

O alzhéimer e outras demencias como ámbito de intervención social dende o traballo social, na provincia de Pontevedra

Sonia Feijoo Alén. Graduada en Traballo Social. Auxiliar administrativa no Sergas

RESUMO:

Este artigo está centrado nas dificultades que o alzhéimer e outras demencias presentan actualmente na sociedade galega e concretamente na provincia de Pontevedra, onde unha elevada porcentaxe de persoas están afectadas por algunha destas enfermidades e cuxas consecuencias van máis alá do propio paciente, traendo consigo profundas implicacións para os familiares, os cuidadores e para un amplísimo número de profesionais que, dunha forma ou doutra, dedican os seus esforzos a afrontalas e tratalas.

Abordaranse as múltiples situacións derivadas do alzhéimer e outras demencias, así como as diversas estratexias dende as cales facer fronte e darlles cumprida resposta ás innumerables interrogantes e constantes esixencias que se derivan destas doenzas, tratadas dende unha perspectiva interdisciplinaria (política, educativa, médica, infraestrutural, terapéutica, psicolóxica e social).

En definitiva, tentar saber en que punto nos encontramos na provincia de Pontevedra na atención sociosanitaria das persoas que sofren a enfermidade de Alzhéimer e outras doenzas.

PALABRAS CLAVE:

Demencia, enfermidade de Alzhéimer, atención interdisciplinar, recursos sociais, asociacionismo, terceiro sector, saúde pública.

RESUMEN:

Este artículo estará centrado en las dificultades que el Alzhéimer y otras demencias presentan actualmente en la sociedad gallega y concretamente en la provincia de Pontevedra, donde un elevado porcentaje de

personas están afectadas por alguna de estas enfermedades y cuyas consecuencias van más allá del propio paciente, trayendo consigo profundas implicaciones para los familiares, los cuidadores ,y para un amplísimo número de profesionales que, de una forma o de otra, dedican sus esfuerzos a afrontarlas y tratarlas.

Se abordarán las múltiples situaciones derivadas del alzhéimer y otras demencias, así como las diversas estrategias desde las cuales hacer frente y dar cumplida respuesta a las innumerables interrogantes y constantes exigencias que se derivan de estas dolencias, tratadas desde una perspectiva interdisciplinaria (política, educativa, médica, infraestructural, terapéutica, psicológica y social)

En definitiva, intentar saber en qué punto nos encontramos en la provincia de Pontevedra en la atención sociosanitaria de las personas que sufren la enfermedad de Alzhéimer y otras dolencias.

PALABRAS CLAVE:

Demencia, Enfermedad de Alzhéimer, Atención interdisciplinar, Recursos sociales, Asociacionismo, Tercer Sector, Salud Pública.

ABSTRACT:

This article will focus on the difficulties that Alzheimer's and other dementias currently present in Galician society and specifically in the province of Pontevedra, where a high percentage of people are affected by any of these diseases and the consequences go beyond the patient, bringing profound implications for family members , caregivers , and to a very large number of professionals who, in one way or another, devote their efforts to deal with them and treat them.

Multiple situations resulting from Alzheimer's and other dementias , as well as the various strategies from which to cope and respond adequately to questions and countless demands constant derived from these ailments, treated from an interdisciplinary perspective (political, educational be addressed, health, infrastructure, therapeutic, psychological and social)

In short, try to know where we are in the province of Pontevedra in the social care of people suffering from Alzheimer 's disease and other ailments.

KEYWORDS:

Dementia, Illness of Alzhéimer, Interdisciplinary attention, Social resources, Associationism, Third Sector, Public Health.

INTRODUCCIÓN

O aumento da esperanza de vida constitúe unha das conquistas máis importantes do noso tempo. Nunca antes, en ningún outro momento anterior da nosa historia, o ser humano conseguira prolongar tanto a súa vida como na actualidade. Pero este envellecemento poboacional, propio das sociedades mais desenvolvidas, trae consigo importantes consecuencias de carácter sanitario e social.

En España, a porcentaxe de persoas maiores de 65 anos é, segundo os datos obrantes do Imserso, dos maiores do mundo, superando o 17 % da poboación no ano 2012. Neste mesmo ano Galicia sitúase como a terceira comunidade autónoma do Estado máis envellecida, cunha taxa do 21 % de persoas de máis de 65 anos.

Coa idade aumenta o risco de padecer certas enfermidades, como as demencias, que xeran discapacidade e dependencia. Así, en Galicia, estímase que cada ano se presentan 9.000 novos casos de demencia. Na actualidade padecen esta enfermidade na nosa comunidade unhas 50.000 persoas, das que 35.000 sofren da enfermidade de alzhéimer, segundo datos extraídos do Imserso (2012). Esta situación formula importantes retos e desafíos aos que deben enfrontarse as administracións públicas e, moi especialmente, a sanidade pública.

O progresivo envellecemento da poboación propiciou un impacto crecente das enfermidades neurodexenerativas asociadas á idade. Unha das situacións máis graves provócaa a enfermidade de Alzhéimer, descrita fai xa máis de cen anos por Alois Alzhéimer (1864-1915). Describiu unha serie de sinais que empezan por lle afectar á memoria e, de forma lenta, avanza ata impedir que esta persoa nin sequera se recoñeza a si mesma nin aos seus familiares, nin sexa capaz de realizar as actividades instrumentais da vida diaria.

Cando alguén sofre esta enfermidade neurodexenerativa, tórnase indefensa e depende do coidado da familia, así como dos medios sociais e médicos.

É necesario que se teñan en conta as consecuencias sociais e sanitarias, así como os servizos necesarios para os pacientes e as súas familias, nunha provincia como a de Pontevedra con altas taxas de demencias, e o Alzhéimer está detrás de moitos casos, cuxa taxa de incidencia se estima que se multiplicará por dous cada 20 anos.

Fai falta unha maior implicación non só económica, senón social por parte da Administración e da cidadanía porque este non é un problema sanitario, senón tamén social no que existen avances médicos, tecnolóxicos e farmacéuticos que, aplicados a tempo poden mellorar a calidade de vida do paciente e o seu coidador.

A DEMENCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Considerando diversos factores relacionados co aumento progresivo da idade media e dos índices de lonxevidade, as proxeccións de futuro indican unha tendencia alarmante cara ao incremento da prevalencia desta síndrome, o que parece aconsellar a adopción de medidas preventivas e de saúde pública, inmediatas e eficaces.

Á luz da experiencia e dos coñecementos actuais, a detección precoz da demencia parece unha medida importante para a medicina preventiva e a organización sanitaria. Os datos supoñen que un 12 % dos maiores de 65 anos (hai case 7 millóns en España) están afectados, taxa que sobe ao 50 % nos maiores de 90 anos. No ano 2050 espérase que haxa 13 millóns de maiores de 65 anos en España, co que estamos a falar de máis de 1,5 millóns de enfermos de Alzheimer no ano 2012 (Morales C. 2013). O neurólogo da Clínica Universitaria de Navarra, Pablo Martínez Lage, comentou nunha das súas intervencións públicas, unha visión máis sombría xa que, na súa opinión, «a metade dos enfermos de Alzheimer está sen diagnosticar» (Diario Libre 2009). Noutra das súas conferencias maxistras, afirma que o diagnóstico temperán en alzheimer é posible e que a prevención, antes de que apareza calquera síntoma, é o novo reto (Confederación Española de Asociacións de familiares de persoas con Alzheimer e outras demencias CEAFA 2011).

O custo indirecto medio asociado á atención dos pacientes con enfermidade de Alzheimer (EA), que asume principalmente a familia, é de 6.364,8 €/ano, cun incremento do 29 % anual que está asociado á discapacidade física e cognitiva, á idade do paciente e a ter un só cuidador (Revista Neurología 2011 "Noticias").

A Organización de Consumidores e Usuarios e a CEAFA vén denunciando «a situación na que se encontran as familias destes enfermos ante a falta de axudas e recursos públicos» (Inforesidencias.com 2012). Segundo os seus datos «no 95 % dos pacientes, a asistencia e cuidados recae nos familiares».

Isto é unha carreira contra reloxo e non se poden deixar pasar as oportunidades de abordar de forma integral esta patoloxía polas súas importantes consecuencias económicas, sociais e sanitarias.

Os neurólogos defenden que todos os pacientes que estean baixo sospeita de padecer calquera clase de demencia deben ser valorados por un especialista. Ademais, no que respecta aos equipos de especialistas, a SGN (Sociedade Galega de Neuroloxía) cre que o plan integral da rexión tería que prever un incremento ata alcanzar a proporción de cinco neurólogos por cada 100.000 habitantes, que é a recomendada pola Federación Europea de Sociedades Neurolóxicas. Esta sociedade (SNG) aproveitando a celebración do Día Mundial do Alzheimer o pasado 21 de setembro do 2013, reclamou a posta en marcha de consultas especializadas e de unidades de demencia atendidas por neurólogos nos hospitais da Comunidade Autónoma de Galicia.

No caso que estamos a estudar, a provincia de Pontevedra, para o presidente de (FAGAL) a posta en marcha dun centro integral especializado no alzhéimer sería un paso de xigante, porque as instalacións actuais aínda que moi valiosas, son insuficientes, e un centro en condicións podería desenvolver terapias de prevención e diagnóstico temperán, o cal sería moi importante. Como importante é tamén a concienciación da poboación porque recoñece que nas zonas rurais «aínda son moi remisos a recoñecer e tratar a enfermidade»

O MOVEMENTO ASOCIATIVO

Tendo en conta que os afectados de alzhéimer necesitan unha axuda constante, proporcionada por uns coidadores cunha formación apropiada, nun momento en que aínda resultaba estraño e descoñecido falar dunhas enfermidades como estas, o baleiro informativo, formativo e asistencial era preocupante. Durante décadas a resposta dende o ámbito público e dende o privado ás necesidades das miles de familias afectadas estivo ausente, por tal motivo, xorde, a finais dos anos 80, un dos movementos civís máis importantes que aglutina a todas aquelas persoas que vivían cada día con estas demencias. Con elas e por elas, nacen as asociacións de familiares de persoas enfermas de alzhéimer que percorreron un longo camiño para lle facer ver á sociedade e á Administración pública a incitante necesidade de dar resposta a tantas persoas que a padecen hoxe, e ás moitas máis que a padecerá no futuro.

Dentro dos seus fins máis destacados está a orientación, información e asesoramento tanto a familiares como á poboación en xeral (ex: grupos de axuda mutua etc.), achegarlles a realidade do Alzhéimer ás entidades públicas e privadas co obxectivo de conseguir unha resposta ampla e eficaz ás demandas deste colectivo e estimular e colaborar nas investigacións que sobre esta enfermidade se realizan.

Dirixen os seus esforzos a concienciar, informar e sensibilizar a sociedade e as distintas institucións sobre a magnitude e a gravidade destas enfermidades, así como a reivindicar a posta en marcha de novos programas e servizos que lles dean resposta ás necesidades específicas dos enfermos e das súas familias. Informan dende unha perspectiva global de todos os aspectos relativos a este tipo de enfermidades, dado que contan na súa estrutura con profesionais dos distintos ámbitos que colaboran na atención integral destes pacientes.

Estas asociacións contan cun coñecemento e saber facer que lles vén avalado por unha experiencia de máis de vinte anos de dedicación aos enfermos e familiares. Na actualidade, o número de asociacións de familiares de enfermos de alzhéimer «e tamén doutras estruturas implicadas coa enfermidade e coa súa problemática» experimentou un crecemento exponencial, próximo xa as 300 entidades, a maioría das cales están integradas na CEAFA.

Son moitas as asociacións de familiares deste tipo as que xestionan con éxito numerosos centros de día de estimulación cognitiva para a atención de persoas afectadas pola enfermidade de Alzhéimer.

Nesta orde de cousas, non é de estrañar que o tecido asociativo se convertese nunha peza importante na aplicación, execución e desenvolvemento daquelas políticas que máis directamente lles competen. De feito, a Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia, foi consciente do seu peso específico e do seu valor, facendo numerosas referencias, ao longo do seu texto, ao terceiro sector. En particular, non é necesario pasar da lectura das primeiras páxinas para corroborar o aquí dito. Realmente, o seu artigo segundo dedica un parágrafo a definir o terceiro sector como "organizacións de carácter privado xurdidas da iniciativa cidadá ou social, baixo diferentes modalidades que responden a criterios de solidariedade, con fins de interese xeral e ausencia de ánimo de lucro, que impulsan o recoñecemento e o exercicio dos dereitos sociais."

Pero, ademais a propia Lei orgánica 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia, confíalles ás organizacións do terceiro sector un papel relevante na súa aplicación futura. Concretamente, o texto normativo considera "a participación do terceiro sector nos servizos e prestacións de promoción da autonomía persoal e atención á situación de dependencia".

O xiro cara ao asociacionismo das familias afectadas e a organización de grupos de presión, conseguiu que a opinión pública se vaia facendo consciente da importancia do seu labor de cuidadores e da necesidade de lles prestar axuda tanto aos afectados como ás familias.

Neste contexto, cabe a pregunta: que sería de moitos afectados pola enfermidade de alzhéimer e as súas familias sen as AFA?

É por todo o anteriormente salientado que o terceiro sector constitúe un referente en xeral, e en particular na provincia de Pontevedra, que deba de ser aproveitado por órganos decisorios e facer fincapé na necesidade de que a Administración Xeral do Estado e a Comunidade Autónoma de Galicia fixesen un exercicio de responsabilidade e madureza para aparcar as diferenzas políticas que se converteron nun lastre para impulsar os recursos, servizos e prestacións dos que precisan un importante número de persoas para vivir con calidade e dignidade, dende a súa condición de persoas que sofren a enfermidade de alzhéimer.

Na provincia de Pontevedra cabe destacar o gran traballo que dende o ano 1994, fai a AFAGA, nacida do interese dun grupo de familiares a raíz da desorientación e falta de información que naquel momento existía con respecto a enfermidade. AFAGA foi a primeira asociación de familiares de Galicia, tivo carácter autonómico aínda que, posteriormente, debido á aparición de novas asociacións e á imposibilidade de abranguer tan amplo

espectro poboacional, o seu raio de acción reduciuse, e na actualidade é provincial, se ben a maioría das actividades e programas que leva a cabo teñen un ámbito local referido á cidade de Vigo.

A finais do ano 2011, AFAGA puxo en marcha o Centro de Atención Integral para enfermos de alzhéimer e outras demencias, coa titularidade deste. Do mesmo xeito xestiona desde o ano 2008 o centro de día especializado en alzhéimer e outras demencias "Alzheimer Vigo-Beiramar" dependente da Consellería de Traballo e Benestar da Xunta de Galicia. Tamén xestiona a Unidade de Atención Diúrna de Porriño, mediante convenio coa Xunta de Galicia.

No ano 2000 nace a Asociación de familiares de enfermos de alzhéimer do Morrazo (AFAMO) na localidade pontevedresa de Moaña e en ano 2008 foi constituída a Asociación de Familiares de Enfermos e outras Demencias de Pontevedra (AFAPO) na capital da provincia. En Vilagarcía de Arousa atopamos a Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer e outras Demencias do Salnés (AFASAL).

De entre os numerosos servizos que lles ofrecen aos seus socios destacaríamos ao meu entender, algún dos máis significativos:

- Programas de axuda no fogar
- Servizos de apoio psicolóxico
- Programas de estimulación cognitiva
- Asesoramento legal
- Formación específica de coidados na vivenda e apoio no fogar
- Centros de día
- Programa Rede Rural Alzhéimer etc.

Estas asociacións sen ánimo de lucro, foron constituídas por grupos de familiares aos que os unían as mesmas problemáticas co obxectivo de xuntar as voces e forzas ante a necesidade de dar forma ás demandas dun colectivo de persoas afectadas polas consecuencias da enfermidade; hoxe en día son un gran número de socios e á súa vez pertencen á FAGAL que agrupa a máis de 4.000 enfermos de toda Galicia e os seus familiares.

DIFICULTADES QUE O ALZHÉIMER E OUTRAS DEMENCIAS PRESENTAN ACTUALMENTE NA SOCIEDADE GALEGA.

Recursos públicos e privados. Atención primaria e especializada

De acordo co último informe poboacional do Instituto Galego de Estatística (IGE), no 66 % dos 315 municipios galegos, é dicir 199, viven dous

maiores de 65 anos por cada persoa nova. Unha cifra demoledora que coloca a Galicia como o territorio máis envellecido de Europa coa agravante da ruralidade, pois en Galicia a dita revolución poboacional está determinada principalmente pola ruralidade; de feito 248 dos 315 municipios galegos son rurais, o que produce unhas consecuencias moi dramáticas de illamentos, soidade e de difícil acceso para o persoal sanitario.

Estes datos nada esperanzadores da comunidade poden que se compliquen aínda máis xa que segundo o Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar, na actualidade "o 10 % das persoas maiores en Galicia sofre algún tipo de demencia" e "preto do 40 % das persoas que xa a padecen están sen diagnosticar" de aí a necesidade de recursos, posto que a prevención será clave para atrasar o inicio destas patoloxías.

Por estas causas o alzhéimer converteuse nun problema social especialmente complexo na Comunidade Autónoma de Galicia que requirirá unha resposta inmediata e un grande esforzo orzamentario dos xestores de políticas sociais que ademais deben ter en conta as consecuencias sanitarias e sociais, así como os servizos necesarios para os pacientes e as súas familias posto que sobre todo o alzhéimer aféctalles mesmo máis aos familiares que aos propios enfermos.

Centrándonos na provincia de Pontevedra, obxecto de estudo, e observando os datos obtidos do Instituto Galego de Estatística, podemos corroborar que a pesar de ter unhas taxas de envellecemento inferiores ao resto da Comunidade Autónoma de Galicia, seguen sendo superiores á media nacional, a cal segundo os datos do Instituto Nacional de Estatística (INE) as persoas maiores de 65 anos ascenden a 7.782.904, o que representa o 16,7 % da poboación española.

Táboa 1

Taxas envellecemento poboación galega

	Porcentaxe poboación	Densidade poboación	Porcentaxe poboación de 65 e máis anos	Índice envellecemento	Índice dependencia global
PONTEVEDRA	34,4	214,1	18,8	107,5	46,4
GALICIA		94,6	22,2	140,5	50,7

Nota: Fonte: IGE. Indicadores demográficos(2013).

Atención primaria e especializada (recursos sanitarios)

O envellecemento da poboación é o fenómeno demográfico máis importante no comezo do século XXI; este aumento do número de persoas que chegan a idades avanzadas trouxo consigo o aumento nas taxas de enfermidades crónicas dexenerativas ligadas ao envellecemento, entre elas, e de xeito especial, as demencias, e son as máis frecuentes as demencias dexenerativas tipo alzhéimer e as demencias vasculares.

Neste proceso os profesionais de atención primaria teñen un dobre papel: por un lado a detección precoz dos casos sospeitosos de demencia, para remitilos á confirmación diagnóstica; e por outro lado acompañar o paciente e a súa familia cuidadora ao longo de todo o proceso, detectar as situacións de sobrecarga do cuidador, e constituír un recurso de apoio fundamental pola súa proximidade e accesibilidade.

Atención especializada (atención hospitalaria): constitúese nunha ferramenta fundamental posto que canto antes se estableza o diagnóstico clínico da enfermidade, maiores serán as probabilidades de éxito do tratamento sintomático durante máis tempo.

Na actualidade, o diagnóstico clínico das demencias neurodexenerativas está baseado, sobre todo, na anamnese, o exame físico e diferentes probas neuropsicolóxicas que miden a memoria, a capacidade lingüística e outras funcións cerebrais. Nos últimos anos producíronse importantes avances neste campo, coa aparición de novas técnicas coas que os médicos de atención especializada poden diagnosticar clinicamente a enfermidade cunha exactitude do 90 %, aínda que a única forma de establecer o diagnóstico de certeza segue sendo o exame neuropatolóxico do cerebro tras a autopsia.

Recursos sociais

O acceso aos recursos pode ser ou ben a través da Administración pública, que financiará en parte os custos do recurso ou servizo, ou ben a nivel privado. Na panorámica da nosa comunidade autónoma son aínda insuficientes os recursos ofertados pola Administración, existen listas de espera con moita demora para acceder a algúns deles e esta lentitude constitúese de acceso como un dos graves problemas.

Na provincia de Pontevedra dispoñemos dos seguintes recursos:

Servizo de axuda no fogar

O servizo de axuda no fogar é un servizo público que ten a consideración básica de servizos sociais de atención primaria incluído no sistema integrado de servizos sociais, de carácter complementario e transitorio, con planificación, coordinación e control público.

Este servizo non se pode entender unicamente como un conxunto de prestacións domésticas, senón e prioritariamente como atencións persoais relacionadas coas limitacións das persoas para a súa vida diaria.

Inclúe programas variados de axudas que se realizan, fundamentalmente, no medio urbano, aínda que se estende tamén ao ámbito rural, onde está a demostrar a súa grande utilidade.

Teleasistencia

Consiste nun dispositivo que pode transportar o individuo sobre si mesmo e permítelle contactar, a calquera hora do día, cunha central de garda, que atenderá as súas necesidades, incluída a atención sanitaria urxente, posto que adoitan derivar os servizos de emerxencia se é preciso.

Centros de día

Servizos sociosanitarios e de apoio familiar que lles ofrecen atención diúrna ás necesidades persoais básicas, terapéuticas e socioculturais de persoas maiores dependentes e intentan promover a súa autonomía e a permanencia do individuo no seu ámbito habitual. É frecuente que os centros de día inclúan, entre a súa oferta de servizos, os de transporte, comedor, hixiene persoal, seguimento médico, coidados de enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia e rehabilitación, actividades psicoterapéuticas etc. Cada vez máis, existen centros de día específicos para pacientes con demencia.

Adaptación de vivendas

A Administración central, a través do CEAPAT, dependente do Imserso, e outras entidades dependentes das administracións autonómicas e locais, dispoñen de programas de axudas económicas, asesoría técnica especializada e outros servizos que lles permiten aos familiares dos enfermos a realización das modificacións necesarias nas súas vivendas para dotar a estas das condicións de habitabilidade e accesibilidade que mellor se adapten ás necesidades de cada enfermo e familia.

Residencias

A definición de centro xerontolóxico aberto, no que viven temporal ou permanentemente persoas maiores con algún grao de dependencia. Este tipo de centros debera ser idóneo para os pacientes con demencia que non poden ser correctamente atendidos nos seus fogares.

Táboa 2
Recursos provincia de Pontevedra

	Residencias	Centros de día	Teleasistencia	SAD
	64	43	62	62
Centros especializados	8	4	0	0
Prazas totais	4.246	1.463		
Prazas en C. Especial	Imposible cuantificar	130		

Nota: Fonte: elaboración propia (2013).

Tras realizar un traballo de campo, e as pertinentes conversas telefónicas coas traballadoras sociais dos centros que din ter unidades específicas de demencias/alzhéimer da provincia de Pontevedra foime imposible cifrar o número de prazas específicas para enfermos de alzhéimer. Esta situación é debida a que o número de prazas que poden ter este tipo de centros para atender a enfermos de alzhéimer están englobadas dentro dunha porcentaxe de prazas reservadas para atender a persoas en situación de dependencia en xeral, e non a persoas que sofren alzhéimer ou outro tipo de demencias. Polo tanto a atención especializada que se lles pode prestar é xeral, e sen poñer en dúbida a súa calidade, é evidente que non se axusta aos cuidados e necesidades específicas deste tipo de enfermidades.

É dicir non existe unha atención específica e profesionalizada neste tipo de recursos sociais, coa consecuente falta de atención sociosanitaria dos pacientes que sofren alzhéimer e outras demencias na provincia de Pontevedra.

Outro dato que hai que ter en conta no custo das prazas en residencias público/privadas, que na maioría dos casos se converte nun factor de discriminación á hora de poder ter acceso a estas. Por apuntar un dato significativo, segundo o informe anual que publica o portal Inforesidencias.com (2012), o prezo medio dunha praza nunha residencia elévase, de media, a 1.724, euros ao mes en España, (ao que hai que sumar o correspondente IVE). Esta cifra, practicamente, duplica o valor da pensión media que recibiu este grupo social o pasado mes de xuño: 859 euros como media no territorio nacional e de 761,66 euros no caso de Pontevedra.

O Goberno galego, consciente das elevadas necesidades asistenciais que necesitan as persoas que padecen alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas, así como as necesidades de apoio dos seus familiares, asumiu, como compromiso prioritario, o establecemento dunha Rede Galega de Centros de Día de Atención á Dependencia (DOG 036:27 de abril de 2011), dirixida especificamente a este colectivo. A creación destes equipamentos pretendía paliar as deficiencias que neses momentos se evidencian debido á

insuficiente oferta de prazas de atención especializada e á insuficiencia das axudas para os cuidadores, tratando de evitar, deste xeito que tales situacións constitúan un factor máis de illamento ou exclusión social. A día de hoxe as prazas especializadas en alzhéimer son insuficientes.

O Centro Estatal de Referencia de Atención Sociosanitaria a Persoas con Enfermidade de Alzhéimer e outras Demencias promovido polo Imsero debería ser o faro que guíe a consolidación dos centros de día de estimulación cognitiva para a atención de persoas afectadas pola enfermidade de alzhéimer que, ao abeiro da Lei da dependencia, vaian configurar a rede asistencial que as persoas afectadas pola enfermidade de alzhéimer precisan.

O centro ha de ser o referente na prestación de servizos ou atencións directas a persoas usuarias, no que o resto de centros de día terán que fixar a súa atención para emular a súa intervención. Os servizos que lles preste ás persoas usuarias deberán ser obxecto dun profundo proceso de investigación social enfocado á mellora permanente do modelo sociosanitario, o cal é especialmente importante para unificar as intervencións no resto dos centros de día do Estado e para evitar que, baixo a denominación de "centro de día" se escondan iniciativas fraudulentas ou que non persigan os obxectivos ou finalidades que son propios dos centros de día de estimulación cognitiva para a atención de persoas afectadas pola enfermidade de alzhéimer.

Pero sen lugar a dúbidas, o maior valor engadido que o Centro Estatal de Referencia pode e debe reportar é a súa capacidade de difusión dun modelo válido, eficaz e axeitado para a intervención sociosanitaria de persoas afectadas pola enfermidade de alzhéimer e privilexiar un traballo en rede no que ha de primar o carácter universal do recurso e, sobre todo, a calidade na atención e prestación de servizos.

Un centro de día de estimulación cognitiva para a atención de persoas afectadas pola enfermidade de alzhéimer non é un simple recurso asistencial de gardería de anciáns. Non ha de cumprir funcións de custodia temporal. Pola contra, o centro ocupa un lugar de privilexio entre os recursos sociosanitarios en favor das persoas con dependencia xerada pola enfermidade de alzhéimer. É o marco idóneo para explotar as potencialidades das terapias non farmacolóxicas, cuxa efectividade, complementando as de carácter farmacolóxico, foi xa amplamente demostrada no que á súa contribución no retardo da evolución da enfermidade e mellora da calidade de vida do enfermo se refire.

Neste sentido, cabe pensar que unha axeitada política de promoción e apoio deste tipo de centros se pode situar na base de novos procesos de investigación en canto á efectividade e alcance desas terapias non farmacolóxicas que compoñen a dimensión terapéutica dos centros de día, o que equivale a considerar novas oportunidades e perspectivas de mellora da calidade de vida destes enfermos. Xa que a día de hoxe non existe cura para o alzhéimer, facer que vaian da man os avances farmacolóxicos e os non

farmacolóxicos, xerando sinerxías terapéuticas, parece unha oportunidade que non se debería deixar escapar. A este respecto, os centros de día de estimulación cognitiva para a atención de persoas afectadas pola enfermidade de alzhéimer teñen moito que dicir.

Pero tamén teñen que dicir moito á hora de atender o colectivo esquecido, é dicir, á familia cuidadora dun enfermo, cuxos membros sofren a enfermidade dobremente, tanto pola impotencia de ver sufrir a un ser querido e non poder facer nada ao respecto, coma polas consecuencias psicofísicas e sociais que provoca a enfermidade como efectos colaterais.

Os devastadores efectos que a enfermidade de alzhéimer produce non só nos enfermos senón tamén na sociedade obriga a traballar intensamente para coñecer as súas causas, dar con tratamentos efectivos e, ata ese esperanzador momento, retardar a deterioración.

A interdisciplinidade e transprofesionalidade na atención do alzhéimer. A necesidade dun equipo interdisciplinario

Son múltiples os problemas e as situacións derivadas do alzhéimer e outras demencias, do mesmo modo que deben ser tamén diversas e innovadoras as estratexias dende as cales facer fronte e darlles resposta aos innumerables interrogantes e constantes esixencias que se derivan deste tipo de enfermidades, co obxectivo centrado na mellora da calidade de vida dos enfermos de alzhéimer e outras demencias, dos seus cuidadores/ás e das súas familias.

É necesaria unha abordaxe multidisciplinar das demencias, xa que na actualidade non existe un método curativo definitivo. Nos últimos anos comprobouse a eficacia dos tratamentos non farmacolóxicos en combinación cos farmacolóxicos. Con todo, non resulta sinxelo, xa que en moitas ocasións os programas de intervención cognitiva non se aplican dun xeito rigoroso e sistémico, o que orixina erros básicos que non permiten a integración de moitos aspectos que para as persoas usuarias poderían ser de grande utilidade en actividades da vida diaria (que é o ámbito principal que se pretende mellorar con estes programas) obxectivo que en moitas ocasións queda esquecido.

Esta pode ser a causa de que tanto na práctica clínica como na científica moitas veces non se encontren eficaces estes programas ou que esta eficacia só se dea temporalmente. É por iso que convén ter en conta que a dita intervención debe abranguer aspectos relacionados con actividades cotiás e coa busca de melloras na calidade de vida da persoa, en vez de ser tan estrita na área cognitiva.

As necesidades asistenciais do paciente con alzhéimer son moito máis importantes que o tratamento médico. A diferenza do que sucede noutros procesos crónicos, nesta enfermidade hai dous afectados: o paciente e o cuidador. Moitas das intervencións que demostraron ser eficaces non son

farmacolóxicas e ofrécenas os profesionais de diferentes disciplinas. Cando eses profesionais traballan en equipo cun mesmo obxectivo, forman o equipo de atención primaria que ten no coidado dos pacientes con demencia un bo campo onde demostralo, abordando un enfoque interdisciplinario de atención ao paciente con demencia e aos seus cuidadores nos diferentes estadios da enfermidade.

Os pacientes con demencia sofren deterioración das capacidades cognitivas, deterioración funcional, pluripatoloxía de enfermidades crónicas, polifarmacia etc. Habitualmente presentan tamén idades avanzadas, problemas socioeconómicos, familiares e dependen dun cuidador principal, necesidades todas estas que só se poden satisfacer dende a perspectiva dun equipo interdisciplinario.

Aínda que o papel do médico xeral é fundamental, optimízase no contexto dun equipo multi/interdisciplinario que inclúe, polo menos, persoal de enfermería (ATS) e o traballador social. Outros profesionais (auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores sociais, dietistas, avogados, sacerdotes etc.) tamén poderían estar integrados xeralmente no equipo.

Destacar a figura do profesional do traballo social, cuxas funcións parten da comunidade e do sistema social no cal o enfermo desenvolve a súa vida diaria. A este profesional compéttelle, por un lado, buscar dentro da filosofía da comunidade, os recursos sociosanitarios e financeiros para reducir a carga que supón para o paciente e a súa familia a enfermidade crónica. Por outro lado, colaborar na educación sanitaria, na identificación e tratamento do abuso e a negligencia, e participa en decisións como a institucionalización e a modalidade de cuidados ao final da vida do enfermo de alzhéimer. Do mesmo modo ocúpase de optimizar as relacións dos enfermos e a súa familia coa sociedade e facilita o acceso aos recursos sociais de forma racional e conveniente, ao tempo que o aconsella e lle ofrece soporte emocional.

É necesario tamén rescatar a gran cantidade de fortalezas que posúe o traballador social e que lle permiten xogar un papel moi importante na conformación dos equipos interdisciplinarios. Algúns exemplos destas fortalezas son:

- Capacidade organizativa
- Visión integral das diferentes situacións sociais
- Capacidade de liderado
- Compromiso social
- Solidariedade
- Habilidade no manexo de grupos

Todas estas fortalezas permitíronlle aos traballadores sociais desempeñar un labor xestor nos diferentes equipos nos que participa e gañar o recoñecemento e respecto doutros profesionais que viron o traballador social, como un elemento indispensable nun equipo interdisciplinario.

A principal responsabilidade do médico de atención primaria é o diagnóstico de demencia, utilizando criterios e guías clínicas validadas, determinando o prognóstico e facendo o seguimento da enfermidade. Este é o responsable de comunicar o diagnóstico que realiza ao paciente e de derivalo á atención especializada (xeriatria, neuroloxía ou psiquiatría), entre outros, que precise. É dicir, proporcionalle coidados integrais de saúde ao paciente, á familia e á comunidade. Será ademais o interlocutor válido do sistema sanitario ante eles.

O persoal de enfermería realiza o seguimento do paciente, determina a súa evolución e resposta ao tratamento, dispensa os coidados en enfermería necesarios, encárgase da educación sanitaria, identifica a sobrecarga do coidador e participa nos ensaios clínicos, mentres os auxiliares de enfermería son os encargados de asistir ao paciente dependente nas actividades básicas da vida diaria.

O fisioterapeuta encárgase de optimizar a forma física do paciente para que manteña unha mobilidade segura e desenvolve para iso un plan de exercicios e actividades no que para a súa aplicación é crucial o coidador. Responsabilízase tamén da necesidade de axudas técnicas e de instruír o enfermo para que poida darlle un uso axeitado. Resulta máis útil ao inicio da enfermidade, porque xa nas fases moderada e avanzada se alteran as capacidades do paciente para seguir as instrucións do fisioterapeuta.

O terapeuta ocupacional axuda o paciente e o coidador a adaptarse á perda de capacidades para realizar as actividades da vida diaria (AVD). Prescribe e instrúe na utilización de axudas técnicas para o baño, a alimentación, o vestido etc. A valoración dun terapeuta ocupacional é imprescindible á hora de decidir a capacidade dun paciente para, por exemplo, conducir vehículos.

A deterioración cognitiva pon o paciente en alto risco de malnutrición, de forma que a perda de peso, chega a ser un importante problema a medida que a demencia progresa. A morbilidade habitual nestes pacientes fai aínda máis difícil o control da súa dieta; de aí a necesidade da figura do dietista dentro do equipo interdisciplinario. Este será quen valore as necesidades nutricionais do paciente e quen estableza un plan de coidados para que o enfermo reciba unha alimentación axeitada.

A maioría dos anciáns da sociedade galega, e máis en concreto no medio rural teñen crenzas relixiosas, aínda que non asistan regularmente aos servizos relixiosos. Co diagnóstico dunha enfermidade progresiva e incurable como o alzhéimer, pode que se cuestionen os valores morais e espirituais; por iso, a axuda dun director espiritual é útil á hora de resolver conflitos morais

e decisións para o final da vida. Na sociedade galega existen comunidades relixiosas que ofrecen coidados de soporte ao paciente e á súa familia.

Un avogado especialista en temas de familia e de envellecemento é o que mellor pode guiar e planificar a incapacitación, en caso necesario. Os servizos legais están enfocados á salvagarda dos bens do paciente e da familia, a protexelos do abuso e da explotación e a defender os seus dereitos. Aínda que sexa doloroso, é importante que as decisións con respecto á perda de autodeterminación se leven a cabo cando o paciente teña a capacidade de elixir a quen actúe como o seu representante legal no futuro.

O equipo multidisciplinario difire do interdisciplinario no tipo de interacción que exista entre os distintos profesionais. Os coidados multidisciplinares adminístranse en paralelo e sen interacción directa entre os profesionais. Pola contra, no equipo interdisciplinario os membros colaboran para identificar e darlles solución ás necesidades do paciente.

Polo tanto, o paciente con alzhéimer e outras demencias, así como a súa familia, requiren dunha avaliación e intervención integral e continua ao longo de toda a enfermidade, na que hai numerosos aspectos que teñen que se ter en conta e abordar dende un enfoque interdisciplinario para que resulten o máis beneficiosos posibles tanto para o enfermo, como para o coidador principal e a familia.

Intervención profesional e técnicas aplicables na enfermidade do alzhéimer para centros residenciais

As intervencións con persoas coa enfermidade de alzhéimer en residenciais ou centros destinados ao seu coidado, comezan nunha primeira parte na intervención coas ditas persoas e, nunha segunda, co apoio informal, ao entender que os centros residenciais (dende unha óptica ampla) tamén lle deben dar cobertura ao apoio informal e ser centros de recursos abertos e flexibles.

Estes programas baséanse na idea de que manter activa a persoa con demencia pode atrasar o declive cognitivo, aínda que a discrepancia sobre a efectividade destes procesos resulta tamén un tema recorrente. Este desacordo pode deberse a varias cuestións; entre as principais son que estes principios non se aplicaron sempre cunha base rigorosa e, por outra banda, polo feito de que, aínda que existen estudos dedicados a avaliar a súa efectividade, moitos deles contan con importantes limitacións metodolóxicas.

Entre os principais programas de intervención destacaríase os seguintes:

Terapias de orientación á realidade:

Opera mediante a presentación de información relacionada coa orientación (tempo, espazo e persoa), o cal se considera que lle proporciona á persoa unha maior comprensión daquilo que o rodea, e posiblemente produce un aumento na sensación de control e na autoestima.

O obxectivo desta metodoloxía é o de proporcionar, de forma estruturada e repetida, información básica a persoas desorientadas e/ou confusas en relación ao tempo, ao espazo e as persoas. Outro dos obxectivos desta técnica é conseguir unha mellora das condutas sociais e persoais, así como estimular a comunicación e a interacción das persoas con demencia.

Terapia de reminiscencia

Baixo o prisma de Woods, Portnoy, Head e Jones (1992) queda analizado como o recordo verbal ou silencioso de sucesos de vida do individuo, xa sexa soa ou dentro dun grupo de persoas. O traballo inclúe frecuentemente reunións de grupo onde se estimula os pacientes a que falen acerca de eventos pasados co obxectivo de estimular a identidade e autoestima do enfermo.

Programas de estimulación cognitiva

A estimulación cognitiva pretende desenvolver capacidades que están na base dos procesos cognitivos, combinando técnicas clásicas de rehabilitación e adestramento. Este tipo de intervencións son de especial importancia en estadios iniciais da enfermidade de alzhéimer.

Intervención en deterioracións cognitivas graves

Existen, na actualidade, algúns métodos de intervención especificamente deseñados para o traballo con estes pacientes, como o método de intervención cognitiva para pacientes con deterioración cognitiva grave baseada nas actividades do método Montessori; é un programa adaptado por Cameron Camp, baseándose nas actividades creadas por María Montessori para o traballo con nenos con necesidades educativas especiais. A filosofía de Montessori era que o problema non está no que aprende, senón no que ensina, que non se adapta axeitadamente ás necesidades e características individuais do aprendiz. Esta teoría adaptouse e utilizouse para crear ou método Montessori para persoas con demencia.

Intervencións con familias provedoras de apoio informal

Ante a evidencia do elevado nivel de tensión que pode producir o coidado dun paciente con demencia, véñense desenvolvendo numerosos programas de intervención psicosocial (PIP) para coidadores co obxectivo fundamental de axudarlles a reducir a tensión derivada da súa actividade como coidadores.

Intervencións psicolóxicas individuais

Estas intervencións realízanse de forma individual e teñen como obxectivo reducir os niveis de estrés e depresión dos coidadores.

Intervencións familiares

Polo xeral, trátase de reunións familiares cun profesional cuxo obxectivo se centra en ensinarlles aos familiares como proporcionarlle apoio

emocional ao cuidador principal e axudar a todos os membros da familia a adaptarse aos constantes cambios que se producen no proceso da demencia.

CONCLUSIÓNS

Segundo os datos achegados no presente artigo, despréndese que o desenvolvemento e posta en funcionamento de programas e recursos especificamente deseñados para as persoas que padecen alzhéimer ou outro tipo de demencias, constitúe un aspecto moi importante na súa atención, non só pola elevada incidencia destas enfermidades nunha poboación altamente envellecida como a galega, se non por ser unha das principais causas de dependencia social. Polas súas características e manifestacións convértese nunha enfermidade compartida por cantos conviven directa ou indirectamente co enfermo.

Ante esta situación é imprescindible realizar un labor de concienciación deste cambio demográfico, para que a sociedade galega comece a afrontar a cuestión e non mire para outro lado. Coñecendo o previsible aumento desta doenza no futuro en Galicia, e en concreto na provincia de Pontevedra, as administracións públicas deberían actuar ademais noutras liñas: na prevención, no ámbito da formación ás familias para retardar a evolución da enfermidade, en programas de respiro familiar e apoio psicolóxico para que as familias poidan seguir as súas vidas, así como na investigación.

Non obstante, ao mesmo tempo que Galicia, pola súa pirámide poboacional máis envellecida, ten máis enfermos, acontece á inversa cos recursos sociais, onde está por debaixo da media nacional en centros de día e ratios de residencias.

Os centros de día públicos e especializados existentes actualmente na provincia de Pontevedra para os enfermos de alzhéimer, situados en Vigo, Porriño e Moaña, non chegan para cubrir as necesidades existentes; como imaxe desta carencia citar que a cidade de Pontevedra, capital de provincia, a día de hoxe aínda non conta cun centro de día público para enfermos de alzhéimer. Por outra parte, existen centros privados que, non obstante non están especializados, polo que non son tan efectivos no tratamento para que a enfermidade non avance tan rápido. En Pontevedra (provincia), hai oito residencias que na súa carteira de servizos ofertan unidades de demencia-alzhéimer; non obstante a realidade é ben distinta. Tras poñerme en contacto a través das traballadoras sociais que prestan os seus servizos nestas, verifiquei que tanto en seis delas de carácter privado, coma en dúas de carácter público, ningunha conta con unidades especializadas no tratamento e atención das pacientes con enfermidade de alzhéimer: a realidade é que dispoñen de unidades específicas para tratamento das dependencias en xeral, sen especialización en ningún tipo de demencia. Isto ocasionalles verdadeiros problemas aos profesionais da intervención ante unha falta de formación especializada, e aos enfermos e os seus familiares que non reciben unha atención coa calidade axeitada ás súas circunstancias persoais.

Ante esta situación urxe que a Administración teña verdadeira vontade política na creación de novos centros de día e prazas de residencias para os enfermos de alzhéimer, son necesarios 50 novos centros, fronte aos 11 projectados.

A posta en marcha e aplicación da Lei orgánica 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia, sen deixar de recoñecer o importante logro social que supuxo, recoñecendo como dereito subxectivo a atención a persoas en situación de dependencia, non foi todo o axeitada que cabería esperar, polo menos para os enfermos de alzhéimer e outras demencias, que foron obxecto de atención nunha situación de "igualdade de condicións" que o resto dos dependentes, sen ter en conta que a demencia é unha causa diferenciada de discapacidade e dependencia que require un tratamento específico.

Deixar constancia de que á esperanza inicial posta nesta lei, lle segue certa frustración do presente, expresada pola cidadanía en xeral e en maior medida, polos técnicos da Administración pública encargados de aplicala. A lentitude administrativa, a descoordinación institucional, a súa natureza inadaptada á singularidade do colectivo dos enfermos de alzhéimer e outras demencias, converteu os profesionais do sector nos paraugas das queixas e lamentacións dos cidadáns.

A principal queixa dos profesionais reside nas expectativas sociais creadas, a falta dun auténtico realismo político sobre a realidade social á que se aplica. As desigualdades territoriais neste proceso de implementación da lei é igualmente un tema de preocupación. Ante un dereito común para toda a cidadanía, desiguais respostas segundo as áreas xeográficas. Unha desigualdade que se impón, ademais, dependendo da natureza e titularidade xurídica dos centros dun mesmo territorio. Hai que recoñecer que un número importante das axudas chegan tarde e estas recoñécenselles a enfermos con nivel 2, 3, e en ocasións falecidos...

Sería necesario poñer en marcha programas específicos de axuda ás familias, que inclúan accións formativas e de apoio psicolóxico. Nestes momentos podemos constatar que os cuidadores son os grandes esquecidos da actual Lei orgánica 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia.

Esta lei recoñece a dependencia como un dereito subxectivo, universal e esixible, o cal significa que é sensible cara a esa recomendación (máis ben esixencia de xustiza social). Sería moi importante que na súa aplicación progresiva se asentasen as condicións que realmente garantan esa universalidade do dereito ás persoas dependentes a gozar de recursos de calidade adaptados ás súas necesidades, con suficiente dotación orzamentaria por parte das administracións públicas, xa que nestes momentos os obxectivos previstos son moi ambiciosos, pero non o é tanto a achega financeira que debe facer posible o seu cumprimento, e sen un presuposto claro que a faga sostible xorden dúbidas de que a súa execución e implantación plena poidan ser unha realidade.

Cumprindo o trienio de aplicación da lei, á luz dos resultados e nas fases de aplicación na que nos encontramos, esta lei está servindo maioritariamente para paliar situacións xa producidas; é dicir, está a ter unha aplicación paliativa e asistencial, primando as prestacións fronte aos servizos. É necesario que na aplicación da Lei orgánica 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia non se perda o norte, e sirva para prestar servizos e non só axudas económicas, xa que pola contra fracasaría nas súas intencións.

Dende o ámbito do traballo social na intervención social coas persoas que padecen alzhéimer e outras demencias, remarcar a importancia de traballar a nivel interdisciplinar en colaboración co resto de profesionais que poñen atención a estes pacientes, establecendo programas de atención individualizada e integral que responda ás súas necesidades particulares, marcando obxectivos específicos de cada área e comúns a todas para a consecución dunha mellora na calidade de vida e do benestar social destes.

Ademais das actuacións propias coas persoas usuarias, o traballador social está en permanente contacto con diferentes organismos públicos e institucións para comunicar cantas incidencias sexan oportunas ou para a xestión de trámites necesarios. Tamén é moi importante a comunicación coa familia, xa que son eles os que van ter a última palabra, os cales teñen que tomar as decisións que resulten máis idóneas.

A disciplina do traballo social é unha amálgama de coñecementos de diferentes áreas que fan que permita traballar moitos aspectos e unha mesma vez. En concreto o traballo social con enfermos de alzhéimer obriga a desenvolver un dinamismo e unha axilidade insospeitada, por imprevisible que sexa cada situación particular.

É por todo o anteriormente salientado, que dende o traballo social desexo facer un convite a seguir pensando e reflexionando, aplaudindo os logros alcanzados nos últimos anos, pero ao mesmo tempo coa mirada posta no moito que queda por facer.

Isto é un dos grandes retos de toda a sociedade, e en concreto da política social do século XXI.

BIBLIOGRAFÍA

- Acarín, N. (2010). *Alzhéimer: Manual de Instrucciones*. Barcelona: RBA
- Álvarez, C. (2002). *El Alzhéimer*. La enfermedad y su entorno. Madrid: Eneida.
- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer da Coruña (AFACO). (2006). *Alzhéimer: un reto de presente y futuro*. A Coruña: Afaco.

- Bermejo, F. (Coord.). (2004). *Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia*. (2.ª ed.) Madrid: Díaz de Santos.
- Blanco, C. (Coord.). (2008). *Modelo de Centro de Día para atención a personas con enfermedad de Alzhéimer*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso).
- Confederación española de Asociaciones de familiares de personas con Alzhéimer y otras Demencias. (2011). "Asociaciones". Pamplona. CEAFA. Recuperado o 30/04/ 2011 de <http://www.ceafa.es>
- Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. (2001). *Plan Galego de persoas maiores 2001-2006*. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Servizos Sociais. (Xunta de Galicia)
- Diario Libre. (2009) "Noticias: Universidad de Navarra" República Dominicana. Omnimedia. Recuperado día 25/09/2013 de <http://diariolibre.com/noticias>.
- Diario de Navarra. (2011). "Noticias" Pamplona. Grupo La Información. Recuperado o 6 /05/2011 de <http://diariodenavarra.es>
- Díaz, M., Doménech, N., Elorriaga, S., Ortiz, A., Pérez, M. y Sendagorta, B. (1997). *En casa tenemos un enfermo de alzhéimer*. (8.ª ed.) Bilbao: Federación española de Asociaciones de familiares de enfermos de alzhéimer.
- Federación de Asociaciones Gallegas de Enfermos de Enfermos de Alzhéimer y otras Demencias (Fagal). (2007). *Guía para cuidadores de enfermos de Alzhéimer*. Betanzos: Fagal.
- Federación de Asociacións Galegas de Enfermos de Alzhéimer e outras Demencias (Fagal). (2011). *Manual de formación para cuidados en el entorno familiar de personas con demencia*. Santiago de Compostela: Consellería de Traballo e Benestar (Xunta de Galicia).
- Galicia. 2008. Decreto 19/2008, do 7 de febreiro, polo que se crea a Rede Galega de Centros de Día de Atención Social para Persoas con Alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas". *Diario Oficial de Galicia* 036: 2766-2771, 27 de abril de 2011
- Hidalgo, A. (Coord.). (2010). *Trabajo Social con enfermos de Alzhéimer y sus familias*. Reflexiones y sugerencias. A Coruña: Netbiblo.
- Inforesidencias.com. 20112. "Documentación". Recuperado o 3/06/2013 de <http://inforesidencias.com>
- Lei orgánica 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado* 299: 44142-44156. Artigo 2. Consulta 30 /07/ 2013

- Martínez, A. (2009). *El Alzhéimer*. Madrid: Consello Superior de Investigacións Científicas (CSIC).
- Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade. *Informe Anual del Imsero 2012*. (2012). Instituto de Maiores e Servizos Sociais.
- Morales C. (2013). *Diagnóstico Alzheimer, estadísticas*. Recuperado 03/09/2013 de <http://www.alzheimeruniversal.eu>
- Muñiz, R. (2004). *Benvida maldita vellez*. Ames: Laiovento.
- *Revista de Neurología*. (2011). "Noticias". Barcelona. Viguera Editores. Recuperado o 2 / 05 / 2011 de <http://www.revneural.com>
- Selmes, J. e Antoinés, M. (2003) (5.ª Ed.). *Vivir con... la enfermedad de Alzhéimer*. Madrid: Meditor.
- Senk, D. (2002). *El Alzhéimer*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Subdirección Xeral de Programa de Atención Sociosanitaria. (2003). *Preguntas arredor do Alzhéimer*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Vila, J. (1999). *Guía práctica para entender los comportamientos de enfermos de Alzhéimer*. Barcelona: Octaedro.
- Vinet, A. (2010). *Maragal Vs. Alzhéimer*. Barcelona: Cromosoma.
- Woods, B., Portnoy, S., Jefe, D., & Jones, G. (1992). *Reminiscencia y revisión de la vida con personas con demencia: ¿qué camino seguir?* En BML-Miesen e GMM Jones (Eds.). *La prestación de cuidados en la demencia*. Londres: Routledge.
- Zapico, H., Rodríguez, X., Barreiro, R., Pena, M. y Fernández, A. (Coordi-nadores). (2009). *El Alzhéimer y otras demencias en Galicia*. Una visión interdisciplinaria. A Coruña: Toxoutos.