

VOZ Alzheimer

Asociación Alzheimer Monterrey, A.C.

Diciembre 2014

Año 3 No. 7 Monterrey, N.L.



Querida Familia Alzheimer

Un gusto dirigirme a ustedes en nuestro 7o. Boletín “Voz Alzheimer”
La Asociación esta muy agradecida con Dios Nuestro Señor por habernos permitido trabajar un año mas en esta labor tan hermosa y gratificante como es trabajar en favor del respeto y dignidad del Adulto Mayor, en especial por nuestros enfermos y sus familias que están viviendo esta enfermedad.

Logramos cumplir nuestras metas propuestas para este año y traemos planes muy interesantes para el siguiente y sabemos que solos no podemos, con la Ayuda de Dios todo lo podemos como dice San Pablo. “Todo lo puedo en aquel que me conforta”.

Hemos logrado formar un gran equipo de trabajo donde ponemos nuestros dones y talentos al servicio de los demás, como un equipo en donde nuestra riqueza esta en la diversidad de talentos y en el respeto a diferentes opiniones trabajando todos en favor de los mas necesitados.

Poniendo en practica nuestros valores: empatia, Responsabilidad, Servicio, Profesionalismo, Honorabilidad y Respeto, entre otros.

Sabemos que todos unidos lograremos la diferencia. Gracias por ser parte de nuestros

sueños y metas, gracias por su presencia y apoyo en nuestros eventos, gracias por sus palabras de aliento que nos motivan a seguir adelante trabajando para ustedes.

“Cuando nos preocupamos por nuestras familias y sus necesidades, cuando entendemos sus problemas y esperanzas... cuando sostienen la familia, sus esfuerzos repercuten no solo en beneficio de la Iglesia; también ayudan a la Sociedad entera”.

Al acercanos con ternura “a aquellos que están necesitados de atención llevamos la esperanza y la sonrisa de Dios en las contradicciones del mundo”.

La cruz de Cristo, dijo Francisco, “nos invita a dejarnos contagiar por este amor, nos enseña a mirar siempre a los demás con misericordia y amor, especialmente los que sufren, los que necesitan ayuda”. - Frases del Papa Francisco.

Les deseamos todo el equipo de trabajo que formamos la Asociación Alzheimer de Monterrey una Navidad llena de Paz, Amor y mucha esperanza, encontrando un sentido de trascendencia en cada momento de dolor y de alegría en las oportunidades que nos da la vida día a día.



Ma. Teresa Villarreal de Dillon
PRESIDENTA

La Valoración Neuropsicológica



“La Valoración Neuropsicológica es una herramienta imprescindible que nos permite explorar y obtener una visión global de la integridad del funcionamiento cerebral”

Dra. Iracema Sierra Ayala

Día a día, el diagnóstico de Demencia lo encontramos con mayor frecuencia; Las familias inician un proceso difícil ante los cambios cognitivos y conductuales que presenta su familiar, iniciando así un largo peregrinar por los Servicios de Salud, acudiendo con un sin fin de profesionales de la salud, que marcan la pauta en el proceso de salud-enfermedad, es decir se encuentra sano o muestra alteraciones que no son vejez, iniciando el proceso de diagnóstico, tratamiento, evolución, educación y cuidados al paciente.

La experiencia de la realización de las valoraciones neuropsicológicas ha sido diversa, el proceso diagnóstico que viven las familias en su mayoría es largo, es frecuente encontrar que un alto porcentaje de estas, tienen ya años cuidando a su familiar sin diagnóstico pensando que los cambios cognitivo-conductuales son propios del envejecimiento.

La Valoración Neuropsicológica es un elemento crucial, una herramienta imprescindible que nos permite explorar y obtener una visión global

de la integridad del funcionamiento cerebral, a través de la evaluación de las personas frente a escalas y/o test objetivos y estandarizados.

Dentro de las diferentes indicaciones para la realización de una valoración neuropsicológica están cuando existen síntomas o quejas relacionados con la memoria, la atención, la orientación, el lenguaje, habilidades visuo-espaciales, funciones ejecutivas, o el razonamiento entre otras, así como las que nos permite confirmar un deterioro en áreas específicas en el funcionamiento cerebral; diferenciando las capacidades neuropsicológicas afectadas y preservadas, dando un grado de alteración desde la normalidad, un deterioro cognoscitivo leve o hasta un grado leve, moderado, severo o grave.

“La valoración neuropsicológica, nos ayuda a la correlación clínica, a poder diferenciar el tipo específico de patología, y a su seguimiento”

Por otra parte, cabe mencionar que cuando ya están presentes los síndromes demenciales, la valoración neuropsicológica, nos ayuda a la correlación clínica, a poder diferenciar el tipo específico de patología, y a su seguimiento etc.

Más sin embargo en el camino de la asistencia y la atención al paciente con demencia, este se ve ante un amplio abanico de opiniones. Cada vez existe una mayor necesidad del conocimiento de los profesionales de la salud, acerca de la situación bio-psico-socio familiar de las demencias y su manejo interdisciplinario y transdisciplinario.

¿Es frustrante trabajar con Adultos mayores?

“Conseguir pequeños logros cada día son grandes logros para luchar contra la dependencia del adulto mayor”

Juan Manuel García Zapata
Fisioterapeuta

En la fisioterapia geriátrica puede haber días en los que no logro que algunos pacientes colaboren en la sesión de terapia en otros casos no evolucionan de la manera que se tenía programado.

Sin embargo esto no quiere decir que trabajar con los Adultos mayores sea frustrante. En ocasiones algunos familiares me dicen no se desespera de que no lo obedecen los pacientes o que no se logra una buena atención para que hagan un ejercicio o que le respondan diferente a como usted lo espera.

Les respondo no ni me desespera ni me frustra algunos adultos mayores por su experiencia de vida, por sus enfermedades cognitivas pueden ser intolerantes y poco dispuestos a colaborar en la fisioterapia.

Trabajar en equipo con el geriatra, con la psicóloga, con el nutriólogo, con las enfermeras o cuidadoras y con la familia y juntos hacer una valoración integral detectar cuáles son sus necesidades ¿Qué es lo que les gusta?, ¿Qué es lo que no les gusta? nos permite establecer objetivos re-



alistas y no objetivos muy elevados que no podamos conseguir y es cuando nos podemos sentir desesperados o frustrados.

Que Doña Mary con secuelas de A.V.C. tarde meses en tener control de tronco y ahora pueda pasar más tiempo fuera de cama y más tiempo sentada y pueda pintar un cuadro con su hermana y siga haciendo vida social no es un pequeño logro es un gran logro

Que Doña Queta de más de 90 años con diagnóstico de Alzheimer sufra una caída le coloquen una prótesis de cadera y tras mucho miedo a moverse y a volverse a poner de pie y rechazo a la terapia consiga dar de nuevo unos pasos con un gran trabajo en equipo y con la familia es un gran logro diría hazaña

Conseguir pequeños logros cada día son grandes logros para luchar contra la dependencia del adulto mayor.

Con los Adultos Mayores con deterioro que puede ser no solo físico sino también mental y en algunos casos emocional y social, hay que valorar bien al paciente conocerlo saber sus limitaciones y necesidad tanto del como de la familia. Trabajar en equipo para así juntos lograr mantener una buena calidad de vida tanto para el paciente como a su familia

Me despido de todos los lectores y amigos no sin antes desearles unas felices fiestas y muchas bendiciones.



*Especialidad en psicomotricidad
en el adulto mayor
Acompañamiento terapéutico
Rehabilitación de pacientes geriátricos
Cel. 044 811 075 1687*

Terminología en la Demencia

Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera

Terminología durante el proceso de evaluación y diagnóstico del familiar.

Actividades de la vida diaria

Tareas propias del quehacer de cada día de autocuidado como comer, bañarse, vestirse, alimentarse, asearse, ir al baño etc. Su valoración sirve para determinar el nivel de cuidados que un enfermo necesita.

Actividades instrumentales de la vida cotidiana

Actividades secundarias importantes de la vida cotidiana (diaria). Ejemplos: tomar los medicamentos, hacer llamadas telefónicas, preparar la comida, manejar el dinero, y hacer las compras. Su valoración sirve para determinar el nivel de cuidados que un enfermo necesita.

Capacidad Funcional

Habilidad plena del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en el que se encuentra.

Demencia por la Organización Mundial de la Salud

En la Clasificación Internacional de las enfermedades - Décima Edición (CIE-10, 1992), "como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo,

la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio que repercuten en la actividad cotidiana del enfermo".

Deterioro cognoscitivo Leve

Queja subjetiva de pérdida de memoria por parte del paciente o de un informante válido (familiar o conviviente). Evidencia objetiva de alteración cognitiva, o bien de memoria o bien de otro dominio. Tiene que existir un cambio respecto a niveles previos y que este cambio dure al menos 6 meses. Sin alteración significativa de las actividades de la vida diaria. Se excluyen patologías que pudieran explicar el deterioro en la memoria, como el síndrome confusional agudo, la depresión o el retraso mental.

Demencia Vascular

Es una forma común de demencia que resulta del estrechamiento de las arterias que irrigan el cerebro, que condicionan enfermedad.

Demencia por Parkinson

La demencia asociada a la enfermedad de Parkinson (PDD) es la que aparece en el contexto de una enfermedad de Parkinson típica establecida, y que afecta a más de un dominio cognitivo, principalmente la atención y la función ejecutiva y visuoespacial.

Depresión

Es un conjunto de signos y síntomas caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las

funciones psíquicas, con un espectro de síntomas cognitivos, emocionales, físicos y conductuales.

Enfermedad de parkison

Enfermedad degenerativa cerebral caracterizada por temblor, lentitud de movimientos, rigidez de los músculos, inestabilidad postural, dificultad para articular palabras, pérdida del volumen de voz, marcha lenta y difícil, inexpressión de la cara, dificultad para retener la saliva dentro de la boca, etc. Está causada por una pérdida progresiva de las neuronas de la llamada sustancia negra lo que trae consigo que no se produzca dopamina, un neurotransmisor crucial para realización de movimientos.

Actividades de la vida diaria

Tareas propias del quehacer de cada día, comer, bañarse, vestirse, alimentarse, asearse, ir al baño etc. Su valoración sirve para determinar el nivel de cuidados que un enfermo necesita.

Actividades instrumentales de la vida cotidiana

Actividades secundarias importantes de la vida cotidiana (diaria). Ejemplos: tomar los medicamentos, hacer llamadas telefónicas, preparar la comida, manejar el dinero, y hacer las compras. Su valoración sirve para determinar el nivel de cuidados que un enfermo necesita.

Memoria

Pérdida en la capacidad para adquirir o evocar informaciones recientes, con síntomas que incluyen: repetición de las mismas preguntas o asuntos, olvido de eventos, citas o del lugar en donde ha guardado objetos personales

Funciones ejecutivas

Deterioro de la capacidad de razonamiento, dificultad para realizar tareas complejas con síntomas tales como: mala comprensión de situaciones de riesgo, reducción de la capacidad para manejar finanzas, para tomar decisiones y planificar actividades secuenciales o complejas.

Habilidades visuales - espaciales, con síntomas que incluyen:

Incapacidad para reconocer rostros u objetos comunes, para buscar objetos en el campo visual, dificultad para manejar utensilios, para vestirse, que no pueden ser explicadas por deficiencia visual o motora.

Lenguaje (expresión, comprensión, lectura y escritura), con síntomas que incluyen:

dificultad para encontrar y/o comprender palabras, errores para hablar y escribir, con cambio de palabras o fonemas, que no pueden ser explicados por déficit sensorial o motor.

Personalidad o conducta, con síntomas que incluyen:

Alteraciones del humor (labilidad, fluctuaciones no específicas), agitación, apatía, desinterés, aislamiento social, pérdida de empatía, desinhibición, conductas obsesivas, compulsivas o socialmente inaceptables.

Atrofia cerebral

Pérdida de sustancia cerebral.

Cognición

Es el término utilizado para referirse a distintas capacidades mentales involucradas en el procesamiento y uso de la información: memoria, atención, pensamiento abstracto, resolver problemas, uso del lenguaje y capacidades visuo-espaciales.

Reserva Cognitiva

Es un mecanismo que vincula los niveles educativos bajos con un mayor riesgo de padecer un proceso neurodegenerativo. La reserva, o la habilidad del cerebro para tolerar mejor los efectos de la patología asociada a la demencia, puede ser el resultado de una habilidad innata o de los efectos de las experiencias vividas, tales como la educación o la ocupación laborales la capacidad que posee la persona para afrontar severos daños cerebrales conservando sus capacidades funcionales preservadas, es decir clínicamente libre de signos de deterioro cognitivo.

Neuroplasticidad

Se refiere a la capacidad de adaptación del sistema nervioso central para minimizar los efectos de las lesiones adquiridas o del desarrollo, modificando su propia organización estructural y funcional.

Valoración Neuropsicológica o evaluación neurocognitiva

Es un método diagnóstico que estudia el funcionamiento cerebral y brinda información no provista por otros métodos de estudio, como el electroencefalograma, la tomografía computada o la resonancia magnética. Permite comprender cómo funcionan las diferentes áreas y sistemas del cerebro a través de la medición de sus capacidades cognitivas, mediante tests estandarizados de la función de la memoria, atención, lenguaje, capacidades visuo-espaciales, resolución de problemas y otras propiedades mentales, consiste en ejecutar tareas con lápiz y papel, responder preguntas, ejecutar órdenes, copiar dibujos, etc.

Rehabilitación neuropsicológica

Proceso a través del cual la gente con daño cerebral trabaja junto con profesionales del servicio de salud

para remediar o aliviar los déficits cognitivos que surgen tras una afección neurológica.

Resonancia Cerebral simple

Examen médico no invasivo, que utiliza imanes y ondas de radio potentes para crear imágenes del cerebro y de los tejidos nerviosos circundantes. Es una técnica que permite la visualización de los "cortes" con mayor detalle y precisión.

TAC

Tomografía Axial Computarizada

Es un procedimiento de diagnóstico médico que utiliza rayos X con un sistema informático que procesa las imágenes y que permite obtener imágenes radiográficas en secciones progresivas de la zona del organismo estudiada, y si es necesario, imágenes tridimensionales de los órganos o estructuras orgánicas

SPECT Cerebral

Es un acrónimo de "Single Photon Emission Computed Tomography" (Tomografía de emisión por fotón único): Es una técnica compleja que permite obtener imágenes sobre el funcionamiento de diferentes regiones cerebrales.

Fisioterapia

Tratamiento basado en métodos curativos naturales como el aire, el agua, la luz, etc., o mecánicos, como el masaje, la gimnasia, etc.



*Gerontólogo-Geriatria
Comité Educación A. Alzheimer*

¿Qué mas debemos cuidar?

Para mantener estable la evolución de una demencia y que evolucione lo mas lento posible se ha comentado que es importante mantener bien la presión arterial así como la glucosa o el control de la diabetes o el colesterol, sin embargo existen otros padecimientos que podemos enfrenatar con el paso del tiempo especialmente si estamos en una etapa avanzada de la enfermedad de Alzheimer.

Dr. Amador Macías Osuna



Los padecimientos no tan comentados son: Crisis Convulsivas, Caídas y Osteoporosis, Malnutrición, Fragilidad, Sarcopenia, Problemas Dentales, problemas visuales, del sueño e incontinencia.

CRISIS CONVULSIVAS

Las crisis convulsivas es una alteración breve y no provocada de cualquiera de las siguientes áreas como es el estado de conciencia, o del comportamiento, o de la función motora o incluso de la sensibilidad.

Las crisis no fueron mencionadas en un principio por el mismo Alzheimer, pero constituyen actualmente incluso un criterio diagnostico de la enfermedad.

Se estima que entre el 5% y el 10% de las personas que sufren demencia sufren una crisis durante el curso de su enfermedad y en la medida que avanza la enfermedad es mas probable al tener cambios en el cerebro

y sabemos que es mas frecuente en el Síndrome de Down, (SD con EA 50% tienen crisis convulsiva y SD sin EA solo el 11% tienen crisis).

No tenemos forma de prevenirlas antes de saber que existen y la recomendación es estar pendiente de su aparición, ser consciente de que las crisis son más frecuentes en los pacientes con demencia, por otro lado estar atentos, las crisis pueden aparecer de forma atípica así que cambios súbitos del estado de alerta o movimientos anormales conviene comentarlos con su medico, a veces es difícil diagnosticarlo porque incluso el Electroencefalograma pudiese no ser concluyente.

CAIDAS

La incidencia anual de caídas en aquellos con problemas cognitivos se acerca al 70-80%, doblando a la del resto de la población sin deterioro.

•Las fracturas son hasta 3 veces más frecuentes en personas con demencia.

•La gente con demencia tiende a caerse mas por tener una percepción irreal de sus capacidades motoras, hay disminución de la atención y alteración de las capacidades vision-espacio aunado a ser Impulsivos y no miden las consecuencias.

•Las alteraciones en la marcha son más comunes en Demencia Vascular, Demencia por cuerpos de Lewy y Demencia asociada a Enfermedad de Parkinson.

•Las drogas psicotrópicas (Haloperidol, Olanzapina, Risperidona) se usan de formas más frecuente en las personas con demencias por las alucinaciones que presentan y por tanto condicionan con mas frecuencia trastorno del equilibrio o mareos y por tanto caídas.

•No existen intervenciones efectivas para prevenir las caídas en este grupo.

•Las intervenciones en el cuidado pueden ayudar como son protectores de cadera, tener superficies blandas donde caer (alfombra), mejor

iluminación, uso de zapatos adecuados....

- Las sujeciones o amarres muy probablemente los inquieten mas y empeoren la impulsividad y aumenten el riesgo de las caídas.

Desgraciadamente no existen evidencia que apoye la evaluación sistemática de los pacientes con demencia pueda evitar caídas así que se tiene que insistir en la prevención que seria lo siguiente:

- Revisar los medicamentos que aumenten el riesgo como antidepresivos, presión arterial, medicamentos para dormir.

- Disminuir los fármacos psicotrópicos si es oportuno.

- Evaluar y tratar la hipotensión ortostática (baja de presión arterial a los cambio de posición).

- Tratar las cataratas para tener mejor vision.

- Ejercicios de entrenamiento de fuerza y equilibrio.

- Modificaciones ambientales evitando no tener cosas donde se tropiecen, tener buena iluminación, soportes para la marcha en escaleras, baños y pasillos....

- Alarmas de caídas, tal vez protectores de cadera .

Considerar Vitamina D y suplemento de calcio.

MALNUTRICION Y PERDIDA DE PESO

En pacientes con EA no es raro observar perdidas de peso mayores a 5 kg



durante el curso de la enfermedad.

- Parece ser una disregulación del balance energético con la mayor parte de los pacientes, perdiendo hasta el 10% de peso corporal. (pero algunos ganan hasta el 5% de su peso corporal).

Debemos evitar perdida de masa muscular y de la fuerza lo cual se va dando simplemente por avanzar en edad o por inactividad, cuidar los cambios de posición porque es mucho mas frecuente en ellos las Ulceras por presión en las areas de gluteos y region sacra y con la malnutrición además hay perdida del sistema de defensa e incremento en la frecuencia de infecciones.

RECOMENDACIONES

- Intervenir cuando halla una perdida al 5% del peso en los últimos 3-6 meses.

- La educación de la familia y los cuidadores profesionales es efectiva.

- La nutrición enteral en la demencia muy avanzada es probable que NO sea efectiva, especialmente si tiene trastornos de la deglución.

“Debemos evitar perdida de masa muscular y de la fuerza”

- Estrategias dietéticas deben utilizar suplementos nutricionales tempranos, comidas menos abundantes y mas frecuentes, vigilancia estrecha de laboratorio y comunicación frecuente con el personal medico pueden ser útiles.



Geriatra
Comité Médico Científico A. Alzheimer

Dormir más de 8 horas es factor de riesgo del deterioro cognitivo

ABC / Valencia



La prevalencia del deterioro cognitivo aumenta un 9% por cada año de vida, lo que supone que cada diez años se duplica el riesgo de padecer este tipo de deterioro

Dormir más de 8 horas y menos de 6 y la falta de hábitos de estimulación cognitiva, como la lectura, favorecen la aparición del deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Esta es la principal conclusión del estudio realizado por investigadores de la Universidad CEU Cardenal Herrera y farmacéuticos comunitarios de la Comunidad Valenciana entre 245 personas mayores de 65 años. La investigación ha sido publicada en la Revista de Investigación Clínica.

El deterioro cognitivo, frecuentemente relacionado con la edad, es la manifestación clínica más asociada a las demencias. La prevalencia mundial de la demencia es de 35,6

millones y, dado el progresivo envejecimiento de la población, se prevé alcanzar los 100 millones de casos en 2050, según el World Alzheimer Report. En España, la prevalencia del deterioro cognitivo varía, según regiones y metodologías de estudio, entre el 10,1% y el 26,9% de la población mayor de 65 años.

En este estudio se han detectado síntomas de deterioro cognitivo en un 12% de los casos. En total, han participado voluntariamente en el estudio 245 pacientes mayores de 65 años, cuyo seguimiento se ha realizado desde distintas farmacias comunitarias valencianas, tanto de zonas rurales como urbanas, mediante el uso de un test de cribado realizado

por los farmacéuticos comunitarios, que mantienen un contacto directo con estos pacientes, muchos de ellos con medicación crónica.

“Se prevé alcanzar los 100 millones de casos en 2050, según el World Alzheimer Report”

EDAD Y ESTILO DE VIDA

Según señalan los autores de este estudio, además de los factores genéticos, el deterioro cognitivo está también vinculado a factores de riesgo como la edad, y a otros relacionados con el estilo de vida, como la práctica de ejercicio físico, las horas de sueño o la estimulación intelectual. En el caso de la edad, el estudio ha detectado que la prevalencia del deterioro cognitivo registrada aumenta un 9% por cada año de vida, lo que supone que cada diez años se duplica el riesgo de padecer este tipo de deterioro.

En el caso de la estimulación intelectual a través del hábito de la lectura, el estudio determina que no leer incrementa el riesgo de deterioro cognitivo 3,7 veces y hacerlo de forma esporádica lo incrementa 2,5 veces. Con respecto a las horas de sueño, los investigadores han detectado que dormir menos de 6 horas o más de 8 incrementa el riesgo de deterioro cognitivo 2,6 veces. Tanto el insomnio crónico como la somnolencia durante el día son, por tanto, factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo y la demencia.

¿Cómo ocupar el tiempo de una persona con Alzheimer?

www.personasque.es

La razón: Necesita constantemente un hilo de conexión que le reubique y vuelva a orientar casi constantemente en lo que hace. Por ello, las necesidades de apoyo con estas personas están enfocadas a promover la adherencia a lo que toca hacer cada día. Además, cuanto más estructurado y sistematizado esté el ambiente que les rodea, más fácil será conseguir una buena adaptación.

Nosotros hoy vamos a proponer un plan de vida dirigido a hacer sentir a la persona con alzhéimer no solo válida y autónoma, sino también, en la medida de lo posible, satisfecha y feliz. El objetivo principal es mantener un patrón lo más parecido posible a su estilo de vida hasta antes del diagnóstico de la enfermedad. Se trata de simplificar lo máximo su quehacer diario mediante hábitos y rutinas, a la vez que añadimos algunas pautas de refuerzo para trabajar el deterioro.

Para ayudarte, te proponemos varias líneas de intervención que pueden servirte como guía a la hora de organizar su propio plan de actividades. Además, te ofrecemos las principales claves para llevarlo a cabo de la manera más fácil. Vamos a ello.

5 FORMAS DE MANTENERSE OCUPADO

1. Habilidades de la vida diaria. Hacerles partícipes de las tareas cotidianas del hogar es una forma de potenciar su integración en la familia, así como de estimular la memoria y resto de capacidades cognitivas. Piensa qué le gusta y se le da bien hacer: si siempre ha destacado



en las labores de cocina, es más fácil que quiera ayudar a preparar la comida que a fregar el suelo de la casa. Al mismo tiempo, es imprescindible que mantenga la independencia en su autocuidado (aseo, vestirse, lavarse los dientes, etc.), aunque esto suponga más tiempo y no lo haga del todo bien a la primera.

2. Trabajar la mente. Las tareas de estimulación cognitiva son necesarias para ejercitar las funciones cognitivas básicas, ya que retardan el deterioro propio de la enfermedad. Puedes crear un libro de actividades y planificar un tiempo diario: “hora de los ejercicios”. Es interesante trabajar sobre la base de recuerdos personales significativos (fotografías, postales, música preferida, etc.) que le motivarán y a la vez estimularán su memoria.

3. Mantenerse en forma. El ejercicio físico, además de disminuir el estrés y segregar endorfinas (hormo-

na de la felicidad), mejora la circulación sanguínea y, por tanto, aumenta la irrigación cerebral. Basta con un paseo diario de media hora para mantenerse activo.

4. Tareas que siempre le hayan gustado: Porque refuerzan su autoestima. Aunque las personas con alzhéimer conservan la memoria a largo plazo autobiográfica y esto les permita identificar lo que les gusta, puede que no recuerden cómo llevarlo a cabo. Aun así, seguro que sí pueden hacer algo relacionado. Por ejemplo, a una persona que le apasionara tocar el piano y ahora pueda hacerlo, le gustará escuchar música de piano.

5. Estar con sus personas cercanas. Pasar tiempo con sus amigos, vecinos o resto de familiares y hablar de sus recuerdos crea una red de social de apoyo que le servirá para sentirse aceptado y querido.



2 Septiembre 2014

Se llevó a cabo el Bingo, evento de recaudación de fondos en el Club Alpino Chipinque.

Asistieron 450 personas y contamos con la participación de 40 voluntarios.



20 Septiembre 2014

Misa por los enfermos y sus familias en la Basílica de Guadalupe.

Se contó con la participación de un grupo de Matlachinas y se entregaron ofrendas de manos de algunos enfermos.



22 Septiembre 2014

Conferencia en la U-ERRE a estudiantes de Enfermería en donde Maria Teresa Villarreal participó dando una platica. Asistieron 170 personas entre alumnos y maestros.



4 Septiembre 2014

Participación del Dr. Raúl F. Gutiérrez en el evento "Construyendo la Cultura Gerontológica en México", en donde expuso el tema: ¿Qué es la Gerontología?

Evento realizado por Gericare.



21 Septiembre 2014

Caminata de la Memoria en donde asistieron enfermos, familiares y público en general por EL ALZHEIMER.

Se contó con la participación de 150 personas apoyando esta noble causa.



25 Septiembre 2014

Plática sobre el Alzheimer a grupo de padres de familia de personas con alguna discapacidad, impartida por la Presidenta Maria Teresa Villarreal. Evento organizado por el DIF de Monterrey en el Edificio Cancope. Asistieron 200 personas.



4 Septiembre 2014

"Construyendo la Cultura Gerontológica en México" Evento realizado por Gericare.

Las Instituciones participantes fueron: Lumen, Gericare, Acare, DIF N.L y la Asociación Alzheimer Monterrey.



22 Septiembre 2014

Conferencia en la U-ERRE a estudiantes de Preparatoria con énfasis en Enfermería en donde Maria Teresa Villarreal participó dando una platica. Asistieron 130 alumnos.



Donativo

Se entregaron dos sillas de ruedas durante el Ciclo de Conferencias, una de ellas fue al Asilo Hermosa Provincia.

Se entrego una silla de ruedas durante el Bingo.



Donativo

Pañales y suplemento alimenticio
Colchón anti-llagas



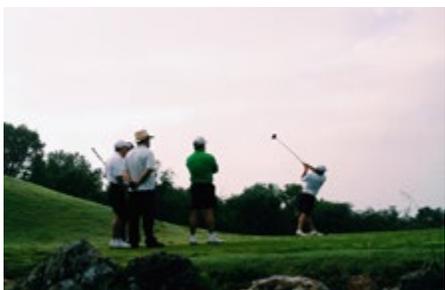
Becas para Asilo

2 personas con demencia



Donativos

Para el Hogar de la Misericordia: 2 sillas de ruedas, un par de muletas, andador y diferentes artículos para el Adulto Mayor.



24 Octubre 2014

Se llevo a cabo en el Club de Golf La Herradura el 4° Torneo de Golf Ex-A-Regio.

CICLO DE CONFERENCIAS

20 Septiembre 2014

La Asociación Alzheimer Monterrey con apoyo del DIF Monterrey cumpliendo con su misión de *educar, informar y concientizar* organizó un ciclo de conferencias dirigido a enfermeras, estudiantes, familiares de personas con demencia, personal de instituciones y público en general.

Se contó con la participación de excelentes conferencistas quienes expusieron interesantes temas relacionados con la enfermedad y todo lo que la rodea. Nos acompañó: La Secretaría de Salud de N.L, Secretaría de Desarrollo Social de N.L (SEDESOL), Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH), Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Monterrey y DIF Nuevo León). Se contó con la asistencia de 600 personas.



Yuri Garza

FRAGMENTOS DE ESPEJOS ROTOS

*Tengo miedo del encuentro
con el pasado que vuelve
a enfrentarse con mi vida.*

*Tengo miedo de las noches
que, pobladas de recuerdos,
encadenan mi soñar.*

*Pero el viajero que huye,
tarde o temprano detiene su andar.*

*Y aunque el olvido que todo lo destruye,
haya matado mi vieja ilusión,
guarda escondida una esperanza humilde,
que es toda la fortuna de mi corazón.*

(Fragmento del tema "Volver")

Recopilación de retales de algunas historias y comentarios.

Fuente: *Diario de un Cuidador*

"Muchas veces cuando estás al cuidado de un ser querido enfermo, sientes que te falta poco para rendirte. Así me siento hoy." S.D.

"Mi madre ha sufrido un cambio brusco en su comportamiento este fin de semana. Es muy duro ver a una madre en tal estado sin tú poder evitarlo ni con todo el amor del mundo." M.G.

"Que difícil es ver que no todas las personas que decían quererla están pendientes de ella y dejen la carga a una sola persona." M.C.
"Estoy en un estado de ánimo en el que no le puedo darle al "me gusta" de tu página, porque entonces leyendo su contenido me vendrían demasiados recuerdos que no me puedo permitir el lujo de que afloren ahora." M.D.

"Cuando mi abuelo ya no sabía quién era yo, ni tan sólo quién era él, me asomaba todas las noches a su cama y al agacharme se me caía un mechón de pelo hacia delante. Él se pasaba tiempo y tiempo y tiempo colocándomelo detrás de la oreja. Por tantos momentos mágicos como ese, no puedo odiar al Alzheimer. Tampoco le puedo querer, se llevó lo que más quería en el mundo." M.R.

"Me siento sola, tan sola, que te escribo porque tienes sentimientos que hoy en día es difícil encontrar." C.A.

"Allí estaba, impecable, sentada al borde de su cama con la mirada perdida entre los saucos que alcanzaba ver a través de la ventana. Llevaba puesto un abrigo gris a tono exacto con su pelo, guantes, bolso y zapatos... para ir a ningún lado." A.L.

"Qué enfermedad más canalla. No por los cuidados, sino por ver el deterioro que le causa, poco a poco, al enfermo. Es la vuelta a la infancia. He cuidado de ella como a mis

hijos cuando eran bebés." M.C.

"Trabajo cuidando a un paciente con Alzheimer. Él es un doctor ya retirado. Hace un mes a su esposa le detectaron cáncer en la boca. Si ya para ella ver a su esposo era muy difícil, ahora que está pasando un cáncer le está resultando incluso más duro convivir con la enfermedad de su marido." C.L.

"Ella me trajo al mundo. Qué menos que yo la cuide ahora." J.L.

"Cuidé a mi padre yo sola y aunque para mí mi padre era lo mejor de mi vida, los 5 años que pasé sin ayuda de nadie fueron para mí un calvario. Fue una escalera que peldaño a peldaño subía sin ver la luz. Cuando él falleció, llegó a mi vida otra persona para cuidar: mi suegra. Fue más duro aun si cabe por su agresividad. No sé como tengo cuerpo, no sé ni cómo he seguido y aun sigo adelante." M.L.

"Ya hace 5 años que se murió mi madre, de Alzheimer claro. Lo viví como hija única, llena de miedo, disimulando sus equivocaciones para que pareciera "normal" y muchos etcéteras. Viví un infierno. Pero la vida me dio tiempo para aprender, para buscar una asociación que me ayudara a entender, para leer, aceptar y adaptarme. Es curioso. Hoy es la primera vez que expreso esto. Resulta difícil sacarlo fuera. Tal vez, porque quien no lo conoce en primera persona no puede entenderlo." I.C.