GUIA PRACTICA FAMILIAR N° 02

NEUROLOGÍA DEL MOVIMIENTO Y VIDA DIARIA • EN CASA

Guía de Orientación Familiar en Casa: Acompañando la Vida Diaria con la Enfermedad de Parkinson

Informe clínico del equipo de rehabilitación para preservar la autonomía, seguridad y bienestar familiar desde el diagnóstico.

Visado Clínico Oficial SIS: Gonzalo Rojas Quintano (Fonoaudiología) • Actualizado: 13 de octubre, 2026

ESQUEMA ANTICIPATORIO: ¿QUE ENCONTRARAS EN ESTE DOCUMENTO? (MAPA EN 4 BLOQUES)

BLOQUE 1 (Pág. 1)
Lo Esencial y Cifras
Qué dice la evidencia y con qué límites.

BLOQUE 2 (Pág. 2)
Plan en 3 Etapas
Checklist práctico de acciones para organizar el apoyo en el

BLOQUE 3 (Pág. 2)
Semáforo de Señales
Qué observar en el día a día y a quién consultar.

BLOQUE 4 (Pág. 5)
Equipo y Visado SIS
Rol de cada terapeuta, fuentes APA 7 y Acta oficial.

01 Lo Esencial en 1 Minuto: Mensajes Clave para la Familia

Ideas principales que guían la toma de decisiones en el hogar desde el primer día.

1. El consenso internacional propone intervenir desde el diagnóstico y por etapas (temprana, intermedia y avanzada), con kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología y psicología (Goldman et al., 2024).
2. La guía clínica chilena del Ministerio de Salud (2010) recomienda un tratamiento precoz, integral, a cargo de un equipo multidisciplinario, de por vida y con apoyo familiar y social; el tratamiento no farmacológico debe estar presente desde los primeros estadios.
3. En Alemania, hasta el 42 % de las personas con Parkinson recibe solo medicación, y una encuesta en 4 países encontró que menos de un tercio fue derivado a rehabilitación (Scherbaum et al., 2026; Goldman et al., 2024).
4. En un metaanálisis de 6 estudios, la rehabilitación multidisciplinaria no mostró diferencias significativas en capacidad funcional, discapacidad ni calidad de vida, y sí menor ansiedad del cuidador (Seid et al., 2022).

02 Evidencia Clínica en Cifras

Cada cifra con su población y sus límites; ninguna está estimada.

7,8 pts
Mejora motora en MDS-UPDRS III
5 estudios observacionales en Alemania; rango 4,7 a 12.
Fuente: Scherbaum et al. (2026)

SMD 0,39
Ansiedad del cuidador (metaanálisis)
p = 0,02; sin diferencia significativa en funcionalidad.
Fuente: Seid et al. (2022)

Menos de 1/3
Derivadas a rehabilitación (4 países)
Kinesiología 30,4 %; TO 8,0 %; fonoaudiología 7,5 %.
Fuente: Goldman et al. (2024)

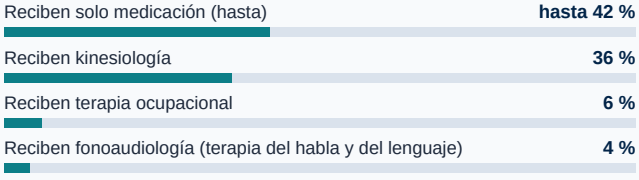
Hasta 42%
Solo reciben fármacos (Alemania)
Dato de Alemania, no de Chile; sin terapias de rehabilitación.
Fuente: Scherbaum et al. (2026)

Cuántas personas con Parkinson son derivadas a rehabilitación



Fuente: Goldman et al. (2024). Contexto y limitaciones en la pág. 3.

Qué atención reciben las personas con Parkinson en Alemania



Fuente: Scherbaum et al. (2026). Contexto y limitaciones en la pág. 3.

03 Hoja de Ruta Paso a Paso en Casa (Checklist Imprimible)

Marca cada casilla [ ] a medida que organizas el cuidado y la rehabilitación en el hogar.

ETAPA 1 • Desde el diagnóstico y en la etapa temprana (sin plazo fijo)

Foco: Empezar pronto: evaluar, ejercitarse y preparar el hogar

- [ ] Kinesiología: evaluar la función motora y el riesgo de caídas y armar un programa de ejercicios para hacer en casa; el consenso describe ejercicio aeróbico de intensidad moderada a alta, ejercicio de fuerza progresivo y ejercicios de agilidad y equilibrio, como
- [ ] Terapia ocupacional: revisar la seguridad del hogar para prevenir caídas y las modificaciones necesarias, y sostener las rutinas y las actividades significativas.
- [ ] Fonoaudiología: medir al inicio el volumen de la voz en la conversación, el rango tonal, el tiempo máximo de fonación, la inteligibilidad y la deglución, y considerar terapias de esfuerzo atencional como LSVT.

Respaldo clínico (Goldman et al. (2024)): Propone evaluaciones e intervenciones desde el diagnóstico y por etapas...

ETAPA 2 • Etapa intermedia (sin plazo fijo)

Foco: Marcha, caídas y apoyos en casa

- [ ] Kinesiología: entrenar la marcha con estrategias compensatorias (claves externas e internas, traslado de peso para iniciar la marcha, arcos amplios para girar), entrenamiento de doble tarea y estrategias para el congelamiento de la marcha.
- [ ] Terapia ocupacional: programa de prevención de caídas y ayudas para el hogar, como barras y pasamanos en escalones, escaleras, baño e inodoro, luz de noche, asiento elevado para el inodoro y banco para la tina.
- [ ] Fonoaudiología: ejercicios de fuerza de los músculos espiratorios (EMST), práctica de lectura en voz alta, canto o poesía, y entrenar al acompañante para dar señales que ayuden a hablar de forma más inteligible.

Respaldo clínico (Goldman et al. (2024)): Describe, para la etapa intermedia, el entrenamiento de la marcha con claves...

ETAPA 3 • Etapa avanzada (sin plazo fijo)

Foco: Apoyo al cuidador, posiciones seguras y comunicación con ayudas

- [ ] Capacitar a quien cuida para asistir con señales (cueing) en vez de ayuda física, y en técnicas de traslado y manejo seguro.
- [ ] Evaluar ayudas de movilidad y de posicionamiento, y las necesidades del hogar (cama, traslados, equipamiento).
- [ ] Cuidar la comunicación y la deglución con estrategias compensatorias y ayudas (por ejemplo, aplicaciones de texto a voz), y apoyar emocionalmente al cuidador con psicoeducación.

Respaldo clínico (Goldman et al. (2024)): Para la etapa avanzada incluye estrategias de asistencia al acompañante...

04 Semáforo de Señales en Casa: ¿Qué Observas y a Quién Acudir?

Guía rápida de derivación directa según las dificultades que notas en la rutina diaria.

¿QUE SEÑAL O DIFICULTAD OBSERVAS EN CASA?	ESPECIALISTA A CONSULTAR
Pasos cortos, arrastre de pies o pies «pegados» al suelo al girar o cruzar puertas La inestabilidad postural predispone a caídas y es causa habitual de la pérdida de la capacidad de valerse solo (MINSAL, 2010); para el congelamiento de la marcha...	**-> Kinesiología** **Evaluación y pauta en casa** Ver perfiles en /pacientes/buscar
Lentitud para abotonarse, comer solo, peinarse o escribir La lentitud del movimiento (bradicinesia) se manifiesta en la dificultad para abotonarse y en una letra cada vez más pequeña; la terapia ocupacional busca capacitar...	**-> Terapia ocupacional** **Evaluación y pauta en casa** Ver perfiles en /pacientes/buscar
Voz muy baja o susurrada, o tos y carraspeo frecuente durante las comidas En el curso de la enfermedad hay alteración progresiva del habla, la deglución y el lenguaje (disartria hipocinética, disfagia y trastorno...	**-> Fonoaudiología** **Evaluación y pauta en casa** Ver perfiles en /pacientes/buscar
Tristeza, apatía, aislamiento o miedo marcado a la progresión de la enfermedad La depresión es más frecuente en las personas con Parkinson (MINSAL, 2010); una revisión cita depresión mayor en 17 % y trastornos de ansiedad en 31 a 43 % (Pirtoek, 2024).	**-> Psicología** **Evaluación y pauta en casa** Ver perfiles en /pacientes/buscar
Agotamiento, insomnio, frustración o irritabilidad en quien cuida La guía chilena recomienda que la familia y el cuidador sean capacitados y apoyados psicológicamente (MINSAL, 2010); el metaanálisis de Seid et al...	**-> Psicología** **Evaluación y pauta en casa** Ver perfiles en /pacientes/buscar

D

Datos de las fuentes

Cada cifra viene de un documento citado, con su población y sus límites. No hay valores estimados.

En Chile: lo que recomienda la guía clínica del Ministerio de Salud

Estos datos vienen de la Guía Clínica «Enfermedad de Parkinson» del Ministerio de Salud de Chile (2010). Son recomendaciones de esa época y se copian tal cual figuran.

24 sesiones al año

De kinesiología recomienda la guía en la fase inicial, en la de mantenimiento y en la avanzada.
Fuente: MINSAL (2010), Guía Clínica: Enfermedad de Parkinson

5 y 10 sesiones al año

De fonoaudiología: 5 en la fase inicial y 10 en la avanzada y en la de postración.

Fuente: MINSAL (2010), Guía Clínica: Enfermedad de Parkinson

12, 30 y 30 sesiones al año

De terapia ocupacional en los estadios inicial, intermedio y avanzado (escala de Hoehn y Yahr).

Fuente: MINSAL (2010), Guía Clínica: Enfermedad de Parkinson

6 y 4 sesiones

De apoyo psicológico: 6 sesiones individuales y 4 de psicoterapia grupal o intervención psicosocial, según la fase.
Fuente: MINSAL (2010), Guía Clínica: Enfermedad de Parkinson

Qué dice la guía chilena y cuáles son sus límites

La guía recomienda un tratamiento precoz, integral, a cargo de un equipo multidisciplinario, que se mantenga a lo largo de la vida y cuente con apoyo familiar y social, con medidas farmacológicas y no farmacológicas, y con el tratamiento no farmacológico presente desde los primeros estadios. Indica que la rehabilitación funcional debe abordarse con estrategias individuales y grupales, que la familia y el cuidador deben ser capacitados y apoyados psicológicamente, y que todos los pacientes y sus cuidadores deben contar con apoyo constante, incluidas visitas domiciliarias en algunos casos. Los números de sesiones son recomendaciones de la guía, no una garantía de cobertura. La guía es de 2010 y declara un plazo estimado de vigencia de 3 años desde su publicación, por lo que conviene consultar si existe una versión más reciente.

Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2010), Guía Clínica Enfermedad de Parkinson. Santiago: MINSAL. ISBN 978-956-8823-06-1.

Cuántas personas con Parkinson son derivadas a rehabilitación

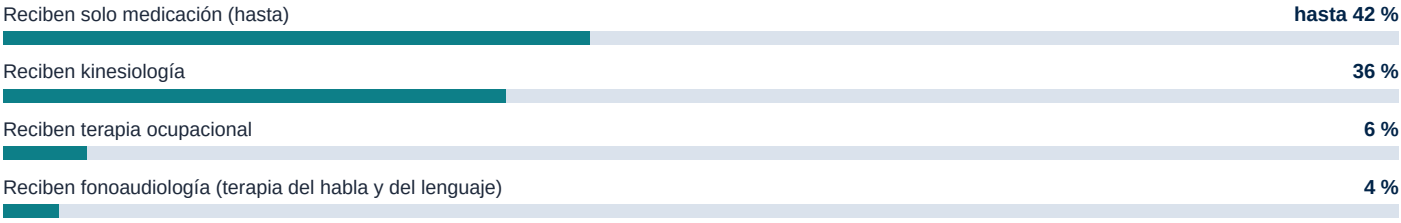
Iniciativa de mejora de calidad de la Parkinson's Foundation: más de 5.000 participantes de 4 países.



Menos de un tercio fue derivado a servicios de rehabilitación, y la derivación suele ocurrir tarde, cuando ya hay caídas o problemas para tragar.
Limitación: Son datos de 4 países, no de Chile.
Fuente: Goldman et al. (2024), J. Parkinson's Dis., 14(1), 135–166. https://doi.org/10.3233/JPD-230117

Qué atención reciben las personas con Parkinson en Alemania

Cerca de 420.000 personas con Parkinson en Alemania. Datos de Heinzel et al. (2018), citados por Scherbaum et al. (2026).



Los autores señalan que en el sector ambulatorio alemán las personas con Parkinson reciben poca atención multidisciplinaria.
Limitación: Es un dato de Alemania, no de Chile, y las categorías no suman 100 %.
Fuente: Scherbaum et al. (2026), J. Neural Transm., 133(3), 335–345. https://doi.org/10.1007/s00702-025-02963-7

Mejora en la escala motora (MDS-UPDRS III) con terapia compleja multidisciplinaria

Estudios observacionales de la terapia compleja multidisciplinaria alemana (PD-MCT). Promedio de 5 estudios; el rango corresponde a esos estudios.

Mejora promedio en puntos de la escala: 7,8 puntos (rango 4,7 a 12)



Punto: valor informado. Línea: rango entre estudios.

En los estudios incluidos, el promedio de mejora fue de 7,8 puntos de la escala motora.
Limitación: Son estudios observacionales, sin grupos de control, realizados en Alemania.
Fuente: Scherbaum et al. (2026), J. Neural Transm., 133(3), 335–345. https://doi.org/10.1007/s00702-025-02963-7

D Datos de las fuentes (continuación)

Cada cifra viene de un documento citado, con su población y sus límites. No hay valores estimados.

Rehabilitación multidisciplinaria vs. convencional: resultados del metaanálisis

6 estudios con 1.260 participantes. Diferencia estandarizada de medias (SMD) con intervalo de confianza del 95 %.



Punto: valor informado. Línea: IC 95 %.

No hubo diferencia estadísticamente significativa en capacidad funcional, discapacidad ni calidad de vida. Sí la hubo en la ansiedad del cuidador (p = 0,02).

Limitación: El intervalo de confianza de la ansiedad del cuidador es amplio, y los estudios incluidos son pocos.

Fuente: Seid et al. (2022), Parkinson's Disease, 2022, 2355781. https://doi.org/10.1155/2022/2355781

Ánimo y ansiedad en las personas con Parkinson

Revisión del abordaje multidisciplinario del Parkinson, que cita estudios de Reijnders et al. (2008) y Broen et al. (2016).

Depresión mayor	**17 %**
Trastornos de ansiedad	**31 % a 43 %**

Los autores indican que psiquiatras y psicólogos son clave para manejar estos síntomas.

Limitación: Son cifras de estudios citados por la revisión, no un estudio propio ni chileno.

Fuente: Pirtoek (2024), J. Neural Transm., 131(11), 1349–1361. https://doi.org/10.1007/s00702-024-02843-6

05 Mapa del Equipo Interdisciplinario: ¿Qué Hace Cada Especialista?

Así puede colaborar el equipo directamente dentro del entorno real del paciente.

KINESIOLOGÍA — En Domicilio

Evaluar la función motora y el riesgo de caídas, entrenar ejercicio, equilibrio y marcha con estrategias compensatorias, y educar a la familia.

Cuándo consultar: Congelamiento de la marcha, pasos cortos e inestabilidad postural.

Evidencia: MINSAL (2010)

TERAPIA OCUPACIONAL — En Domicilio

Evaluar la seguridad del hogar, adaptar el entorno y las rutinas, y entrenar las actividades de la vida diaria.

Cuándo consultar: Lentitud para vestirse, bañarse o alimentarse, y riesgos físicos en el domicilio.

Evidencia: Goldman et al. (2024)

FONOAUDIOLOGÍA — En Domicilio

Evaluar y tratar el habla, la voz, la deglución y la comunicación.

Cuándo consultar: Voz débil, articulación imprecisa, tos o atragantamiento al comer.

Evidencia: Goldman et al. (2024)

PSICOLOGÍA — En Domicilio

Apoyar el ánimo y la ansiedad de la persona y acompañar a la familia y al cuidador.

Cuándo consultar: Apatía, desánimo, ansiedad y agotamiento emocional de quien cuida.

Evidencia: MINSAL (2010)

06 Respaldo Científico Internacional y Normativa Nacional (APA 7)

Evidencia clínica revisada por pares que fundamenta las recomendaciones de esta guía.

1. Goldman, J. G., Volpe, D., Ellis, T. D., Hirsch, M. A., Johnson, J., Wood, J., et al. (2024). Journal of Parkinson's Disease, 14(1), 135–166. https://doi.org/10.3233/JPD-230117

2. Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2010). Guía Clínica: Enfermedad de Parkinson. Santiago: MINSAL. ISBN 978-956-8823-06-1.

3. Scherbaum, R., Höllerhage, M., Klebe, S., Riederer, P., Müller, T., Schröter, N., Weise, D., Woitalla, D., & Tönges, L. (2026). Journal of Neural Transmission, 133(3), 335–345. https://doi.org/10.1007/s00702-025-02963-7

4. Seid, A. A., Demirdel, E., Aychiluhm, S. B., & Mohammed, A. A. (2022). Parkinson's Disease, 2022, Article ID 2355781. https://doi.org/10.1155/2022/2355781

5. Pirtoek, Z. (2024). Journal of Neural Transmission, 131(11), 1349–1361. https://doi.org/10.1007/s00702-024-02843-6

6. Fereshtehnejad, S.-M., Rodríguez-Violante, M., Martinez-Ramirez, D., & Ramirez-Zamora, A. (2021). Frontiers in Neurology, 12, 799017. https://doi.org/10.3389/fneur.2021.799017

07. ACTA DE VISADO CLINICO Y VALIDACION COLEGIADA (RNPI / SIS)

VISADO PRINCIPAL VIGENTE

Este documento cuenta con Visado Clínico Oficial Vigente otorgado por su Editor Clínico Principal acreditado ante la Superintendencia de Salud de Chile (suficiente para su publicación oficial). Adicionalmente, permite el registro de co-visado de especialistas por disciplina en conexionterapeuta.cl/guias.

1. VISADO PRINCIPAL (APROBADO PARA PRODUCCION)

Profesional: Gonzalo Rojas Quintano

Especialidad: Fonoaudiología • Editor Clínico

Acreditación: Registro SIS (RNPI) Verificado

Estado: [APROBADO] VISADO OFICIAL EMITIDO Y VIGENTE

2. CO-VISADO ESPECIALISTA (KINE / FONO / PSICO)

Nombre Profesional: _____

Disciplina y N° SIS: _____

Firma / Timbre: _____

Registro digital en: conexionterapeuta.cl/guias