

# enmente



CONFEDERACIÓN  
ESPAÑOLA DE  
FAMILIARES DE  
ENFERMOS DE  
ALZHEIMER  
Y OTRAS DEMENCIAS

REVISTA DE LA CONFEDERACIÓN • Marzo 2007

[www.ceafa.org](http://www.ceafa.org) • Número 20

A close-up photograph of a large cluster of small, white, star-shaped flowers with prominent stamens, set against a background of lush green leaves. The flowers are the central focus of the cover.

# Crece mos Juntos



Destacamos:

El servicio telefónico gratuito 900 40 60 80 informa al ciudadano acerca de la ley de dependencia.

## Desarrollan una posible vacuna para el Alzheimer que se administra mediante parches transdérmicos

Investigadores de la Universidad de Florida del Sur (Estados Unidos) han desarrollado un nuevo método de vacunación que evita las inyecciones utilizando parches transdérmicos que elimina de forma eficaz y segura las placas que dañan el cerebro en un modelo experimental de la enfermedad de Alzheimer. Las conclusiones de la investigación se publican en la edición digital de la revista Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS).

Estudios previos sobre una vacuna inyectable para el Alzheimer que fue eficaz y efectiva en modelos animales se suspendieron de forma indefinida cuando el ensayo clínico inicial provocó encefalitis y muerte en un pequeño porcentaje de pacientes.

Los investigadores se dirigieron a la piel como vía de administración de la vacuna en ratones criados para desarrollar una enfermedad que imitaba el Alzheimer y descubrieron que la inmunización transdérmica con beta-amiloide no parecía desencadenar efectos tóxicos asociados a otros métodos de inmunización anteriores.

Las células inmunes especializadas predominantes en la piel, denominadas de langerhans, podrían dirigir la reacción del organismo a la vacuna hacia una respuesta que es beneficiosa en vez de agresiva y finalmente perjudicial, señala Jun Tan, autor principal del estudio.

Los investigadores planean evaluar si la vacuna transdérmica puede detener la pérdida de memoria en los ratones con Alzheimer además de reducir la cantidad de placas. Tan señala que si dichos estudios muestran claros beneficios cognitivos se realizarán ensayos clínicos para evaluar un parche dérmico con beta-amiloide o una crema tópica en pacientes con Alzheimer.

Fuente: Azprensa.com

## La soledad se asocia con un mayor riesgo de desarrollar Alzheimer

En anteriores trabajos se había asociado el aislamiento social con un aumento del riesgo de demencia, "pero se conocían pocos datos de la asociación entre demencia y aislamiento emocional o soledad", ha apuntado Robert Wilson, del Centro Médico de la Universidad Rush, en Chicago, y autor principal del estudio.

El citado grupo ha analizado la asociación entre la soledad y el Alzheimer en 823 individuos con una edad media de 80,7 años. Al comienzo y cada año (hasta un total del cuatro), los participantes se sometieron a evaluaciones que incluían preguntas sobre su estado, la clasificación de demencia y capacidad de memoria o aprendizaje. La soledad se midió en una escala del uno al cinco, en la que la puntuación más elevada se asociaba con una mayor soledad.

### Criterios patológicos

En el primer análisis, la cifra media de soledad era de 2,3. Durante el periodo de estudio, el 76 por ciento de los individuos desarrollaron demencia, que coincidía con criterios de enfermedad de Alzheimer. El riesgo de tener Alzheimer aumentó cerca de un 51 por ciento por cada punto de la escala de soledad, por lo que una persona con una alta puntuación en la escala de soledad (3,2) tenía un riesgo 2,1 veces mayor de desarrollar Alzheimer si se comparaba con un sujeto con baja puntuación (1,4). Aún no se conoce bien la asociación entre demencia y soledad, porque los niveles de aislamiento permanecen relativamente estables en los sujetos que desarrollan demencia. Una de las posibilidades es que la soledad se asocia con falta de habilidades sociales. No obstante, se necesitan más estudios clínico patológicos y radiológicos para conocer más datos sobre esta relación.

Fuente: Redacción Médica

## El saber no sólo no ocupa lugar, sino que además retrasa el Alzheimer

Ejercitar la memoria retrasa el desarrollo de dos lesiones cerebrales típicas de la enfermedad de Alzheimer, según un estudio en ratones que se publicó ayer en el Journal of Neuroscience. El hallazgo confirma varios estudios previos que coinciden en que mantener la mente activa en la vejez puede retrasar la aparición de esta neurodegeneración.

El estudio, coordinado por James McGaugh y Frank La Ferla, profesores de Neurobiología y Conducta en la Universidad de California en Irvine, se realizó en ratones genéticamente modificados para desarrollar Alzheimer y es el primero que demuestra que sesiones de aprendizaje cortas pero frecuentes frenan el proceso por el que la proteína beta-amiloide se acumula formando placas en el cerebro y también detiene la concentración de la proteína tau hiperfosforilada, responsable de la formación de los ovillos, ambas enseñas del Alzheimer.

Para los investigadores, estos hallazgos tienen grandes implicaciones a la hora de entender y tratar el Alzheimer, pues ya se había observado que las personas más cultas tenían menos riesgo de desarrollar la enfermedad. "Las conclusiones sugieren que la estimulación de la mente con actividades como la lectura o los crucigramas puede retrasar o prevenir el Alzheimer en personas de edad avanzada", ha indicado Frank La Ferla, coautor del estudio. En total, se trabajó con centenares de ratones de entre 2 y 18 meses de edad criados para desarrollar las placas y ovillos característicos del Alzheimer. A un primer grupo de animales se les ejercitó la capacidad de aprendizaje al saltarles en un tanque redondo de agua del que no podían salir hasta que encontraran por sí mismos una plataforma seca en la que poder descansar. Estos ratones se entrenaron cuatro veces al día durante una semana a los dos, seis, nueve, doce, quince y dieciocho

meses de edad, siendo evaluados después de cada sesión de sus habilidades de aprendizaje y memoria.

Al resto de los ratones no se les entrenó y se les permitió nadar en el tanque durante una única sesión antes de examinar su cerebro. Los ratones de hasta doce meses de edad que habían aprendido tenían menos placas y ovillos y recordaron la localización de la plataforma de descanso mucho mejor que aquéllos a los que no se les había permitido aprenderlo previamente.

### Menos lesiones

A los doce meses, los ratones que habían aprendido desarrollaron niveles de beta amiloide y tau un 60 por ciento por debajo que los que no habían aprendido; pero a los 15 meses, los ratones que aprendieron se habían deteriorado y eran idénticos física y cognitivamente a los no formados. "Sorprende ver cómo un aprendizaje sutil tiene un efecto tan llamativo en el deterioro cognitivo, pero los efectos no son suficientes como para evitar que la enfermedad aparezca finalmente con toda su intensidad", han comentado.

"Ahora investigaremos si un aprendizaje más frecuente e intensivo proporciona beneficios mayores y más largos".

Fuente: Diario Médico

## Sabía que...

Un científico gallego describe los 200 genes conocidos vinculados al Alzheimer

\*CEAFA no se responsabiliza de las opiniones e informaciones publicadas en este apartado de "Noticias". Se trata de una recopilación de noticias difundidas en otros medios de comunicación.





## Cartas desde...

**Ma Rosa Giner Quinonero**  
Vicepresidenta de CEAFA  
Presidenta del Comité Científico de CEAFA

En el inicio de un nuevo año, la mayoría de nosotros nos proponemos enmendar viejos errores, fijar nuevos objetivos o emprender nuevos proyectos que nos ayuden a mejorar nuestra trayectoria vital.

Desde CEAFA, y a través del Comité Científico queremos también replantearnos una nueva etapa que aparte de mejorar la calidad informativa de nuestra revista En Mente, nos permita obtener nuevos datos y opiniones relacionados con el trabajo o actividad que cada uno de sus miembros desarrolla en su entorno y darle así la efectividad que nuestro Comité merece.

Para el colectivo de familiares de enfermos de Alzheimer es primordial que los profesionales nos asesoren, nos informen, nos aconsejen y expresen su opinión a la hora de evaluar temas polémicos sobre aspectos legales, sociales o económicos, que se pronuncien cada vez que se produzca una noticia científica, que nos mantengan al corriente sobre las nuevas líneas de investigación e incluso, a estas alturas, opinen sobre complejas decisiones políticas que directa o indirectamente nos afectan. Un ejemplo lo tenemos en la Ley de la Dependencia que al ser una ley crucial que repercute en nuestros enfermos por su complejidad y por la polémica interpretación de algunos de sus apartados, requiere un estudio serio y minucioso, que muchas veces a los familiares nos es difícil realizar. Otro ejemplo sería el tema de la investigación acerca de las células madre que por ser una cuestión meramente científica no está al alcance de la mayoría de nosotros.

El exceso de información y la velocidad con que se producen las noticias ocasiona que a veces no valoremos suficientemente un avance científico de vital importancia o simplemente, al revés, que los medios de comunicación nos "vendan" algún producto como la solución idónea a la problemática de nuestros enfermos. Por nuestra parte, como familiares, hemos de ser cautelosos y dejar que los expertos contrasten y verifiquen las novedades que se producen en los distintos campos de la investigación y nos den su opinión objetiva y desinteresada que nos permita informar con la máxima rigurosidad a nuestros socios.

Así pues, a partir de este número de la revista En Mente, pedimos a nuestro Comité Científico que se pronuncie sobre temas que están siendo debatidos en la actualidad y que por su enorme repercusión afecta a todo el colectivo de la numerosa familia Alzheimer. Nosotros se lo agradeceremos enormemente y valoraremos muy positivamente su colaboración desinteresada y su profesionalidad, a la vez que somos conscientes del esfuerzo añadido que ello representa. A todos muchas, muchas gracias.

### Estimados amigos:

Se cumplen apenas tres meses desde la entrada en vigor de la ley de dependencia y considero que todos estamos trabajando con ilusión y empeño para conseguir un sistema de servicios sociales de calidad, garantista y plenamente universal, tal y como recoge la norma. Recordemos que la propia naturaleza del objeto de esta ley requiere un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas, por lo que a partir de ahora la coordinación y cooperación con las comunidades autónomas va a ser un elemento fundamental. Continuemos en esta línea de trabajo, pero siempre en alerta poniendo encima de la mesa propuestas y mejoras que proporcionen y aseguren una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesiten. Llevamos más de 16 años apoyando el esfuerzo de las familias de los enfermos de Alzheimer y durante este 2007 lo vamos a seguir haciendo con más fuerza, si cabe, porque tenemos los instrumentos para conseguir nuestros objetivos. Para ello, apelamos a la unidad del movimiento asociativo; necesitamos apoyarnos en una estructura y en unos cimientos sólidos. Debemos trabajar y colaborar juntos por el interés común que nos mueve a todos; siempre respetando la autonomía y plena capacidad de cada Federación. Desde CEAFA, siempre hemos estado abiertos al diálogo, a la opinión de nuestras Asociaciones miembros y por qué no, a la controversia que han podido producir alguna de nuestras decisiones. Decisiones previamente consultadas y consensuadas por los miembros de la Junta de Gobierno y que han sido tomadas bajo una única premisa: la mejora de la calidad de vida de nuestros enfermos. Objetivo por el que trabajamos día a día desde que iniciamos esta etapa juntos...

*Emilio Marmaneu*  
Presidente de CEAFA

Edición, coordinación y redacción: CEAFA  
C/Pedro Alcatarena nº3, 31014 Pamplona  
Tel.: 902 17 45 17. Fax: 948 26 57 39  
email: alzheimer@cin.es  
web: www.ceafa.org  
D.L.: NA-1.309/2002

### Subvencionado por:



SECRETARIA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES, FAMILIAS Y DISCAPACIDAD





# Primeros pasos de la ley de dependencia

El pasado 22 de enero, se constituyó el Consejo Territorial de la Dependencia. Un nuevo órgano, formado por el Gobierno y las Comunidades Autónomas y que según establece la Ley de Dependencia, deberá acordar en el plazo de tres meses, el desarrollo reglamentario de la ley.



## INTEGRANTES DEL CONSEJO

Cuenta con 12 representantes del Gobierno central, entre ellos, el Ministro Jesús Caldera. Por parte del Ministerio de Trabajo son vocales la Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Amparo Valcarce y subsecretaria, Aurora Domínguez; el Secretario General de Empleo, Antonio González, el Director General de Inclusión Social, Manuel Porras y la Directora General de Familias e Infancia, Amparo Marzal. También representan a Trabajo el Director general de Coordinación de

Políticas Sectoriales sobre Discapacidad, Francisco Alfonso Berlanga; el Director General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ángel Rodríguez y el Director General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, Fidel Ferreras. El Ministerio de Administraciones Públicas está representado por la Responsable de Cooperación Territorial, Ana Isabel Leiba; Economía y Hacienda por el Secretario General de Presupuestos y Gastos, Luis Espadas y Sanidad, por su Secretario General, José Martínez Olmos. Además, en el Consejo hay un representante de cada una de las 17 Comunidades Autónomas y de las ciudades de Ceuta y Melilla.

## VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

Durante la reunión, sus miembros acordaron por unanimidad el baremo estatal mediante el que serán evaluados los ciudadanos para determinar su grado y nivel de dependencia. El baremo es un instrumento fundamental de este nuevo sistema de protección social, ya que determinará qué personas son dependientes y en qué grado, lo que influirá en los servicios y prestaciones a las que tendrán derecho.

Según dispone el baremo, los grandes dependientes tendrán que alcanzar al menos 75 puntos sobre un total de 100 puntos. La dependencia severa se puntuará entre 50 y 74 y la moderada entre los 25 y 49. Esta puntuación se otorga en función de la incapacidad o dificultad para desempeñar ciertas tareas como vestirse, desplazarse, comer y el grado de apoyo que necesita la persona para realizarlas. Además, hay un baremo definido que incluye las especificidades de los diferentes tipos de discapacidad: física, psíquica, intelectual o mental. La máxima puntuación que puede otorgar el equipo de valoración son 100 puntos, divididos en diez actividades que se evaluarán. Las que más puntúan son las relacionadas a la ingesta de alimentos como comer y beber. Le siguen a estas tareas la regulación de la micción/defecación, lavarse, vestirse, otros cuidados corporales, sentarse, tumbarse o ponerse de pie, despla-



Según se desprende de un estudio publicado por la Fundación "BBVA", una persona mayor de 65 años que sufra algún tipo de dependencia debería afrontar un gasto de 10.495 € cada año hasta el final de sus días. Con este dinero se procuraría la atención precisa para arreglárselas en el día a día, sea en forma de ayuda a domicilio, de teleasistencia, de centros de día, o una residencia, aunque en este último caso, el presupuesto sería apreciablemente mayor, aún excluidos los gastos de alojamiento, manutención y atención médica. El estudio hace una proyección para 2010 y estima que 3,5 millones de españoles sufrirán discapacidad, lo que representa el 9,4% de la población. La cifra dobla las previsiones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales que calcula para entonces algo más de 1,5 millones. La Rioja es la comunidad con una menor proporción de discapacitados entre el colectivo de más de 65 años (18,33%), seguida del País Vasco (23,92%).

Murcia (40,4%) y Andalucía (39,4%) son, en cambio, las que tienen mayor prevalencia de discapacitados entre los mayores.

zarse dentro o fuera del hogar y la capacidad de tomar decisiones. Los equipos de valoración podrán realizar esta evaluación en el domicilio del solicitante.





# Entrevista

Amparo Valcarce

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha habilitado un Servicio de Información sobre Dependencia, que a través de una línea telefónica gratuita, responde a todas las cuestiones que se plantean los ciudadanos acerca de este nuevo derecho de protección social. La Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad, Amparo Valcarce, nos habla de la importancia de este nuevo servicio después de tres meses de su puesta en marcha.

• **¿Cuáles son las principales funciones de este servicio?**

El Servicio de Información sobre la Ley de Dependencia, ubicado en el Instituto Nacional de las Tecnologías de la Comunicación (Inteco) de León, ofrece información a los ciudadanos sobre la implantación de este nuevo sistema de protección social en España que garantizará a las personas mayores y a las personas con discapacidad que no se pueden valer por sí mismas el acceso a servicios sociales y prestaciones económicas.

Así, a través del 900 40 60 80, los ciudadanos podrán trasladar todas las dudas que alberguen sobre la puesta en marcha de la ley, los servicios y prestacio-

nes, la valoración o la situación de su expediente.

Hay que tener en cuenta que este servicio se encuentra ahora en una fase previa en la que se ofrece información general de la ley.

• **¿Cuántas personas atienden al ciudadano? ¿Han sido formadas previamente con respecto a La ley de Dependencia?**

En esta fase previa del servicio, hay cerca de 90 personas trabajando en diferentes turnos y recibiendo la formación adecuada para la puesta en marcha definitiva del Sistema de Dependencia, tras la definición del desarrollo reglamentario.

• **¿Cuáles son las preguntas más frecuentes que realizan los usuarios a través de este servicio?**

Hasta el momento, las preguntas más frecuentes se refieren a los servicios y prestaciones que ofrece el Sistema de Dependencia, así como a las características de la valoración. Suelen llamar, sobre todo, posibles beneficiarios y familiares.

• **¿Hasta cuándo va a estar disponible esta línea de información telefónica?**

El Servicio de Información sobre la Ley de Dependencia estará disponible durante el periodo de implantación de la ley.



• **Este servicio pertenece al INTECO ¿qué alberga este centro?**

El Instituto Nacional de las Tecnologías de la Comunicación (Inteco) ubicado en León es el centro de referencia nacional en las nuevas tecnologías y alberga proyectos de diversas empresas relacionadas con esta materia.

Además del Servicio de Información, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales está poniendo en marcha en este centro el sistema informático del Sistema de Dependencia, en colaboración con varias empresas.

• **¿Se van a implantar en las Comunidades Autónomas centros de información similares al del Ministerio?**

Sería deseable. De hecho, me consta

que algunas comunidades autónomas ya están desarrollando servicios similares de atención al ciudadano. Es necesario que los ciudadanos, que las personas mayores y las personas con discapacidad conozcan que ya disfrutan de un nuevo derecho de ciudadanía y que pueden exigirlo a las administraciones.

• **Una vez constituido el Consejo Territorial, ¿cuáles van a ser los siguientes pasos que se van a seguir en la implantación de la ley?**

El Consejo Territorial de la Dependencia (formado por el Gobierno y las Comunidades Autónomas) tiene ahora un plazo máximo de tres meses (hasta finales de abril, aproximadamente) para definir el desarrollo reglamentario de la ley: baremo,

intensidad de servicios y prestaciones, plan para menores de tres años, etc.

En la reunión de finales de enero, el Consejo ya acordó remitir a los órganos consultivos el baremo mediante el que serán evaluados los ciudadanos para determinar su grado y nivel de dependencia y que hace especial hincapié en las personas con enfermedades mentales y discapacidades psíquicas.

• **¿Quiénes integrarán los equipos de valoración de las personas dependientes? ¿Recibirán previamente algún tipo de formación?**

Estarán formados por los profesionales de los servicios sociales de las Comunidades Autónomas (administraciones competentes en la materia y que gestionarán el sistema), que están llevando a cabo los procesos de formación.

• **¿Qué futuro le augura a la Ley de Dependencia?**

La Ley de Dependencia va a representar una auténtica revolución social en España. Vamos a pasar del asistencialismo al ejercicio de un derecho de las personas mayores y las personas con discapacidad que no se pueden valer por sí mismas. Estas personas, las personas con Alzheimer, por ejemplo, ya no recibirán atención "si se puede" o "si hay plazas", sino que las Comunidades Autónomas estarán por fin obligadas legalmente a ofrecerles servicios sociales públicos. Porque es su derecho, un derecho universal. Por tanto, es obvio que habrá un antes y un después en la protección social de nuestro país.



CONFEDERACIÓN  
ESPAÑOLA DE  
FAMILIARES DE  
ENFERMOS DE  
**ALZHEIMER**  
Y OTRAS DEMENCIAS

**Tu que puedes, no te olvides**

**Cta. La Caixa**  
2100 4901 00 2200005407  
**Cta. Caja Madrid**  
2038 4500 29 6000099148  
**Cta. Caja Rural de Navarra**  
3008 0001 16 1378043523



**Tel: 902 17 45 17** [www.ceafa.org/](http://www.ceafa.org/) [alzheimer@cin.es](mailto:alzheimer@cin.es)

La vida es móvil. Móvil es Vodafone.

“Por fin un regalo que no necesita instrucciones.”



**Vodafone Simply.** Llévate el mejor regalo de estas navidades desde 0€.

En estas fiestas con Vodafone Simply te lo ponemos fácil, porque nuestros móviles están diseñados especialmente para hablar y mandar mensajes de forma sencilla. Además, gracias a sus botones de acceso directo podrás ir donde quieras cómoda y rápidamente. Vodafone Simply, un regalo fácil y atractivo para estas Navidades.

Infórmate en el 1444 o en [www.vodafone.es/simply](http://www.vodafone.es/simply)





# La voz del Comité Científico de CEAFA

## “Ya es posible fotografiar las placas de amiloide en vida del enfermo”

Artículo escrito por el Profesor José Manuel Martínez Lage. Coordinador del Comité Científico de CEAFA.

Basta estar atentos a las noticias que se publican al menos cada semana sobre cómo progresa y avanza la investigación sobre la enfermedad de Alzheimer para percatarse que los descubrimientos son constantes en el campo de las causas y mecanismos que originan la enfermedad, su diagnóstico y los nuevos tratamientos que se avecinan.

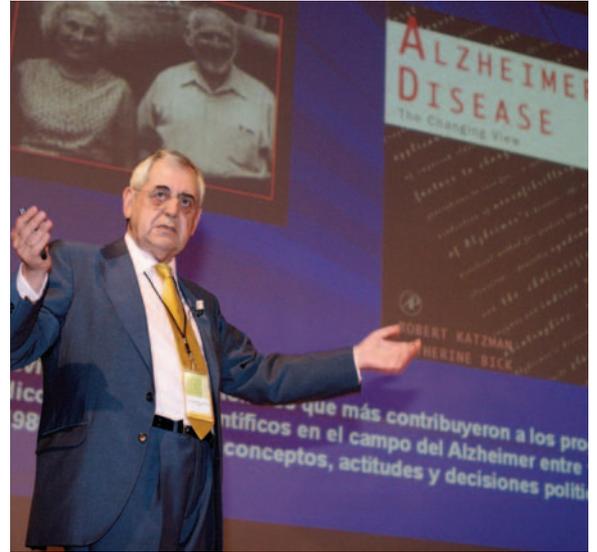
En el terreno del diagnóstico, el último grito científico es la capacidad de visualizar las lesiones propias de la enfermedad (placas amiloides y ovillos neurofibrilares) mediante la técnica de imagen cerebral conocida con las letras PET tras la inyección en vena de un compuesto químico marcado con una sustancia radioactiva que se fija y es retenido por las susodichas lesiones de manera que se pueden hacer como una fotografía y ver cuanta carga lesional hay y en qué partes del cerebro existe.

En este momento existen ya dos tipos de tales compuestos químicos. Uno se llama PIB y fue descubierto en la Universidad de Pittsburg por William Klunk. El otro se llama FDDNP y lo consiguió Jorge Barrio en la Universidad de California.

Ambos están siendo estudiados todavía de manera experimental en distintos hospitales y están dando sus frutos.

### ¿Qué cabe esperar de esta nueva técnica diagnóstica?

1. Asegurar el diagnóstico de manera indiscutible en los casos en los que la sintomatología sea dudosa. Desaparece así la necesidad de recurrir a la autopsia como se predecía hasta ahora en tales casos difíciles.
2. Distinguir bien claramente la enfermedad de Alzheimer de otras demencias con las que puede confundirse algunas veces como la demencia vascular o la demencia frontotemporal.
3. Diferenciar en los pacientes mayores que presentan pérdidas y quejas de memoria si tal manifestación es producto del envejecimiento o de una enfermedad de Alzheimer incipiente.
4. Seleccionar bien los pacientes para ensayar algún tratamiento nuevo dirigido contra la causa del Alzheimer para que la muestra sea



Prof. J. M. Martínez Lage.  
Coordinador del Comité Científico de CEAFA.

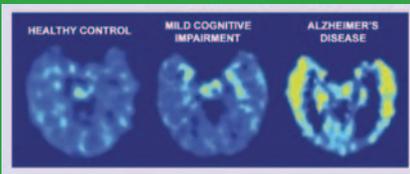
homogénea y pura sin que haya posibilidad de confusión de incluir en la prueba sujetos que en realidad no tienen Alzheimer sino otro proceso.

5. Comprobar si los tratamientos de ese tipo limpian o purgan las lesiones del cerebro enfermo y demostrar así su eficacia.

Por el momento, estas técnicas, caras y complejas, están reservadas a los hospitales de alto nivel pero se trabaja ya en simplificarlas para rebajar su precio y se hagan asequibles en centros intermedios.

No hay que olvidar que actualmente, cuando se suele hacer el diagnóstico, existe ya una pérdida importante de neuronas, alrededor de un 60%, en una porción muy concreta del lóbulo temporal donde comienzan a aparecer las lesiones para extenderse luego a todo ese lóbulo y a la corteza de los lóbulos parietal y frontal. De ahí que sea crucial el diagnóstico superprecoz. Es fácil entender que los nuevos tratamientos, los que van a tratar de hacer más lenta la progresión de la enfermedad, de frenarla o aun de hacerle dar marcha atrás van actuar mejor y con más potencia cuando las lesiones no sean intensas y el daño neuronal sea escaso.

No por disponer de esta nueva técnica de imagen ha disminuido el esfuerzo para conseguir marcadores biológicos diagnósticos de la enfermedad. Se siguen buscando analizando el líquido cefalorraquídeo y la sangre. Probablemente dentro de un par de años el diagnóstico temprano del Alzheimer va a ser sencillo combinando los síntomas con estas pruebas de bioimagen y los análisis. Para entonces se habrá completado también el estudio completo del genoma de esta enfermedad que revelará las dos docenas de genes que confieren predisposición para padecerla.



Se ha inyectado en vena el compuesto FDDNP a tres personas distintas. Luego se les ha hecho la prueba PET. Se presentan tres imágenes de un corte horizontal del cerebro. La persona de la imagen de la izquierda, mentalmente sana, no retiene el marcador, no hay lesiones. La del centro, con quejas de memoria objetivas, ya presenta alguna retención del marcador lo que indica que tiene placas y ovillos en cara interna de ambos lóbulos temporales (color verde). La de la derecha, con síntomas claros de Alzheimer, muestra una gran retención del marcador (color verde y rojo) demostrativa de la abundancia de lesiones de amiloide y tau. Cortesía de la Universidad de California.





# La voz del Comité Científico de CEAFA



Karina García Rico.  
Psicóloga de AFA Castellón.

## La estimulación cognitiva

Artículo escrito por Karina García Rico, Miembro del Comité Científico de CEAFA.

Hoy en día, las demencias como enfermedad y la enfermedad de Alzheimer, en particular se han convertido en un reto a muchos niveles; y, uno de ellos, es el tratamiento como forma de optimizar la calidad de vida de las personas afectadas y, también de sus familias. A pesar, de la ingente investigación farmacológica y de los muchos avances al respecto de la misma, el tratamiento actual sigue siendo sintomático y paliativo, cuyo principal objetivo es ralentizar el proceso de deterioro que conlleva la propia enfermedad, de forma, que consigamos optimizar la capacidad funcional de esta persona durante el máximo tiempo posible.

Por su parte, el llamado tratamiento no farmacológico abarca una gran variedad de técnicas cognitivas, físicas y sociales que busca estimular las capacidades preservadas, de forma que éstas permanezcan durante más tiempo.

Por lo tanto, cuando hablamos de tratamiento para enfermedad de Alzheimer, deberíamos entender de forma automática ambas vertientes, pues nunca son excluyentes, sino que son formas complementarias de abordar un problema con la sensibilidad de conseguir una mayor calidad de vida para el propio enfermo o enferma y para la familia que le cuida.

Realmente cuando hablamos de tratamiento no farmacológico o terapias blandas, ¿qué queremos decir?

En realidad estamos basándonos en las técnicas de estimulación cognitiva para favorecer el mantenimiento de las capacidades preservadas.

### Los fundamentos básicos de la estimulación cognitiva son:

**Neuroplasticidad:** El cerebro es plástico, cuando hay una lesión cerebral, hay partes de ese cerebro que pueden adoptar la función de esa parte lesionada y sustituirla. Esta capacidad es muy elevada en la infancia, disminuye con la edad adulta, y se va perdiendo en la vejez, pero aún tenemos esta capacidad residual. En el demente esta capacidad es muy pequeña, casi nula, por eso cambiamos el término de rehabilitación con el de estimulación para mantener durante el máximo tiempo posible las conexiones todavía preservadas y que suponen el sustento de conexiones todavía preservadas y que suponen el sustento de las capacidades de las que el enfermo dispone que vamos a intentar potenciar para frenar, o más bien, ralentizar el proceso de deterioro.

**Representación redundante:** Los ámbitos o funciones cognitivas no están representados o localizados en una única área o zona del cerebro, sino que son fruto de varias interconexiones entre diferentes formas del mismo, y esto es lo que vamos a potenciar si sabemos la localización de la lesión o la zona más afectada, intentaremos potenciar aquella otra zona más afectada, intentaremos potenciar aquella otra zona del cerebro que pueda realizar la misma función.

**Restitución farmacológica:** Aprovechar el beneficio del fármaco para rentabilizar al máximo nuestra intervención.

Para obtener el máximo beneficio de la estimulación, hay que organizar las diferentes técnicas o estrategias para llevarla a cabo en un plan de estimu-

lación en el que se contemple el nivel de deterioro del enfermo y también las idiosincrasias propias de cada individuo de forma que sea lo más personalizado posible (tenemos que tener en cuenta que las demencias y la enfermedad de Alzheimer supone una importante variabilidad interindividual). Para ello, antes tendremos que realizar una valoración cognitiva y tras ella, podremos elaborar el mapa de capacidades que nos guíara en el establecimiento del plan de estimulación de cada persona.



**Las diferentes técnicas o estrategias con las que contamos para llevar a cabo la estimulación son:**

**Reminiscencia:** Como una forma de reactivar el pasado personal y, de esta forma, mantener su propia identidad; no únicamente se trabaja con experiencias personales o autobiográficas, sino, también

se rememoran hechos generales de la historia común.

**Terapia cognitiva:** Es una intervención terapéutica con fines estimuladores de las capacidades cognitivas tales como memoria, lenguaje, praxias, gnosias, funciones ejecutivas, atención, razonamiento abstracto y cálculo y además, potencia el efecto de los fármacos aplicados en cada caso.

**Orientación a la realidad:** Técnicas que favorezcan su situación temporal, espacial y personal en tiempo real para evitar la confusión y evitar la desconexión del entorno personal.

**Musicoterapia:** Es una técnica de estimulación que usa la música como instrumento principal en el trabajo de habilidades cognitivas y sociales, de forma que ofrece vías alternativas de comunicación y también de expresión corporal, lo cual, beneficia la sociabilidad de la persona enferma.

**Adaptación del entorno (intervención o terapia funcional):** Consiste en la ejecución de actividades cotidianas que favorezcan la autonomía socio-personal del enfermo/a, frente a la pérdida progresiva que este manifestará para desenvolverse en las AVD.

**Terapia de validación:** Es una forma de comunicación que busca la empatía con el enfermo, de forma que no tratemos de contradecir, ni re-orientar, sino, simplemente entender y empatizar con la situación que en ese momento este viviendo sea real o no.

Técnicas de fisioterapia basadas en la movilidad articular global y el establecimiento de parámetros físicos básicos, tales como, el tono muscular, el equilibrio, la marcha y la movilidad.

Hay que destacar que ninguna de estas técnicas es válida si no se ajustan al mapa de capacidades preservadas del individuo. Además de la necesidad de revisión de los planes de estimulación individuales de forma que se ajusten al momento evolutivo de cada persona; de ahí la importancia de las sucesivas re-evaluaciones y del seguimiento de cada uno los planes para optimizar su eficacia en cada enfermo y familia que lo reciba.



# Asociaciones de CEAFA

## AFA ALBACETE



Junta Directiva de AFA Albacete.

La Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de Albacete cerró el año 2006 con diversos actos conmemorativos de su Décimo Aniversario. Allá por el año 1996, la Consejería de Bienestar de la Junta de Castilla-La Mancha organizó un curso de formación para familiares de pacientes afectados por esta terrible enfermedad. Como consecuencia de este curso, surgió la idea de los familiares de constituir una Asociación en la capital manchega. El 27 de noviembre de ese año se constituyó la primera Junta Directiva. La actual Presidenta de AFA Albacete, Aurora Ortiz López, recuerda que “hace 10 años no teníamos nada, sólo nos guiaba la voluntariedad y el deseo de encontrar algún resquicio de luz para ese laberinto en el que nos adentra la enfermedad de Alzheimer”. Aurora añade que “queda mucho por hacer y tenemos que seguir defendiendo nuestros intereses, que son de todos, sin olvidar que junto a los logros alcanzados conviven unas necesidades que sustentan a la Asociación tales como la concienciación, el crecimiento de asociados y la implicación de las familias afectadas”.

A partir de su constitución, se establecieron como objetivos de la Asociación los siguientes:

### Objetivo general:

- Aumentar la calidad de vida del enfermo de Alzheimer y su familia.

### Objetivos específicos:

- Informar y asesorar a los familiares sobre aspectos médicos, sanitarios, legales, ... relacionados con la enfermedad de Alzheimer.
- Ofrecer apoyo psico - social, tanto a los

afectados como a los familiares.

- Representar y defender los intereses de los enfermos y de sus familiares.
- Sensibilizar a la opinión pública y a las instituciones de las necesidades de las familias afectadas.
- Difundir la necesidad de un diagnóstico preciso y diferencial de la enfermedad de Alzheimer.
- Promover la asistencia y atención integral del enfermo.
- Promover la investigación científica sobre este tipo de demencias.

Todos estos objetivos se han plasmado a lo largo de estos años en los siguientes programas que desarrolla nuestra asociación:

### INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

Mediante la divulgación de la enfermedad de Alzheimer, su problemática a nivel social, sanitario y económico a la sociedad en general, con información comprensible, sensibilizando a los medios de comunicación y a los Organismos oficiales para que contemplen a este colectivo dentro de sus programas sociales, se promueve la investigación, formación y participación social.

### SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS (S.E.D.)

Servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece, durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de personas afectadas de la Enfermedad de Alzheimer u otras demencias.

Ofrece programas personalizados de Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Musicoterapia, comida y atención nutricional, cuidados y servicios de higiene, orientación a las familias y deporte.

### ATENCIÓN SOCIAL

Es un programa dirigido a las familias con el fin de favorecer la integración e implicación del usuario/familia en el proceso de intervención en la propia enfermedad, movilizándolo cuantos recursos naturales e institucionales existan y ayudando en la adaptación a la enfermedad.

### ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Dirigido a las familias con el fin de ofrecer apoyo psicológico a los familiares y/o cuidadores principales del enfermo de Alzheimer, como prevenir la aparición de los trastornos que puedan ir asociados a los cuidados del enfermo e intervenir en los trastornos ya instaurados con el fin de impedir que estos desequilibrios psicológicos les conviertan en nuevos enfermos.

### DESCARGA FAMILIAR

Es un programa que ofrece un apoyo domiciliario para ayudar a los cuidadores en sus tareas con el enfermo además de posibilitar espacios de tiempo libre al cuidador para que éste pueda desarrollar actividades sociales.

### TALLERES FORMATIVOS

A través de este programa se mejora el conocimiento teórico y práctico de la enfermedad y sobre cómo va afectando al enfermo y a ellos mismos además de poner al alcance de los cuidadores herramientas útiles para asegurar la mejor atención al enfermo y a sí mismos.

### FISIOTERAPIA A DOMICILIO

Programa destinado a enfermos en fase avanzada, pretende prevenir las complicaciones derivadas de la inmovilización, además de asesorar al familiar/cuidador en el tratamiento postural, manejo y ayudas técnicas para el enfermo y en los cuidados propios (físicos y mentales), para evitar los problemas derivados de la carga tanto física como emocional que supone el cuidado de estos enfermos.

### TERAPIA OCUPACIONAL A DOMICILIO

Destinado a enfermos en una fase muy inicial, que aún no están preparados para el SED o no se han adaptado al mismo, por causas ajenas.

Se trabaja de forma individual, con el objeto de mejorar y/o mantener las funciones mentales que se pierden con la demencia.

En la actualidad AFA Albacete cuenta con un total de 369 socios, pero han sido 632 los que han pasado a lo largo de estos años.

El número de personas atendidas en estos diez años se refleja en el siguiente cuadro:



SERVICIO ESTANCIAS DIURNAS	227 enfermos
DESCARGA FAMILIAR	61 enfermos (desde 2003 al 2006)
FISIOTERAPIA DOMICILIO	84 enfermos
TERAPIA DOMICILIO	25 (año 2005)
APOYO SOCIAL	763 familias
APOYO PSICOLOGICO	355 familiares



AFA Albacete.

## AFA EL CAMPILLO

(HUELVA)

Cuando un grupo de personas se unen por una causa, llevando a cabo un trabajo desinteresado y altruista, es cuando surge una asociación. Este es el inicio de AFA El Campillo, cuando allá por el mes de marzo de 2002 se comienzan a dar los primeros pasos, se aprueban sus estatutos y se elige a la primera Junta Directiva.

Es en el periodo de tiempo que transcurre entre el año 2002 y el presente 2007, donde se observan los logros que se van consiguiendo; el primero y más importante es haber creado la Unidad de Estancia Diurna "Teresa Sousa Prieto" para enfermos de Alzheimer, que se puso en marcha el día 10 de Enero de 2005, y donde son atendidos integralmente 20 usuarios. El segundo y no menos importante es el de contar con un total de 912 socios.

La U.E.D. "Teresa Sousa Prieto" ofrece varios servicios de los que se benefician los usuarios de la Unidad y estos son:

- Información, orientación y asesoramiento, sobre cualquier aspecto de la enfermedad, atendido principalmente por el tra-



bajador social.

- Psicoestimulación, llevada a cabo por la psicóloga y el pedagogo.
- Atención Psicológica individualizada, atendida por la psicóloga.
- Servicio de enfermería, atendida por el enfermero.
- Servicio de fisioterapia, atendido por el fisioterapeuta.
- Servicio de comedor.
- Servicio de transporte.
- Grupos de autoayuda y apoyo emocional.
- Cursos de formación para familiares y profesionales.

Con esta atención especializada que ofrecemos desde la Unidad pretendemos mejorar la calidad de vida de los enfermos de

Alzheimer así como la de sus cuidadores principales y familiares, y hacer todo lo posible para que se siga investigando en la curación de este mal.

Desde AFA El Campillo también se realizan a lo largo del año muchas actividades (bingos, tómbolas, rifas, venta de entradas...) para recaudar fondos con el fin de seguir avanzando en esta senda por la cual caminamos todos.

AFA El Campillo con su labor, voluntad y esfuerzo trata de mejorar en el día a día. Sabemos que es una tarea difícil, pero es una meta que nos hemos fijado. Es el reto que nos proponemos, es un avance constante. Desde aquí queremos dar todo el CARÍÑO, INFORMACIÓN Y AYUDA necesaria para todo aquel que la necesite.

Queremos ser esa luz en la oscuridad, queremos ser esa esperanza que reluce en los momentos difíciles, queremos ser educación, sensibilización, conocimiento para que todo marche un poco mejor, queremos ser las personas que estén cerca de ti cuando las cosas se complican, QUEREMOS SER ESA AYUDA QUE NECESITAS. GRACIAS POR CONFIAR EN NOSOTROS.

AFA El Campillo

11



AFA El Campillo



# La opinión de los expertos

## Fármacos y conducta

Hace unas semanas la hija de una enferma de Alzheimer me gritaba al teléfono: ¡Doctor no puedo más! Las medicinas no le hacen nada a mi madre, llevo tres días sin dormir y me va a dar algo!!!

Y es que esta cuidadora convivía con su madre con severas alteraciones de conducta y no había tenido suerte tras llamar a muchas puertas: su neuróloga del seguro, las urgencias del hospital, su médico de cabecera, un médico homeópata conocido ...

Este es un ejemplo de mi quehacer diario como geriatra, el tratamiento de las demencias con sus complicaciones más frecuentes y más estresantes para los cuidadores: las alteraciones del comportamiento. Aquí es donde se forja la paciencia de médico y cuidador ya que los trastornos de conducta asociados a la demencia son manifestaciones graves y que producen gran disrupción en la convivencia, además de ser un factor de mal pronóstico en la evolución de la enfermedad.

Con los adelantos de la medicina moderna y con esta nueva fe de la población general en ella (alimentada por series de televisión que muestran una medicina pelicular y efectista) es "políticamente incorrecto" afirmar que los fármacos orientados a paliar estos síntomas conductuales, a veces, no son eficaces o lo son de forma muy discreta. Además, y esto es muy importante, muchas veces el objetivo del tratamiento no va a ser erradicar a toda costa todos los síntomas sino reducirlos hasta límites más "tolerables" para el paciente y los cuidadores.

Con respecto a esta confianza ciega en el poder de los medicamentos, a la que hacía referencia anteriormente, debo apuntar que algunos estudios con psicofármacos demuestran algo sorprendente: cuando comparas a dos grupos de pacientes con trastornos de conducta y a un grupo lo tratas con un antipsicótico y a la otra muestra le das un placebo, la diferencia de resultados sólo es del 50%. Es decir, sólo la mitad de los pacientes responden minimizando los síntomas o acortando el tiempo en que se padece el trastorno conductual.

Por lo tanto existe una susceptibilidad personal a la respuesta a los fármacos que es impredecible y que hace que un individuo mejore mucho, poco o nada cuando se le administra un medicamento de este tipo.

También hay que tener en cuenta que existen trastornos psicológicos-conductuales que son más resistentes que otros a los tratamientos farmacológicos. Este es caso de los trastornos de tipo psicomotor: vagabundeo, seguimiento del cuidador, verbalizaciones disruptivas, etc.

Además de estos dos factores sobre los que no se puede actuar (la idiosincrasia del individuo y el tipo de trastorno), vamos a repasar otros factores sobre los que sí podemos influir para mejorar los resultados de nuestros tratamientos sobre la esfera conductual y psicológica.

1º Intervenir sobre los factores ambientales.

Pueden existir causas en el entorno del paciente que puedan perpetuar la agitación o los delirios. Por ejemplo ambientes ruidosos, programas de televisión violentos, compartir cama con el cónyuge, etc.

2º Detectar enfermedades físicas que pueden estar provocando las alteraciones de comportamiento.

El dolor a cualquier nivel puede ser expresado por el paciente con gritos compulsivos o con alteración del sueño.

3º Utilizar el fármaco adecuado.

Aunque puede sorprender, es frecuente la utilización de sedantes para tratar la depresión, o ansiolíticos para los delirios o antipsicóticos para el insomnio. Es fundamental elegir bien qué síntoma es prioritario y comenzar con el fármaco de primera elección para esa manifestación en concreto.

4º Revisar todos los medicamentos que toma el paciente para detectar principios activos que interfieren con los efectos de los psicofármacos (teofilinas, IMAOs, etc.) y así evitar interacciones peligrosas o que llevan al fracaso del tratamiento.

5º No actuar con prisa ni precipitación.

A veces tenemos demasiada urgencia en calmar síntomas que son muy molestos y por lo tanto iniciamos el tratamiento con dosis altas o las subimos rápidamente o comenzamos con más de una sustancia a la vez.

Con estas actitudes podemos obtener pésimos resultados y aumentar las complicaciones por los efectos secundarios que suelen aparecer. Por lo tanto no debemos olvidar los conocidos axiomas "primero, no dañar" y "comenzar bajo e ir despacio"

6º Agotar las posibilidades terapéuticas de segundo o tercer escalón.

Cuando los fármacos de primera elección son poco eficaces, se pueden asociar otros menos utilizados como alternativa o en combinación con los primeros. Es el caso de los antiepilépticos (carbamacepina, gabapentina, topiramato, etc.) o la demostrada eficacia de los anticolinesterásicos o memantina en la disminución de la agresividad y la agitación.

De todo lo anterior se desprende que la valoración integral del paciente en el momento en que aparecen las alteraciones del comportamiento es determinante en las posibilidades de éxito terapéutico o de un estrepitoso fracaso de los fármacos. Así mismo, hay que desconfiar de los tratamientos exprés y de las prisas en estas patologías tan complicadas. Debemos saber (tanto profesionales como cuidadores) que es necesario un seguimiento estrecho en las primeras semanas e incluso una disponibilidad telefónica para dar confianza, información y tranquilidad.

En ocasiones hay que darse cuenta que hemos tocado "techo" con los fármacos y que debemos buscar soluciones fuera de ellos: derivación a centros especializados, rotación de cuidadores, etc.

En estos casos es bueno saber que las alteraciones de conducta cursan en brotes con un principio y un final (con o sin fármacos) y que no duran ni aparecen en todas las fases de la enfermedad.

Por último reseñar que este campo está insuficientemente estudiado (hay muchos estudios de antipsicóticos en esquizofrenia pero pocos en ancianos con demencia) y que por el momento, las posibilidades de tratamiento son muchas pero con eficacias modestas y no exentas de efectos secundarios y que por lo tanto debe sopesarse juiciosamente su uso con esperanza realista en todo momento.

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



No dejemos  
que la enfermedad  
de Alzheimer  
nos quite nuestros  
recuerdos.

En Lundbeck seguimos  
investigando  
para conseguirlo.



Ganador del Premio GALIEN Nacional 2004  
al MEJOR MEDICAMENTO





# Noticias de las Asociaciones



## CALENDARIO BENÉFICO DE AFA CANTABRIA

Con el objetivo de sensibilizar y difundir el conocimiento de la enfermedad de Alzheimer, AFA Cantabria ha elaborado

para este 2007 un calendario para difundirlo entre sus socios y la sociedad cántabra. Para el calendario, cuyas fotografías han sido realizadas por Pedro Palazuelos, han posado rostros famosos como el del matrimonio formado por Carmen Martínez Bordiú y José Campos y el popular presentador y humorista Félix Álvarez "Felisuco", entre otros. El calendario de AFAC ha contado, además, con la colaboración del Ayuntamiento de Santander y el Gobierno de Cantabria. Su precio es de 5 € y los beneficios se destinarán a la mejora de programas de atención para los afectados por la enfermedad de Alzheimer.

Además, AFA Cantabria ha iniciado este año con buen pie. Y es que el pasado mes de enero le fue otorgado el sello de bronce EFQM por su labor de mejora y calidad en la gestión. Enhorabuena desde CEAFA.

## RECONOCIMIENTO PARA AFA LANZAROTE

La Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de Lanzarote despidió 2006 con un reconocimiento a la gran labor continuada y altruista que desde 1995 viene realizando a favor de las personas enfermas, así como con sus familiares y cuidadores. Con este galardón, otorgado por el Gobierno de Canarias, se pretende homenajear la trayectoria que AFA Lanzarote lleva desarrollando durante los últimos 16 años.

## CALENDARIO DE ACTIVIDADES 2007 DE AFA TORREVIEJA

Desde hace varios años, Rotary Club Torrevieja, viene colaborando con la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Torrevieja. En consonancia con ello, un nuevo ciclo de actividades se ha iniciado en este año y ésta vez, el objetivo primordial que se ha marcado es la consecución del equipamiento completo del nuevo local de AFA Torrevieja. La materialización de este empeño va a permitir a los enfermos de Alzheimer y sus familiares recibir un tratamiento y atención dignos, de la misma manera que sus cuidadores y terapeutas podrán desempeñar sus funciones en unas instalaciones adecuadas, con los materiales necesarios para ello. Para alcanzar este logro, AFA Torrevieja ha puesto en funcionamiento junto a Rotary un programa de acción que se va a concretar en la realización de actos de diversa índole, encaminados a difundir, mediante ruedas de prensa, conferencias, etc., la problemática de la enfermedad de Alzheimer y su incidencia en la sociedad, y todo lo anterior, con la pretensión de sensibilización de la opinión pública acerca de la necesidad de su apoyo económico, lo que hará inevitable la dotación de las nuevas instalaciones de la Asociación con el máximo y más eficaz equipamiento terapéutico.



## EL CENTRO DE DÍA DE ALZHEIMER EN LA RIOJA AMPLÍA SUS PLAZAS Y ATENDERÁ A 55 ENFERMOS

El pasado 9 de enero, el Presidente del Ejecutivo riojano, Pedro Sanz, inauguró las nuevas instalaciones del Centro de Día, sito en la C/ San José de Calasanz, 3, de la capital riojana. La ampliación del centro se ha materializado con la construcción de una entreplanta sin tocar la estructura exterior del edificio. Es un edificio sin barreras arquitectónicas, con espacios bien iluminados, ventilados y con una ubicación dentro de la ciudad bastante accesible. La infraestructura cuenta en la planta baja con 11 estancias distribuidas de la siguiente manera: sala de psicomotricidad, taller ocupacional, comedor, sala de gimnasia, almacén, dos salas de usos múltiples, biblioteca, cuatro despachos (psicóloga, enfermera y geriatra, trabajadora social y la sede de la asociación) y sala destinada para fisioterapia y rehabilitación. Además, se ha instalado un ascensor para facilitar el acceso a la entreplanta así como para evitar cualquier tipo de barreras arquitectónicas. La entreplanta se distribuye de la siguiente forma: comedor con cocina, sala de terapia ocupacional, sala de estar, peluquería, ducha geriátrica y baños adaptados.



Hay dotación de botiquín y materiales psicoeducativos para las actividades. Además el centro de día cuenta con personal especializado: enfermera, terapeuta ocupacional, psicóloga, trabajadora social, directora y geriatra o neurólogo que viene de forma voluntaria así como un médico de medicina general. Asimismo colaboran con la Asociación en otras tareas como la de información y orientación, apoyo psicológico individual a familiares de enfermos, visita domiciliaria de la enfermera a los domicilios que lo solicitan (labor asistencial y educación sanitaria) y visita médica a todos los socios que lo demanden. La ampliación ha permitido reducir las listas de espera y en ella, la Administración riojana ha invertido 535.102 €

## NUEVO CENTRO DE ALZHEIMER PARA AFAL TOMELLOSO

El pasado día 7 de febrero la Asociación de Alzheimer de Tomelloso (Ciudad Real) inauguró su centro de día "San Rafael". El acto, presidido por el Consejero de Bienestar Social de la Junta de Castilla la Mancha, D. Tomás Mañas, y al que también asistieron el Alcalde de Tomelloso, D. Carlos Cotillas, junto a otras autoridades e invitados, se celebró en un ambiente distendido y de gran alegría para la Asociación, que ve así culminado su gran proyecto de atención a personas con este tipo de demencia.

El Presidente de la Asociación, Pedro Padilla agradeció la colaboración de todas las

Administraciones implicadas de una u otra forma en la atención a los mayores y discapacitados, resaltó la importancia que tienen las asociaciones de este tipo en particular y de atención sociosanitaria en general como impulsores de la ayuda a quienes más lo necesitan, y solicitó que en la medida de lo posible las autoridades simplifiquen la burocracia que tienen que soportar día tras día estas entidades para poder financiar sus proyectos. Por su parte, el Consejero de Bienestar Social agradeció el esfuerzo que llevan a cabo asociaciones como AFAL Tomelloso y mostró su disposición a continuar su labor en beneficio de quienes lo necesitan y de apoyo a estas entidades privadas. El centro de día, que tiene una capacidad para 40 usuarios directos, atiende actualmente a 13, dispone de las últimas novedades en la atención a este tipo de enfermos, contando en su



Trabajadores de AFAL Tomelloso.

edificio de 500 metros cuadrados con salas de terapia, fisioterapia, cocina, una zona ajardinada de casi 1.000 metros, sala de curas, comedor y zona administrativa, además de disponer de transporte adaptado. En él no sólo se desarrollan las actividades propias con los enfermos, sino que también se realizan cursos, talleres, grupos de autoayuda, etc...



**PROSUCAL**®

EL EXCLUSIVO DISEÑO DE PROSUCAL ESTÁ PENSADO PARA CUBRIR TRES NECESIDADES BÁSICAS: PROTEGER, SUJETAR Y CALENTAR

# ? Buzón de dudas económicas y fiscales

El Economista y Asesor Fiscal de CEAFA, D. Marcos González, responde, a través de esta nueva sección, a las dudas y cuestiones relacionadas con aspectos económicos y fiscales que planteen las diferentes Asociaciones Miembros de CEAFA. Las preguntas deberán ser enviadas por e-mail a la siguiente dirección: [comunicación.ceafo@telefonica.net](mailto:comunicación.ceafo@telefonica.net).



Marcos González  
Economista  
Asesor Fiscal

## Arrendamiento o subarrendamiento de inmuebles urbanos

Consulta

La sede de nuestra asociación está ubicada en un local en planta baja que pertenece a una comunidad de vecinos y por el cual pagamos una cantidad económica mensual en concepto de alquiler. Como entidad sin ánimo de lucro tenemos reconocido el derecho a disfrutar de la exención a los efectos de lo dispuesto en el artículo 20.uno 12º de la Ley 37/1992 de 28 de diciembre y respecto de las operaciones cuyo devengo se produzca a partir de la fecha en la cual presentamos la solicitud.

La pregunta es: ¿Tenemos obligación de hacer los pagos correspondientes a las retenciones por arrendamiento de inmuebles urbanos? (modelo 115).

### Respuesta

Se trata de una asociación sin ánimo de lucro <Arrendatario> de un local, a una comunidad de propietarios <Arrendador> que obtiene rendimientos procedentes del arrendamiento de inmuebles urbanos.

Los rendimientos obtenidos, en este caso por la comunidad de propietarios, están sometidos a retención o ingreso a cuenta en la normativa fiscal del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas – IRPF – y el Impuesto sobre Sociedades – IS.

En la información facilitada, menciona la asociación estar exenta –artículo 20.uno 12 de la Ley 37/92-. La exención se refiere al Impuesto

sobre el Valor Añadido y, en concreto a las prestaciones de servicios y las entregas de bienes accesorias a las mismas efectuadas directamente a sus miembros por organismos o entidades legalmente reconocidos que no tengan finalidad lucrativa...

Esta exención no exime de la obligación de practicar retención o entrega a cuenta por los rendimientos procedentes del arrendamiento de inmuebles urbanos.

Las Leyes del IRPF e IS y sus respectivos reglamentos ordenan practicar la oportuna retención sobre las rentas sujetas a cada uno de ambos impuestos. Así, se someten a la obligatoria retención o ingreso a cuenta, por lo que se refiere al IRPF y al IS: los rendimientos, cualquiera que sea su calificación, procedentes del arrendamiento o subarrendamiento de inmuebles urbanos.

No obstante, existen algunas excepciones por las que estas rentas no estarían sometidas a la obligación de retener, entre otras, cuando las rentas satisfechas por el arrendatario a un mismo arrendador no superen los 900 euros anuales.

En consecuencia, la asociación es sujeto obligado a retener o ingresar a cuenta por las rentas que satisface a la comunidad de propietarios, con ocasión del contrato de arrendamiento.

## Ventajas fiscales

Consulta

¿Qué ventajas y desventajas fiscales tendría la creación de una Fundación y de una Sociedad Limitada?.

Respuesta

En principio, se trata de dos formas societarias que presentan rasgos diferentes entre sí, nor-

malmente la característica principal que las diferencia reside en que la sociedad mercantil persigue el lucro y la fundación se constituye sin ánimo de lucro. No obstante, también hay autores que cuestionan la esencialidad del ánimo de lucro en el contrato de sociedad, ya que en la práctica existen sociedades con finalidades no lucrativas (dedicadas a fines culturales, deportivos, etc).

Partiremos de una exposición somera de la distinción de la sociedad con otras figuras asociativas:

- Sociedad. En primer lugar, se trata de un contrato, por el cual dos o más personas se comprometen a poner en común bienes o industria, para obtener lucro.

Se trata de un contrato de colaboración caracterizado por el fin perseguido (ánimo de lucro) y por la creación de una organización (la sociedad como institución) con personalidad jurídica propia.

El contrato de sociedad tiene por objeto las aportaciones de los contratantes, que son el medio para la consecución del fin común que la sociedad persigue: el desarrollo de una actividad económica y la obtención de un beneficio.

Existen diferentes tipos de sociedades mercantiles, en cuanto a la Sociedad de Responsabilidad Limitada, ésta se regula por la L 2/1998.

- Asociación. La sociedad es una especie encuadrada en el género de la asociación. Ésta consiste en la unión de dos o más personas con el ánimo de conseguir un fin o realizar una actividad no necesariamente lucrativa. Así la principal

### Oficinas Centrales

Glorieta de Rubén Darío, 4  
28010 Madrid

Tel.: 902 28 04 80 / 91 700 76 00

Fax: 902 44 11 33 / 91 308 61 03

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

### Delegaciones

Alicante - Barcelona - Madrid - Sevilla - Zaragoza

50 años de experiencia

60 profesionales

Red de corresponsales en todo el mundo

Representación ante la OEPM, OAMI Y OMPI

Agente Registrador Oficial del ESNIC

Marcas - Nombres Comerciales - Marca Comunitaria - Patentes - Modelos de Utilidad - Diseños Industriales y Comunitarios - Consultoría - Propiedad Intelectual - Dominios de Internet - Protección de Datos  
Auditoría Web - Asesoría Jurídica

P O N S

PATENTES  
Y MARCAS



nota que distingue a la sociedad frente a la asociación es la finalidad normalmente lucrativa de la primera.

La asociación se regula, con carácter general, por la LO 1/2002.

- **Fundación.** Es una organización constituida sin ánimo de lucro, pero con un fondo patrimonial, afectado a la realización de fines de interés general. La fundación puede constituirse por una o varias personas físicas o jurídicas y, desde su inscripción, tiene personalidad jurídica propia. Las principales diferencias con la sociedad son la falta de ánimo de lucro y su origen no necesariamente contractual.

El régimen sustantivo de las fundaciones se regula por la L 50/2002 y su desarrollo en el RD 1337/2005.

Respecto de la pregunta en cuanto a ventajas fiscales de una u otra forma societaria, todo va a depender de la finalidad u objetivos que persigan los promotores, por lo que apuntaremos el régimen fiscal de ambas entidades:

- Las sociedades mercantiles tributan en el Impuesto sobre Sociedades RDL 4/2004 (texto refundido).

- El régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo se regula en la L 49/2002 (afecta este régimen a las fundaciones y asociaciones declaradas de utilidad pública).

### Justificación de los donativos, donaciones y aportaciones deducibles

#### Consulta

Somos una asociación declarada de utilidad pública desde 3 de noviembre de 2006, y no sabemos si debemos emitir los certificados para la renta a los socios para que se desgraven en la renta del

2006 o ya es para la de 2007(A). Otra duda es si las cuotas de los talleres y SAD también desgravan (B) y si ya podemos realizarlos para el 2006 (A), también, donde podemos encontrar una plantilla de certificado para la renta (C).

#### Respuesta

A. Aplicación del régimen especial. La aplicación del régimen fiscal especial de la Ley 49/2002, no es automático, es voluntario, de tal manera que pueden aplicarlo las entidades que cumplan los requisitos exigidos en dicha Ley (art. 3), opten por él y comuniquen la opción a la Administración Tributaria a través de la correspondiente declaración censal (modelo 036). Una vez ejercitada la opción, el régimen especial se aplica al periodo impositivo que finalice con posterioridad a la fecha de la presentación de la declaración censal en que se contenga la opción y a los sucesivos, siempre que se cumplan los requisitos exigidos a estas entidades (L 49/2002 art. 3; RD 1270/2003 art. 3 y 5), y mientras no se renuncie a su aplicación (RD 1270/2003 art. 1.2 y 1.3).

Luego, la aplicación del régimen fiscal será desde el momento de la presentación de la declaración censal.

B. Cuotas de talleres y SAD. De la exposición no se deduce con exactitud el concepto y la forma en que se producen este tipo de lo que ustedes denominan “cuotas de talleres y SAD”, por lo que, citaremos a continuación las donaciones beneficiarias que se consideran deducibles en este régimen: Los donativos, donaciones y aportaciones realizados por personas o sociedades a favor de las entidades beneficiarias del mecenazgo, dan derecho a una deducción en la cuota íntegra de su imposición personal, siempre que consistan en:

- Donativos y donaciones dinerarias, de bienes o de derechos.
- Cuotas de afiliación a asociaciones que no se correspondan con el derecho a percibir una prestación presente o futura.

• ...

C. Justificación de los donativos, donaciones y aportaciones deducibles. Para tener derecho a las deducciones correspondientes por las donaciones efectuadas, tanto en el IRPF como en el IS, se debe acreditar la efectividad de la donación efectuada, mediante certificación expedida por la entidad beneficiaria en la que, se haga constar lo siguiente:

- NIF y datos de identificación personal del donante y de la entidad donataria.
- Mención expresa de que la entidad donataria es una entidad incluida entre las beneficiarias a que se refiere la L 49/2002 art. 16.
- Fecha e importe del donativo cuando éste sea dinerario.
- Documento público u otro documento auténtico que acredite la entrega del bien donado cuando no se trate de donativos en dinero.
- Destino que la entidad donataria dará al objeto donado en el cumplimiento de su finalidad específica o su objeto social.
- Mención expresa del carácter irrevocable de la donación.

La entidad beneficiaria debe remitir a la Administración Tributaria una declaración informativa sobre las certificaciones emitidas de los donativos, donaciones y aportaciones deducibles percibidos durante cada año natural. La presentación de esta declaración informativa se formaliza en el modelo 182 y se realiza en el mes de enero de cada año, en relación con los donativos percibidos en el año inmediatamente anterior.



## Mejoras en los canales de información de CEAFA



CEAFA es consciente de la importancia del uso de diferentes canales de comunicación para transmitir la razón de ser de una entidad como la nuestra, que integra ya a más de 229 asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer de nuestro país. Por ello, uno de los retos que nos hemos propuesto para este 2007 es el de potenciar y fortalecer los mecanismos de transmisión de información a las entidades integradas en la Confederación y el de sensibilizar a la sociedad sobre la problemática de la enfermedad de Alzheimer, así como del trabajo que día a día realizan las AFAs. Como primer paso, hemos ampliado la paginación de nuestra Revista “En Mente” (de 16 a 20 páginas) en la que intentaremos aumentar y consolidar la presencia de nuestras AFAs cuya información quedará recogida en la nueva sección “Asociaciones de CEAFA” y en “Noticias de las Asociaciones”, apartado con el que ya contaba la publicación trimestral. (os recordamos que para conseguir nuestro objetivo final debemos contar con vuestra participación). Además, “En Mente” va a recoger la experiencia y opinión de los Miembros del Comité Científico de CEAFA, expertos de gran prestigio profesio-

nal pondrán encima de la mesa sus propios conocimientos sobre los últimos avances de la investigación en la enfermedad de Alzheimer. Por último, el Economista y Asesor Fiscal de CEAFA, Marcos González protagoniza una nueva sección “Buzón de dudas económicas y fiscales” en la que dará respuesta a todas aquellas cuestiones que le planteen las Afas relativas a asuntos económicos y fiscales. Como segundo paso en el proceso de renovación y mejora de los canales de información, hemos realizado una mejora en la portada de nuestra página web ([www.ceafo.org](http://www.ceafo.org)), con el objetivo de ofrecer una página operativa y de fácil acceso para nuestros visitantes. Se trata de crear un marco de comunicación entre las distintas personas afectadas por el Alzheimer, una comunidad virtual, unida por un objetivo común: conocer, compartir e informar acerca del Alzheimer y otras demencias. Perseguimos que la página web se convierta a corto plazo en una herramienta útil de comunicación para nuestras Asociaciones y que, gracias a vuestras sugerencias y aportaciones, sea un punto de encuentro para todos.

Éstos han sido los primeros pasos de transformación y mejora de diseño, formato y contenidos que hemos acometido en nuestros soportes informativos; cambios que tendrán su continuidad a lo largo de este 2007. Deseosos de compartir estos nuevos proyectos con todos nosotros, esperamos que sean de vuestro interés y agrado.

# ENCUENTRO CON... ANTONIO DOMÍNGUEZ

Presidente de  
AFAF desde 1996  
hasta 1999



## ¿Qué idea le impulsó a formar parte de una Asociación de Enfermos de Alzheimer?

No fue una idea mía la que me impulsó a participar en una Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer, sino la necesidad de conocer qué era esta enfermedad y la forma en la que tenía que cuidar a mi madre, diagnosticada de Alzheimer en el año 1987, tiempo en el que casi nada se conocía de esta enfermedad a nivel general.

Mi primer contacto con la realidad Alzheimer fue a través de D. Vicente Madoz, conocidísimo psiquiatra, cuando menos en la sociedad navarra, y excelente persona a la que siempre estaré agradecido, primero por haber hecho posible a través de los medios de comunicación de Navarra que una serie de personas acudiésemos a una conferencia dada por él en el año 1989 para hablar de la enfermedad de Alzheimer y después por haber estado siempre dispuesto a colaborar con la asociación cada vez que se lo pedíamos.

De esta conferencia y viendo la necesidad de colaborar unidas las familias, salimos nueve personas con la idea de fundar una asociación lo cual se llevó a cabo en enero de 1990. Así nació AFAN (Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Navarra).

Desde entonces se ha recorrido un largo camino del cual he participado tanto como Presidente de la asociación hasta el año 2000 y luego como vocal, puesto en el que continuó en la actualidad, y también como Presidente de la entonces Federación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer (luego CEAFA) en la que continué como vocal hasta junio del pasado año 2006. Aunque sea pretencioso, quisiera creer que en estos años he puesto mi granito de arena a favor

de los familiares de enfermos de Alzheimer, idea con la que empecé allá por el año 1989.

## ¿Cuáles son los cambios más significativos que se han producido en CEAFA desde su creación?

No cabe ninguna duda que el cambio más espectacular ha sido su expansión por todo el territorio nacional, pues de 5 asociaciones en el año 1991 hemos pasado a más de 200 en la actualidad.

Haciendo un poco de historia tenemos que ver que allá por el año 1991 nos reunimos en Pamplona las asociaciones de Madrid y Barcelona que eran las que componían la Federación Nacional de Familiares de Enfermos de Alzheimer y las de Salamanca, Vizcaya y Navarra, las cuales nos unimos a la Federación y comenzó una andadura que a la vista está que ha sido productiva.

En los comienzos, la presidencia era rotatoria y pasó de Madrid a Barcelona luego a Navarra y más tarde a Vizcaya con la dificultad de que cada 3 años había que trasladar toda la documentación de ciudad en ciudad y que las cuestiones administrativas las tenía que realizar cada vez una persona diferente partiendo de cero y estando la Federación en constante expansión puesto que continuamente se sumaban más y más asociaciones, hasta que se vio que esto era inviable y se decidió apostar por una oficina técnica estable que sin lugar a dudas ha dado sus frutos.

Tampoco tenemos que perder de vista a las personas que desde la Junta Directiva, desde las propias asociaciones y secretaria técnica han dirigido y dirigen CEAFA y que debido a la experiencia adquirida en el mundo Alzheimer, la "calidad" de CEAFA ha mejorado en todos los aspectos (relación con autoridades locales y nacionales, con asociaciones nacionales de neurólogos, psiquiatras, etc... con instituciones como la Fundación Reina Sofía, con laboratorios farmacéuticos, participando en ADI, Alzheimer Europa, Asociaciones Iberoamericanas, y haber conseguido llevar adelante la organización del primer y segundo congreso nacional con muy buena nota) y debido a todo ello el prestigio y la opinión de CEAFA es tenida en cuenta.

## Desde su punto de vista, ¿existe en la actualidad concienciación social de la dimensión que ha alcanzado la enfermedad de Alzheimer?

Desde luego, la conciencia social que existe es debido al empeño de las asociaciones

de dar a conocer la enfermedad de Alzheimer a la sociedad desde el primer momento y por esto, creo, que hoy en día hablar de la enfermedad de Alzheimer en cualquier foro, incluso a nivel coloquial, es poner encima de la mesa uno de los grandes problemas a los que se tiene que enfrentar la sociedad y que aún no se ha abordado con firmeza por las autoridades, no así por todas y cada una de las personas que participan en las asociaciones que ven el problema en primera persona.

Las familias que viven en sus carnes la necesidad de cuidar de sus enfermos no tienen el respaldo adecuado que debieran, ni en temas de salud ni de bienestar y desde luego si la recién estrenada Ley de la Dependencia no cubre las necesidades básicas de nuestros familiares y enfermos, habrá que tomar otras decisiones y que se vea realmente cuántos somos.

Siempre hemos sido moderados a la hora de hacer valer nuestras necesidades ante las autoridades a nivel nacional y desde luego no debemos dejarnos llevar por lo que en algunas ocasiones nos dicta el corazón, pero no cabe duda que tal vez tengamos que empezar a mover el árbol.

## ¿Cuáles son los retos que debemos afrontar en un futuro?

Tenemos que pensar que nuestro fin es de ayudar al familiar-cuidador para que el enfermo y el cuidador tengan el mejor bienestar posible. En este sentido, las asociaciones tienen que seguir insistiendo en la ayuda domiciliaria, ayuda psicológica, talleres de aprendizaje del manejo del enfermo, etc ... siempre dirigido al familiar cuidador. Controlar que los centros de día tanto institucionales como privados den la atención adecuada al enfermo y por último y muy importante hacer las gestiones oportunas para participar en la investigación (ensayos clínicos, donación de cerebros, etc ...) de acuerdo y de la mano de los investigadores.

## ¿Qué vinculación mantiene hoy en día con el movimiento asociativo?

Actualmente soy vocal de la Junta Directiva de AFAN, aunque dicho sea que en estos últimos meses y debido a mi trabajo no soy todo lo colaborador que sería necesario.



# Noticias de CEAFA



## INAUGURACIÓN DEL CENTRO DE ALZHEIMER DE LA FUNDACIÓN REINA SOFÍA

El pasado 8 de marzo, los Reyes inauguran el Centro "Alzheimer" que la Fundación Reina Sofía ha construido en Madrid. CEAFA, entidad que ha colaborado con la Fundación como base de apoyo y orientación sobre el Alzheimer, estuvo presente en el acto representada por su Presidente, D. Emilio Marmaneu Moliner y Vicepresidenta, D<sup>ña</sup> M<sup>ª</sup> Rosa Giner Quiñonero.

El centro, pionero en el tratamiento e investigación del Alzheimer en nuestro país, ocupa una parcela de 18.500 metros cuadrados que el Ayuntamiento de Madrid cedió a la Fundación en el PAU de Vallecas, sobre los cuales, se ha construido un conjunto de edificios en el que enfermos e investigadores comparten más de 12.700 metros cuadrados.

Nueve módulos o unidades de convivencia, con habitaciones dobles e individuales dotadas con la más sofisticada tecnología, albergan una residencia en régimen de internado para 156 enfermos. En otro edificio anexo estará un centro ambulatorio para 40 enfermos.

El Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas será el responsable de la investigación, el otro gran pilar del complejo sociosanitario. Un comité científico propondrá las líneas y programas de investigación, abordándose esta patología desde el punto de vista social y médico. La Comunidad de Madrid se encargará del mantenimiento del centro. La obra, presupuestada inicialmente en 18 millones de euros, ha contado con el apoyo de empresas e instituciones públicas y privadas.

## PROYECTO DE HERMANAMIENTO DE CEAFA

En la última reunión de Alzheimer Iberoamérica, que se celebró el pasado verano en la ciudad mexicana de Monterrey, CEAFA presentó un innovador Proyecto de Hermanamiento entre sus Federaciones Miembros y las Asociaciones Nacionales de Enfermos de Alzheimer de Iberoamérica. Más tarde, dado el interés mostrado por algunas Afas en participar en este proyecto, se decidió su incorporación al mismo. La iniciativa, que ha contado con una buena aceptación y acogida por ambas partes, se pondrá en marcha en el mes de abril y tiene como finalidad fortalecer la estructura organizativa de las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer de los países iberoamericanos. La propuesta permitirá el crecimiento y la focalización de soluciones de las mismas.

# Poesía

## LA SOMBRA DE LO QUE FUI

A mi abuela Carmen

De ti depende que viva y muera con dignidad, sólo tú vas a ser testigo de la descomposición de mi ser. Ahora soy consciente de que el mundo se desmorona sin remedio, pero nadie es culpable del destino que me corresponde por herencia. La enfermedad que se enreda en mi cerebro va a deshacer cada uno de mis recuerdos. No puedo pedirte que permanezcas a mi lado mientras se desvanece mi identidad, mientras voy olvidando a quien tanto amo. Te estoy dando la oportunidad de huir, para que no te enfrentes al momento en el que ya no pueda ni recordar tu nombre. Sálvame de un diagnóstico atroz que sumirá nuestro amor en sombras.

Tal vez, de vez en cuando, logre recuperar instantes de nuestra historia, turbios reflejos de lo que significó mi vida junto a ti, como risas esparcidas por los pasillos simulando ecos lejanos. En instantes de lucidez mencionaré tu nombre al azar, la última llamada a la cordura será recordar tu mirada entre las sombras, vagos intentos que te sumirán en la más profunda tristeza.

El tiempo pasará y yo seguiré respirando, sólo respirando. Seré testigo de nuevos amaneceres en los que ya no encontraré consuelo. Mis pasos divagarán como mis pensamientos, de un lado para otro sin una meta para alcanzar, sin un sueño que perseguir. Mi mirada se perderá tras un telón de indiferencia, todo significará lo mismo. Mi cuerpo se convertirá en mi prisión, seré esclava del instinto de supervivencia y paso a paso caeré en el abismo del delirio, sin ser consciente de que esa que me mira es la Muerte.

Sólo a ti puedo confesarte que siento miedo del mañana, yo, que he visto cómo esta cruel enfermedad se alimentaba de la esencia de personas a las que un día amé, que vi pasar el tiempo en sus ojos imperturbables, que fui testigo de la lenta descomposición de sus recuerdos y de cómo sus labios olvidaban mi nombre para siempre.

Por todo ello, no quiero que tus pasos me persigan por este laberinto sin retorno. Quiero que huyas, porque te amo tanto que la sola idea de imaginarte llorando por los rincones derramando la última lágrima de esperanza me rompe el alma.

Huye y llévate mis recuerdos antes de que el tiempo los borre para siempre. Guárdalos cerca de ti, mantenlos alejados del dolor, y sólo cuando la tristeza te invada, sácalos de tu bolsillo, cierra los ojos e intenta recordar por mí. Rescata mi sonrisa de la oscuridad, las huellas de mis palabras ancladas ya en el delirio, rescata el eco de mis pensamientos y mantén viva mi esencia, porque sólo existiré si tú no olvidas lo que un día fui.

Escapa y no mires atrás, porque sólo así seré tuya para siempre, sólo así viviré eternamente en tu memoria, sólo así obsequiarás con dignidad a mis últimos días. Porque sólo a ti te puedo pedir, que no dejes que muera viéndola la sombra de lo que fui reflejada en tus pupilas.

CARMEN AMORÓS REQUENA

2º Premio del Certamen Local de Cartas de Amor  
Ayto. de Caudete (Albacete)



# El Brazalete Columba, ya disponible en España

Mayor seguridad para las personas con Alzheimer y mayor tranquilidad para quienes les rodean. "Columba" es el primer brazalete con telefonía móvil y localización por satélite (GPS) que permite localizar al enfermo en caso de desorientación.

El brazalete Columba es la respuesta a un grave problema sociosanitario: el Alzheimer, enfermedad que padecen cerca de 600.000 personas en España, de las cuales el 60% pierde toda referencia espacio-temporal y corre grandes riesgos de sufrir accidentes.

## Entorno seguro

El brazalete teléfono se lleva de forma permanente e incorpora un botón de alerta. Se coloca sobre la muñeca como un reloj, definiendo un perímetro dentro del cual la persona que sufre de desórdenes cognitivos puede desplazarse sin ver restringida su libertad.

El Columba es resistente al agua y dispone de una autonomía de varios días. Oferta exclusiva de Medical Mobile Seguridad, con la participación

de Telefónica Móviles España y Eulen Servicios Sociosanitarios, ofrece seguridad, libertad y tranquilidad a las familias y a los cuidadores de las personas con Alzheimer.

## Alerta automática

Si el portador del brazalete Columba abandona su espacio geográfico habitual, donde cuenta con puntos de referencia, el dispositivo activa una alerta automática que avisa a sus familiares.

Una central de asistencia, que opera 24 horas al día los 365 días del año, está a disposición de la familia o del cuidador para localizar al portador del brazalete.

La función manos libres del dispositivo permite establecer contacto con el enfermo a través de una central de atención telefónica.

## Servicio innovador

Respetando los procedimientos de la Agencia Española de Protección de Datos, esta tecnología revolucionaria, resultado de tres años de investigación, se basa en un programa inteligente de detección y de alerta, un sistema de geolocalización por GPS y un transmisor receptor GSM/GPRS equipado con una tarjeta SIM.



Con la participación de:

*Telefónica*



Para obtener más información, póngase en contacto con nosotros:

902.44.2006 • [info@medicalmobile.com](mailto:info@medicalmobile.com) • [www.medicalmobile.com](http://www.medicalmobile.com)