

Qué hacer en casa cuando tu padre tiene Parkinson

Guía práctica para familias, basada en evidencia clínica

Basado en: NICE NG71, Parkinson's UK, SEN, Cochrane y estudios de cohorte verificados

Publicamos en Indane un artículo basado en esta guía.

<https://indane.es/como-cuidar-a-una-persona-con-parkinson-en-casa-guia-practica-para-familias/>

:

Cuando a alguien de tu familia le diagnostican Parkinson, la primera pregunta suele ser clínica: qué tratamiento hay, qué médico le lleva, qué medicación toma. Pero muy pronto aparece la segunda, que muchas veces es más difícil de resolver: qué hacemos en casa.

Qué hacemos cuando se cae. Qué hacemos cuando se queda paralizado en medio del pasillo y no puede dar el siguiente paso. Qué hacemos cuando la voz se le apaga tanto que ya no entendemos lo que dice. Qué hacemos cuando olvidarse de las cosas ya no parece un despiste normal.

Este artículo responde a eso. No con consejos genéricos, sino con información clínica real sobre las seis áreas que más afectan a la vida doméstica en el Parkinson, y sobre qué puede hacer el equipo rehabilitador y qué puede hacer la familia en cada una de ellas.

El Parkinson no es solo temblor. Es un conjunto de síntomas motores y no motores que van cambiando a lo largo del tiempo y que afectan a casi todas las actividades del día a día. Conocerlos permite anticiparse, no sólo reaccionar.

1. Caídas: el riesgo más inmediato en casa

Las caídas son uno de los problemas más frecuentes y más graves en el Parkinson. Un metaanálisis reciente encontró que el 48% de las personas con Parkinson notificó al menos una caída y el 32% dos o más en seguimiento prospectivo (Van Bladel et al., 2023). En cohortes clínicas más amplias, la cifra sube hasta el 68% (Wood et al.). Es decir, caer no es una posibilidad remota: es algo que ocurre en la mayoría de los casos.

Los factores que más aumentan el riesgo son el historial previo de caídas, los problemas de marcha y el mal equilibrio. También influyen la duración de la enfermedad, la presencia de deterioro cognitivo y la pérdida del braceo natural al caminar. La primera caída, por tanto, no debe tratarse como un accidente banal: es una señal clínica que merece atención específica.

Qué se puede hacer en casa

Las adaptaciones del entorno no eliminan el riesgo, pero sí lo reducen de forma significativa. Las más recomendadas por Parkinson's UK y los programas de terapia ocupacional son: Despejar los pasillos de objetos y cables sueltos. Reorganizar los muebles para dejar espacios amplios al girar. Colocar barras de apoyo en el baño, el pasillo y junto a la cama. Usar alfombrillas antideslizantes y eliminar las que puedan deslizarse. Marcar visualmente los bordes de los escalones con una franja de color contrastante. Mantener la casa bien iluminada, especialmente de noche, con luces de paso en el pasillo y el baño. Dejar a mano los objetos de uso diario para evitar agacharse o estirarse a zonas de difícil acceso.

En personas con caídas repetidas o con miedo intenso a quedar en el suelo sin poder levantarse, puede ser útil valorar un detector de caídas o un sistema de alarma personal que permita pedir ayuda de forma inmediata.

Qué hace el equipo rehabilitador

El fisioterapeuta especializado en Parkinson trabaja el equilibrio, el control postural y la marcha mediante entrenamiento orientado a tareas reales: Practicar levantarse de una silla. Caminar por el pasillo. Girar sin perder el equilibrio. Subir y bajar escalones.

La evidencia científica respalda este enfoque de forma sólida: una revisión Cochrane encontró que el ejercicio estructurado reduce la tasa de caídas aproximadamente un 26% (Cochrane, 2023), y la Sociedad Española de Neurología sitúa esa reducción en torno al 35% en los ensayos disponibles. También se han obtenido mejoras significativas en velocidad de marcha, equilibrio y en el cuestionario de bloqueos de marcha con fisioterapia específica.

El terapeuta ocupacional evalúa el domicilio, propone las adaptaciones concretas del entorno y revisa si las ayudas técnicas que se están usando (bastón, andador) son adecuadas para el patrón de marcha de la persona, porque algunos dispositivos mal elegidos pueden empeorar la situación en lugar de mejorarla. NICE recomienda derivación a fisioterapia y terapia ocupacional cuando aparecen problemas de equilibrio, función motora o actividades de la vida diaria (NICE, NG71).

Para la familia: “Si ha habido una caída, o si empiezas a notar que camina con más inseguridad o que evita moverse por casa, no esperes a que ocurra algo grave. Pide valoración de fisioterapia y terapia ocupacional específica de Parkinson. No basta con ‘tener más cuidado’.”

2. Movilidad y rigidez: cuando el cuerpo no responde a tiempo

La rigidez y la lentitud de movimientos no solo enlentecen la marcha. Afectan a casi todas las secuencias del día: levantarse de la cama por la mañana, entrar y salir de la bañera o la ducha, abotonarse la ropa, atarse los cordones, preparar el desayuno, usar el teléfono, o simplemente darse la vuelta en la silla. La pérdida de autonomía no siempre empieza en la marcha. A menudo empieza mucho antes, en los pequeños gestos cotidianos que de repente se vuelven lentos, fragmentados o inseguros.

Uno de los síntomas que más desconcierta a las familias es el bloqueo de marcha, conocido en clínica como freezing. La persona está caminando y de pronto se queda paralizada, como si los pies se pegaran al suelo. Un metaanálisis en Journal of Neurology estimó su prevalencia en el 50,6% de las personas con Parkinson cuando se mide con cuestionarios específicos. En fases tempranas de la enfermedad ya aparece en el 37,9% de los casos, y en fases avanzadas alcanza el 64,6%.

Los momentos que más lo desencadenan son los que la familia ya suele reconocer: al pasar por un marco de puerta, al entrar en un pasillo estrecho, al girar, al cambiar de tipo de suelo (por ejemplo, al pasar de parquet a baldosa), cuando hay prisa o cuando la persona está pensando en otra cosa al mismo tiempo. Un episodio puede durar unos segundos, pero también puede

prolongarse más de treinta segundos, lo que explica por qué el familiar a veces siente que la persona 'se ha quedado pegada al suelo sin explicación'.

Estrategias para el freezing en casa

Lo que mejor funciona es combinar estrategias conductuales con señales externas que ayuden al cerebro a reiniciar el movimiento. Las más respaldadas son:

Señales auditivas: contar en voz alta ('uno, dos, tres, paso'), usar el ritmo de una canción conocida, o llevar un metrónomo pequeño que marque el tempo del paso.

Señales visuales: pegar tiras de cinta de color en el suelo en los puntos problemáticos de la casa (entrada al baño, marco de la puerta del dormitorio, inicio del pasillo) para que sirvan como línea que 'invita' al pie a dar el paso.

Técnica de pausa y reinicio: cuando se produce el bloqueo, parar completamente, reorganizar el peso del cuerpo, respirar, y arrancar el movimiento de forma deliberada en lugar de intentar forzar el paso bloqueado.

Desplazar el peso: balancear ligeramente el cuerpo de un lado a otro antes de intentar avanzar puede ayudar a desencadenar el movimiento.

Una red de metaanálisis sobre intervenciones conductuales para el freezing encontró que el entrenamiento con obstáculos tuvo el mayor efecto sobre la severidad del bloqueo, seguido del entrenamiento de marcha y la fisioterapia específica (Cosentino et al.).

Qué hace el equipo rehabilitador

El fisioterapeuta: Trabaja el patrón de marcha, la longitud del paso y las estrategias de reinicio del movimiento. Diseña un programa de práctica que incluye los entornos y las situaciones concretas donde el bloqueo aparece con más frecuencia en casa.

El terapeuta ocupacional: Analiza la distribución de los espacios en casa. Propone cómo reorganizarlos para reducir los puntos de riesgo. Enseña a fraccionar las tareas complejas en pasos más simples (por ejemplo, dividir la secuencia de levantarse de la cama en cuatro pasos diferenciados) Trabaja adaptaciones prácticas del día a día: cambiar cordones por velcro o cierres de velcro, practicar las transferencias silla-inodoro o cama-silla de forma segura, desplazar los objetos de uso frecuente a alturas que no requieran posturas difíciles de controlar.

NICE indica derivación a terapia ocupacional cuando hay problemas en actividades de la vida diaria (NICE, NG71).

Para la familia: “El objetivo no es 'hacer más espacio lo mismo'. Es rediseñar cómo se hace, cuándo se hace y en qué condiciones. A veces un cambio pequeño en el entorno, como marcar el suelo en un punto concreto o reorganizar la cocina, reduce más el problema que muchos ejercicios en casa sin orientación.”

3. Voz y comunicación: cuando la voz se apaga

Los problemas de voz y habla en el Parkinson son mucho más frecuentes de lo que suele reconocerse. Estudios clínicos estiman que hasta el 89%-90% de las personas con Parkinson desarrollará algún tipo de alteración de voz o habla a lo largo de la enfermedad. El perfil más habitual es reconocible para la familia: la voz se vuelve más baja y más débil (hipofonía), el tono pierde variedad y se vuelve monótono, el habla puede sonar ronca o entrecortada, y la articulación se hace menos clara.

Hay un error muy frecuente en casa que conviene nombrar directamente: muchas familias interpretan la voz baja y el habla apagada como señal de apatía, tristeza o falta de interés. Casi siempre no lo es. Es un problema motor del habla: los músculos que controlan la voz no reciben la señal con la intensidad suficiente. La persona quiere hablar. Simplemente, el sistema no responde con la fuerza que ella intenta darle.

Ayudar no es adivinar lo que quiere decir. Ayudar es crear las condiciones para que pueda decirlo: tiempo, silencio, y sin presión.

Qué hace el equipo rehabilitador

El logopeda especializado en Parkinson es el profesional de referencia para los problemas de voz y comunicación. La intervención con mayor respaldo científico en este momento es el programa LSVT LOUD (Lee Silverman Voice Treatment), diseñado específicamente para la hipofonía en Parkinson. En el ensayo clínico británico PD COMM, que incluyó 388 personas con Parkinson y disartria, el tratamiento con LSVT LOUD redujo el impacto percibido de los problemas de voz en 8 puntos frente a no recibir logopedia, y en 9,6 puntos frente a la logopedia habitual, con una señal de beneficio que se mantuvo al menos hasta los 12 meses (Sackley et al., BMJ, 2024). El programa trabaja fundamentalmente la intensidad vocal: entrenar a la persona a hablar con más volumen de forma sostenida y consciente.

Otros enfoques logopédicos también muestran mejoría en inteligibilidad y variación melódica, aunque con evidencia comparativa más limitada que el LSVT LOUD (Torres-Sánchez et al.). El neuropsicólogo colabora cuando las dificultades comunicativas tienen una base cognitiva: problemas para encontrar palabras, para seguir el hilo de una conversación o para estructurar el discurso.

NICE y Parkinson's UK recomiendan acceso a logopedia específica de Parkinson cuando aparecen problemas de comunicación o deglución, sin esperar a que sean muy graves.

Estrategias para facilitar la comunicación en casa

Hablar en un lugar tranquilo, sin televisión ni ruido de fondo. Ponerse frente a frente, a la misma altura, para que la persona pueda usar también gestos y expresión facial. Dar tiempo real para responder, sin adelantarse. Si no se entiende, pedir que repita más despacio y más alto, no simplemente que repita. Planificar las conversaciones importantes en los momentos del día en que la voz y la energía están mejor, que suele coincidir con el efecto de la medicación.

En fases más avanzadas, puede ser útil disponer de un cuaderno donde la persona escriba palabras clave cuando el habla falla, o usar tableros de imágenes para las situaciones más frecuentes (comida, medicación, necesidades básicas).

Para la familia: La voz baja no es pereza ni tristeza. Es un síntoma neurológico. Corregir esa interpretación dentro de la familia cambia por completo la forma de relacionarse con la persona.

4. Deglución y alimentación: tragar también se ve afectado

La dificultad para tragar, llamada disfagia, es una de las secuelas más frecuentes del Parkinson y una de las más infradetectadas. Un metaanálisis de 2022 estimó su prevalencia global en el 36,9%, que sube al 57,3% cuando la evaluación se realiza con pruebas de imagen específicas (Frontiers in Neurology, 2022). Esto significa que muchas personas tienen disfagia sin que nadie lo haya detectado, porque los síntomas no siempre son evidentes.

El dato que más impacta a las familias cuando lo conocen es este: según el consenso multinacional de expertos en disfagia y Parkinson, la aspiración silente, es decir, que el alimento o el líquido entre en las vías respiratorias sin producir tos ni síntomas visibles, puede estar presente incluso en fases tempranas de la enfermedad (Cosentino et al., 2022). Que la persona 'no tosa' durante las comidas no significa que esté tragando con seguridad.

Las consecuencias de una disfagia no tratada son serias: riesgo de neumonía por aspiración, deshidratación, desnutrición y pérdida de participación en las comidas como momento social. El mismo consenso señala que la incidencia de neumonía aspirativa es más de tres veces mayor en personas con Parkinson que en personas de la misma edad sin la enfermedad.

Que el paciente no tosa al comer no excluye que haya disfagia. La aspiración silente es frecuente en el Parkinson, incluso en fases tempranas. La evaluación profesional es imprescindible si hay cualquier señal de alerta.

Señales de alerta que la familia debe conocer

- Voz húmeda o apagada después de comer o beber.
- Tos frecuente durante las comidas o justo después.
- Sensación de que la comida o el líquido 'se va por otro lado'.
- Comidas que se alargan mucho porque tragar cuesta esfuerzo.
- Pérdida de peso sin otra causa aparente.
- Infecciones respiratorias de repetición.

Qué hace el equipo rehabilitador

El logopeda especializado en deglución evalúa cómo traga la persona, qué alimentos y líquidos son seguros, e indica las posturas y maniobras específicas para cada caso. En los casos que lo requieren, puede indicar una evaluación instrumental, como la fibroscopia de la deglución (FEES) o la videofluoroscopia, que permiten ver exactamente qué ocurre durante el acto de tragar. Diseña ejercicios para trabajar los músculos implicados, con una frecuencia mínima recomendada de 5 días por semana (NICE, NG71).

El terapeuta ocupacional trabaja el momento de la comida como actividad cotidiana: la postura en la silla (sentado recto, a 90 grados, con los pies apoyados en el suelo), el ritmo de la ingesta, la adaptación de los utensilios si hay dificultad para agarrar o controlar el cubierto, y la organización del entorno para que la comida se haga sin distracciones ni prisas.

El fisioterapeuta contribuye al control postural: si la persona no puede mantener una postura estable sentada, el riesgo de aspiración aumenta. El trabajo de tronco y equilibrio en sedestación es parte del manejo integral de la disfagia.

Un punto que muchas familias pasan por alto: la higiene oral. La acumulación de bacterias en la boca aumenta el riesgo de neumonía cuando hay aspiración. Cepillar bien los dientes, limpiar la lengua y revisar que no queden restos de comida después de cada ingesta es prevención clínica, no solo higiene estética.

Para la familia: No cambies las texturas de los alimentos ni la viscosidad de los líquidos por cuenta propia. No insistas en que 'coma normal para que practique'. Y nunca restes importancia a la tos durante las comidas: es una señal que hay que comunicar al equipo de rehabilitación.

5. Memoria, atención y organización: cuando pensar también cuesta más

El Parkinson afecta al cerebro más allá del movimiento. El deterioro cognitivo es frecuente y aparece antes de lo que muchas familias imaginan. Un metaanálisis con más de 7.000 pacientes estimó que el 40% presenta deterioro cognitivo leve, siendo la forma que afecta a varios dominios a la vez la más frecuente (Baiano et al., 2020). Aproximadamente el 30% de las personas con Parkinson desarrolla demencia a lo largo de la enfermedad (Neuropsychology Review, 2022).

Los plazos también importan: en personas con cognición inicialmente normal, aproximadamente el 25% convierte a deterioro cognitivo leve en los primeros tres años (Saredakis et al., 2019). Esto no significa que sea inevitable, pero sí que conviene estar atentos.

En casa, los cambios cognitivos se notan sobre todo en las actividades que requieren planificación y secuenciación: preparar una comida siguiendo una receta, gestionar la medicación sin equivocarse, recordar citas, manejar el dinero, organizar el día, seguir el hilo de una conversación rápida o tomar decisiones. Lo que muchas veces la familia interpreta como 'despistes normales de la edad' puede ser ya un deterioro cognitivo que está comprometiendo la seguridad y la autonomía en casa.

Incluso un deterioro cognitivo leve ya se asocia a más dificultades funcionales y a mayor carga para el cuidador. Detectarlo a tiempo permite adaptar el entorno y las rutinas antes de que las consecuencias sean más graves.

Qué hace el equipo rehabilitador

El neuropsicólogo evalúa qué funciones cognitivas están afectadas y en qué grado, y diseña un programa de rehabilitación cognitiva. Los metaanálisis disponibles muestran que el entrenamiento cognitivo mejora la cognición global, la memoria de trabajo, la memoria verbal y las funciones ejecutivas en personas con Parkinson sin demencia (Sánchez-Luengos et al., 2021). Las estrategias más útiles incluyen el entrenamiento metacognitivo (aprender a detectar los propios errores), el uso sistemático de apoyos externos y el aprendizaje de nuevas rutinas de forma estructurada.

El terapeuta ocupacional traslada esas estrategias a la vida real del domicilio. Puede diseñar junto con la familia un sistema de organización doméstica: un tablero semanal en un lugar visible

con las actividades del día, una zona fija y rotulada donde siempre estarán las llaves, el teléfono y la cartera, una caja de medicación semanal con alarma, listas paso a paso escritas y plastificadas para las rutinas más complejas, o instrucciones simples pegadas en el lugar donde se usan (por ejemplo, los pasos para apagar el gas, junto a los fogones).

El fisioterapeuta también contribuye en este dominio: la actividad física regular tiene un efecto documentado sobre la atención y la velocidad de procesamiento cognitivo. El trabajo motor y el cognitivo no son compartimentos separados.

Para la familia: *“La ayuda más útil no es hacer las cosas por la persona para que no falle. Es reducir la carga cognitiva del entorno: una sola agenda, alarmas para lo importante, un lugar fijo para cada cosa, instrucciones escritas donde hacen falta, y una tarea cada vez. Eso es más eficaz que recordarle constantemente lo que tiene que hacer.”*

6. Estado emocional y carga del cuidador: lo que más cuesta nombrar

La depresión y la ansiedad no son reacciones secundarias al diagnóstico de Parkinson. Son síntomas frecuentes de la propia enfermedad, con una base neurológica, y aparecen independientemente de si la situación exterior es objetivamente difícil o no. Un metaanálisis con más de 38.000 participantes estimó la prevalencia de depresión en el 38% de las personas con Parkinson (Cong et al., 2022). Para la ansiedad, la cifra se sitúa en torno al 31%, con el trastorno de ansiedad generalizada como el más frecuente (Broen et al.).

Esto importa por una razón clínica directa: la depresión y la ansiedad no tratadas reducen la motivación para participar en la terapia, la tolerancia al esfuerzo y la capacidad de aprender estrategias nuevas. Dicho de otra manera: si no se abordan, interfieren de forma activa en todo el proceso de rehabilitación.

Además del estado de ánimo, muchas personas con Parkinson experimentan apatía, es decir, una pérdida de iniciativa y de interés en las actividades que antes les gustaban. La apatía no es lo mismo que la depresión, aunque pueden coexistir. Y tampoco es pereza ni pasividad voluntaria. Es un síntoma neurológico. Confundirla con 'desidia' genera tensión innecesaria en la relación familiar.

La carga del cuidador: un problema clínico, no solo personal

Cuidar a una persona con Parkinson es un trabajo exigente que tiene consecuencias reales en la salud del cuidador. Un metaanálisis que incluyó 49 estudios y más de 5.000 cuidadores familiares de personas con Parkinson encontró que la carga aumenta con la mayor duración y gravedad de la enfermedad, con la presencia de síntomas neuropsiquiátricos y con el deterioro cognitivo del paciente (Zhao et al., 2024). Otra revisión sistemática añade que los predictores más claros de mayor carga son el impacto de los síntomas motores en las actividades diarias, la peor calidad de vida del paciente y la peor salud mental del propio cuidador (Lesley et al., 2025).

Esto corrige una idea frecuente pero simplista: la carga del cuidador no depende solo de lo avanzado que esté el Parkinson. Depende sobre todo de cuánto interfiere en la vida diaria y de cómo está el binomio paciente-cuidador en lo emocional.

La salud del cuidador no es un tema secundario. Es uno de los factores que más influye en la sostenibilidad del proceso de cuidado y en la calidad de vida de la persona con Parkinson. Cuidar al cuidador es parte del tratamiento.

Qué hace el equipo rehabilitador

El neuropsicólogo evalúa el estado emocional de la persona con Parkinson, diferencia entre depresión, ansiedad y apatía (que tienen abordajes distintos), y aplica intervenciones psicológicas estructuradas. También puede atender al cuidador o derivarle a apoyo psicológico específico cuando aparecen señales de agotamiento.

El terapeuta ocupacional trabaja directamente sobre la participación en actividades significativas, que es uno de los factores protectores más importantes contra la depresión y la apatía. Recuperar la capacidad de hacer cosas que tienen sentido para la persona (cuidar plantas, cocinar algo sencillo, escuchar música, salir a pasear, participar en una conversación familiar) tiene un impacto directo sobre el estado emocional. La clave es graduar las actividades para que sean posibles y satisfactorias dado el nivel de la enfermedad en cada momento.

El fisioterapeuta también contribuye: la actividad física regular tiene un efecto documentado sobre la reducción de síntomas depresivos y ansiosos en el Parkinson. No es solo rehabilitación motora.

NICE recomienda que las preferencias y el estado del cuidador familiar se incluyan de forma explícita en la planificación de los cuidados, y que se evalúe de forma periódica si está recibiendo el apoyo que necesita (NICE, NG71).

Para la familia: “Si como cuidador estás notando insomnio, irritabilidad, sensación de que no puedes más, o que has dejado de hacer cosas que antes hacías para ti, eso no es debilidad. Es una señal que merece atención. Pedir ayuda para ti es también cuidar mejor a tu familiar.”

Lo que une estos seis bloques: un equipo, un plan, un entorno

El Parkinson no es una enfermedad de un solo síntoma ni de un solo profesional. Es una condición progresiva que afecta al movimiento, a la voz, a la deglución, a la cognición y al estado emocional, y lo hace de manera diferente en cada persona y en cada etapa de la enfermedad.

Las guías internacionales más actualizadas son claras: la derivación a fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia debe producirse cuando aparecen los primeros problemas, no cuando ya son graves. El objetivo no es esperar a que la persona no pueda valerse. Es intervenir antes para que pueda valerse durante más tiempo.

Y el entorno doméstico tiene un papel clínico real. La forma en que está organizada la casa, la manera en que la familia comunica y ayuda, las rutinas que se establecen y las señales que se crean en el espacio cotidiano influyen en la evolución de la enfermedad de forma mucho más concreta de lo que suele reconocerse.

No existe un único plan válido para todas las personas con Parkinson. Existe una persona concreta, con un Parkinson concreto, en una casa concreta, con una familia concreta. Lo que funciona es evaluar esa realidad y diseñar un plan a medida.

En INDANE trabajamos con equipos formados por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas y neuropsicólogos con experiencia en enfermedad de Parkinson y daño neurológico adquirido. Si queréis saber cómo está funcionando vuestro familiar en cada una de estas áreas y qué se puede hacer, podemos ayudaros a orientar el proceso.

¿Queréis una valoración del equipo rehabilitador para vuestro familiar con Parkinson?

En INDANE podemos evaluar cada una de las áreas descritas en este artículo y diseñar un plan de rehabilitación adaptado a la fase actual de la enfermedad y al entorno doméstico de vuestra familia. Podéis contactarnos sin compromiso.

Referencias

Baiano, C., Barone, P., Trojano, L., & Santangelo, G. (2020). Prevalence and clinical aspects of mild cognitive impairment in Parkinson's disease: a meta-analysis. *Movement Disorders*, 35(1). <https://doi.org/10.1002/mds.27902>

Broen, M. P. G., et al. Prevalence of anxiety in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*.

Cochrane. (2023). Exercise for falls prevention in Parkinson's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Cochrane. Physiotherapy for Parkinson's disease: a comparison of techniques. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Cong, S., Xiang, C., Zhang, S., et al. (2022). Prevalence and clinical aspects of depression in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis of 129 studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 141, 104749. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104749>

Cosentino, G., Avenali, M., Schindler, A., et al. (2022). A multinational consensus on dysphagia in Parkinson's disease: screening, diagnosis and prognostic value. *Journal of Neurology*, 269, 1335-1352. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10739-8>

Lesley, R., Simpson, J., Dale, M., et al. (2025). Predictors of informal caregiver burden in Parkinson's disease: a systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, 47(6), 524-543. <https://doi.org/10.1177/01939459251327968>

McDonnell, M. N., et al. (2018). Lee Silverman Voice Treatment (LSVT)-BIG to improve motor function in people with Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 32(5), 607-618. <https://doi.org/10.1177/0269215517734385>

National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. Parkinson's disease in adults [NG71]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng71>

Sackley, C. M., et al. (2024). Lee Silverman voice treatment versus NHS speech and language therapy versus control for dysarthria in people with Parkinson's disease: PD COMM pragmatic RCT. *BMJ*, 386, e078341.

Sánchez-Luengos, I., et al. (2021). Cognitive rehabilitation in Parkinson's disease: a meta-analysis. *Neuropsychological Rehabilitation*.

Saredakis, D., Collins-Praino, L. E., et al. (2019). Conversion to MCI and dementia in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Parkinsonism & Related Disorders*, 65, 20-31. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2019.04.020>

Sociedad Española de Neurología [SEN]. (2024). Guía de práctica clínica para la enfermedad de Parkinson. sen.es

Torres-Sánchez, I., et al. Meta-analysis of speech-language therapy in Parkinson's disease.

Van Bladel, A., et al. (2023). Proportion of falls reported in persons with Parkinson's disease: a meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 37(9), 1260-1277. <https://doi.org/10.1177/02692155231158565>

Wood, B. H., et al. Incidence and prediction of falls in Parkinson's disease: a prospective multidisciplinary study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*.

Zhao, Y., Wu, W., Wu, J., et al. (2024). Risk factors and intervention of caregiver burden in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, 33, 1753-1766. <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03616-0>