



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/217.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Rol del familiar cuidador de la persona con Parkinson, según la Teoría Transcultural, Chiclayo 2016**

*Autores* Salemka Lucía *Aguinaga Torres*, Verónica Anaí *Llamo Vilcherrez*, Angélica Soledad *Vega Ramírez*

*Centro/institución* Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (USAT)

*Ciudad/país* Chiclayo (Lambayeque), Perú

*Dirección e-mail* [avega@usat.edu.pe](mailto:avega@usat.edu.pe)

## RESUMEN

Esta investigación cualitativa con abordaje etnográfico, tuvo como objetivo describir, analizar y comprender el rol del familiar cuidador principal de la persona con la enfermedad de Parkinson. Existe un incremento significativo de personas que padecen la enfermedad del Parkinson afectando su calidad y de aquellos que lo rodean. La base teórica según Bustamante para familia y rol, Leininger para cuidado cultural, López para cuidador familiar y Chávez para Parkinson. El escenario fue el hogar de cada familiar cuidador. Los sujetos de estudio fueron 11 familiares cuidadores, muestra determinada con la técnica de saturación; los datos se recolectaron mediante la observación participante y entrevista etnográfica, y se procesaron según el análisis temático de Spradley, obteniendo como temas culturales: Con creatividad e inteligencia cuidan de la persona con Parkinson. Nutrición, selección y preparación de alimentos en base a la experiencia adquirida del cuidador y las necesidades de la persona con Parkinson. En toda la investigación se tuvo en cuenta los criterios de rigor científico según Hernández y los de rigor ético según Sgreccia. Se concluye que los familiares cuidan en base a las necesidades de higiene, alimentación que surgen debido a la sintomatología progresiva de la enfermedad, haciendo uso de su inteligencia, creatividad y de los conocimientos adquiridos por su cultura. Desconocen las interacciones que ocasionan algunos alimentos con el medicamento; por lo tanto es necesario implementar estrategias orientadas a mejorar su calidad de vida educando a sus familiares cuidadores.

**Palabras clave:** Rol/ Cuidador/ Enfermedad de Parkinson/ Cultura.

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

La Enfermedad de Parkinson, segundo trastorno neurodegenerativo más frecuente por detrás de la enfermedad de Alzheimer, la padecen aproximadamente entre 7 a 10 millones de personas en todo el mundo.<sup>1</sup> Según el nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos neurológicos afectan en todo el mundo a unos mil millones de personas.<sup>2</sup> La Fundación para la Enfermedad de Parkinson en Estados Unidos afirma que mundialmente hay un poco más de 10 millones de personas diagnosticadas y que afecta una y media veces más a hombres que a mujeres.<sup>3</sup> Asimismo el [Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas](#) (INCN) relevó un estudio que indica que 300 mil personas padecen este mal. Esta cifra representa el 1% de los aproximadamente 30 millones de habitantes peruanos.<sup>4</sup>

El Ministerio De Salud del Perú, en el año 2014, registró dentro de las 10 primeras causas de morbilidad general en consulta externa a la enfermedad de Parkinson.<sup>5</sup> En este sentido, durante las prácticas pre profesionales realizadas, las investigadoras tuvieron la oportunidad de observar que muchas de las personas adultas, padecen de Parkinson y que el cuidador principal, generalmente, es algún miembro de la familia, quien es el responsable de ayudar a satisfacer las necesidades del enfermo. El apoyo del familiar en esta enfermedad crónica degenerativa es primordial, ya que hay cambios en el estilo de vida de la persona enferma, tales como: rutina, actividad física, cambios en hábitos alimenticios, consumo de medicamentos, visita al médico para controles permanentes, etc.

Con lo redactado anteriormente se justifica la necesidad que tiene la persona con enfermedad del Parkinson de contar con una persona activa, responsable y comprometida; ya que el cuidado de este tipo de pacientes es una actividad muy compleja que involucra de forma determinante a todos los miembros de la familia, esto genera en la familia una responsabilidad para apoderarse de su nuevo rol de cuidador, a partir de ello surgen la siguientes interrogantes: ¿Cómo realiza el cuidado que brinda a la persona con enfermedad del Parkinson el cuidador principal?, ¿Qué conocimientos tiene el familiar cuidador sobre el cuidado al paciente con Parkinson?. Ante toda esta situación actual, es que se generó la formulación del problema: ¿Cuál es el rol del familiar cuidador principal de la persona con la enfermedad de Parkinson en el estadio IV, Chiclayo 2016?

Este análisis se realizó por interés de las investigadoras debido al incremento significativo del número de personas que padecen la enfermedad de Parkinson, ya que esta enfermedad no solo repercute en la persona que la padece sino también en aquellos que lo rodean. Es por ello que se considera necesario profundizar sobre el rol del familiar cuidador principal de la persona con la enfermedad de Parkinson en el estadio IV, puesto que las diferentes etapas de la enfermedad involucran una serie de cambios anatomofisiológicos, psicoemocionales, espiritual, social y económico que repercuten en las acciones que cada familiar cuidador asume.

Asimismo en la búsqueda bibliográfica se han encontrado solo tres guías dirigidas al familiar cuidador, las cuales se han elaborado para ser aplicadas en otros países, con algunas características culturales distintas a las que presentan los sujetos de cuidado con

Parkinson en nuestro país; además en nuestra localidad no existe ninguna guía o protocolo dirigido a este, por lo tanto esta investigación se justifica ya que las consideraciones finales servirán de base para elaborar guías actuales, coherentes y basadas en las características culturales que presentan los sujetos de cuidado de nuestro país. A su vez servirán para que las enfermeras puedan implementar estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida del paciente y también brindar una seria información (Enseñanza-Aprendizaje) al cuidador para mejorar sus conocimientos sobre esta enfermedad, tomando en cuenta sus costumbres. Además se contribuye a fortalecer la ciencia enfermería al validar la teoría de la universalidad de los cuidados de Leininger.

## **Método**

La presente investigación se llevó a cabo bajo el enfoque cualitativo con abordaje etnográfico<sup>6</sup>, se tuvo en cuenta los aspectos que caracterizan fundamentalmente este abordaje: la reflexibilidad, la centralidad del campo, la experiencia, el aprendizaje y la práctica. Los sujetos de estudio, fueron 11 cuidadores familiares de las personas que se encuentran en el estadio IV de la enfermedad de Parkinson, que cumplieron con los criterios de inclusión: que se encargaban permanentemente del cuidado de la persona con Parkinson, que hablaban solo español y que aceptaron participar, explicitado en el consentimiento informado. La captación de dos sujetos fue durante la visita al servicio de rehabilitación del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, posteriormente se realizaron las visitas domiciliarias, a ellos se les pidió que refirieran la dirección o el número de otro sujeto potencial que cumpliera con los criterios de inclusión, finalmente se visitó el hogar de ese cuidador identificado y se le pidió lo mismo que al primer sujeto, así sucesivamente, hasta llegar a obtener la muestra necesaria para la investigación (bola de nieve)<sup>7</sup>. De igual manera se tuvo que aplicar la escala de Hoehn y Yahr a la persona con Parkinson para saber en qué estadio de la enfermedad se encuentra<sup>8</sup>, esto con el fin de cumplir con los criterios de inclusión y delimitar la muestra. La recolección de datos se realizó durante 4 meses, la observación participante se llevó a cabo en el hogar de cada cuidador, efectuando como mínimo 3 visitas domiciliarias, con una duración de 5 a 7 horas cada visita. Utilizándose además la técnica de entrevista etnográfica<sup>9</sup>, también el diario de campo<sup>10</sup>, grabador de voz digital y cámara fotográfica. Mediante el criterio de saturación<sup>11</sup>, se determinó la muestra en 11 sujetos.

El procesamiento de datos se realizó mediante el análisis de contenido semántico<sup>12</sup>, que comprende cuatro etapas: análisis de dominios culturales es el primer nivel de análisis de registro etnográfico de las observaciones generales y del interrogatorio, donde un dominio es una categoría de significados culturales que incluye otras subcategorías y posee una estructura constituida por un término inclusivo que conlleva a dos términos incluidos; análisis de taxonomía, es el segundo nivel de los datos, que tiene como objetivo demostrar la organización interna de un dominio, es decir una taxonomía revela subseries y la forma cómo están relacionados con el todo; análisis de componentes, es un proceso que busca dimensiones de contraste entre los términos que permitan construir paradigmas y la verificación de los mismos a través de la entrevista o la observación participante, implica un proceso sistemático y secuencial en el cual se busca contrastes, se recoge la información dentro de paradigmas, se verifica los hallazgos y se busca la información desaparecida; análisis de tema, los temas culturales son conceptualizaciones que conectan los dominios, dando una visión holística de la

cultura. En toda la investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos<sup>3</sup>: el valor fundamental de la vida humana y el respeto a su dignidad, principio de la libertad y responsabilidad, y el principio de sociabilidad y subsidiariedad. Así mismo para garantizar la calidad científica se tuvo en cuenta los principios de rigor científico: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad<sup>14</sup>.

## **Resultados análisis y discusión:**

Después de un íntegro procesamiento de datos de la observación participante, entrevista etnográfica y diario de campo, se pudo percibir que los familiares cuidadores que participaron en la presente investigación poseen características propias de cuidado que le confiere su cultura, a continuación se presenta el análisis de temas y subtemas culturales:

### *I. ENFERMOS INCURABLES, PERO NINGUNO INCUIDABLE, CON CREATIVIDAD E INTELIGENCIA CUIDAN DE LA PERSONA CON PARKINSON:*

#### 1.1 Medidas que emplea el cuidador para evitar caídas por dificultad en la marcha.

Son frecuentes y característicos de la Enfermedad de Parkinson los llamados trastornos episódicos de la marcha (TEM). Se trata de respuestas motoras inesperadas, imprudentes, que a menudo pueden resultar peligrosas ya que pueden provocar caídas.<sup>15</sup> Los discursos brindados indican que la principal medida para evitar caídas es el manejo del ambiente en donde viven, la adecuación de este para que sus familiares tengan un hogar seguro, libre de obstáculos que limiten o dificulten aún más la marcha de la persona. Esto se ve reflejado en los siguientes:

*“En mi sala cambié de posición los muebles, ahora ya tiene más espacio para caminar”.* (Sacrificio)

*... “Como él no puede ir al baño en las noches porque está lejos de su cuarto, le compré su basín para que este debajo de su cama y no tenga que irse hasta el baño, porque antes ya se ha caído en la noche”.* (Paciencia)

González M, menciona a las técnicas para mejorar el equilibrio y la marcha, que incluyen las siguientes medidas<sup>16</sup>: (1) Evitar tropiezos. Para caminar dan mejor resultado zapatos con suelas de cuero, debe prescindirse de zapatos con piso de goma que se sujetan excesivamente al suelo. (2) Llevar bien puesto y apretado el calzado. Utilizar tiras o abrazaderas de tobillo en pacientes que constantemente tropiezan o resbalan. (3) Ensayar con bastones y andadores. Esto se evidencia en los siguientes:

*... “Aprendí que debo tener más cuidado con el piso, tenerlo seco, les dije a mis hermanos y le compraron sus sandalias de goma antideslizantes, y ahora ya no se cae en el baño”.* (Paciencia)

*“Le compré su andador, y lo usa muy bien cuando se siente sin fuerza para caminar, camina con las “franciscanas” esas sandalias le dan más seguridad y no resbalan”.* (Caridad)

Hay factores de riesgo extrínsecos para las caídas, de tipo ambiental: escasa iluminación, suelos resbaladizos, pasillos y escaleras, baños sin asideros o cocinas

abarrotaadas o desorganizadas (hay que empinarse y agacharse con frecuencia para coger objetos). La ropa o calzado inadecuado también contribuyen a las caídas.<sup>16</sup> De acuerdo a lo observado por las investigadoras, los factores de riesgo extrínseco, son los que más prevalecen en algunos hogares, debido a la edificación de las viviendas (pisos sin asfaltar, pisos resbaladizos, escaleras, pequeños muros divisorios, tuberías malogradas de los baños, habitaciones sin asideros). Sin embargo hay cuidadores que buscan medidas de solución para minimizar tales riesgos:

... *“Los trapos no pueden estar en medio de la sala, ni tampoco podemos tener alfombras, ni el piso encerado, tiene que estar libre de cosas o bultos y limpio”.* (Cuidado)

... *“El piso de mi baño resbala porque es de cerámica, un día se cayó pero felizmente no se hizo nada porque cayó de rodillas, por eso tengo más cuidado y compré para el baño una estera de plástico que es antideslizante”.* (Sacrificio)

Por otro lado las caídas también acarrear consecuencias sociales y psicológicas significativas ya que después de producirse, los pacientes pierden confianza en sí mismos, con lo que restringen su actividad física por temor a caer de nuevo. Esto les produce aislamiento e interfiere notablemente en su vida diaria, disminuyendo de manera importante la calidad de está.<sup>17</sup> Conforme lo referido por todos los entrevistados, sus familiares con Parkinson han presentado caídas por lo menos una vez desde que inicio la enfermedad y además ha aumentado la incidencia con el transcurso del tiempo, esto ha generado daños tanto físicos como psicológicos, puesto que se han originado sensaciones de miedo y ansiedad al intentar caminar sin ayuda. En conclusión, tanto la falta de juicio como la inatención contribuyen a las caídas; estos síntomas pueden responder a la educación del paciente y sus cuidadores que deben aumentar su papel de supervisión.<sup>18</sup>

## 1.2 Cuidados esenciales en la higiene corporal y vestimenta de la persona con EP.

En el paciente parkinsoniano, los síntomas principales, tienen una repercusión importante a la hora de desarrollar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, es por este motivo que las actividades de higiene y vestido no las pueden llevar a cabo de manera integral y eficiente por sí solos y es imprescindible la ayuda del cuidador para facilitar estas tareas.<sup>19</sup> Según lo referido por más del 50% de los entrevistados, sus familiares con Parkinson requieren ayuda dentro de la ducha, o sea se requiere su presencia para supervisarlos y ayudarlos técnicamente, porque perciben que no se lavan y/o enjuagan completamente el cabello y algunas zonas del cuerpo como las orejas, el cuello y la espalda, etc. El resto de cuidadores notan que sus familiares si se realizan una adecuada o parcialmente adecuada higiene corporal y los dejan solos al momento de bañarse, pero si toman precauciones igual que el resto en cuanto a la disponibilidad y fácil acceso de los utensilios de higiene dentro del baño, antideslizantes en la bañera, barandas en las paredes de la ducha, pisos secos y ambiente iluminado:

... *“Cuando ya veo que va a entrar me percató que el piso este seco y lo ayudo a entrar a la ducha porque hay un murito que tiene que pasar y ya antes se ha caído, luego ya cuando sale lo afeito y a veces lo ayudo a limpiarse bien las orejas y el cuello porque no se enjuaga bien, lo ayudo a peinarse, a hacerse su raya al costado y luego ya se cambia”.* (Caridad)

... “La siento en una silla para bañarla, porque ya antes se ha resbalado luego primero le ayudo a lavarse bien el cabello mientras ella se va jabonando, si se le cae el jabón lo recojo no dejo que se levante”. (Cariño)

El cuidado de la piel del rostro al momento de afeitarse, es también un cuidado básico según lo evidenciado y referido por familiares de las personas con Parkinson, ya que como el resto de actividades, las personas tienen inconvenientes al realizar el afeitado por el movimiento involuntario de su cuerpo.<sup>20</sup>

“Le rasuro la barba cada 4 o 6 días según como le crezca, el me llama cuando sale de bañarse para rasurarle, antes no me llamaba y se cortaba las mejillas pero como esos cortes se los hacía siempre y le ardía después ya me llamaba para yo hacerlo, le pongo su jaboncito por toda la parte de la barba y luego rasuro” (Amor)

“Yo termino de bañarlo y hay mismo lo afeitado, él tiene su crema de afeitar, le rasuro con mucho cuidado para no hacerle heridas, él hace tiempo que ya no lo hace solo, sus manitos no lo dejan, yo termino de afeitarlo y con el agua de la ducha se enjuaga, ya en el cuarto le pongo crema en su carita” (Paciencia)

El buen estado de la cavidad bucal es muy importante para que el organismo permanezca saludable y los niveles de nutrición se mantengan óptimos. La tarea del cuidador de una persona con parcial dependencia consistirá, casi por completo, en supervisar que realice correctamente la técnica de cepillado y enjuagado de la cavidad bucal en su totalidad.<sup>21</sup>

... “Le coloco la pasta dental en el cepillo porque se le derrama cuando él lo hace solito, y si lo hace bien le hecha muy poquito o bastante al cepillo, por eso yo prefiero ponerle la pasta dental, luego ya se cepilla solo, como puede, a veces lo ayudo a cepillar su lengua y los últimos dientes”. (Caridad)

“Yo le tengo que ayudar a cepillar su prótesis porque él no la lava bien, se quedan restos de comida y como sus manos se mueven mucho lo limpia a medias, entonces primero dejo que él lo enjuague con agua y luego yo lo ayudo a cepillar la prótesis con Kolinos”. (Sacrificio)

El cuidado de las manos también implica el cuidado y la higiene de las uñas<sup>20</sup>. El familiar también toma como algo esencial el corte adecuado y meticuloso de las uñas, ya que no puede realizarlo porque se ocasiona lesiones en los bordes de los dedos al intentarlo:

... “Ella no se corta las uñas de los pies porque ya se ha cortado varias veces y se hace doler, por eso yo antes de cortarle le remojo sus pies para que las uñas se hagan más suaves y se puedan cortar más fácil”. (Bondad)

... “Las uñas se las corto yo también, porque cuando él quiere cortarse las esquinas de las uñas no tiene mucha precisión y se corta con todo y la piel de su dedo, ya varias veces se ha hecho heridas”. (Cariño)

En cuanto al vestido y desvestido de la persona con Parkinson, Álvarez y Macías sugieren que para potenciar la independencia es importante que el paciente elija su ropa,

eso sí, debe ser cómoda y fácil de quitar y poner, con broches grandes, argollas para las cremalleras, pocos botones, velcro, etc. Necesita un tiempo adecuado y una rutina, tener preparada toda la ropa, si hay riesgo de caídas es recomendable que la persona se vista en sedestación. La temperatura de la habitación cálida, preferible que el paciente espere a vestirse una vez que haya hecho efecto los fármacos de la mañana, en la habitación colocar un espejo grande, ya que puede servir de ayuda y estímulo a la hora de vestirse. El calzado debe ser cómodo, cálido, y que sujete bien el pie.<sup>19</sup>

*“Le lavo su ropa y la plancho, cuando se va a cambiar yo le tengo que ayudar a abotonarse la camisa porque él a veces no puede meter los botones en los ojales, mientras el trata de hacerlo yo lo voy ayudando con los botones de abajo”. (Paciencia)*

*“Él se cambia sentadito, se levanta solo para subirse el pantalón o el short, se coloca solo los polos y las camisas, yo lo ayudo a subirse el cierre y a abotonarse las camisas y el pantalón”. (Solidaridad).*

## **II. NUTRICIÓN, SELECCIÓN Y PREPARACIÓN DE ALIMENTOS EN BASE A LA EXPERIENCIA ADQUIRIDA DEL CUIDADOR Y LAS NECESIDADES DE LA PERSONA CON PARKINSON.**

El cuidado en la nutrición de la persona con Parkinson implica imprescindiblemente la participación del cuidador en cuanto a la selección y preparación de los alimentos, por las dificultades en la deglución. Es así que las investigadoras constataron que el familiar no maneja la suficiente información sobre los alimentos que debe brindar, cómo los debe dar y en qué proporción, pues ningún personal le otorgó asesoría sobre ello, sin embargo ellos refieren que preparan los alimentos de acuerdo a la experiencia adquirida producto del avance progresivo de la enfermedad, por otro lado hay cuidadores que tienen acceso a internet y buscan información sobre consejos en la alimentación de la persona con Parkinson.

*“Cuando llevé a mi papá al hospital y le diagnosticaron esta enfermedad nadie me informó acerca de los alimentos que tengo que darle, conforme iba avanzando su enfermedad he ido ingeniándomelas para preparar las comidas y pueda comérselos”. (Bondad)*

*“A veces busco información en internet acerca de que alimentos debo darle a una persona con Parkinson y cuáles no, me sirve de mucho porque yo no sabía primero que hacer, ahora ya sé que darle pero me gustaría saber más”. (Caridad)*

Considerando que las personas con Parkinson presentan disfagia, es importante adaptar la alimentación habitual a las posibilidades de ingesta del paciente para mantener su estado de nutrición en óptimas condiciones. Para ello se modifican en textura los platos de la dieta tradicional ya sean sólidos o líquidos con el fin de conseguir un aumento en la eficacia y en la seguridad de la deglución.<sup>22</sup> Al realizar las visitas, las autoras observaron la preparación de alimentos y la modificación que le hacen a su textura al momento de triturarlos, batirlos o picarlos. El día 17 de noviembre a las 12:30 de la mañana, las investigadoras ingresaron a la cocina de un cuidador, en la olla había preparado sopa la cual contenía pollo, arvejas, papa y zapallo, luego separó en un plato hondo el contenido y lo dejó enfriar un poco, cuando ya estaba tibio empezó a deshilar el pollo y batir el zapallo, la papa y las arvejas con el tenedor hasta lograr

una consistencia de puré, finalmente a esto le agrego un poco del caldo de la sopa y lo mezcló. Puesto que tanto los alimentos sólidos como los muy líquidos son los que producen las mayores dificultades en pacientes con disfagia (porque exigen la máxima coordinación y control en la deglución), se aconsejan alimentos que formen bolos semisólidos, que mantengan la cohesión, de consistencia blanda (purés, natillas, sopas espesas, yogur, líquidos espesos).<sup>23</sup>

... *“En el desayuno yo le doy avena, mazamorras, leche, a veces le doy jugos, soya, y muy pocas veces café, eso lo acompaña con pan, puede ser con mermelada, mantequilla, queso, huevo, etc. cosas que sean suaves, también le doy camotito y pescado frito, pero tengo que sacarle las espinas al pescado antes de darle”* (Bondad)

... *“Siempre trato de hacer el arroz no muy seco, le hecho más agua para que salga mazacotudo y lo pueda comer más fácil, a él le gusta el arroz bastante, por eso hago arroz blanco, arroz árabe, arroz integral, siempre agregándole un poco más de agua”*. (Caridad)

Por otro lado considerando que las habas son un alimento nutritivo, y que pueden ser un tratamiento útil para los parkinsonianos con síntomas leves, es importante mencionar que hay levodopa en ellas. Las habas prolongan el periodo “on” cuando es consumida por la persona con Parkinson y esta mejoría se corresponde con una elevación de los niveles de levodopa en sangre, sin embargo si se consumen muchas aparecen discinesias.<sup>24</sup> Un cuidador que tiene acceso a internet, durante la entrevista nos aportó esta información y lo menciona en el siguiente discurso:

... *“Como hace tiempo que no trabajo y solo me dedico a mi esposo, he aprendido a utilizar el internet bastante y busco consejos para tratar el Parkinson, en una página encontré que las habas tienen levodopa, lo mismo que su pastilla que toma todos los días, por eso siempre le hago su sopa de habas, también le doy como menestra, como tiene cascara gruesa se las licuo para que las coma”*. (Amor)

### **Consideraciones finales**

Es imperativo respetar las diferencias culturales, el ser conscientes de la importancia que la cultura tiene para cada persona y de la gran influencia que ejerce en el proceso de salud-enfermedad, ya que engloba las creencias, valores y costumbres. En ese sentido, las familiares de las personas con Parkinson toman medidas muy propias de su cultura para la prevención de caídas, a través del uso de su creatividad, recursos económicos y materiales. El baño diario de la persona con la enfermedad de Parkinson requiere necesariamente de la ayuda parcial o completa del cuidador, según lo evidenciado y relatado por los cuidadores, hay enfermos que si cumplen esta actividad de manera independiente mientras que otros cuidadores prestan una ayuda más completa. Además del baño también hay otras técnicas de higiene donde los cuidadores tienen mayor participación: la higiene bucal, el afeitado y el cuidado de las manos y uñas. Su nutrición es a base de alimentos de consumo habitual, menestras, pollo, pescado, arroz, tubérculos, pan, fideos y carnes, siendo los dos últimos utilizados en menor proporción por el antecedente de la difícil masticación de estos. Los alimentos son por lo general seleccionados según su contextura y preparados en forma de batidos, purés, carnes deshilachadas, licuados, etc. para la fácil masticación y digestión de la persona con Parkinson. Los cuidadores desconocen las interacciones que ocasionan algunos

alimentos (los que contienen proteínas) con el medicamento básico de la enfermedad de Parkinson, la levodopa. Así también preparan y brindan alimentos que son beneficiosos para retrasar la enfermedad como las habas. Por lo tanto es necesario implementar estrategias orientadas a mejorar su calidad de vida educando a los familiares cuidadores de la persona con Parkinson.

## Bibliografía

1. Castro T, Buriticá O. Enfermedad de Parkinson: criterios diagnósticos, factores de riesgo y de progresión, y escalas de valoración del estadio clínico. Acta Neurol Colomb. [Revista en internet] 2014 [acceso 5 abril del 2015]; 30(4). Disponible en: [http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87482014000400010&lng=pt&nrm=iso](http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482014000400010&lng=pt&nrm=iso).
2. Organización Mundial de la Salud. Los trastornos neurológicos afectan a millones de personas en todo el mundo. Bruselas, 2007. [acceso 11 de abril del 2015]. Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr04/es/>.
3. Tratamientoparkinson.com. ¿Cómo tratar el mal de Parkinson efectivamente? [acceso 13 de abril del 2015]. Disponible en: <http://tratamientoparkinson.com/noticias/275-cifras-sobre-el-parkinson-en-el-mundo>.
4. Rpp.com. Mal de Parkinson ataca al 1% de peruanos [sede web]. Rpp Noticias [acceso 13 de abril del 2015]. Disponible en: [http://www.rpp.com.pe/2013-04-14-mal-de-parkinson-ataca-al-1-de-peruanos-noticia\\_585237.html](http://www.rpp.com.pe/2013-04-14-mal-de-parkinson-ataca-al-1-de-peruanos-noticia_585237.html).
5. Ministerio De Salud [Sede Web]. Perú: ,2014 [acceso 14 de abril del 2015].Morbilidad General Consulta Externa, Egresos Hospitalarios y Mortalidad .Disponible en: [http://www.icn.minsa.gob.pe/images/ESTADISTICAS/MORBI\\_2014.pdf](http://www.icn.minsa.gob.pe/images/ESTADISTICAS/MORBI_2014.pdf).
6. Vasilachis I. Estrategias de investigación cualitativa ReLMeCS [Revista en internet] 2011[acceso 10 de junio del 2015]; 1(1). Disponible en: <file:///C:/Users/equipo/Downloads/151-165-2-PB.pdf>.
7. Galeano M. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. 1era ed. Colombia: Medellín EAFIT; 2004.
8. Rodríguez M, Cervantes A. La escala unificada de la enfermedad de Parkinson modificada por la Sociedad de Trastornos del Movimiento (MDS-UPDRS): aplicación clínica e investigación. Arch Neurocienc Mex [Revista en internet] 2014 [acceso 3 mayo del 2015]; 19(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2014/ane143a.pdf>.
9. Flick. U. Introducción a la investigación cualitativa. 3era ed. Madrid: Morata S.L; 2012.
10. Amenzcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. [Artículo en internet]. España: index de enfermería; 2000 [acceso 10 de junio del 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/cuali/observacion.pdf>.
11. Carrero V, Soriano R, Trinidad A. Teoría fundamentada. El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual. 2da ed. Madrid: España S.L; 2012.
12. Sgreccia. Manual de Bioética I. Fundamentos y ética biomédica. 1era ed. Madrid: España; 2009.
13. Spradley citado por Luna F.I. Cualitativa. El método etnográfico y la investigación en Salud, Editorial Harcourt: New York; 1980.
14. Hernández S. Metodología de la investigación. 5ta ed. D.F México; 2010.
15. Aljanati R, Martinovic M. Convivir con la enfermedad de Parkinson. Programa de

- educación y rehabilitación en la enfermedad de Parkinson para pacientes, familiares y cuidadores. 1era ed. Montevideo: Uruguay; 2013.
16. González M. El extraño caso del Dr. Parkinson. 9a ed. Granada: España; 2013.
17. Rossi Izquierdo M. Estudio de los trastornos del equilibrio en pacientes con la enfermedad de Parkinson, mediante la videonistagmografía, la craneocorpografía y la posturografía dinámica computerizada. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela; 2007.
18. Rossi Izquierdo M. Estudio de los trastornos del equilibrio en pacientes con la enfermedad de Parkinson, mediante la videonistagmografía, la craneocorpografía y laposturografía dinámica computerizada. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela; 2007.
19. Alvarez J, Macías N. Dependencia en geriatría. 1era ed. Salamanca: España; 2009.
20. Barbero M. Higiene y atención sanitaria domiciliaria. Observación funcional y asistencia sanitaria para el usuario de ayuda a domicilio. 1era ed. Pontevedra: España; 2012.
21. Harris R, Fortich M, Díaz C. Fisiopatología y manifestaciones bucales de la enfermedad de Parkinson: una revisión actualizada. Avances en Odontostomatología 2013. 29 (3). [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852013000300005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000300005) (Último acceso 12 junio 2016).
22. María GY. ¿Podemos mejorar la dieta triturada en personas de la tercera edad? Universitat de Lleida. Facultat de Medicina. Jul 2015. Disponible en: <http://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/48683/mguitierrezy.pdf?sequence=1>.
23. Victoria SP. Detección Diagnóstico y Tratamiento de la Disfagia Orofaringea Funcional en el Anciano Hospitalizado: El papel de la Enfermera. Santander: Universidad de Cantabria. Departamento de Enfermería; 2014.
24. Maldonado RG. Tratamientos heterodoxos en la enfermedad de Parkinson. Createspace Independent Pub; 2013. 276.