

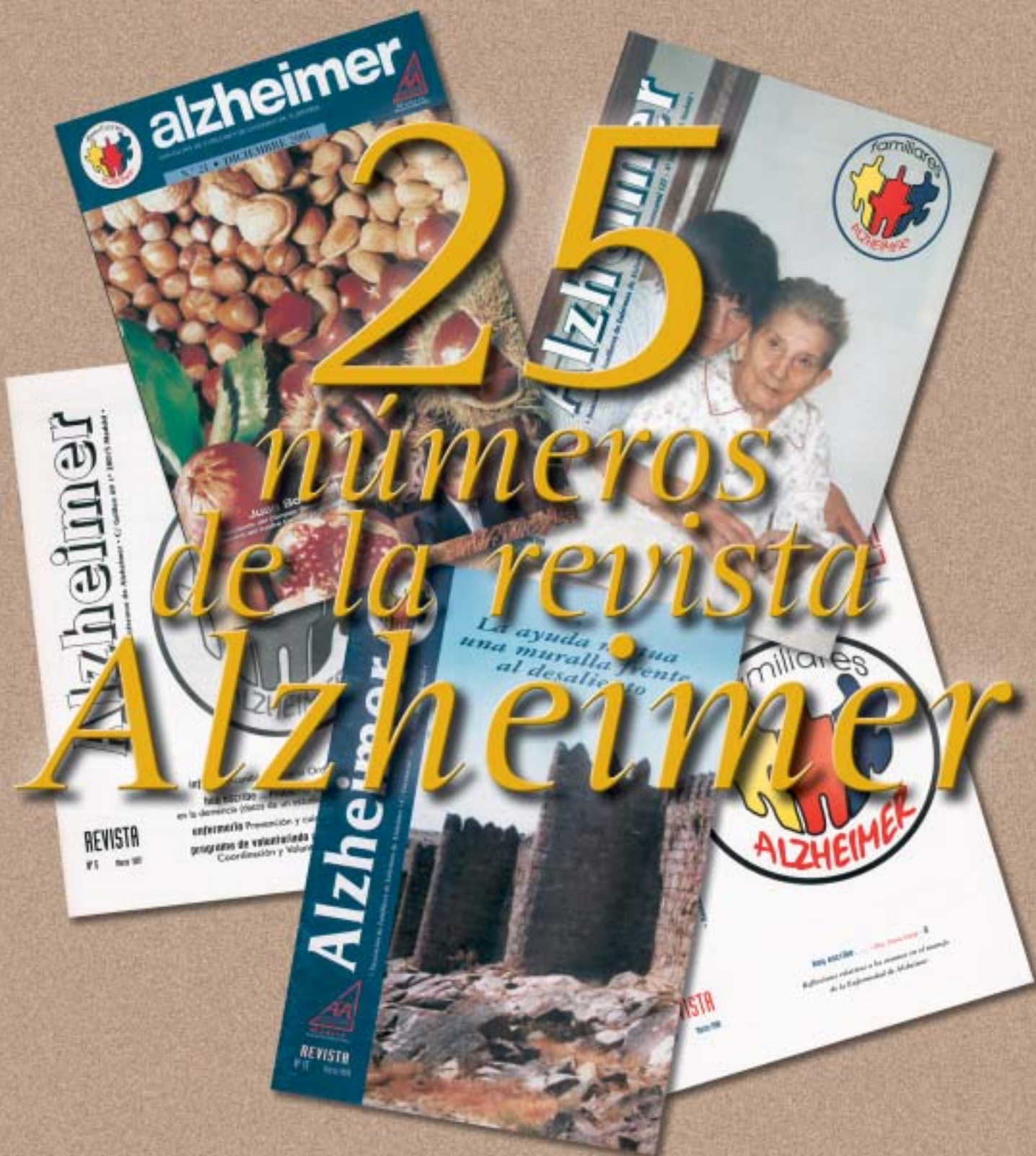


N.º 25 • TRIMESTRE 1/2002

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER

# ALZHEIMER

MADRID



25  
números  
de la revista  
Alzheimer

La ayuda rompe una muralla frente al desaliento

millares  
ALZHEIMER

REVISTA  
N.º 25

REVISTA  
N.º 25

REVISTA  
N.º 25

UNA ASOCIACIÓN...  
El Alzheimer está cerca y la atención en el momento de la enfermedad de Alzheimer.

## ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE MADRID

Declarada de Utilidad Pública  
N.º Nal. 86.695

Fuencarral, 127 • 4.º Izda.  
28010 Madrid.  
Teléfono 915 941 412  
Fax: 915 941 424  
http://www.afal.es  
Correo electrónico:  
revistalzheimera@afal.es

### Junta directiva:

*Presidente:*  
Blanca Clavijo Juaneda.

*Vicepresidente:*  
Margarita Retuerto Buades.

*Secretaria:*  
Carmen Esteban Cornejo.

*Tesorera:*  
Concepción Casado Revilla.

*Vocales:*  
Margarita Ventura Cuevas,  
Pilar Cabrera Vidal,  
Carmen Martín Muñoz,  
Lourdes González Campos,  
Pedro Hervás Plano,  
Matilde Ráez Colorado,  
Carlos Cuadrado Cea.

### Dirección:

M.ª Jesús Morala del Campo.

### Colaboraciones:

Jesús Medina Ortega, Hydra,  
David Losada Pérez,  
Jesús Norberto Fernández Muñoz,  
Carlos Mateos,  
Juan Santiago Martín Duarte,  
Agustina Juárez Sánchez,  
Juan Miguel Pérez Pérez,  
Enrique Castillo Rosell.

### Fotografía profesional:

Víctor Salvador.

### Dibujos:

Mauricio García.

### Publicidad:

AFAL Madrid  
Tel.: 915 941 412 – Fax: 915 941 424

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

Depósito Legal:  
M. 5.064-1996



Veinticinco números de la revista «Alzheimer»

#### 4 Editorial Nuestro boletín, nuestra revista

*María Jesús Morala del Campo. Directora*

#### 6 Hoy escribe



El especialista en Geriatría  
en una Residencia de ancianos

*Dr. Jesús Medina Ortega. Especialista en Geriatría.*

#### 8 Flashes Firma del Convenio entre AFAL y la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid



Voluntarios del Área de Atención Telefónica  
Reunión de la Junta Directiva de la Federación de AFAs  
Curso a voluntarios

Taller de Comunicación y Resolución de Conflictos

#### 9 Informe Apoyo al enfermo de Alzheimer con perros adiestrados (II)

*Hydra, Sociedad para la Asistencia y Terapia con Animales (S.A.T.A).*



#### 11 Psicología Tratar y estimular a un enfermo de Alzheimer

*David Losada Pérez. Psicólogo. AFAL*



#### 14 Entrevista Jesús Norberto Fernández Muñoz

*María Jesús Morala del Campo. Directora*



#### 20 Rúbrica El precio de la edad

*Carlos Mateos. Periodista especializado en Salud*



#### 22 Cuidados de Enfermería



Cuidados básicos de Enfermería al Paciente de Alzheimer con sonda nasogástrica

*Juan Santiago Martín Duarte. DUE. Fundación López Rumayor*

#### 24 Actividades y noticias

#### 27 Voluntariado

*Agustina Juárez Sánchez. Coordinadora del G.A.M.A. de Chamberí*

#### 28 Un rato para leer

#### 29 G.A.M.A. Chamberí

#### 31 Vivencias

#### 32 Qué es...

*Dr. Enrique Castillo Rosell*



#### 34 Otras AFAs

## Nuestro boletín, nuestra revista

**E**ste número hace el 25 de nuestra revista ALZHEIMER, que comenzó su existencia de la mano de Lali Triviño, una persona que ha marcado un hito en esta Asociación. Ella fue Presidente desde el año 1992 hasta el 1998 y —además de colocar a AFAL en un plano de notoriedad y solvencia que pueden considerarse las bases de nuestra imagen actual— desde su experiencia y contactos como periodista radiofónica, inició, en el año 1994, esta querida aventura de difundir los múltiples aspectos de esta enfermedad, a través de una publicación.

Se ha ido desarrollando, como las cosas más valiosas y queridas, despacio pero con constancia, desde el año 1994, en que surgió como algo parecido a una hoja parroquial y que ha ido pasando por el formato cuartilla, por el boletín en blanco y negro, por la portada en color, hasta este número 25, que presenta algunos ligeros cambios y que es también un paso más en este recorrido siempre mejorable.

Este camino lo ha transitado AFAL siempre en buena compañía. Primero con Doppler & Doppler, que se llamó después CMC y a cuyos profesionales tanto debe esta revista. Y aquí quiero hacer mención a Sara Pol y a Paco Castañón, éste desgraciadamente ya fallecido, que siempre me lo hicieron todo muy fácil. Después con Arias Montano y todo su magnífico personal, de la mano de Fernando Vázquez, con quien es un placer trabajar.

Y además, mis queridos voluntarios del Departamento de Comunicación y Publicaciones, que ayudan con su desinteresado esfuerzo a que el trabajo salga mejor.

A todos ellos, mi cariño y agradecimiento personales y, por extensión, los de AFAL. Seguiremos avanzando poco a poco, para lo que pedimos la comprensión y colaboración de todos.

# QUAVITAE

## ATENCIÓN ESPECIALIZADA INTEGRAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS



- Valoración y atención psicogeriatrica integral. (Médico, enfermería, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional,...)
- Programa de psicoestimulación. (Musicoterapia, rehabilitación de la memoria, psicomotricidad,...)
- Tratamiento de las alteraciones de la conducta.
  - Programas de ayuda a los cuidadores.

### RESIDENCIA Y CENTRO DE DIA

#### PARQUE GAVILANES

Autovía Madrid-Toledo Km. 64  
Toledo

### CENTRO DE DIA

#### CHAMARTIN

Antonio Salces 1  
Madrid

### CENTRO DE DIA

#### MAESTRANZA

Télez, 30  
Madrid

### CENTRO DE DIA

#### SAN BERNARDO

San Bernardo 39  
Madrid

# TELF.: 902 45 65 85

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.



Texto: Dr. Jesús Medina Ortega  
Especialista en Geriatría

# El especialista en Geriatría en una Residencia de Ancianos

**T**erminé mi especialidad en Geriatría con una ilusión enorme. Todavía en contacto con el hospital haciendo guardias en la puerta de urgencias, comencé a trabajar en una residencia de ancianos. A los pocos meses un colega vino al centro y me preguntó: ¿qué hace un chico como tú en un lugar como éste? La respuesta fue sencilla: soy especialista en ancianos y esto está lleno de ancianos enfermos.

Con mi experiencia, y desde ella, voy a dar mi opinión sobre el papel del geriatra en una residencia asistida de ancianos, comenzando por dos premisas:

**Primera:** La geriatría es una especialidad relativamente joven en España, que intenta hacerse un merecido hueco entre el resto de especialidades, tanto en la medicina hospitalaria como en la extra-hospitalaria.

**Segunda:** Las residencias de ancianos ya no son lo que eran. Están cambiando a mejor, convirtiéndose en centros más sanitarios que antes, dotándose de mejores instalaciones pero sobre todo de personal

cualificado de todo tipo: auxiliares, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, dietistas, psicólogos, etc.

Con este panorama de fondo es frecuente ver que gerentes de residencias piden, cada vez más, contar en su plantilla con algún geriatra. Pero, ¿esto está justificado realmente? ¿Aportan algo nuevo a la labor que los médicos generalistas (o de otras especialidades) vienen realizando desde hace años en este medio?

Yo creo firmemente que sí. El geriatra ha recibido una formación hospitalaria que le ha aportado unos conocimientos y unas técnicas específicas en el tratamiento del anciano frágil.

*Aumentar la eficacia de nuestra labor médica y adecuar los recursos a las necesidades del paciente. Ayudar a detectar problemas médicos nuevos y a instaurar planes terapéuticos*

Sin duda esto no es suficiente. El especialista en geriatría que trabaja en una residencia de ancianos debe tener otras dos cualidades más: saber aterrizar en un medio poco tecnificado y disfrutar con el trato paciente de las enfermedades crónicas y sus problemas socio-familiares. Si se dan las dos cualidades juntas (formación específica y vocación) se tendrá un profesional especialmente válido para el trabajo en el medio residencial.

Dentro de los conocimientos y técnicas específicas de la geriatría, la fundamental es la que se denomina **Valoración Geriátrica Exhaustiva**. Con ella se aborda al paciente geriátrico desde tres esferas: la **médica**, la **funcional** y la **social**. Es bien conocido que la valoración del anciano, teniendo en cuenta sólo sus patologías médicas, es una visión «coja» y poco útil. Hay que integrar estos datos, estrictamente médicos, ahondar en su repercusión sobre la funcionalidad del paciente (su vida cotidiana, sus incapacidades físicas y psíquicas) y encuadrar-

los dentro de un marco social. Esto puede parecer un poco teórico pero es algo tangible y muy práctico. Dominar esta forma de valorar al anciano aumenta la eficacia de nuestra labor médica y adecua los recursos a las necesidades del paciente. Ayuda a detectar problemas médicos nuevos y a instaurar planes terapéuticos.

*El geriatra ha recibido una formación hospitalaria que le ha aportado unos conocimientos y unas técnicas específicas en el tratamiento del anciano frágil*

Esto supone un **cambio** a la hora de abordar la atención geriátrica: es necesario cambiar el «diagnosticar» por el «valorar» problemas, el poner un «tratamiento» por el «planificar» unos cuidados, el «dar altas» por el «seguimiento continuado».

Otro punto esencial en el buen hacer del especialista en geriatría es su **costumbre** y su **necesidad de trabajar en equipo**. Su papel integrador de la labor de psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc., es fundamental en el trabajo multidisciplinario que es necesario para el manejo del paciente geriátrico. Y es que el prototipo de individuo que ingresa en una residencia es el de una persona con más de 80 años con poca

red social y con varias enfermedades que le provocan algún tipo de incapacidad física o mental. Y para mejorar su calidad de vida (con el *handicap* que supone la institucionalización en sí) se exige la coordinación de todos los profesionales del centro.

Por último, y no menos importante, la formación del geriatra en distintos niveles asistenciales de un **centro hospitalario** (y en contacto con otros especialistas), le hacen adquirir experiencia de lo que aporta un hospital a un determinado anciano, y de lo que no le aporta. Me explico. La mentalidad general que impera actualmente es la de pensar que un hospital grande es la sede del saber médico, la panacea e incluso el sitio donde se asegura la supervivencia siempre (a pesar de tener 90 ó 100 años). Desde fuera se ve al hospital como un misterio; vemos al paciente cómo entra y después cómo sale, pero tenemos poca información de qué se hace dentro con él. Es como una caja negra. El geriatra ha estado en el «meollo» del hospital y ha visto las posibilidades y los límites que se tienen con los ancianos. Esto puede disminuir los ingresos innecesarios y/o evitar nihilismos peligrosos. De esta manera se asume más patología médica aguda en las residencias (evitando el penoso peregrinar de algunos ancianos especialmente frágiles a los hospitales) y se

profundiza en el estudio de enfermedades no diagnosticadas previamente (siempre que repercuta en beneficio directo para nuestro paciente).

Sé que mis palabras pueden resultar pretenciosas, sé que muchos compañeros míos no geriatras me podrían dar un «tirón de orejas» diciéndome: *¡Jesús, eso lo hacemos todos los días nosotros!* Por supuesto, estas «cualidades» no son exclusivas de los geriatras. Los otros facultativos con inquietud por la formación, con experiencia y, sobre todo, con la vocación que exige el trabajo en residencias de ancianos, pueden llegar a la misma excelencia en el ejercicio de la Geriatria en este medio.

*La Valoración Geriátrica Exhaustiva es fundamental. Con ella se aborda al paciente geriátrico desde tres esferas: la médica, la funcional y la social.*

Para terminar, diré que quedan muchas cosas por hacer para que la atención médica de la población geriátrica (dentro y fuera de los centros residenciales) llegue al nivel óptimo que asegure una buena calidad de vida incluso cuando nuestro organismo envejece inexorablemente. Por lo tanto... seguiremos trabajando con ilusión. ■

**Momento de la firma del Convenio entre AFAL y la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, para prácticas de alumnos**



De izquierda a derecha: Blanca Clavijo, Presidente de AFAL, y Ángela Conchillo, Decana de la Facultad



Reunión de la Junta Directiva de la Federación de AFAs de la Comunidad de Madrid en la sede de AFAL



De izquierda a derecha: Blanca Clavijo, Presidente de AFAL; Ángela Conchillo, Decana de la Facultad; Florentino Moreno, Vicedecano de Relaciones Exteriores, y José Antonio Portellano, profesor titular del Departamento de Psicobiología



Curso a voluntarios. Noviembre de 2001



Voluntarios del Área de Atención Telefónica en la centralita de AFAL



Taller de Comunicación y Resolución de Conflictos. Marzo de 2002

# Apoyo al Enfermo de Alzheimer con perros adiestrados (II)

**A** todos nos vienen a la cabeza dos preguntas lógicas: **¿Qué asistencia ofrece un perro con esta especialización? ¿Qué utilidad tiene?** Las respuestas son muy variadas, dependiendo de cada caso; pero siempre hay un denominador común: mejorar la calidad de vida (autonomía, autoconfianza, tranquilidad al cuidador, etc).

Según la evolución de la enfermedad es posible que haya que revisar y reciclar el entrenamiento del perro en algún punto para que siga respondiendo a las necesidades de la unidad con la mayor fidelidad.

A pesar de que estas experiencias ya están sobradamente evaluadas con resultado positivo en otros países, le toca ahora a España saber que ésta es una posibilidad, una herramienta más de las que existen para mejorar la calidad de vida de estas personas y de quienes las cuidan.

Nos extenderíamos demasiado detallando lo que puede hacer un perro especializado en cada una de las circunstancias que acontecen en una familia; existe un enorme abanico de im-



portantes posibilidades diferentes en cada caso y contexto.

## ■ ¿Cómo es el proceso de entrenamiento de un perro de asistencia para una familia con una persona afectada de Alzheimer?

Todo el proceso comienza en el momento en que tenemos una solicitud. Tras un lógico protocolo —entrevistas entre los técnicos de AFAL e HYDRA—, con el fin de pormenorizar y personalizar al máximo la función que posteriormente podrá realizar el animal, se acepta el trabajo y pasamos a la selección de un perro adecuado para cada caso.

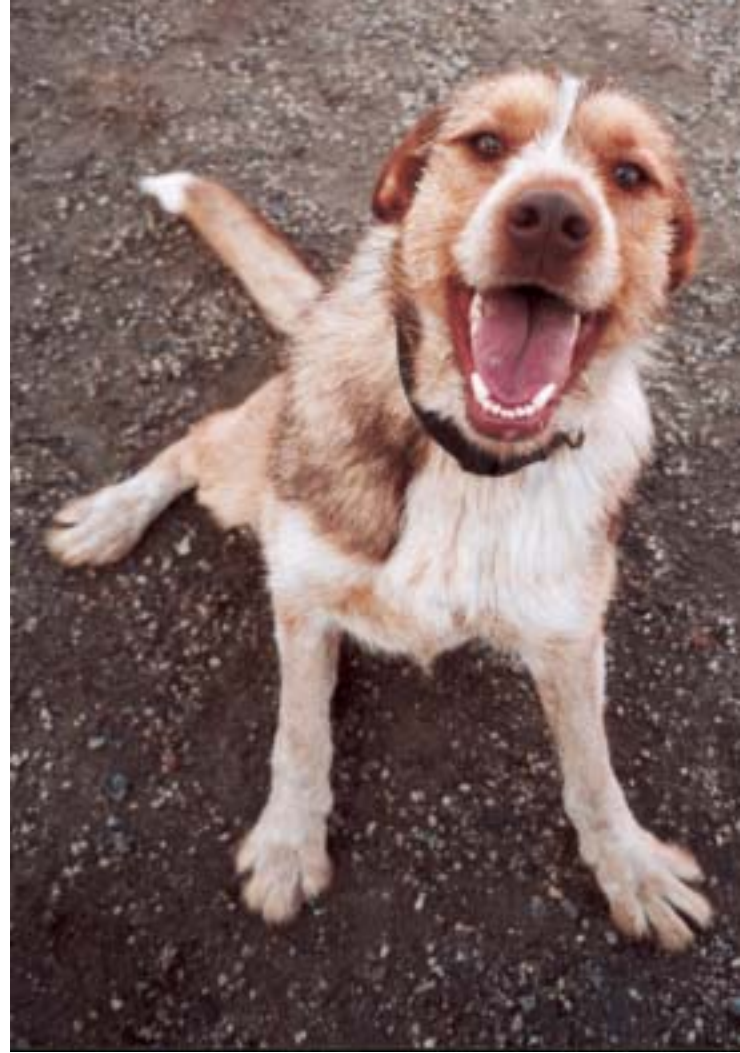
*El perro mejora la calidad de vida del enfermo, su autonomía, autoconfianza, tranquilidad, etc.*

Habitualmente, los animales son seleccionados en la Sociedad Protectora de Alcalá de Henares (SPAP), después de pasar unas rigurosas pruebas que determinan lo más básico que queremos: un perro sociable, afectivo, obediente, con una capacidad de adaptación y una inteligencia óptimas y, sobre todo, lo suficientemente equilibrado como para garantizar que no va a haber problemas de agresividad en ningún caso.

Una vez tenemos la selección de «la materia prima» adecuada, nos dispondremos a trasladar esos perros a nuestro centro de entrenamiento, para educarlos y entrenarlos durante unos meses y procurar recrear, en el centro, en el ámbito urbano o en el interior de las casas, las situaciones a las que luego se van a enfrentar en su vida de trabajo.

Cuando el perro está preparado lo entregamos a la familia a la que ha sido asignado y se comienza la instrucción durante unos meses en el domicilio, siempre supervisada por nosotros. Así aseguramos el trabajo más óptimo posible y la conjunción ideal de lo que nosotros denominamos «unidad»: **cuidador-persona con Alzheimer-perro.**

Es muy importante convencerse de lo distinto que es este procedimiento profesional y controlado,



de la «lotería» que supone coger un perro de cualquier sitio y meterlo en una casa de cualquier forma, creando problemas tan innecesarios como evitables, que afectarían a la calidad de vida del enfermo y de su cuidador. ■

HYDRA, SOCIEDAD PARA LA ASISTENCIA Y TERAPIA CON ANIMALES (S.A.T.A.)



**Precios especiales  
a los socios de AFAL**

**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**



Texto: David Losada Pérez

Psicólogo. AFAL

# Tratar y estimular a un enfermo de Alzheimer

**E**n la actualidad, la enfermedad de Alzheimer no tiene curación, pero sí cuenta con una serie de tratamientos. Los *tratamientos farmacológicos específicos* van dirigidos a enlentecer el avance de la enfermedad. Los *tratamientos farmacológicos secundarios* pretenden restablecer las alteraciones conductuales y psicológicas derivadas de la enfermedad. Por último, objeto de este artículo, los *tratamientos no farmacológicos* son muy variados, pero todos coinciden en asignar un valor esencial al ambiente en el que se desenvuelve el enfermo de Alzheimer.

La aplicación de los diferentes tratamientos es muy variable entre distintos enfermos, e incluso dentro del mismo enfermo a lo largo del tiempo, pues depende de las lesiones cerebrales, de las características de la persona, de la manifestación de la enfermedad, del momento evolutivo de la misma, de la situación, de la edad, etc.

## ■ La psicoestimulación cognitiva

Uno de los tratamientos no farmacológicos más utilizados y recomendados para el enfermo de Alzheimer es la Psico-

estimulación Cognitiva. Mediante una serie de técnicas terapéuticas adecuadas se pretende reforzar las capacidades mentales afectadas en la enfermedad de Alzheimer (la memoria, el lenguaje, la atención, la percepción, el cálculo, el razonamiento, etc.) y como consecuencia, mantener las capacidades funcionales en la vida diaria (manejo de las finanzas, vestirse, asearse...).

Los objetivos que persigue la Psicoestimulación Cognitiva son los siguientes:

- Reducir las discapacidades.
- Evitar la desconexión con el entorno y disminuir el estrés.
- Reducir la frecuencia de los trastornos psicológicos y del comportamiento.
- Activar las capacidades mentales para mejorar el rendimiento cognitivo y funcional.
- Incrementar la independencia, la autonomía y la seguridad en las actividades de la vida diaria.
- Dignificar mediante el refuerzo de la autoestima y de la propia identidad.
- Potenciar las relaciones sociales.
- Mejorar el estado y el sentimiento de salud.
- Mejorar a la persona globalmente en toda su dimensión humana.
- Mejorar la calidad de vida del enfermo, de los cuidadores y de los familiares.

## ■ Psicoestimulación profesional

La estimulación cognitiva del enfermo de Alzheimer se puede realizar de manera profesional o de manera informal.

La intervención profesional se realiza mediante sesiones terapéuticas, en las que el psicólogo o el terapeuta ocupacional aplica diferentes técnicas de Psicoestimulación Cognitiva dirigidas a mantener las capacidades de los pacientes. Las más importantes son la técnica de orientación a la realidad, la técnica de reminiscencia, el entrenamiento de la memoria y la rehabilitación de funciones cognitivas específicas. También se utilizan disciplinas complementarias a la Psicoestimulación Cognitiva como son la musicoterapia, la terapia ocupacional, la psicomotricidad, la laborterapia, la terapia a través de animales de compañía, el arteterapia...

La Psicoestimulación Cognitiva profesional suele realizarse con grupos reducidos y homogéneos de enfermos de Alzheimer, teniendo muy en cuenta el nivel cognitivo, la edad y otra serie de afinidades.

A la hora de planificar un programa de Psicoestimulación Cognitiva, además de establecer el perfil cognitivo (áreas deterioradas y preservadas en sus respectivos grados), es importante valorar los siguientes aspectos:

- El comportamiento en el ámbito familiar y las capacidades sociales del enfermo, es decir, las capacidades funcionales reales en las actividades de la vida diaria.
- La historia de vida del enfermo para conocer sus intereses y actitudes, así como las capacidades especialmente desarrolladas debido a su profesión, aficiones y entretenimientos.
- Las posibles alteraciones psicológicas (ansiedad, depresión, delirios...) y alteraciones del comportamiento (agresividad, deambulación, apatía...). Estas alteraciones pueden tener una gran influencia en la vida del enfermo, en su estado cognitivo y en su adaptación familiar y social.
- La motivación del enfermo.

### ■ Estimulación informal

La *intervención informal* es aquella que se realiza en un contexto natural. Se puede realizar en cualquier momento del día y en diferentes situaciones cotidianas. La estimulación en el domicilio o en el ambiente habitual del enfermo de Alzheimer puede ser aplicada por el propio cuidador, por cualquier familiar o persona allegada que disponga de tiempo e interés. Se trata de propiciar un ambiente estimular adecuado para el enfermo y de llevar a cabo actividades adaptadas a sus capacidades. Existen cada vez más manuales de estimulación cognitiva en los que se incluyen tipos de actividades y ejercicios prácticos de estimulación para aplicar con los enfermos de Alzheimer.

La estimulación cognitiva del enfermo de Alzheimer se rige por dos principios básicos: la *personalización* y la *flexibilidad*.

La enfermedad de Alzheimer, a pesar de seguir unos patrones generales definidos, es una entidad heterogénea en cuanto a la manifestación sintomática. Por eso requiere amoldar las tareas de estimulación y personalizar las maneras de interacción a las peculiaridades de cada enfermo. La enfermedad está en constante cambio o deterioro progresivo, lo que exige una flexibilización continua de las actividades y de las formas o métodos de estimulación.

Con respecto a las actividades, habría que tener en cuenta:

- Qué parte de las actividades puede realizar el enfermo de forma efectiva.
- En qué aspectos requiere estimulación, aunque pueda efectuar la tarea por sí solo.
- En qué actividades debe intervenir el cuidador.
- Qué actividades debe realizar parcialmente el cuidador.
- Qué actividades debe asumir por completo el cuidador.

Sin embargo, tan importantes son las actividades de estimulación cognitiva que se realizan con el enfermo, como la manera de llevarlas a cabo. Por eso conviene conocer una serie de pautas para el manejo, el trato y la estimulación cognitiva del enfermo de Alzheimer, que son difíciles de aprender a través de libros y manuales. Lo ideal es recibir cursos prácticos de formación que nos capaciten adecuadamente y nos proporcionen estrategias y recursos para una buena intervención con el enfermo.

### ■ Pautas generales de estimulación

La estimulación cognitiva siempre se puede realizar en la vida diaria teniendo en cuenta una serie de

aspectos. Toda persona que tenga interrelación continuada con el enfermo de Alzheimer puede contribuir a estimular sus funciones cognitivas. Lo más importante es conversar y comunicarse con el enfermo de manera empática, haciéndole preguntas agradables relacionadas muchas veces con los estímulos del ambiente y animándole a realizar algunas tareas sencillas. Hay que tener en cuenta siempre la dignidad y el respeto que merece el enfermo, por lo tanto habrá que tratarle siempre como lo que es: una persona adulta aquejada por una enfermedad.

Darse cuenta de cuáles son los temas de conversación que más le interesan y con qué actividades o tareas disfruta más el enfermo, es una garantía para realizar una óptima estimulación informal.

Existen muchos lugares donde se puede estimular al enfermo: en la cocina, en el baño, en la habitación, en el parque, en la parada de autobús, en la sala de espera... Sólo hace falta encontrar el momento adecuado.

Por ejemplo, si estamos en la sala de espera del médico podemos utilizar las revistas que allí encontraremos para preguntarle por las imágenes, por los colores, para recordar vivencias importantes, para leer, para charlar sobre algún tema... También podemos escudriñar los objetos de la sala y hacer ejercicios de memoria, jugar al «veo veo», etc.

Sería conveniente conocer las siguientes pautas de actuación para conseguir una óptima estimulación del enfermo de Alzheimer:

#### ¿Dónde?

- Buscar el mejor momento y lugar del día en el contexto más natural posible.
- Ambiente tranquilo.

**¿Cómo? Con respeto**

- No forzar tareas que no tengan interés para el enfermo.
- Mostrar respeto buscando un buen clima de relación. Promover la alegría.
- No dar órdenes. Solicitar las tareas con amabilidad y utilizando el nombre del enfermo.

**Las tareas**

- Centrarse en las capacidades preservadas.
- No se trata de hacer tareas escolares sino de estimular, animar, acompañar, activar...
- Seguir rutinas. Ser ordenado y sistemático con la flexibilidad necesaria.
- Simplificar las tareas y dividir las por etapas para facilitar su acto.

- Evitar tareas conflictivas e interrumpir las que generen ansiedad o rechazo.
- No incapacitar, sino validar y facilitar la realización de las tareas.

**Las instrucciones**

- Dar las instrucciones paso a paso, de forma concreta y sencilla, repitiendo las veces que sean necesarias.
- Ser claros, evitar ambigüedades y eliminar opciones múltiples.
- Eliminar distracciones: una actividad y una sola fuente estimular.
- Mantener el contacto visual para facilitar la comprensión y la relación.

- Ayudarse de la comunicación no verbal mediante gestos adecuados y oportunos.

**La actitud**

- Evitar enfrentamientos, no discutir y no forzar situaciones.
- Mantener la calma. Adaptarse al ritmo del paciente.
- No asumir las incapacidades para las tareas «a priori», hasta realizarlas.
- Enfatizar los éxitos para reforzar su seguridad.
- Adaptarse a las posibilidades del enfermo y a sus particularidades.
- Ser creativo y utilizar la imaginación para adaptar las actividades, tareas y materiales estandarizados a cada enfermo. ■

# Centro de Día para Mayores.



Avda. de la Victoria, 74 - EL PLANTIO (MADRID)

Información y Reservas: 91 372 81 02 - Fax: 91 372 89 50  
E-mail: <http://www.todoesp.es/casablanca>

# Tiempo para él, tiempo para tí

UN HORARIO FLEXIBLE



- Terapia ocupacional.
- Rehabilitación.
- Servicio de ruta.
- Peluquería.
- Gimnasia.
- Atención religiosa (capilla).
- Asistencia médica y sanitaria permanente.
- Asistencia social.

**VALIDOS Y ASISTIDOS**

# Jesús Norberto Fernández Muñoz

Subdirector General del Plan  
Gerontológico y Programas de Mayores.  
IMSERSO



**Pregunta.**—Acerca del Plan EAD ¿qué posibilidades reales hay de que se apruebe algún día? ¿En qué punto se encuentra? ¿Se están llevando a cabo algunas de las medidas contenidas en él?

**Respuesta.**—El Plan no ha obtenido una aprobación formal porque en las distintas Conferencias Sectoriales de Asuntos Sociales —las reuniones que mantiene el Ministerio con las Comunidades Autónomas— ha habido dificultades para el establecimiento de indicadores y de objetivos y esfuerzos. Las Comunidades Autónomas han entendido que se trataba de una materia que les era propia, dado que tienen transferidos los Servicios Sociales y, desde enero de 2002, la Asistencia Sanitaria. Y el Plan se ha quedado ahí como una referencia, que no ha tenido aprobación formal, aun-

que sí se ha empezado a llevar a la práctica desde el año 1999, ya que el Consejo de Ministros, a principios de este año, aprobó una dotación presupuestaria específica para el Plan del Alzheimer que estaba en torno a los 350 millones de pesetas, cuyo empleo se articula a través de convenios de las Comunidades Autónomas, mediante los cuales éstas quedan obligadas a poner otro tanto; de modo que en 1999 se dispuso de unos 700 millones de pesetas.

Este presupuesto, destinado a la creación de centros de día para enfermos de Alzheimer y otras demencias y de unidades de Alzheimer en las residencias de asistidos, se ha venido incrementando a lo largo de estos años. La dotación presupuestaria, aprobada el día 1 de marzo por el Consejo de Ministros, para el año 2002, es de 880 millones de pesetas —que hay que multiplicar por dos al contar con lo que aportan las Comunidades Autónomas, con lo que estaríamos en unos 1.760 millones.

Volviendo a 1999, y como efecto del Plan del Alzheimer, se estableció en el 0.52 del IRPF la prioridad de los Programas destinados a enfermedad de Alzheimer, lo que supone una cifra en torno a los 600 millones de pesetas cada año, que se destina

a la financiación de proyectos, vía ONGs o fundaciones.

Otro hito importante es el Acuerdo para la Mejora de la Protección Social en España, llamado también Acuerdo de Pensiones o Acuerdo Social, que firma el Gobierno con los agentes sociales el 9 de abril de 2001. En él se contemplan distintas mejoras en materia de fondo de reserva para las pensiones, la creación de la Agencia Estatal de la Seguridad Social, etc. En el apartado VIII de este Acuerdo se hace referencia a la dependencia. Se dice allí que se va a constituir una *Comisión* formada por los ministerios implicados (Trabajo y Asuntos Sociales, Sanidad y Hacienda), las Comunidades Autónomas y una representación de las Corporaciones Locales.

Las tres Administraciones Públicas, junto con empresarios y agentes sociales, se plantean como objetivo diseñar y aprobar, a lo largo de esta legislatura hasta el 2004, un marco de protección a las personas en situación de dependencia. Porque hay que entender que el problema del Alzheimer y otras demencias (con unos 500.000 enfermos en España) forma parte del gran problema que es la dependencia (con un millón y medio de afectados). En la medida en que se

dé solución global a la dependencia estaremos resolviendo los problemas que presentan los enfermos con demencia y sus familias. Tal vez por esto se ha dirigido la atención de los Ministerios de Asuntos Sociales y de Sanidad más a cómo se va a desarrollar la protección a los dependientes en general que a la aprobación específica del Plan del Alzheimer.

Por otro lado, es importante para los lectores indicar —por lo que significa para la mejora de la atención a los enfermos de Alz-

heimer u otras demencias— que se ha venido trabajando durante el 2001 en el establecimiento de unas bases para un modelo de *Coordinación Sociosanitaria*, que incluye qué elementos de coordinación y de financiación serán necesarios y cuál debe ser la puerta de entrada de los usuarios del espacio sociosanitario (personas que precisan atención sanitaria y social) para que se consiga una atención integral a nivel domiciliario, hospitalario y social, que asegure la continuidad de los servicios. Los días 1 y 2 de mar-

zo hemos estado reunidos en Santiago de Compostela las Consejerías de Servicios Sociales y de Sanidad de todas las Comunidades Autónomas, junto con los Ministerios de Sanidad y de Asuntos Sociales, para ir definiendo lo que quisiéramos que estuviera aprobado a final de este semestre.

**P.—La tan deseada Ley de Protección a la Dependencia, ¿verá la luz algún día? ¿Cuáles son las principales dificultades para su aprobación?**

**R.—**La protección a las personas dependientes es la materia fundamental para la mejora de la protección social en España a las personas mayores, si bien la dependencia no es exclusiva de una determinada edad, por lo que cualquier diseño deberá contemplar todas las situaciones posibles de dependencia, es decir las imitaciones físicas, psíquicas o sensoriales que se producen al menos durante seis meses o con carácter permanente y que exige la ayuda de una persona para el afectado. Ahora bien, mayoritariamente, las situaciones de dependencia se producen a partir de los 65 años y, especialmente, a partir de los 80 que es cuando suelen confluír varias patologías, entre ellas demencias como el Alzheimer.

Los servicios sociales en España son insuficientes para cubrir las necesidades de atención domiciliaria, diurna y residencial. En estos momentos, de cada 100 mayores dependientes, un 80% son atendidos por la familia y un 20% por servicios formales, de titularidad pública, de empresas privadas o de empresas sin fin de lucro. Calculamos que en torno a 400.000 personas mayores requieren actualmente servicios formales de atención a la depen-



dencia o determinados apoyos a las familias que los vienen cuidando.

Todo ello precisa de un nuevo esfuerzo inversor. Para conseguirlo, las dos alternativas a estudiar son: una Ley de ámbito estatal, unida a lo que son las leyes de la Seguridad Social, o un Plan concertado entre las tres Administraciones Públicas sumando sus financiaciones.

Si nos fijamos en la experiencia Europea, hay que decir que en los años 80 muchos países abordaron el problema de la dependencia, aparte de los servicios que tuvieran desarrollados, a través de fórmulas de seguro privado; pero este sistema no tuvo mucho éxito. En los años 90 se empezaron a desarrollar leyes de protección a la dependencia desde la perspectiva de la Seguridad Social, como en Austria (en 1993), en Alemania (en 1994), en Francia (en 1996) o en Luxemburgo (en 1998); dirigiendo la financiación en unos casos hacia el propio dependiente y en otros hacia la familia cuidadora. En U.S.A. se viene desarrollando el seguro de dependencia desde el año 1974, y desde entonces ha ido mejorando el sistema de su tratamiento fiscal.

España debe converger con el resto de Europa también en materia de protección social; estamos obligados a hacer un esfuerzo en este sentido. Será la Comisión referida anteriormente la que definirá las distintas opciones (Ley o Plan concertado) y decidirá la estrategia normativa. Sus recomendaciones pasarán después al Congreso, antes de diciembre de 2002, para que, si todo va bien, pueda haber una iniciativa de Ley.

**P.—Las transferencias a la Comunidad de Madrid en materia**

**sanitaria, ¿cree que mejorarán la coordinación sociosanitaria?**

**R.—**Estoy convencido de que sí puede suponer una mejora porque hasta hace poco las Comunidades Autónomas tenían transferidos los Servicios Sociales pero, al menos en lo que era el territorio INSALUD, en las diez Comunidades de vía lenta carecían de las transferencias de los Sistemas Sanitarios, por lo que se complicaba la coordinación. Desde enero de 2002 todas las Comunidades son competentes en ambos Sistemas.

Por otra parte, desde el año 2001 —por mandato del Consejo Interterritorial de Salud (que reúne al Ministerio de Sanidad y a todos los Consejeros de Sanidad), trasladado a la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales junto con los Consejeros de Servicios Sociales)— se está creando un ambiente muy propicio para la Coordinación de ambos Sistemas, que se plasmará en un documento de líneas muy generales, de mínimos -sin especificar lo que corresponde hacer a cada Comunidad Autónoma, ya que todas son competentes- pero fijando con claridad algunos aspectos como cuál es la *cartera de prestaciones* en los ámbitos social y sanitario (ayuda a domicilio, centro de día, residencia; ayuda sanitaria a domicilio, hospitalización a domicilio, hospital de día, unidad de media y de larga estancia, cuidados paliativos, rehabilitación, etc.), quién es el *usuario del espacio sociosanitario* (personas mayores frágiles, enfermos mentales, grandes discapacitados, enfermos de VIH y otros), cuáles son las *puertas de entrada al espacio sociosanitario* (Servicios Sociales de las Juntas Municipales, medicina de atención primaria), cómo

es la *gestión de casos* (equipos multiprofesionales) y cómo unificar los *códigos de comunicación* entre el mundo de lo social y de lo sanitario para entenderse unos y otros.

**P.—¿Son conscientes los Poderes Públicos de lo que a España, como al resto de los países occidentales, se les avecina para alrededor del 2020 en volumen de personas dependientes, y concretamente con demencia?**

**R.—**Ese es un reto que debemos afrontar. Hay países que han venido desarrollando servicios desde los años 40 y 50 y que están en mejores condiciones que nosotros. En España no hemos empezado hasta los años 80. A esta dificultad hay que añadir las características macroeconómicas de nuestro país; nuestro nivel de gasto social sobre el producto interior bruto es inferior al de la UE, así como nuestra renta *per capita*, mientras que los niveles de paro y desempleo se llevan un porcentaje importante de nuestro gasto social. A esto hay que añadir que en el año 2050 se prevé que seamos el país más viejo del mundo, o, sin llegar tan lejos, que en el 2020 el 20% de la población española tendrá más de 65 años y, además, empezará a jubilarse la generación del *baby boom*: 14 millones de personas con altas expectativas de pensiones, con buena salud, gran longevidad y una exigente demanda, como contribuyentes, hacia nuestros sistemas de protección.

Toda la sociedad es consciente de este fenómeno emergente. Hay que seguir haciendo un gran esfuerzo para sensibilizar a las generaciones jóvenes y a los niños y adolescentes para ir eliminando la incompreensión actual



hacia los mayores y el fenómeno del envejecimiento. Necesitamos a la familia para afrontar el reto del que hablábamos pero no podemos dejarla sola ante el problema; debe contar con el debido reconocimiento social a su labor y con apoyos económicos, fiscales, servicios de respiro y servicios sustitutivos en determinados momentos en que no puede afrontar el cuidado. La familia española es una de las más solidarias de Europa pero, ciertamente, la situación va a ir cambiando según avance la integración laboral de la mujer (la media en Europa supera el 50%), la movilidad geográfica y el hecho de que los mayores cada vez quieren ser más autónomos y no una carga para los hijos.

Los próximos eventos sobre los mayores que se van a celebrar en España: la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y el Foro internacional de ONGs en Madrid, y el foro científico en Valencia van a poner el énfasis en todos estos problemas de nuestras sociedades, con optimismo y espíritu positivo. Los mayores no deben ser vistos siempre como una carga; constituyen cada vez más un recurso económico, de conocimientos y experiencia, de voluntariado, etc. No olvidemos que disponen de ingresos fijos y que un gran porcentaje ayuda a la familia cuando está en dificultades.

En estos próximos 20 años se van a producir las grandes transformaciones sociales que corresponden a este maremoto, como algunos lo han llamado, del envejecimiento; una gran ola que fue precedida por esa otra gran ola de natalidad en los años 50 y 60. Las sociedades desarrolladas, inteligentes, con sensibilidad social, sabrán priorizar sus agendas políticas para abordar la realidad que se vaya presentando.

Tengamos también en cuenta que en la década 2000-2010 se va a producir una especie de «tregua demográfica»; se ralentizará el aumento del número de mayores, debido a la jubilación de esas generaciones «huecas» de los años de la guerra civil, que son sensiblemente menos. Contamos, pues, con una década excepcional que nos permitirá poner en orden nuestra casa. Los años 70 y 80 han sido para crear el sistema de pensiones, los 80 y 90 para el desarrollo del sistema sanitario universal y gratuito y los 90 y hasta el 2010 deben ser las décadas de los servicios sociosanitarios.

**P.—A veces la Administración presenta a los inmigrantes como la solución, tanto para corregir la desviación de la pirámide poblacional como para asegurar, con sus aportaciones a la Seguridad Social. ¿Cómo lo ve usted?**

**R.—**Yo creo que es un elemento más. Ciertamente, estamos viendo en los últimos años que la población española está creciendo, y ya hemos superado los 40 millones de españoles. En este resultado han intervenido dos factores: un cierto repunte del número de matrimonios, con un ligero aumento de la tasa de fecundidad, y un incremento del número de inmigrantes con reagrupamiento familiar, que ha producido una mayor natalidad.

En España, según datos de la EPA, hay todavía dos millones de desempleados; éste es nuestro problema más grave. Deben buscarse distintas políticas de apoyo; a la familia, a los jóvenes (con la garantía de empleo y de acceso a la vivienda) y regulando y canalizando el flujo inmigratorio en nuestro país, captando aquellos tipos de in-



migrante que está requiriendo nuestro mercado laboral y que no está siendo cubierto por los españoles.

**P.—La Asamblea Mundial sobre Envejecimiento ha levantado grandes expectativas, ¿qué cree que aportará? ¿Se llegará a marcar una línea estratégica de actuación conjunta?**

**R.—**Yo creo que las líneas estratégicas que se marcan desde

organismos como Naciones Unidas son muy generales, de referencia global. En la I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, hace 20 años, también se aprobó un Plan de acción, con 62 recomendaciones que han tenido un desigual éxito entre los diferentes países. Todo depende de que las políticas nacionales estén en sintonía con esos planes. África, Asia, Latinoamérica, por ejemplo, no disponen de recursos que les permita llevar a la

práctica las recomendaciones que se enuncien. Lo que sí es muy importante es contar con un código de comunicación en común, ideales comunes y unas cuestiones básicas en que se puedan alcanzar acuerdos. Hay que promover un envejecimiento activo, saludable, crear espacios de participación, de desarrollo para las personas mayores vistas más como recurso que como carga social, hay que crear un entorno accesible, sin barreras arquitectónicas. Y hay que evitar los malos tratos a los mayores.

Lo importante es establecer marcadores y sistemas de evaluación del seguimiento de las recomendaciones en los países participantes. Y hay que crear

estrategias de cooperación con los países que lo tienen muy difícil, porque el envejecimiento es un asunto no sólo de los países desarrollados; el 70% de los mayores se encuentra en los no desarrollados. En este sentido, España está abocada —y así lo venimos haciendo desde el año 90— a cooperar estrechamente con los países hermanos de Iberoamérica.

**P.—Ha mencionado los malos tratos a los mayores, ¿existe un informe sobre esta materia?**

**R.—**Hay un informe que las Naciones Unidas van a presentar en el marco de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

Hay que sensibilizar a la gente sobre la vulnerabilidad de los mayores, sobre todo los muy dependientes. Como sociedades desarrolladas, debemos ser muy escrupulosos en esta materia. Los malos tratos pueden ser no sólo de acción, sino también de omisión. El hecho de que haya casos en que a los mayores no se les permita tomar decisiones por sí solos o manejar sus propios bienes, no se les atiende adecuadamente y con afecto en la familia, en la sociedad, en una institución residencial, puede entenderse como un maltrato. En el trato que damos a nuestros mayores se ve la madurez y el desarrollo de una sociedad. ■

M.<sup>a</sup>

JESÚS MORALA



**PRECIOS ESPECIALES  
A LOS SOCIOS  
DE AFAL**

**Ayudas Técnicas**

**Tu independencia es  
nuestra mejor publicidad**

- Material de rehabilitación
- Ayuda para el baño. Grúas
- Material antiescaras
- Sillas de ruedas eléctricas y ligeras
- Andadores
- Muletas

**Especialistas en reparación de sillas  
Alquiler de sillas de ruedas y camas**

Avda. Buenos Aires, 2 (esquina Avda. Albufera) • 28038 MADRID • Teléf. 913 806 022 • Fax 917 781 347



**Texto:** Carlos Mateos  
*Periodista especializado en Salud*

**E**l III Encuentro sobre Salud y Medicina de la Mujer, celebrado en Madrid, ha puesto de manifiesto que si bien las mujeres viven más que los hombres, su calidad de vida es peor. Visitan más al médico, sufren más hospitalizaciones y, por si fuera poco, padecen algunas enfermedades en mayor grado que los varones. Una de ellas es el Alzheimer, que se ha situado en el tercer puesto de los problemas sanitarios en los países industrializados, tras la patología cardiovascular y el cáncer.

El espectacular aumento de la población de más de 65 años hace afirmar a algunos expertos que la enfermedad de Alzheimer será la gran epidemia de los próximos años y la mujer la principal castigada. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), del 5 al 12% de las personas mayores de 65 años padece demencia y de este grupo afectado el 80% tiene enfermedad de Alzheimer. En virtud de estos mismos datos, la prevalencia de Alzheimer es sensiblemente mayor en las mujeres, entre el 60 al 70% de los casos.

No cabe duda de que la edad es el principal factor de riesgo en el Alzheimer y las mujeres, al vivir

## El Precio de la Edad

más, tienen más posibilidades de padecerlo, pero la ecuación «más años, más Alzheimer» no está cerrada del todo. Ocurre así que en la llamada «Tercera Edad», a partir de los 80 años, llegan a ser mayoría los ancianos con algún tipo de demencia. La cuestión, no obstante, está en saber qué sucede en la que se está llamando ya «Cuarta Edad», las personas que superan los 90 años. Como señalaba recientemente la neuróloga Ana Frank, desconocemos si podemos encontrarnos con «superabuelos», que hayan llegado a esas edades porque gozan de una inmunidad superior a todo tipo de enfermedades, incluyendo las neuronales.

*Los expertos afirman que la enfermedad de Alzheimer será la gran epidemia de los próximos años y la mujer la principal castigada*

Parece una cuestión baladí. No hay muchas personas que se acerquen al siglo, pero dentro de un par de décadas serán muchas las que lo hagan. ¿Qué ocurrirá entonces?, ¿tendremos una mayoría de ancianos con demencias? De ser así, ¿no sería mejor invertir en la prevención y el conocimiento de las causas que embargar los recursos sanitarios del futuro en tratamientos paliativos?

Es cierto que parece que estamos avanzando más rápidamente en los tratamientos que en la prevención, pero, de nuevo, lo que sucede en la mujer puede darnos la clave. Con independencia de la edad o de los factores hormonales (que pueden aportarnos algunos hallazgos en los próximos años), es más que posible que existan factores culturales que inciden en que el sexo femenino sea el más castigado por el Alzheimer.

Tradicionalmente, la mujer ha dedicado la mayor parte de su actividad a las labores del hogar. Agotadoras, esclavizantes, pero con escasa implicación intelectual. Cada vez existen más evidencias de que las personas que utilizan más la mente para aprender, para vivir nuevas experiencias, son las que están más protegidas ante la degeneración neuronal. Aún es pronto para saber si el uso del intelecto durante toda la vida laboral de una persona actúa a modo de vacuna y si influye o no el seguir realizando ejercicios mentales una vez que una persona se ha jubilado. En todo caso, nunca viene mal seguir manteniendo la mente activa, sea por motivos laborales o de placer.

La cultura es buena contra el Alzheimer, pero la expresión emocional también. Se han hecho estudios con monjas de clausura en los que se demostraba que aquellas que habían recibido una formación más elevada eran las que menos posibilidades tenían

de padecer la enfermedad, pero más decisivo aún era el hecho de que se expresaran con mayores recursos, que supieran liberar sus emociones.

A estos hallazgos hay que sumar otro más: las personas que utilizan los dos hemisferios cerebrales están también más protegidos. De hecho, en algunos hospitales han comenzado a hacer pruebas para saber si existe suficiente actividad en todas las partes del cerebro y así poder predecir mejor el riesgo. Esto se traduce en combinar el pensamiento lógico con el emocional, es decir, con desarrollar la capacidad de expresar los propios sentimientos y estar abiertos a las emociones

de los demás. Las piezas del rompecabezas empiezan a unirse, los diferentes estudios a encajar.

Retrocedamos por tanto, a la prevención. Quizá se encuentren

*La neuróloga Ana Frank, señalaba recientemente que desconocemos si podemos encontrarnos con «superabuelos» que hayan llegado a esas edades porque gozan de una inmunidad superior a todo tipo de enfermedades*

nuevos fármacos y vacunas para prevenir el Alzheimer, pero ¿por qué no empezamos ya a trabajar con lo que ya sabemos? Cuando se alcanza la madurez es difícil cambiar los hábitos de pensamiento, por lo que si queremos hacer algo para que las futuras generaciones no se vean abocadas a la enfermedad, al menos no tan irremisiblemente, podemos intentar educarles en la necesidad de aprender durante toda la vida, de utilizar su inteligencia, su capacidad de razonamiento; pero también su expresividad. No tendremos ninguna garantía de éxito, pero al menos habremos contribuido a que la vejez sea compatible con una buena calidad de vida intelectual. ■

ASOCIACIÓN FUNDADA EN 1980.  
DEDICADA A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS PARA NUESTROS MAYORES



# ASISPA

**Asistencia a Personas Mayores**

**SERVICIOS QUE PRESTA:**

- TELEASISTENCIA.
- CENTROS DE DÍA.
- SERVICIO DE AYUDA EN DOMICILIO.
- APARTAMENTOS GERONTOLÓGICOS.
- VIVIENDAS COMPARTIDAS.
- RESIDENCIAS ESPECIALIZADAS EN ENFERMOS DE ALZHEIMER.

**RESIDENCIAS:**

- «SOTO FRESNOS». Soto del Real (Madrid).  
Teléf. 91 8480510.
- «LAS AZALEAS». Calle Asura, esquina Bueso Pineda (Madrid). Arturo Soria.  
Teléf. 91 4033131.
- «LA PAZ». Mandayona (Guadalajara).  
Teléf. 91 4033131.



Texto: Juan Santiago Martín Duarte  
DUE. Fundación López Rumayor.  
San Martín de Valdeiglesias. Madrid

# Cuidados básicos de Enfermería al Paciente de Alzheimer con sonda nasogástrica

Este tipo de sondaje es un procedimiento habitual en el último estadio de la enfermedad, cuando la persona ya no es capaz de tragar los alimentos. Veremos qué es, para qué se le coloca y que cuidados debemos proporcionar a nuestro familiar cuando lo lleva insertado.

El sondaje consiste en la introducción de un pequeño tubito de latex o silicona (sonda) a través de uno de los orificios de la nariz y que llega hasta el estómago o intestino (figura A); en nuestro

caso se utiliza con fines terapéuticos, generalmente la alimentación del usuario. Su fin es la ingesta adecuada del enfermo cuando éste ya no es capaz de tragar por sí mismo, por lo que cuando le administramos líquido se le produce una broncoaspiración o atragantamiento, al pasarle el alimento a los pulmones, con el consiguiente riesgo de asfixia para el enfermo y el gran susto para nosotros.

La colocación o inserción de la sonda no es dolorosa, ni su mantenimiento, aunque sí incómoda. Es la labor del personal de Enfermería tanto la colocación como retirada de la misma. Ahora bien, a los que convivimos y cuidamos a un enfermo de Alzheimer pienso que nos vendrá bien conocer su funcionamiento y los cuidados que precisa dicho procedimiento.

## ■ Inserción y fijación

La sonda va colocada por la nariz y llega hasta el estómago, se fija por medio de esparadrapo o similar a la zona inmediatamente inferior del orificio nasal donde va insertada, y de esta manera se evita que, si se tracciona o tira de la misma, se lesione la nariz o las estructuras orgánicas por las que la sonda pasa.

## ■ Precauciones y cuidados

- Antes de administrar los alimentos debemos colocar al paciente en posición semisentada y

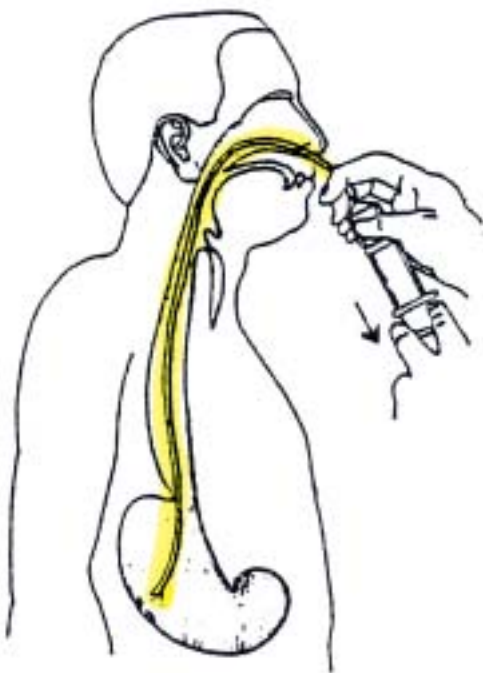
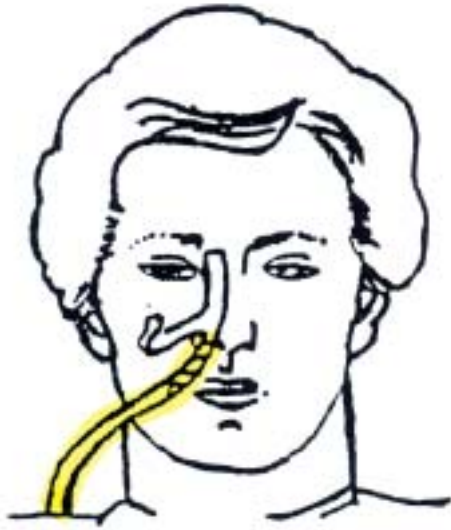


FIGURA A



**FIGURA B**

dejarlo así aproximadamente unos 45 minutos después de finalizar la comida con el fin de evitar broncoaspiraciones, y el consiguiente riesgo de asfixia.

- Mantener siempre la sonda limpia y permeable, por lo que (cuando no esté contraindicado) administrar antes y después de cada alimentación

una jeringa de 60 mililitros con agua limpia, para evitar la fermentación de los alimentos y la obstrucción de los agujeritos de la sonda.

- Anotar la fecha de su colocación al objeto de llevar un control de los cambios.
- Es conveniente limpiar una vez al día con gasas los orificios nasales.
- Mantener una buena higiene bucal aplicando cualquier colutorio (Oraldine o similar) de los existentes en el mercado, por medio de una gasa. Al no existir el efecto de arrastre de la comida y bebida, las bacterias se acumulan en la cavidad oral y la faringe, con el consiguiente riesgo de infección.
- Lubricar diariamente los labios con vaselina a fin de evitar la sequedad bucal.
- La sonda no debe impedir la movilización del paciente ni su visibilidad.
- Si se obstruye, y no está contraindicado, realizar lavados de la misma controlando estrictamente el líquido introducido así como el aspirado.

### ■ **Complicaciones**

En los pacientes con enfermedad de Alzheimer las más habituales son las siguientes:

- La extracción o retirada voluntaria de la sonda por parte del enfermo. Es muy común que al mí-

*sigue en página 26*

**Delamano**  
CENTROS DE DÍA

- Terapia ocupacional
- Fisioterapia y rehabilitación
- Asistencia Médica personalizada
- Asistencia Social
- Horarios flexibles (8 a 20 horas)
- Transporte opcional adaptado
- Comunicación diaria con los familiares

Delamano  
CENTROS DE DÍA

Calle Velayos, 26 Bajo - Madrid  
(frente a Urgencias de Clínica Puerta de Hierro)  
Tel: 91 316 16 16  
delamano@maptel.es

### Nuevo logo de AFAL



Dentro de una serie de cambios que ha iniciado AFAL, hoy podemos mostrar nuestro nuevo «logo». ¿Qué significa?,

nos pregunta todo el mundo. Bueno, podemos imaginar que se trata de una flor cuyos tres pétalos representan los tres actores de la enfermedad de Alzheimer: el enfermo, el familiar y la Asociación. Si nos fijamos en los cuatro elementos gráficos principales (tres pétalos y una hoja), podríamos pensar en los cuatro pilares que forman la base de AFAL: Información, Formación, Apoyo y Representación del colectivo. Esperamos que os guste. ■

### Los mayores en abril en Madrid

En este próximo mes de abril se van a celebrar en Madrid multitud de actos y encuentros alrededor de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento. Los más importantes serán:

**Del 5 al 9: El Foro Mundial de ONGs.** En IFEMA. El movimiento Alzheimer tendrá un stand con titularidad compartida por la Confederación Nacional de AFAs y la Federación de AFAs de la Comunidad de Madrid.

**Del 8 al 11: I Feria Internacional del Mayor.** Pabellón de Cristal de la Casa de Campo.

**Del 8 al 12: II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.** IFEMA. [www.madrid2002-envejecimiento.org](http://www.madrid2002-envejecimiento.org) ■



### Los mayores ya no podrían elegir el recurso sociosanitario que desearan en la red pública de la Comunidad de Madrid

Los informes del médico de atención primaria y de la trabajadora social de la Junta Municipal correspondientes serán determinantes para elaborar el perfil sociosanitario de cada solicitante.

En el caso de las demencias, en las AFAs sabemos que no todos los médicos de atención primaria están bien informados sobre las necesidades de cuidado de estos pacientes y también sabemos que los conocimientos, acerca de esto mismo, que poseen los Servicios Sociales de las Juntas Municipales suelen ser incompletos. Por ello, antes de llegar a la modificación de la Orden que regula la Reserva y Ocupación de las Plazas Residenciales en el sentido expuesto debería abrirse un diálogo del que no queden excluidos los que serán directamente afectados: los propios mayores y sus familiares.

Ante el problema social que significará la gran masa de ancianos que se espera para aproximadamente el 2020, es comprensible y deseable que nuestros Poderes Públicos sien-

tan una gran preocupación. Pero los ciudadanos esperamos de su espíritu de servicio soluciones imaginativas y de inversión, no «parches a la desesperada».

Cuando una familia acuda a los Servicios Sociales en busca de una residencia, y teniendo en cuenta el escasísimo número de plazas disponibles, seguramente se le desviará a otro recurso que no tenga tanta lista de espera. Pero ¿será en razón del perfil del mayor o en razón de la disponibilidad de servicios? Los ciudadanos no somos unos seres incapaces, necesitados de la tutela del Estado; preferimos que se nos diga: «no tenemos lo que usted pide», que: «usted no sabe lo que necesita, yo le diré lo que es». ¿Y dónde queda la libertad de la persona?

El movimiento asociativo Alzheimer y otras Demencias, sufridores donde los haya, tenemos mucho que decir al respecto, antes de que nos ofrezcan el cambio como hecho consumado, este verano. Y queremos que se oiga nuestra voz. ■

### La Vicepresidente de AFAL recibe la Gran Cruz de Raimundo de Peñafort

Recientemente nuestra Vicepresidente, Margarita Retuerto Buades, obtuvo tan preciada condecoración en reconocimiento a los méritos acumulados a lo largo de su brillante trayectoria en la Carrera Judicial. Desde aquí, nuestra cariñosa felicitación. ■



## Un acontecimiento feliz



En el número de junio de 2001 de nuestra revista, con el título «Érase una vez», aparecía la noticia de la boda de Natacha, la monitora de nuestro Taller de Masaje, con Paco, socio de AFAL. Pues bien, fruto de ese amor y ese compromiso, el día 25 de febrero de 2002, nació Alba, una preciosa pequeña que queremos enseñar como si fuera algo muy nuestro, que fuimos la causa de que sus felices papás se encontraran. El padrino de Natacha, socio también, además de voluntario de AFAL, ha escrito unos versos para esta emotiva ocasión:

### EL AMOR ES VIDA

Tranquila laguna la de la dulzura,  
inquieto volcán el del amor,  
antorcha ardiente de la hermosura  
que convocan al placer y al dolor.  
Y de tal crisol de locura  
formando parte de la vida,  
surgió una bella criatura  
«ALBA» se llama la recién nacida.

Comenzaron los quehaceres  
y la amorosa gran paciencia  
que no son lección aprendida  
sino ternura y consciencia  
de aquellos que dan la vida  
Como fruto de sus querer.

Afinad, pues, bien la oreja,  
Paco y Natacha se llaman,  
Les deseamos, porque se aman,  
¡felicidades!, querida pareja.

J. M. C.

## Preestreno de la película «En la ciudad sin límites»

El día 28 de febrero (jueves), a las 22 horas, en el Palacio de la Música, se celebró el Preestreno de la película «EN LA CIUDAD SIN LÍMITES», dirigida por Antonio Hernández e interpretada, en sus principales papeles, por Fernando Fernán-Gómez, Leonardo Sbaraglia y Geraldine Chaplin.

En esta película, cargada de valores humanos, se relata el acercamiento de un anciano con cáncer —que, además, está entrando en una demencia— y uno

de sus hijos, que comprende que el respeto a la persona, el reconocimiento de sus derechos aunque esté perdiendo la razón, es la mejor forma de amor de un cuidador.

Por esta razón, AFAL colabora con Zebra Producciones, y anima a todos a ver esta hermosa película que ha merecido las más favorables críticas de todos los medios de comunicación, tanto por su calidad formal como por el excelente trabajo de los actores. ■

## Inauguración de la Residencia «Los Llanos Vital»



El pasado día 13 de febrero se inauguró la Residencia «Los Llanos Vital», en Alpedrete, con la asistencia de la Consejera de Servicios Sociales de la Comunidad, Pilar Martínez —que ofreció una rueda de prensa—, y de la Directora General del Mayor, Marisa Muñoz-Caballero. Esta nueva Residencia, dotada de excelentes instalaciones y ayudas técnicas, cuenta con 20 plazas para su uso público, que forman parte de las 300 nuevas plazas contratadas por la Comunidad en residencias cofinanciadas para mayores. ■



PIPO FERNÁNDEZ

## Salud y mayores en la red

Internet es un mundo lleno de posibilidades de información y de comunicación para todos; también para los mayores.

Las siguientes webs nos parecen interesantes:

- [egalenia.com](http://egalenia.com)
- [canal de farmacia.com](http://canaldefarmacia.com)
- [canalsalud.com](http://canalsalud.com)
- [medicinatv.com](http://medicinatv.com)
- [centromedicovirtual.com](http://centromedicovirtual.com)
- [abctusalud.com](http://abctusalud.com)
- [ondasalud.com](http://ondasalud.com)
- [saludalia.com](http://saludalia.com)
- [hacesfalta.org](http://hacesfalta.org)
- [losmayores.com](http://losmayores.com)
- [madrid2002-envejecimiento.org](http://madrid2002-envejecimiento.org) ■

## Plan de Apoyo Integral a la Familia

El pasado noviembre se aprobó este Plan, tan esperado, que contiene gran cantidad de medidas destinadas a facilitar a la familia española su defensa y fortalecimiento.

Se trata de un Plan estatal que constituye el marco de la política familiar de este Gobierno. Hay que decir que no incluye una memoria económica y que las partidas necesarias para su desarrollo, marcadas por cada Ministerio, se acordarán anualmente en los Presupuestos Generales del Estado. ■



viene de página 23

nimo descuido se la quite tirando de ella, ya que le molesta. No nos asustemos, no intentemos reintroducirla puesto que ha de ser la enfermera quien la coloque de nuevo.

- La obstrucción por falta de limpieza de la misma.
- Infecciones de la cavidad bucal: estomatitis, esofagitis y parotiditis, producidas por la imposibilidad de realizar una correcta higiene bucal al no colaborar el paciente en los primeros estadios de la enfermedad.
- Úlceras por presión en el orificio nasal donde va colocado el sondaje, por una inadecuada presión en el mismo punto.

Recordar siempre que el mejor tratamiento de las complicaciones es evitar que ocurran, por tanto hemos de prevenirlas en la medida de lo posible.

### ■ Trucos en el cuidado

- Si administramos la comida densa o con grumos la sonda se obstruirá; truco: pasemos los

alimentos más líquidos; veremos que pasa sin ningún problema.

- Si observamos que regurgita la comida; truco: incorporémosle un poquito más dejándole semisentado un buen rato después de haberle dado los alimentos.
- ¿Y si con todo se nos obstruye?:
  - Procurar desobstruirla pasándole una jeringa de agua.
  - Puede deberse a que esté adherida al estómago. Entonces podemos despegar la sonda de la nariz, sacarla tirando de ella suavemente de entre 3 a 5 cms, pasar una jeringa de agua, volver a introducirla de nuevo la longitud anterior, y fijarla por medio de un esparadrapo haciendo un lacito bajo la nariz del portador (ver figura B).

Y sin con todo lo anterior no somos capaces de desobstruirla, avisemos a la enfermera del Centro de Salud o a la Asociación (AFAL), donde seguro nos ayudarán y solventarán el problema. ■

## Cena-buffet con nuestros voluntarios



El pasado día 11 de diciembre de 2001 se celebró el último Encuentro del año de los Voluntarios AFAL. Esta vez consistió en una *Cena-Bufferet* en un restaurante del Centro de Madrid con el objetivo de que los voluntarios se conocieran e intercambiaran experiencias y vivencias, además de pasar unos momentos agradables.

Con gran satisfacción podemos decir que asistió una gran parte de nuestro Voluntariado. Después de las palabras de bienvenida y agradecimiento de nuestra Coordinadora, tomó la palabra José M.<sup>a</sup> Curto, voluntario de Atención Telefónica, recitando una emotiva poesía compuesta por él y dedicada a todos sus compañeros voluntarios.

Finalmente, se hizo entrega a todos los asistentes de un obsequio simbólico —realizado y donado por la empresa ceramista DISCESUR— en reconocimiento a su trayectoria y dedicación. ■

## Campaña informativa sobre el euro

Del 14 de enero al 28 de febrero se desarrolló la Campaña «Mensajeros del Euro», organizada por la ONG «Profesores Solidarios». Los voluntarios AFAL participaron en esta labor informativa dirigida a las personas mayores ante la llegada de la nueva moneda.

Se instalaron en Madrid tres stands informativos, en los centros de «El Corte Inglés» de Goya, Preciados y Castellana.

En la foto, dos de nuestras voluntarias atendiendo el stand de Castellana. ■



proamigo®

### Teleasistencia Integral

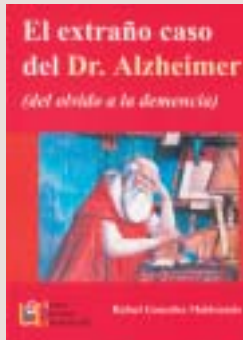
Gratis las 100 primeras cuotas de alta a los socios de AFAL

Asistencia inmediata,  
24 horas al día  
y en su propio Domicilio.

Porque su casa es la mejor residencia

## El extraño caso del doctor Alzheimer (del olvido a la demencia)

Rafael González Maldonado. Ed. Grupo Editorial Universitario. Granada, 2000. 250 páginas.



El autor, Jefe del Servicio de Neurología del Hospital Clínico de Granada, nos presenta un libro con una grata estructura, dirigida tanto a profesionales de las ciencias de la salud como a público en general. Consigue hacer llegar al lector, de una forma fácil, los aspectos científicos de las demencias; y su lenguaje, extraordinariamente rudo, consigue, sin duda, llamar la atención. Peca el autor, en este libro, de ese exceso de credulidad en los «estudios» estadísticos (epidemiológicos), muchas veces muy defectuosos técnicamente, que lleva a tantos médicos a enunciar como indiscutibles resultados que distan mucho de haber quedado probados. Un libro recomendable sólo para aquellos que tienen ya un criterio formado acerca de las demencias y que no pueden, fácilmente, ser inducidos a error.

## Alzheimer. Familiares y cuidadores

Luis Mínguez Martín y otros. Ed. Hermanas Hospitalarias. Con la colaboración de Caja España. Valladolid, 2001. 164 páginas.

Dirigido, sobre todo, a los cuidadores familiares, este manual, sencillo y completo, satisface las expectativas de las familias que se ven afectadas por la enfermedad de Alzheimer. Contiene además una colección de preguntas y respuestas, así como información de diferentes organismos e instituciones de Castilla-León.



## Entusiasmar a la propia asociación

José María La Porte. Ed. Ediciones Internacionales Universitarias. Madrid, 2001. 365 páginas



Esta obra se constituye como un manual en la gestión y comunicación interna en las organizaciones sin ánimo de lucro. La comunicación interna, tanto en las empresas como en el sector *non-profit*, se revela actualmente como el más importante elemento para la buena marcha y gestión de una entidad. Las organizaciones sin ánimo de lucro tienen, no obstante, características particulares; este libro es

un interesante instrumento para conocerlas.

## Más Platón y menos Prozac

Lou Marinoff. Ed. Punto de Lectura. Madrid, 2001. 513 páginas.

Inspirándose en los más grandes filósofos y corrientes filosóficas de la historia, Lou Marinoff aborda los problemas más habituales que acaecen en el vivir cotidiano — como la manera de llevar las relaciones amorosas, un divorcio, una enfermedad propia o de un familiar, la depresión, las formas diferentes de enfrentarse a la muerte o el cambio de trabajo— para darnos una serie de consejos que den sentido a nuestra existencia y la hagan más llevadera y dulce. El éxito de este libro —un auténtico best seller— reside en que su autor no propone recetas farmacológicas o remedios naturistas, sino que nos presenta, bajo la sabiduría que avala su experiencia, un modo de mirar la vida con filosofía, natural e integrador.



## El beneficio de compartir valores

Ramón Guardia Massó. Ed. Deusto. Bilbao, 1998. 217 páginas.



Con el subtítulo de *Marketing Social Corporativo, una nueva estrategia para diferenciar las marcas*, el autor —presidente de la «Compañía Valores & Marketing», especializada en marketing social corporativo— nos da pistas de cómo establecer el juego de «yo gano/tú ganas» en la colaboración entre las empresas y las entidades sin ánimo de lucro. Un maridaje del que ambas pueden beneficiarse mutuamente.

# G.A.M.A. Chamberí

Corría el año 1995 cuando mi tía me llamó por teléfono para pedirme que fuera al médico con ella porque éste quería hablar conmigo... Cuando llegué a la consulta el médico me dijo: «Su tía tiene *degeneración cognitiva*, y usted necesita ayuda.» Tras mis numerosas preguntas él me contestó que la enfermedad se llamaba Alzheimer.

El mundo se me vino encima. Nunca había oído hablar de esa enfermedad... me sentía ignorante y desconcertada. Al llegar a casa cogí las páginas amarillas y allí estaba: Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Cogí el teléfono y llamé. Me recibieron enseguida y pude comunicar todas mis preocupaciones. Encontré todo el apoyo y la información que precisaba en esos primeros momentos, pero necesitaba más. Deseaba encontrar gente en mi misma situación con la que poder desahogarme y escuchar para aprender.

AFAL dio mi número de teléfono a Esperanza Pérez Montesinos, quien me llamó y me contó que estaban tratando de formar el Grupo G.A.M.A. de Chamberí. Al poco tiempo logramos poner en marcha el Grupo. Éramos pocos y tuvimos la suerte de que la Asociación de Vecinos «El Organillo» nos acogieron en su local; nos brindaron su apoyo y su amistad desinteresadamente. Allí hemos reído, hemos llorado, nos hemos ayudado unos a otros y

hemos iniciado una hermosa amistad que perdura con el paso del tiempo; y eso, a pesar de que los más antiguos ya no tenemos a nuestros enfermos con nosotros.

Desde hace un año o dos nos hemos trasladado al Centro de Salud de la calle Espronceda. Al principio nos costó acostumbrarnos pero sabíamos que esa ayuda que nosotros necesitamos un día, la podían necesitar otras personas. Y nos ofrecimos a darla.

El Grupo ha crecido en gran manera. Los nuevos miembros, a la segunda o tercera reunión, ya forman parte del Grupo como si los conociéramos de siempre. La ayuda y la amistad ya rebasa el propio Grupo y nos llamamos para saber cómo estamos y para hablar, nos reunimos en alguna casa a comer, nos preocupamos los unos por los otros y nos alegramos con las alegrías de cada uno. Hay una gran corriente de cariño, comprensión y ternura entre nosotros, y mucha alegría y complicidad, cuando alguno encuentra un método eficaz para solucionar algún problema de los muchos que se presentan cada día con estos enfermos.

En los grupos G.A.M.A. todos los días son días de aprender. Lo que no se le ocurre a uno se le ocurre a otro, que lo pone en conocimiento de los demás. Nos enriquecemos con las experiencias de todos. Al morir mi tía, en el año 1998, me presenté como Voluntaria de AFAL; y sigo como Coordinadora del Grupo de Chamberí para ayudar a todas las personas que me necesiten, como me ayudarán a mí cuando yo lo precise.

Llevo más de dos años como voluntaria en la centralita telefónica de AFAL y por eso sé que mucha gente llama preguntando cómo pueden conocer a otras personas con las que ponerse en comunicación para hablar de sus enfermos y adquirir conocimientos sobre el Alzheimer. Y me entra una gran tranquilidad cuando les digo que cerca de su casa hay un grupo G.A.M.A. con el que poder contactar. ■

AGUSTINA JUÁREZ SÁNCHEZ  
Coordinadora del G.A.M.A. de Chamberí

## Nota de rectificación

En el número anterior de nuestra revista, en esta misma sección G.A.M.A., se insertó una fotografía en la que, supuestamente, aparecían los componentes del Grupo «Horizontes», de Daroca, para cuya publicación en estas páginas, supuestamente, se pidió la autorización verbal de los que en ella aparecen.

Esta revista ha recibido, sin embargo, la petición de D. Juan Antonio Casado Bermejo —que aparece con su hermana en la mencionada foto— de hacer constar que no se solicitó su permiso para este uso, así como de su desacuerdo con el contenido del artículo que ilustra la fotografía.

Estas dos personas no son ni han sido miembros del grupo «Horizontes» ni socios de AFAL y sólo habían acudido al Grupo en esa ocasión, en busca de información acerca de sus actividades y para ver si les podía ser de ayuda en su situación, como hijos de una enferma de Alzheimer.

# catálogo de libros que pueden encontrar en AFAL

*Pertenecientes a la línea editorial de AFAL Madrid* Colabora: **OBRA SOCIAL DE CAJA MADRID**

## Colección Cuadernos Prácticos

- Número 0 Alzheimer. El reto del siglo XXI (Agotado).
- Número 1 Guía práctica de cuidados para personas afectadas de enfermedad de Alzheimer. Cuidados de enfermería.
- Número 2 ¿Cómo debemos tratar y cuidar a una persona con enfermedad de Alzheimer? Perspectiva Bioética.
- Número 3 Aspectos jurídicos de la enfermedad de Alzheimer (aparecerá próximamente).



## Otras ediciones de AFAL

- Alzheimer se escribe con «a» de ayuda (Manual de Voluntariado AFAL) (Agotado).
- Guía práctica de la enfermedad de Alzheimer (Editado con el INSALUD).

## Libros de otras editoriales

Conseguidos, en algunos casos, con un descuento sobre precio de librería

- En casa tenemos un enfermo de Alzheimer (Edición corregida, de AFAF).
- Volver a empezar (Ejercicios para enfermos en fase leve).
- Amami, Alfredo... y otras historias clínicas (Colección de relatos). A beneficio del Banco de Tejidos para Investigación Neurológica.

**Para poder examinar y/o conseguir cualquiera de estos libros, se puede acudir a la sede de AFAL, en horario de 9 a 14 h. y de 16 a 19 h., de lunes a jueves, y en los meses de junio, julio y agosto de 8 a 15 h.**

# Cumpleaños de mamá



**S**on ochenta y dos, pero para mí son dieciocho. Lo que importa no son los que se tienen, sino los que quedan... para los cien. Así, cada año descumplimos hasta hacernos como niños, única condición que se nos exige para entrar en el reino de los cielos.

Dieciocho años tenías en esa foto de boda y veinte cuando yo nací. Veinte años después llegó Manuel, broche de oro de la decena de hijos que pudo ser docena, veinticuatro los nietos que Dios te ha dado y dos bisnietos (más el que viene de camino).

Esta niña rubia nació el día de San Rafael con los apellidos Pérez, Pons, Garzón, Fernández, Benítez, otra vez Pérez, González, Villanova, Negro, otro Fernández, Fresneda, Collados, Díaz, Gil y Jiménez, procedentes de Loja, Bujalance, Alhama, Itrabo y Gójar (Granada) y Albaida (Valencia).

Y esto sólo desde la guerra de la independencia, en la que la mujer española decidió expulsar a los franceses, no porque nos trajeran las libertades y la cultura, sino por si detrás venían las francesas.

No obstante, tenemos menos apellidos porque papá y mamá eran primos segundos, nuestros abuelos Ramiro y Pedro eran primos hermanos y hermanos nuestros bisabuelos Pedro y Juan Miguel Pérez Benítez.

Mamá, ¿te acuerdas de la bofetada que te dio tu madre en el Molino Pintado porque el brazo de papá estaba junto al tuyo mientras charlábais en la puerta? Fue el chupinazo de una larga y azarosa carrera, llena de sobresaltos, alegrías y muchas penas, la mayoría de las cuales sólo tú las conoces.

No me cuesta nada pregonar que una mujer maravillosa se merecía un hombre extraordinario. Papá era guapo, fuerte, decidido. Fue más que un galán de cine; lo fue también de la harina y del buen pan y del jabón de olor (como decíamos al

jabón de tocador), hasta el punto de que aún sigue siendo negocio el jabón «Caribe». Y también fue un galán de los derechos humanos, con especial fijación en la vivienda y el movimiento vecinal, en el que se le recuerda con cariño por los muchos «riles» que le echó.

No había teléfono móvil, pero dijiste: «Señor, estos niños están muy constipados porque no tienen pijamas» y por la tarde apareció papá con pijamas para todos. Le habían tocado los ciegos y lo invirtió en pijamas, por eso no hemos heredado, pero tampoco estamos resfriados.

Lo que doña Ángela, la vecina italiana de Torremolinos, no llegó nunca a comprender es cómo soportabas tú a ese hombre que roncaba como un león. Ella no sabía que tú ya te habías enfrentado con una serpiente que cayó del tejadillo del lavadero y con un gato que se había comido los filetes. Te bastaba el palo de la escoba para restablecer el orden en un instante.

Tengo una décima parte del tiempo que va a durar este acto familiar —supongo que no dejaremos hablar a las nueras ni a los yernos— y sólo te pido perdón por todo el sufrimiento que te di por mi mala salud de hierro y las travesuras que me costaron el apodo de «Judillas».

El cielo se ha inventado para ti y para las demás madres, como única forma de reconocer esa entrega que los humanos somos incapaces de recompensar. Que el Señor te conceda ese ciento por uno aquí porque el cielo ya lo tienes ganado. Y que cada latido del corazón nos recuerde ese amor desinteresado que te ha dado tanta belleza. ¡Qué alegría podértelo decir! ■

JUAN MIGUEL, uno de los diez



# La Sofrología: temor al vuelo (IV)

Los acontecimientos del 11 de septiembre en Estados Unidos, encadenados a varios accidentes y sobresaltos aéreos —coincidencia no habitual en un corto espacio de tiempo— ha causado un fuerte impacto emocional, y el miedo a los viajes en avión ha experimentado un considerable aumento.

Para aquellas personas con temor al vuelo y para ofrecerles otras posibilidades de apoyo psicológico, ya en el año 1973, se escribió un artículo, con el título de «Aplicación de Técnicas Sofrónicas en Medicina Aeronáutica», que fue publicado en la revista *Medicina de Madrid*, editada por el Colegio de Médicos y, en fechas posteriores y con un contenido más extenso, en la del Ministerio del Aire, *Aeronáutica y Astronáutica*.

Ambos artículos reflejan algunas experiencias observadas en la asistencia a pasajeros, atendidos en el Servicio de Sanidad del Aeropuerto de Madrid-Barajas, que fueron tratados principalmente de crisis de ansiedad, temor a viajar en avión, determinados procesos dolorosos, etc., en los que se utilizaron técnicas sofrológicas.

Los casos que se relatan al final incluyen solamente una parte de aquellos de cuyos resultados se tuvo conocimiento.

Para llevar a cabo un estudio significativo del fenómeno, una condición indispensable era la de reunir un número de casos adecuado, pero debido a los diversos factores que pueden intervenir, no resulta fácil de conseguir.

La primera dificultad estriba en que el porcentaje de viajeros que solicitan asistencia por temor al vuelo es mínimo; la mayoría de las personas no suelen exteriorizar su ansiedad, a no ser que ésta sea muy intensa.

Otro factor a considerar es el tiempo que se necesita para dar a las personas una explicación sobre el procedimiento a seguir, ya que es obligado solicitar su consentimiento y colaboración. En ocasiones la permanencia en el aeropuerto es muy corta o los horarios de los vuelos van muy ajustados. En aquellos años, al ser el único interesado en estos métodos, su aplicación quedaba supeditada exclusivamente a mi turno de guardia.

Conocer los resultados obtenidos es necesario para sacar conclusiones. Algunas veces se pueden verificar al terminar el proceso de sofronización, como es el caso de su empleo en crisis angustiosas o agitadas, o para conseguir una analgesia local. Pero cuando el objetivo es el de preparar al viajero para realizar un vuelo sin ten-

sión o nerviosismo y calmar su estado de ansiedad, resulta imprescindible que sean los propios interesados los que, al finalizar el viaje, manifiesten sus impresiones y cuáles han sido los resultados.

Para conseguirlo, se solicitó una respuesta a través de postales, cartas o cualquier otro tipo de misiva. De aquellas personas cuya respuesta no se llegó a recibir, queda la duda de no haber alcanzado las expectativas deseadas, por olvido, desinterés, errores en la remisión o razones no previsibles.

Valorar y seleccionar alguna de estas técnicas, considero que puede ser de interés, como procedimiento de utilidad en la aviación comercial. Muchas de las personas que presentan este tipo de problema, si conocieran y tuvieran oportunidad de acceder a métodos no complicados, que no requieren costosas instalaciones ni material sofisticado, sin riesgos ni maniobras molestas o agresivas, y que les alivian de la ansiedad y el temor, optarían por el transporte aéreo como medio rápido y cómodo de viajar.

## ■ Algunos casos como ejemplo

**M. S. M.** (La Coruña). Pasajero de IBERIA (Santiago de Compostela-París). Marcada ansiedad, temor al vuelo. Relajación con resultado positivo. A través de una postal manifestó que, posteriormente, realizó otro vuelo (París-Londres).

**G. S.** (Italia). Vive en España. Pasajero de IBERIA (Madrid-Tenerife). Temor a volar. Es su primer viaje en avión, siempre lo había evitado. En ocasiones ha viajado separado de su esposa, pues ella ha tenido que viajar en avión y él lo ha hecho en otro medio de transporte. Resultado positivo.



En este caso se consiguió el estado sofrónico a través de un intérprete, miembro de Viajes Iberia, previamente asesorado. Presenta contusión de muñeca por caída con probable luxación de primer metacarpiano. El estado sofrónico obtenido es profundo, desapareciendo los signos de dolor. Se abandonan los intentos de reducir la luxación, dada la avanzada edad de la paciente que, además, padece artrosis. Al no existir entonces Rayos X en el Servicio, se considera prudente desistir, por si hubiese fractura. Se decide prepararla convenientemente para realizar el vuelo a Lisboa y proceder allí

**C. E. S.** (Bilbao). Vive en Madrid. Pasajera de AVIACO (Bilbao-Madrid). En el avión presentó un cuadro súbito de contractura muscular de las flexiones de ambas manos (exploración sin nada significativo que reseñar). Crisis neurovegetativa. Relajación (inducción rápida). Cedió la contractura progresivamente.

**J. M. M.** (Cabra. Córdoba). Pasajera de LUFTHANSA, procedente de Alemania. Presenta crisis neurovegetativa con gran componente de nerviosismo y ansiedad y con sensación opresiva a nivel precordial. La exploración no acusa nada de interés. Conseguido el estado sofrónico, remite toda la sintomatología.

**M. I.** (Suecia). Pasajera de IBERIA procedente de Málaga en tránsito a Nigeria por KLM. Crisis de dolor en epigastrio, nerviosismo y agotamiento. Está en tratamiento de una gastritis. Durante unos treinta minutos se mantiene un estado sofrónico, realizando sugerencias positivas, mediante «terpnos logos» apropiado. Se la condiciona para una nueva fase en estado sofrónico con el fin de iniciarla unos veinte minutos antes del vuelo. La propia interesada, aprovechando un viaje de regreso, nos hizo una visita y manifestó que el vuelo fue satisfactorio y sin molestias.



**P. Q. R.** (Colombia). Vive en Barcelona. Pasajera de IBERIA (Tenerife-Bogotá). Algias agudas dentales (caries). Gran nerviosismo. Se realiza sofro-analgésia. Se le dan comprimidos de un antiálgico por si apareciera dolor durante el vuelo (los cambios de presión favorecen el dolor en presencia de caries no tratadas). Nos comunica buenos resultados; el primer comprimido lo tomó llegando a Caracas.

en un centro hospitalario, para no dejarla aislada del grupo y por no revestir riesgos. Posteriormente, supimos por el intérprete, que realizó el vuelo sin dolor y fue enyesada en Lisboa.

**G. O.** (U.S.A.). Vuelo Charter (Palma de Mallorca-Lisboa).

De todos estos casos y del resto de los registrados se ha tenido posterior referencia y ha quedado constancia en el Servicio de Sanidad del Aeropuerto de Barajas, así como de los Auxiliares Sanitarios que colaboraron en los mismos. ■

DR. ENRIQUE CASTILLO ROSELL



### AFA Pozuelo de Alarcón

En 1999, AFAL y la Concejalía de Acción Social del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón pusieron en marcha unos cursos de formación para familiares de enfermos demenciados, que dieron lugar, en septiembre de 2000, al Grupo de Ayuda Mutua «Armonía», impulsado por nuestro conocido y querido psicoterapeuta Carlos Espina.

El 5 de julio de 2001, siempre animados por el «pesado» de Carlos, decidimos crear la AFA de Pozuelo de Alarcón, para hacer llegar a tantos otros cuidadores anónimos la ayuda moral y material que necesitan para llevar a buen fin su responsabilidad familiar para con su enfermo, que es la tónica de todas las AFAs, es decir, CUIDAR AL CUIDADOR.

Hemos encontrado la ayuda del Ayuntamiento, en forma de una sala cedida a título provisional, hasta encontrar un local definitivo, sita en la **Plaza del Padre Vallet**, en el antiguo edificio consistorial, teléfono **91 452 27 24/25, extensión 474**. Hay siete socios voluntarios que prestan guardia informativa de **lunes a viernes, de 11 a 13 horas**.

Sigue reuniéndose el **Grupo de Ayuda Mutua** dos **martes alternos** al mes, de 16,30 a 18,00 horas, y se celebran cursos de formación al cuidador familiar dos **miércoles** al mes, coordinados por Carlos Espina.

Nos estamos tropezando con las que pensamos son las típicas dificultades de una Asociación recién nacida, inexperta, por lo que acudimos a reuniones con otras AFAs, con la esperanza de aprender mucho y rápido. Así que admitimos con agrado cualquier sugerencia o consejo que pueda sernos útil. Desde Pozuelo de Alarcón, ¡saludos, amigos! ■

### AFA Corredor del Henares

En el local de la Asociación, en la Avda. Príncipes de España, 22, 3.º, en este año 2002, se desarrollarán las siguientes actividades:

**Terapia psicológica grupal.** Los últimos miércoles de cada mes, de 16,30 a 18,00 horas.

**Terapia psicológica individual.**

**Taller de Terapia Cognitiva Específica.** Basado en el trabajo conjunto entre enfermo y cuidador, en grupos de 5 ó 6 parejas como máximo.

**Taller de Cestería,** con muy buena acogida, tanto por los enfermos como por sus cuidadores. Como anécdota, diremos que algunos nietos y nietas se acercan al Taller a observar cómo sus abuelos trabajan en esta manualidad. Como resultado del éxito obtenido por este Taller, la Junta Directiva ha decidido incluir más actividades de manualidades, como:

**Talleres de Macramé, Arcilla, Papel Reciclado** y otras que pudieran adaptarse a las condiciones cognitivas y físicas de nuestros enfermos.

#### Atención al Público en el Corredor del Henares:

**Coslada.** Lunes y miércoles, de 10,30 a 12,30 horas y de 18 a 18,30 horas.

Centro Multifuncional Avda. Príncipes de España, 22, 3.º

Teléfono 91 673 24 64

**San Fernando de Henares.** Jueves, de 18 a 20 horas.

OMIC. Pza. de Fernando VI. Teléfono: 91 673 24 64

**Mejorada del Campo.** Primer miércoles de cada mes, de 18 a 20 horas.

Mancomunidad de Servicios Sociales. Pza. de España, 1.

Teléfono 91 673 24 64

**Velilla de San Antonio.** Primer miércoles de cada mes, de 18 a 20 horas.

Casa de la Cultura. Teléfono: 91 673 24 64. ■

### AFA Getafe

El próximo día **8 de abril, a las 17,30 horas**, en primera convocatoria y a las 18 horas en segunda, nuestra Asociación celebrará **Asamblea General Ordinaria de Socios**, en nuestra sede de la calle **Álvaro de Bazán, 12**. Punto importante del Orden del Día es la **elección de nueva Junta Directiva**.

La Junta actual considera que los cargos deben renovarse y se debe dar paso a otros familiares que lleguen con nuevos bríos a esta imprescindible labor de gestión de la Asociación, para que continúe dando servicio al colectivo de las familias afectadas por el Alzheimer en Getafe.

Por ello, os animamos a que os presentéis como candidatos a la Junta Directiva. Todos los socios tenemos la responsabilidad de hacer de nuestra Asociación una Organización mejor. **¡PRESÉNTATE PARA LA JUNTA DIRECTIVA!** Juntos, podemos. ■

# AVISOS

## AYUDAS TÉCNICAS

En nuestro pequeño almacén de ayudas técnicas, AFAL cuenta actualmente con varios cojines y colchones antiescaras y algunas sillas giratorias de bañera. Estos elementos, en régimen de préstamo, están a disposición de aquellos de nuestros socios que tengan necesidad de esta ayuda.

## EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

AFAL ofrece a todos este nuevo servicio, a cargo de nuestros psicólogos. Los interesados pueden consultar tarifa y pedir cita en la sede de la Asociación al teléfono 91 594 14 12, preguntando por **Manuel Nevado**.

## CURSO PARA PROFESIONALES

El 10 de mayo comenzará, organizado por AFAL, el curso de ESPECIALIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS, de 60 horas, que se impartirá en un aula cedida por la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (Campus de Somosaguas). Está dirigido a profesionales de la Psicología, Enfermería, Fisioterapia, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, etc. Los interesados deben llamar a la Asociación al teléfono 91 594 14 12, preguntando por **Manuel Nevado**.

# Agradecimientos

- A la cadena de perfumerías JUTECO, por su donación de productos, que AFAL destinó a un Encuentro con familiares de enfermos.
- A la Escuela de Música JUVENTUDES MUSICALES, de Alcalá de Henares, en la calle Ronda Fiscal, 38 —y más concretamente a su directora, Eva Alonso, y a nuestra voluntaria, Mónica García, que actuó como contacto— por la donación de un órgano electrónico para el Programa de Psicoestimulación a Enfermos de Alzheimer, en el que ha comenzado la intervención con musicoterapia.

Agradecimientos



## AYUDANOS A AYUDAR

Para ser socio/a de AFAL, envíe esta solicitud por correo a:  
ASOCIACION DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER (AFAL-MADRID)  
Fuencarral, 127, 4.º izda. 28010 MADRID



Las aportaciones voluntarias a AFAL las podéis ingresar en la Cuenta de la Asociación CAJA DE MADRID Fernando el Católico, 12 CCC: 2038 1733 11 6800019522

Deseo hacerme socio/a de AFAL con una cuota de  ptas., anuales\*  
Nombre ..... Apellidos .....  
Domicilio ..... Localidad .....  
Año de nacimiento ..... Teléfono ..... 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    Firma: .....

Les agradecería atendieran contra mi cuenta los recibos que presentará la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAL-Madrid), sirviendo esta inscripción como autorización bancaria.

\* Cuota mínima anual 42 euros.

La cuota es desgravable del IRPF

# Alzheimer

La gran importancia  
de los pequeños cambios  
en el **día a día ...**  
en la enfermedad de  
**Alzheimer**



Todo un **mundo** para recordar



Pfizer, S.A.  
Avda. de Europa, 20-B  
Parque Empresarial La Moraleja  
28108 Alcobendas (Madrid)



Eisai Farmacéutica, S.A.  
Avda. Partenón, 4  
28042 Madrid