



N.º 55 • OTOÑO/2009

# Alzheimer

Asociación  
Nacional del  
Alzheimer

*Siempre,  
una luz  
de esperanza*

---

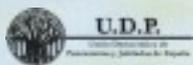
21<sup>de</sup> SEPTIEMBRE  
DÍA MUNDIAL  
<sup>del</sup> ALZHEÍMER

---

[www.afal.es](http://www.afal.es)

CEOMA

Comisión Española de Organización de Industrias



COMISIÓN ESPAÑOLA DE ALTOSES  
PROFESIONALES Y ECONÓMICOS

# Una sola pulsación equivale a miles de latidos

**El nuevo Emporia Life de Vodafone  
te ofrece tranquilidad a ti y a los tuyos**

Ahora, el nuevo Emporia Life, de fácil uso, tiene incorporado en su parte trasera un botón de emergencia donde podrás memorizar los cinco números más importantes (familia, amigos, asistencia personal...) para que estés atendido siempre que lo necesites.

Llévate tu teléfono Emporia Life por 0€\*. Consíguelo en [www.tienda.vodafone.es](http://www.tienda.vodafone.es) o llamando al 902 535 300

**Es tu momento. Es Vodafone.**





**N.º 55 • Otoño/2009**

**En portada:**

Cuando el día se apaga, encendamos una luz para seguir adelante. Eso es esperanza.

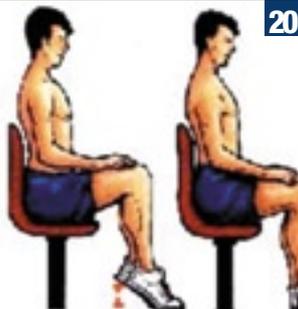
**Qué es  
Localizadores  
para personas  
extraviadas**



**Entrevista  
Javier Sánchez-Caro**



**Cuidados de enfermería  
Técnicas de manipulación  
a las personas encamadas**



**Rúbrica  
El río  
de la vida**



<b>editorial</b> .....	<b>4</b>
<i>Blanca Clavijo Juaneda, Presidente de AFALcontigo.</i>	
<b>hoj escribe...</b> .....	<b>6</b>
<i>Siete dudas, desde la ciencia, sobre la enfermedad de Alzheimer (II) Alfredo Rodríguez del Álamo.</i>	
<b>flashes</b> .....	<b>10</b>
<b>informe</b> .....	<b>11</b>
<i>La incontinencia urinaria en los pacientes con enfermedad de Alzheimer Carlos Verdejo Bravo.</i>	
<b>rúbrica</b> .....	<b>14</b>
<i>El río de la vida Ramón Conde Asorey.</i>	
<b>entrevista</b> .....	<b>16</b>
<i>Javier Sánchez-Caro</i>	
<b>cuidados de enfermería</b> .....	<b>20</b>
<i>Técnicas de manipulación a las personas encamadas Juan S. Martín Duarte.</i>	
<b>psicología</b> .....	<b>22</b>
<i>Situaciones conflictivas en la relación terapeuta-cliente Manuel Nevado.</i>	
<b>trabajo social</b> .....	<b>23</b>
<i>Consejos para quien me cuida Eva López Alonso.</i>	
<b>actividades y noticias</b> .....	<b>24</b>
<b>voluntariado</b> .....	<b>32</b>
<b>G.A.M.A.</b> .....	<b>34</b>
<b>un rato para leer</b> .....	<b>35</b>
<b>vivencias</b> .....	<b>36</b>
<i>Los días de ayer María Aixa Sanz.</i>	
<b>qué es...</b> .....	<b>37</b>
<i>Localizadores para personas extraviadas Abilio Caetano.</i>	
<b>cursos y talleres</b> .....	<b>41</b>
<b>avisos</b> .....	<b>42</b>

La Asociación Nacional del Alzheimer (AFALcontigo) no se hace responsable del contenido de cartas o artículos publicados. Tampoco de los anuncios publicitarios insertados en nuestra revista, ni avala su veracidad. Los interesados deben comprobar por sí mismos la realidad o no de las condiciones y bondades de los productos publicitados, especialmente cuando se trate de residencias y centros de día. AFALcontigo cuenta con un listado, a disposición de los socios, de residencias que han sido visitadas por nosotros y que, a título sólo orientativo, nos parecerían aptas para atender a un enfermo de Alzheimer.

**Asociación Nacional  
del Alzheimer**

**http://www.afal.es**  
**E-mail: revistalzheimera@afal.es**

Declarada de Utilidad Pública Municipal en el Registro de Entidades Ciudadanas del Ayuntamiento de Madrid, con el n.º 01854

**JUNTA DIRECTIVA:**

- Presidente:** Blanca Clavijo Juaneda.
- Vicepresidente:** Matilde Ráez Colorado.
- Secretaria:** Margarita Ventura Cuevas.
- Tesorera:** Concepción Casado Revilla.
- Vocales:** Jaime Conde, Pilar Cabrera Vidal, Carlos Cuadrado Cea.
- Dirección:** M.ª Jesús Morala del Campo.

AFALcontigo es marca registrada con el n.º 2.483.844

General Díaz Porlier, 36  
28001 Madrid

**Teléfonos:** 902 99 67 33  
91 309 16 60

**Fax:** 913 091 892

**Colaboraciones:** Blanca Clavijo Juaneda, Alfredo R. del Álamo, Carlos Verdejo Bravo, Carmen Ferrer Arnedo, Javier Sánchez-Caro, Juan S. Martín Duarte, Manuel Nevado, Eva López, Virginia Silva, Luis Redondo, María Aixa Sanz, Abilio Caetano.

**Publicidad:** AFALcontigo  
Tel.: 902 99 67 33 – Fax: 913 091 892

**Preimpresión e impresión:**  
Gráficas Arias Montano, S. A.  
28935 MÓSTOLES (Madrid)

**Depósito Legal:** M. 5.064-1996



Blanca Clavijo Juaneda  
Presidente de AFALcontigo

# Día Mundial del Alzheimer, 21 de septiembre

¿Día mundial de qué? A este paso llegará un año en que ni nos acordemos de qué día mundial estamos celebrando.

El editorial de septiembre siempre tiene una connotación especial de celebración porque se escribe en verano y se escribe para la revista del trimestre en el que, un año más, se pretende recordar los miles de afectados por esta patología que sigue in crescendo

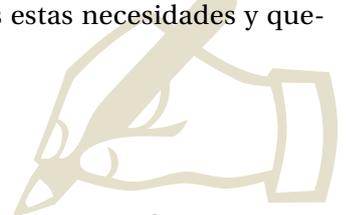
Un año más, hasta que la investigación nos de una alegría, seguimos abocados a reclamar más atención, más recursos, más ayudas, más servicios, más leyes, más comprensión, más organización... En definitiva, más RESPONSABILIDAD.

Año tras año, repetimos las mismas cosas, nada cambia, hay una vuelta atrás en esas RESPONSABILIDADES porque no se sabe quién debe dar la respuesta. Ahora parece que la culpa de todo la tiene la Ley de Dependencia, que o no funciona o no se aplica bien, según el periódico que uno lea, pero ¿qué pasa con los hospitales, con las unidades de geriatría, o con las unidades de memoria, como la del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, que parece toca a su fin?

Bonita celebración para el 21 de septiembre, Día Mundial de Alzheimer. Anunciaremos con bombo y platillo el cierre de la Unidad de Memoria de uno de los Hospitales más emblemáticos de Madrid ¿A quién corresponde esta decisión, la responsabilidad por este error? Bajen cabezas, que nadie responde. Suponemos que del gerente para arriba.

Me gustaría que se informara a las familias de las verdaderas razones del cierre de esta unidad. Volvemos a las medidas gerontofóbicas; al fin y al cabo, aunque el Alzheimer no sea una enfermedad exclusiva de los ancianos, sí lo es en su mayoría.

Perdonen la acritud de este editorial pero es desesperante recibir, semana tras semana, una media de 300 e-mails de denuncia y no poder dar respuesta a estas necesidades tan reales que todos tenemos. AFALcontigo seguirá siendo un vehículo conductor de todas estas necesidades y quejas, un año más, este 21 de septiembre.



**Blanca Clavijo Juaneda**  
Presidente de AFALcontigo

# Delamano

## CENTROS DE DIA

Terapia ocupacional

Fisioterapia  
y rehabilitación

Asistencia  
Médica  
Personalizada

Asistencia Social

Horarios Flexibles  
(07:30 a 19:30 horas)

Transporte opcional adaptado

Comunicación diaria con los familiares



C/ Mártires Concepcionistas, 11 post.  
28006 MADRID  
Tel: 91 444 90 75

C/ Velayos, 26 Bajo. 28035 MADRID  
Tel: 91 316 16 16  
(frente a Urgencias de Clínica Puerta de Hierro)  
info@delamano.net

C/ Peñuelas, 60 Local. 28005 MADRID  
Tel: 91 473 73 33  
www.delamano.net

DALE ESPERANZA A LOS DEMÁS



**BANCO DE TEJIDOS  
PARA INVESTIGACIÓN  
NEUROLÓGICA**

**Madrid**  
Tels. 91 394 13 26  
608 48 26 64 (24 horas)  
Fax 91 394 13 29

Las enfermedades del sistema nervioso (demencias, Alzheimer, epilepsia, Parkinson y movimientos anormales, enfermedades desmielinizantes, cerebro-vasculares, del músculo y nervio, toxicomanías, enfermedades psiquiátricas, etc.) son enfermedades muy frecuentes de las que cada vez se sabe más, pero de las que todavía queda mucho por descubrir.

Estas enfermedades pueden afectar a nuestros hijos, a nuestra familia y a nuestros amigos.

Para poder avanzar en este camino es necesario el esfuerzo de todos. No sólo el de los investigadores que trabajan para que los enfermos actuales tengan mejor calidad de vida y para que en el futuro haya cada vez menor número de ellos, sino también el nuestro, que es tan importante como el primero, ya que sin nuestra ayuda no podría continuar con su labor. ¿Cómo podemos ayudar nosotros? La respuesta es fácil:

## CEDE TU CEREBRO PARA LA INVESTIGACIÓN

De este modo seguiremos siendo útiles incluso cuando creemos que ya no podemos serlo, salvaremos vidas. Lo que pedimos no es costoso, ni exige esfuerzo, ni sacrificios de ninguna clase, simplemente pedimos que se tome una decisión en la que podemos participar todos sin exclusión (niños, jóvenes o ancianos; sanos o enfermos...) y que beneficiará a todos, incluso a ti.

## HAZ QUE TU VIDA SIGA TENIENDO SENTIDO

Tras la muerte tu cerebro hará posible que siga habiendo esperanza, una esperanza que podemos construir entre todos. Muchas veces nos preguntamos cómo podríamos contribuir para que este mundo sea cada vez mejor sin pararnos a pensar que la respuesta la tenemos muy cerca; nosotros, enfermos y familiares sanos que creemos que no podemos hacer nada, podemos lograr que nuestra vida tenga más sentido aportando nuestro cerebro tras la muerte para que la investigación avance.



Dr. Alfredo del Álamo  
Silver Plate Foundation  
of Neurosciences

# Siete dudas, desde la ciencia, sobre la enfermedad de Alzheimer **y II**

Cada caso de alzhéimer debe ser considerado individualmente, ya que “no hay enfermedad, sino enfermos”. Sin embargo, los afectados por la enfermedad de Alzheimer (EA) y sus familiares presentan unas dudas que suelen ser comunes. A continuación seguimos respondiendo a algunas de tales cuestiones basándonos en lo que la ciencia conoce actualmente.

## Padecer hipertensión arterial y/o diabetes, ¿es factor de riesgo para la EA?

Sí. Según el neurólogo Dr. Montine, de la Universidad de Washington, hasta en un 21% de los casos de EA se detectan microdaños en los pequeños vasos cerebrales, provocados por mínimos y múltiples ictus (accidentes cerebro-vasculares) causados por la hipertensión arterial (HTA), que aparece ya en la etapa media de la vida, y por la diabetes no controlada (se puede consultar en los estudios OSCAR, Uppsala, etc.).

## ¿Qué son los medicamentos “neuroprotectores” para la EA?

Son un grupo muy dispar de fármacos que, a través de diferentes medios, intentarían proteger a las neuronas de la degeneración y de la muerte. Pero hemos de advertir que sus resultados clínicos son escasos, muy cuestionables o no bien contrastados científicamente (por ejemplo, véase el estudio de la Dra. de la Serna de Pedro, del Hospital Ramón y Cajal, o, en USA, el estudio de la Universidad de Washington del año 2003).

“

*Cada caso de alzhéimer debe ser considerado individualmente, ya que “no hay enfermedad, sino enfermos”.*

”

Como neuroprotectores, podemos citar los antioxidantes (vitamina E, selegilina), anti-inflamatorios no esteroideos AINES (indometazina, prednisona, ibuprofeno), otros antiinflamatorios (rofecoxib, celecoxib), vasodilatadores cerebrales (hidergina, nicardipino, anticoagulantes), nootropos (piracetam, citicolina), ginkgo biloba, estrógenos y antilipemiantes (contra el colesterol).

## El tratamiento contra el colesterol, ¿es neuroprotector?

Pudiera ser que sí, ya que el colesterol contribuye a aumentar la síntesis de la proteína beta-amiloide, lo que termina dañando a la neurona. En una importante investigación llamada ACT-Study, publicada en la revista Neurology del 2007, se ha encontrado que si a los pre-pacientes “de riesgo” de EA se les aplica una estrategia preventiva a base de terapia con estatinas (medicamento anti-colesterol), presentan una ligera disminución del riesgo de desarrollar EA y, si lo hacen, presentan menos ovillos neurofibrilares y menos placas amiloides.



## ¿Es cierto que en el alzhéimer se alteran las proteínas de las neuronas?

Sí. La EA muestra dos importantes proteínas anómalas que funcionan como tóxicos para las neuronas cerebrales, destruyéndolas: la beta-amiloide y la tau. La primera actúa desde fuera de la célula,

“ *La EA muestra dos importantes proteínas anómalas que funcionan como tóxicos para las neuronas cerebrales, destruyéndolas: la beta-amiloide y la tau* ”

la segunda desde dentro. Hasta ahora los medicamentos contra la EA trataban de controlar la producción de proteínas beta-amiloides patógenas, y sus resultados terapéuticos han sido discretos. Pero, desde hace pocos años, diversos grupos de trabajo (por ejemplo la Dra. Ana Martínez, del CSIC español, sobre las tiadiazolidindionas y, en Escocia, la Universidad de Aberdeen) se han centrado en investigar la proteína tau, en concreto para inhibir su fosforilación e impedir así la formación de los ovillos neurofibrilares.

## El ejercicio moderado, ¿es un “antídoto” contra el alzhéimer?

Directamente, no. Según un estudio realizado en el Hospital S. Orsola, de Bologna, en Italia, el hecho de realizar actividades diarias tales como pasear, cuidar el jardín, etc, mejoran el rendimiento psicofísico en ancianos sanos y reduce el riesgo de llegar a padecer demencia de tipo vascular, pero no se reduce el riesgo de desarrollar demencia de

*Sillas de Ruedas*  
*Material de Rehabilitación*  
*Camas Articuladas*

*Supresión de Barreras Arquitectónicas*  
*Asistencia Técnica* *Servicio Post Venta*  
*Material Antiescaras*

**ORTOAYUDAS SL**

**Ayudas Técnicas para Minusválidos**

**Venta y Alquiler**

Central:  
Av/Buenos Aires 2,  
C/v Avda. Albufera  
Tfn: 91 380 60 22  
Fax: 91 778 13 47

Leganés:  
C/Panades 14  
Frente Ambulatorio Zarzaquemada  
Tfn: 91 686 73 06  
Fax: 91 687 30 30

[www.ortoayudas.com](http://www.ortoayudas.com)

“ *Los síntomas psiquiátricos mayores (alucinaciones, delirios, agresividad, agitación nocturna) de los enfermos con alzhéimer deterioran la convivencia con sus familiares y aumentan la sobrecarga del cuidador.* ”

“ *Se están poniendo a punto pruebas del riesgo de padecer alzhéimer en una persona aún sin síntomas, a través del análisis de una serie de marcadores genéticos (más de 10 propuestos).* ”

tipo alzhéimer. Aunque siempre es positivo llevar una vida activa física, social y mental porque el paciente está en las mejores condiciones posibles para sobrellevar el alzhéimer, en el caso de que se presente

## ¿Por qué hay controversia sobre el uso de los antipsicóticos en la EA?

Porque, por una parte, sabemos que los síntomas psiquiátricos mayores (alucinaciones, delirios, agresividad, agitación nocturna) de los enfermos con alzhéimer deterioran la convivencia con sus familiares y aumentan la sobrecarga del cuidador más que los síntomas cognitivos clásicos (amnesia, afasia, apraxia, agnosia, etc). Por ello, el uso de antipsicóticos, o sea los neurolépticos atípicos tales como la risperidona y otros, facilitan e incrementan la calidad de vida del enfermo y sus familiares.

Pero, por otra parte, diferentes estudios resumidos en las revisiones sistemáticas de la Cochrane Library en 2008, han puesto de relieve que estos medicamentos se asocian con un aumento significativo, hasta de un 40%, de la mortalidad a largo plazo de estos enfermos y con incremento de patologías como ictus, mayor deterioro de la función cerebral, edema, infección torácica, etc. El dilema consiste en que, hoy por hoy, no existen otros medicamentos eficaces contra los síntomas psicóticos, aparte de los neurolépticos. ■

**Oferta especial de UN MES de estancia gratuita al año para socios de AFALcontigo**

**SERVICIOS ASISTENCIALES**

- Valoración geriátrica integral
- Control y supervisión médica
- Fisioterapia y rehabilitación
- Atención psicológica y social
- Terapia ocupacional
- Servicio de estancias diurnas
- Actividades de ocio y tiempo libre
- Restauración bajo supervisión médica

**SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

- Vigilancia permanente
- Podología
- Peluquería
- Cafetería y comedores propios
- Biblioteca
- Servicio de lavandería
- Limpieza
- Servicio religioso

**Sergesa Boadilla**  
Residencia y Centro de Día para personas mayores

**C/ Severo Ochoa nº 8**  
28660 Boadilla del Monte (Madrid)  
Telf: 91 495 28 60  
Fax: 91 633 67 59  
email: s.boadilla@sergesa.com

**Sergesa**  
BOADILLA, S.A.

\*Sergesa Boadilla ocupa el quinto lugar dentro de las veinte mejores Residencias de España\*, según estudio elaborado por Jubilo Comunicación



**grupoamma**  
centros gerontológicos

## Nuestro compromiso, las personas

Estar a la vanguardia  
en innovación  
no nos ha hecho  
restarle importancia  
a un pequeño gesto.

M<sup>a</sup> Jesús García  
Enfermera de Amma



### Servicios:

- ▶ Estancias permanentes
- ▶ Estancias temporales
- ▶ Centro de día
- ▶ Consultas externas
- ▶ Formación
- ▶ Unidades de Alzheimer

### Información y reservas:

**902 100 999**  
[www.amma.es](http://www.amma.es)



AMMA RECURSOS ASISTENCIALES  
ha obtenido el certificado ISO 9001:2000  
de Gestión de la Calidad.





# flashes



Curso a familiares. Ponente: Dr. Alfredo Bohórquez



Encarnita, voluntaria de la asociación, atendiendo la Recepción



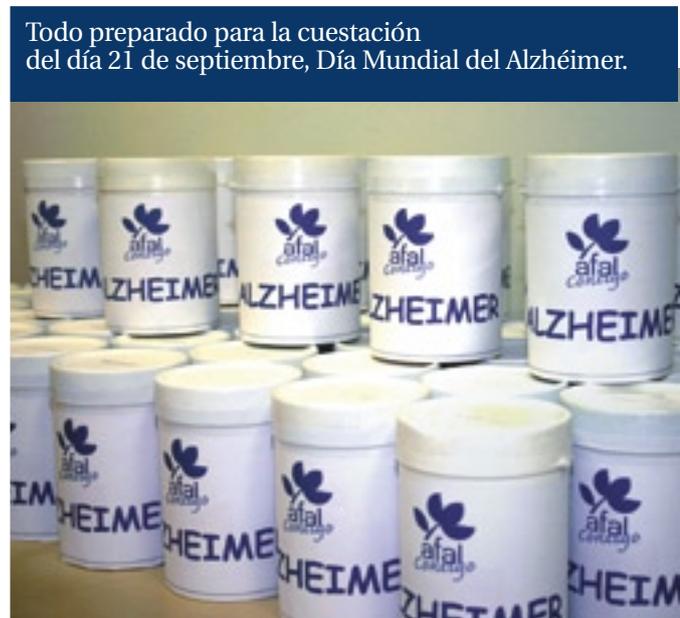
Nuestra querida Susana Lara, administrativa de AFALcontigo, en un momento de su trabajo.



Masaje sacrocraneal. Terapeuta: Amada Atienza



Taller de Musicoterapia en la sede de la asociación



Todo preparado para la cuestación del día 21 de septiembre, Día Mundial del Alzheimer.



# La incontinencia urinaria en los pacientes con enfermedad de Alzheimer



Carlos Verdejo Bravo

Servicio de Geriátría del Hospital Clínico San Carlos

Profesor Asociado de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

Coordinador del Observatorio Nacional de la Incontinencia

La incontinencia urinaria es un problema que suele afectar a los pacientes con mayor comorbilidad, destacando en los estudios epidemiológicos, como factores de riesgo más frecuentemente asociados a ella, la patología neurológica (*especialmente la demencia, el ictus y la enfermedad de Parkinson*) y el deterioro funcional (*sobre todo la necesidad de ayuda para vestirse-desvestirse y la inmovilidad*)<sup>(1,2)</sup>.

Con respecto a la presentación de incontinencia urinaria en los pacientes con enfermedad de Alzheimer, se ha comunicado una prevalencia variable entre el 11-90%, dependiendo de la metodología empleada para su valoración, especialmente de las definiciones aceptadas, demostrándose que la incontinencia es significativamente más frecuente en los pacientes con demencia (en torno al 50%), comparados con los pacientes sin demencia (13-15%)<sup>(3)</sup>.

Si bien las consecuencias de la incontinencia pueden ser diversas (*úlceras cutáneas, sobreinfecciones de la piel, caídas, ansiedad, depresión, pérdida de autoestima, aislamiento social, asistencia en el autocuidado, mayor necesidad de cuidados, etc.*), cuando esta condición patológica se presenta en el paciente con demencia, se incrementa de una forma dramática el grado de dependencia con sobrecarga del cuidador, lo cual resulta en una mayor tasa de institucionalización<sup>(3-5)</sup>.

Varios son los mecanismos patogénicos implicados en la pérdida de la continencia que sufre el paciente con enfermedad de Alzheimer, desde la alteración de alguno de los requisitos básicos para su mantenimiento (*como el reconocimiento e interpretación del deseo miccional, la localización del retrete, la falta de destreza en la utilización del retrete o en el manejo de la ropa, etc*), la aparición de hiperactividad vesical por la alteración neurológica (pérdida de la inhibición del

deseo miccional), el desarrollo de alguna complicación médica (sobre todo delirium, descompensación de sus patologías de base), pasando por los fármacos que utilizan estos pacientes (no hay que olvidar la acción de algunos psicofármacos sobre la dinámica miccional) e incluso la influencia de factores externos (las barreras ambientales o sociales a las que puedan estar sometidos estos pacientes). Además, algunos autores han comunicado que la frecuencia y severidad de la incontinencia son mayores conforme progresa la gravedad de la enfermedad de Alzheimer y se deteriora la movilidad (incapacidad para deambular o efectuar las transferencias)<sup>(3,6)</sup>.

Indudablemente, la asociación de demencia e incontinencia genera una mayor complejidad en el manejo del paciente, requiriendo más cuidados y de

“La frecuencia y severidad de la incontinencia son mayores conforme progresa la gravedad de la enfermedad de Alzheimer y se deteriora la movilidad.”



“ *La incontinencia es significativamente más frecuente en los pacientes con demencia (en torno al 50%), comparados con los pacientes sin demencia (13-15%).* ”

una mayor intensidad. Obviamente, en estos casos habrá que individualizar mucho más el esquema de tratamiento, para tratar en todos los casos de mejorar la Calidad de Vida del paciente y reducir la severidad de la incontinencia o de sus consecuencias.

En esta línea, las medidas generales constituyen el pilar básico para su atención integral, tanto por su alta efectividad como por la ausencia de efectos adversos, debiendo contemplarse inicialmente las recomendaciones higiénico-dietéticas (*reducir el consumo de sustancias excitantes, modificar el patrón de ingesta líquida, corregir el estreñimiento, mejorar la movilidad*); el cambio de algún tratamiento que altere la dinámica miccional (*diuréticos, psicofármacos, alfa-bloqueantes*); las recomendaciones sobre el tipo de ropa (*sistemas de apertura y cierre sencillos*); la intervención ambiental (*suprimir las barreras arquitectónicas, facilitar la identificación del retete con luminosos, señales, favorecer la accesibilidad al retete, adaptar el baño, utilizar sustitutos...*) (1,7).

Además de estas medidas generales, se pueden plantear en algunos pacientes seleccionados las técnicas de modificación de la conducta, las cuales persiguen fomentar un cambio en la conducta del paciente (o del cuidador), tratando de restablecer un patrón normal de vaciamiento vesical (cuando sea posible) o reducir el número de escapes. Estas técnicas se consideran sencillas, no invasivas y bastante efectivas en el manejo de la incontinencia. En los pacientes con incontinencia y demencia, los métodos conductuales más utilizados son el entrenamiento del hábito miccional (*“bladder training”*), la anticipación de la micción (*“prompted voiding”*) y las micciones programadas (*“timed voiding”*) (3). Se considera que los pacientes con mayores posibilidades de responder

## Bibliografía

- 1) SHAMLIYAN T., WYMAN J., BLISS DZ, KANE RL., WILTZ T.J. (2007). *Prevention of urinary and fecal incontinence in adults*. Evid Rep Technol Asses (Full Rep); (161):1-379.
- 2) INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY. *Third International Consultation on Incontinence*. Plymouth (U.K.). Plymbridge Distributors Ltd. (2005).
- 3) YAP P., TAN D. *Urinary incontinence in dementia. A practical approach*. Aust Fam Physician (2006); 35: 237-41.
- 4) Gammack J.K. *Urinary incontinence in the frail elder*. Clin Geriatr Med (2004); 20: 453-67.
- 5) UPTON N., REED V. *The meaning of incontinence in dementia care*. Int J Psychiatr Nurs Rev; (2005); 11: 1200-10.
- 6) VERDEJO C. *Urinary and faecal incontinence and dementia*. Rev Clin Gerontol (2004);14:1-8.
- 7) TEUNISSEN TA., DE JONGE A., VAN WEEL C., LAGRO-JANSSEN AL. *Treating urinary incontinence in the elderly – conservative therapies that work: a systematic review*. J Fam Pract (2004); 53: 25-32.
- 8) DUBEAU C. *Urinary incontinence*. In COBBS E.L., DUTHIE E.H., MURPHY J.B. eds *Geriatrics Review Syllabus: a core curriculum in Geriatric Medicine*. 5th ed. (Spanish edition). Barcelona. Medical Trends S.L. (2002). 101-112.
- 9) OUSLANDER J. *Intractable incontinence in the elderly*. BJU International (2000); 85, Suppl 3, 72-8.
- 10) ENGBERG S., SEREIKI SM, McDOWELL BJ., WEBER E., BRODAK I. *Effectiveness of prompted voiding in treating urinary incontinence in cognitively impaired homebound older adults*. J Wound Ostomy Continence Nurs. (2002); 29: 252-65.
- 11) SAKAKIBARA R., UCHIYAMA T., YAMANISHI T., KISHI M. *Dementia and lower urinary dysfunction: with a reference to anticholinergic use in elderly population*. Int J Urol (2008); 15: 778-88.

“ *La asociación de demencia e incontinencia genera una mayor complejidad en el manejo del paciente, requiriendo más cuidados y de una mayor intensidad.* ”



a la técnica de micciones anticipadas son aquellos que orinan menos de ocho veces al día y que suelen ser continentes en más del 75% de las micciones (8). Aquellos pacientes que van a responder bien, pueden ser identificados de una forma sencilla tras un ensayo de tres días de intervención conductual, sin mayor extensión diagnóstica (9).

De estas técnicas, la anticipación de la micción (*"prompted voiding"*) es la que cuenta con mayor evidencia científica (3,10). El objetivo de esta técnica es estimular al paciente para ser continente a través de valoraciones periódicas por parte de los cuidadores (basándose en un diario miccional), utilizando sistemas de refuerzo positivo para lograr que el paciente orine antes de que pueda sufrir el escape.

Cuando los métodos conductuales no son suficientes por sí mismos, se puede añadir medicación con acción anticolinérgica que reduzca el número de contracciones involuntarias y que aumente la capacidad vesical. La elección del agente farmacológico se basa en su efectividad, en los efectos colaterales y en el perfil del paciente, de cara a evitar reacciones adversas (11). La decisión de emplear tratamiento conductual aislado, tratamiento farmacológico ó ambos a la vez, depende de varios factores del paciente como son la capacidad mental para ser instruido y

adherirse al esquema de tratamiento propuesto, la percepción de severidad o no de su incontinencia y las preferencias del paciente. Los fármacos relajantes de la musculatura vesical, utilizados conjuntamente con el tratamiento conductual, pueden mejorar los resultados en pacientes incapacitados. No obstante, hay que recordar que los fármacos con acción anticolinérgica pueden empeorar la función mental del anciano con demencia.

Finalmente, destacar que en pacientes seleccionados se pueden utilizar una serie de medidas dirigidas a ofrecer cierto grado de confort o facilitar el manejo de la incontinencia. Las medidas más comunes son los absorbentes, los colectores externos (en varones sin obstrucción al tracto de salida), y los catéteres vesicales.

Me gustaría concluir con un mensaje que trasladamos a los pacientes desde el Observatorio Nacional de la Incontinencia. Aunque el paciente sufra una enfermedad de Alzheimer y haya perdido el control de la continencia urinaria, no deberíamos adoptar una actitud estoica ante este hecho, sino que le deberíamos ofrecer una valoración y atención integral, eligiendo aquellas medidas más adecuadas para cada caso, buscando siempre el mayor grado de confort y Calidad de Vida posible. ■

www.vitalger.com  
 losllanos@vitalger.com  
 Estamos cerca de usted:  
 A-VI, salida 39  
 C/ Miguel de Cervantes, 2  
 Alpedrete  
 Tel: 91 851 08 88  
 Autobús: línea 680 y 681  
 Intercambiador de Moncloa  
 Cercanías RENFE:  
 Estación Los Negrales

**Centro de Día.** *Un lugar para Descansar. Un Lugar para Vivir*

Residencia geriátrica **vital**  
**Los Llanos**

*Este verano abrimos por vacaciones.  
 Porque todos nos merecemos un descanso*

## El río de la vida

Nace allá, en la alta montaña, en los manantiales. Su madre lo expulsa a través de pequeñas grietas y él, alimentado por las abundantes lluvias, corretea por las vaguadas y barranqueras, ahora un rápido, después un descanso en la poza para, finalmente, volver a correr hasta la cascada en cuyo cuenco se duerme.

El curso alto sigue así jugueteando por las fuertes pendientes, jóvenes y tortuosas, lo que no le impide adornarse con musgos y algas mientras se va cargando de sedimentos y nutrientes para alimentar, más abajo, en la pubertad, las más hermosas plantas de exuberante follaje. Así llega al valle, el curso medio, donde se remansa, asien-

ta la cabeza y se empareja con su mayor afluente que le viene de la sierra vecina. Ambos, unidos, se prestan a regar las tierras de labor, dar de beber a los hombres y colaborar en el proceso industrial y generador de energía que, en ocasiones, muestra su ingratitud devolviéndola sucia o, lo que es peor, cargada de venenos.

Desde los embalses, alimenta con generosidad los canales que de él parten y que se independizan siguiendo su propio camino pero reservando parte de sus caudales para dar vida a la abundante biodiversidad de aguas abajo, que de él depende. Esa vida, que pasea libre o permanece escondida entre los guijarros, en las raíces de la



vegetación de las riberas o en las rocas y oquedades del fondo, también enriquece su potencial nutriente, su experiencia en el fluir.

A veces, con las fuertes lluvias, se crece, inundando la vasta llanura que otrora fecundaba y que ahora, con enfado, trata de recuperar al invasor: el hombre con su ladrillo, su gran enemigo. Tras el aviso, baja, se tranquiliza y vuelve a su cauce normal advirtiéndolo al humano incorregible: ¡no lo vuelvas a hacer! ..., como si sirviera.

Cansado ya, llega al curso bajo, acercándose torpe y lento al estuario donde va depositando toda la carga acumulada en su largo camino, un rico sedimento que crea el humedal, espacio amplio y tranquilo, donde crece el carrizo bien alimentado por los nutrientes que arrastra y que invita al descanso de las aves y a la reproducción de los peces. Es ahí donde los alevines absorben toda su experiencia y toman fuerzas para remontarlo y comenzar otra vez. Mientras, en la interfase, el anciano río se va mezclando poco a poco a través de la cuña salina hasta diluirse en el océano del que nacerán nuevas aguas que completarán el

ciclo hidrológico, un círculo vital para el planeta e indispensable para nuestra permanencia en él.

El río es metáfora perfecta del discurrir de la vida. Yo te diría, lector: siéntate al borde del humedal y, mientras contemplas las aves y el arrullo del viento en el cañaveral, pregúntale al anciano río: *¿he hecho bien usando tus aguas y devolviéndote las sobrantes en buen estado ecológico?, ¿he hecho bien derivándolas para regar mis campos?, ¿he hecho bien aprovechando la energía de tu juventud sin secar tus cauces ni provocar grandes variaciones en tu nivel?, ¿he hecho bien alejándome de tu espacio natural para construir mi casa?, ¿he hecho bien embalsando los grandes caudales del invierno para aprovecharlos en la sequía del estiaje?, ¿he hecho bien compartiéndote con los que están más alejados de tu cauce?... Y, si lo hiciste con orden y medida, te responderá a todo que sí.* ■

**Ramón Conde Asorey**

*Director Técnico de la Unidad de Ingeniería del Agua, de INYPSA*



## En el momento más difícil



## Confíe en nuestra ayuda

Una completa organización funeraria que ofrece la más alta calidad en sus instalaciones y servicios, orientados a la ayuda familiar personalizada.

Atención familiar 24 horas **902 100 225 - 902 122 242**

[www.parcesa.es](http://www.parcesa.es)

**Precios especiales a los socios de AFALContigo**

SERVICIOS FUNERARIOS TANATORIOS CREMATORIOS PARQUE CEMENTERIO

<p><b>Funeraria</b> Antonio Cabrerón, 69 28034 MADRID. Tel. 91 729 12 80 Fax. 91 729 02 15</p>	<p><b>Funeraria - Tanatorio Crematorio - Parque Cementerio</b> Autovía de Madrid a Colmenar. Salida 20 28100 ALCOBENDAS (Madrid). Tel. 91 806 18 00 Fax. 91 806 18 04</p>	<p><b>Funeraria - Tanatorio - Crematorio</b> Ctra. de Alpedrete s/n 28400 COLLADO VILLALBA (Madrid). Tel. 91 850 03 83 Fax. 91 849 02 60</p>	<p><b>Funeraria</b> Migot, 23 28470 CERCEDILLA (Madrid). Tel. 91 852 55 88 Fax. 91 852 55 88</p>
--	---	--	--



# Javier Sánchez-Caro

*Responsable del Área de Bioética y Derecho Sanitario.*

*Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid*

*Javier Sánchez-Caro, abogado, pertenece al Cuerpo Superior de Letrados de la Seguridad Social y ha ocupado diferentes cargos en la administración sanitaria de España.*

*Es profesor universitario y coordina el Master de Derecho Sanitario en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Es miembro de varios comités ético-asistenciales y autor de varios libros relacionados con el derecho sanitario. Así que posee toda la autoridad para resolver nuestras dudas respecto a estos temas. Muy amablemente, nos recibe en su despacho de Madrid.*

**Pregunta:** ¿Cuáles son las funciones de la Unidad de Bioética y cuándo se creó?

**Respuesta:** Se creó hace unos seis años y tiene, fundamentalmente, tres ejes. Uno, de carácter administrativo, de control de todos los comités de ética de la Comunidad de Madrid. En esta Unidad los acreditamos, los controlamos y, al mismo tiempo, les ayudamos a todo lo que está dentro de nuestras posibilidades.

Otro consiste en ayudar a la Consejería en todo lo que se refiere a la elaboración de proyectos normativos que tengan transcendencia bioética; por ejemplo, todo lo que se refiere a los derechos de los pacientes; el último ejemplo concreto de esto es la contribución a la Ley de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, que incluye eso que la gente llama "testamento vital", en expresión angloamericana que, aunque no es la más adecuada, parece que está triunfando.



Y tenemos también un programa de asesoramiento *on-line*, de suerte que cualquier médico u otro profesional sanitario, mediante una coordinación establecida, puede preguntarnos directamente cualquier duda acerca de cualquier conflicto que tenga en su relación clínica. Le contestamos inmediatamente. El 8 de octubre presentamos, además, la primera monografía de los casos simbólicos que hemos juzgado más importantes, en formato libro, que recoge las recomendaciones y dictámenes más importantes, y que va dirigido a la Administración, a los médicos, a los profesionales sanitarios en general y a los pacientes, combinando lo bioético y lo normativo.

**P.-** La suya es una labor muy atractiva pero ¿beneficia realmente al ciudadano? ¿se le escucha a la hora de tomar decisiones?

**R.-** No sólo se le escucha sino que el ciudadano está integrado en los comités de ética. Por ejemplo, tengo el honor de formar parte del Comité Ético del Hospital de Parapléjicos de Toledo, de muy reciente creación, y a él pertenecen también ciudadanos no profesionales de la sanidad.

Hay que tener en cuenta que si el comité tiene verdaderamente autoridad —que no potestad—, si vive, es por el valor de sus argumentos, no por la potestad de imponerlos. No se trata de vencer sino de convencer. Un comité no releva de responsabilidad al médico, que es el que, en definitiva, tiene que tomar la decisión, pero asesora y ayuda.

**P.-** La ética, por ser parte de la filosofía, tiene mucho de subjetivo. ¿Cómo consiguen alejar su trabajo de un ideario en concreto?

**R.-** Bueno, eso es relativamente sencillo si se enfoca de la forma debida. El primer pilar de la ética es la creencia, de buena fe, de que actuamos bien. Naturalmente,

“*No se trata de vencer sino de convencer. Un comité no releva de responsabilidad al médico, que es el que, en definitiva, tiene que tomar la decisión, pero asesora y ayuda.*”

esa creencia se produce en un lugar y tiempo determinados.

El otro gran pilar de la ética, que es muy importante, es la tendencia a la universalidad, que supone que lo que creemos bueno para nosotros lo creemos bueno también para todos los demás. Es eso de “haz a los demás lo que quieras que te hagan a ti”. No vale eso de “lo ancho para mí y lo estrecho para los otros”. Si combinamos la creencia en el buen hacer con el principio de universalidad, estamos hablando de ética y veremos que no es relativo. Esto no significa que no esté dotado de un cierto dinamismo, de un cierto poder de transformación, pero siempre sobre la base de esos principios. Por otro lado, esto es hasta evangélico, y aun anterior, está presente en los antiguos filósofos. Aunque haya ideologías diferen-

tes, no debemos olvidar estos dos grandes principios.

**P.-** El Comité Ético Asistencial ¿cómo funciona? ¿tiene la misma composición en los hospitales y en las áreas de atención primaria?

**R.-** La composición puede ser idéntica o no, la norma permite que un mismo comité lo sea para hospitales y atención primaria. Tradicionalmente, los comités han tenido más presencia en los hospitales pero ahora se han extendido a la atención primaria. También puede darse el caso de que ésta tenga el suyo propio, aunque esto es más excepcional.

La composición de estos comités la determina la norma. Tiene que ser interdisciplinar, con miembros pertenecientes al mundo médico, de la enfermería,





*“ Cuando las cosas funcionan bien y se refieren a la salud, cada vez tienen más demanda. Es el caso de nuestro sistema sanitario.”*

de los servicios del hospital y de fuera del sector. Para ponerlo en marcha tiene que haber miembros que ya tengan conocimientos específicos, por ejemplo un magíster en bioética. Durante un año vamos viendo cómo va funcionando y, si entendemos que reúne los requisitos, se le da el marchamo —mediante un control que se verifica en esta Unidad— y se pone en funcionamiento definitivo, conforme a unas determinadas reglas.

**P.-** ¿Cree que sería conveniente que hubiese también estos comités en las residencias?

**R.-** Un comité de bioética se establece cuando se da el caso de posibles conflictos de valores, no sociales sino éticos. Como ¿es más importante el valor de la intimidad o el de la seguridad? ¿el de la vida o el de la libertad? Estas

combinaciones, en la práctica son extraordinariamente complejas. De modo que si en una institución existen estos conflictos, no habría ninguna dificultad para establecer un comité. Quizá una sola residencia sería insuficiente y habría que pensar un grupo residencial, porque el comité ha de tener una perspectiva más amplia, ya que, si no, podría llegar a formar parte del entarimado de la organización. Nosotros damos también acreditación a comités privados. Sólo hay que tener sentido común para hacerlo con la prudencia que merece cada caso.

**P.-** ¿Diría que está sobrecargado el sistema sanitario español debido al envejecimiento poblacional, a la inmigración o por cualquier otro motivo?

**R.-** Cuando las cosas funcionan bien y se refieren a la salud, cada vez tienen más demanda. Es el caso de nuestro sistema sanitario. Si echamos la vista atrás y contemplamos el Sistema Nacional de Salud de hace 40 años, vemos que no resiste la comparación con el de ahora. Hoy hay una cultura en que la salud se considera como algo de la mayor importancia, así que se junta la demanda cultural de los españoles —cada vez mayor, como es natural— con las nuevas tecnologías, el avance de la medicina, la avalancha de personas que hemos recibido en España, y muchas otras cosas.

Pero, aun así, mi impresión personal es que el sistema funciona bastante bien.

**P.-** La Ley de Autonomía del Paciente está vigente desde 2002. En este tiempo, ¿cree que el paciente ha madurado o sigue prefiriendo que sea el médico el que decida por él?

**R.-** La Ley de Autonomía del Paciente, en la que yo he tomado parte directamente, ha servido de instrumento para elevar al cubo una variable que ya existía, de modo que en este momento, y cada vez más, la posición de los pacientes es más relevante ante la relación clínica bien entendida; porque no se trata de combatir al médico sino de llegar a un pacto entre dos personas libres, una de las cuales tiene necesidad de la otra, que ya supone una asimetría. En estas condiciones, se busca la mayor horizontalidad posible y a eso ayuda muchísimo esta Ley. Pero la autonomía tampoco es un valor absoluto, es un principio general que sirve de regla en caso de conflicto y en caso de duda. Pero no es un principio absoluto, tiene excepciones a la regla general, como por ejemplo en caso de minoría de edad, de incapacidad o de inconsciencia.

**P.-** Y, en el caso concreto de los tutores de enfermos de alzhéimer, ¿observa usted si se comprometen en las decisiones o prefieren delegar en otros?

**R.-** Ese es un problema de educación. Por otro lado, el principio de autonomía está adquiriendo en España un valor importantísimo porque se está introduciendo una autonomía a futuro, o sea la posibilidad de decidir mientras uno

*“...no se trata de combatir al médico sino de llegar a un pacto entre dos personas libres, una de las cuales tiene necesidad de la otra...”*





esté bien, para cuando no lo esté, dentro de unos límites. Tenemos ya registrados en la Comunidad de Madrid unos 3.000 documentos de instrucciones previas, y es un número que crece constantemente. Y no hablo sólo de las instrucciones que se refieren al final de la vida sino de otro tipo de situaciones, como la incapacidad temporal, la autotutela o designación de tutor para uno mismo si llega a ser preciso y otros. Esa autonomía prospectiva está calando en España, poco a poco, proveniente de otros países.

**P.-** Se oye hablar de copago en el Sistema Nacional de Salud. ¿Qué opinión le merece?

**R.-** Yo creo que el copago no sirve para salvar al sistema, como se puede estar planteando. El Sistema Nacional de Salud debe salvarse de otra manera. El copago plantea un problema muy importante: una persona con recursos económicos escasos podría retraerse en el uso de los servicios sanitarios si tiene que pagar algo. Y para evitar eso habría que implantar un plan de actuación que podría ser demasiado costoso, podría ser “más caro el collar que el galgo”. Si no, correríamos el riesgo de marginar a algunas per-

sonas, algo que resulta inadmisible. Además, insisto en que no salva financieramente al sistema. Los españoles debemos determinar qué parte de nuestro PIB estamos dispuestos a destinar a la sanidad y discutir su buena administración. Afortunadamente, por ahora —y ojalá dure mucho tiempo— la cartera de prestaciones es muy importante, de manera que estamos en un lugar idílico, diría yo, sobre todo mirando a otros países de nuestro entorno. Y esto vale para todas las comunidades autónomas, porque hay un nivel básico de prestaciones que es obligatorio, lo que constituye la cartera del Estado. Después, las comunidades, con cargo a otros recursos propios, pueden asumir otras prestaciones pero, en la práctica y en el momento actual, no es relevante.

**P.-** Sobre la legislación del medicamento, ¿cómo valora la imposición de visados? ¿cree que siempre se hace por motivos de seguridad o, a veces, obedece a simple ahorro farmacéutico?

**R.-** Hay que admitir que hay medicamentos peligrosos y, por otro lado, muy específicos. Si, además, estos son costosos, entonces hay que controlar su consumo,

siempre garantizando que aquél que lo necesite lo tenga.

**P.-** ¿Qué aconsejaría a la familia cuidadora de un enfermo de alzhéimer que tiene que enfrentarse con decisiones difíciles?

**R.-** Es difícil aconsejar a quien tiene un enfermo de estas características porque puede tratarse de una elección muy personal, además en un caso en que hay tanto sufrimiento y tanto sacrificio. Lo que yo le diría a la gente, en general, es que debemos ampliar nuestra educación en algunos aspectos y animo a todos a que consideren la gran utilidad de dictar sus instrucciones previas. Es duro, así que hay que hablarlo cuando uno está sano, no esperar al final porque entonces uno ya no se atreve o ya no es posible. Y también diría que debemos hacernos partícipes del autocuidado. En España ya tenemos una cultura suficiente para ser capaces de enfrentarnos al autocuidado y no esperar todo de la Administración. Las asociaciones de pacientes deben dar este giro en su enfoque, y no sólo plantearse cuestiones reivindicativas; deben ser proactivos y copartícipes en las decisiones que afectan a la salud. ■

*M.ª Jesús Morala del Campo*



**Precios especiales  
a los socios de AFALcontigo**

**CAMAS • SILLAS DE RUEDAS • GRUAS • COLCHONES •  
COJINES ANTIESCARAS • ANDADORES • BASTONES • BAÑERAS**

**Y ADEMÁS, LA PEQUEÑA AYUDA TÉCNICA PARA FACILITARLE LA VIDA DIARIA:**

**Apósitos, pañales, vendajes  
Cuñas, aspiradores, sondas  
Mantas eléctricas, medias  
Pinzas, jeringas, termómetros  
Material antiescaras  
Aparatos de tensión**

**Mateo García, 28 • 28017 MADRID • Teléfonos: 914 039 363 • 914 045 315**



Juan S. Martín Duarte  
DUE. Docente Imserso

## Técnicas de manipulación a las personas encamadas

V

### Ejercicios para fortalecer la espalda del cuidador

#### Cuello

Para el cuello realizamos movimientos de rotación, hacia delante, hacia atrás y laterales.



#### Hombros

Para los hombros realizamos movimientos hacia arriba, atrás y en círculo.



### En la posición de sentado

Estiramientos: Cogiendo ambas manos, las estiramos con fuerza hacia arriba y al frente.

Enderezamiento de columna: Sentados, enderezamos y estiramos hacia arriba nuestra columna.



### Columna

Alejamos y acercamos nuestra columna del respaldo del asiento.

Nos sentamos rectos con ambos brazos colgando. Bajamos hacia delante nuestra cabeza, cuello y hom-





bros, flexionando el tronco, hasta que este descance sobre nuestros muslos.



## Piernas:

Elevamos una rodilla y la empujamos hacia abajo con nuestra mano contraria, alternando rodillas y manos.

Separamos y juntamos las rodillas.



## Pies:

Movemos ambos pies realizando el ejercicio con la punta y el talón alternativamente.



## Manos y muñecas:

Nos sujetamos las manos y después las abrimos, descendiendo los brazos a ambos lados del cuerpo repitiendo el ejercicio.



## Abdominales:

Tumbados boca arriba elevamos y tocamos una rodilla con la mano contraria sin hacer fuerza y lo alternamos.



## Para proteger efectivamente tu espalda, recuerda:

- Conoce la enfermedad, lesión y peso que tiene la persona afectada.
- Primero piensa en tu espalda, por esto y siempre que te sea posible solicita la ayuda de otra persona para que tu esfuerzo sea menor.
- Valora el espacio de que dispones y los útiles: grúas, trapecios, sillas de ruedas...
- Utiliza un vestido adecuado y no lleses objetos punzantes en los bolsillos.
- Conoce bien los movimientos que tienes que realizar, y si el enfermo puede colaborar explícaselo y dile que te ayude.
- Da una orden clara y precisa para cada movimiento.
- Mantén siempre la espalda recta y ligeramente inclinada hacia delante.
- Trabaja a una altura adecuada: ni muy baja ni muy alta y mantén la carga cerca de tu cuerpo.
- Utiliza los puntos de apoyo de que dispongas: camas, mesas, sillas, etc.
- Los pies deben estar separados uno del otro y uno de ellos ligeramente adelantado.
- Para aumentar tu fuerza utiliza el contrapeso e inercia del propio cuerpo.
- Empujar siempre es mejor que tirar ya que reduce el roce entre el cuerpo del enfermo y la superficie donde se encuentra.
- No trabajes contra la gravedad, aprovéchala así como los aparatos que hace más fácil tu trabajo, sobre todo si son articulados. ■



# Situaciones conflictivas en la relación terapeuta-cliente

Beck en 1979 estableció 10 situaciones conflictivas en la relación terapeuta-cliente. A continuación se señalan algunas de ellas.

## 1. El paciente dice que no sabe llevar un registro escrito: \_\_\_\_\_

En ocasiones el paciente no ha realizado nunca tareas para casa. Una de las principales habilidades terapéuticas del psicólogo consistirá en motivar al cliente a la realización de los mismos, como fuente de aprendizaje y útil para su tratamiento.

## 2. El paciente dice que sus problemas son muy complicados y las tareas no le serán de ayuda: \_\_\_\_\_

Cuando esta situación ocurra, tenemos que intentar encontrar los fallos acaecidos, en la administración de tareas. A veces basta con poner ejercicios o autoregistros más sencillos o individualizados para el cliente. Al mismo tiempo se le puede cuestionar con preguntas como ¿es positivo creer, que incluso antes de intentarlo, las tareas no le ayudarán?

## Otras habilidades deseables que mejorarán la relación de ayuda y la relación terapéutica serían:

Ser un gran comunicador, que sepa transmitir lo que quiere decir al cliente, de forma clara y concisa, evitando tecnicismo y adaptando nuestro lenguaje al nivel cultural del cliente.

Transmitir una mirada serena, cálida, cercana y sin juicio.



Manuel Nevado  
Psicólogo de AFAL

Intentar no mostrar una excesiva cordialidad hacia el paciente, ya que no somos amigos del cliente. Aunque a corto plazo pueda beneficiarle esa actitud, le "crearíamos" al cliente dependencia, ideas de aprobación de sus acciones y baja tolerancia a la frustración.

Trabajar en equipo, porque es necesario que sea más de un trabajo entre dos, y apoyar la terapia en otros compañeros y/o otras disciplinas, recurrir de forma indirecta o directa a que se involucren en el proceso de relación de ayuda la familia, amigos y la red social de la que dispongamos.

El humor es otra característica deseable; ya que es un gran recurso para desdramatizar y relajar ciertos momentos terapéuticos, tanto para el cliente como para el terapeuta.

Confianza y visión positiva hacia el cliente, viéndole como una gran fuente de recursos que le permitirá salir (con nuestra ayuda y colaboración) de la situación que le causa malestar.

También la flexibilidad hacia la propia terapia, adecuándola al cliente y al caso concreto y siendo muy adaptativos a los cambios propios que surgen en las sesiones; y no "teniendo que" desarrollar sesiones de la misma forma para todos. ■



# Consejos para quien me cuida



Eva López Alonso  
Trabajadora social de AFALcontigo

Uno de los aspectos más importantes a la hora de afrontar la enfermedad de alzhéimer y proporcionar las atenciones y cuidados adecuados a nuestro familiar enfermo es la comprensión de los síntomas que van apareciendo, los posibles desajustes en la conducta; en definitiva, aceptar y entender la progresiva pérdida de capacidades de nuestro familiar y la manera más correcta de actuar ante los mismos, ayudándole y evitando que aparezcan, en la medida de lo posible, momentos de angustia. Una buena forma es ponerse en el lugar del enfermo y “saber escuchar” lo que nos diría él mismo si se pudiera expresar de forma correcta y coherente:

- ▶ No estés atento sólo a los problemas o dificultades que presento, sino a lo que soy capaz de hacer por mí mismo e intenta fomentarlo. Recuérdame lo que puedo hacer y anímame a intentarlo.
- ▶ Sé positivo y resalta las capacidades que aún mantengo. No remarques los errores y problemas que presento.
- ▶ Simplifica las tareas que me pides que realice. Cualquier tarea por pequeña que sea puede hacerse de forma gradual y paso a paso.
- ▶ Acomoda el ambiente para que éste sea agradable, seguro y adecuado a mis necesidades.
- ▶ Fomenta el orden y la rutina en mi vida diaria, ya que me dará sensación de seguridad acerca de lo que va a suceder seguidamente.
- ▶ Cuando cambies mi rutina por alguna circunstancia, prepárame para el cambio y hazme sentir seguro sin grandes explicaciones.
- ▶ Se paciente y mantén la calma. Si estás contento y relajado, yo tenderé a sentirme de la misma forma.
- ▶ Haz que me sienta útil, permitiéndome realizar actividades que levanten mi ánimo y despierten mis sentimientos de valía personal. Pídeme ayuda y opinión para solucionar un problema o solicítame que te enseñe cómo hacer algo que todavía puedo realizar.
- ▶ Procura que continúe teniendo el mayor número de responsabilidades posibles, por elementales que éstas sean. Tenme en cuenta en la toma de decisiones y hazme participar en la vida diaria. De esta forma aumentará mi autonomía.
- ▶ Reconóceme los esfuerzos que hago por ser independiente, por pequeños que éstos puedan parecer.
- ▶ Cuídate, reservándote tiempo para descansar, si quieres poder seguir cuidándome; mejorará la calidad de vida de ambos.
- ▶ Interésate por saber más sobre mi cuidado, ya que te ayudará en esta tarea.
- ▶ No me pidas que haga algo que no haya hecho antes. Una de las primeras capacidades que pierdo, junto a la memoria, es la de aprendizaje.
- ▶ No debes olvidar que, por mucho que haya evolucionado mi enfermedad, por mucho que haya cambiado, por mucho que llegue a parecer un extraño, ajeno a todo lo que me rodea, sigo siendo una persona con sentimientos, necesidad de afecto y con mi propia personalidad. ■



## Afal en el *Charter* *de la Diversidad*



El incremento de la diversidad es el gran cambio social del siglo XXI. Hoy en día, ningún colectivo humano puede dar la espalda a evidencias como la consolidación de la mujer en el mercado de trabajo, el incremento de la población inmigrante, el mayor abanico de culturas, estilos de vida personal o las diferencias de orientación sexual. En este contexto, la dirección de personas en las organizaciones debe romper con la noción, subyacente en muchas prácticas tradicionales, de que la comunidad de personas que trabajan en la organización constituye una categoría homogénea, indiferenciada. Por el contrario, debemos asumir que las plantillas están compuestas por individuos muy diferentes en habilidades personales, así como en otros factores demográficos, culturales y sociales. Se hace más probable, por lo tanto, la interacción entre trabajadores con necesidades, actitudes, valores, motivaciones y potenciales de contribución muy diferentes.

Las entidades que voluntariamente son signatarias del Charter de la Diversidad de España asumen los siguientes principios básicos:

**Sensibilizar.** Los principios de igualdad de trato y de respeto a la diversidad de estar incluidos en los valores de la entidad y ser difundidos entre su personal.

**Avanzar en la construcción de una plantilla diversa.** La entidad debe fomentar la integración de personas independientemente de su particular condición o circunstancia personal o social.

**Promover la inclusión.** La integración debe ser efectiva, evitándose toda discriminación en el trabajo.

**Considerar la diversidad en todas las políticas de dirección de personas.** La gestión de la diversidad no debe ser una práctica de recursos humanos más, sino un factor transversal, que se encuentre en la base de todas las decisiones.

**Promover la conciliación de los tiempos** de trabajo, familia y ocio.

**Reconocer la diversidad de la sociedad en la que se insertan,** de las personas con las que se relacionen y a las que dirigen.

**Extender y comunicar el compromiso al personal,** que debe ser compartido por toda la organización.

**Extender y comunicar el compromiso a terceros,** entidades, proveedores, socios y clientes, a quien se debe invitar a unirse al Charter.

**Extender y comunicar el compromiso a administraciones,** empresas, sindicatos y demás agentes sociales.

**Reflejar las actividades de apoyo a la no discriminación,** así como los resultados en la memoria anual de la entidad.

AFALcontigo se ha adherido a este Charter, firmando, el 7 de julio, el correspondiente documento de compromiso. ■



Como sabe ya mucha gente, **Regala Memoria** es una campaña de comunicación on-line, desarrollada por Tiempo BBDO-Madrid dentro de su programa de Responsabilidad Corporativa, en la que AFALcontigo intenta transmitir, por primera vez, el sentir de un enfermo de alzhéimer utilizando la mayor plataforma de comunicación actual, Internet.

Bajo el lema **Así se siente un enfermo de alzhéimer**, se realizó una campaña de street marketing en Madrid durante el mes de marzo. El vídeo surgido de dicha acción puede verse en [http://www.youtube.com/watch?v=\\_E9l2hzz7dQ](http://www.youtube.com/watch?v=_E9l2hzz7dQ)

AFALcontigo siempre ha creído en las nuevas tecnologías y dedica mucho esfuerzo a su desarrollo, como demuestra su constante expansión en Internet. Por eso, una vez más, ha elegido a Internet como vehículo para la comunicación, pues creemos que es el medio para hacer llegar nuestro mensaje al mayor número de personas posible.

La pulsera, que lleva la inscripción de **1 Gb de Recuerdos**, tiene un precio de **10 euros**. No es un simple adorno sino un elemento útil que incorpora una memoria usb de 1GB de capacidad en la se pueden almacenar, por ejemplo, más de 300 canciones en formato mp3. Su adquisición ayudará a AFALcontigo a financiar actividades dirigidas a las familias afectadas por el alzhéimer.

La compra se puede realizar en nuestra sede en Madrid (C./ General Díaz Porlier, 36-local) o en la Tienda on-line de AFALcontigo <http://www.afal.es/AFAL> que admite dos modalidades de pago: mediante transferencia o con tarjeta. ■

## Compra Gigas de recuerdos



Cada vez que compras una memoria USB,  
Consigues que el alzhéimer  
borre menos recuerdos



**mayres 38**  
ASISTENCIA A DOMICILIO

Precios especiales a los socios  
de AFALcontigo

### ASISTENCIA A DOMICILIO PRESTADA POR PERSONAL CUALIFICADO

- ATENCION Y ASEO PERSONAL DE MAYORES Y ENFERMOS Y DISMINUIDOS
- ACOMPAÑAMIENTO
- FISIOTERAPEUTA
- PSICOLOGO CLINICO Y EDUCACIONAL
- PERSONAL ESPECIALIZADO EN ALZHEIMER

**ATENCION PERSONALIZADA LAS 24 HORAS DEL DIA**

Sagasta, 4, 3.º dcha. ofic. 2 • 28004 Madrid • Teléfs. 915 223 750 - 657 189 409 - 637 407 557  
[www.mayres38.es](http://www.mayres38.es) • [info@mayres38.es](mailto:info@mayres38.es)



## IX Jornadas de AFALcontigo

Con el título **ALZHEIMER. UN GRITO SILENCIOSO** se celebraron, el pasado 26 de mayo, las jornadas actuales de AFALcontigo, en sesión de mañana y tarde, teniendo como sede el Salón de Actos del IMSERSO.

Una gran concurrencia, que llenó la sala, pudo participar en estas jornadas que tenían como novedad una MESA DE EXPERIENCIAS, con seis panelistas, todos ellos cuidadores familiares, que expusieron sus vivencias alrededor de varios temas propuestos. Estos cuidadores correspondían a diversos perfiles: con enfermo joven, con enfermo ya fallecido, viviendo en el domicilio familiar, viviendo en residencia, y con diferentes parentescos. El moderador moduló las intervenciones en los diferentes temas propuestos al grupo. También intervino el público asistente, a través de preguntas por escrito que se iban entregando al moderador durante la sesión.

Se dejó un primer turno de intervención, muy breve, para que los miembros de la Mesa situaran la cuestión de partida: **el impacto que el alzheimer causa en la familia**. Las intervenciones, cargadas de sinceridad, conmovieron al público asistente, que valoró muy positivamente esta Mesa. Se compartieron, así, experiencias sobre:

- El riesgo de divorcio cuando la enfermedad aparece en una persona joven y casada, debido a los cambios de carácter y alteraciones de la conducta, si no se tiene aún el diagnóstico de a qué se deben.
- La forma de afrontar la agitación y la agresividad del enfermo.

- Las decisiones difíciles que se ve obligado a tomar el cuidador al final de la vida del enfermo.
- La experiencia de la donación del cerebro del enfermo.
- La soledad en que se ve sumido el cuidador principal y el frecuente alejamiento de amistades y familiares.
- El dolor de tener que ingresar al enfermo en una residencia y las constantes incidencias que ello trae consigo.
- El valor de pertenecer a AFALcontigo y el apoyo que el cuidador obtiene en la asociación.

Conferencia magistral: Pedro Gil ▼





El moderador propuso algunas cuestiones al grupo, que obtuvieron respuesta de todos los participantes:

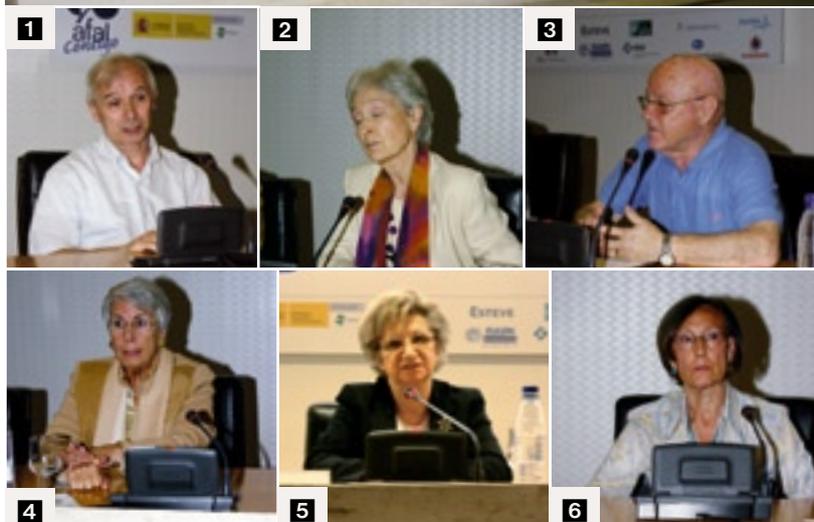
## ¿Cuál ha sido el peor momento a lo largo de la enfermedad?

- El diagnóstico.
- La primera información del profesional. El tener que enfrentarse a la realidad de lo que es esta enfermedad y de su evolución futura.
- El tiempo anterior al diagnóstico, cuando la familia no sabe a qué se debe el comportamiento anómalo y agresivo del enfermo.
- La tristeza continua, a lo largo de toda la enfermedad y aun más allá de la muerte del enfermo.
- El no poder compartir ya nada con el enfermo, que se ha convertido en otra persona.
- El que el enfermo no reconozca siquiera al cuidador que le está dedicando su vida.

## Es general que el enfermo no quiera acudir al médico. ¿Qué trucos utilizáis entonces?

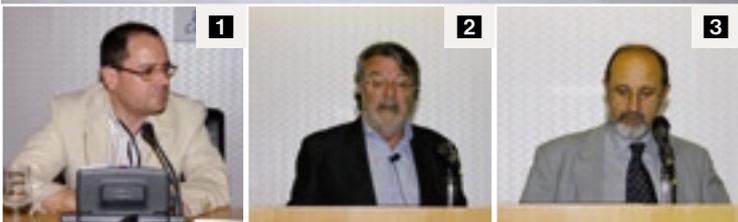
- Buscar la ayuda de otros familiares para convencerle.
- Engañarle un poco.

### Mesa de Experiencias ▼



1 Asunción Triana 2 Víctor Huerta 3 Pedro San Segundo  
4 Rosa Ecenarro 5 M<sup>a</sup> Jesús Rodríguez 6 Carmen Alcolado

### Mesa La investigación sobre el alzhéimer ▼



1 Alberto Rábano 2 Fernando Valdivieso  
3 Justo García de Yébenes

## ¿Qué consejo daríais para eliminar los delirios ocasionados al enfermo por el hecho de ver la televisión?

- No discutir nunca con él, seguirle la corriente.
- Distraerle con alguna otra cosa y apartarle del televisor.
- Irle explicando la película o programa que estén viendo, para evitar que lo interpreten erróneamente.
- Poner otro canal que esté dando anuncios, hasta que se le pase la crisis.

## ¿Cómo llenar el vacío del día después de la muerte del enfermo?

- El primer día no es el peor, ya que se está muy ocupado con diversas gestiones y muy arropado por la familia.
- Hay que mantener la mayor actividad posible, no quedarse inactivo y dando campo libre a la tristeza.



## Mesa *Decisiones difíciles* ▼



**1** Fernando Marín **2** Carmen Sánchez Carazo  
**3** Manuel Nevado **4** Jaime Conde

## Los miembros de este grupo, ¿están recibiendo ayudas derivadas de la Ley de Dependencia?

- Algunos habían solicitado la evaluación pero aún no se les había designado ningún recurso.
- Algunos tenían ya a sus enfermos evaluados pero tampoco disponían aún de un recurso.

## ¿Habéis llegado a perdonar al enfermo o a vosotros mismos?

- Una persona que sufrió mucho por la agresividad de su esposa antes del diagnóstico, declaró que ahora es consciente de que se debió a la enfermedad.
- Otra persona dijo no perdonarse a sí mismo, dado que, por ignorar que su cónyuge estuviera sufriendo alzhéimer, antes del diagnóstico, tuvo algunas reacciones de las que después se arrepintió.

Las jornadas incluyeron otras Mesas de Ponencias que contaron con profesionales de gran prestigio. ■

# Visita a Neuron Biopharma

El 30 de mayo, esta revista acudió a ver las instalaciones que la compañía NEURON BIOPHARMA tiene en Granada. Pudo así comprobar la excelente marcha de esta empresa biotecnológica de la que AFALcontigo es accionista y que dedica buena parte de su beneficio a la investigación sobre las causas del alzhéimer. Hay que destacar el decidido apoyo con que cuenta por parte de la administración pública andaluza.

Impresionante el nivel de calidad de sus instrumentos y muy gratificante el ambiente de trabajo del equipo de jóvenes investigadores, con un entusiasmo que se palpa a cada momento. Una buena idea, bien diseñada y bien dirigida ■





*Con el mismo cariño,  
con más medios*



Los Centros de día VITALIA ofrecen una atención integral destinada a personas mayores con o sin dependencia física o psíquica, basada en el MÉTODO HOFFMANN, un tratamiento especializado en tercera edad, en el que cada caso es único.

- Servicio Médico y de Enfermería.
- Rehabilitación: fisioterapia y terapia ocupacional.
- Transporte a domicilio y flexibilidad horaria.
- Teleasistencia y servicio a domicilio.
- Asistencia especializada para personas con Alzheimer, Parkinson,...
- Psicología.
- Valoración neuropsicológica.

Y además: podología, peluquería, talleres de psicomotricidad, musicoterapia y Taichí.

Centros en: Madrid: Ferraz - Alameda de Osuna - San Sebastián de los Reyes - Chamartín - Granada - Oviedo -Salamanca

SOLICITE INFORMACIÓN: 902 050 798 - [www.vitalia.com.es](http://www.vitalia.com.es)





## Encuentro anual de socios, voluntarios y amigos de la asociación

El pasado 6 de junio, un grupo de socios, voluntarios y amigos de la asociación nos fuimos de excursión, para celebrar el encuentro anual, con el recorrido Peñafiel-Hoces del río Duratón, en las provincias de Valladolid y Segovia.

Visitamos el castillo de Peñafiel y las bodegas Protos, en la Ribera del Duero, para, después de una estupenda comida típica de la zona, llegarnos a las Hoces del río Duratón. El tiempo no nos acompañó en este último tramo, así que sólo unos pocos atrevidos nos acercamos al mirador de las hoces, aunque no nos lanzamos a bajar hasta la ermita de San Frutos como era el plan inicial.

A pesar de la lluvia, pasamos un día estupendo, que combinó historia, buenos vinos, buena comida y algo de naturaleza. El próximo año os esperamos a todos. ■



Vista de las Hoces del Duratón



A la entrada del Castillo de Peñafiel

Camino de la ermita de San Frutos, en las Hoces del Duratón



Vista de la bodega nueva de Protos desde el castillo





Una visión a través del tiempo



Reponiendo fuerzas



El Castillo de Peñafiel, un navío sobre el monte



Antes de bajar a las Hoces del Duratón



Un bosque de almenas



El olor, en la umbría de la bodega

Nacha, de la bodega Protos, recibe al grupo





## Excursión a Sevilla

El pasado 3 de junio, y por segundo año consecutivo, los voluntarios de nuestra asociación hicieron un pequeño viaje de hermandad. En esta ocasión, la ciudad elegida fue Sevilla. Esta salida anual se ha convertido ya en un referente muy esperado y demandado y cada vez son más los voluntarios que se apuntan a esta escapada de una noche y dos días. Tenemos la suerte de contar con un voluntariado comprometido y con un largo recorrido de permanencia institucional, que son los principales objetivos que persigue todo programa de voluntariado.

El pasado 3 de junio, y por segundo año consecutivo, los voluntarios de nuestra asociación hicieron un pequeño viaje de hermandad. En esta ocasión, la ciudad elegida fue Sevilla. Esta salida anual se ha convertido ya en un referente muy esperado y demandado y cada vez son más los voluntarios que se apuntan a esta escapada de una noche y dos días. Tenemos la suerte de contar con un voluntariado comprometido y con un largo recorrido de permanencia institucional, que son los principales objetivos que persigue todo programa de voluntariado.

Como podéis ver en el siguiente reportaje fotográfico, no faltó de nada en este viaje, corto pero intenso, en el que no faltó la visita a la Catedral y subida a la Giralda, el paseo por el Barrio de Santa Cruz, explicado estupendamente por una guía, y, como colofón, un magnífico espectáculo flamenco. ■





# Curso de Formación para Nuevos Voluntarios

Fecha	Horario	Contenido
16 al 18 de Noviembre 2009	16:00 a 19:00	Multidisciplinar
24 al 26 de marzo 2010	16:00 a 19:00	Multidisciplinar



## Alternativas al nuevo curso

Cuando hablamos del cuidador principal de un enfermo de alzhéimer, nos referimos a un miembro de la familia que tiene una conexión especial con el enfermo y que se encarga de los cuidados a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, tanto en el domicilio como en la residencia, llegado el caso, así como en los diferentes ingresos hospitalarios que se produzcan.

Pero no solamente se encarga de los cuidados físicos de su familiar sino que, paralelamente, va tomando decisiones por y para el enfermo, convirtiéndose así paulatinamente en el gestor personal de su familiar dependiente.

Esta situación, prolongada en el tiempo, requiere un esfuerzo y una dedicación de recursos personales por parte del cuidador que hace necesaria la ayuda externa, tanto de otros familiares como de instituciones o entidades que puedan proporcionar, entre otras cosas, apoyo psicológico y emocional, facilitar la expresión de sentimientos y marcar pautas adecuadas de actuación en el cuidado del enfermo y en el del propio cuidador.

Los grupos de ayuda mutua son un excelente recurso integrado dentro de la estructura de la asociación de familiares de enfermos de alzhéimer, que proporcionan este espacio y facilitan el encuentro entre los cuidadores, permitiendo dicha ayuda mutua entre sus miembros.

Ahora bien, desde su aparición en AFALcontigo los grupos de ayuda mutua han ido evolucionando, debido, entre otras cosas, a que la realidad de sus integrantes también ha cambiado. El enfermo no se encuentra en el mismo momento de evolución de la enfermedad, ya ha utilizado diferentes recursos asistenciales, se encuentra institucionalizado o ha fallecido.

Ante esta nueva realidad, también se deben abrir nuevas perspectivas y posibilidades para los



Luis Redondo  
Trabajador social de AFALcontigo

miembros del grupo que sean complementarias al GAMA y que ofrezcan actividades y alternativas de ocio, contacto con otras realidades y grupos y donde el centro de la actividad no sea la enfermedad sino lo relacional.

En este aspecto, AFALcontigo ofrece entre su programación anual diferentes ciclos de charlas y conferencias, los últimos jueves de cada mes, en los cuales se tratan temas de interés y cuya asistencia es voluntaria y gratuita. También se realizan salidas y excursiones de carácter cultural y gastronómico, actividades de voluntariado, encuentros dentro y fuera de la sede, además de los diferentes cursos y talleres que, año tras año, se vienen desarrollando en la asociación (informática, relajación, risoterapia, etc.)

Y, por supuesto, estamos abiertos a las sugerencias y propuestas de actividades que nos podáis hacer llegar a la asociación y que podamos desarrollar a lo largo del curso que ahora comienza. ■



## Deterioro cognitivo ligero, enfermedad de Alzheimer y otras demencias

**Alfredo Robles.**

Edita: Fundación La Rosaleda. Santiago de Compostela 2009. 135 págs.

Este “manual de información y consejos para los convivientes con el enfermo”, cuyo autor es un neurólogo del hospital La Rosaleda, de Santiago de Compostela, se dirige a los cuidadores familiares de enfermos de alzhéimer o cualquier otra demencia, para ayudarles en su labor diaria.



Con un diseño y maquetación realmente atractivos y una ilustración muy efectiva, incluye los temas más relevantes en relación con las demencias, dando pautas de comportamiento para un buen cuidado.

**Dónde se puede encontrar:** en librerías.

## Guía educativa para familiares y cuidadores de pacientes con enfermedad avanzada

**Producto audiovisual.**

Edita: NYCOMED.



Este DVD ayuda a los que se enfrentan con una situación terminal y a sus familiares, a través de un completo catálogo de contenidos interesantes, como la importancia del cuidar hasta el final, ¿qué son los cuidados paliativos?, ¿quién los proporciona?, ¿cómo se accede a ellos?, el papel de los familiares, el proceso de la enfermedad avanzada en fase terminal, la comunicación, la escucha activa, la valoración del paciente, los síntomas y su control, los fármacos y los tratamientos útiles y los inútiles

en cuidados paliativos, la morfina y sus mitos, el riesgo de escaras y su prevención, las urgencias al final de la vida, la atención a los detalles, el último suspiro, el duelo.

**Dónde se puede encontrar:** Consultar en [www.nycomed.com](http://www.nycomed.com)

## Siempre joven

**María Hernando.**

Edita: Océano. Colección Ámbar. Barcelona, 2008. 142 págs.

Asumir con naturalidad el paso de los años es la mejor receta para disfrutar plenamente de nuestra madurez. Con la intención de aprender a cuidar-

nos por dentro y por fuera, en esta obra encontraremos las claves para el cuidado del cutis y del cuerpo, nociones de neurocosmética, la utilidad del ozono, secretos orientales de la eterna juventud y una completísima agenda de buenas direcciones para los mejores tratamientos antiedad: balnearios, spas y centros de belleza. Porque, citando a Graham Greene, “en el fondo de nosotros mismos siempre tenemos la misma edad”.

**Dónde se puede encontrar:** en librerías.



## El Alzhéimer

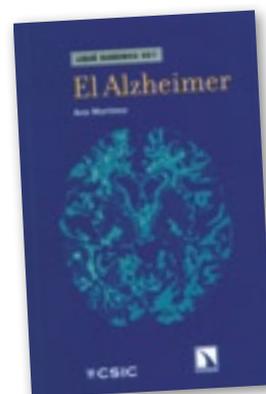
**Ana Martínez.**

Edita: Catarata, para CSIC. Madrid, 2009. 122 págs.

A través de este texto se ofrece al lector, en un lenguaje sencillo, una visión general de la enfermedad de Alzheimer, un proceso patológico que afecta al cerebro de los pacientes y al corazón de las familias.

Su autora, investigadora del CSIC, responde a las preguntas más frecuentes acerca de esta enfermedad, desde el desconocimiento de sus causas, como el diagnóstico, los tratamientos, la investigación actual, etc.

**Dónde se puede encontrar:** Contactar con [puerto.frances@cyan.es](mailto:puerto.frances@cyan.es).



## Neurología de la conducta y neuropsicología

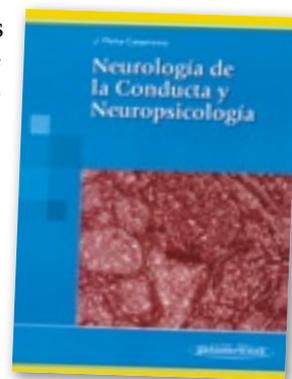
**J. Peña Casanova.**

Edita: Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 2007. 409 págs.

Esta obra incluye aportaciones actualizadas de 31 profesionales de distintos ámbitos clínicos, universitarios y de investigación, que constituyen un hito en el desarrollo de la neurología de la conducta y de la neuropsicología, dos caras del mismo problema: las relaciones entre el cerebro y la conducta, las capacidades cognitivas y las emocionales.

Se introducen nuevos conceptos y enfoques a partir del rápido avance de los conocimientos actuales y se realiza un replanteamiento de muchas afirmaciones presentes en la literatura especializada.

**Dónde se puede encontrar:** en librerías especializadas.





## Los días de ayer

Ella está sentada en una esquina del salón, la han dejado allí junto a la ventana para que mire al exterior. Está sentada en una esquina del salón, sola, como un mueble obsoleto o un estorbo.

¿Cuándo se rompió su vida? ¿Cuándo se rompió su memoria? Nadie la escucha puesto que, para todos, sus frases no son coherentes; ella sólo habla de los días de ayer.

Todavía conserva en su rostro la mirada dulce de la niña que fue, la piel de la cara se mantiene tersa, pura, suave; en cambio la piel de sus manos y de sus brazos se ha convertido en algo tan frágil como un papiro guardado en la Biblioteca de Alejandría.

Dicen que no habla, pero no es cierto. Dicen que habla sola o que le habla al aire y no es cierto. Ella le habla a algún ser de su pasado alojado en su memoria, esa que ha olvidado el presente y se ha refugiado en los días de ayer. Ella está más a gusto agazapada en la realidad que no partió, en esa realidad que se quedó inmaculada y detenida entre su infancia y su última juventud madura. Ella, habla de cómo corría por las calles de polvo, de cómo bebía del agua fresca que discurría por el arroyo del bosque, ella habla de lobos y de príncipes pastores, de almas muertas y de niños con la rodillas destrozadas, de hambre, de leche en polvo, de escasas onzas de chocolate, de lazos en el cabello, de muñecas de cartón, de veranos de trasiego... Dicen que no habla, y no es cierto, su memoria ha escogido su tiempo porque tal vez no le gustaba lo que estaban viendo sus ojos o tal vez porque para que siga existiendo el mundo, algunos seres deben dejar de recordar los días de hoy, para dejar espacio a los recuerdos jóvenes.

Quizás el Universo sólo tenga una capacidad limitada de memoria y sea ley de vida o indispensable que haya gente como ella que olvide. Quizás en el Universo se inventaron los libros donde se escriben y se cuentan historias con ese mismo fin, el de dejar memoria libre para que el resto pueda seguir con sus vidas y pensar que el alzhéimer es una enfermedad caprichosa. Pero ella sigue siendo la mujer de siempre: suave, ligera como el algodón, ella no es un estorbo, ella es una mujer a la que a veces se le enciende una luz en su cabecita y reconoce un rostro, recuerda un nombre o formula un pregunta sincera y "coherente". Ella es la misma mujer de siempre, que quizás solo le está haciendo un favor al Universo. ¿Quién sabe? ■

**María Aixa Sanz**  
(Ilustración: Carl Holsoe)





# Localizadores para personas extraviadas

Abilio Caetano

Como bien es sabido, en la época en que vivimos la tecnología avanza a un ritmo vertiginoso y nos permite casi cualquier cosa que se nos pase por la cabeza; sólo se necesita un grupo de personas con la suficiente motivación para hacerlo realidad.

Por suerte, algunas empresas han decidido enfocar sus esfuerzos a investigar y desarrollar productos que faciliten la vida de las personas con alzhéimer y sus familiares. En este artículo se expondrá uno de los desarrollos tecnológicos que cambiará la vida a miles de familias en todo el mundo.

## El problema de perderse en la calle

La desorientación es una característica común entre las personas con alzhéimer en las primeras etapas.

Durante los primeros años, la persona que tiene alzhéimer desea (y necesita) seguir saliendo a la calle a pasear y a hacer su vida lo más normal posible. Sin embargo, el deterioro cognitivo provoca episodios de

desorientación que puede llevarla a dirigirse hacia una dirección incorrecta que le lleva a sitios totalmente desconocidos para ella. Además, en estos casos la persona con alzhéimer no es consciente de que está desorientada y por ello no pide ayuda. En el mejor de los casos, estará desaparecida durante 4 o 5 interminables horas para la familia; en el peor, puede perder la vida.

## Un problema que genera otros problemas

Cada vez que la persona con alzhéimer se pierde en la calle y está varias horas o días desaparecida, la familia sufre una enorme angustia por no saber con certeza si estará bien, si le habrá pasado algo, o si le encontrarán antes de que sea demasiado tarde. A su vez, la persona con alzhéimer, puede sufrir mientras está perdido (sobre todo si son varios días) y empezar a coger miedo a salir a la calle.

Después de haber pasado por dos o tres situaciones de pérdida, la familia comienza a estar intranquila cada vez que la persona con alzhéimer sale a la calle, comienza a plantearse no dejarla salir a la calle, generando una gran situación de estrés en el núcleo familiar, que puede afectar negativamente a progresión de la enfermedad.





# qué es...

## Posibles soluciones

Podemos pensar en varias soluciones para evitar, en mayor o menor medida, este problema.

- **Pulseras identificativas.** Se basa en poner a la persona con alzhéimer una pulsera con el teléfono de un familiar grabado a modo de contacto. De esta manera en caso de que la persona con alzhéimer se desorienta, y alguien note que está perdido, podrá saber con quién contactar.
- **Avisar a conocidos sobre una posible pérdida.** Alertando a personas conocidas de los alrededores, conseguirá que en caso de desorientación, algún conocido suyo le avise rápidamente si viera a la persona con alzhéimer en una zona inusual o deambulando.
- **Usar un localizador GPS, especial para personas con alzhéimer.** Esta es una solución más sofisticada, que permite al cuidador saber siempre donde está su familiar.

## ¿Qué es un localizador GPS para personas con alzhéimer?

Un localizador para personas con alzhéimer consta de un dispositivo, con un cierre de seguridad, y de un receptor (o servicio de teleasistencia) que usa la familia para saber siempre donde está.

El dispositivo GPS que lleva la persona con alzhéimer puede llegar a ser de un tamaño muy reducido (41x35x14 mm.) y muy ligero (a penas 36 gramos):

- A. Hay dispositivos específicos para alzhéimer en forma de brazaletes e incluso en forma de reloj con un cierre de seguridad para que la familia esté segura de que siempre lo va a llevar puesto.

- B. También, los hay multiuso, en forma de petaca (para localizar personas, animales y objetos), que puede llevarse en el bolsillo o sujetarse al cinturón con un adaptador.

La familia puede optar por dos opciones:

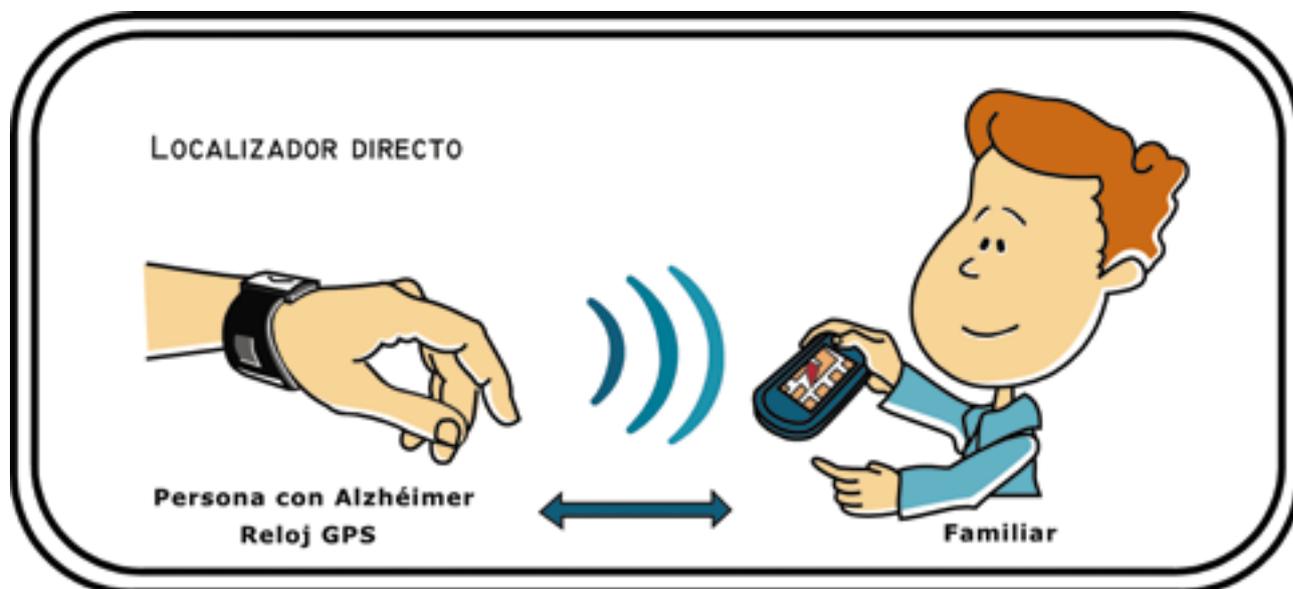
- A. Usar un receptor-localizador, con una pantalla donde se ve sobre un mapa la posición de la persona que lo lleva encima. Las alertas son recibidas directamente por el familiar en el receptor.
- B. Tener contratado un servicio de teleasistencia cuyos teleoperadores controlan la posición de la persona. Las alertas son recibidas en la central de teleasistencia y la teleoperadora llama al familiar para avisarle de la incidencia.

## Cómo funcionan los sistemas de localización

### Localización Directa

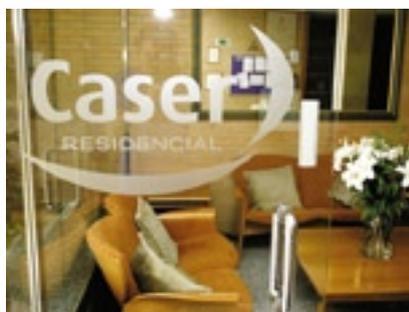
Se proporcionan a la familia dos dispositivos. Un reloj con cierre de seguridad para la persona con alzhéimer y un receptor-localizador para la familia.

Para localizar, el familiar o cuidador principal sólo tiene que pulsar el botón del receptor y verá en la pantalla un mapa con la posición exacta de la persona que lleva el reloj puesto. Cuando el cuidador pulsa el botón del receptor, se oye la locución: "localizando" y, pasados unos minutos (de 30 seg. a 4 minutos), se oye: "persona localizada", para avisar al familiar de que ya ha localizado a la persona que lleva el reloj. En caso de que la familia tenga que ir a buscar a la persona con alzhéimer, sólo tiene que llevar consigo el receptor portable y pulsar el botón



# “A mi madre la cuidan con cariño. Y eso se nota.”

Marcos eligió para su madre Caser Residencial.



Sabemos que para ti lo más importante es que tus seres queridos estén en buenas manos y que se sientan tan cómodos como en su propio hogar. Por eso en nuestras residencias damos un trato personalizado, en las mejores instalaciones y con los mejores profesionales.

**POR SER SOCIO DE AFAL PODRÁS BENEFICIARTE DE DESCUENTOS ESPECIALES, LLAMA E INFÓRMATE.**

## Madrid

Caser Residencial Arturo Soria  
C/ Puerto de Santa María, 15  
Tel.: 91 716 00 36

Caser Residencial Santa Hortensia  
C/ Santa Hortensia, 46 -  
Avda. América s/n  
Tel.: 91 510 68 10

## Aragón

Caser Residencial Ruiseñores

## Cataluña

Caser Residencial Castell D'Oliana

## Extremadura

Caser Residencial Olivenza Badajoz

## Galicia

Caser Residencial A Zapateria

## León

Caser Residencial León

## Murcia

Caser Residencial Alameda Lorca

## País Vasco

Caser Residencial Artxanda  
Caser Residencial Alto del Prado  
Caser Residencial Anaka



**902 300 390**

[www.caserresidencial.es](http://www.caserresidencial.es)



## qué es...

de localizar a medida que se acerca, para ver si sigue en el mismo sitio o si se ha movido a otro.

Adicionalmente, la familia puede fijar un radio de seguridad de 1 km, 3 km o 7 km alrededor de casa, de manera que si la persona con Alzheimer se desorienta y empieza a andar en una dirección incorrecta, saltará directamente una alarma en el receptor que tiene la familia.

Se recomienda adoptar la rutina de quitarle el reloj por la noche, ponerlo a cargar y volvérselo a poner por la mañana. La persona con Alzheimer cogerá la costumbre y ella misma pedirá ponerse el reloj por las mañanas. La batería del reloj aguanta como mínimo 1,5 días, por lo que la familia puede estar tranquila de que, si lo carga todas las noches, nunca se quedará sin batería. El cuidador puede ver en la pantalla del receptor información sobre el nivel de batería que tiene el reloj.

En este sistema, la persona que controla la localización y las alarmas es directamente el familiar o cuidador principal.

### Teleasistencia

Se proporciona a la familia un dispositivo GPS que, comúnmente, es una petaca de localización multiuso junto con un adaptador para agarrarlo al cinturón de la persona con Alzheimer.

La familia tiene que darse de alta en un servicio de teleasistencia. Una vez activado, la persona con Alzheimer debe llevar siempre la petaca en el cinturón.

Para localizar, el familiar tiene que llamar a un servicio de teleasistencia, y la operadora le dirá donde está la persona que lleva el dispositivo. Generalmente, es necesario mantenerse al teléfono entre 3 y 10 minutos, que es el tiempo que tarda en calcular la posición.

La operadora de teleasistencia puede fijar un radio de seguridad. En caso de que la persona con Alzheimer saliera de la zona, la teleoperadora vería en su pantalla una alarma, y llamaría al familiar que esté al cargo para avisarle.



Igual que en el sistema de localización directa, se recomienda tener la rutina para recargar la batería.

En este sistema, la persona que controla la localización y las alarmas es la teleoperadora.

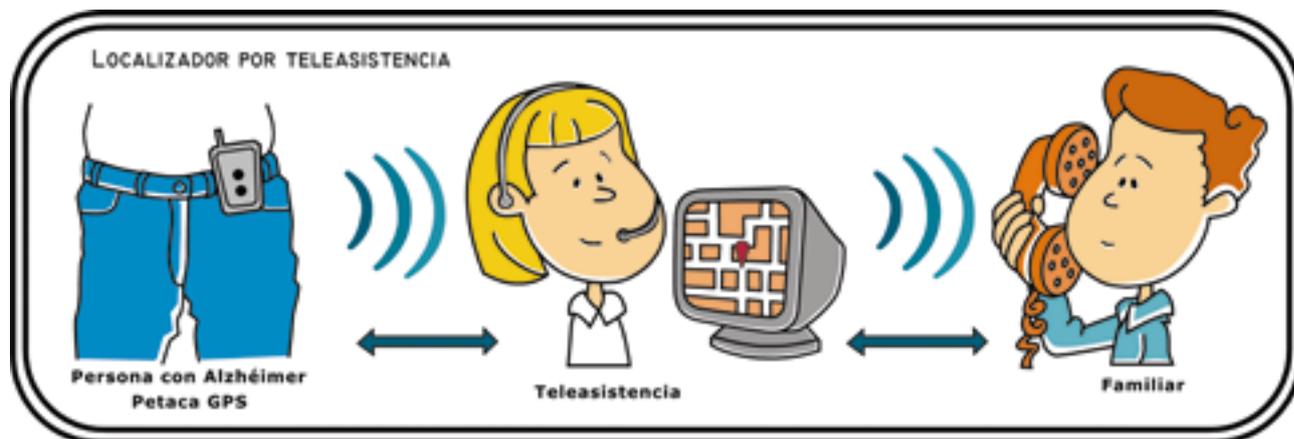
Información técnica para los más curiosos

### ¿Qué es GPS?

GPS son las siglas de Global Positioning System (sistema de posicionamiento global). Permite a los dispositivos que integran GPS saber su posición propia. Funciona mediante una red de 27 satélites que cubren toda la superficie de la Tierra.

Cuando el dispositivo quiere saber donde se encuentra, activa la recepción de las señales de los satélites, calcula su distancia con respecto a varios satélites y por "triangulación" calcula la posición en que se halla.

NOTA: Esto es el sistema básico de GPS, que, por ejemplo, usan los navegadores de coches. Para transformar un GPS en un localizador, el dispositivo tiene que integrar, además, un sistema de comunicación (por ejemplo la red de telefonía móvil) a través del cual enviará la información de su posición a un sitio alejado de él (por ejemplo a un receptor que tiene la persona que quiere ver esa posición). ■



## Cursos

### Curso para familiares

**Días:** de lunes a jueves.

**Horario:** de 16.00 a 19.00 h.

**Monitores:** profesionales expertos en cada disciplina relacionada con el alzhéimer.

**Precio:** 40 €.

Los interesados deben llamar a AFALcontigo (91 309 16 60). Las fechas se concretarán cuando se haya formado un grupo de unas 20 personas.

### Curso de informática (internet)

**Días:** 2 días a la semana durante un mes y medio.

**Horario:** De 10 a 12 h.

**Monitoras:** profesional experta

**Precio:** 60 € curso completo.

**Público objetivo:** mayores de 50 años, cuidadores de enfermos o familiares.

**Objetivos:** Aprender a navegar por Internet, crear su propia cuenta de correo electrónico, acceder a una red social y chatear con Messenger.

Las fechas se concretarán cuando haya un grupo de unas 10 personas.

### Curso de informática (iniciación I)

**Días:** 2 días a la semana durante un mes y medio.

**Horario:** De 10 a 12 h.

**Monitoras:** profesional experta

**Precio:** 60 € curso completo.

**Público objetivo:** mayores de 50 años, cuidadores de enfermos o familiares.

**Objetivos:** Aprender a usar el PC y su estructura, a manejar archivos y escribir en Word.

Las fechas se concretarán cuando haya un grupo de unas 10 personas.

### Curso de informática (iniciación II)

**Días:** 2 días a la semana durante un mes y medio.

**Horario:** De 10 a 12 h.

**Monitoras:** profesional experta

**Precio:** 60 € curso completo.

**Público objetivo:** mayores de 50 años, cuidadores de enfermos o familiares.

**Objetivos:** Amplia tus conocimientos sobre Windows XP y Microsoft Word.

Las fechas se concretarán cuando haya un grupo de unas 10 personas.

## Talleres

### Duelo

**Días:** cinco sesiones.

**Horario:** tardes, de 16.30 a 18.30 h.

**Precio:** 10 €.

**Dirigido a:** cuidadores de enfermos en fase muy avanzada o ya fallecidos.

### Movilizaciones y transferencias

**Días:** cinco sesiones.

**Horario:** de 16.00 a 18.00 h.

**Precio:** 40 €.

**Objetivos:** enseñar al cuidador familiar a movilizar a un enfermo con dificultad para la marcha o que ya no camina, sin causarle lesiones ni causárselas a sí mismo.

**Monitor:** Álvaro Redondo.

Los interesados deben llamar a AFALcontigo (91 309 16 60). Las fechas se concretarán cuando se haya formado un grupo de unas 10 personas.

### Actividades de la vida diaria

**Días:** cinco sesiones.

**Horario:** de 16.00 a 18.00 h.

**Precio:** 40 €.

**Objetivos:** enseñar al cuidador familiar la manera adecuada de ayudar en las actividades de la vida diaria del enfermo leve o moderado.

**Monitor:** Álvaro Redondo

Los interesados deben llamar a AFALcontigo (91 309 16 60). Las fechas se concretarán cuando se haya formado un grupo de unas 10 personas.

### Masaje

**Días:** cinco sesiones.

**Horario:** tardes, de 16.30 a 18.30 h.

**Precio:** 40 €.

**Objetivos:** enseñar al cuidador familiar a relajar los músculos del enfermo avanzado mediante masaje.

**Monitora:** fisioterapeuta.

Los interesados deben llamar a AFALcontigo (91 309 16 60). Las fechas se concretarán cuando se haya formado un grupo de unas 10 personas.

### Enfermería

**Días:** por determinar, según conveniencia de los inscritos.

**Horario:** por determinar, según conveniencia de los inscritos.

**Precio:** 40 €.

**Dirigido a:** cuidadores familiares.

**Monitor:** Juan Santiago Martín Duarte.

Los interesados deben llamar a AFALcontigo (91 309 16 60). Las fechas y horario se concretarán cuando se haya formado un grupo de unas 10 personas.

### Taller de musicoterapia

**Días:** todos los lunes.

**Horario:** tardes, de 17.00 a 18.00 h.

**Monitora:** musicoterapeuta experto en enfermedades neurodegenerativas.

**Precio:** 50 €/mes.

Grupos reducidos.

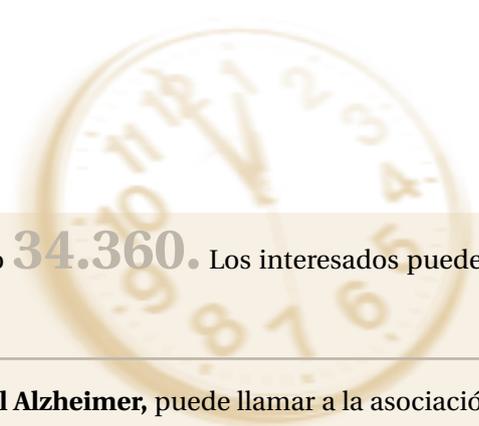
Los interesados deben llamar a AFALcontigo (91 309 16 60) y preguntar por Virginia Silva.



# Avisos

AFALcontigo dispone ya de **lotería de Navidad**, con el número **34.360**. Los interesados pueden adquirir las participaciones en la sede de la asociación.

Si alguien desea colaborar en la **cuestación del Día Mundial del Alzheimer**, puede llamar a la asociación (91 309 16 60) y preguntar por Virginia Silva. Le quedaremos muy agradecidos.



# Agradecimientos

En este año en que nuestra asociación cumple 20 de existencia, y aprovechando esta gran efeméride que es para el alzhéimer su Día Mundial, queremos agradecer a todos nuestros socios, voluntarios, personas amigas, empresas amigas, administraciones, proveedores y clientes, su ayuda durante todo este tiempo, su constante apoyo y su compañía en este largo camino que es la lucha contra las demencias

## ayúdanos a ayudar

La cuota es desgravable del IRPF

Para ser socio/a de AFALcontigo, envíe esta solicitud por correo a: Asociación Nacional del Alzheimer (AFALcontigo) General Díaz Porlier, 36 - 28001 MADRID

Deseo hacerme socio/a de AFALcontigo con una cuota de ..... euros anuales\*

Nombre ..... Apellidos ..... N.I.F. ....

Domicilio ..... Localidad ..... E-mail: .....

Año de nacimiento ..... Teléfono ..... Móvil: ..... C.P. ....

Parentesco con el enfermo ..... Nombre del enfermo .....

### domiciliación bancaria

Banco ..... Dirección ..... Localidad ..... C.P. ....

Código entidad     Código sucursal     D.C.   Núm. de Cuenta           Fecha

Les agradecería atendieran contra mi cuenta los recibos que presentará la Asociación Nacional de Alzheimer (AFALcontigo), sirviéndome esta inscripción como autorización bancaria.

Firma:

Los anteriores datos personales se incluirán en el fichero de socios o de colaboradores que AFALcontigo tiene en su sede social, C./ General Díaz Porlier, 36 de Madrid, ante quien podrá ejercitar en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición conformes a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.

Las aportaciones voluntarias a AFALcontigo las podéis ingresar en la Cuenta de la Asociación CAJA MADRID Glorieta de Bilbao, 5 CCC: 2038 1602 13 6800003589

\* Cuota mínima anual 50 euros.



Saber envejecer.  
Prevenir la dependencia.



Saber envejecer.  
Prevenir la dependencia.



Saber envejecer.  
Prevenir la dependencia.

Porque pensamos en ti. Porque es tu momento.





*Nuevas tecnologías  
para la dependencia*

**netGalenus**

**Soluciones domóticas**

**Productos multimedia**

**Mantenimiento informático**