

VOZ Alzheimer

Asociación Alzheimer Monterrey, A.C.

Noviembre 2015

Año 3 No. 10 Monterrey, N.L.



Querida familia Alzheimer, un gusto dirigirme a ustedes en esta 11va. Edición de nuestro boletín "Voz Alzheimer".

Ya estamos por terminar este año 2015, lleno de retos, proyectos, esfuerzo, mucho trabajo y dedicación, así como alegría de saber que Dios nos invita a participar en su obra a través del cuidado de nuestros enfermos, cuidadores y sus familias. Esto nos llena de gozo al saber que Él nos comparte esta digna misión de servir a nuestros hermanos, lo cual es un privilegio para nosotros.

Como siempre les comparto algunos consejos que me han ayudado mucho a encontrarle un sentido de trascendencia a lo que nos toca vivir en cada etapa de nuestra vida:

Lo más importante no es la experiencia...sino como la vivimos y lo que hacemos con ella.

El sentido de trascendencia... no se inventa, se descubre.

Encuentra cual es la motivación que te hace vivir la vida y encontrarle un sentido de trascendencia.

Goza de tu profesión y de tu trabajo.

El sentido del humor y la risa nos pueden alejar de la constante preocupación.

Da el sí y acepta lo que te toca vivir con amor y alegría.

La fe en Dios nos ayuda a hacer sagrado nuestro trabajo y el esfuerzo que significa realizarlo.

La verdadera alegría está en poner mis dones al servicio de los demás.

Descubrir el verdadero significado de la vida no es un regalo sino un logro.

La vida siempre tiene un significado en todas las circunstancias, de ti depende encontrarlo.

La voluntad y querer hacer las cosas por amor es el principal motivador de la vida.

"Nada ha cambiado excepto mi actitud, por eso todo ha cambiado"

"No es la carga la que nos vence sino la forma en que la llevamos".

"Quien tiene un porque para vivir, encontrará casi siempre el como"

El que ama conoce a la persona amada, como es su interior, no solo el exterior.

El que ama sabe que atrás de esas palabras o actitudes...que no comprende hay un corazón que quiere expresar algo más.

El que ama, confía en Dios a pesar de sus fallas.

El que ama ve a la persona como única.

El que ama da de lo que tiene y al hacerlo embellece al amado.

El que ama cuida y se siente responsable de su cuidado.

El que ama respeta y perdona.

Querido amigo: te deseamos que esta navidad y el próximo año 2016, esté lleno de Dios: que en sus manos... pongamos nuestras preocupaciones y problemas, en su sabiduría... nuestro camino y direcciones y en su infinito amor...nos ofrecemos como ofrenda agradable en unión con Jesús.

Que el Señor los Bendiga hoy y siempre.



Ma. Teresa Villarreal de Dillon
PRESIDENTA

¿A qué familia pertenezco?



La familia es un grupo de dos o más personas, que viven juntos relacionadas por lazos consanguíneos, de matrimonio y/o adopción y que interactúan entre sí.

Si cada cabeza es un mundo, cada familia es un universo.

Por esa razón no es sorprendente que existan tantas clasificaciones de familias.

Una de las formas de clasificar a las familias es usando sus límites, es decir cuándo acaba un integrante de la familia y cuándo empieza el otro y de sus reglas de interacción. Usted, indudablemente, pertenece a uno de los siguientes tipos de familia.

Familias aglutinadas: Si en su familia todos conocen sus más íntimos secretos, si en las visitas al doctor se llevan hasta el perro y cuando le hacen una pregunta a cualquier integrante, cualquier otro puede responder, usted pertenece a una familia aglutinada.

Estas familias suelen enterarse hasta del más mínimo problema de salud y tienden a exagerar en la atención del mismo. Son familias que se apoyan y con las que se puede contar. El punto débil de este tipo de familias es que sus miembros tienen que abandonar un poco o un mucho su autonomía y esto afecta su crecimiento personal.

Las familias aglutinadas que cuentan con un integrante con enfermedad de Alzheimer tienden a sobre involucrarse,

es decir, las funciones de cada familiar no están bien definidas ni son muy específicas, tienden a “meterse en asuntos que no son de su incumbencia” y esto puede generar conflictos entre ellos.

Familias desligadas: Si al contrario de la anterior, en su familia cada persona “vive en su mundo” y a veces ni se enteran que alguno de los miembros tiene un problema, usted se encuentra en una familia desligada.

En este tipo de familias, las personas tienen un alto grado de independencia y autonomía. El punto débil de este tipo de familias es la falta de lealtad y el sentimiento de desolación al encontrarse frente a un problema.

Si en éstas familias se cuenta con una persona que padece Alzheimer, generalmente es sólo un miembro de la familia el que se encarga de cuidar a la persona y quien tiene que cargar con todos los gastos y el resto de la familia no se entera de la mayoría de los problemas a los que se enfrentan el enfermo y el cuidador.

Familias con límites claros: Existen familias que se encuentran en un punto medio entre lo aglutinado y lo desligado.

Son familias en las que se respeta la autonomía individual de sus miembros, pero tienen una relación cercana. Se deja ser a la persona quien es y cuando

existe un problema existe la confianza para comunicarlo a los demás y se recibe apoyo.

Si usted se identifica como parte del último tipo de familia ¡Felicidades! Usted pertenece a una familia con límites claros, una familia clasificada como funcional.

Estas familias cuando se enfrentan a una situación en la que uno de sus integrantes enferma de Alzheimer, los demás se organizan para asumir ciertas responsabilidades, el cuidado de la persona, los gastos, las visitas médicas, etcétera; así la carga se divide y se aligera.

Es importante identificar a qué tipo de familia pertenecemos ya que esto determina las pautas a seguir en caso de la presentación de un problema de salud, predice cuál será la reacción de la familia y más importante aún, nos da la oportunidad de trabajar en estos aspectos para lograr un equilibrio y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Dra. Olga Magdalena Padrón López

Residente de Segundo Año Medicina Familiar Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”



El Edadismo

El proceso de envejecimiento de la población es una realidad que en el mundo supone cambios importantes que traerán como consecuencia cambios a diferentes niveles, como en la estructura demográfica, la economía y las relaciones sociales y familiares, por mencionar algunos. Dicha perspectiva requiere comprender las características, los determinantes y las consecuencias de este cambio demográfico a través del tiempo, con particular referencia a México.

La vejez alude a una realidad multifacética, determinada por la longevidad, que también involucra aspectos fisiológicos, sociales y culturales que son determinantes en el camino de dicho proceso. Son diversos los sinónimos que se utilizan para denominar a las personas de la tercera edad, tales como adulto mayor, anciano, persona de edad, persona de edad avanzada, geronto, decrépito, senescente, viejo, etc. La palabra “viejo” casi siempre tiene connotaciones negativas, relacionándola generalmente con términos tales como discapacidad o de demencia.

Tradicionalmente se ha sostenido que en las sociedades occidentales existe una visión fundamentalmente negativa de la vejez y las personas mayores. La valoración negativa de la vejez conlleva las siguientes connotaciones: físicamente, la persona está disminuida; mentalmente, está deficitaria, es económicamente dependiente, está socialmente aislada y tiene una disminución en su estatus social.

Los temas concernientes a la vejez y el envejecimiento son temas rodeados de mitos y estereotipos a lo largo de la historia de la humanidad. Los estereotipos consisten en un conjunto



de creencias sobre las características de los miembros determinados grupos sociales, las cuales influyen en las actitudes y los comportamientos hacia ellos, existen estereotipos negativos y positivos, la mayor parte son negativos.

El edadismo, viejísimo o ancianismo (Ageism, en inglés) hace referencia a los estereotipos o actitudes prejuiciosas negativas hacia la vejez y cómo éstas se ven reflejadas en problemas de índole psicológico y social. El edadismo ha sido señalado como la tercera gran forma de discriminación de nuestra sociedad, tras el racismo y el sexismo (Butler, 1980; Stallar y otros, 2002). Robert Butler acuñó en 1969 el término “ageism” para referirse al conjunto de actitudes negativas hacia los ancianos, socialmente estereotipadas, de prejuicio y discriminación, mantenidos por la población en detrimento de la vejez, la ancianidad y el proceso de envejecimiento como un ciclo de la vida asociado a enfermedad, padecimientos y soledad, basado en la creencia que el envejecimiento hace a las personas menos atractivas, menos sexuales y menos productivas.

Las imágenes sociales de la vejez pueden entrar en discrepancias, no solamente con la imagen que las personas tienen de sí mismas, sino también con lo que los otros esperan de ellas y con la idea que se hacen de los deseos y capacidades de las personas ancianas. De esta forma, los estereotipos pueden influir negativamente en las actitudes hacia las personas mayores de forma generalizada.

El edadismo genera socialmente una visión unidimensional, que se transmite de generación en generación y que condena a la vejez a un periodo de involución, donde tiene lugar una ruptura de valores y rencor a todo lo que refleja la ancianidad.

Dra. Irasema Sierra Ayala

Psicóloga, Diplomado en Gerontología, Práctica en Estimulación Cognitiva
vargas.l.28@hotmail.com



Prevenir legalmente contra el Alzheimer

A lo largo del tiempo conviviendo con gente cercana a personas afectadas con algún tipo de demencia, es frecuente que se hable sobre los distintos problemas que surgen alrededor de la familia, sin embargo hay uno en particular que siempre destaca durante esas sesiones... el abuso económico de algún familiar a costa del patrimonio del incapaz. El tema no es sencillo de abordar, el encargado del incapaz usualmente debe tener acceso al patrimonio del incapaz para encargarse de las erogaciones por la enfermedad, dígame enfermeras, asilos, alimentos, medicinas, etc. La situación por se suele prestarse al abuso del administrador sobre el patrimonio, quien en muchas ocasiones negligentemente vela por el interés personal, por encima del interés del incapaz a su cargo.

El pasado 05 de diciembre del 2014, los diputados locales adicionaron la figura de la "tutela cautelar" al Código Civil de Nuestro Estado. Dicha figura contempla que cualquier persona en pleno goce de sus facultades pueda designar un tutor que salvaguarde su patrimonio y su persona, en caso que ocurra alguna incapacidad, como lo son las demencias. Lo anterior, abre la posibilidad que una persona en pleno uso y goce de su capacidad se anticipe a una enfermedad incapacitante, designando para ello a una(s) persona(s) de confianza, quien estará obligada a salvaguardar su integridad y dignidad como persona, al encargarse de administrar su patrimonio en caso de incurrir en alguna incapacidad, y financiar su tratamiento médico en las formas y maneras que se haya designado para ello.

El legislador local estableció que para que la designación sea válida, la misma debe realizarse en escritura ante Notario Público y segundo, se



establezca la retribución pecuniaria del tutor. Adicionalmente a lo anterior, debe constar la aceptación expresa al cargo por parte del tutor cautelar.

Acompañando a la designación, el Notario deberá anexar un certificado del médico especialista acorde a la edad y circunstancias del que nombra al tutor, en el cual se conste que el otorgante se encuentra en pleno goce de sus facultades mentales y en plena capacidad de autogobierno.

La escritura por último, deberá establecer expresamente las facultades u obligaciones a las que se sujetará el tutor, siendo indispensable que obre lo relacionado al tratamiento médico y el cuidado de la salud del otorgante, así como establecer la retribución del tutor.

Con esta figura, la legislación local nos otorga una herramienta de protección a la voluntad del individuo para salvaguardar su propia integridad. Así mismo, se pretende erradicar el

constante abuso en el que incurrir los responsables de personas afectadas con condiciones incapacitantes, como lo son los distintos tipos de demencia, entre las cuales se encuentra el Alzheimer. Ante el incremento de casos de Alzheimer y otras demencias a nivel mundial, aunado al desconocimiento médico acerca de sus causas y detonantes, nos vemos obligados a tomar medidas acerca de la posibilidad de contemplar una futura incapacidad, es por ello que el tema económico debe ir íntimamente ligado al de la administración, porque de no existir el segundo, de nada habrá servido el trabajo y esfuerzo de una vida, razón fundamental por lo que debemos prestar especial énfasis en la prevención legal.

Lic. Roberto Córdova Guerra

Licenciado en Derecho
cordova.guerra@gmail.com
01 (81) 1044 8755



Espacios Sociópetos – Sociófugos y Alzheimer

En el artículo del boletín anterior, se presentaron algunos aspectos generales relacionados con la importancia de la SOCIALIZACIÓN en personas con Alzheimer.

En esta ocasión vamos a presentar dos términos que están fuertemente relacionados con dichos espacios. Estos son: espacios sociópetos y espacios sociófugos.

Un espacio sociópeto es aquél, que por sus características y/o servicios-actividades que se ofrecen en el mismo, tiende a juntar a las personas... por otro lado, un espacio sociófugo, es aquel que tiende a mantener a las personas separadas. En las viviendas, centros de día para adultos mayores y estancias geriátricas, hemos observado muchos ejemplos de cada uno de estos espacios.

Estos términos se derivan de la Física. Si recordamos, existen la fuerza centrípeta y la fuerza centrífuga. De manera sencilla, la fuerza centrípeta “tiende a enviarnos hacia el centro” y la fuerza centrífuga “tiende a sacarnos del centro”.

Es así como, estableciendo un paralelismo con las fuerzas de la Física, hace casi 50 años, se acuñaron los términos de espacio sociópeto y espacio sociófugo, cuando el Médico Humphry Osmond (1917-2004), pidió a un joven Psicólogo, Robert Sommer, que analizara ciertos espacios de una sala de Geriátrica donde se reunían personas mayores, estas personas NO interactuaban entre sí. Robert Sommer analizó durante un tiempo dichos espacios y descubrió que había ciertas características espaciales que propiciaban que las personas se reunieran o que estuvieran separados.

Muchos autores en el área de Diseño y Psicología Ambiental, siguieron estos estudios y comenzaron a determinar ciertas características de los espacios que propician que la gente “tienda a juntarse”.

Algunas de esas características, que bien se pueden aplicar a viviendas para adultos mayores, centros de día y estancias geriátricas, son las siguientes:

1.- Espacio centralizado. El espacio principal o algunos espacios importantes, es muy deseable que se localicen en una ubicación “centralizada” de todo el conjunto. Esto facilitará que al circular desde distintos lugares, crucen por este lugar y tienda a “reunir a las personas”.

2.- Espacio claro y que se distinga para la actividad que fue planeado. Un espacio que sea fácil de reconocer e identificar tiene más potencial de ser usado para que las personas adultas mayores se reúnan. Esto es muy importante en las personas con Alzheimer, dado los problemas de desorientación y memoria que padecen. Esta identificación se puede lograr mediante el uso de colores, texturas, iluminación natural, y algún elemento adicional, por ejemplo, alguna fuente, escultura o elemento que tenga propósito (significado) para las personas.

3.- El mobiliario adecuado. La distribución y el diseño del mobiliario en este espacio central y fácilmente identificable, debe propiciar que las personas se reúnan, claro, con flexibilidad en su distribución para que propicie, así mismo, privacidad visual y acústica en caso de requerirse, mesas de dimensiones apropiadas propician una mejor interacción entre las personas adultas mayores.

En el próximo artículo, será importante hablar de un libro muy interesante: “I’m still here” (Aún estoy aquí), de John Zeisel, quien presenta en el mismo, opciones al tratamiento de Alzheimer desde una perspectiva no farmacológica.



Arq. Benjamín Ortiz González

Profesor del ITESM y de la UDEM
Maestría en Arquitectura en Kansas State University
Especialidad en Gerontología
benjam.ortiz@gmail.com



Encontrándole un sentido a la Enfermedad



¿Tiene aún sentido la existencia de un ser humano que se encuentra en condiciones muy precarias, por ser anciano y estar enfermo?

La salud comienza por la mirada que despliega el enfermo sobre sí mismo – aceptación-. Su dignificación. La salud se experimenta en el modo de vivir y de experimentar la enfermedad.

Es el hombre quien debe ser curado y no propiamente la enfermedad. En este caso, curar significa aprender a vivir con el cuerpo limitado y destinado a la muerte, significa también, modificar la mirada sobre la enfermedad que no hace indigno al hombre, sino que lo perfecciona y a los sanos, los acompañantes, les da una experiencia saludable y salvífica.

La salud que Jesús ofrece es no solo a los enfermos, sino a los que físicamente están sanos y a través de los enfermos, habla a los sanos, para que tanto los enfermos físicamente, como los sanos, alcancen la salud plena.

El enfrentar la enfermedad –miedo-, no hace que se pierda la vida, sino al contrario, que la gane y sobre todo, que alcance la verdadera curación del corazón y por consiguiente la transformación física haciendo hincapié en un cambio más profundo, en la sanación del corazón.

¿Quiénes se ven involucrados en el cuidado de los enfermos y ancianos? Los cuidadores.

Mt. 8, 5-13 (El centurión Romano). Buscar la salud personal para curar a los demás.

Lc. 10, 25-37 (El buen Samaritano) Proporcionar con nuestra atención, sanación los demás.

Necesidad del cuidador

Para poder cuidar o acompañar, hay que cuidarse o acompañarse a sí mismo. Esto lo manifiesta San Pablo: “Mírense a sí mismos para que puedan atender a quien se les confía” (Hch 20, 28). Un cuidador no puede descuidarse de sí mismo, porque entonces no alcanzará a entender la realidad y la necesidad de quien cuida o acompaña. Veamos para entender esto, al Centurión Romano, en el Evangelio de San Mateo.

Este hombre tiene en casa a alguien a quien ama y está enfermo, como nosotros podemos tener alguien en casa. Al igual que nosotros, este hombre quiere darle al ser que tanto ama (criado) la salud del cuerpo, quiere que esté bien. Sin embargo no puede hacerlo, por tanto se despierta en él la impotencia, angustia sin faltar la desesperación, como a nosotros nos puede pasar.

Dentro de esta realidad, este hombre se permite verse a sí mismo y se hace consciente de que por más que se esfuerce, no podrá darle a quien tanto ama lo que quiere darle, salud. Sin embargo, no se da cuenta que al mirarse, comienza a obtener lo que tanto desea, salud, pero en lugar de obtenerla para su ser querido, comienza obteniéndola él. Saliendo

de sí mismo, viéndose limitado, necesitado, se libera y puede contemplar más profundamente los recursos y la manifestación divina, e identifica la misma en la persona de Jesús, (aparición distinta a la que él tiene), llega y le expone la realidad, nunca le pide, quítale la enfermedad a mi criado, sino únicamente le dice: “tengo en casa un criado, que está en cama, parálítico y sufre mucho” (Mt. 8,6). Presenta dos realidades, la externa y la interna. La externa; la realidad de su criado e implícitamente, la suya. La impotencia, desesperación y demás emociones.

El cuidador ocupa siempre atención, para poder dar atención, ser escuchado para poder escuchar. Y esta escucha comienza ante la experiencia de la necesidad, como la del Centurión, pero la experiencia de la necesidad, no puede, en primer lugar, ser enfocada al enfermo, sino a mí, que cuido al enfermo, para evitar enfermarme y poder proporcionarle la salud. “Cuando de corazón escuchamos al enfermo, nos llegamos a convertir en medicina, pues damos espacios de confianza y libertad que le permite al enfermo sentirse plenamente comprendido, a que comience a mirarse con amor, para que pueda hacerse responsable de sí mismo, siendo el protagonista de su propia historia y aun en la realidad presente, logre alcanzar la felicidad, la auténtica salud en su vida”. Hablamos por tanto, de una experiencia de amor, de liberación, de reconocimiento de realidades

válidas y al decir válidas, me refiero a todo lo que siente, porque nada de lo que siente es mentira, sino real.

El cuidador necesita reconocerse día a día, para que se dé cuenta de que lo que está haciendo, es lo mejor que puede hacer, que da la vida por quien cuida y que es la mejor medicina que puede proporcionarle a su enfermo, de tal manera que esto le proporcione la paz que tanto necesita y como el Centurión, pueda reconocer en la realidad la manifestación de Dios en cualquier apariencia sintiéndose siempre protegido y lleno de paz.

Hablar de sí mismo, sería una de las pedagogías adecuadas de parte del cuidador, para darse cuenta de su propia realidad. Le ayudaría a no emitir juicios sobre sus actitudes, a valorar su esfuerzo, a darse cuenta de su crecimiento, de que ha obtenido la salud, por consiguiente, puede convertirse en medicina para su enfermo, y ayudarle a este, que como él, consiga la salud que tanto desea, la del alma.

Tratarse con amor, para tratar al enfermo con amor llegando a ser esa imagen solidaria de Dios, que es identificada por el enfermo en su realidad, tal cual la experimentó el Centurión y como él, el enfermo obtenga la paz.

Aunque hablara todas las lenguas de los hombres y de los ángeles, si me falta el amor, sería como bronce que resuena o campana que retiñe. Aunque tuviera el don de profecía y descubriera todos los misterios, el saber más elevado, aunque tuviera tanta fe como para trasladar los montes, si no tengo amor, nada soy. (1Cor 13, 1-2)

No basta con tener todo y tener a todos, porque si no me tengo a mí, aunque tenga todo, no tengo nada. Y para tener el amor es necesario que haya una atención diaria, permanente, una mirada de amor. Esto es: estar atento, no estar ausente de la realidad presente, pues el estar ausente, provoca la enfermedad. Estando presente se da la salud permanente.

Compadecerse de sí mismos. El término ser compasivo o compadecerse de los demás es algo que hoy en día está muy sonado, pero que en la práctica queda muy lejos de lo que debe ser en realidad.

La compasión a veces se aplica únicamente a la expresión de compartir bienes materiales, sin tomar en cuenta lo más importante de lo que es la compasión, el padecer, o estar a plenitud con el que sufre.

Podríamos entender a la compasión como fruto del amor, el cual consiste

en no sólo sentir lástima por el dolor o la pena ajena, sino amar tanto al que padece que se padece con él. Esto es una asociación perfecta de amor, ya que el que se compadece, ha experimentado la necesidad de compasión, es decir, se ha visto y experimentado necesitado, por tal motivo, puede no sólo ayudar externamente al necesitado, sino que puede entenderlo, y por tanto, asociarse con él.

Mencionamos que la compasión es un acto de amor que no nace del exterior. Es un acto que nace de sí mismo, pues al experimentar la necesidad en sí mismo, hace que la persona se mueva para poder lograr lo que tanto necesita para alcanzar su felicidad.

Trascender
Cada persona decide libremente trascender a través de las experiencias vividas.

Durante la enfermedad o cuando el familiar a quien se ha cuidado fallece se tienen dos opciones:
Deprimirse y quedarse enojado por lo que les tocó vivir o darle un sentido a lo aprendido y ponerlo al servicio de quien lo necesite descubriendo la verdadera felicidad.



Dejar huella en la vida es encontrarle un sentido de trascendencia.

Tu, ¿Qué sentido le estas dando a lo que estás viviendo?

Pbro. César Méndez Ayala



El recorrido emocional de un cuidador



El ser humano se ha regido siempre por las emociones. Eso lo sabemos todos. Éstas, son la guía natural y biológicamente innata que cada uno de nosotros llevamos dentro desde que nacemos. Las emociones nos dan carácter y moldean nuestra personalidad. Son esa reacción interna a cualquier estímulo exterior y también interior que nos confiere la sensación de sentirnos vivos, ya sean positivas o negativas. Vivimos en un mundo de emociones y sin ellas, vagaríamos por este como auténticos seres grises inconscientes y robots de carne y hueso.

Los cuidadores de afectados de Alzheimer o de cualquier otra patología que conlleve una relación de dependencia (una enfermedad crónica y/o terminal, dicho de una manera más simple) no son distintos al resto. Es más, el universo de emociones al que están expuestos, el abanico de sentimientos y sensaciones por el que deben transitar durante el recorrido de cuidar es tan amplio, que se podrían escribir cientos de libros al respecto.

Nos sentimos muy poco comprendidos cuando desempeñamos nuestro papel y seguimos haciéndolo, muchas veces, aún y cuando la persona de la que hemos cuidado ya ha fallecido. Parece que sólo estando entre nosotros y aquellos que conocen lo que ser cuidador significa, nos encontramos completamente a gusto. Cuando te sientas con gente que habla tu mismo idioma, aunque su experiencia sea muy distinta a la tuya pero comparte contigo esas mismas emociones, producidas por los agrídulces latigazos recibidos a lo largo del proceso de ocuparse de alguien que uno ama, te ves completamente libre. Puedes expresar lo que llevas dentro. Puedes comunicar lo que guardes en tu cabeza y corazón de aquellos que sabes que no te entenderán. Somos cuidadores. Siempre nos comprenderemos. Y jamás nos juzgaremos.

Amor, compasión, humildad, respeto, rabia, impotencia, dolor, miedo, sorpresa, desesperación, pánico, felicidad, intranquilidad, paciencia, aceptación, negación, duelo, lágrimas,

sonreír, callar, gritar, asfixiarse... son tantas y tantas palabras que significan mucho para nosotros, ¿verdad?

Es importante gestionar cada una de ellas. Es importante buscar gente con quien abrirse y hablar cuando se crea necesario, con un profesional que nos ayude a iluminar esa oscuridad que en muchas ocasiones se cierne sobre nosotros.

Las asociaciones como la Asociación Alzheimer Monterrey y las fundaciones sin fines de lucro dedicadas a los enfermos así como a sus familiares, cuidadores y ex cuidadores, están aquí por y para ustedes. Para prestar la máxima ayuda que sea posible para hacer de su camino y el de aquella persona de la que con tanto amor cuidan, o han cuidado, un poco más liviano y menos solitario.

Pablo A. Barredo, Presidente de la 'Fundación Diario De Un Cuidador' Presidente de 'AFAPAM'
(Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias de Palma de Mallorca)

VII Congreso de Alzheimer Iberoamérica y Alzheimer University en Brasil

Del 15 a 17 de octubre se llevó a cabo en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, el VIII Congreso Iberoamericano de Alzheimer. Un día antes del congreso se realizó la Asamblea General de Alzheimer Iberoamérica y una sesión de Alzheimer University coordinada por Johan Vos, Jane Cziborra y Kate Gordon.

México estuvo representado por el Dr. Raúl Gutiérrez Herrera (Ex Presidente de la FEDMA), Rosa Farrés (Secretaria de la FEDMA), la Dra. Ana Luisa Sosa (del INN "MVS") y su servidora Dra. Adela Hernández. Argentina, Bolivia, Uruguay, España, Costa Rica, El Salvador, Brasil, República Dominicana y Chile también estuvieron presentes.

En la sesión de Alzheimer University, Johan Vos y Kate Gordon informaron sobre la reciente victoria alcanzada como región pues el 1° de octubre de 2015 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que es el organismo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para América, votó unánimemente para adoptar un Plan de Acción Regional sobre Demencia. Esto ayudará a que los gobiernos de nuestro continente tomen acción en demencia a través de iniciativas específicas contenidas en este plan. La adopción de este plan por la OPS apoyará el "llamado a la acción" al que se comprometieron 80 países de la OMS en su Conferencia Ministerial sobre Acción Global en Demencia y pondrá el tema en la agenda de la reunión ejecutiva general de la OMS en enero de 2016. En diciembre próximo tendremos la visita en la Ciudad de México de John Vos quien se reunirá con algunas autoridades de salud de nuestro país para impulsar tanto el plan regional como el de México.

En la sesión de Alzheimer University también hubo oportunidad para que Costa Rica a través del Dr. Norbel Roman y México por voz de esta servidora, presentaran sus respectivos planes nacionales de Alzheimer. Costa Rica ha tenido gran apoyo por parte de su gobierno y han logrado la creación de 10 centros de memoria, seis hospitales denominados "amigables" y la elaboración de planes municipales de demencia que les han permitido declarar a algunas ciudades como "ciudades amigables para la persona con demencia" en las cuales lograron capacitar al 100% de los médicos generales en instrumentos de tamizaje de demencia y crear casas de cuidadores. Además el Dr. Norbel Roman se mostró muy interesado en formalizar un programa de "hermanamiento" México-Costa Rica para apoyarnos mutuamente en la implementación de las acciones de nuestros respectivos planes. Costa Rica organizará el Congreso de Alzheimer Iberoamérica en 2016.

El resto de los países representados hablaron sobre sus avances en el desarrollo de planes, pero fue especialmente interesante escuchar a Jesús Rodrigo Ramos, Director Ejecutivo de la CEAF (Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias), quien narró la experiencia de reestructuración que recientemente vivió esta organización que agrupa a más de 300 asociaciones de Alzheimer en España. Fue particularmente claro con respecto a los objetivos que nuestras organizaciones deben perseguir y a las acciones que debemos establecer como prioridad. En el Congreso pudimos escuchar conferencias sumamente

interesantes por ejemplo la intervención magistral de la Dra. Daisy Acosta quien mostró videos de entrevistas que ella ha hecho a sus pacientes para explorar el grado de conciencia sobre la enfermedad y el impacto que esto ha tenido en ellos. Mientras algunos son capaces de expresar sus emociones al respecto, otros se muestran ajenos a lo que les ocurre. Con relación a esto se presentó una ponencia sobre psicoterapia en personas con demencia y en la misma mesa el Dr. Raúl Gutiérrez Herrera habló de algunas intervenciones psicosociales con familias, haciendo énfasis en el rol que el médico familiar puede cumplir con respecto a la orientación y catarsis del cuidador y su núcleo familiar. Se presentaron datos interesantes sobre la relación entre la hipertensión y el deterioro cognoscitivo, así como entre la diabetes y la demencia, mientras que también se habló del factor protector que constituye la actividad física contra la demencia.

Además estuvieron presentes otras personalidades como el Dr. Aquiles Salas de Venezuela, el Dr. Roberto Ventura de Uruguay, el Dr. Martin Prince de Reino Unido y la Dra. Ana Luisa Sosa. Muy interesante fue escuchar a los Dres. Jerson Laks y Alexandra Kalache de Brasil y al Dr. Fernando Emilio Tarragano de Argentina quienes hablaron de estudios realizados en sus países.

Impactante fue escuchar a Pablo Barredo de la Fundación "Diario de un cuidador" quien cuenta con cientos de miles de seguidores en su blog y página de Facebook. El compartió la experiencia de cuidar día a día a su madre con demencia. Pablo reconoce que hablar de demencia es importante, pero opina que la atención se centra demasiado en los pacientes olvidando a los "otros afectados por la enfermedad", los cuidadores y los ex cuidadores de personas con demencia. Llama la atención sobre la necesidad de escuchar y apoyar también a los ex cuidadores, quienes después de dedicar su vida al cuidado encuentran enormes dificultades para reconstruir su vida y reintegrarse a la sociedad.

El Dr. Raúl Gutiérrez y esta servidora expusimos el plan Alzheimer de nuestro país en una mesa dedicada a planes nacionales, sobre todo porque realmente trabajamos como equipo uniendo esfuerzos para compartir información, opiniones y reflexiones con la audiencia iberoamericana. Hablamos sobre la historia de la creación del plan y su principal resultado hasta el momento, que ha sido el diseño e implementación de un programa de capacitación gratuito para equipos de salud de primer nivel de atención a través del Diplomado en Línea "Alzheimer y Otras Demencias" del que han egresado ya tres generaciones (300 alumnos aproximadamente) y que se ha desarrollado gracias al apoyo del Instituto Nacional de Geriátrica. Países como El Salvador y Venezuela se mostraron especialmente interesados en la estructura y contenido de este diplomado.

*Fue un orgullo
representar a
nuestro país en
tan importante
evento anual
Iberoamericano.*

Dra. Adela Hernández
Presidenta de FEDMA



Actividades de Educación de la Asociación Alzheimer Monterrey 2015

Ciclo de Conferencias

Fecha: 28 Febrero
Duración: 5 Horas.
Objetivo: Llevar información sobre la Enfermedad de la demencia a cuidadores y familiares que permitan cuidar mejor y a la vez cuidarse a sí mismos
Asistencia: 300 personas.



Plática Tecnológico de Monterrey

Fecha: 27 Abril
Duración: 1 Hora.
Objetivo: Sensibilizar y dar a conocer la enfermedad de la demencia
Asistencia: 40 personas.



Grabación de Videos Educativos

Objetivo: Con el fin de llegar a más personas (Personal de salud, cuidadores, familiares y sociedad en general) para educar sobre la enfermedad, sus características, trato digno al enfermo, cuidados dentales, de la piel, etc. y cuidados del cuidador se grabaron 8 videos con especialistas en cada tema.



Taller para Cuidadores

“Atención integral al Enfermo con Demencia”
Fechas: 24 de Feb., 3, 10, 17 y 24 de Mar.
Duración: 10 Horas.
Objetivo: Informar sobre temas específicos en el cuidado de personas con demencia.
Asistencia: 40 personas



Plática Iglesia Nuestra Señora de Lourdes

Fecha: 28 Abril
Duración: 2 Horas.
Objetivo: Sensibilizar, información sobre la enfermedad de la demencia y prevención.
Asistencia: 30 personas.



Plática en DIF de N.L.

Fecha: 17 de julio
Duración: 2 horas
Objetivo: Educar y sensibilizar sobre la enfermedad de Alzheimer a personal operativo adscrito a la Red Estatal de atención a personas con Discapacidad.
Asistencia: 160 personas.



Taller para Cuidadores

“Cuidando al Cuidador”
Fecha: 14 de Marzo
Duración: 5 Horas.
Objetivo: Dar herramientas al cuidador para cuidarse a sí mismo.
Asistencia: 40 personas.



Obra de Teatro

“La Página en Blanco”
Fecha: 30 de Mayo
Duración: 2 funciones de 1:30 hrs c/u
Objetivo: Sensibilizar a la sociedad sobre la enfermedad de la demencia
Asistencia: 300 personas.



Plática DIF Escobedo

Casa del Adulto Mayor
Fecha: 18 de Agosto
Duración: 2 horas
Objetivo: Motivar a los adultos mayores a llevar una vida saludable y prevenir la demencia.
Asistencia: 60 personas.





Actividades de Recaudación de Fondos de la Asociación Alzheimer Monterrey 2015

¡Ellos sienten y tienen derecho a disfrutar la Navidad!



Asociación Alzheimer Monterrey
Ave. Morones Prieto 2805 Pte.
Col. Lomas de San Francisco
Monterrey, N.L.

83 33 67 13 y 83 99 00 86
www.alzheimermonterrey.com
recuerda@alzheimermonterrey.com

Director

Ma. Teresa Villarreal de Dillon

Editor

Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera
Especialista en Medicina Familiar
Gerontólogo-Geriatra
Comité de Educación
Asociación Alzheimer Monterrey
gutierrezrf@hotmail.com

Comité Editorial

Dra. Iracema Sierra Ayala

Colaboradores

Dra. Olga M. Padrón
Lic. Elsa Laura Cantú Ochoa
Jessica Chapa Cantú



¿Conoce o tiene un familiar con Alzheimer?

Puede ser elegible para participar en un estudio

- Tiene 50 años o más
- Tiene diagnóstico de Alzheimer leve o moderada.



Puede participar en un estudio de investigación clínica
Llámenos al (81) 5515-8000

Si su familiar o conocido cumple con estas indicaciones podrá recibir sin costo:
Revisiones médicas por un especialista, estudios de laboratorios,
electrocardiogramas y medicamento del estudio.

Accelerium S. de R.L. de C.V. Modesto Arreola 917 Ote. Col. Centro, C.P. 64000; Monterrey N.L., México



El ejercicio en los adultos mayores

Es importante practicarlo ya que ayuda a mantener o mejorar la condición física, el estado mental y los niveles de presión arterial.

EJERCICIOS RECOMENDADOS: Bailoterapia, caminar-trotar, nadar, andar en bicicleta, aeróbicos, yoga, practicar algún deporte como: fútbol, voleibol, basketbol, béisbol, tenis, etc.

CALENTAMIENTO: Antes de iniciar realice calentamiento por lo menos durante 5 minutos y al terminar estiramientos el mismo tiempo.

LLAME A SU MÉDICO SI PRESENTA ALGUNA MOLESTIA.