

ASOCIACIONES VALENCIANAS  
DE AFECTADOS DE

ARTRITIS



LUPUS

P  
A  
Z  
  
Y  
  
F  
E  
L  
I  
C  
I  
D  
A  
D

Boletín nº 4 - Año 2006 -  
ejemplar gratuito



# AVALUS

ASOCIACIÓN VALENCIANA  
DE AFECTADOS DE LUPUS  
Telf. 676.059.792 - 645.473.939  
E-mail: [lupusvalencia@terra.es](mailto:lupusvalencia@terra.es)  
Web: [www.felupus.org/valencia](http://www.felupus.org/valencia)

## JUNTA DIRECTIVA

### Presidenta:

Isabel Colom Mogort

### Vicepresidenta:

Francisca García López

### Secretaria:

Juana Venancio Morales

### Tesorera:

Ana Cebrian Valero

### Vocales:

Asunción Fons Ortells

Josefina Olmeda Vallés

Macrina Beltran Piqueras

# AVAAR

ASOCIACIÓN VALENCIANA DE  
AFECTADOS DE ARTRITIS  
Telf. 606 . 716 . 825  
E-mail: [artritisvalencia@hotmail.com](mailto:artritisvalencia@hotmail.com)  
Web: [www.avaar.com](http://www.avaar.com)

## JUNTA DIRECTIVA

### Presidente:

Joan F. López Palau

### Vicepresidente:

Amparo Gilarbert Marco

### Secretario:

Ruben Aguado Tronchono

### Tesorero:

Dolores Bosch Alos

### Vocales:

Genoveva Quesada Fernandez

Manolo Alabarta Ortiz

Amparo Martínez Saldaña

### Redacción y Dirección:

Junta directiva de AVALUS y AVAAR  
C/ Alboraya, 18, pta. 13-B  
46010-VALENCIA

**Colabora:** Justo Domínguez López

**Ejemplar gratuito**

**Impresión y maquetación:**

Digital Gráfico C. B.

**Deposito Legal:** V-1920-2005

# EDITORIAL

*Ya se a próxima las Fiesta de Navidad y Año Nuevo, y con este boletín queremos acercarnos a todos vosotros para Felicitaros y presentaros como es habitual cada semestre las actividades que hemos desarrollado, y animaros a que asistáis más a ellas ya que las realizamos para vosotros y necesitamos vuestra colaboración.*

*El pasado mes de Noviembre cumplimos 10 años como asociación, y queremos celebrarlo en el Año Nuevo con una Jornada Informativa muy especial.*

*Queremos recordar a los socios de Lupus que ya pertenecemos a la FEDERACIÓN NACIONAL DE LUPUS, por ese motivo adoptamos como miembro de la FEDERACIÓN el logo de la misma pero conservamos el mismo nombre, asociación Valenciana de Afectados de Lupus – AVALUS-.*

*A todos, socios, familiares, amigos, y sobre todos a los colaboradores de AVAAR y AVALUS, que el AÑO NUEVO venga con Salud, Paz y trabajo.*

## FELICES FIESTAS

# SUMARIO

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Pag. 2</b>
<b>ECOGRAFIA E INFLAMACIÓN</b>	<b>Pag. 6</b>
<b>SINDROME DE SJÖGREN</b>	<b>Pag. 7</b>
<b>NOTICIAS DE INTERES</b>	<b>Pag. 7</b>
<b>VACUNAS</b>	<b>Pag. 7</b>
<b>PIERNAS CANSADAS</b>	<b>Pag. 10</b>
<b>NUEVO FARMACO EN EL LUPUS</b>	<b>Pag. 11</b>
<b>LOS ESTROGENOS EN EL LUPUS</b>	<b>Pag. 12</b>
<b>LA MEMORIA Y EL OLVIDO</b>	<b>Pag. 14</b>

# ACTIVIDADES 2006

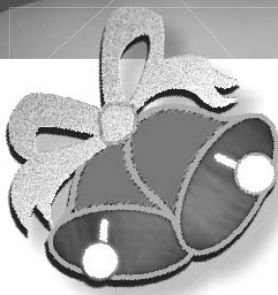
## GRUPOS DE AYUDA MUTUA

Los días 19 de Septiembre y 31 de Octubre, en la Biblioteca del Centro de Salud TRINIDAD DE LA CALLE Flora, 7 de Valencia, se realizaron unos Grupos de Ayuda Mutua (GAM).

Los Grupos de Ayuda Mutua son grupos de personas que comparten un problema o situación y se reúnen para intentar superarlo y para conseguir cambios en su vida diaria, con la consiguiente repercusión en sus ámbitos familiares y sociales.

Estos grupos, coordinados por Dña. Gabriela Pérez, psicóloga, enfatizan la interacción personal y la asunción individual de responsabilidades por parte de sus miembros, los cuales participan voluntariamente.

Si te interesan, las sesiones de los Grupos se van a interrumpir hasta el mes de Marzo. Te mantendremos informado del día de inicio de los Grupos.



# ACTIVIDADES 2006

## EXCURSIÓN A ALICANTE

La Conselleria de Benestar Social organiza todos los años un “Plan de Actividades de Ocio”, subvencionado por BANCAIXA y gestionada por FEAPS Comunidad Valenciana, en la que por el precio de 6 € (en esta excursión) incluía la entrada, comida, transporte y seguro de viaje. Y solo con presentar el certificado de minusvalía.



Este año como novedad nos ofrecían el Museo Arqueológico de Alicante (MARQ), y quisimos aprovechar esta ocasión para acercarnos a Alicante y conocer a los socios de esta provincia. La excursión tuvo lugar el día 21 de Octubre. Salimos a las 8:00 h. desde la calle Alboraya, 18 como de costumbre, por ser nuestra dirección oficial. Llegamos a las 10:00 h., y recogimos



a los socios de Alicante. Antes de entrar al Museo almorzamos.

El Museo Arqueológico de Alicante (MARQ) es uno de los principales referentes del patrimonio arqueológico de esta provincia, y ofrece una exposición de vanguardia que combina una buena muestra de piezas arqueológicas con el uso de potentes medios audiovisuales. Esta visita fue con guía, que muy amablemente fue contestando a las preguntas.

Si salir del recinto del Museo, y al terminar la visita pudimos comer en el restaurante un excelente menú. Después de descansar y antes de emprender el regreso a Valencia, visitamos el Puerto de Alicante y su famoso Paseo bajo la sombra de las palmeras.

Fue un día muy agradable, con un temperatura excelente, en la que los socios y familiares disfrutaron con la conversación y el intercambio de vivencias, que todos agradecemos.



## II JORNADA NACIONAL DE ARTRITIS

Este año la II Jornada Nacional de Artritis, se llevo a cabo en Valencia, el día 30 de septiembre. La Jornada dio comienzo a las 11 horas, en el Salón de Actos de la Delegación de la ONCE. Ante los asistentes, enfermos de artritis, amigos y familiares se desarrollaron las siguientes ponencias:

“**Evidencias que sustentan los tratamientos de la Artritis**” por el **Dr. Antonio Gracia. Medico Reumatólogo del Hospital de Sagunto**. En esta ponencia el Dr. hace un repaso por las pruebas diagnosticas que permiten responder a la **pregunta de ¿Quién tiene Artritis?** Tras definir la enfermedad y los métodos de control de los grados en los que esta se puede presentar, realiza un repaso por los diferentes tratamientos a disposición del Reumatólogo, como se tienen que aplicar y la importancia que tiene hacer un seguimiento del estado del paciente para conseguir una remisión de la enfermedad manteniendo controladas posibles complicaciones.

A continuación la **Dra. Inmaculada Calvo de la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Infantil de la Fe de Valencia**, desarrollo la charla:

“**Lo que vimos y lo que veremos. Pasado, presente y futuro en las Artritis**”.

Primeramente realiza una descripción de lo que sabemos de las Artritis y de como ha pasado de considerarse una enfermedad benigna ha demostrarse que es una enfermedad grave y muy invalidante que necesita ser diagnosticada y tratada en sus periodos iniciales.

Posteriormente realiza un repaso a los distintos tratamientos que se han ido aplicando, terminando su

charla con una mirada al futuro de posibles terapias genéticas (Auto trasplantes de Medula--explicado esto en un artículo del boletín anterior de AVAAR) y mayor conocimiento a nivel genético que podría llevar a conocer desde el primer momento como va a evolucionar una Artritis y a que tratamientos responderá mejor.

En tercer lugar intervino la **Dra. Cristina Veguer, Medico de Familia del Centro de Salud Trinidad**, que hizo un repaso de como se forma un medico de **Atención Primaria**, cual es la visión que puede tener del **paciente con Artritis** y de la problemática que se padece desde la Artritis Primaria para poder realizar un tratamiento adecuado al paciente. También enumeró **tareas pendientes** que quedan a realizar a nivel de profesionales sanitarios y administración para hacer frente a este tipo de **enfermedades crónicas**.

**Dña. Lorena Oltra Camps, enfermera del Hospital de Día del Hospital de Sagunto**, hizo una charla centrada en la educación sanitaria al paciente: “**Educación de Enfermería a tratamientos con Artritis**”.

Explico como las distintas terapias alternativas pueden ayudar o perjudicar en la enfermedad y de la importancia de una dieta adecuada al enfermo crónico.

Finalmente **Dña. Isabel Torres Gromada, afectada y socia de AVAAR**, hizo un relato de cómo ha vivido ella la enfermedad y de lo importante que es **una mentalidad positiva** además de contar con el apoyo de la familia en estos casos.

La Jornada fue de alto nivel médico-informativo para pacientes, los asistentes pudieron comentar todas sus dudas a los ponentes, el debate resulto enriquecedor para todos los participantes.



# **ECOGRAFÍA E INFLACIÓN EN AR: UNA HERRAMIENTA YA IMPRESCINDIBLE PARA EL REUMATÓLOGO**

## **VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA CON LA ECOGRAFÍA DE ESCALA DE GRISES Y LA ECOGRAFÍA CON DOPPLER.**

E Naredo G, Bonilla, F, Gomero J, Usón, L, Carmona, A  
Laffon Ann Rheum Dis 2005; 64:375-381.

En los últimos años sea producido un gran esfuerzo, del que sin duda ha participado la SER, para introducir ecografía en la practica clínica cotidiana de los reumatólogos, en la evaluación de la patología inflamatoria y de partes blandas. El artículo de E. Naredo y cols, del Hospital de la Princesa de Madrid, contribuye a ello.

Los autores de este estudio, comparan en 94 pacientes con artritis reumatoide (AR) la valoración clínica de la actividad inflamatoria con la evaluación mediante ecografía de escala de grises y ecografía con power Doppler (PD).

Los índices clínicos de dolor e inflamación fueron evaluados por dos reumatólogos de forma independiente, llegado a un consenso tras evaluación de 60 articulaciones en cada paciente un tercer reumatólogo desconociendo los datos clínicos, realizó el estudio ecográfico, valorando la presencia de derrame articular, sinovitis y señal de PD, en grados de 1a 3. Un cuarto reumatólogo evaluó la fiabilidad interobservador de los estudios ecográficos. Se calculó un índice de recuento articular de 28 articulaciones para variables clínicas y ecográficas.

La ecografía mostró de forma significativa mayor número de articulaciones con derrame (media: 15.2) y presencia de sinovitis (media: 14.6) que la exploración clínica (media: 11.5,  $p<0.05$ ). Se demostró correlación entre el índice de recuerdo articular para dolor e inflamación, presencia de derrame articular por ecografía, sinovitis y señal de PD. El estudio en

28 articulaciones se correlacionó con el de 60, para la presencia de derrame, sinovitis y señal de PD. Los hallazgos ecográficos se correlacionaron mejor con el resultado de PCR y VSG que con medidas clínicas. La fiabilidad interobservador fue mayor para los hallazgos ecográficos que para la evaluación clínica.

La conclusión de los autores fue la ecografía es un método sensible para la evaluación de la actividad inflamatoria de la AR, complementaria a la valoración clínica.

Sin duda ha habido en los últimos años grandes avances en el tratamiento de la AR. Sin embargo, uno de los grandes retos para el reumatólogo en la AR ha sido pasar de la evaluación subjetiva del clínico a una evaluación basada en datos objetivos (DAS28, índices ACR, HAQ, etc), con repercusiones a la hora de tomar decisiones en el tratamiento. No obstante, en un número no despreciable de pacientes apreciamos un deterioro lento articular, con aparición de nuevas erosiones, a pesar de no detectar actividad clínica o analítica probablemente por la presencia de inflamación/sinovitis larvada, subclínica o de bajo grado. Es en este aspecto donde la ecografía, especialmente la PD, puede ser de gran importancia y por tanto ser una herramienta imprescindible para el reumatólogo.

En este excelente estudio, entre otros aspectos, queda demostrada la ventaja de la ecografía respecto a la exploración para detectar actividad inflamatoria en pacientes con AR. Por otra parte, se refleja que la evaluación en 28 articulaciones es suficiente, aunque este mismo grupo ha publicado posteriormente un estudio donde demuestran que es suficiente evaluar con ecografía un grupo de 12 articulaciones en la AR. ( Clin Exp Rheumatol 2005;23:881-884).

Como comentan los autores, la ecografía tiene enormes ventajas, incluso respecto a la RM: barata, realizable en el número de articulaciones que se precise y repetir o comparar cuando sea necesario, la presencia de prótesis no interfiere con las imágenes y finalmente, una muy importante, la podemos utilizar los propios reumatólogos “a pie de camilla” con el objetivo de tomar decisiones terapéuticas para conseguir en lo posible el control o la remisión de la AR.

Dr. José Rosas



## SÍNDROME DE SJÖGREN:

### lágrimas artificiales con hialuronato sódico, las más eficaces

LR.- Dr. José Rosas.

En la mayoría de los pacientes con ojo seco la base del tratamiento actual sigue siendo el uso de lágrimas artificiales. Hoy en día contamos con diversos tipos de lágrimas artificiales, que difieren tanto en su composición del agente hidratante (carmelosa, alcohol polivinílico, ácido hialurónico, etc), como de la presencia o no de conservantes y de la presentación, en frasco de dispensación o en monodosis. Las características de las lágrimas artificial ideal debe ser aquella que sobre la superficie ocular, consiga un tiempo prolongado de permanencia y que sea lo menos tóxicas posibles.

El grupo de oftalmología de la Unidad de Superficie e Inflamación Ocular, del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, ha publicado recientemente un artículo en el que comparan en 30 pacientes (60 ojos) con ojo seco de diversas etiologías, la eficacia de 5 gotas diarias durante 1 mes, de lágrimas artificiales con hialuronato sódico al 0.15 % sin conservantes, frente a lágrimas artificiales

con alcohol polivinílico y cloruro de benzalconio como conservante.

En los resultados, en ambos grupos no se obtuvo mejoría en la prueba de Schirmer. Sólo en los pacientes que recibieron lágrimas artificiales con hialuronato sódico al 0.15 %, encontraron una mejoría significativa en los datos subjetivos, mediante cuestionario y en los resultados de la tinción con rosa de bengala y tinción de fluoresceína. Esto último indicaría que sobre el epitelio corneal, con frecuencia dañado en los pacientes con ojo seco, además el hialuronato sódico tendría una acción protectora.

Por tanto, las lágrimas artificiales con hialuronato sódico puede ser de gran utilidad para el tratamiento del ojo, siendo superior a otros hidratantes como el alcohol polivinílico.

*Artículo origen:* Vico E, Quereda A, Benítez del Castillo JM, Fernández, García Sánchez J. Estudio comparativo entre el hialuronato, sódico al 0.15% y el alcohol polivinílico como tratamiento para el ojo seco. Arch Soc Esp Oftalmol. 2005;80:387-394.

## NOTICIAS DE INTERÉS

### VACUNAS

#### los anti-TNF no disminuyen la respuesta a la vacuna antineumocócica

INFLUENCIA DEL METOTREXATE, ANTI-TNFS Y PREDNISOLONA EN LOS NIVELES DE ANTICUERPOS ALCANZADOS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA POLIVALENTE CON 23 POLISACÁRIDOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

*Kapetanovic MC, Saxne T, Sjöholm A et al. Rheumatology 2006;45:106-111.*

Los autores pretenden comparar la respuesta a la vacuna antineumocócica polivalente de 23 polisacáridos (Pneumovax©) en personas sanas y en pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con anti-TNF, metotrexate o una combinación de ambos. Para ello se vacunó a 47 personas sanas. De los pacientes 149 pacientes con AR vacunados 37 recibían metotrexate, 50 eran tratados con anti-TNF (infiximab o etanercept) y 62 con anti-TNF sólo o en combinación con otros fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) como sulfalacina (4), azatioprina (5), antimaláricos (2), oro oral (2) y ciclosporina (1). Se midieron los niveles de IgG frente a los polisacáridos capsulares del neumococo 23F y 6B.

Los resultados muestran que los niveles de anticuerpos aumentan en todos los grupos. Los pacientes

vacunados en tratamiento con anti-TNF sin metotrexate muestran mejor respuesta que los tratados con anti-TNF y metotrexate ( $p=0,037$  para el 23F y  $p=0,004$  para el 6B), o metotrexate sólo ( $p<0,001$  tanto para 23F como para 6B). El tratamiento con prednisolona no tiene influencia en la respuesta. Los pacientes tratados con metotrexate presentan la menor respuesta a la vacuna.

Los autores concluyen que el tratamiento con metotrexate disminuye la respuesta a la vacuna antineumocócica, y que en cambio los pacientes tratados con anti-TNF tienen una respuesta similar al grupo control. Por ello la vacuna antineumocócica no esta contraindicada en pacientes tratados con anti-TNF. Los pacientes con AR presentan un aumento de incidencia de infecciones atribuido a los cambio inmunes de la propia enfermedad y a los diferentes tratamientos utilizados. La infección por *Streptococcus pneumoniae* conlleva una importante morbimortalidad en la población general, y la vacunación frente a ella se ha mostrado eficaz en su prevención. Sin embargo, no disponemos de datos que demuestren que la vacunación de pacientes con AR disminuya la incidencia de infecciones por este germen. Además, en estos pacientes siempre subyace el temor de que los cambios que provocan las vacunas en el sistema inmune puedan desencadenar un brote de la enfermedad. Tampoco está claro si la respuesta inmune frente al neumococo será suficiente en estos pacientes inmunodeprimidos. El presente artículo contesta parcialmente

a la segunda duda, los niveles de anticuerpos aumentan en todos los grupos, si bien se desconoce cuales son los niveles adecuados para alcanzar protección. También se desprende del estudio que el mejor momento para la vacunación es antes de iniciar tratamiento con metotrexate, pues es este fármaco el que más altera la respuesta.

En definitiva, en estos momentos no hay datos que indiquen que la vacuna antineumocócica pueda ser beneficiosa para los pacientes con AR tratados con inmunosupresores. Sin embargo, cuando se utiliza el metotrexate es recomendable la vacunación previa.

*Dr. José Ivorra*

## **LINEA 900 GRATUITA SOBRE LUPUS.**

La Federación Española de Lupus gracias a la colaboración de la Fundación La Caixa va a poner en funcionamiento una línea 900 para la Atención sobre el Lupus Eritematoso.

A través de esta línea se pretende ofrecer un número gratuito único para la información y atención a los afectados y sus familiares, con amplia cobertura de horario y con el efecto multiplicador que ofrecen los recursos ofrecidos por las entidades miembros y por la propia Federación.

## **EL BUZÓN DEL PACIENTE DE “LOS REUMATISMOS”, EN LA WEB DE LA SER.**

En la web de la SER ya se pueden consultar algunas cuestiones que los pacientes plantean y los especialistas responden en la sección “Los pacientes preguntan” de la revista “Los Reumatismos”. Se ha comenzado por colgar preguntas sobre artritis reumatoide, pero poco a poco irán apareciendo de otras patologías. Es una iniciativa coordinada por los doctores José Rosos y José Ivorra.

## **OTRAS WEBS DE INTERES.**

[www.cuidatushuesos.com](http://www.cuidatushuesos.com) Web dedicada a la osteoporosis que incide en la importancia de la Vitamina D para ayudar a fijar el calcio en los huesos y contribuir el deterioro y riesgo de fracturas.

Sus secciones explican básicamente qué es la osteoporosis, a qué médico acudir, cuáles son las fracturas más comunes qué tratamientos se suelen aplicar y cuánto tiempo dura. Titula un apartado como “la epidemia de la Osteoporosis” para hablar de su importancia como causante de incapacidad y fallecimiento o la insuficiente conciencia social, asesoramiento y prevención sobre el tema. Incluye un sencillo cuestionario para estimar el nivel de riesgo de osteoporosis de cada persona.

[www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/arthritis.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/arthritis.html) Área Artritis de la sección Temas de Salud de la prestigiosa enciclopedia médica virtual Mediline, en su versión en castellano.

Proporciona información y recursos mediante últimas noticias, artículos, consejos, preguntas frecuentes, diagnósticos, síntomas, glosario de términos, tratamientos, medicamentos, terapias alternativas, nutrición, rehabilitación, manejo de la enfermedad, etc.

Puedes acceder a otras “mini.web” temáticas relacionadas, como las de Artritis Reumatoide; Artritis juvenil; Gota y Seudogota; Osteoartritis; y Huesos, Articulaciones y Músculos

[www.felupus.com](http://www.felupus.com) Podrás entrar en la web de la Federación Nacional de Lupus y estar al día de las noticias sobre el Lupus, y hacer preguntas sobre el Lupus. Entrar en el FORO y el CHAT, para comunicarte y ponerte en contacto con enfermos de España y de otros países.

## **UN LEGADO QUE NOS ACOMPAÑARÁ SIEMPRE**

El Día 26 de Julio, a la edad de 53 años, murió el doctor José Font, jefe del Servicio de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Clínico y del grupo de investigación en estas enfermedades de L'INDIBAPS. Había nacido el 5 de Marzo de 1953 en Barcelona, donde estudió en la Facultad de Medicina de Barcelona (a unos 10 minutos escasos a pie desde su casa) y se especializó en Medicina Interna en el Hospital Clínico. El 1995, organizó junto con los Drs. Miguel Ingelmo y Ricardo Cervera, el Servicio de Enfermedades Autoinmunes, centro pionero en Europa dedicado especialmente a la asistencia clínica, la docencia, la investigación y la divulgación de estas enfermedades. En menos de 10 años, este Servicio se ha convertido en un referente nacional e internacional y ha creado escuela, un modelo de trabajo, que se ha estado reflejando en el establecimiento de diversos centros de características similares en Europa y América Latina, muchos de éstos liderados por médicos que han hecho sesiones formativas en nuestro servicio.

Un aspecto muy importante de su vida profesional, fue la tarea de investigación, y contribuyó de modo destacado al mejor conocimiento de las enfermedades complejas como el Lupus Eritematoso Sistémico y los Síndromes Antifosfolípidos y Sjögren. También hizo difusión de estas enfermedades y editó más de una docena de libros, como las Guías de Prácticas Clínicas para el Diagnóstico y el Tratamiento de las Enfermedades Autoinmunes, que van ya por la tercera edición. También organizó actividades destacadas como la VI Internacional Conference on Systemic Lupus Erythematosus, el V Meeting of the European Forum



on Antiphospholipid Antinbodies o los cursos anuales de postgrado Ten Topics in Autoimmune Diseases and Rheumatology, que han llegado a la novena edición. Pero su tarea de investigación no se limitó al mundo científico, sino que se dirigió muy especialmente a los pacientes y fue un promotor destacado de la Asociación Catalana de Lupus Eritematoso Sistémico.

El doctor Font murió cristianamente en “su casa”, el Hospital Clínico, acompañado en todo momento de sus padres y compañeros, amigos y discípulos que se había ganado a lo largo de su vida, desgraciadamente corta de duración, pero intensa y fructífera en contenido. Fue víctima de una grave enfermedad que el mismo se había diagnosticado, hace apenas tres meses. Contra ésta luchó incansablemente hasta la última semana, pero también supo convivir con ella de manera ejemplar, ya que continuó trabajando hasta 5 días antes de su traspaso, atendiendo las consultas, revisando trabajos de investigación incluso preparando nuevos proyectos. Aunque ahora no está físicamente entre nosotros su recuerdo permanecerá imborrable y su legado nos acompañará siempre.

Desde la Asociación Valenciana de Afectados de Lupus queremos hacer un reconocimiento a la labor realizada por el Dr. Font en la investigación sobre el Lupus.

## PRESENTACIÓN DE UN LIBRO

El pasado 27 de Septiembre de 2006 a las 19 h. en el Centro Cívico de Puerto de Sagunto se hizo la presentación del libro **“TE LO CUENTO A TÍ”**, escrito por Francisca C. Berenguer Gómez. La presentación fue a cargo de D. Antonio Matáix, Dña. Carmen Martínez y D. Daniel Carrillo.

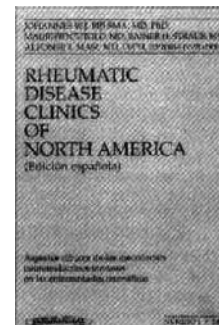


En el libro su autora, socia y afectada de la Asociación Valenciana de Afectados de Lupus, nos cuenta en poemas y cuentos su vivencia con el Lupus, un Lupus que lo ha padecido desde pequeña sin saberlo, muy común en muchos casos de Lupus. Paqui como le gusta que la llamemos, quiere con este libro dar esperanzas a los afectados de Lupus, ya que como ella misma dice: “el valor y la fuerza para seguir adelante dependen de uno mismo”. Enhorabuena y que sigas escribiendo, te lo deseamos desde la Junta de AVALUS.

## OTROS LIBROS DE INTERES

Enfermedades reumáticas: profundizando en los mecanismos neuroendocrinos.

Los aspectos clínicos de los mecanismos neuroendocrinos inmunes en las enfermedades reumáticas conforman el tema que aborda el número 1-2005 de la edición española de “Rheumatic Disease Clínicas of North America” (Editorial Médica Panamericana).

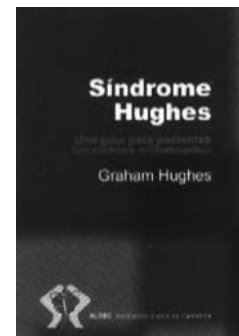


El libro incluye un amplio contenido de materiales que analizan aspectos tan sugestivos como los avances en el tratamiento con glucocorticoides (básicamente nuevos compuestos esteroides y manejo de la toxicidad), estrógenos y artritis (llamamiento a la prudencia en la administración de estrógenos exógenos a las pacientes con enfermedades autoinmunes), neurotransmisores, simpáticos en la inflamación articular, disfunciones en el sistema nervioso autónomo en las enfermedades reumáticas, aspectos neurogénicos de la inflamación, control del dolor mediante la actuación sobre las vías neurogénicas, ritmos circadianos y artritis, interacciones neuroendocrinas inmunes en el Lupus Eritematoso Sistémico, estrógenos y neuropéptidos en el fenómeno de Raynaud...

## **Novedosa descripción del Síndrome Hughes (antifosfolipico) a cargo de su descubridor.**

Al igual que sucede con cualquier máquina delicada, el cuerpo humano puede verse afectado profundamente por las alteraciones del suministro de sus materiales vitales. Cuando la sangre muestra una tendencia a coagularse en exceso tiene el potencial de interrumpir el aporte de oxígeno que recibe cualquier órgano corporal.

En 1983 el Dr. Graham Hughes y su equipo descubrieron el Londres un síndrome caracterizado por trombosis (tanto en extremidades como en órganos internos), cefaleas, pérdida de memoria, ictus y, en mujeres embarazadas, trombosis placentaria y abortos recurrentes.



El síndrome, conocido ya en todo el mundo como de Hughes o antifosfolipídico, es más frecuente de lo podría pensarse. Tanto, que es responsable, por ejemplo, de hasta uno de cada cinco casos de ictus en personas jóvenes. Por fortuna, esta afectación tiene tratamiento.

El presente libro, valiosa iniciativa editorial de la Asociación Lupus de Cantabria, con la ayuda del Gobierno de aquella comunidad autónoma, ofrece la primera descripción en profundidad para pacientes del síndrome, a cargo del propio Dr. Hughes.

## PIERNAS HINCHADAS

Es un padecimiento muy frecuente, al que no se le da la importancia que merece y que puede obedecer a muchas causas. Es más común en el sexo femenino.

El primer punto a considerar es la necesidad de saber por qué se hinchan las piernas; es decir, averiguar la causa. Los especialistas indican que si la hinchazón o el edema es duro, posiblemente tenga origen linfático. Si es blando (basta apretar un poquito para que quede la huella de nuestra presión), el origen, entonces puede ser venoso. Una primera afirmación que debe hacerse es que no todas las piernas hinchadas manifiestan un problema venoso aunque, en todo caso, el aparato circulatorio sí está implicado. Y no tiene por qué ocurrir en las dos piernas. Lo normal es que una se hinche más que la otra. Sólo si la causa está en una flebitis bilateral, puede formarse el edema en ambas extremidades. Por qué aparece el problema.

Las causas pueden ser varias. Como explica el doctor Miguel Ángel Santos Gastón, puede deberse a una insuficiencia en la eliminación del riñón; al no eliminar éste la totalidad de agua y sal aumenta el volumen de plasma (retención de líquidos). En personas que toman cortisona se produce un proceso similar. Es posible también que haya una fuga de líquidos de los capilares a los tejidos, cosa que puede ocurrir, por ejemplo, cuando hay un déficit de proteínas. El doctor Santos explica que esto se vio claramente en la Segunda Guerra Mundial, ya que los soldados tenían una dieta baja en proteínas con mucha sal, motivo por lo que la retención de agua era alta. En las primeras inspecciones se hablaba de soldados "gruesos", cuando realmente eran soldados "hinchados".

También esa fuga de líquidos de los capilares a los tejidos puede darse cuando hay un número de proteínas en los espacios extravasculares, como se produce en los edemas inflamatorios y alérgicos, y cuando hay una excesiva presión venosa, como cuando una persona que tiene insuficiencia venosa vascular permanece muchas horas de pie. Por la misma razón, se observa también en quienes padecen varices o en personas que hayan padecido flebitis.

### Mantenerlas en forma.

Qué debe hacerse.

- Acudir al especialista vascular para que prescriba el tratamiento oportuno, que normalmente se basa en vasos protectores o tónicos de la vena, además de una correcta higiene postural.
- Parece que el mejor sistema es el de la compresión con media o calcetín o venda.
- También se aconseja la gimnasia anti-estancamiento, elevar los pies en la cama, balneoterapia, drenaje linfático manual,...

Qué lo puede provocar.

- Problemas de tipo general. Como cardíacos, del hígado, de tipo hormonal, por deficiencia del

funcionamiento del riñón, por alergia o por una postura inadecuada prolongadamente.

- La insuficiencia valvular. Ésta se acentúa en verano y disminuye en invierno. Cuando se está mucho tiempo de pie o en la misma postura aumenta la hinchazón, que va disminuyendo poco a poco al caminar. En clima seco o frío mejora, pero crece en los climas húmedos. Se reduce al acostarse y aumenta en el día.
- El linfedema o edema de origen linfático. Por oclusión de los canales linfáticos que tenemos debajo de la piel. El edema no cambia aunque modifiquemos la postura. La pierna, normalmente sólo una, adquiere forma cilíndrica, la hinchazón es permanente y la piel está seca.

Consejos prácticos.

- 1- Es beneficioso tumbarse dos o tres veces al día para reducir la hinchazón. Conviene colocar las piernas a una altura superior al nivel del corazón.
- 2- No se aconseja la exposición al sol y a las altas temperaturas, ya que provocan síntomas de cansancio y pesadez en las piernas.
- 3- Se recomienda ducharse con agua templada y acabar con un chorro de agua fría en las piernas.
- 4- Masajearse los pies u las piernas al aplicarse cremas adecuadamente siempre de abajo arriba; del tobillo al muslo.
- 5- Levantar las piernas cuando se esté sentada, evitar cruzarlas durante mucho tiempo y dormir con las piernas un poco elevadas.

Realizando estos sencillos ejercicios, lograras mejorar la circulación de tus piernas. Es aconsejable hacerlos por la mañana durante cinco minutos cada uno.

Extraído de la revista DIEZ MINUTOS n° 2.852



## NUEVO FARMACO EN EL LUPUS

### **Lymphostat-b alcanza fase III con especialidad para el Lupus**

El producto se denomina Lymphostat-B e ingresó formalmente en la Fase III de desarrollo. Es un medicamento para el tratamiento del Lupus, una patología que afecta muchísimo más a mujeres que a hombres. De ser aprobada, sería la primera droga en 40 años en salir al mercado.

El Lupus no es una enfermedad hereditaria, aunque existe predisposición a padecerla. El propio organismo fabrica proteínas anormales (anticuerpos), que actúan sobre componentes de la misma persona provocando inflamación. Los anticuerpos suelen dirigirse a diferentes partes del organismo y provocar síntomas en los lugares donde se depositan. Aquellas personas que lo poseen, suelen tener lesiones en los riñones, en el sistema nervioso, en la piel o, incluso en las articulaciones, semejando la enfermedad a la artritis reumatoide.

La biotecnológica Human Genome Sciences anunció que su medicamento para el tratamiento del lupus,

conocido por Lyphostat-B comenzará hacia fines de año los estudios de Fase III del producto. La especialidad provoca mucha expectativa, ya que sería la primera droga en llegar a las farmacias en 40 años.

Los actuales medicamentos para combatir el Lupus son de escasa utilidad, y la comunidad científica se encuentra muy interesada en el producto, ya que en etapas clínicas tempranas demostró reducir fuertemente la patología.

La especialidad está siendo desarrollada en conjunto con Glaxosmithkline, quien se sumó tiempo después de que algunos científicos de Human Genome hicieran públicos el descubrimiento de Lymphostat-B en 1999.

La droga tardará aún varios años en llegar al mercado, pero la cartera de productos de Human Genome podría beneficiarse al año próximo con la aprobación de un producto para el Ántrax y Albuferon, una droga para la hepatitis C desarrollada con Novartis.

*Extraído de [www.felupus.org](http://www.felupus.org)*

## NUEVA INDICACIÓN DE RISEDRONATO PARA PREVENIR FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS

### **EL 50% DE LAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS SE PRODUCEN DURANTE LA OSTEOPENIA**

Risedronato – Acrel. Dispone ya de una nueva indicación para la prevención de la osteoporosis, además del tratamiento de la enfermedad para lo que ya estaba autorizado.

Según el estudio “los límites de la Densidad Mineral Ósea para la intervención farmacológica a la hora de prevenir fracturas”, (Siris et al. Arch Intern Med. 2004 May 24), el 50% de las fracturas osteoporóticas se producen durante la osteopenia. Por cada reducción en la densidad mineral ósea de 1 DE (desviación estándar) en mujeres osteopénicas, el riesgo de sufrir una fractura vertebral se multiplica por dos. En el caso de nuevas fracturas vertebrales el riesgo se multiplica por cinco, y la morbilidad a cinco años de un 40%. Las fracturas vertebrales representan un factor predictivo de la aparición de otras deformidades vertebrales o fracturas en otros segmentos esqueléticos. Por esta razón se insiste en la necesidad de actuar antes de que se produzca esa primera fractura. En el tratamiento previo a la menopausia en pacientes con riesgo debe hacerse hincapié, además de aumentar la masa ósea, en la necesidad de optimizar la calidad del hueso y reducir el riesgo de fracturas.

### **MÁS EXACTITUD EN LA MORFOMETRÍA**

Las radiografías simples siguen siendo un elemento fundamental en el diagnóstico de la fractura; sin embargo, hay una gran variabilidad en la morfología del cuerpo vertebral tras una fractura. Un innovador programa informático, MorphoX-press permite diagnosticar con mayor claridad, y más precozmente, si se trata de fractura vertebral, sólo aplastamiento, pequeñas deformidades...

El programa informático ha sido desarrollado por Procter & Gamble e ImagenMetrics, y permite semiautomatizar el proceso de morfometría vertebral a partir de radiografías simples laterales de columna digitalizadas.

La propia máquina efectúa el análisis de la imagen y, a continuación, el operador puede manipularla para corregir los puntos que no han sido correctamente localizados.

*Extraído de la revista “Los Reumáticos” nº 16*

# TRATAMIENTO ESTROGÉNICO EN EL LUPUS

## SEGURIDAD DE LOS ESTRÓGENOS EN EL LUPUS

Hace unos años, con motivo de la celebración de unas jornadas de nuestra asociación, tuve la oportunidad de hablar sobre el empleo de los tratamientos estrógenicos (hormonas femeninas) en pacientes con lupus. En ese momento, al contrario de los que se había defendido, se advertía sobre la posibilidad de usar estos medicamentos en el lupus. La idea anterior de que los estrógenos eran peligrosos para las pacientes con Lupus derivaba del conocimiento que en su día se tenía de las características de la enfermedad. El Lupus es una enfermedad que afecta especialmente al sexo femenino, de forma que 9 de cada 10 pacientes son mujeres, y en la mayoría de los casos, 80%, la enfermedad empieza durante los años fértiles de su vida, que coinciden con los de mayor producción de estrógenos. Además, los resultados obtenidos en estudios de experimentación animal y en otros estudios observacionales llevados a cabo en pacientes con Lupus, hicieron pensar que los estrógenos significaban un riesgo para desarrollar la enfermedad y también podían suponer un peligro de activación del proceso en pacientes que ya lo padecían. Se pensaba entonces que el embarazo, periodo durante el cual la mujer, de forma fisiológica, produce mayor cantidad de estrógenos, conlleva también un riesgo de empeoramiento de la enfermedad. Sin embargo, admitiendo que la mujer tiene más posibilidades de padecer el Lupus cuando está expuesta a los efectos de los estrógenos, dichos estudios, especialmente los realizados en humanos, fueron de escasa calidad y, en consecuencia, poco informativos sobre la realidad de las cosas. Ahora sabemos que las evidencias que relacionaron los estrógenos y el Lupus no eran todo lo consistentes que deberían, por lo que, al menos en referencia a los preparados en la actualidad como anticonceptivos orales (AO) o en la terapia hormonal sustitutiva (THS), es dudoso que sean capaces de ser responsables del inicio de la enfermedad o activar un brote grave del proceso.

Recientemente, el grupo SELINA (Safety of Estrogens in Lupus Erythematosus, National Assessment), compuesto por 5 grupos de trabajo de USA, y que inició sus trabajos hacia 1996, ha publicado los ensayos clínicos en los que se ha evaluado la posible influencia de los estrógenos en la evolución del Lupus. En

el primer estudio, compararon dos grupos de pacientes con Lupus: uno de ellos recibió THS durante un año y el otro no recibió tratamiento alguno (solo tomaban un placebo, con el objeto de no verse influidos a la hora de referir los problemas que se pudieran presentar por el hecho de participar en el estudio). Los pacientes del grupo de tratamiento con THS presentaron algo más frecuentemente brotes leves o moderados de la enfermedad, pero no hubo diferencias significativas por lo que respecta al número de brotes graves (aquellos que suponen un peligro para la vida del paciente o la integridad de sus órganos vitales). En el segundo estudio, compararon también dos grupos de mujeres con Lupus: el primer grupo recibió una combinación de estrógenos y progesterona y el segundo grupo un placebo. Al final del seguimiento que se prolongó durante un año, no observaron diferencias en el número de brotes graves entre ambos grupos. Por otra parte, en un estudio desarrollado, también recientemente en México por el grupo del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, se compararon tres grupos de mujeres con Lupus: uno que recibía AO que incluía estrógenos y progestágenos, otro que recibía AO con solo progestágenos y un tercero al que se le colocó un dispositivo intrauterino de cobre. Tras un año de seguimiento no se observaron diferencias en la actividad de la enfermedad entre los tres grupos de comparación.

**En conclusión**, en mujeres con Lupus de baja actividad, que no tienen niveles elevados de anticuerpos anticardiolipina, el uso de estrógenos como AO y en la THS no parece tener riesgo importante de representación de brotes graves de actividad de la enfermedad.

## ♀ TRATAMIENTO HORMONAL DE MUJERES CON LUPUS EN LA POSTMENOPAUSIA

En la actualidad, la edad media de las mujeres con Lupus se sitúa por encima de los 40 años, década de la vida en la que, de forma natural, se deja de ovular –lo que se traduce en la pérdida de la menstruación, proceso que los médicos denominan menopausia. Además, en el caso de que se hayan recibido tratamientos con ciclofosfamida, se añade la posibilidad de una anticipación en la fecha de la menopausia, por la acción de este medicamento. Con la llegada de la menopausia y el final de su vida fértil, la mujer deja de producir

estrógenos, factor muy importante para mantener una adecuada masa ósea (la disminución de dicha masa ósea por debajo de niveles razonables, es decir, aquellos que conllevan un mayor riesgo de tener fracturas óseas, se denomina osteoporosis). Otro efecto protector de los estrógenos en la mujer parecía ser su acción frente a la arteriosclerosis, las enfermedades cardíacas y vasculares cerebrales (ECV) empiezan a presentarse en las mujeres a partir de los 55 años, 10 más tarde que los hombres. Se pensaba, entonces, que este efecto protector observado en las mujeres, era debido a la acción de los estrógenos sobre el metabolismo de las grasas del organismo. No obstante, se nuevo podemos ver que los resultados iniciales obtenidos de estudios de no suficiente calidad, no parecían mostrar la realidad tal y como es: los estudios posteriores, controlando mejor los factores que pueden determinar una inadecuada interpretación, como son las características socio-económicas de los sujetos del estudio, parecen demostrar que la THS en mujeres posmenopáusicas en realidad es contraproducente en este sentido. Por otra parte, existen otros factores responsables de osteoporosis y ECV en las pacientes con Lupus. Se suele desaconsejar a las pacientes la exposición al sol, que en condiciones normales colabora en la producción de la vitamina D, necesaria para un correcto mantenimiento de la estructura de los huesos. Además, más de la mitad de las pacientes con Lupus son tratadas con corticoesteroides, medicamentos que disminuyen la masa ósea al desequilibrar el balance entre la formación y destrucción de los huesos. Los corticoesteroides son también responsables de arteriosclerosis, en este caso a través de diferentes mecanismos, incluido el desarrollo de hipertensión arterial, modificaciones de la composición de los lípidos de la sangre, con aumento del colesterol total y los triglicéridos, así como aumento de la glucosa en sangre y cierta tendencia al aumento del peso. Otros factores que se presentan en el Lupus, y que son causa de lesión de los vasos sanguíneos, incluyen la existencia de anticuerpos antifosfolípidos y, en general, las lesiones básicas de la enfermedad que son especialmente de naturaleza vascular. En consecuencia, el Lupus es una enfermedad que directamente o indirectamente predispone a la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular (ECV), cuyas complicaciones más importantes son las fracturas óseas ante traumatismos mínimos y los problemas cardíacos y vasculocerebrales. Ambos procesos, osteoporosis y ECV, se han visto asociados en mujeres postmenopáusicas y también en pacientes con Lupus, implicándose a la respuesta inflamatoria,

tan característica de la enfermedad, como posible factor común. El THS, compuesto de estrógenos y progestágenos, podría compensar intensidad, y con más dudas, la aterosclerosis acelerada que se presenta en las pacientes con Lupus. El problema para las enfermas son los posibles efectos adversos derivados de este tratamiento. En el momento actual resulta bastante difícil decidir sobre la mejor actitud a seguir. La THS mejora los síntomas característicos de la menopausia (sofocos, mareos, sudores nocturnos, sequedad vaginal, uretritis, insomnio, cambios de humor y depresión). Además, en múltiples estudios de calidad científica se ha demostrado que los estrógenos aumentan la masa ósea y disminuyen el número de fracturas óseas en las mujeres que reciben THS, así como disminuyen la frecuencia de cáncer de colon y recto. Ya se ha comentado que el aparente efecto protector de la THS en la postmenopausia sobre la ECV no es tal, al menos durante el inicio del tratamiento, de forma que la THS puede ser responsable del desarrollo de cardiopatía isquémica durante el primer año, así como enfermedad cerebral tromboembólica.

De forma similar, de los resultados de algunos estudios iniciales se dedujo que la THS en mujeres postmenopáusicas conseguía una mejor situación cognitiva (funciones intelectuales), pero posteriormente se ha podido demostrar que en realidad sucede todo lo contrario. En muy clara contraposición, existen datos indicativos de que el tratamiento con estrógenos sin progestágenos aumenta la frecuencia de cáncer de endometrio, siendo más marcado el efecto cuanto más tiempo madurado la THS. También se ha podido demostrar que el tratamiento con estrógenos en la postmenopausia aumenta el riesgo de padecer trombosis venosa profunda, especialmente en el primer año de tratamiento. Existe bastante seguridad sobre la existencia de un riesgo aumentado de padecer cáncer de mama en mujeres que utilizan THS, especialmente cuando lo hacen durante periodos prolongados, superiores a cinco años. Por último, se ha podido observar también un mayor riesgo de inflamación de la vesícula biliar (colecistis) y la necesidad de ser sometida a la extirpación de dicho órgano, entre mujeres postmenopáusicas que han recibido THS durante largos periodos de tiempo.

Puede entonces concluirse que, por lo que se refiere a la THS, actualmente no se recomienda su utilización en la población general de mujeres postmenopáusicas, lo que puede aplicarse también a las pacientes lúpicas. El beneficio de la THS se limitaría a la resolución de los síntomas vasomotores, como los sofocos, y a la

prevención de la pérdida ósea y el número de fracturas, y con menos seguridad a la prevención del cáncer de colon y recto. En la medida en que disponemos en la actualidad de otras alternativas más recomendables para el manejo de la osteoporosis posmenopáusica, tal como los bisfosfonatos entre otros, no tiene sentido el uso de la THS en las pacientes con Lupus para el manejo de la osteoporosis. En la actualidad, no se recomienda el uso generalizado de la THS en la mujer postmenopáusica en general, y en la paciente lúpica en particular, sino que debe valorarse la situación de cada

paciente de forma individualizada e informarla sobre los posibles beneficios y perjuicios que conlleva su utilización.

*Dra. María Teresa Camps García, Dr. Enrique de Ramón Garrido,  
Dr. Iván López de Pedro  
Unidad de enfermedades Autoinmunes sistémicas.  
Hospital Regional Universitario "Carlos Haya" de Málaga.  
Extraído del Boletín nº 42 Sept-Oct. 2006*

## LA MEMORIA Y EL OLVIDO

*La memoria es la capacidad de registrar, retener y recordar. Sin la memoria, no seríamos capaces de ver, sentir, pensar, ni tendríamos identidad propia, porque somos lo que nuestros recuerdos nos hacen ser. No hay una sola memoria, sino muchas clases de memoria. Es por eso que algunas personas se acuerdan mejor de las cosas que ven, de otras de las cosas que sienten, etc...*

Entre las clasificaciones que hay, una de las más aceptadas es la que divide la memoria en tres sistemas principales, que son la **memoria sensorial**, **memoria a corto término** y **memoria a largo término**.

**La memoria sensorial** es la memoria necesaria para recordar alguna cosa que terminamos de sentir, de ver, de oler, etc...

**La memoria a corto término** es la que utilizamos cuando leemos un libro, para seguir una película, cuando retenemos un número de teléfono que nos terminan de dar, hasta que lo anotamos o lo marcamos, cuando nos dan un encargo, etc... Con esta memoria trabajamos constantemente.

**La memoria a largo término**, la información permanece y queda almacenada durante largo período de tiempo. Es la memoria de los acontecimientos que suceden en nuestra vida, de los conocimientos, y de los movimientos (el recuerdo de cómo se hacen las cosas). Así la información siempre está disponible pero no siempre es accesible debido a diferentes factores que influyen en nuestra memoria. Es por eso que a veces nos quedamos con la información en la punta de la lengua.

Actualmente, hay material necesario para afirmar que es a partir de los 50 años cuando nos quejamos por lo que hace la memoria. Nos referimos a los olvidos cotidianos (olvidar si hemos cerrado el gas, el nombre de alguna persona que nos terminan de presentar, donde hemos dejado las llaves, etc...)

**Es importante tener en cuenta que la memoria es una capacidad que podemos mejorar a cualquier edad.**

### PRÁCTICAS PARA MANTENER Y MEJORAR LA MEMORIA

Si olvidáis donde habéis dejado las cosas, recordad: "un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar". Y la cabeza sobre los hombros. Si a menudo olvidamos los nombres, recordad que podéis hacer servir la **repetición** para **registrar**, **retener** y **recordar** el nombre de la persona con quien, por ejemplo, habéis iniciado, y os disponéis a mantener, una conversación: No te desanimes ,Rosa ..., Ya nos veremos, Rosa ..., Es cierto, Rosa ...

Evitar el aislamiento social. Relacionaros con vuestros familiares, vecinos y amigos. Procurar interesaros más por la información relacionada con vuestro pueblo y al mundo. No os acostumbréis, a la escasez o ausencia de noticias.

Cuando os hablen, procurar escuchar además de oír. Intentar observar además de ver

Cuando os encontréis haciendo algo muy habitual, como cerrar el gas antes de salir de casa, o cerrar la puerta con llave, deciros con voz alta que estoy haciendo ( “ estoy cerrando el gas, estoy cerrando la puerta y guardando la llave en el bolsillo derecho ...”). “Sin atención, no hay recuerdo”.

Realizar ejercicios de estimulación mental como los siguientes:

- Seguir leyendo (prensa, revistas, libros...) y escribiendo (cartas, notas...) si lo hacíais con regularidad. En caso contrario, ahora es buen momento para comenzar.
- Hacer pasatiempos (palabras encruzadas, sopas de letras, buscar las diferencias, laberintos, etc.).
- Practicar juegos de mesa (cartas, ajedrez, parchís...). Podéis animaros a mantener y aprender nuevas actividades lúdicas y recreativas. Asistir a tertulias, coloquios, reuniones...

Hay que dejar descansar la memoria, olvidar también es necesario, y no tenemos porque recordarnos de todo, por eso están las agendas. Cuando os den un encargo o un mensaje, repetirlo hasta que lo hayas aprendido, o lo anotáis, recordar que en el transcurso del tiempo, el desuso o las interferencias pueden provocar el olvido.

Intentad ordenar las cosas siguiendo un criterio. En casa tenemos un montón de objetos, pero nada más hace falta saber que objeto es (cuchara) para recordar su sitio (cocina, al primer cajón). Si os cuesta recordar de lo que habéis comprado o lo que habéis colocado en una maleta, intentad agrupar la información con un criterio, un orden, por una característica común. Si vamos a comprar y necesitamos 10 productos, los podemos agrupar por droguería, horno, carnicería, etc.

Para llenar una maleta, puedo dividir los elementos en las siguientes categorías: neceser, zapatos, ropa de vestir, ropa interior, etc.).

No es lo mismo tener elementos esparcidos que grupos de elementos.

## FASES DEL PROCESO DE RECORDAR

Nos referimos a las tres fases de las tres “R”: Registrar, Retener y Recordar. Cada una de estas fases puede verse afectada por diversos factores.

En la fase de **Registro** de la información es necesario que estemos prestando atención, ya que sin atención no hay recuerdo. Es importante el repasar y la elaboración de la información para pasar a la segunda fase.

En la fase de Retención pueden tener influencia factores como ahora el tiempo transcurrido entre el momento de registrar la información y el recuerdo de esta. Supuestamente, a más tiempo, menos recuerdo, todavía que no siempre se produce de esta forma, dado que, a veces tenemos algún recuerdo de hace muchos años y, no obstante, nos cuesta recordar que comimos ayer.

También influye el tipo de actividad realizada después de registrar la información; si la actividad es muy parecida, aparecerán más interferencias (no es lo mismo estar escuchando la radio y, a continuación, atenderé una llamada telefónica, que estar escuchando la radio y irse a hacer la comida).

A demás, si asociamos información nueva con alguna conocida, el recuerdo será mucho más grande.

En la fase de **Recuerdo** (extraer la información y reproducir los aspectos de la experiencia aprendida) puede ser el factor de más importancia que puede repercutir al intentar recordar cual es la dependencia contextual. En algún momento hemos ido a buscar alguna cosa en una habitación de nuestra casa y, cuando entramos, no sabemos a qué hemos ido a buscar; al regresar, al mismo sitio donde estábamos anteriormente, nos damos cuenta de qué buscábamos.

**El olvido** se puede producir por fallos en cualquiera de las tres fases de la memoria (debido a alguna distracción, situaciones de ansiedad, depresión, aislamiento...), por el desuso (algo que no hacemos asiduamente), por interferencias (información nueva que nos impide recordarnos de lo anterior) y por represión de sucesos desagradables.

No obstante, hay que tener en cuenta que olvidar, a veces, también es necesario.

*Dña. Yolanda Rodríguez Auñón, . Psicóloga, diplomada en Gerontología por la Universidad de Valencia*

# ATENCIÓN PERSONALIZADA

## EN PUERTO DE SAGUNTO:

Centro de Especialidades "Virgen del Puig"  
Los martes de 17:00 h. a 19:00 h. Móvil: 645.871.386

## EN VALENCIA:

Centro de Salud "TRINIDAD" C/ Flora, 7  
Primer miércoles de mes de 17:00h. a 19:00h. Móvil: 676.059.792 – 606.716.825

## EN ALICANTE:

Lugar sin confirmar.  
Los jueves de 17:00 h. a 19:00 h. Móvil: 630.614.696



# ACERCATE, TE PODEMOS AYUDAR

REALIZAMOS PARA LOS SOCIOS Y FAMILIARES:

- GRUPOS DE AYUDA MUTUA
- ASESORAMIENTO SOCIAL Y SANITARIO
- CHARLAS PSICOLÓGICAS
- CONFERENCIAS DIVULGATIVAS
- VISITAS INSTITUCIONALES POR VALENCIA
- JORNADAS Y FINES DE SEMANA EN BALNEARIO



**ARTRITIS:** 606.716.825 – 96.362.60.70



**LUPUS:** 645.473.939 - 676.059.792

**BOLETÍN PATROCINADO POR:**

