajo Social sanitario en la actualidad posee gran importancia en la ciencia médica ya que engloba servicios, prestaciones, procedimientos y técnicas como el resto de profesiones sanitarias. Permite una atención directa a través del contacto personal, y brinda apoyo emocional a las personas que se encuentran inmersas en un proceso de enfermedad y a sus familias. Por ello se ha recopilado información detallada sobre la enfermedad de Parkinson y el papel del trabajador social y se establece la importancia que tiene el ámbito social en el afrontamiento de la enfermedad y en la calidad de vida de estas personas.

## **3. Enfermedad de Parkinson**

### **3.1 Definición de la enfermedad de Parkinson**

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo progresivo debido a la muerte de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra y de otros núcleos pigmentados del tallo cerebral. Esta afectación fue descrita por primera vez por James Parkinson con el nombre de parálisis agitante. James Parkinson definió la parálisis agitante como una condición consistente en ‘movimientos temblorosos involuntarios, con disminución de la potencia muscular en la movilidad pasiva y activa, con propensión a encorvar el tronco hacia adelante y a pasar de caminar a correr; los sentidos y el intelecto no sufren mayor daño’. No obstante, en su obra reconocía que se trataba de ‘sugerencias precipitadas’ debido a que no había realizado una investigación minuciosa y detallada. Parkinson estableció que se debía a una alteración en el funcionamiento de la médula espinal y que se extendía al bulbo. A pesar de la complejidad de su trabajo vinculando los síntomas y signos, este fue desestimado durante décadas.

En el siglo XIX, Jean-Marie Charcot, neurólogo francés, considerado el padre de la neurología clínica, acuñó el epónimo de enfermedad de Parkinson, en honor a James Parkinson. Charcot en 1880 habló por primera vez de la rigidez relacionada con la parálisis agitante. Jean-Marie Charcot y Edme Felix Alfred Vulpian investigaron el

temblor en pacientes con esclerosis<sup>1</sup> distinguiendo este temblor del de la parálisis agitante.

En las últimas décadas se han realizado diversos ensayos clínicos y multitud de autores han realizado interpretaciones propias acerca de la enfermedad de Parkinson; no obstante, a pesar de los tratamientos utilizados no ha sido posible modificar la progresión de la enfermedad, la cual se caracteriza por temblor de reposo, bradicinesia<sup>2</sup>, rigidez y alteración de los reflejos posturales.

### **3.2 Clínica de la enfermedad de Parkinson**

Los síntomas provocados por la enfermedad de Parkinson se deben a la pérdida de neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra. Esta pérdida es debida a la sobreexpresión de proteínas y a un erróneo plegamiento, que generan una malformación estructural. Dicha anomalía provoca una disfunción en la cadena respiratoria neuronal y la formación de cuerpos de Lewy<sup>3</sup> (Lansbury, Jr. y Brice, 2002).

La enfermedad de Parkinson muestra de manera generalizada acinesia<sup>4</sup>, temblor en estado de reposo, rigidez, aumento de la tensión muscular, resistencia al movimiento e inestabilidad de la postura por la pérdida del equilibrio, que provocan caídas. Los síntomas aparecen gradualmente y se caracterizan como leves en el comienzo de la enfermedad. Posteriormente aparecen manifestaciones motoras, sensoriales, cognitivas y automáticas. En algunos casos de pacientes con enfermedad de Parkinson aparece la marcha parkinsoniana, caracterizada por una inclinación hacia delante con pasos pequeños y rápidos en los que se arrastran los pies o incapacidad para elevarlos.

El signo cardinal más característico de la enfermedad de Parkinson es el temblor (aparece aproximadamente en el 90% de los pacientes). Se trata de un movimiento hacia delante y hacia atrás que se da en las manos y en el lado contralateral del cuerpo. Estas oscilaciones rítmicas implican un movimiento intenso en el dedo pulgar e índice, además de ser notables en piernas, mandíbula, labios, lengua y en alguna ocasión en la

---

<sup>1</sup> Esclerosis: Endurecimiento patológico de un órgano o tejido.

<sup>2</sup> Bradicinesia: Lentificación de los movimientos, especialmente de los movimientos voluntarios complejos.

<sup>3</sup> Cuerpos de Lewy: Inclusiones neurofibrilares citoplasmáticas, formadas en su mayor parte por  $\alpha$ -sinucleína y que se encuentran en muchos trastornos neurodegenerativos.

<sup>4</sup> Acinesia: Incapacidad o dificultad para iniciar o ejecutar movimientos voluntarios y automáticos en ausencia de parálisis.

cabeza. El temblor suele desaparecer durante el sueño o con el movimiento intencionado.

Se observa que en la sintomatología de la enfermedad de Parkinson se dan temblores de reposo, distales en las extremidades superiores de tipo pronosupinación<sup>5</sup>, mientras que en la parte inferior son de abducción-aducción. También existen temblores posturales y cinéticos en el 25% de los casos. Dentro del temblor postural está el temblor reemergente que se da una vez terminado un estado de reposo al mantener una postura determinada. Es similar al temblor de reposo.

Entre los síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson está el deterioro cognitivo, la anomia<sup>6</sup>, problemas neuropsiquiátricos (depresión, apatía, anhedonia<sup>7</sup>, fatiga), anosmia<sup>8</sup>, ageusia<sup>9</sup>, dolor, síndrome de piernas inquietas, estreñimiento, problemas urinarios, impotencia, sudoración, seborrea, pérdida de peso, trastornos del sueño (somnolencia diurna, sueño fragmentado), cambios emocionales, hipotensión ortostática<sup>10</sup>, distonía<sup>11</sup> y disfunción sexual.

### **3.3. Diagnóstico de la enfermedad**

Para realizar el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson se tiene en cuenta la historia clínica del paciente, los signos motores cardinales, los diversos síntomas que padezca el paciente y la exploración tanto física como neurológica. Resulta complejo su diagnóstico debido a que puede confundirse con otras enfermedades neurodegenerativas. En la actualidad no puede diagnosticarse esta enfermedad mediante exámenes sanguíneos o pruebas de laboratorio.

---

5 Pronosupinación: Conjunto de movimientos que facilitan la rotación de una parte de un miembro.

6 Anomia: Pérdida parcial o total de la capacidad para evocar los nombres.

7 Anhedonia: Incapacidad de experimentar placer ante situaciones que normalmente lo producirían.

8 Anosmia: Carencia o disminución extrema del sentido del olfato.

9 Ageusia: Ausencia o pérdida prácticamente completa del sentido del gusto.

10 Hipotensión ortostática: Forma de presión arterial baja que se produce cuando te pones de pie tras estar sentado o acostado.

11 Distonía: Hipertonía producida por una postura o un movimiento anormales debidos a la contracción simultánea y prolongada de los músculos agonistas y antagonistas.

Las técnicas de neuroimagen funcional poseen un papel fundamental para el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, mediante el recuento de la degeneración neuronal del sistema dopaminérgico estriatal. La más destacable es la tomografía por emisión de positrones que permite diferenciar la enfermedad de Parkinson de otras. De manera complementaria se realiza una tomografía axial computerizada. El neurólogo podrá confirmar su diagnóstico con análisis de laboratorio, pruebas de imagen cerebral (escáner cerebral o resonancia magnética) o pruebas neurofisiológicas para determinar el tipo de temblor.

A pesar de que las pruebas clínicas son de gran relevancia para poder realizar un adecuado diagnóstico, los profesionales coinciden en que la forma más eficaz para detectar la enfermedad de Parkinson es mediante la observación realizada tanto por el personal sanitario como por las familias y las personas que se encuentren cercanas al paciente.

Arango et al. (2019) en su libro ‘Automatización de pruebas clínicas para el diagnóstico y monitoreo de la enfermedad de Parkinson’ afirma que una de las pruebas diagnósticas más relevante es la Escala de Evaluación de la Enfermedad de Parkinson, dividida en cuatro apartados:

- ‘Aspectos no motores de las experiencias de la vida diaria: deterioro cognitivo, psicosis, etc.
- Aspectos motores de las experiencias de la vida diaria: problemas de habla, masticación, temblor, equilibrio, etc.
- Exploración motora: observación del golpeteo de los dedos, congelación de la marcha, etc.
- Complicaciones motoras: distonías, discinesias, etc.’

Estos autores destacan que el diagnóstico debe ser llevado a cabo por un profesional clínico a través de la observación. Esta herramienta de diagnóstico posee dos tipos de limitaciones: 1. Dificultad para evaluar con exactitud la dimensión del riesgo; 2. La variedad de opiniones entre observadores.

### 3.4. Pronóstico de la enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson en la actualidad no es una enfermedad mortal pero en las etapas más avanzadas puede ocasionar complicaciones al contraer otro tipo de enfermedad que sí pueden llevar a la muerte.

La evolución de la enfermedad no puede establecerse debido a que cada persona la sufre de manera particular. La esperanza de vida en personas con Parkinson no se ve afectada y no tiene que considerarse menor.

### 3.5. Tratamientos médico-quirúrgicos

Los tratamientos para la enfermedad de Parkinson son individualizados. Existen varios tipos de fármacos:

- Fármacos de acción directa, la levodopa se convierte en dopamina al llegar al cerebro.
- Fármacos potenciadores de la acción de la levodopa, inhibidores de la catecol-O-metil transferasa (COMT) e inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO).

En la actualidad el tratamiento más eficaz para el control de la enfermedad de Parkinson es la levodopa. Esta sustancia consiste en un aminoácido que se metaboliza junto a la dopamina en el estómago, y pasa al torrente sanguíneo sólo un 30% de la dosis administrada. Debido a esto se administran de manera complementaria inhibidores de la dopa decarboxilasa<sup>12</sup>. Actualmente todas las administraciones de levodopa para uso clínico llevan incorporadas un inhibidor ya que aumenta la disponibilidad de un 25% más de levodopa.

Al administrar esta sustancia en una persona con Parkinson es importante realizar una serie de pautas;

- Definición del horario de tomas y de la cantidad administrada.

---

<sup>12</sup> Dopa Decarboxilasa: tipo de enzima, proteína que ayuda a que se produzca una reacción química. Permite la conversión de la sustancia levodopa a dopamina.



- Control del periodo de latencia<sup>13</sup>.
- Observar el tiempo que dura el efecto.
- Controlar cuando se presentan manifestaciones de la enfermedad.

A pesar de que el tratamiento consigue mejorar los síntomas de la enfermedad a medida que progresa la misma el efecto de este tratamiento se reduce en gran medida.

Muñiz Landeros (2015) describe la terapia sintomática como:

La compensación del déficit dopaminérgico se regula administrando precursores de la dopamina mediante fármacos que remedan la acción de la dopamina en los receptores, o fármacos que potencian la transmisión dopaminérgica. También se utilizan fármacos que intentan manipular otros neuroprotectores, con intención de modificar la historia natural de la enfermedad de Parkinson reduciendo la progresión mediante protección de las neuronas sobrevivientes, aun cuando su efectividad en lograr este objetivo no ha sido del todo comprobada. (Muñiz Landeros, 2015).

En referencia a los tratamientos quirúrgicos se debe establecer que desde que se observó la eficacia de la levodopa se han visto disminuidas casi al completo las intervenciones quirúrgicas en la enfermedad de Parkinson. En 1994 Siegfried crea la estimulación cerebral profunda en algunas áreas del cerebro: en los núcleos ventro postero laterales, globo pálido interno, núcleo ventral intermedio y subtalámico. Con el paso del tiempo se descubrió que esta intervención era beneficiosa en cuanto a las complicaciones motoras como discinesias, bradicinesia o trastornos del habla entre algunos otros.

La realización de estimulación cerebral es preferible en pacientes menores de 60 años, con enfermedad unilateral y con respuesta positiva a la levodopa. Como criterios de exclusión esta la presencia de demencia, formas leves de la enfermedad, discrasias sanguíneas o enfermedad médica con escaso control.

---

<sup>13</sup> Periodo de latencia: tiempo que pasa desde que el paciente toma la dosis hasta el momento del efecto.

## **4. Etiología de la enfermedad de Parkinson**

El inicio de los síntomas tiene lugar con una depleción dopaminérgica de un 80% aproximadamente y provoca una neurodegeneración incluso años antes de la primera sintomatología. En la mayoría de los casos que han sido estudiados no se ha encontrado ninguna causa. No obstante, en el 5% de dichos casos se han reportado factores genéticos y ambientales vinculados con la etiología de la enfermedad de Parkinson.

### **4.1 Factores genéticos**

Las investigaciones de agregación familiar fueron el inicio del análisis de los factores genéticos en la enfermedad de Parkinson. Se entiende por agregación familiar el conjunto de rasgos, comportamientos o trastornos dentro de una familia. Estos estudios demostraron antecedentes familiares de enfermedad de Parkinson en el 15% de los familiares de primer grado de los pacientes.

Existen diversos factores no modificables que se consideran causales de la enfermedad de Parkinson. El más importante es el envejecimiento ya que provoca una pérdida de la funcionalidad del sistema. Además, como se verá más adelante, la enfermedad presenta una mayor incidencia con la edad, aunque puede afectar en otras etapas de la vida.

Jean-Marie Charcot en el siglo XIX observó una elevada frecuencia de antecedentes familiares en pacientes con enfermedad de Parkinson que no ha sido comprobado actualmente. Por otro lado, estudios epidemiológicos realizados posteriormente han mostrado que la raza negra posee una mortalidad menor que la raza blanca. Los investigadores han deducido que se debe a las diferentes mutaciones genéticas que ha sufrido cada raza.

### **4.2. Factores ambientales**

En los años setenta se demostró que un opiáceo sintético producía casos de parkinsonismo. Esto generó interés en los investigadores y se consideró que podrían existir otras toxinas ambientales que podrían producir el mismo efecto. Tras el análisis

de diversas sustancias se demostró que varios pesticidas y herbicidas de uso agrícola pueden generar la aparición de la enfermedad de Parkinson.

Esto se debe a la inhalación del compuesto químico 1-metil-4-fenil 1,2,3,6-tetrahidropiridina (MPTP). Las propiedades neurotóxicas de este compuesto producen un síndrome de parkinsonismo con una clínica parecida a la enfermedad de Parkinson.

En las últimas décadas existe interés por el papel patogénico del estrés oxidativo. La insuficiencia del mecanismo defensivo antioxidante podría desempeñar un papel en la etiología de la enfermedad de Parkinson. En estudios neuropatológicos se identifican indicadores del estrés oxidativo que sugieren el aumento de peroxidación lipídica en las células cerebrales dopaminérgicas. Por ello se sospecha que una ingesta suficiente de antioxidantes podría reducir el riesgo de Parkinson o decelerar su progreso. (Allam et al, 2003).

La Revista de Salud Laboral *EporExperiencia* establece unos criterios de prevención de la neurotoxicidad laboral:

1. ‘Evitar la exposición, eliminar el riesgo: producir cambios en los procesos de producción y la sustitución de productos forman parte de esta estrategia.
2. Pruebas de toxicidad y principio de precaución: se debe estudiar la neurotoxicidad de nuevos compuestos químicos incluidos en el lugar de trabajo.
3. Controles técnicos: a través de estos controles se mantienen las exposiciones a tóxicos por debajo de los límites permisibles.
4. Equipos de protección personal.
5. Controles administrativos: actividades destinadas a reducir el peligro en el lugar de trabajo.
6. Vigilancia de la salud: los médicos que atienden a personas en contacto con sustancias neurotóxicas deben conocer los efectos que provocan. (Calera, A, 2000).’

James Parkinson observó que los traumatismos craneoencefálicos podrían causar la enfermedad de Parkinson. Paul K. Crane y cols (2016) realizaron un

metaanálisis sobre la relación de una lesión cerebral traumática y las consecuencias neurodegenerativas. Observaron una asociación positiva entre la lesión cerebral con pérdida de conciencia y el riesgo elevado de padecer enfermedad de Parkinson.

Otros muchos estudios han mostrado una relación positiva entre la enfermedad de Parkinson y los traumatismos craneoencefálicos pero diversos autores, como Preux et al, siguen con dudas sobre ello. Estos estudios pueden tener sesgos.

## **5. Frecuencia**

En las últimas décadas la enfermedad de Parkinson ha sufrido un incremento en su incidencia y prevalencia debido al aumento de la esperanza de vida, entre otras causas.

Si se analizan diversos estudios realizados a lo largo de los últimos años se observa que la prevalencia de padecer enfermedad de Parkinson en la población se encuentra entre el 0,3% y 1% en pacientes mayores de 60 años, mientras que en pacientes a partir de 80 años alcanza el 3%. También existe el Parkinson juvenil, con un diagnóstico antes de los 20 años, y el parkinsonismo de inicio temprano con la manifestación de los síntomas antes de los 40 años de edad.

En la mayoría de estos estudios se observa que existe una mayor prevalencia en los hombres que en las mujeres. En la población la prevalencia e incidencia de enfermedad de Parkinson es de 1,5 a 2 veces mayor en hombres que en mujeres. Además estos dos valores se ven incrementados con el aumento de edad.

Con respecto a otras enfermedades neurológicas la enfermedad de Parkinson posee una incidencia y prevalencia menor. Un estudio comparativo comprobó que la demencia, el temblor esencial y la enfermedad cerebrovascular son más frecuentes.

Las cifras de mortalidad por enfermedad de Parkinson se conocen mal por la escasa fiabilidad en los diagnósticos de fallecimiento. El estudio NEDICES muestra que un 14,6% de los pacientes con enfermedad de Parkinson fallecen por dicha enfermedad.

En los diversos estudios sobre la mortalidad llevados a cabo desde 1967 se muestra que la incidencia es mayor en hombres que en mujeres. Se observa además que el número de fallecidos es mayor en personas de raza blanca que en otras de raza negra. Los fallecimientos se producen en edades muy avanzadas (a partir de 80 años).

Varios estudios muestran una mejora de la calidad de vida con respecto al pasado, posiblemente por las mejoras en las condiciones sociosanitarias.

## **6. Consecuencias de la enfermedad de Parkinson**

Arroyo y Finkel (2013) indican que la principal consecuencia social para el paciente es que la enfermedad le hace dependiente de un cuidador. Esta dependencia aumenta con el avance de la enfermedad ya que la realización de las actividades diarias, como levantarse, incorporarse del sofá, realizar el aseo personal, etc, se convierten en una tarea compleja para el enfermo.

Esta situación de dependencia genera en la mayoría de los casos miedo y depresión, además de otros efectos psicológicos negativos como angustia y ansiedad, trastornos del sueño, disfunciones sexuales o cuadros psicóticos (Dávila et al., 2008). Como consecuencia a este cambio de vida el paciente puede llegar a experimentar una reducción de su autoestima debido a que el control de su vida pasa a manos de su cuidador. También se ve afectado el autoconcepto cuando la enfermedad progresa, es decir se realizan juicios de valor en función a la opinión que tienen las personas sobre sí mismas. Esta limitación en la autoestima y autoconcepto puede deberse a la incomprensión por parte de la sociedad sobre los síntomas propios de la enfermedad; por ejemplo, la pérdida del equilibrio podría identificarse como un estado de embriaguez.

Con el comienzo de las limitaciones en la movilidad los pacientes tienen dificultades para poder salir de casa, y se quedan en ella la mayoría del tiempo, lo cual implica una pérdida de relaciones sociales y malestar psicológico. (Martignoni et al., 2011).

En diversos estudios realizados los pacientes comunican que sienten inseguridad cuando se encuentran fuera de su casa por la posible aparición de síntomas. Se encuentran incómodos cuando personas que no son de su entorno cercano los ven con bloqueos o discinesias, entre otros síntomas típicos de la enfermedad de Parkinson.

La encuesta EDAD 2008, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con el Ministerio de Sanidad, recoge la percepción subjetiva de

las personas sobre su propia discapacidad. Los pacientes con enfermedad de Parkinson pueden presentar doce limitaciones (se reflejan de menor a mayor complejidad).

1. ‘Comer o beber.
2. Cambiar de postura.
3. Andar o moverse dentro de su vivienda.
4. Manipular objetos pequeños con manos o dedos.
5. Realizar las actividades relacionadas con la defecación.
6. Realizar las actividades relacionadas con la micción.
7. Levantar o transportar con manos o brazos un objeto.
8. Vestirse o desvestirse.
9. Lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo.
10. Desplazarse en medios de transporte como pasajero.
11. Preparar comidas.
12. Ocuparse de las tareas de la casa. ’

En el análisis de la encuesta realizada se establece que la inmensa mayoría de las tareas tienen algún tipo de dificultad y por tanto son susceptibles de ayuda. Puede comprobarse que un alto porcentaje de enfermos de Parkinson encuentra dificultad para ser autónomos en la realización de las actividades más básicas y elementales. (Arroyo & Finkel., 2013).

La *Revista Española de Discapacidad* en su artículo ‘Dependencia e impacto social de la enfermedad de Parkinson’ hace una diferenciación entre las actividades que implican más o menos autonomía para su desempeño. Estos son los tres grupos que diferencia:

1. ‘Actividades en que la mayoría conservan su autonomía: comer o beber, las relacionadas con la defecación y la micción, andar o moverse dentro de la vivienda.
2. Actividades en que la mitad aproximadamente conservan su autonomía: manipular objetos pequeños con manos o dedos, cambiar postura, vestirse o desvestirse, levantar con manos o brazos un objeto.

3. Actividades en las que la mayoría carecen de autonomía: ocuparse de las tareas de la casa, usar el transporte público como pasajero, preparar comidas, lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo.’

### **6.1. Impacto familiar**

El paciente no es el único afectado por el diagnóstico de la enfermedad, los familiares y en especial la futura persona cuidadora deben asumir también la nueva situación a la que se enfrentan. Conviene señalar que actualmente en España la figura de persona cuidadora suele ser una mujer.

Esta figura del cuidador suele sobrellevar grandes cargas familiares y producir niveles altos de estrés y fatiga. Davey (2004) destaca el síndrome del ‘cuidador quemado’ entre las personas que atienden a familiares enfermos de Parkinson ya que los cuidados llegan a sobrepasar las posibilidades de estos y provocar un esfuerzo físico superior al que puedan ejercer.

Como se ha comentado anteriormente, con el avance de la enfermedad se produce una situación de dependencia y/o discapacidad por lo que se necesita ayuda constante para la realización de actividades de la vida diaria. Esta ayuda en la mayoría de los casos es brindada por los familiares directos, sobre todo en la fase final de la enfermedad.

La dependencia generada por la enfermedad posee unos efectos en relación con los cuidados ejercidos por los familiares. La Federación Española de Parkinson distingue los siguientes:

- *Cambio de roles*: principalmente ocurre cuando son los hijos quienes pasan a cuidar al progenitor. Otra de las situaciones que se da es cuando la mujer tiene la carga de las tareas domésticas y además debe asumir los cuidados de su pareja o marido.
- *Deterioro de la relación afectiva*: el paciente podría afrontar de manera negativa su dependencia por lo que deriva en discusiones y malestar. Además, la insuficiencia de información sobre la enfermedad genera problemas en la comprensión de las necesidades del paciente.

- *Sobrecarga física y emocional*: aquellas personas que pasan a ser cuidadores en principio no conocen los procedimientos adecuados. Esto puede provocar confusión en los familiares.
- *Pérdida de tiempo personal y de ocio*: la prioridad de los cuidadores pasa a ser el bienestar de la persona afectada por la enfermedad y cuando realizan alguna actividad orientadas a sí mismos se genera un sentimiento de culpabilidad.
- *Pérdida de poder adquisitivo*: en un estudio realizado por el INE el 50% de las personas que asumen los cuidados han tenido que renunciar a su trabajo o reducir su jornada laboral para poder prestar los cuidados necesarios y así se reducen los ingresos económicos.

Se hace hincapié en el último apartado sobre la pérdida de poder adquisitivo, la Revista Española de Discapacidad en su artículo *Dependencia e impacto social de la enfermedad de Parkinson* menciona que los poderes públicos no proporcionan ayudas públicas para aquellas personas con dependencia causada por la enfermedad de Parkinson y reivindica que se deben implementar nuevas ayudas y recursos para la atención tanto a los enfermos de Parkinson como a su entorno más cercano, además de aumentar los recursos y ayudas ya existentes.

## **7. El papel del Trabajo Social en la enfermedad de Parkinson**

El Código deontológico del trabajo social define dicha disciplina como:

‘El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.’



En relación a ello se puede decir que el trabajo social permite establecer una relación directa tanto con los pacientes diagnosticados con enfermedad de Parkinson como con sus familiares. El objetivo principal del trabajador social es mejorar la calidad de vida de las personas con Parkinson y sus familias. Las personas afectadas y su entorno más cercano deben dar respuesta a los problemas y necesidades que pueden surgir como consecuencia directa de la enfermedad, para lo que se requiere un conjunto de recursos específicos y especializados en esta patología. (Federación Española de Parkinson, 2021).

Desde esta disciplina se promueven una serie de competencias y funciones encaminadas a velar por el bienestar de todos los usuarios (pacientes y familiares) que requieran de los servicios propios del trabajo social. Estas aptitudes han sido establecidas por la Federación Española de Parkinson en su Protocolo de Trabajo Social en la enfermedad de Parkinson (2021):

1. ‘Informar, orientar, asesorar y acompañar a las personas con la enfermedad de Parkinson y sus familias sobre sus derechos, sobre todo lo que concierne a los problemas causados por la enfermedad, así como recursos y prestaciones existentes que contribuyan a una mejor calidad de vida.
2. Recepción y valoración inicial, análisis y ejecución de planes de intervención personalizados con su posterior seguimiento y en su caso cierre de expediente.
3. Ayudar a tramitar recursos o prestaciones cuando la persona lo requiera, así como apoyar en gestiones burocráticas y de administración que sean precisas para las personas afectadas de Parkinson y sus familiares.
4. Contactar con los organismos públicos y privados, y coordinar con otros profesionales sociosanitarios de los servicios sociales de atención primaria del municipio, otras entidades, recursos, hospitales y centros de salud, con el fin de favorecer la atención integral de las personas y su seguimiento.
5. Diseñar, planificar, elaborar, ejecutar, evaluar y justificar proyectos o programas sociales, para optar a las distintas convocatorias de ayudas y subvenciones de organismos públicos y privados.
6. Coordinar y realizar actuaciones de información, formación y sensibilización sobre la enfermedad de Parkinson ante la sociedad en general, o grupos concretos.

7. Ejercer de representación de la entidad ante diferentes estamentos públicos o privados si fuese preciso.
8. Coordinación del programa de voluntariado.
9. Gestión y coordinación de la entidad si se diera el caso.’

### **7.1. Abordaje del Trabajo Social en la enfermedad de Parkinson**

El Trabajo Social permite un abordaje de la enfermedad desde una perspectiva integral y unificadora, con dimensiones personales y familiares. Para poder desarrollar dicho abordaje es necesario realizar un protocolo de actuación en dicha área.

En 2021 se elaboró un Protocolo de Trabajo Social en la enfermedad de Parkinson, que permite a los profesionales facilitar la intervención con los pacientes que sufren dicha enfermedad. Este protocolo establece unos métodos de intervención y proporciona diferenciaciones a la hora de realizar la actuación en función de la fase en la que se encuentre la enfermedad.

Los métodos de intervención que se deben destacar en las actuaciones de los trabajadores sociales con la comunidad afectada por enfermedad de Parkinson son 1. Trabajo social individualizado, 2. Trabajo social de grupos, 3. Trabajo social comunitario.

1. Trabajo Social Individualizado: la intervención comienza con la solicitud de ayuda por parte del usuario, este deberá ser tanto sujeto como objeto de su propio cambio, encaminado siempre a alcanzar el mayor bienestar posible. Para poder llevar a cabo la actuación de manera óptima es necesario que el paciente sea consciente de su situación y conozca al máximo su enfermedad.
2. Trabajo social de grupos: esta metodología tiene como finalidad promover la participación social y la socialización de los usuarios. En este caso las funciones del trabajador social no van orientadas a la resolución del problema de manera individual sino que se crea un espacio conjunto entre los usuarios seleccionados para que de esta manera puedan solventar sus necesidades con la opinión de personas que se encuentran en la misma situación.
3. Trabajo social comunitario: en los otros dos métodos anteriores se establecen las intervenciones con los propios pacientes de Parkinson o con sus familiares, en

este caso, el Trabajo Social comunitario es una actuación que se realiza desde la comunidad en búsqueda de mejorar la calidad de vida de todas aquellas personas afectadas por la enfermedad. Desde esta metodología se plantean recursos específicos, estrategias, planes, etc. con el fin de atender a las necesidades sociosanitarias de los usuarios.

Generalmente se suele realizar un abordaje de manera individual y/o familiar ya que las personas se sienten más cómodas y se consiguen resultados positivos en un corto periodo de tiempo, en comparación con las intervenciones grupales o comunitarias.

Para poder llevar a cabo una intervención individual y/o familiar es necesario que el trabajador social conozca las necesidades de los afectados con el fin de proporcionar un mayor bienestar a estas personas. La Federación Española de Parkinson establece que la primera actuación debe realizarse desde el Servicio de Atención Social<sup>14</sup>, el cual ofrece información, orientación, búsqueda de alternativas, apoyo emocional, entre otros. Una vez que el Servicio de Atención Social reciba la demanda y haga una valoración del caso deberá hacer partícipe a todo el equipo (equipo multidisciplinar) para diseñar la propuesta de intervención.

La propuesta de intervención debe de realizarse en función a unas herramientas y escalas de valoración:

#### ***7.1.1. Informe social.***

El Consejo General de Trabajo Social (2012) define el informe social como un dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el profesional del trabajo social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto y su valoración. Es una propuesta de intervención profesional.

Los objetivos del informe social son: 1. el análisis, valoración y conocimiento de una situación individual o grupal con la finalidad de mejorar o erradicar la situación; 2.

---

<sup>14</sup> Servicio de Atención Social: es un sistema especializado en el que se atiende, de forma individual, las demandas y necesidades de las personas con enfermedad de Parkinson.

recoger información para realizar una propuesta de intervención; 3. posibilitar el trabajo multidisciplinar; 4. facilitar a los usuarios el acceso a recursos.

El Gabinete de Trabajo Social Alicerce Social (2018) establece que el informe social a rasgos generales contiene los siguientes puntos:

1. ‘Información sobre la situación objeto de tratamiento. Un resumen de la situación pasada y actual de la persona con Parkinson. (Los aspectos a tratar pueden variar en función de la finalidad del informe).
2. Valoración profesional de dicha situación.
3. Diagnóstico o dictamen técnico. Es la parte más importante del informe social, en ella se interpreta la situación y detecta los problemas existentes.
4. Propuesta de intervención. Se incluyen las acciones encaminadas a la resolución de los problemas detectados en fases anteriores.
5. El profesional del trabajo social obtendrá la información necesaria para elaborar el informe a través de la utilización de diferentes técnicas: entrevista, observación, escucha activa, etc.’

En relación con la enfermedad de Parkinson los apartados más importantes del informe social son: la identificación de la persona cuidadora principal, actividades sociales y participación social (profesión, aficiones, salidas fuera del domicilio, clubs sociales, etc), relaciones sociales (estado civil, relaciones con familiares, con vecinos, pertenencia a grupos), soporte social (tamaño de la familia, contactos familiares, confidente, asistencia en casa), recursos sociales (ingresos económicos, gastos, características de la vivienda, seguridad, convivencia, entorno y servicios públicos). (Federación Española de Parkinson, 2021).

### **7.1.2. Ficha social.**

La ficha social es un documento donde se anota la información conseguida a través de distintas herramientas propias del trabajo social, como el informe social, la observación, la entrevista, etc.

Este soporte documental es considerado como la parte cuantificable de la historia social y se llevará a cabo cuando sea necesario una intervención social que

implique alguna labor en la que sea imprescindible tratar datos personales y/o familiares del usuario.

La ficha social se divide en dos partes, la primera abarca datos confidenciales de la persona y la segunda parte posee los datos necesarios para realizar la intervención social y las valoraciones y necesidades localizadas por los trabajadores sociales.

### **7.1.3. Genograma**

Sastre (2014) definió el genograma como una representación gráfica del desarrollo familiar a lo largo del tiempo o como la herramienta capaz de incorporar categorías de información al proceso de resolución de problemas.

Esta técnica permite elaborar un método de registro donde se observa la información en relación a aspectos demográficos, momentos relevantes de la vida del usuario, etc. además de establecer las relaciones existentes entre los familiares de la persona usuaria.

Se ha de destacar que esta herramienta aparece diseñada para dibujar un árbol genealógico, con formas que dependen de la información que se quiere plasmar en él. Por ejemplo, si se quiere representar a un hombre se hace mediante un cuadrado y si se quiere representar a una mujer es mediante un círculo.

A través del genograma se puede detectar a simple vista los posibles problemas familiares, lo que permite intervenir de forma efectiva.

### **7.1.4. Historia social.**

El Código Deontológico del Trabajo Social (2012) establece que la historia social es

‘un documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación socio-familiar de una personas usuaria, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y la evolución de tal situación.’

La historia social debe de cumplir una serie de requisitos fundamentales:

- ‘Confidencialidad.
- Datos relevantes para el proceso de acompañamiento y apoyo personalizados, evitando aquellos que no aporten valor a la intervención.
- La historia social será actualizada en todo momento. Es imprescindible que en las intervenciones con personas con enfermedad de Parkinson se reescriba la historia social con el fin de conseguir el bienestar de la persona.
- Los datos recogidos deben ser pertinentes, fundamentados en unos principios técnicos y valoraciones realizadas por los profesionales del trabajo social, donde se establezcan los hechos y el diagnóstico social.’

La historia social está intrínsecamente ligada con la ficha social debido a que la información recogida en esta última es necesaria para el conocimiento de la situación real de la persona usuaria.

#### ***7.1.5 Diagnóstico social***

El diagnóstico es un proceso dialógico de elaboración y de información que implica conocer y comprender una situación problemática dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores que actualmente influyen y sus tendencias previsibles. A su vez permite el establecimiento de prioridades y estrategias de intervención, de manera que se puede ver su viabilidad y efectividad, lo que lleva a considerar las potencialidades y medios disponibles así como las fuerzas y actores sociales involucrados en las mismas. (Aguilar, 2013).

Según María José Aguilar el diagnóstico social se puede definir de manera sencilla como una herramienta que facilita la realización de un resumen o análisis en función a la valoración profesional del trabajador social con respecto a una situación determinada.

Existen tres niveles dentro del diagnóstico social:

1. Nivel descriptivo: se ejecuta un resumen descriptivo de la situación en la que se encuentra el usuario y de las necesidades y problemáticas que se plantean.
2. Nivel causal: se estudian y analizan las posibles causas que han generado la problemática planteada.
3. Nivel de evaluación: se realiza una valoración de la situación personal y social del usuario en búsqueda de una mejora del bienestar.

Maite Martín Muñoz en 2013 realizó el *Manual de Indicadores para el Diagnóstico Social* en el que se incluyen todas las variables de las problemáticas que obstaculizan el desarrollo de las personas. Martín Muñoz (2013) establece que la clasificación de las necesidades básicas se ha realizado desde la sistematización de los elementos siempre presentes en procesos de conflicto, con los que mayoritariamente trabajan los trabajadores sociales. Para conseguir una mayor eficacia se agrupan cinco diagnósticos sociales en función del grado de afectación de cada necesidad. La clasificación consta de las siguientes categorías:

- ‘Situación deficitaria coyuntural.
- Situación deficitaria de larga duración.
- Desventaja social.
- Exclusión social.
- Marginación.’

#### **7.1.6. Escalas de valoración**

Las escalas de valoración social son un instrumento propio de los trabajadores sociales que se utilizan para reconocer determinadas situaciones sociales. Actualmente se emplean de manera escasa ya que son complejas y extensas. Las más comunes y útiles para los usuarios afectados por la enfermedad de Parkinson son:

- Escala de función familiar, Apgar familiar: valoración del usuario dentro del funcionamiento familiar.
- Cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNK: mide el apoyo social funcional percibido por el usuario.

- Cuestionario de calidad de vida: percibe el impacto de la enfermedad de Parkinson en los usuarios.
- Escala índice de Robinson y test de Zarit: analiza el sobreesfuerzo del cuidador para evitar la angustia y estrés.
- Escala de depresión geriátrica Yesavage.
- Índice de Barthel: mide la capacidad del usuario para realizar actividades de la vida diaria.

Las herramientas explicadas a lo largo del apartado son propias de los profesionales del trabajo social y se realizan con el fin de desarrollar una intervención eficaz, enmarcadas en la búsqueda de las necesidades concretas del usuario y su familia. Para poder llevar a cabo cada una de las herramientas y escalas de valoración el trabajador social debe de contar con un equipo multidisciplinar (formado por personal sanitario y educadores sociales) que le permita adquirir opiniones basadas en diferentes ámbitos profesionales.

Para ello es necesario que las actuaciones a realizar sean consensuadas y que impliquen un orden exhaustivo, que permitan el acercamiento con el usuario y favorezcan una resolución de los problemas con la participación del mismo. Estos instrumentos de valoración están intrínsecamente relacionados entre sí ya que cada uno posee información necesaria para realizar la siguiente técnica social.

La función de los trabajadores sociales en la atención a los enfermos de Parkinson ha ganado importancia en los últimos años con las diferentes asociaciones que se han creado para dar apoyo a nivel social y terapéutico a todas aquellas personas afectadas por esta enfermedad. Se debe destacar que en Jaén se encuentra la asociación ‘Muévete por el Parkinson’ que da cobertura a toda la provincia y brinda apoyo y orientación.

La figura del trabajador social como bien se ha dejado ver anteriormente no solo hace referencia en su intervención al paciente, sino que incluye en todo momento a los familiares más cercanos, a los que se facilitan recursos para poder afrontar de la manera más óptima las diversas complicaciones que se pueden originar durante el transcurso de la enfermedad.



## **7.2. Educación del paciente y el cuidador**

El Parkinson es una enfermedad crónica en la que se diferencian varias etapas. Algunos estudios han observado que las personas que padecen enfermedades crónicas afrontan mejor dicha situación cuando tienen conocimientos previos sobre su enfermedad y sobre las posibles estrategias terapéuticas. Por ello es fundamental la creación de programas educativos para aquellas personas con enfermedad de Parkinson. El estudio PROPATH (The Health Promotion Program) se creó con la finalidad de incrementar la confianza en el estado de salud y ofrece información y apoyo. Los investigadores establecieron que un programa educativo junto al tratamiento farmacológico mejoraba la calidad de vida, favorecía la realización de ejercicio y disminuía los efectos secundarios de la medicación. (Duaso, E, et al, 2009).

Desde el Trabajo Social también se orienta al futuro cuidador en relación a las técnicas de cuidados más sencillas de realizar para sujetos no profesionales. Se debe tener en cuenta que estas personas se ven inmersas en un proceso de aprendizaje para poder satisfacer las necesidades del paciente y que esto puede ocasionar malestar en los individuos y llegar a sentirse culpables en algún momento.

Los resultados obtenidos por los profesionales son positivos en la actualidad aunque no existen muchos programas educativos. La Federación Española de Parkinson en 2022 es la única asociación que imparte cursos y talleres formativos para aquellas personas afectadas, cuidadores y/o familiares:

- Curso básico sobre la enfermedad de Parkinson.
- Curso de cuidados en la enfermedad de Parkinson.
- Taller ‘fluctuaciones en la enfermedad de Parkinson.’
- Taller ‘cómo participar en investigación.’

## **7.3. Discapacidad y enfermedad de Parkinson**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la discapacidad como

‘Un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de la participación para participar en situaciones vitales.’

En la enfermedad de Parkinson la discapacidad se puede observar en las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación son parte de la vida diaria de las personas afectadas por dicha enfermedad.

En 2007 se aprobó la Normativa para Certificación de Discapacidad en pacientes con enfermedad de Parkinson en la que se establece que serán reconocidos con esta certificación los usuarios que sean diagnosticados con esta enfermedad y que a su vez se encuentren entre las etapas 1-5 de la Escala de Hohen y Yahr. Esta escala sirve para analizar la magnitud de la enfermedad en las etapas que esta posee. Las diferentes etapas de la escala de Hohen y Yahr son:

- ‘Etapas 0: sin signos de Enfermedad de Parkinson.
- Etapas 1: Enfermedad unilateral.
- Etapas 2: Enfermedad bilateral sin afectación del equilibrio.
- Etapas 3: Enfermedad bilateral leve o moderada, cierta inestabilidad postural, físicamente independiente.
- Etapas 4: Incapacidad grave, todavía es capaz de caminar o permanecer de pie sin ayuda.
- Etapas 5: Paciente que permanece en silla de ruedas o en cama si no tiene ayuda.’

## **8. Conclusiones**

A lo largo de este trabajo se han expuesto las diversas problemáticas sociales que tienen las personas diagnosticadas de enfermedad de Parkinson, además de realizar una revisión bibliográfica sobre dicha enfermedad.

La enfermedad de Parkinson es una de las enfermedades neurodegenerativas más frecuentes, la segunda tras el Alzheimer, pero resulta complejo encontrar

información contrastada y válida sobre diversos aspectos fundamentales. Por ejemplo, en referencia a los factores genéticos y ambientales no coinciden los diferentes estudios por lo que no se puede establecer una conclusión definitiva.

La relación entre Trabajo Social y enfermedad de Parkinson no posee grandes estudios, ni investigaciones. El Protocolo que se establece desde la Fundación Española de Parkinson tiene gran importancia para las entidades públicas y privadas que se encargan de dar respuesta a las necesidades de los usuarios en las diferentes ciudades del territorio nacional ya que da a conocer y pone a disposición de los profesionales del Trabajo Social las herramientas necesarias para poder desarrollar una intervención individual con los usuarios que requieran atención.

Se debe destacar la importancia de asesorar, informar y educar al usuario y sus familiares sobre la enfermedad, tanto a nivel socio-sanitario como en su pronóstico evolutivo para poder poseer capacidad de afrontamiento y una mejor calidad de vida.

Los cuidadores adquieren un papel fundamental en la vida de los pacientes por el elevado número de horas que dedican a la atención de los pacientes. Este es uno de los motivos principales por lo que se le debe brindar apoyo a nivel psicológico y social, estas personas pasan a ser considerados especialmente vulnerables.

Una de las mayores dificultades en la búsqueda de información ha sido en relación al nivel laboral. La enfermedad de Parkinson puede ser diagnosticada como Parkinson juvenil o como parkinsonismo de inicio temprano, desde antes de los 20 años hasta los 40. Esto significa que la vida laboral de estas personas puede verse seriamente afectada y no hay investigaciones sobre ello. Hay estudios que muestran que los usuarios poseen grandes dudas sobre si podrán continuar ejerciendo su profesión o sobre el periodo de tiempo que pueden llegar a ser ‘útiles’ laboralmente.

## **10. Bibliografía**

Allam, M. F., Del Castillo, A. S., & Navajas, R. F. C. (2003). Factores de riesgo de la enfermedad de Parkinson. *Revista de Neurología*, 36(8), 749-755. <https://www.neurologia.com/articulo/2002275>

Arango Paredes., et al (2019). *Automatización de pruebas clínicas para el diagnóstico y monitoreo de la enfermedad de Parkinson*. Editorial Universidad Icesi.

Arroyo Menéndez, M., & Finkel Morgenstern, L. (2013). Dependencia e impacto social de la enfermedad de Parkinson. *Revista Española de Discapacidad, I (2): 25-49*. <https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/63/55>

Benito León, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Parkinson en España y su contextualización mundial. *Revista de neurología, 66(4), 125-134*. <https://www.neurologia.com/articulo/2017440>

Calera, A. (2000). Enfermedad de Parkinson y riesgos laborales. Sustancias tóxicas en el trabajo pueden dañar el sistema nervioso. Criterios de prevención de la neurotoxicidad laboral. *EporExperiencia. Revista de Salud Laboral, 10*. <https://porexperiencia.com/enfermedad-de-parkinson-y-riesgos-laborales-sustancias-toxicas-en-el-trabajo-pueden-danar-el>

Colegio Oficial Trabajo Social Madrid (2018). *La Historia Social, herramienta del Trabajo Social*. [https://www.comtrabajosocial.com/cms/ficheros/documentos/historia\\_social\\_final\\_1.pdf](https://www.comtrabajosocial.com/cms/ficheros/documentos/historia_social_final_1.pdf)

Colom Masfret, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. [Archivo PDF]. <file:///C:/Users/34622/Downloads/Dialnet-ElTrabajoSocialSanitarioEnElMarcoDeLaOptimizacionY-3262815.pdf>

Crane PK, Gibbons LE, Dams-O'Connor K, et al. (2016). Asociación de lesión cerebral traumática con condiciones neurodegenerativas en la vejez y hallazgos neuropatológicos. *JAMA Neurol, 73(9), 1062–1069*. doi:10.1001/jamaneurol.2016.1948

Disposición 1838/2007. Por la que se aprueba la Normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con Enfermedad de Parkinson. 18 de octubre de 2007. No. 31300.

Duaso, E., Garnica, A., Gutiérrez, O., Mariscal, A., Martínez, J.C., Montero, N., Rojo, A., Sesar, A. y Veiga, F. (2009). Guía de buena práctica clínica en Geriatría: Enfermedad de Parkinson. *Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Sociedad Española de Neurología y Elsevier España S.L.* [Archivo PDF] <https://www.segg.es/media/descargas/GUIA%20GERIATRIA.%20Parkinson.pdf>

Espadas, A. (2015). Cuid-arte. Aprende a vivir con la enfermedad de Parkinson. [Tesis de Fin de Grado, Universidad de Jaén]. <https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1604/1/TFG%20EspadasHervas.Ana.pdf>

García, S., López, B., Dávalos, E. G. M., Ortiz, A. D. J. V., & Vázquez, R. C. (2010). Breve reseña histórica de la enfermedad de Parkinson. De la descripción precipitada de la enfermedad en el siglo XIX, a los avances en Biología Molecular del padecimiento. *Medicina Interna de México*, 26(4), 350-373. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim104h.pdf>

Martínez Gil, A. y Gil Ayuso-Gotán, C. (2015). *El párkinson*. Consejo sup. investigaciones científicas.

García Manzanares, M., Jiménez Navascués, M., Blanco Tobar, E., Navarro Martínez, M., & Perosanz Calleja, M. D. (2018). Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria. *Gerokomos*, 29(4), 171-177. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000400171](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400171)

Gorell, J. M., Peterson, E. L., Rybicki, B. A., & Johnson, C. C. (2004). Multiple risk factors for Parkinson's disease. *J.Neurol.Sci.*, 217, 169-174.

Hurtado, F., Cardenas, M. A. N., Cardenas, F., & León, L. A. (2016). La enfermedad de Parkinson: Etiología, tratamientos y factores preventivos. *Universitas Psychologica. Revista científica Javeriana*, 15(5). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-5.epet>

Muñiz Landeros, C. (2015). *Neurología clínica de Rangel Guerra*. Editorial El Manual Moderno.

Patricio Tagle. Historia de la enfermedad de Parkinson. [Archivo PDF]  
<http://publicacionesmedicina.uc.cl/cuadernos/2005/HistoriaParkinson.pdf>

Saghafi, A. , Tsokos, C. y Wooten, R. (2018) Sobre los factores hereditarios de la enfermedad de Parkinson: un análisis paramétrico y bayesiano. *Avances en la Enfermedad de Parkinson* , 7 , 31-42. doi: [10.4236/apd.2018.73004](https://doi.org/10.4236/apd.2018.73004) .

Social, C. O. T. (2012). Código Deontológico. *Madrid: CGTS*.  
[http://www.consejotrabajosocialcyl.org/codigo\\_deontologico\\_2012.pdf](http://www.consejotrabajosocialcyl.org/codigo_deontologico_2012.pdf)