



N.º 61 • PRIMAVERA/2011

Alzhéimer

**Asociación
Nacional del
Alzhéimer**



www.afal.es



N.º 61 • Primavera/2011

En portada:
Un afecto fiel y desinteresado.

Hoy escribe
Los niños frente a la EA



13

Entrevista
Javier de Felipe
Oroquieta

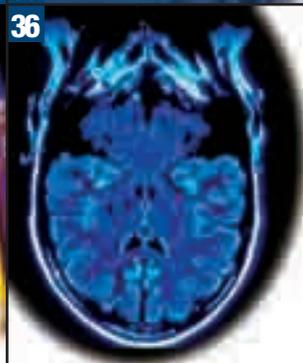


15 39 36

psicología
Arteterapia. La creatividad
como medio terapéutico
para el enfermo de alzheimer



Informe
La pet de Amiloide
en el diagnóstico
diferencial en demencias



editorial	4
<i>Blanca Clavijo Juaneda,</i> Presidente de AFALcontigo.	
flashes	6
hoy escribe...	8
Los niños frente a la EA <i>Alfredo del Álamo.</i>	
informe	10
La pet de Amiloide en el diagnóstico diferencial en demencias <i>Juan D. Gispert.</i>	
rúbrica	13
Actitud ante nuestros mayores. El cuidado como valor social <i>Lorenzo del Río Fernández.</i>	
entrevista	15
Javier de Felipe Oroquieta	
cuidados de enfermería	20
La atención al enfermo de alzhéimer en la etapa final de su vida (VI) <i>Juan S. Martín Duarte.</i>	
trabajo social	22
El Centro de Día <i>Eva López Alonso.</i>	
psicología	23
Arteterapia. La creatividad como medio terapéutico para el enfermo de alzheimer <i>Virginia Silva Zavaleta.</i>	
actividades y noticias	24
un rato para leer	35
voluntariado	36
vivencias	37
Querido monstruo alzhéimer <i>Mercedes Retana.</i>	
qué es...	38
La defensa personal <i>Juan Carlos Sánchez Borrego.</i>	
sonreír a la vida	40
escuela de formación	42
avisos	43

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 Alzhéimer

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

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
<http://www.afal.es>

E-mail: revistalzheimera@afal.es



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.

Colaboraciones: Blanca Clavijo Juaneda, Alfredo R. del Álamo, Juan D. Gispert, Lorenzo del Río Fernández, Javier de Felipe Oroquieta, Virginia Silva, Juan Santiago M. Duarte, Eva López Alonso, Mercedes Retana, Juan Carlos S. Borrego, Conchita Arjona.

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
Presidenta de AFALcontigo

¿Quién es Hendrika?

La estupenda señora de la portada, recientemente fallecida, es Hendrika Koreman, holandesa, que un buen día vino a España procedente de los Países Bajos, con una rica vida que la llevó a diferentes países y continentes, incluida Australia y que, libremente, decidió venir a envejecer a España, como tantas y tantas personas que buscan calidad de vida y buen tiempo. Adquirió una estupenda casa en una zona residencial y supongo que organizó su vida; pero en algún momento la demencia se apoderó de su cerebro y no supo o no pudo planificar su futuro.

Por diferentes cuestiones del destino, terminó tutelada por la Fundación AFAL FUTURO que, como ya casi todos saben, es una entidad tutelar creada por AFALcontigo para proteger a aquellas personas con demencia que no tienen familia o cuya familia no está en disposición de atenderlas.

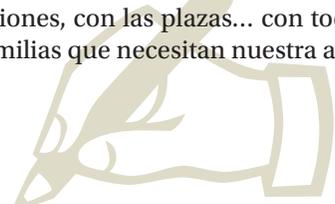
Hendrika fue derivada desde los servicios sociales de su municipio al Hospital de la Princesa, donde un buen día ingresó con una rotura de cadera que se produjo en su casa cuando ya vivía sola. En ese momento, ya había «cedido» su casa y apenas le quedaba nada. De los servicios sociales del Hospital la derivaron a la Fiscalía de Madrid y de ahí —en un tiempo más o menos prudencial pero cuando ya «alguien» había desvalijado su casa y algunas cuentas del banco— se asignó a la Fundación AFAL FUTURO su protección mediante la tutela.

Cuento esto, que parece una historia anecdótica, para que se sepa que no lo es sino que, por desgracia, hay muchas Hendrikas en Madrid y supongo que en España y en el mundo, aunque a esta Fundación sólo se le asignan unas poquitas de Madrid. Hay muchas personas con estas tristes historias, que nos deben hacer recapacitar sobre lo que queremos para nuestros mayores y para nosotros mismos, porque cualquiera puede verse en esa situación en cualquier momento.

Ella falleció, dignamente, con la atención de cuidados paliativos que necesitaba y con todo el cariño que entre todos pudimos darle. Eso sí, no dio tiempo a tramitarle la prestación por dependencia, no dio tiempo ni siquiera a regularizar su situación sanitaria; aún estaba buscada por la Interpool por unos familiares lejanos que vivían en el extranjero con los que conseguimos finalmente contactar.

¿Por qué no dio tiempo en casi dos años? Porque el sistema está colapsado. No es que hay muchas solicitudes, es que las cosas no funcionan y, lo peor, no se sabe quién es el responsable de arreglar cada cosa. Lo público parece que no es de nadie y se deteriora poco a poco. Esto no parece ser una cosa de ahora. Releyendo estos días, por motivo de las tareas escolares de mis hijos, la novela *El Camino*, de Delibes, veo que D. Ramón, alcalde del pueblo de Daniel «el Mochuelo», ya decía a sus ciudadanos que hasta que no tratasen lo público como propio de cada uno, el pueblo no marcharía.

Es urgente una reflexión sobre estas materias; no puede ser que a personas normales de nuestro entorno les parezca normal cobrar el paro y trabajar bajo manga, trapichear con las pensiones, con las plazas... con todo. El sistema no aguanta, y cada vez tenemos más personas mayores solas y más familias que necesitan nuestra ayuda, porque las necesidades que genera esta enfermedad son incalculables.



Blanca Clavijo Juaneda
Presidenta de AFALcontigo



El árbol navideño de AFALcontigo con dos futuras voluntarias.



Brindis navideño en la asociación.



Estimulación a través del deporte.

Curso a cuidadores familiares.



Salida de grupo al musical *Mama Mía*.





Comida navideña de los grupos IPA.





Dr. Alfredo del Álamo
Fundación SPF de Neurociencias

Los niños frente a la EA

La Enfermedad de Alzheimer de un adulto, sobre todo en sus estadios avanzados, tiene un gran impacto en toda la familia. Esto es especialmente cierto cuando el afectado convive en la casa junto a una familia extensa con niños pequeños, o está en íntimo contacto frecuente con ellos, lo que ocurre aproximadamente en un 50% de los casos de los pacientes.

Tener en casa un enfermo crónico degenerativo incurable como es el enfermo de alzhéimer obliga, tarde o temprano, a cambios significativos en la vida de las familias. Puede llegar a afectar muy negativamente a todos sus miembros por separado (estrés, angustia, depresión, *burnout* del cuidador) y a las relaciones interpersonales que se van a establecer entre ellos, tales como irritabilidad entre los familiares, alianzas secretas, aislamiento del cuidador, suspicacias mutuas, reproches y culpabilizaciones. Las actividades diarias cotidianas pueden convertirse en difíciles objetivos a realizar sin agobios, complicando el cuadro a veces una resentida economía familiar debido a los elevados costes que la enfermedad conlleva: de 20.000 a 25.000 Euros al año en total, de los que unos 8.000 recaen en la familia.

Todos se convierten de alguna forma en cuidadores, incluso los infantes de la casa. Y es preciso asegurarse de que los niños y adolescentes entienden lo que le está pasando al enfermo de alzhéimer, sobre todo si convi-

Es preciso asegurarse de que los niños y adolescentes entienden lo que le está pasando al enfermo de alzhéimer

ven con él de forma habitual. El grado de la afectación emocional de los pequeños por la enfermedad de su abuelo (!imaginemos lo que puede ser si la afectada se trata de su madre por sufrir alzhéimer temprano!) dependerá en gran medida de tres factores :

- La información que reciban sobre lo que está pasando. Si se les intenta mantener al margen, no por ello dejan de notar que «algo ocurre» pero que no les hablan de ello, y se angustian frente a la conspiración de silencio montado para protegerlos.
- La calidad de aceptación de la enfermedad por parte de los adultos. La negación de la enfermedad y de sus consecuencias por parte del hijo del afectado provoca reacciones llamadas «catastróficas» en el nieto: pesadillas terroríficas, miedos a la muerte o a monstruos, somatizaciones intensas...
- El grado de acercamiento (emocional o físico) que los padres permitan mantener al nieto con el afectado por alzhéimer. Si se aísla al abuelo del niño con la excusa de «no le molestes, que está malito», el nieto le cogerá miedo y extrañeza, y su relación con el mayor no será natural.

Un problema adicional radica en que los niños y adolescentes que conviven con un enfermo de alzhéimer pueden percibir que reciben menos atención de sus padres, volcados en el abuelo enfermo. Esto les crea a los menores una serie de emociones negativas de desamparo, baja valía personal, envidia y celos del abuelo, o copia de conductas de enfermedad para llamar la atención de sus padres.

Otros sentimientos y emociones que tienen que enfrentar los infantes incluyen:

- Temor por el comportamiento algo raro del abuelo (agitación, desorientación, gritos, manierismos)
- Enfado o frustración por las dificultades de comunicación que pueden experimentar con su abuelo por la afasia

- Sentimientos de culpa posteriores, justamente por haberse enfadado con él
- Rabia por los planes que no puede llegar a cumplir (irse de vacaciones, invitar a casa a amiguitos, etc.) por el estado deteriorado del mayor
- Vergüenza ante otros compañeros por las rarezas de su abuelo
- Confusión por los síntomas variados de la enfermedad que no saben interpretar bien
- A veces, preocupación porque sus padres o ellos mismos puedan desarrollar alzhéimer.

Para ayudar a que los hijos menores o nietos comprendan y acepten esta enfermedad, y que sepan convivir con un enfermo de alzhéimer, los padres deben potenciar una comunicación eficaz, lo que abarca:

- Información veraz, pero adaptada a su nivel mental
- Uso de palabras sencillas y no técnicas
- Elección de un entorno sosegado (la sala de Urgencias hospitalarias no lo es nunca)
- Cuidar los aspectos no verbales de la comunicación
- No engañar al niño sobre lo que tiene su abuelo
- Ayudarles a exteriorizar los sentimientos que les angustian
- Preguntar al niño sobre lo que cree que está pasando, disolviendo así fantasmas y malentendidos

“Para ayudar a que los hijos menores o nietos comprendan y acepten esta enfermedad, y que sepan convivir con un enfermo de alzhéimer, los padres deben potenciar una comunicación eficaz”

- Repetir las comunicaciones sobre la enfermedad de Alzhéimer varias veces (una sola vez no basta)

La forma de mejorar el diálogo puede ser hablar sobre la enfermedad, sobre las reacciones que puede tener el abuelo, sobre cómo pueden ayudar a cuidarle... Y, por supuesto, potenciando la relación intergeneracional con el enfermo a través de muchos ratos compartidos, diferentes actividades que pueden realizar juntos, tales como pasear, ayudarle en tareas domésticas, lectura de periódicos, etc.

Los padres pueden buscar asesoramiento en la asociación de familiares de enfermos de alzhéimer (AFA) más cercana a su domicilio sobre cómo afrontar esta enfermedad en relación con sus hijos. Estas asociaciones pueden ofrecer un servicio de orientación y psicología atendido por profesionales especializados en alzhéimer, con experiencia en clarificar pautas de información y comportamiento en este tema, así como en llevar a cabo psicoterapia, si fuese necesario, para los niños (hijos o nietos) de afectados de EA. Asimismo, son útiles los Grupos de Ayuda Mutua (GAMA) de familiares de alzhéimer, en los que se intercambian vivencias personales e ideas entre los participantes, en un ambiente abierto, coloquial y espontáneo. Puede llegar a ser un buen foro para tratar del tema de los hijos menores o nietos.

Sin ningún interés personal, podemos sugerir, para saber más:

• Libro: Goñi, M y García, XR. *Los niños y la enfermedad de Alzheimer*. Prous Science, 2007.

• Link web: La enfermedad de Alzheimer: información para niños y adolescentes.

www.alzheimermonterrey.com/sitiosespeciales/ninos/alzheimer-ninos.html

• Link web: Cómo explicar a los niños la enfermedad de Alzheimer.

www.geronto-alzheimer.blogspot.com/2009/05/como-explicar-los-ninos-la-enfermedad.html

• Artículo: Alzheimer's: Helping children understand the disease. *Mayo Clinic*; 21 (1), 2010. ■



La PET de Amiloide en el diagnóstico diferencial en demencias

Juan D. Gispert.

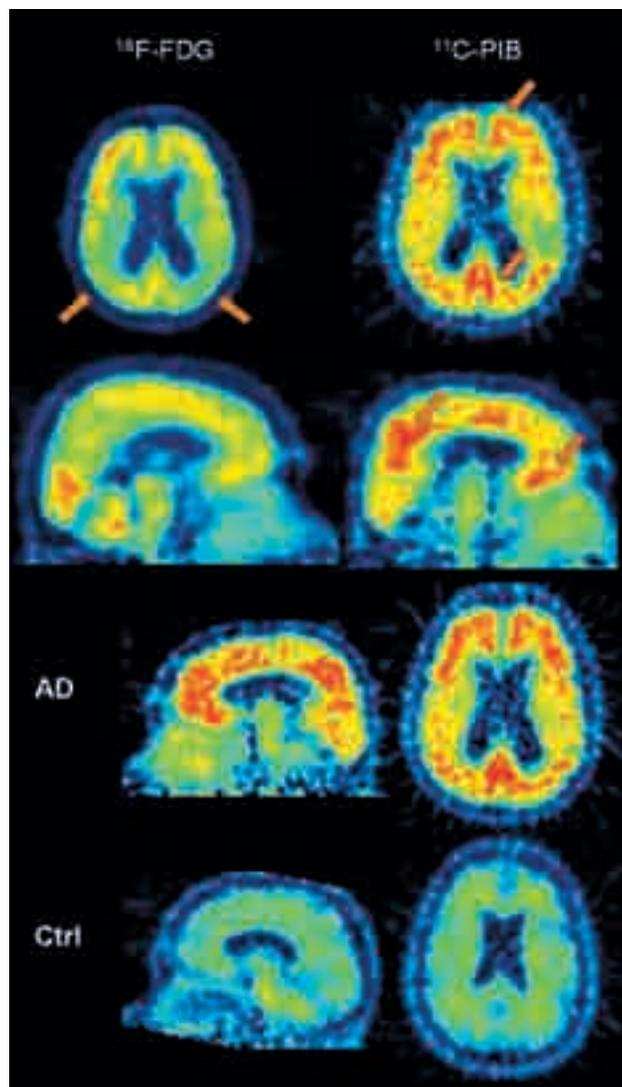
Director Científico de Investigación y Desarrollo.
CRC CIM

Existe una creciente concienciación de que las demencias y, entre ellas la enfermedad de Alzheimer, suponen un problema socio-sanitario de primera importancia. Esto es debido al aumento de la esperanza de vida experimentada en los últimos años y al descenso en la mortalidad de otras patologías cardiovasculares u oncológicas.

Actualmente, la enfermedad de Alzheimer (EA) representa una demencia irreversible, incurable, y cuyo origen y causas se desconocen. Se caracteriza por la formación de placas de proteína beta-amiloide y ovillos neurofibrilares en el cerebro.

Generalmente, la EA se diagnostica a nivel clínico mediante pruebas neuropsicológicas (ya saben: «bicicleta, manzana, cuchara,...») que, independientemente de la capacidad de los neurólogos o neuropatólogos que las realicen, yerran en un porcentaje estimado de entre el 15 y el 30 % de los casos. Estos pacientes, generalmente sufren otras demencias cuyos síntomas se confunden con los del alzhéimer durante un tiempo. Los errores son debidos a que el rendimiento en este tipo de pruebas cognitivas varía en función de factores que nada tienen que ver con la enfermedad, como el nivel educativo previo a la aparición de los síntomas de demencia o de otros que pueden darse de forma simultánea, como síntomas de depresión.

Hasta hace poco, la única prueba confirmatoria fiable era la autopsia, en la que se utiliza un tinte que marca las placas de beta-amiloide. En la actualidad existen dos técnicas que permiten el diagnóstico en vida de la enfermedad de Alzheimer. La primera es la **cuantificación la proteína beta-amiloide en el líquido cefalorraquídeo**, que requiere una punción lumbar y, por tanto, es invasiva y molesta para el paciente. La otra, de muy reciente implantación, es la



“ La PET de amiloide constituye una herramienta imprescindible para la evaluación de la eficacia de estos nuevos fármacos en investigación para el alzhéimer ”



tomografía por emisión de positrones (PET) utilizando agentes de contraste (también llamados radio-trazadores) para la placa beta-amiloide. Esta última opción permite diagnosticar la patología entre diez y quince años antes de la aparición de los primeros síntomas y de forma extremadamente fiable (con ella el error se reduce a entre un 2 y un 5 %).

Para el estudio de la enfermedad de Alzheimer se emplean habitualmente otras técnicas de imagen médica más extendidas. Por ejemplo, la Resonancia Magnética permite cuantificar la atrofia de determinadas áreas cerebrales implicadas en la patología, como los hipocampos, o la **PET con fluorodesoxi-glucosa (FDG)**, que evalúa el metabolismo cerebral de la glucosa. Estas pruebas reflejan, de una forma u otra, la pérdida de neuronas propia de la enfermedad, por lo que permiten objetivar el grado de neurodegeneración; para ello se emplean en muchos estudios de investigación. En cambio, carecen de la capacidad de la **PET de amiloide** para anticiparse en una década a la aparición de los síntomas.

En la actualidad, si bien hay una gran cantidad de fármacos en investigación con potencial terapéutico, los tratamientos disponibles son únicamente paliativos de los síntomas pero incapaces de modificar significativamente el curso de la enfermedad. Parece claro, pues, que cuando se confirme la eficacia de alguno de estos agentes terapéuticos, el diagnóstico precoz será clave, ya que, normalmente, atacar a la enfermedad en sus etapas iniciales aumenta las probabilidades de éxito. Pero ahora, y a la espera de que esto ocurra, se da la aparente paradoja de que se dispone de pruebas diagnósticas excelentes pero no de fármacos que alteren el curso de la patología. Dado este panorama, cabe cuestionarse sobre la utilidad de estos métodos de diagnóstico precoz.

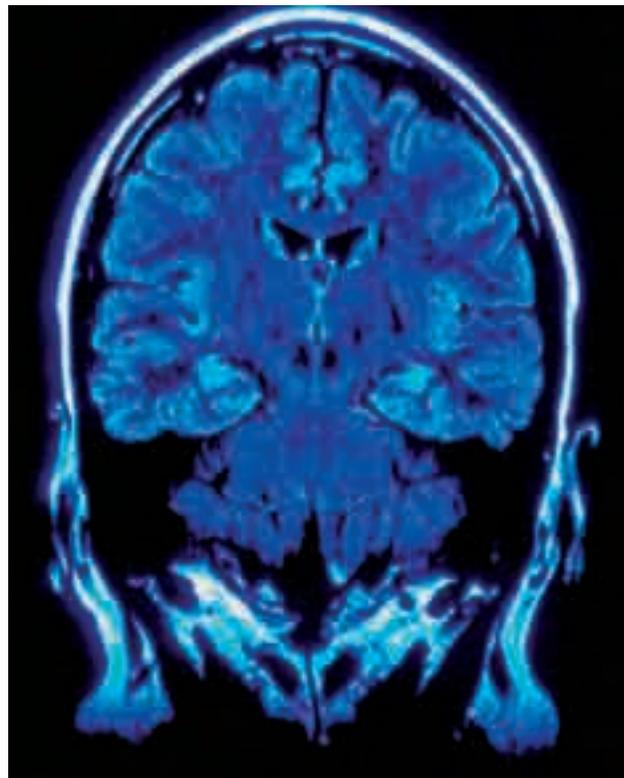
Por un lado, la PET de amiloide constituye una herramienta imprescindible para la evaluación de la eficacia de estos nuevos fármacos en investigación para el alzhéimer. Muchos de ellos están diseñados precisamente para eliminar esta proteína

“ Se están llevando a cabo grandes esfuerzos para investigar sobre las causas y mecanismos de la enfermedad de Alzheimer que permitan el desarrollo de fármacos eficaces y agentes diagnósticos precisos ”

tóxica del cerebro. Por lo tanto, la PET de amiloide constituye una herramienta fundamental para confirmar el éxito de esta estrategia. En este sentido, CRC Centre d'Imatge Molecular (CRC CIM) ha sido pionero en la producción y uso de radiotrazadores PET para la detección y cuantificación de la placa beta-amiloide.

En diciembre de 2009 recibió la aprobación de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios para empezar las primeras pruebas en España con el 11C-PIB, el más conocido de estos agentes de contraste. En abril del año siguiente empezaron las pruebas con pacientes tratados con un fármaco experimental cuya eficacia se sabrá en unos dos años. El inconveniente de este radiotrazador es que no se puede distribuir fuera del centro productor debido a la cortísima vida media del marcaje con Carbono-11. Para superar esta limitación, en octubre de 2010 CRC CIM recibió la aprobación para la producción y utilización de un segundo radiotrazador para la placa beta-amiloide, el 18F-AV45. Este agente, al estar marcado con un isótopo de vida media más larga, se puede distribuir desde el centro productor a otros centros PET distantes hasta unas 4 horas de avión.

Esta característica es la que ha impulsado el reconocimiento de la autoridad competente en materia farmacéutica en Estados Unidos (FDA) a esta aplicación clínica. De hecho, en este país ya se ha



solicitado la autorización para el uso rutinario del 18F-AV45 para PET de amiloide. Un panel consultor reconoció, el pasado febrero y de forma unánime, el interés clínico del PET de amiloide para el diagnóstico diferencial de demencias, ya que permite diferenciar la EA de otras que cursan sin amiloidosis, como demencias frontales, corticobasales o la parálisis progresiva supranuclear. Su autorización definitiva deberá esperar a que se establezca un programa de formación para que los profesionales médicos sepan interpretar correctamente estas imágenes. Así, se espera que el primer test diagnóstico de uso clínico rutinario esté aprobado en Estados Unidos a mediados de 2011. Para su uso rutinario en España tendremos que esperar a que se solicite la autorización equivalente de la Agencia Europea de Medicinas y cuya resolución favorable no se espera hasta el 2012. Sin embargo, actualmente ya es posible su uso clínico bajo condiciones especiales.

Como vemos, se están llevando a cabo grandes esfuerzos para investigar sobre las causas y mecanismos de la enfermedad de Alzheimer que permitan el desarrollo de fármacos eficaces y agentes diagnósticos precisos. Con respecto a los tratamientos curativos, deberemos esperar aún algunos años más para comprobar si aquéllos que están siendo evaluados ahora mismo son realmente eficaces. En cambio, vemos que las investigaciones en lo referente al diagnóstico están dando resultados en los últimos meses, como demuestra el gran avance que supone la PET de amiloide para la detección precoz del alzhéimer y para el descubrimiento de nuevos fármacos que combatan esta patología. ■

Actitud ante nuestros mayores

El cuidado como valor social



Lorenzo del Río Fernández
Presidente del Tribunal Superior
de Justicia de Andalucía

De vez en cuando, asoman al escaparate público casos de ancianos sometidos a trato negligente o vejatorio por los empleados de las instituciones presuntamente dedicadas a su asistencia; o, simplemente, abandonados a su suerte por sus propios familiares, en quienes puede más el desgaste anímico que les produce su cuidado que el mandato de la sangre.

Para estas conductas, nuestro Código Penal crea diversas infracciones, aunque ahora interesa destacar una de carácter leve, constitutiva de falta, en el artículo 619 que castiga con pena de multa a *«los que dejen de prestar asistencia o, en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de edad avanzada o discapacitada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados»* y otra, más grave, constitutiva de delito, en el artículo 226, referido al *«abandono de familia, menores o incapaces»*.

Uno de estos familiares remolones, después de que un juez lo hubiera castigado con una multa, declaraba:

“ *La longevidad, favorecida por los avances médicos, mezclada con el fenómeno creciente de desmembración de las familias, está creando un «excedente de viejos» de muy difícil encaje en la sociedad.* ”

«me arrepiento de lo que hice, pero no tengo sentimiento de culpa». La frase, risueñamente contradictoria, parece resumir la actitud social imperante sobre el asunto.

En la infancia nos enseñaban que no puede existir arrepentimiento sin contrición. Este mecanismo automático de la conciencia no requiere una explica-

“Nos hallamos ante un problema de índole educativa, cultural y, a la postre, moral”

ción religiosa, sino que constituye una reacción natural en cualquier persona sana que guía su conducta según unas determinadas premisas morales. El reconocimiento de una culpa (arrepentimiento) acarrea necesariamente un malestar de índole espiritual que nos incita a reparar el daño causado. En sentido contrario, reconocer en abstracto que hemos actuado mal a sabiendas pero extirpar de nuestra conciencia cualquier atisbo de remordimiento tiene algo de patológico. En cierto modo, equivale a proclamar que padecemos sed pero no preocuparnos de saciarla: o bien la hemos colmado ya (y entonces el enunciado inicial resulta falso, una mera declaración de cara a la galería) o bien padecemos algún tipo de disfunción morbosa que nos impide atender una necesidad tan perentoria.

Por lo dicho, la frase de aquel familiar desnaturalizado parece reflejar un pronunciamiento social. Quizás sin pretenderlo, aquél hijo o nieto que se había desprendido de su padre o abuelo como quien suelta un enojoso lastre, había prestado voz a un comportamiento muy característico de nuestra época: consiste en reconocer una calamidad, incluso en aceptar que dicha calamidad nos interpela moralmente, pero conformarnos con lamentarla, sin mostrarnos compungidos.

La longevidad, favorecida por los avances médicos, mezclada con el fenómeno creciente de desmembración de las familias, está creando un «excedente de viejos» de muy difícil encaje en la sociedad. Las soluciones adoptadas (construcción apresurada de residencias, a veces regidas sólo por criterios de rentabilidad mercantil, aumento de la dotación presupuestaria para servicios sociales, etc.) serán siempre insuficientes o desbordadas por la realidad (se prevé que en poco tiempo se triplique el número de personas mayores) mientras no las acompañe una convicción más íntima de índole moral.

No se trata sólo de proveer remedios materiales que solucionen o siquiera mitiguen una realidad, sino de que surja en cada persona la conciencia nítida de que su vida no estará nunca completa mientras no trate de hacer más llevadera y digna la vida de quienes le han precedido.

Nos hallamos ante un problema de índole educativa, cultural y, a la postre, moral (recordemos que, etimológicamente, esta palabra alude a nuestros hábitos y costumbres). Mientras no aceptemos que nos vincula a los mayores un compromiso vital, mientras no asumamos que el cuidado que demandan (la nueva cultura del cuidado: el cuidado como valor social) es un deber

natural y una justa retribución al cuidado que ellos antes nos brindaron, de nada valdrá que construyamos residencias de ancianos que, además de no dar abasto, acaban convirtiéndose en lazaretos. Mientras no logremos extirparnos ese cáncer que nos permite afrontar el problema de los mayores como si fuera meramente logístico o presupuestario, poco habremos logrado.

Sale más rentable un presente donde prime la responsabilidad y el buen desarrollo de las relaciones sociales: «toda buena acción tiene un regreso». De ahí la importancia de las campañas de sensibilización social sobre las necesidades de las personas mayores para mejorar el conocimiento sobre el envejecimiento, entendido como una fase más del proceso del ciclo vital, con toda la riqueza y diversidad que posee, al igual que otras etapas de la vida.

Los mayores asumen situaciones de injusticia como si tener cierta cantidad de años conllevara ese destino. En un estudio sobre violación de los derechos de las personas mayores los encuestados manifestaron que lo que más padecían era «la falta de respeto» y se resaltó la importancia de «trabajar en la recuperación del respeto, palabra en la que se incluyen los valores, el reconocimiento de la experiencia, mediante la cual están incluidos y no excluidos, porque dejarlos afuera, sin participación, es una de las cosas que más sufren».

Debemos erradicar el «edaísmo» (discriminación por la edad) y seguir luchando por los derechos de las personas mayores, que no son distintos a los de otra etapa de la vida. Y apunto ciertos compromisos, que ya nos recordaba la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991 al aprobar ciertos Principios a favor de la tercera edad en la línea de lograr que el capital social que los mayores acumulan redunde en beneficio de otras generaciones.

Se trata de fomentar la participación de las personas mayores en el mundo que les rodea, ofrecer un marco idóneo de convivencia para sensibilizar y propiciar unas relaciones intergeneracionales que dinamicen la participación social. Se trata de que permanezcan integradas en la sociedad, que compartan sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes: «lo que no se da, se pierde». Se trata, en fin, de aprovechar sus oportunidades y capacidades de prestar servicio a la comunidad.

Si así lo hacemos, nuestra sociedad será mejor día a día. ■

“El cuidado que demandan es un deber natural y una justa retribución al cuidado que ellos antes nos brindaron”



Javier de Felipe Oroquieta

Neurobiólogo e investigador en alzhéimer

Javier de Felipe es un neurobiólogo, investigador del Instituto Ramón y Cajal, que estudia el cerebro con un enfoque integral y es parte del equipo investigador del Proyecto Alzheimer – 3π, una iniciativa que forma parte del Proyecto Blue Brain, que agrupa a más de 50 investigadores con perfiles diversos.

Pero, además de todo esto, ha convertido en arte la estructura cerebral y sus conexiones a través de árboles y espinas. Él forma parte de la esperanza de conquista del alzhéimer, razón por la que hoy le pedimos que nos cuente en qué está trabajando.

Pregunta: ¿Qué es el cerebro?

Respuesta: El cerebro es nuestra humanidad, es lo que somos. Podemos transplantar los otros órganos del cuerpo y la persona sigue siendo la misma pero si mi cerebro se trasplantara a otra persona, esa persona sería yo. El cerebro contiene la historia de nuestra vida, nos hace sentir y gobierna todo el organismo, sirve para comunicarnos con otros seres vivos y para controlar toda la actividad de nuestro cuerpo. Es un centro de procesamiento de información que controla nuestra vida mental y física, es nuestra esencia. Por eso debemos cuidarlo como cuidamos otros órganos, para procurar que no se altere, lo que produciría enfermedades de la mente.



P.- El trasplante de cerebro es, pues imposible.

R.- No tendría sentido porque cada uno de nosotros somos lo que es nuestro cerebro, no hay dos iguales, ni siquiera en el caso de gemelos idénticos. Cuando nacemos tenemos un cerebro de unos 350 gramos, similar en peso al de un chimpancé, y cuando somos adultos pesa unos 1.400 gramos. Ese crecimiento se debe a la multiplicación de conexiones, dendritas, axones, que conforman como pequeños árboles cuyas ramas van creciendo y proporcionándonos la capacidad de abstracción, pensamiento, razonamiento, lenguaje,...

La educación, el ambiente intelectual en que nos criamos es lo que, de manera determinante, influye en las diferencias entre un cerebro y otro, a través de la plasticidad neuronal. Del entorno dependen las conexiones y el flujo de información.

Las alteraciones que se producen en el cerebro influyen en la

personalidad del individuo. En el caso de la enfermedad de Alzheimer, nos encontramos con alteraciones que causan degeneración cerebral irreversible, sin posibilidad de retroceso; la memoria que se pierde no se recupera. Por eso, en el caso del alzhéimer las células madre no tienen utilidad, no podrían reconstruir la personalidad anterior del enfermo. La información perdida en el disco duro de un ordenador no se recupera por el hecho de sustituirlo por otro disco. Por eso es muy importante conseguir ser capaces de detener la enfermedad antes de que el daño sea importante y poder hacer un diagnóstico temprano. Estamos más cerca de frenar la enfermedad que de prevenirla, ya que para esto último es necesario conocer las causas que la provocan, y no será tan fácil llegar a conocerlas.

P.- ¿Importa el tamaño del cerebro?

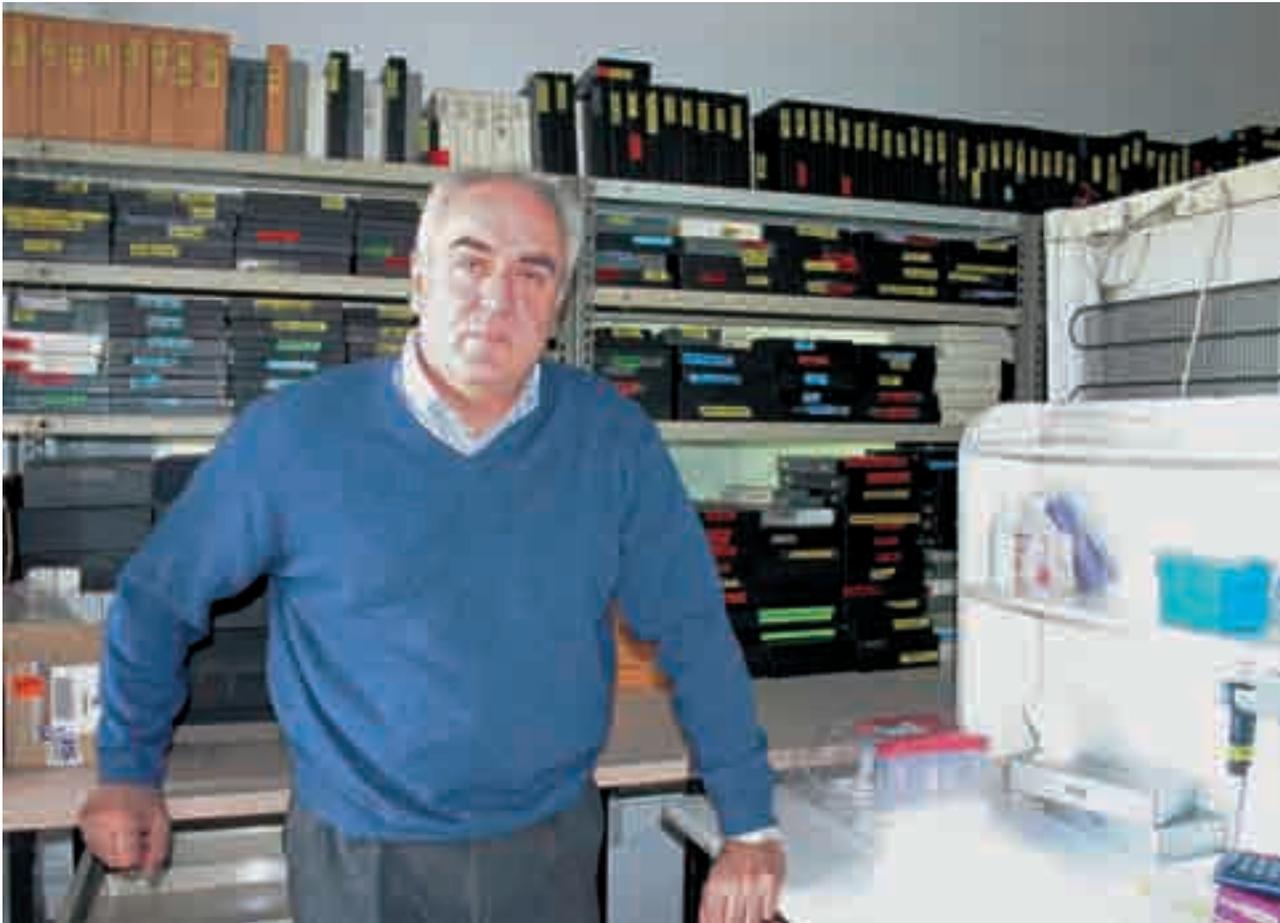
R.- No, hay mucha variabilidad. Tenemos un número de célu-

las de partida y una capacidad pero, como ya he dicho, el medio ambiente determina el desarrollo posterior, en mayor o menor grado. Decía Cajal que cada persona es el escultor de su propio cerebro. Lord Byron tenía un cerebro de 2.200 gramos (muy grande, ya que la media es de 1.400 gr.) y, desde luego, era un gran escritor pero Anatole France, que también fue Premio Nobel de Literatura, tenía un cerebro de 1 Kg. nada más.

P.- En un cerebro con alzhéimer, ¿cuál es el efecto que se puede esperar con la estimulación?

R.- En el cerebro adulto, la plasticidad va disminuyendo pero, aun así, la actividad mental continuada a lo largo de toda la vida es muy importante porque mantiene las espinas dendríticas —estructuras en las que se producen la mayor parte de las conexiones en la corteza cerebral— en mejor estado que si no hay ejercicio mental.





Aunque el proceso de deterioro en la demencia es continuo, algunos medicamentos junto con algunos ejercicios podrían conseguir endentecer un poquito el proceso. En el Proyecto Cajal Blue Brain estamos estudiando ahora el modelo que hemos creado de la unidad funcional básica del cerebro, lo que se llama la columna neocortical y queremos acceder a la estructura completa para luego ver cómo se altera con el alzhéimer y otras enfermedades mediante simulaciones con ordenador de modo que podamos manipularlo y ver qué pasa poniendo y quitando espinas, cómo se comportan los neurotransmisores, etc. Aplicamos todo este conocimiento a la enfermedad de Alzheimer, estudiando estos cerebros en tres dimensiones a nivel microscópico, reconstruyendo todo el cerebro tridimensionalmente y correlacionándolo con sus características psicológicas y psiquiátricas, farmacológicas, clínicas, etc., buscando comprender

“ *El cerebro es nuestra humanidad, es lo que somos. Podemos transplantar los otros órganos del cuerpo y la persona sigue siendo la misma pero si mi cerebro se trasplantar a otra persona, esa persona sería yo.* ”

y conocer esta enfermedad. Queremos crear un libro de cada cerebro. Se trata de hacer un estudio global del cerebro, como un todo, y esto es algo nuevo, pero si no conocemos exactamente por qué y cuándo se produce el deterioro cognitivo, va a ser muy difícil detenerlo.

P.- Hay un porcentaje nada despreciable de error en el diagnóstico diferencial. ¿A qué se debe?

R.- El problema es que los estudios estándar neuropatológicos están poco sofisticados, por decir-

lo de algún modo, no van al detalle de los circuitos. Vemos cerebros con mucha τ y mucha β -amiloide y que, sin embargo, no sufren deterioro cognitivo; y no se hacen análisis detallados, lo que puede inducir a error. Nosotros miramos los circuitos, las espinas, no la cantidad de placas. En tres dimensiones queremos generar imágenes del cerebro, como un Google.

P.- Pero esto ¿se hace sobre cerebros donados por los fallecidos?, ¿obtienen las muestras de los bancos de cerebros?



R.- Necesitamos cerebros con menos de dos horas postmortem, lo que hace muy difícil conseguirlos. Además, nosotros necesitamos el cerebro completo, desde la corteza frontal hasta la médula espinal, además del conocimiento de la evolución del paciente en vida.

P.- Pero eso significa que necesitan su propio banco de cerebros.

R.- Si. Pero no necesitamos muchos cerebros porque cada uno proporciona muchas imágenes y una enorme información. Se estudia en secciones muy finas, que se procesan para observar la microanatomía y poner el cerebro en tres dimensiones, de forma que podamos correlacionar las imágenes de las resonancias magnéticas y funcionales con lo que nosotros tenemos, así que podemos ver la misma imagen con resonancia magnética y con microanatomía. Lo que buscamos es comprender mejor esta enfermedad. Para ello trabajamos en el Proyecto Alzheimer-3π, en colaboración con la Universidad Politécnica de Madrid, la Fundación Reina Sofía, la Agencia Estatal CSIC, la Fundación CIEN, la Universidad Complutense y la Universidad Rey Juan Carlos.

P.- ¿Se puede definir y medir, realmente, la inteligencia?

R.- Todas nuestras actividades mentales son el producto de nuestros circuitos. Lo que hace que una persona sea más inteligente que otra, como ya hemos dicho, no es el tamaño, en el caso del ser humano. Cuando una persona muy inteligente quiere resolver un problema matemático sólo se activa una pequeña parte de su cerebro mientras que si lo intenta una persona menos inteligente, se activarán muchas más partes. Pero los dos podrían llegar a resolver el problema, aunque las conexiones sean distintas. A ese nivel no se ha estudiado aún el cerebro.

Hay una inteligencia general, que corresponde a las personas que lo hacen todo bien en general,

que se mueven bien en su medio y gestionan bien su vida pero que no destacan en nada, y hay otras, los llamados «sabios idiotas» que son genios en algo pero deficientes en otras muchas cosas; recuerdo un retrasado mental que se sabía todo el santoral del año. Eso se debe a que hay áreas del cerebro que se han desarrollado mucho más de lo normal y otras han quedado infradesarrolladas, lo que demuestra que nosotros mismos podemos transformar nuestro cerebro en gran medida, nuestras conexiones pueden crecer según nuestras características genéticas pero, sobre todo, según el medio ambiente en que crecemos. La educación es fundamental, es lo más importante en que debe esforzarse un país.

P.- Usted ha colaborado con la NASA en el estudio de las reacciones del cerebro cuando se halla en el espacio. ¿Han llegado a algunos resultados?

R.- Nuestro cerebro ha evolucionado a lo largo de millones de años dentro de la gravedad terrestre. Con este proyecto se pretendía estudiar qué pasaría si nos criáramos en un entorno sin gravedad. Para ello, se envió al espacio una especie de Arca de Noé, conteniendo algunas especies animales: grillos, ratas, serpientes,... Las ratas se enviaron cuando contaban con 15 días de edad y el vuelo duró 16 días. Como el cerebro de una rata tarda 30 días en madurar, la mitad de esa maduración se desarrolló en el espacio. Y vimos que se producían cambios permanentes en los circuitos corticales en la zona relacionada con el control de las patas traseras. La pregunta era si esa atrofia muscular en las patas

era debida a la falta de gravedad. Debido a la plasticidad del cerebro, se adapta al nuevo ambiente y, al cambiar los circuitos cerebrales, se puede cambiar la especie y convertirse en otra nueva; y no se trata de una mutación sino de un cambio en el cerebro.

P.- La enfermedad de Alzheimer es una tragedia que deja a la persona sin memoria. ¿Qué sabemos de ese proceso?

R.- Bueno, en realidad no conocemos cuál es la actividad mental de una persona con alzhéimer. A veces ves que quieren expresar algo y no pueden; y lloran. El cerebro puede contener pensamiento y la persona no ser capaz de expresarlo, querer decir algo y no poder, que es lo terrible. Decimos «no se entera de nada» pero llora. ¿Qué sabemos? Cada enfermo de alzhéimer es diferente de otro, tienen deterioros distintos. Yo creo que el alzhéimer es una de las peores cosas que te pueden ocurrir porque sigues vivo, viviendo cada día la pérdida de conexión con tu entorno, con tu mundo, encarcelado en tu propio cerebro. El estudio de la enfermedad de Alzheimer no sólo es un proyecto gigantesco, que beneficia a millones de personas en el mundo, sino que ayudará a otras muchas enfermedades neurodegenerativas.

P.- Se ha empezado tarde a investigar sobre el cerebro. ¿Se debe a que se ha considerado tabú?

R.- El estudio detallado del cerebro empieza con Cajal, a mediados del siglo XIX; él es el origen de la neurociencia. Ahora hay muchísima gente en el mundo estudiando este órgano; no sólo neurocientíficos como yo sino también psiquia-

“... la memoria que se pierde no se recupera. Por eso, en el caso del alzhéimer las células madre no tienen utilidad, no podrían reconstruir la personalidad anterior del enfermo.”



“El estudio de la enfermedad de Alzheimer no sólo es un proyecto gigantesco, que beneficia a millones de personas en el mundo, sino que ayudará a otras muchas enfermedades neurodegenerativas”

tras, neurólogos, neuropsicólogos. Hay cientos de miles de expertos en el mundo. En España el nivel es muy alto pero aquí somos muy pocos. Sólo en Nueva York hay cinco veces más que en todo nuestro país.

P.- Y eso ¿a qué se debe, a falta de medios o a falta de vocaciones?

R.- No estamos mal dotados de herramientas pero hace falta dinero para poder contratar a los miembros de los equipos investigadores. Lo que hacemos nosotros precisa de biólogos, médicos, ingenieros informáticos, estadísticos, matemáticos, ingenieros industriales y otros. Se avanzaría más rápido si se dispusiera del

personal necesario. La investigación básica es como la lotería: si juegas, algo toca pero no toca si no juegas. Por otra parte, hay que seleccionar muy bien los proyectos de investigación. Hay que reconocer que muchos estudios no llevan a ningún sitio y no se debe malgastar ese dinero.

P.- El estudio del cerebro ¿lo convierte a uno en un humanista? Usted ha hallado una dimensión artística insospechada en las imágenes que procesa.

R.- Bueno, no a todos. Se trata de aficiones personales. Llevo exposiciones de imágenes por todo el mundo y hay centros de investigación en Israel, Brasil, USA, Dina-

marca, que utilizan esas imágenes, a modo de cuadros y museo, en sus propias instalaciones, cosa que me encanta. Yo no cobro por esto, con mucho gusto les facilito todo lo que quieran; eso forma parte de la divulgación de la neurociencia a todo el público y para que los jóvenes se interesen por el estudio del cerebro, que es la esencia de la humanidad.

P.- Nuestros lectores son, sobre todo, cuidadores de enfermos de alzhéimer u otra demencia. ¿Puede enviarles un mensaje de esperanza como investigador?

R.- Yo creo que hay que ser optimistas. En un futuro no muy lejano creo que vamos a poder resolver el problema del deterioro cognitivo progresivo. Una cosa es que sea difícil, que lo es, y otra que sea imposible, que no lo es. Todo depende de que lleguemos a conocer bien el cerebro porque entonces podremos manipularlo. Si no creyera que esto es posible, dejaría de trabajar en esto. ■

M.^a Jesús Morala del Campo



Juan S. Martín Duarte
Enfermero. Profesor de
Dopp consultores

La atención al enfermo de alzhéimer en la etapa final de su vida

VI

Alimentar a una persona en coma vegetativo o a un enfermo de Alzheimer terminal ¿es o no es una terapia?

De nuevo les invito a reflexionar sobre la sociedad en que vivimos, y voy un paso más allá: en el caso en que la persona cuidada se encuentra en un estado de plena dependencia (como muchos de nuestros familiares) y la medicina puede llegar a convertirse en un instrumento de poder casi ilimitado, cuando se tiene enfrente a una

persona totalmente dependiente sin ningún tipo ya de recuperación posible.

La historia es la siguiente: El 18 de enero de 1992 Eluana Englaro con 22 años sufrió un accidente de tráfico que la dejó en un estado de coma vegetativo. Dos años después, los médicos declararon que no había esperanzas de que despertara.

En 1999, el padre de Eluana solicitó al tribunal que autorizara la desconexión de la sonda nasogástrica que le servía para su alimentación e hidratación, petición que le fue denegada. En ese momento se dirigió por carta al entonces presidente de la República Italiana, asegurán-





dole al jefe del Estado que su hija había manifestado en vida que no querría vivir en esas condiciones.

Al no obtener ninguna respuesta por parte de las autoridades italianas, el padre de Eluana continuó su lucha en los tribunales. El 20 de abril del 2005 el Tribunal Supremo, a pesar de que seguía dando la razón a la corte milanesa de no permitir la desconexión de la sonda, abrió una nueva línea en el caso, al precisar que no se podía autorizar la muerte porque no había «muestras concretas» de que esa fuera la voluntad de Eluana (no lo había dejado escrito).

Tras diez años de decisiones judiciales y recursos por parte de su familia para que se le dejara de dar alimentación por sonda nasogástrica, el 13 de noviembre de 2008 el Tribunal Supremo de Italia autorizó la desconexión de la sonda que mantenía con vida a esta mujer.

Fue entonces cuando la familia de Eluana se dispuso a buscar una clínica en la que muriera la joven, y aunque el hospital de Udine se mostró dispuesto, el 16 de diciembre el Ministerio de Sanidad italiano difundió una circular a todos los centros sanitarios por la que prohibía suspender la alimentación de ninguna persona en su recinto.

En la noche del 2 al 3 de febrero (ha hecho hace poco dos años), Eluana dejó la clínica de Lecco para ingresar en

la casa de curas *La Quiete* de Udine, donde el 6 de febrero se interrumpía su alimentación e hidratación artificial. En ese momento, el entonces primer ministro italiano, Silvio Berlusconi, ¿les suena quizás este nombre?, presentó un proyecto de ley que prohibía la suspensión de la alimentación a Eluana.

Pero el presidente de la República, Giorgio Napolitano, se negó a firmarlo, comenzando una carrera contrarreloj que empezó el día 9 con una reunión del Senado para debatir el proyecto de ley, aunque pocos minutos antes de las 20.00, hora local, Eluana expiraba, según fuentes sanitarias, debido a una parada respiratoria.

Dicho proyecto de ley establece dos principios importantes:

- 1º Que el testamento vital tiene que ser escrito y
- 2º Que la alimentación e hidratación no se consideran una terapia, por lo que Eluana no dependía de máquinas para vivir, sino únicamente del suministro de alimentos e hidratación a través de la sonda nasogástrica.

Ha sido el primer caso en el país transalpino en el que el Supremo autorizaba la muerte de una paciente en coma vegetativo. ■



Eva López Alonso
Trabajadora social de AFALcontigo

El Centro de Día

En el centro de día el enfermo de alzhéimer se beneficia de la continuidad y constancia diaria en las terapias y de la posibilidad de estar en contacto con otras personas y participar en actividades en un entorno seguro.

A los cuidadores les permite disponer de un tiempo de descanso, fundamental para que la calidad del cuidado no se resienta.

La calidad en la prestación se traduce en una respuesta individualizada a las necesidades específicas de cada persona.

Los centros de día del Ayuntamiento de Madrid incluyen, como principales actividades:

Atención social, sanitaria, preventiva y rehabilitadora

- Acoger en el centro e informar del funcionamiento del mismo.
- Realizar una valoración integral de la situación personal y familiar.
- Detectar situaciones de riesgo sociosanitario.
- Realizar un seguimiento de patologías crónicas.
- Educación para la salud.
- Fisioterapia grupal.
- Entrenamiento para las actividades de la vida diaria.
- Entrenamiento de las capacidades intelectuales (memoria, atención, etc.).
- Apoyo, información y asesoramiento social sobre otros recursos que permitan mejorar su atención.
- Realizar actividades culturales, recreativas y de relación social.
- Seguimiento de la evolución del usuario.

Apoyo a la familia

- Apoyo a la labor del cuidador familiar en el domicilio.
- Actividades formativas e informativas sobre temas relacionados con la atención que se presta en el centro de día.
- Participación de la familia en las actividades del centro (fiestas, excursiones, etc.).
- Promover la participación de la familia en los programas municipales dirigidos a ella: *Respiro familiar de fin de semana* y *Cuidar al cuidador*.

Aseo y cuidado personal

Ayuda en el aseo y cuidado personal siempre que el usuario lo necesite

Transporte adaptado

- Traslado en vehículo desde el domicilio hasta el centro de día y viceversa de los usuarios que lo demanden y dentro del horario establecido.
- Ayuda para subir al vehículo, bajar del vehículo e instalarse en él.

Alimentación y nutrición

Desayuno, comida y merienda adaptados a las necesidades nutricionales del usuario, con posibilidad de menú ordinario o menú de régimen (sin sal, astringente, para diabéticos o para celíacos). ■

Fuente: Concejalía de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid





Arteterapia. La creatividad como medio terapéutico para el enfermo de alzhéimer



Virginia Silva Zavaleta
Neuropsicóloga
Directora del Programa IPA
de AFALcontigo

De los socios que acuden a la Asociación demandando que su enfermo participe en unos de los *Grupos de Psicoestimulación* no todos son aptos, puesto que algunos no cumplen los criterios de inclusión establecidos. Uno de estos criterios excluyentes es un déficit cognitivo demasiado elevado. A partir de ahí, empieza uno de los retos de nuestro Programa IPA (*Intervención con Pacientes de Alzheimer*): crear talleres diseñados especialmente para ese grupo de pacientes.

AFALcontigo, dentro de su Programa de Intervención con Pacientes, creó un nuevo grupo para pacientes leves pero con déficits importantes del lenguaje, como es la afasia, que implica la existencia de una lesión cerebral focal debido a la desorganización global del sistema cognitivo o el resultado de una acumulación de daños estructurales en el uso del lenguaje. Para este tipo de pacientes, en que el lenguaje verbal es insuficiente como medio de expresión, la Arteterapia es una alternativa o modalidad terapéutica adecuada que facilita la expresión y mejora la comprensión de las necesidades emocionales del paciente.

El propósito central es facilitar la expresión mediante vías no verbales, como dibujos, arcilla, escultura

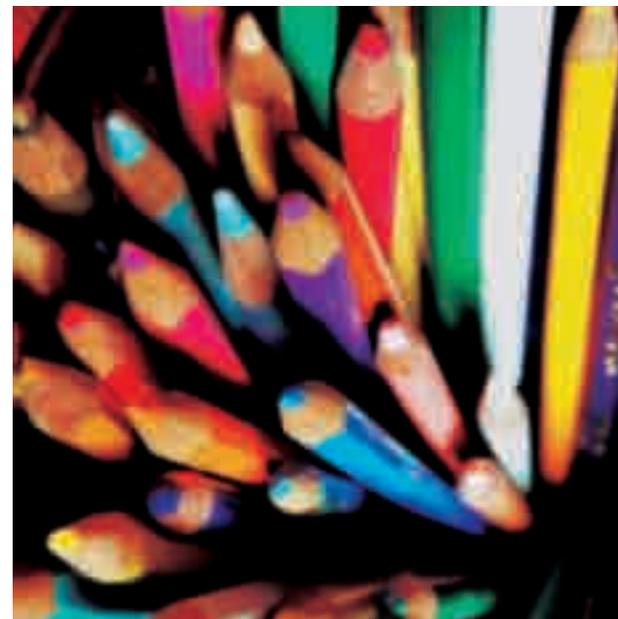
de pequeño tamaño, collages y otras técnicas procedentes de las artes plásticas.

Es una actividad donde se crea un espacio que hace posible que emociones y sensaciones que intervienen en un proceso terapéutico se conviertan en colores, líneas, formas y movimientos para profundizar en los contenidos que afloran en el paciente.

Se trabaja a partir de la creatividad plástica, partiendo de que el arte es un lenguaje simbólico, entre otros disponibles para el ser humano, como el lenguaje verbal en su forma oral o escrita, el lenguaje corporal, el gestual, el musical, el de señas y el lenguaje plástico.

Las consignas que se utilizan con los pacientes son sencillas y sirven para permitir que afloren a la superficie cuestiones que dificultan el bienestar y que muchas veces no son de fácil comunicación verbal.

Las técnicas que se implantan son muy variadas y diversas. Se eligen en función de la situación particular de cada paciente o, como en este caso, del grupo. Incluso se suelen crear algunas que resultan específicas para necesidades concretas durante el trascurso del proceso terapéutico.



El medio creativo nos sirve como herramienta intermediaria, ya que lo que se pretende no es el producto artístico en sí mismo como finalidad estética sino que lo que importa es el propio proceso que acompaña al paciente durante el acto creativo.

La terapia radica en crear un ambiente de tranquilidad, seguridad y contención que permita al paciente expresarse con libertad. Es importante que se logre establecer, además de un buen «*rapport*» o compenetración con el paciente, una atmósfera de respeto hacia el proceso creativo del paciente y hacia la obra que se vaya generando, sin marcar ningún canon o modelo estético previo. ■

Rastrillo benéfico navideño de AFALcontigo



Otro año más, nuestra asociación, con la colaboración de un equipo de voluntarias, instaló en su propia sede el Rastrillo Navideño, que este año contó también con una sección de antigüedades que tuvo mucho éxito.

De la sección Objetos variados se obtuvieron 2.320 € y de la sección Antigüedades 2.100 €. Todo ello debido al entusiasmo de nuestras voluntarias que, con toda razón, consideran muy suyo este evento. ■





El Café de los Jueves

El pasado 27 de enero se desarrolló la conferencia *Aceite, el oro líquido*, a cargo de Francisco Zarcos, de la compañía oleícola AZEMUR, de Baeza (Jaén), que nos hablaron de las diferentes clases de aceite de oliva y de los excelentes valores nutricionales y gastronómicos del aceite de oliva virgen extra. Nos ofrecieron también una interesante cata de diversos aceites que completaron la formación de los asistentes. ■

Las próximas conferencias previstas son:

- **31 de marzo:** *La cultura sefardí*. Conferenciante: Matilde Barnatán
- **28 de abril:** *El libro. Cómo se construye*. Alejandro Almisas.

Francisco Zarcos disertando sobre el aceite.



Los asistentes a la conferencia, catando los productos

Opinando sobre cada tipo de aceite en el formulario de la cata



Visita de AFALcontigo al CRC Centro de Imagen

Dentro de la actividad de nuestra asociación a favor de la investigación biomédica sobre las demencias, su presidenta, Blanca Clavijo, viajó a Barcelona invitada por el centro CRC de imagen molecular.

Este centro gestiona servicios de diagnóstico por imagen a hospitales, a equipos de investigadores y a departamentos de I+D de empresas farmacéuticas. Su Unitat de Recerca en RM lleva a cabo proyectos de investigación en Neurociencia junto con prestigiosos equipos de neurólogos.

Pero lo que más interesa a AFALcontigo es la capacidad de este centro para el diagnóstico temprano del alzhéimer u otra demencia a través del PET de amiloide.

En su centro de Barcelona, recibieron a Blanca Clavijo, **Juan D. Gispert**, Director Científico; **Francisco Javier Fernández**, Director Gerente y **Carme Guardi**, Directora de Comunicación, quienes le enseñaron las instalaciones y los aparatos de neuroimagen con los que cuenta el CRC. ■





Acto de presentación del Informe Bernat Soria

El 1 de febrero se presentó en el Hotel Intercontinental de Madrid el Informe Bernat Soria, promovido y editado por Laboratorios ABBOTT, coordinado por el investigador Bernat Soria Escoms y centrado en el paciente. Se estudian en él, en seis sesiones de tres horas cada una, a lo largo de seis meses, la situación actual del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de la industria farmacéutica relacionada con el mismo, recurriendo para ello a 35 expertos que representan a distintos agentes del SNS:

Asociaciones de pacientes
 Enfermería
 Médicos
 Farmacéuticos y distribuidores
 Gestores
 Administración Sanitaria, políticos y otros sectores

Bernat Soria, en su exposición durante el acto, hizo referencia a algunos aspectos más relevantes de las conclusiones recogidas en el informe:

1.- El SNS

- Para hacer sostenible el SNS (el déficit acumulado es, actualmente, de entre 7.000 y 11.000 millones de euros) se necesita un pacto de Estado. Hay que procurar que nuestro sistema público sanitario se mantenga en el futuro y pase a nuestros

descendientes sin hipotecas y, si es posible, mejorado.

- El copago no resuelve el problema. El usuario debe responsabilizarse, no en el pago sino en la gestión de la salud, a través de las medidas preventivas y de la adherencia a los tratamientos. En España se producen 26 amputaciones por 100.000 habitantes, lo que supone un fracaso de la prevención secundaria. El síndrome metabólico y diabetes tipo 2 afecta ya al 40 % de la población, a pesar de que es perfectamente evitable. Somos el penúltimo país del mundo en este aspecto, por delante sólo de USA. Hay que mejorar mucho en prevención, primaria y secundaria.
- En sanidad electrónica, sin embargo, somos los primeros del mundo. Somos pioneros en nuevas tecnologías aplicadas a la salud.

2.- La Industria Farmacéutica en relación con el SNS

- Es un sector necesario.
- Queremos un modelo productivo basado en la I+D, innovador, competitivo y generador de empleo.
- Es un sector con una pésima imagen. Porque no se la conoce y porque sus acciones de marketing muchas veces no nos gustan. Debe considerar en primer lugar

la salud y después las ventas y beneficios.

- Queremos de ellos más investigación dirigida a los problemas del SNS.
- Los genéricos son buenos pero garantizando la bioequivalencia y también la bioapariencia.

3.- Recomendaciones a la Industria Farmacéutica

- Establecer alianzas y trabajar en corresponsabilidad con la Administración.
- Esfuerzo en I+D focalizado en los problemas de los pacientes
- Más formación e información. En Europa, la industria farmacéutica no puede contactar directamente con el paciente. Habrá que repensar esto
- Transparencia. Hacer difusión de su actividad

Por último, Bernat Soria manifestó su adhesión a la sanidad pública española, que todavía es una de las mejores del mundo, y su fe en que se podrá conseguir su sostenibilidad y mejora con la participación de todos. Este documento se presenta con la intención de que se abra un debate y se tomen medidas inmediatas para poner en marcha el tratamiento de recuperación, por el bien de todos. ■



Madrid acogerá el Congreso Internacional *Global Alzheimer's research summit*

En el marco del **2011, Año Internacional del Alzheimer**, este congreso, reunirá en el **Palacio de Congresos de Madrid, el 22 y 23 de septiembre** próximos, a los expertos y científicos internacionales de más reconocido prestigio en el campo de las demencias con el fin de dar a conocer las líneas de investigación más innovadoras en alzhéimer y conseguir avanzar en el conocimiento de sus causas, mejorar el diagnóstico precoz y hallar tratamientos efectivos que permitan reducir el número de personas afectadas.

2011, Año de la investigación en Alzheimer es una iniciativa promovida por la **Fundación Reina Sofía** y la **Fundación Pasqual Maragall** para la investigación en alzhéimer y enfermedades neurodegenerativas relacionadas, que cuenta con el apoyo del Consorcio que forman el Ministerio de Ciencia e Innovación, el Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, el Ministerio de Economía y Hacienda, la Fundación Centro de Investigación en Enfermedades Neurológicas y el Instituto de Salud Carlos III.

El congreso, además del área de investigación básica y clínica, contiene un área de investigación sociosanitaria y arquitectónica, que tiene por objeto discutir la realidad actual de la atención al enfermo con demencia a través de las terapias no farmacológicas, así como mostrar las teorías que se desarrollan en el mundo acerca de cómo han de ser los espacios arquitectónicos dedicados al cuidado a estos enfermos. En esta área están colaborando desde el principio las asociaciones de pacientes AFALcontigo y CEAFA, con la coordinación del Centro de Referencia Estatal (CRE) del Alzhéimer, con sede en Salamanca.

Esta cumbre sobre el alzhéimer, a diferencia de otras en que se exponen avances científicos y que son cerradas a un círculo de investigadores, es totalmente abierta al público interesado y, además, de acceso gratuito.

Los proyectos de investigación para los que, mediante estas acciones conjuntas de ambas fundaciones, se busca financiación son de gran interés social y las condiciones fiscales para ello son extraordinarias, lo que hace que muchas compañías estén colaborando con sus donativos. ■



En la rueda de prensa de presentación del congreso, el 10 de febrero pasado. De izquierda a derecha: Dr. Jesús Ávila, Presidente del Comité Científico de la Cumbre; María Isabel González, Coordinadora del Área de Investigación Sociosanitaria; Arturo Coello, Vocal Secretario de la Fundación Reina Sofía y Dr. Jordi Camí, Director de la Fundación Pasqual Maragall.



De izquierda a dcha.: Dr. Jesús Ávila, Blanca Clavijo, Dr. Jordi Camí, Arturo Coello y Arsenio Hueros, presidente de CEAFA.

Ya está abierta la inscripción para este congreso. Los interesados en asistir deben inscribirse a través de la web:

www.alzheimerinternacional2011.org

Las personas que no dispongan de internet, pueden también llamar al teléfono de la organización:

93 237 49 88

preguntando por *Estel Deulofeu*.

Nuevo modelo de receta médica con más garantías para pacientes y profesionales

El Consejo de Ministros ha aprobado el Real Decreto de receta médica y órdenes de dispensación. Esta nueva norma, que desarrolla la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios, introduce importantes novedades que modernizan la legislación de este tipo de documentos sanitarios.

El nuevo Real Decreto establece un **modelo armonizado de receta médica** y órdenes de dispensación hospitalaria, que son aquellas que se extienden en los hospitales para la **dispensación de medicamentos** por parte de los servicios de Farmacia Hospitalaria a pacientes no ingresados. Entre las principales novedades del Real Decreto, destaca la regulación de un **modelo único de receta** con requisitos comunes para los **medicamentos** que la precisen, independientemente de que estén o no financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y de que se prescriban en la sanidad pública o privada (algo que no sucedía hasta ahora).

Así es la nueva receta médica

El real decreto establece el formato en el que se editarán las **recetas oficiales del sistema sanitario**, tanto si son públicas como privadas, así como los principales datos que deberán incluir, entre los que se señalan:

- Datos del paciente (nombre, apellidos, etc.).
- Datos del medicamento (nombre del medicamento o del principio activo, vía de administración, etc.).
- Posología y duración del tratamiento (número de dosis, etc.).
- Datos del prescriptor (nombre, número de colegiado, etc.).
- Fecha de prescripción.

Además, las **recetas** podrán contener otros **datos adicionales** que serán específicos de determinados tipos. Por ejemplo, en las recetas para **pacientes crónicos**, se incluirá la fecha prevista de dispensación y el número de dispensaciones sucesivas.

La armonización de la receta médica tanto en la sanidad pública como privada constituye un elemento de **calidad y seguridad** para el paciente. En este sentido, la norma aprobada refuerza la información al paciente incorporando a la receta un **documento de información**, de entrega obligada, en el que el profesional que prescriba el medicamento anotará las instrucciones

adicionales sobre el **tratamiento** y las **advertencias al farmacéutico** para que éste realice la dispensación con las máximas garantías de seguridad y eficacia.

Además, la norma garantiza la **dispensación de los medicamentos en cualquier farmacia del territorio español** y posibilita tanto la dispensación de un medicamento en una sola vez como la dispensación sucesiva cuando se trate de **tratamientos crónicos**. De este modo, los pacientes con enfermedades crónicas podrán evitar visitar al médico exclusivamente para renovar las prescripciones, con lo que aumentará la comodidad de los pacientes y mejorará la gestión asistencial en atención primaria.

El real decreto también amplía la capacidad de prescribir medicamentos a los **podólogos**, que se unen así a **médicos y odontólogos**, como profesionales sanitarios con capacidad para prescribir **medicamentos sujetos a receta médica**.

La receta electrónica

Otra novedad importante del texto es la **regulación del modelo de receta electrónica**, que se está implantando progresivamente en el Sistema Nacional de Salud (SNS). La norma recoge las características de la receta electrónica, así como los **requisitos** de coordinación necesarios para que se garantice la **interoperabilidad** en el SNS y se garantice su funcionalidad en los pacientes desplazados para que estos dispongan de su medicamento en cualquier oficina de farmacia del territorio español.

Para lograr este objetivo, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, actuará como nodo de intercomunicación de datos entre los diferentes **sistemas de receta electrónica** de las Comunidades Autónomas. El acceso de médicos y farmacéuticos al sistema se realizará a través de certificados electrónicos y de la tarjeta sanitaria del paciente.

Según se explica desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, entre las ventajas de la receta médica electrónica destaca la posibilidad de **multi-prescripción de medicamentos** para los tratamientos de duración máxima de **doce meses**. Para evitar acumulaciones en el domicilio del paciente se establece que en cada dispensación no se podrá superar el **tratamiento** equivalente a un mes de duración. ■

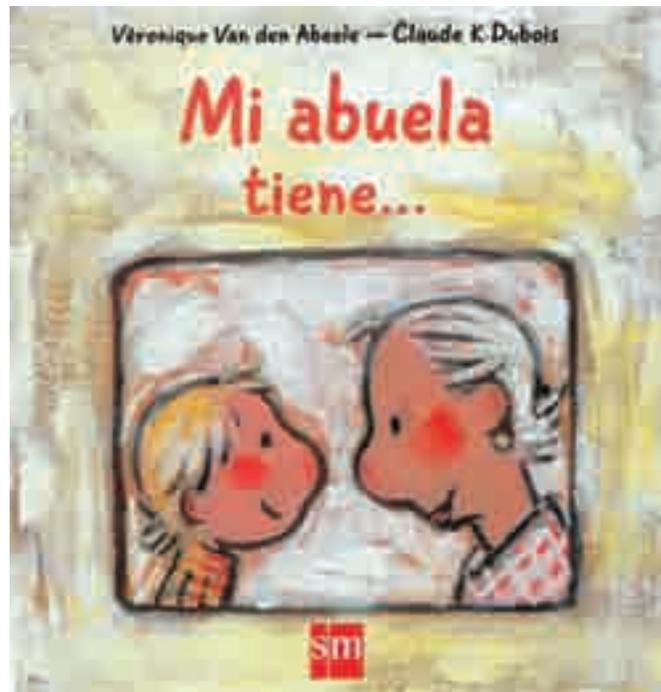
Fuente: **LuisJa Carrero**



Cómo contar el alzhéimer a los niños

AFALcontigo ha firmado un convenio con la editorial SM para la distribución del libro *Mi abuela tiene alzhéimer*, un cuento dirigido a niños que pretende ser un vehículo que facilite la comprensión del problema del alzhéimer en un abuelo.

El cuento está disponible en la tienda on-line de la web de AFALcontigo, www.afal.es, además de en librerías y grandes superficies, a un precio de 5,95 €. La editorial SM donará a AFALcontigo el beneficio obtenido por estas ventas. ■



Visita a la sede del Secretario General del PSOE de Madrid

El 12 de enero, Tomás Gómez, el candidato socialista a la Presidencia de la Comunidad de Madrid, visitó la sede de AFALcontigo, acompañado por Carmen Sánchez Carazo, Concejala del Ayuntamiento de Madrid y portavoz del PSOE de Mayores, Salud y Discapacidad.

El Sr. Gómez se interesó por las necesidades de nuestro colectivo en la actualidad y departió con los familiares que se encontraban realizando actividades en ese momento. ■



Tomás Gómez, Carmen Sánchez Carazo y Blanca Clavijo.



Escuchando a un grupo de cuidadores familiares.

Blanca Clavijo, presidenta de AFALcontigo, muestra a los visitantes el proyecto del complejo residencial que nuestra asociación construirá en Paracuellos



En el aula de formación de informática





Convenio AFALcontigo-EULEN Servicios Sociosanitarios

EULEN Servicios sociosanitarios ha llegado a un acuerdo con T4L, empresa de nuevas tecnologías con capital social 100 % perteneciente a AFALcontigo para la implantación del software NetGalenus de gestión de centros residenciales en sus centros. ■





Visita de AFALcontigo a la AFA de Barcelona

El pasado 14 de diciembre, Blanca Clavijo e Inmaculada Fernández tuvieron un encuentro en la sede de la AFA de Barcelona, con objeto de cambiar impresiones y valorar la posibilidad de un trabajo conjunto entre las dos asociaciones. ■



Tres centros de mayores recibieron premio a sus belenes



Hace 20 años que el Ayuntamiento de Madrid creó el Concurso de Belenes para promover esa costumbre tan arraigada en la ciudad. La delegada de Familia y Servicios Sociales, Concepción Dancausa, entregó los tres premios de este concurso y también los del Primer Concurso de Fotografía de la página web «la voz de la experiencia.es»

Los Centros de Mayores San Francisco, Vicálvaro y Santa Engracia se llevaron los premios de belenes y, otros 35 centros de mayores, que también se presentaban al concurso, fueron citados por la delegada como «un ejemplo de creatividad y cuidada elaboración».

La delegada también ha entregado los premios del Primer Concurso de Fotografía de la web «la voz de la experiencia.es», al que se han presentado 87 excelentes fotografías, 43 en la categoría de «Madrid Antiguo» y 44 en la de «Madrid Moderno». ■



Informe Bernat Soria

Varios autores. Coordina: **Bernat Soria**

Edita: Abbott Laboratories. Madrid, 2011. 165 págs.

Este conjunto de tres publicaciones más un CD, recoge la situación actual del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de la industria farmacéutica relacionada con el mismo. El primer volumen está redactado por Bernat Soria, donde expone el objetivo de la obra y el método seguido para evaluar al SNS y a la Industria Farmacéutica, por parte de 35 exper-

tos de varios ámbitos relacionados con el mundo de la salud. El segundo volumen es el informe propiamente dicho y el tercero una memoria de la labor de 60 años de los laboratorios Abbott en España. Además, dentro del estuche que lo contiene todo, se entrega un CD con documentación y anexos.

Dónde se puede encontrar: en www.informebernatsoria-abbott.com

Cuestiones prácticas del prodecimiento de incapacitación

Blanca Clavijo y Jaime Conde

Edita: Oficina del Defensor del Discapacitado (DDA) del Ayuntamiento de Alcorcón. Madrid, 2009. 120 págs.

El libro, de pequeño formato, pretende aclarar muchas dudas que se le presentan al gran público cuando ha de enfrentarse a estas cuestiones de incapacitación de un familiar, ingreso involuntario en residencia o a cómo redactar sus propias instrucciones previas. En anexos, se encuentran explicadas qué son la declaración de minusvalía y la Convención sobre los dere-

chos de las personas con discapacidad. El libro incluye un modelo para la rendición de cuentas anual cuando se es tutor de un incapaz.

Dónde se puede encontrar: en la Oficina del Defensor del Discapacitado de Alcorcón y en la sede de AFALcontigo.

Técnicas de relajación diaria

Matthew McKay y Patrick Fanning.

Edita: Oniro. Colección El árbol de la vida. Madrid, 2010. 124 págs.

Esta obra pone al alcance de todos el aprendizaje de las técnicas de relajación más recomendadas por su

probada eficacia y escasa dificultad. Cada una describe un ejercicio para aliviar la tensión. Todas ellas se aprenden en pocos minutos y ofrecen resultados positivos de inmediato en la reducción de la tensión física y mental.

Dónde se puede encontrar: en librerías.



100 Consejos para el cuidador de un enfermo de alzhéimer

Varios autores.

Edita: AFALcontigo. Madrid, 2010. 53 págs.

Este pequeño libro tiene como objetivo poner en la mano de la familia cuidadora la máxima información acerca del alzhéimer sintetizada en breves consejos que le den una visión rápida y completa de lo que significa el cuidado y cómo deberá planificar el futuro para hacer frente a su labor. Estos 100 consejos cubren los múltiples aspectos propios de esta enfermedad compleja y multidisciplinaria y son un instrumento útil al que recurrir cuando se tienen dudas.

Dónde se puede encontrar: en la sede de AFALcontigo y en la tienda on-line de su web www.afal.es.



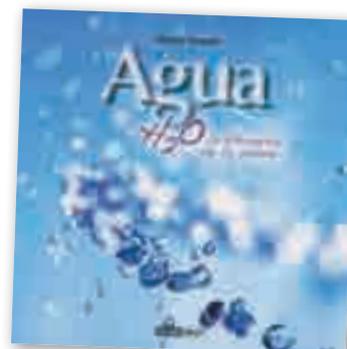
Agua

Mayte Suárez.

Edita: Océano Ámbar. Barcelona, 2010. 264 págs.

Allustrado a todo color de manera muy atractiva, este libro nos invita a conocer un líquido vital para nuestro planeta y sus habitantes, dando respuesta a cuestiones como el por qué no es posible la vida sin agua, cómo es el agua que bebemos, los beneficios del agua del mar, el termalismo, el negocio del agua envasada y otros muchos, proporcionando una visión muy completa del agua como recurso, como bebida, como cura y como fuente de belleza.

Dónde se puede encontrar: en librerías.





Como cada año, nuestras voluntarias se encargaron de montar el Belén y el árbol navideño de la asociación.

Designando el 2011 como Año Europeo del Voluntariado, la Unión Europea reconoce la labor del voluntariado europeo, según se estableció en la Decisión 2010/37/CE, de 27 de noviembre de 2009.

El 2011, año europeo del voluntariado

España, junto con todos los Estados Miembros de la Unión Europea, se ha unido a esta iniciativa y durante el año 2011, se ha comprometido a llevar a cabo distintas acciones con el objetivo central de potenciar las actividades voluntarias y difundir entre la sociedad española y europea los valores que se encuentran en la base de esta acción: valores de participación activa, solidaridad, progreso y justicia social, compromiso ciudadano, inclusión social, apoyo intergeneracional, etc. Todo ello en estrecha colaboración entre las administraciones públicas y las organizaciones sociales.

El Acto de Inauguración, presidido por SS. AA. RR. los Príncipes de Asturias y organizado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad junto con la Plataforma Española de Voluntariado, se celebró el pasado 1 de febrero en el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Durante el desarrollo del mismo se presentó el Programa Nacional de Acción. ■



Feria Wake Up 2010

Del 23 al 26 de noviembre se celebró en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid la feria Wake Up, en la que, entre otros aspectos, se realiza un encuentro de ONGs, que tienen así la oportunidad de ofrecer información al público joven que asiste a este evento. El stand de AFALcontigo fue atendido por nuestros voluntarios. ■





Querido monstruo alzhéimer

Para ti, mamá

*Recuerdo cuando la oscuridad habitaba en mi madre
Recuerdo sus ojos endurecidos y su boca contraída
Recuerdo las discusiones con mi padre, los portazos y la tristeza
Recuerdo su soledad*

*Llegaste de puntillas:
Jugando al escondite con las llaves
Apropiándote de los nombres de las cosas
Encerrándola poco a poco en tu niebla*

*Hemos luchado contra ti, pastillas y terapias inútiles
Sigues ahí, alimentándote de sus recuerdos
Devorándole la vida, dando mordiscos a las nuestras*

*Ya no sabe dónde está su casa
O cuántos hijos tiene
Septiembre puede ir detrás de abril
Y los nombres de sus nietos se confunden*

*Pero monstruo,
¿Sabes que le has robado el dolor y el resentimiento?
¿Sabes que has convertido a mi padre en su cuidador?
¿Sabes que su ternura le ha liberado el corazón?*

*Has devuelto la dulzura a sus ojos, cuando mira a su esposo
Has relajado sus labios, cuando responde a las sonrisas
Has liberado su cuerpo, cuando reacciona a nuestros abrazos
Ahora le gusta reír, cantar y bailar. ¡Es tan fácil quererla!*

*No te olvides, gracias a ti ella está reviviendo un amor pasado
No te olvides, gracias a ti hemos recuperado sus besos y abrazos
No te olvides, gracias a ti he vuelto a admirar a mi padre
Sí, nos has devuelto su amor*

*Maldito Alzhéimer,
Sé que acabarás engullendo a mi madre
Sé que acabarás destrozando nuestras vidas
Pero sé que no me podrás quitar este recuerdo*

*Aunque quién sabe...
A lo mejor un día me obligas a compartirlo contigo. ■*

Mercedes Retana

(Ganadora del concurso Cuéntanos tu historia, que AFALcontigo ha planteado en su página de Facebook en diciembre y enero pasados)



La defensa personal

La Defensa Personal es un conjunto de técnicas y recursos para la autoprotección. El primer objetivo es defender la propia integridad y salvar la vida sin sufrir daños. Es útil y práctica para cualquier persona. Conocerla y practicarla aporta seguridad personal y autoconfianza.

Para practicar defensa personal o artes marciales como el Karate no es necesario comenzar desde niños. Cualquier persona que desee ganar seguridad o que tenga una profesión o situación de riesgo puede asistir con aprovechamiento a clases o talleres de Autodefensa.

Sólo hace falta interés, un buen instructor y un poco de práctica.

Para quién es

Actualmente han aumentado los ataques violentos en la calle a todo tipo de personas. Si bien los jóvenes, las mujeres y las personas mayores son los más expuestos, cualquiera puede sufrir una situación violenta en la vía pública. Para evitarlo, todos podemos ser más precavidos y estar más atentos cuando caminamos por la calle. Si no pudiésemos prever o evitar un ataque o un atraco, podríamos saber cómo defendernos en esta situación.

La Defensa Personal se aprende en clases teórico-prácticas. No es necesario tener determinada edad o estar en plena forma física. Aprender a defenderse es fácil y cual-

Con el asesoramiento de
Juan Carlos Sánchez Borrego
Formador de Defensa Personal Femenina
y Monitor de Karate
Especialista en Defensa Personal Policial
www.aprenderdefensapersonal.es

quier persona puede asistir a cursos de Autoprotección, desde los más jóvenes a los más mayores.

Profesionales

Las profesiones relacionadas con la seguridad y la protección de personas y bienes, forman a sus empleados en estas técnicas. Todos los profesionales de la seguridad, pública o privada, deben tener conocimientos teóricos y prácticos sobre la Defensa Personal Policial. Con sus conocimientos teóricos saben de sus derechos, límites y consecuencias de sus actos. Con la formación práctica se reducen los daños y lesiones a dichos profesionales y también se evita lesionar innecesariamente a un presunto agresor, con las consecuencias que se derivan de ello. La Defensa Personal Policial la practican los Cuerpos de Seguridad del Estado (Policía Nacional y Municipal), los vigilantes de seguridad y los escoltas, entre otros.

Asimismo, la autodefensa es aconsejable en muchos otros puestos de trabajo, como:





- Agentes de movilidad
- Trabajadores de centros con enfermos mentales agresivos
- Personal de clínicas y centros de rehabilitación de toxicomanías
- Conserjes, bedeles, porteros y celadores
- Personal administrativo o sanitario de centros de salud y hospitales
- Personal docente de centros de estudios
- Conductores de autobuses, de metro y taxistas
- Funcionarios de vigilancia aduanera
- Muchos otros

Mujeres

Las agresiones a mujeres en el ámbito doméstico siguen siendo noticia. Formarse en autoprotección (además de recibir ayuda psicológica) puede evitar muchas agresiones. Las mujeres son las víctimas mayoritarias de este tipo de agresiones pero también sufren violencia doméstica los niños y los varones, aunque en menor medida. Para las presuntas víctimas, la formación en defensa personal y autoprotección incluye el análisis de los factores emocionales que les impiden defenderse o cortar cierto tipo de situaciones, como una gran dependencia emocional, económica o social respecto a sus maltratadores.

Técnicas básicas

El instructor enseña cómo protegerse de ciertos golpes o cómo soltarse de un agarrón, estrangulamiento, empu-

jones, tirón de pelo, etc. También se aprende a utilizar cualquier objeto como arma de defensa: bolígrafo, paraguas, llaves etc. Las técnicas más básicas nos permiten evitar sufrir daños en órganos vitales, así como poder huir y pedir ayuda. Para ello, aprenderemos posiciones de equilibrio, posturas defensivas, y sueltas. No es necesario ser agresivo ni tener mucha fuerza o una complexión atlética. Cualquier persona que conozca las técnicas básicas, tiene más posibilidades de salir airoso de un ataque o un enfrentamiento.

Entre las técnicas básicas destaca aprender los puntos débiles de un atacante. Su conocimiento hará que nos resulte más sencillo librarnos de un agarrón o bien golpear al agresor y salir huyendo. Algunos de estos puntos utilizados en Defensa Personal se conocen como Puntos Kyhuso. Son zonas especialmente dolorosas que nos permiten evitar una agresión violenta y facilitan huir y pedir ayuda.

Ventajas

Aunque no seamos profesionales de la seguridad ni víctimas de maltrato, formarnos en autodefensa mejora nuestra observación, nuestra coordinación y nos aporta agilidad. La práctica de estas técnicas desarrolla la autoconfianza y aumenta la sensación de seguridad, ya sea en la calle, en el puesto de trabajo o en el entorno familiar. Nos pone en forma y ¡puede salvarnos la vida!

Además, prevenir un ataque o controlar a un agresor sin causarle daños graves evita las consecuencias legales, económicas y sociales derivadas de un abuso de la fuerza o de la técnica. Podemos protegernos sin salirnos del derecho de Legítima Defensa, que nos ampara a todos. ■



Píldoras de humor

■ ¿El abuelo, ya jubilado, le dice a sus nietos: Yo, a vuestra edad, ya trabajaba.

Y los nietos le responden: Pues nosotros, a tu edad, todavía estaremos trabajando.

■ Un señor que tenía mucho bello por todo el cuerpo, va al médico. Éste le revisa y queda pensativo.

El paciente pregunta: doctor, ¿qué padezco?

Y responde el doctor: padece un osito.

■ **Colmos:** ¿Cuál es el colmo de un jardinero? Que su hija se llame Rosa y la dejen plantada.

■ **Citas:** Por severo que parezca un padre juzgando a un hijo, nunca parecerá tan severo como un hijo juzgando a su padre. Enrique Jardiel Poncela.

■ **Definiciones:** Turismo rural es un deporte nacional que antes se llamaba «ir al pueblo», sólo que ahora te cuesta una pasta pero, eso sí, con mucho «encanto».

■ **Disparates:** El matrimonio es la principal causa de divorcio. Es un proceso químico por medio del cual una media naranja se convierte en un medio limón.

Para chuparse los dedos

TIRAMISÚ

Ingredientes para unas cuatro personas

- 3 huevos
- 2 envases de queso mascarpone
- Una bolsa de bizcochos de soletilla
- Café
- 3 ó 4 cucharadas de nata montada (optativo)
- 3 cucharadas colmadas de azúcar
- Cacao en polvo

Mojar los bizcochos en el café y, en un molde o fuente de bordes altos, colocar una capa de estos bizcochos remojados, procurando que la superficie quede bien cubierta. Extender por encima una capa de la mezcla anterior. Repetir las capas y, por encima de la mezcla, espolvorear el cacao en polvo.

Servir muy frío. ■

Receta enviada por: Conchita Arjona.

Preparación

Batir las yemas con el azúcar

Batir las claras a punto de nieve y mezclarlas con el batido anterior, añadiendo el mascarpone, con mucha suavidad, con movimientos envolventes, para que no se bajen las claras. Se le pueden añadir 3 ó 4 cucharadas de nata montada para que quede más cremoso.

Hacer el café, ponerle un poquito de azúcar y dejar que se enfríe.



Cursos

Para cuidadores familiares y cuidadores profesionales

Horario: de 16.00 a 19.00 h.

Precio: 40 € socios,
60 € no socios.

Conocimiento general del Alzheimer y otras demencias

Fechas: 13, 14, 15 y 16 de junio
14, 15, 16 y 17 de noviembre

Movilizaciones y transferencias

Fechas: 16, 17, 18 y 19 de mayo
17, 18, 19 y 20 de octubre

Cuidados de enfermería en el ámbito familiar

Fechas: 21, 22, 23 y 24 de febrero
6, 7, 8 y 9 de junio

Informática

Impartido en horario de mañana o de tarde, el curso tiene como objetivos aprender a usar el PC y su estructura, a manejar archivos y programas de ofimática, como el Word, y a navegar por Internet o chatear por el Messenger.

Duración: dos días a la semana, dos horas cada día.

Horario optativo: de 10-12 h (mañana). De 16.30-18.30 h (tarde).

Precio: 40 € al mes.

Abierta inscripción para el curso 2010/2011, que va de octubre a junio.

Aspirantes a voluntarios

Fecha: 21 de marzo

Horario: de 16.00 a 19.00 h.

Precio: Gratuito

Para cuidadores profesionales

Manipulador de alimentos

Fechas: 4 y 5 de abril

Horario: 9.30 - 14.30 h

Precio: Gratuito

Duración: 10 horas

Cuidados paliativos

Fechas: Del 18 noviembre al 2 diciembre (excluido el día 24, jueves).

Precio: 100 €

Duración: 30 horas

Seminarios de fin de semana

Aspectos jurídicos para médicos geriatras

Fechas: 15 y 16 de abril

Horario: Viernes, 16.00 - 21.00 h. / Sábado, 9.00 - 14.00 h

Precio: 300 €.

Duración: 10 horas

Aspectos jurídicos para directores de residencias

Fechas: 28 y 29 de enero

Horario: Viernes, 16.00 - 21.00 h. / Sábado, 9.00 - 14.00 h

Precio: 300 €.

Duración: 10 horas

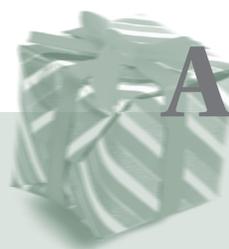
Los interesados deben llamar a AFALcontigo (91 309 16 60).



Avisos

AFALcontigo dispone de un almacén de **productos de apoyo** (sillas de ruedas, barandillas, colchones antiescaras, etc.) que van rotando en préstamo a los socios que los necesitan. Los donantes particulares y los que devuelven a la asociación artículos prestados, deben entregarlos **perfectamente limpios** y preparados para el uso de otra familia en las debidas condiciones higiénicas, ya que la asociación no dispone de servicio de limpieza y desinfección de estos elementos. La recepción en la sede de cada uno de estos artículos, debe acordarse previamente con el responsable del almacén de productos de apoyo, llamando a la asociación.

En la declaración de la renta, marca la casilla **FINES SOCIALES**.



Agradecimientos

A las firmas que han colaborado, con sus donaciones, en nuestro Rastrillo Navideño:

- El Corte Inglés
- Alianza Editorial
- De Corso. *Regalos*
- Yogui. *Moda infantil*
- Body Bell. *Perfumería*
- Joyería General Díaz Porlier, 38
- Deportes Cóndor
- El Ropero. *Bordados*
- Velasco. *Ropa infantil*
- El Candil. *Librería y Papelería*
- Deportes Cuylás
- Shantal. *Boutique Moda*
- Ana de León. *Alta bisutería*
- Bonilla. *Regalos y complementos*
- Pecas. *Regalos y ropa*
- Puig Academia

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. (Cuota mínima anual 50 euros.)

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 atenderan contra mi cuenta los recibos que presentará la Asociación Nacional de Alzheimer (AFALcontigo), sirviendo 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 pueden ingresarse en la cuenta bancaria 2038 1155 19 6800046417