

EDITORIAL

Queridos Amigos:

En esta revista presentan nuestros Médicos Neurólogos, dos temas que son importantes plantearnos como enfermos de ELA y de sus familiares, por ellos se ha creído conveniente tratarlos para que se este mejor informado ante la toma de decisiones.

A propósito de toma de decisiones nuestra Tanatologa, nos ofrece un análisis de factores y caminos para tomar decisiones que les puede ser de utilidad.

Así mismo le damos a conocer el Decálogo del Paciente de la Asociación Valenciana, que sería importante tratar de vivir en el.

El 25 de Junio próximo con el apoyo del Actor Odin Dupeyron, se presentara una obra teatral en monologo, con un tema muy aleccionador y esperamos recaudar fondos económicos que mucho nos faltan.

Reciban nuestro cariño de siempre.

Armando Nava Escobedo
Presidente Fyadenmac

CONTENIDO:

La ELA y sus problemas respiratorios	1
Evaluación y predicción de resultados exitosos en la colocación de sonda de alimentación en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica	2
Tomar decisiones, una necesidad de los pacientes con ELA y sus familiares	5
Decálogo del paciente con ELA	7
Agradecimientos	8
Colaboradores	9

La Esclerosis Lateral Amiotrófica y sus problemas respiratorios

Por Dr. Hugo Morales Briceño

Varios grupos musculares están involucrados en la respiración normal. Estos son llamados músculos respiratorios e incluyen los músculos de la lengua, la faringe, el paladar, cuello, tórax, abdomen y diafragma.

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) siendo una enfermedad neurodegenerativa progresiva afecta a estos músculos de la respiración.

Muchas veces la debilidad relacionada a la ELA causa dificultad para aclarar las secreciones de las vías respiratorias. Cuando esto pasa se acumulan secreciones y son más propensos a infecciones de vías respiratorias. Varios aparatos pueden ayudar a mejorar estas funciones. Por ejemplo un vaporizador puede emplearse para inhalar vapor con medicamentos para aclarar las flemas y poder expulsarlas con mayor facilidad.

Por otra parte, aunque la debilidad muscular en la ELA es progresiva en el curso de la enfermedad, muchos pacientes no se dan cuenta de los problemas respiratorios. Es importante para los médicos que atienden a pacientes con ELA, detectar tempranamente las dificultades respiratorias, ya que los síntomas respiratorios pueden desarrollarse en cualquier etapa. En el momento del examen físico, se deben de detectar cuales son los músculos débiles. La manera mas objetiva de evaluar la función pulmonar es mediante la espirometría, la cual mide la capacidad vital forzada, que mide el volumen total de aire que se puede exhalar. Esta prueba es muy sensitiva para detectar los cambios en los músculos respiratorios. Cada paciente durante el curso de su enfermedad debe de realizarse esta prueba. Cuando la capacidad vital forzada es menor del 50% de lo predicho el paciente necesita ya el apoyo de ventilación mecánica asistida.

Otro método mas sencillo de determinar problemas respiratorios es mediante la determinación de oxígeno por aparatos llamados oxímetros, los cuales estiman el porcentaje de saturación de la sangre. La mayoría de las personas al dormir tiene una saturación mayor de 90%, de manera cuando esta baja de este nivel es considerado anormal. Durante el sueño muchas de los problemas respiratorios aumentan, manifestándose como dolor capacidad vital forzada es menor del 50% de

lo predicho el paciente necesita ya el apoyo de ventilación mecánica asistida.

Otro método mas sencillo de determinar problemas respiratorios es mediante la determinación de oxígeno por aparatos llamados oxímetros, los cuales estiman el porcentaje de saturación de la sangre. La mayoría de las personas al dormir tiene una saturación mayor de 90%, de manera cuando esta baja de este nivel es considerado anormal. Durante el sueño muchas de los problemas respiratorios aumentan, manifestándose como dolor de cabeza al despertar, sueño excesivo durante la mañana, confusión mental y fatiga exagerada después de despertarse.

Quando ya es necesario utilizar ventilación mecánica asistida existe una manera de apoyar al paciente para su respiración sin que se le tenga que colocar una cánula dentro de su traquea. Esto se llama ventilación no invasiva, que funciona mediante la colocación de mascarillas sobre la nariz y boca, conectada a un ventilador que envía un volumen de aire cuando se realiza una respiración. La idea de usar este modo de ventilación es para mejorar la oxigenación y permitir un descanso de los músculos respiratorios mientras se usa durante la noche con duración 4 a 8 horas. Una vez empleados, el ventilador y la mascara se retiran después de despertarse.

Con el uso de la ventilación no invasiva se restablecen los niveles de oxígeno en la sangre, el patrón normal de sueño y mejora la calidad de vida de los pacientes con ELA.

De esta manera se recomienda que al detectarse estos problemas respiratorios los pacientes busquen estas opciones de tratamiento para mejorar su función pulmonar.



Evaluación y predicción de resultados exitosos en la colocación de sonda de alimentación en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica

Traducido por Dr. Luis Bermúdez Maldonado de: Beggs K, Choi M, Trabaos A. Assessing and predicting successful tube placement outcomes in ALS patients, *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 2010; 11: 203-206.

INTRODUCCIÓN

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neuromuscular degenerativa caracterizada por muerte de las neuronas motoras. Los pacientes con inicio bulbar presentan dificultades tempranas para el habla y la deglución, y aquellos con inicio en extremidades muestran debilidad asimétrica. La instalación de una sonda de alimentación puede mejorar el estado nutricional cuando estos pacientes se enfrentan con pérdida de las habilidades para deglutir y fatiga para alimentarse.

El Centro de Salud *Vancouver Coastal* para ELA en Canadá es una clínica aprobada por los Parámetros de Práctica para Atención de Pacientes con ELA de la Academia Americana de Neurología. Los parámetros establecen que las sondas de alimentación deben colocarse cuando aparecen síntomas tempranos de disfagia, cuando el cambio de peso es $< 10\%$ del peso corporal habitual y cuando la Capacidad Vital Forzada (CVF, principal medida de función respiratoria a valorar en pacientes con ELA) es $> 50\%$ de la esperada. Aunque la colocación temprana de la sonda se recomienda de rutina, frecuentemente los pacientes optan por posponerlo a etapas tardías de la enfermedad, ocasionalmente con malos resultados.

El objetivo de este estudio es determinar si un solo factor o la combinación de varios, como nutrición, habla y deglución, son predictivos de éxito en la colocación de la sonda de alimentación.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de enero del 2000 a enero del 2005 de pacientes con ELA en quienes se colocó sonda de alimentación. El protocolo fue aprobado por el comité de ética correspondiente. Se recolectaron los siguientes datos: demográficos, fecha de diagnóstico, fecha de muerte, tipo de inicio de la enfermedad (bulbar vs extremidades), estado respiratorio, cambio en el peso corporal y porcentaje de cambio del Peso Corporal Habitual (PCH), habla y deglución y sus puntuaciones según las tablas de severidad, tipo de sonda, fecha y tipo de procedimiento empleado para su colocación, complicaciones post-colocación, y estado respiratorio (independiente, ventilación no invasiva como la presión positiva bi-nivel de las vías respiratorias [Bi-PAP] y la CVF).

Se definió como resultado favorable la sobrevivencia un mes o más posterior a la colocación de la sonda. Se contó con resultados de **69 pacientes** de 82 posibles, los restantes 13 pacientes se excluyeron por tener datos incompletos. En la Tabla 1 se expone el resumen de los datos demográficos de los pacientes.

RESULTADOS

En 60 pacientes (87%) la colocación de la sonda de alimentación ocurrió sin complicaciones. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 63 años, y el peso promedio al momento de colocar la sonda fue de 63.1 kg. La **endoscopia** (método que en el que se introduce un tubo flexible con luz y video en la punta a través de la boca y se avanza hasta el estómago) fue el procedimiento más frecuente (84%) y la sonda colocada fue de **gastrostomía** (sonda que conecta el estómago con el exterior a través de un orificio en la pared abdominal) en el 89.9% de los casos. El 13% presentaron complicaciones que incluyeron aspiración (paso de secreciones digestivas a la vía aérea), infección, sangrado y peritonitis (inflamación de la recubierta de las vísceras abdominales y de la pared abdominal). Aproximadamente la mitad de los pacientes no requería apoyo ventilatorio, poco más de la tercera parte empleaba Bi-PAP y el resto estaba en ventilación a largo plazo. En 38 de los 69 pacientes no se tuvo información acerca de la CVF.

De los factores considerados para el resultado favorable de la colocación de la sonda de alimentación, como estado respiratorio, estado nutricional, puntuación de habla y deglución > 6 o ≤ 7 (10 como la mejor función) y número de indicadores afectados (0 a 1, 2 a 4), sólo el estado nutricional fue estadísticamente significativo (razón de momios 0.10, intervalo de confianza 0.02-0.46, $p = 0.003$). **Noventa y cuatro por ciento de las pacientes cuyo peso al momento de la colocación de la sonda fue mayor al 74% de su PCH sobrevivieron al menos un mes después de la cirugía, mientras que sólo el 58.3% de aquellos con menos del 74% de su PCH** (Tabla 2). (continúa Pág. 3)

Incluso después de ajustar otras variables como la edad al momento del procedimiento, género, duración y sitio de inicio de la enfermedad, complicaciones y sitio (centro de atención a pacientes con ELA u otro) donde se realizó el procedimiento, el estado nutricional siguió estando asociado de forma significativa con el éxito del mismo. La falta de datos sobre el CVF en 38 pacientes no permitió analizar la asociación con el resultado posterior a la colocación de la sonda.

Características	Promedio	Desviación estándar
Edad al diagnóstico (años)	63	13
Peso corporal habitual (kg)	74.8	16.9
Edad a la colocación de la sonda (años)	64	12
Peso a la colocación de la sonda (kg)	63.1	13.1
Características	No. de pacientes	(%)
Género		
Mujeres	37	53.6
Hombres	32	46.4
Tipo de sonda		
Gastrostomía	62	89.9
Gastroeyunostomía	5	7.2
No disponible	2	2.9
Colocación de la sonda		
Endoscópica	58	84.1
Radiológica	7	10.1
No disponible	4	5.8
Complicaciones de la sonda		
Ninguna	60	87
Aspiración	2	2.9
Infección	5	7.2
Sangrado	1	1.4
Peritonitis	1	1.4
Respiración		
Bi-PAP	26	37.7
Ventilados	6	8.7
Independiente	35	50.7
No disponible	2	2.9
Tipo de ELA		
Esporádica	68	98.6
Familiar	1	1.4
Inicio de la enfermedad		
Bulbar	39	56.5
Extremidades	30	43.5
Lugar donde se realizó el procedimiento		
Centro de ELA	16	23.2
Otro	53	76.8

Tabla 1. Datos demográficos de 69 pacientes con ELA. Traducido del artículo original

Nutrición	No. de pacientes	No. de colocaciones exitosas	% de éxito
≥ 74% PCH	50	47	94
< 74% PCH	12	7	58.3
No disponible	1	1	100

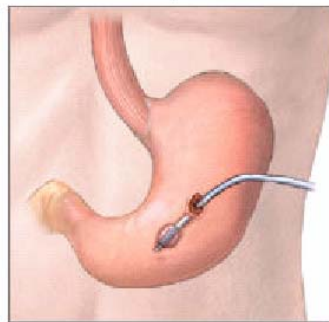
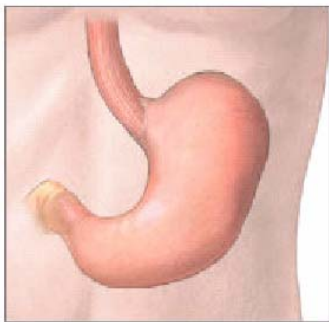
Tabla 2. Resultados exitosos de colocación de la sonda de alimentación según el estado nutricional mediante el porcentaje del Peso Corporal Habitual (PCH) en 69 pacientes con ELA, definido como sobrevivencia un mes o más después de la cirugía. Adaptado y traducido del artículo original.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Asistir a los pacientes para que tomen una decisión sobre su cuidado es un aspecto importante en el manejo de pacientes con enfermedades degenerativas. Una limitación de los estudios retrospectivos es la falta de algunos datos, que en el presente estudio se redujo de 82 a 69 pacientes, de los cuales 38 no contaban con determinación de CVF, ya sea por la falta de pruebas respiratorias en áreas rurales, rechazo a la prueba por parte de los pacientes y dificultad para hacer cierre completo de los labios para realizar la prueba (es necesario soplar enérgicamente en un tubo sin que existan fugas de aire entre éste y los labios).

Los hallazgos de este estudio indican que los pacientes que tienen pérdida de peso mayor al 26% de su PCH están en mayor riesgo de morir en los primeros 30 días post-procedimiento. Esta pérdida de peso es debida a la combinación de factores tanto por compromiso para la nutrición como por el rápido desgaste muscular por la progresión de la enfermedad. **Esto**

respalda la recomendación clínica de colocar de forma temprana sondas de alimentación en el proceso de la enfermedad para minimizar sus riesgos en pacientes que se consideran para alimentación alternativa. Por tanto, la recomendación de colocación de sonda para alimentación es una vez que el cambio en el PCH se aproxima al 10%.



Tomar decisiones, una necesidad de los Pacientes con ELA y sus familiares

Ttlla. María Eugenia Espinosa Esparza.

Tomar decisiones, es una acción que implica elegir entre dos o más alternativas, en función de resolver un problema o situación que se presenta, y ante lo cual cada individuo responde de forma diferente de acuerdo a su historia de vida, su personalidad, sus experiencias y por supuesto los aprendizajes derivados de todo esto, tomar una decisión se refiere al proceso entero de elegir un curso de acción.

De acuerdo al Diccionario de la lengua española © 2005 Espasa-Calpe: decisión es la resolución o determinación acerca de algo dudoso.

Otro autor (Hastie, (2001) comenta que las decisiones son combinaciones de situaciones y conductas que pueden ser descritas en términos de tres componentes esenciales: **acciones alternativas, consecuencias y sucesos inciertos**; es decir que debe elegirse una alternativa ante algo dudoso (que puede generar incertidumbre) y se espera un resultado específico (lo que sucederá) con la alternativa elegida y que tendrá consecuencias en el (los) individuo(s) que intervienen en la toma de decisión.

En los pacientes con ELA y sus familiares este proceso de toma de decisiones es un proceso constante ante los avances de la enfermedad, en aspectos directamente relacionados con las necesidades físicas cotidianas como: caminar, moverse, alimentarse etc., y que repercute en sus ámbitos psicológico, social y espiritual.

¿Usar bastón o no usarlo?, ¿usar andadera o bastón?, ¿utilizar andadera o silla de ruedas?, ¿qué alimentos consumir y como hacerlo, con cuchara, popote etc.? ¿salir o no salir de casa?, ¿acudir o no con amigos o familiares?; que aunque parecen situaciones "sencillas" de resolver, pero por las implicaciones psicológicas de pérdida que implican representa un desgaste emocional muy intenso tanto para los pacientes como para los familiares, y que les puede llevar a varios bloqueos que les impidan en un momento dado tomar las decisiones más adecuadas para coadyuvar a mantener calidad de vida tanto para el paciente como para ellos mismos.

Estas son algunas de las situaciones en que el paciente y/o sus familiares tienen que tomar decisiones.

Para moverse, para alimentarse, para comunicarse.

Ante procedimientos invasivos (gastrostomía y traqueotomía)

Para finiquitar asuntos legales (testamento, elección de servicios funerarios, voluntad anticipada, decisión de morir en casa o en hospital etc.)

Para integrar o no al paciente o familiares en la toma de decisiones con respecto a su atención.

Por lo tanto es importante reflexionar en algunos aspectos básicos sobre la toma de decisiones que pueda ser de ayuda para la comunidad de FYADENMAC .

El Dr. José Antonio García Higuera en su artículo "El proceso de toma de decisiones y de resolución de problemas" incluye datos mencionados en el modelo de D'Zurilla y Goldfried , donde intervienen dos variantes 1.-La orientación al problema y 2.-Una serie de pasos que configuran el proceso ideal para la resolución de problemas.

La orientación positiva al problema puede dar lugar a:

1. Ver los problemas como retos.
2. Ser optimista en el sentido de que los problemas tienen solución
3. Percibir que se tiene una fuerte capacidad para enfrentar los problemas.
4. Estar dispuesto a invertir tiempo y esfuerzo en su solución.

Una orientación negativa al problema implica ver los problemas como amenazas.

1. Creer que son insolubles.
2. Dudar de la propia habilidad para solucionarlos.
3. Frustrarse y estresarse cuando se encuentran frente a un problema.

De forma importante entonces, una orientación positiva al problema induce al sujeto a enfrentarse a él, mientras que la orientación negativa le prepara para evitarlo."

"El proceso de toma de decisiones sería encontrar una conducta adecuada para una situación en la que hay una serie de sucesos inciertos. La elección de la situación ya es un elemento que puede entrar en el proceso. Hay que elegir los elementos que son relevantes y obviar los que no lo son y analizar las relaciones entre ellos. Una vez determinada cual es la situación, para tomar decisiones es necesario elaborar acciones alternativas, extrapolarlas para imaginar la situación final y evaluar los resultados teniendo en cuenta la incertidumbre de cada resultado y su valor. Así se obtiene una imagen de las consecuencias que tendría cada una de las acciones alternativas que se han definido. De acuerdo con las consecuencias se asocia a la situación la conducta más idónea eligiéndola como curso de acción".

Es importante mencionar que no siempre los individuos responden siguiendo exactamente este proceso que sería el "ideal", y en ocasiones la toma de decisiones no se hace de manera consciente o se realiza sin llevar a cabo ningún plan, de forma impulsiva o en algunos casos de manera evitativa, porque se percibe como amenaza y no se cuenta con los recursos emocionales adecuados para enfrentar la situación que se presenta. Esto generará que las situaciones se vayan complicando. Cuando se actúa llevando a cabo el plan, se valoran los resultados obtenidos para determinar si son necesarias acciones posteriores y para aprender para el futuro.(Continúa Pág. 6)

Ante cada una de las situaciones mencionadas en que los pacientes con ELA y sus familiares tienen que tomar decisiones es necesario explorar ampliamente para identificar exactamente cuál es la situación real, cuál es la información que existe al respecto y como esta puede derivar en la visualización de alternativas con un plan específico que lleve a una esperanza real de solución de la situación.

“Hay varios factores, que son básicos en la toma de decisiones, y que nos pueden llevar a bloquearnos: la incertidumbre inherente a todo el proceso, la pérdida que toda elección conlleva, por que si elegimos ir hacia un objetivo X implica dejar otro, y además el riesgo a equivocarnos, fracasar y no lograr el objetivo propuesto. Hay personas que soportan muy mal la incertidumbre. Hay que recordar que esta debilidad, para algunos autores, es el factor fundamental que lleve al trastorno de ansiedad generalizada (Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston, 1998). La aceptación y exposición al caso peor es un camino terapéutico adecuado y eficaz para aprender a vivir con la incertidumbre.”

Olivia Villoria Quijada en su artículo “Bloqueos Psicológicos en la toma de decisiones” comenta “Los principales obstáculos o bloqueos psicológicos provocan perjuicios en todas las áreas vitales y, en especial, en el proceso de toma de decisiones. Son inconscientes, generalmente actúan juntos y se nutren unos a otros lo cual, no obstante, trae la ventaja de que al superar uno o varios de ellos se puede enfrentar a los demás. Incluye que de acuerdo a **Rubin (1986)** existen 17 bloqueos u obstáculos. .

1. Pérdida de contacto con los propios sentimientos:
2. Evitación de los problemas y de la ansiedad, con la finalidad de no experimentar sufrimiento:
3. Carencia de una escala de valores o conflicto de valores:
4. Escasa autoestima o falta de confianza en sí mismo:
5. Desesperanza, depresión y ansiedad:
- 6.- Idealización o imagen irreal del propio yo:
- 7.- Anulación del propio yo, dependencia de los demás y necesidad obsesiva de agradar:
- 8.- Búsqueda obsesiva del reconocimiento y del primer lugar:
- 9.- Perfeccionismo y afán de tenerlo todo:
- 10.- Esperanza de cosas mejores, anhelo de lo que no se tiene, desprecio por lo que se tiene, y vivir de ilusiones:
- 11.- Vivir en la imaginación:
- 12.- Temor al auto-desprecio que pueda generarse si se toma una decisión errónea:
13. Auto-reproches provocados por las exigencias desmedidas:
14. “Ceguera” ante las diversas opciones:
15. Temor y distorsión de la presión del tiempo:
16. Criterios erróneos:
17. Falta de integración interna o grave desorganización:

Y plantea la autora que si no se identifican, comprenden y exploran esos bloqueos no se podrá actuar en consecuencia para trascenderlos .y por lo tanto las decisiones se verán afectadas en virtud de que es casi imposible luchar contra un enemigo desconocido (como lo plantea Rubin)

En artículos posteriores se incluirán las descripciones que hace la autora de cada uno de los bloqueos, para mayor profundización y que los pacientes con ELA y sus familias cuenten con más información que fortalezca su toma de decisiones.

En resumen, el avance de la enfermedad ELA implica toma de decisiones para lo que es necesario:

- 1.-Clarificación de la situación problemática.
- 2.-Búsqueda de alternativas.
- 3.-Selección de la alternativa.
- 4.-Ponerla en práctica.
- 5.-Retroalimentación constante.

Y aunque pareciera un proceso lineal, no se debe olvidar tomar en consideración todos los factores que intervienen simultáneamente y que inciden unos en otros

6.-Para que las decisiones sean las más adecuadas es importante detectar y atender bloqueos psicológicos específicos que limiten dicha toma de decisiones.(por lo que se requiere ayuda profesional)

7.-La información objetiva, completa y oportuna en todos los temas requeridos con que cuenten los pacientes y sus familias, es fundamental para limitar procesos de miedo en la toma de decisiones responsables para el cuidado y atención de los pacientes y de sus familiares. Y se reconoce la necesidad de involucrar a la mayor cantidad de miembros posibles de la familia, ya que si se toman decisiones y no se comprometen todos los miembros es posible que la alternativa fracase, (resistencias al cambio y procesos de comunicación).

Bibliografía:

[Dr. José Antonio García Higuera](#) en su artículo “El proceso de toma de decisiones y de resolución de problemas”

D’Zurilla, T. J.; Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology, 78, 107-126

Olivia Villoria Quijada “Bloqueos Psicológicos en la Toma de Decisiones” Psicóloga, Magister Scientiarum en Psicología, Profesora Jubilada de la UCV :

“El proceso de toma de decisiones sería encontrar una conducta adecuada para una situación en la que hay una serie de sucesos inciertos”

DECALOGO DEL PACIENTE DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA DE LA ASOCIACIÓN VALENCIANA DE ELA EN ESPAÑA

1. No te empeñes en hacer todo aquello que ya no puedes, ni permitas que otros hagan lo que puedes hacer tu.
2. Adapta tu situación con ayudas técnicas que sustituyen a tus músculos afectados.
3. Organízate con aquellos que tengan problemas similares a los tuyos, aumentarás tu eficacia.
4. Selecciona actividades sensoriales o intelectuales que la enfermedad no limite, mantén tu actividad física todo lo que puedas sin cansarte.
5. Encuentra la manera de ser útil a quienes te rodean. La colaboración reduce el esfuerzo.
6. No permitas que la depresión, el abatimiento y la desgana te dominen empeoran tu estado y no conducen a nada.
7. Haz de la imaginación tu herramienta que te permita escapar del aislamiento que provoca la ELA y te una a los demás.
8. No te sientas inferior por ser diferente, reivindica tu derecho a ser feliz. Igual que cualquier ser humano.
9. Busca en tus particulares creencias la fuerza necesaria para seguir adelante descubrirás que lo mejor de ti no puede ser afectado por la ELA si tu no quieres.
10. No pierdas nunca la esperanza. Jamás nadie sano, pero alguien lo hará algún día ¿por que no tu ?

Agradecimientos Nuestros Patronos

Alarmas y Monitoreo Computarizado S.A. de C.V.

Arrevillaga de Nava Graciela

Biomerieux México S. A. de C. V.

Centrum Promotora Internacional S. A. de C. V

Clériga Montaña Juan

Consertec Consultores S. C.

Cortes Palacios Francisco

Cruz Gavilán Irma

Chávez Trejo Jorge

Enrique García-Formenti Rivero

Equipo Especializado Traducción S.A. de C. V

Escandón Julio.

Manzur de Nava Patricia

Materiales Industriales de México S. A. de C. V.

Nava Escobedo Armando

Nava Escobedo Gilberto Enrique

Perales Valdivia Elías

Quevedo Carmona José Antonio

Rivas Robles Maria Dinazar

Syspro Internacional S. A. de C. V.

Velásquez Montiel Maria Eugenia

Verdejo Cuenca José Luís

Vitarbol, A. C.

Vivanco Topete Jorge Everardo

Vives Sarmiento Luís

FYDENMAC – AMELA **COLABORADORES**

♦	ARMANDO NAVA ESCOBEDO	PRESIDENTE
♦	ANGELA IBARROLA DIAZ BARRIGA	DIRECTORA DE LA REVISTA
♦	VICTOR M. ZUÑIGA HERNANDEZ	EDITOR
♦	KARINA ORTEGA HERNANDEZ	TRABAJO SOCIAL
♦	LUIS BERMUDEZ MALDONADO	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA
♦	HUGO MORALES BRICEÑO	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA
♦	JOSEFINA MARTÍNEZ ORDAZ	ATENCIÓN A PACIENTES
♦	Ma. EUGENIA ESPINOSA ESPARZA	ATENCION TANATOLÓGICA
♦	GRACIELA NAVA ARREVILLAGA	ÁREA DE LUDOTECA
♦	CRISTINA MORENO RIVAS	ÁREA DE ADMINISTRACIÓN

**CUALQUIER DUDA QUE TENGAS HAZLA SABER A FYADENMAC – AMELA
“GENTE QUE AYUDA A OTRAGENTE”**

Atención a Pacientes
pacientes@fyadenmac.org

Donativos
administracion@fyadenmac.org

Atención Tanatológica
sicologico@fyadenmac.org

Área de Trabajo Social
trabajosocial@fyadenmac.org

***AGRADECEMOS A LAS PERSONAS QUE APARECEN EN LAS IMÁGENES POR
SU AUTORIZACIÓN***