

BAILE TERAPEUTICO

1. ¿Quiénes somos?

La asociación de Parkinson Madrid es una entidad sin ánimo de lucro nacida en 1994 y formada por más de 2.000 socios. En 2001 el Ministerio del Interior nos declaró **Entidad de Utilidad Pública**. La Asociación es independiente, aunque tiene gran fluidez en las relaciones institucionales con la Comunidad de Madrid, especialmente en áreas sanitarias y sociales. Nuestra Asociación trabaja cercanamente con neurólogos especializados en la enfermedad, grandes hospitales y comunidades científicas como la Sociedad Española de Neurología y la Asociación Madrileña de Neurología. Además tenemos el certificado de calidad **ISO 9001**.

Contamos con dos centros de atención a pacientes con párkinson y el primer centro diurno especializado en párkinson de la Comunidad de Madrid.

Nuestro propósito final es **mejorar la calidad de vida de los afectados por el Párkinson y sus familiares** en la Comunidad de Madrid. La labor se centra en el cuidado de los afectados por la enfermedad de Parkinson a través de la atención sociosanitaria y las terapias de rehabilitación, además de formar, informar y orientar sobre todo lo relacionado con esta patología.

2. ¿Qué hacemos?

En la asociación ayudamos mediante una atención especializada y personalizada proporcionando:

- Actividades terapéuticas:
 - Fisioterapia
 - Logopedia
 - Terapia Ocupacional
 - Musicoterapia
 - Estimulación Cognitiva

- Rehabilitación visual
- Hidroterapia
- Entrenador personal
- Taichí
- Pilates
- Atención Psicológica
- Atención sociosanitaria
- Formación e investigación
- Centro Diurno
- Actividades sociales
- Información sobre la enfermedad y últimos avances.
- Voluntariado: 158 voluntarios.

3. La enfermedad de Parkinson:

Algunos datos:

- Afecta a **20.000** personas en Madrid y, según datos de la Fundación del Cerebro de 2013, a 300.000 personas en España (el total de los habitantes de Vigo).
- Se detectan **10.000** nuevos casos al año.
- 1 de cada 5 afectados tiene menos de 50 años.
- Es la segunda enfermedad neurodegenerativa más prevalente, tras el alzhéimer.
- Entre un 20 y un 40 por ciento de las personas con párkinson sufren depresión.
- Se calcula que hay un **30 por ciento** de la población que aún no está diagnosticada de párkinson.
- Padecen la enfermedad: el actor Michael J. Fox, la actriz Helen Mirren, el rockero Ozzi Osbourne...

Detección y diagnóstico de la enfermedad:

El diagnóstico de esta enfermedad es clínico y es importante realizar un

diagnóstico diferencial entre enfermedad de Parkinson idiopática y otros “parkinsonismos”. Es más certero con un neurólogo especializado y es mejor para la calidad de vida empezar con los tratamientos cuanto antes (tanto farmacológico como no farmacológicos).

¿Qué es?

Es una enfermedad neurodegenerativa crónica del sistema nervioso central que no tiene cura y de origen desconocido. Se realiza a nivel de los núcleos de la base en las neuronas de la sustancia negra dónde se produce el neurotransmisor dopamina, encargado de activar receptores celulares. El déficit de dopamina observado en los pacientes con EP da lugar a los diferentes signos y síntomas de la enfermedad.

Síntomas:

- **Motores:** torpeza, lentitud de movimientos, temblor de reposo, rigidez muscular, inestabilidad postural...
- **No motores:** trastornos del sueño, estreñimiento, dolor, problemas visuales, pérdida de olfato, etc.
- **Psicológicos:** depresión, apatía, ansiedad, trastornos de conducta, hipersexualidad, alucinaciones...

En cuanto a la clínica motora existen cuatro signos cardinales: el temblor, la bradicinesia, la rigidez y la alteración del equilibrio y la estabilidad. El síntoma de inicio más común es el temblor en reposo que suele ser de inicio unilateral y más visible a nivel distal de la extremidad afectada el cual desaparece con el movimiento y durante el sueño. La bradicinesia o lentitud de movimiento compromete la capacidad para planificar, ejecutar y adaptar el movimiento. La rigidez, da lugar a un aumento de la resistencia a lo largo del rango de movimiento articular pasivo apareciendo lo que se denomina movimiento “de rueda dentada”.

Una de las alteraciones motoras que más condiciona la calidad de vida de estos pacientes son las alteraciones del equilibrio y la estabilidad. Los sistemas sensoriales implicados en el equilibrio y el mantenimiento de la estabilidad son

el sistema visual, el sistema vestibular y el sistema somatosensorial (propioceptivo y táctil). El procesamiento sensorial activa respuestas neuromusculares, denominadas ajustes posturales, dirigidas a la preservación y recuperación del equilibrio en situaciones de inestabilidad.

De manera general, las personas con EP presentan déficit en el procesamiento de la información somatosensorial y vestibular, condicionando de manera importante su equilibrio y control postural, haciendo necesario el uso de entradas visuales para el mantenimiento de una posición vertical. También presentan una menor capacidad de control del desplazamiento del centro de masa del cuerpo.

Las alteraciones del equilibrio observadas en la EP derivan en una alteración de la marcha. La marcha festinante típica de la EP se caracteriza por pequeños pasos con poca elevación de los pies, con dificultad para iniciar o cambiar la dirección de un movimiento, un patrón de flexión de tronco y pérdida de equilibrio. Además la bradicinesia genera una disminución del balanceo de los brazos y una marcha lenta condicionando el equilibrio durante la deambulación.

También cabe mencionar el tema de las caídas, que resultan un riesgo derivado de la enfermedad de Parkinson, las cuales generan discapacidad y un impacto significativamente negativo en la calidad de vida del paciente. Conllevan a la aparición de miedo y disminución de la actividad física. Los bloqueos que sufren las personas con EP en la marcha se sitúan entre las 3 causas más frecuentes de caídas: tropiezos, inestabilidad postural y bloqueos.

Estos bloqueos de la marcha son breves ausencias episódicas o una marcada reducción en la progresión de los pies a pesar de la intención de caminar. Existe más riesgo de bloqueo en el inicio de la marcha, en presencia de obstáculos o adaptaciones de la marcha al entorno, en los giros y en las detenciones de la misma.

Durante la vida diaria, se deberán emplear determinadas estrategias comprobadas durante el entrenamiento que son útiles como medida de rescate ante la dificultad para el movimiento.

Estas estrategias contra los bloqueos son de dos tipos: intrínsecos y extrínsecos. Los intrínsecos destacamos para el baile:

1. Cuenta numérica: el objetivo es mantener un ritmo de cuenta sincronizado con la ejecución de cada paso, de tal forma que el orden ayude a la aparición y mantenimiento del movimiento.
2. Simulación del balanceo que se produce durante la marcha.
3. Dar un paso atrás. Permite la reubicación del centro de gravedad que, en condiciones de bloqueo se suele encontrar adelantado.
4. La postura. La correcta alineación de los segmentos del cuerpo, así como la reubicación del centro de gravedad dentro de la base de sustentación suele facilitar los movimientos en general.

Respecto a los extrínsecos destacamos:

1. Estímulos auditivos. La estimulación rítmica derivada de la música. Con el objetivo de dar un paso por cada tiempo de la canción consiguiendo normalizar el ritmo de la marcha e incluso desbloquear.
2. Estímulos táctiles. Son aquellos que facilitan la propiocepción del paciente. Tocar la punta del pie, o las rodillas si intentamos que imite una marcha militar.
3. Estímulos visuales. Diferentes referencias visuales.

4. Tratamiento de la EP:

El tratamiento de la EP podemos dividirlo en tres tipos:

- **Tratamiento farmacológico:** L-Dopa, Agonistas dopaminérgicos, Inhibidores de la COMT y/o de la MAO-B, Anticolinérgicos
- **Tratamiento quirúrgico:**
 - Técnicas irreversibles: talamotomía, palidotomía, subtalamotomía
 - Técnicas reversibles: estimulación cerebral profunda

Los programas de rehabilitación son una base fundamental como **complemento** al tratamiento farmacológico.

- **Tratamiento rehabilitador:** Fisioterapia, Logopedia, Terapia ocupacional, Musicoterapia y Atención Psicológica.

5. ¿Cómo afecta la EP?

La enfermedad de Parkinson afecta a todo:

- Afrontamiento de los cambios
- Pareja y familia
- Síntomas Motores
- Movimiento y actividades de la vida diaria
- Lenguaje y comunicación
- Emociones, Empatía, Autoestima
- Área laboral y Relaciones sociales

Por esta razón, se propuso esta alternativa en la asociación que además era muy demandada por los socios para disfrutar también con la enfermedad.

6. Baile

¿Que es el baile?

La danza o baile forma parte de la vida del hombre desde la antigüedad. El baile es el arte que se realiza a través del cuerpo como forma de comunicación con una secuencia de movimientos coordinados y rítmicos (como giros y desplazamientos) acompañado de la música que permite expresar sentimientos y emociones. La música facilita el aprendizaje motor y las respuestas emocionales y el baile promueve estímulos visuales, auditivos y cinestésicos además de la socialización.

¿Qué beneficios tiene en el Parkinson?

El baile reúne los puntos clave para un programa de ejercicios en la enfermedad de Parkinson. Estos puntos clave son la enseñanza de estrategias de movimiento específicas (como caminar hacia atrás en el Tango), ejercicios

de equilibrio y una mejoría a nivel del funcionamiento cardiovascular al ser un ejercicio aeróbico. Además puede conducir a una mejora en la cognición espacial puesto que las personas aprenden pasos los cuales tienen que ser recordados para poder utilizarlos de nuevo.

El baile como práctica terapéutica puede ayudar a la mejora de los síntomas reduciendo la rigidez muscular, mejora de la capacidad del control de desplazamiento del centro de masas. Al seguir el ritmo de la música, también disminuimos la bradicinesia.

Este ejercicio es un proceso complejo que estimula áreas del cerebro motoras y sensoriales que facilitan el equilibrio y la coordinación de los movimientos. Al mismo tiempo favorecemos el nivel cognitivo controlando y coordinando los pasos, aprendiendo estos y siguiendo el ritmo.

Con el baile podemos tener mayor control motor de nuestro cuerpo.

Evidencia:

Según la evidencia científica, la danza en personas con Parkinson produce mejoras en la resistencia, la marcha, el equilibrio, la calidad de vida y en las relaciones sociales.

La revista BMC Neurology ha publicado artículos donde se observan resultados con un efecto general significativo a favor del tango en la rigidez, bradicinesia, equilibrio y la marcha. Además uno de los estudios indicó un efecto estadísticamente significativo a favor del Tango Argentino.

Por otro lado, la revista Aging Clinical and Experimental research analizó los resultados para dos tipos de intervenciones donde el baile se estudiaba con otro tipo de ejercicio y este frente a ninguna intervención. En la primera, los síntomas motores disminuyeron la puntuación en la escala después de la actividad, en la movilidad funcional se redujo el tiempo requerido para la realización de las tareas de prueba y con respecto a la los bloqueos los resultados fueron favorables para la danza aunque no fueron estadísticamente significativos. En la segunda intervención, los síntomas motores indicaron

mejoras significativas a favor del grupo de baile aunque la resistencia y los bloqueos no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

En un artículo cualitativo las personas con Parkinson que realizan baile declaran que mejoraron su capacidad de moverse y con mayor coordinación.

Por último, la revista Elsevier España, comenta una mejora significativa en el equilibrio en las personas que recibieron clases de tango en comparación con los que recibieron mantenimiento físico. Con respecto a la marcha, el Tango, Vals y foxtrot mejoraron significativamente los resultados de la prueba de marcha, la longitud de zancada y marcha hacia atrás.