

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas

Campaña Mercadeo Social. Enfermedad de Alzheimer.

Proyecto Integrador

**María Carolina Hernández Torres
María del Carmen Hidalgo Soria**

Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciadas de Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas

Quito, 12 de mayo de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO COMUNICACIÓN Y ARTES CONTEMPORANEAS

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Campaña de Mercadeo Social: Enfermedad de Alzheimer

**María Carolina Hernández Torres
María del Carmen Hidalgo Soria**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

María Gabriela Falconí

Firma del profesor

Quito, 12 de mayo de 2016

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: María Carolina Hernández Torres

Código: 00112780

Cédula de Identidad: 1720743507

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: María del Carmen Hidalgo Soria

Código: 00113108

Cédula de Identidad: 1719243139

Lugar y fecha: Quito, mayo de 2016

AGRADECIMIENTOS

María del Carmen Hidalgo Soria

Quiero agradecer a mi familia por apoyarme incondicionalmente en cada paso que he dado, en mis logros y fracasos, pues han sido un pilar esencial para conocer el significado de la perseverancia, el optimismo y la responsabilidad. Gracias por levantarme y darme la fuerza para lograr mis objetivos y seguir adelante.

También agradezco a el apoyo de mis amigas y amigos por acompañarme y apoyarme a los largo de este proceso. Al igual que el apoyo de maestros y profesionales en el tema que me permitieron sacar adelante este proyecto.

María Carolina Hernández Torres

En primer lugar quiero agradecer a mi familia por siempre apoyarme y guiarme cada paso que doy, por ser mi fortaleza y mi motor para superarme día a día. De igual forma quiero agradecer a todas las personas que formaron parte de este proceso, profesoras, compañeros y amigos que han hecho posible y me han acompañado en este logro.

RESUMEN

La presente investigación hace referencia a la enfermedad de Alzheimer en un contexto internacional y nacional, enfocándose principalmente en la importancia de la familia en el proceso de la enfermedad. Por esta razón nos planteamos el objetivo de dar a conocer a la sociedad quiteña cuales son las medidas, reacciones y cuidados para tratar a una persona con Alzheimer. Con este fundamento realizamos nuestra investigación enfocándonos en una recopilación de cifras, testimonios, entrevistas con fundaciones y expertos en el tema, etc.

ABSTRACT

This investigation makes reference to the Alzheimer illness in a national and international context. Primarily, it focuses in the importance of family for the illness treatment. For this reason, our goal is to inform the community of Quito about the different ways to take care of a person with Alzheimer. Our investigation was built based on testimonies, interviews an written data which was given by Alzheimer foundations and medical experts.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
ÍNDICE.....	6
ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE FIGURAS	9
DESARROLLO DEL PROYECTO	11
Clasificación de enfermedades neurodegenerativas.....	12
Enfermedad Neurodegenerativa Alzheimer.....	14
Historia.....	14
Presentación Clínica.....	15
Síntomas del Alzheimer.....	19
Factores de riesgo de la Enfermedad de Alzheimer.....	24
Diagnóstico	26
Tratamiento	27
Avances Científicos.....	30
Datos estadísticos sobre la Enfermedad del Alzheimer	31
Inclusión.....	36
Marco legal.....	37
Campañas Internacionales.....	42
MARCO NACIONAL	46
Estadísticas.....	46
Ley del Anciano.....	50
Políticas de Discapacidad en Ecuador.....	53
Enfermedades catastróficas	54
Diagnóstico en Ecuador.....	55
Tratamientos alternativos a nivel nacional	57
Fundaciones	60
Fundación TASE (Trascender con Amor, Servicio y Excelencia).....	61
Ancianato Feliz Hogar Rotary Club Quito Sur.....	62
Hogar Corazón de María.....	62
Patronato San José.....	62
Neuromedicenter.....	63
Club de la Memoria.....	64
Campañas Ecuatorianas.....	64
Campaña Ayúdanos A NO olvidar.....	65
La bisabuela tiene Alzheimer.....	65

Caminata 2K El Alzheimer no nos detiene	66
Mes del Alzheimer 2012.....	66
Alzheimer's.....	66
CAMPAÑA	68
Antecedentes	68
Justificación	69
Objetivos	69
Objetivo General de la Campaña.....	69
Objetivos Específicos.....	69
Composición del Logotipo	70
Tipografía.....	70
Público Objetivo.....	70
Fundación.....	71
Producto	71
Desarrollo de Campaña	72
Activación.....	72
BTL.....	72
Evento.....	73
Activismo.....	73
Cronograma de Actividades.....	74
Vocero.....	75
Resultados	75
Logros Académicos.....	75
Logros Sociales.....	76
Logros Mediáticos.....	76
Logros Económicos.....	77
CONCLUSIONES.....	78
BIBLIOGRAFÍA	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Prevalencia de personas con demencia a nivel mundial.....	33
Tabla 2: Prevalencia en relación geográfica.....	33
Tabla 3: Prevalencia por continente	35
Tabla 4: Prevalencia por Edad.....	36
Tabla 5: Normas Legales.....	38
Tabla 6: Adultos mayores 2010.....	47
Tabla 7: Causas de Defunción 2011	49
Tabla 8: Alzheimer vs Vejes	57
Tabla 9: Cronograma de actividades	75
Tabla 10: Rendición de cuentas.....	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Cerebro con Alzheimer	19
Figura 2: Fase ligera	21
Figura 3: Fase Moderada	22
Figura 4:Fase Severa	22

INTRODUCCIÓN

Ni más ni menos, perdí la memoria pero no a mi familia es una campaña enfocada principalmente en la enfermedad del Alzheimer, la cual tiene como objetivo generar conciencia en la sociedad sobre la importancia que tiene la familia cuando algún integrante de la misma sufre esta patología. Mediante una campaña de comunicación de mercadeo social buscamos llegar a un alcance mayor en la conciencia del público al que nos dirigimos, es decir a las familias con algún miembro con Alzheimer. El Alzheimer es conocido mundialmente como la pérdida de memoria pero esta enfermedad conlleva más aspectos como los cambios de personalidad, cambios en la forma de pensar, alteraciones en el lenguaje entre otros. Es considerada como una de las formas más comunes de demencia y afecta a gran parte de la población adulta. En el mundo cada vez más son las personas que se ven afectadas por esta enfermedad y en el Ecuador se estima que más de 80.000 individuos sufren de EA, sin conocer datos oficiales sobre la enfermedad pues existe la tendencia a un mal diagnóstico presentado como vejes o demencia senil en general, es por esta razón que esta investigación hace referencia a la situación actual del Alzheimer en el país y cómo los familiares enfrentan esta realidad.

DESARROLLO DEL PROYECTO

Enfermedades Neurodegenerativas

Partiendo de una comprensión específica del problema que se presenta en personas con enfermedades neurodegenerativas, en cerebro humano toman lugar complejos procesos eléctricos y químicos que nos permiten hablar, movernos, ver, recordad, pensar, sentir emociones y tomar decisiones. Dentro de un cerebro sano existen células que son nombradas como neuronas, las mismas que no se reproducen ni se regeneran. Estas neuronas se encuentran constantemente en comunicación, reciben mensajes que se continúan con descargas eléctricas que viajan hacia los axones al fin de esa neurona, estas descargas eléctricas liberan mensajeros químicos llamados neurotransmisores. Este circuito celular permite la comunicación dentro del cuerpo, una neurotransmisión sana es importante para el buen funcionamiento del cerebro. (Herrera, 2012) En otras palabras, en el cerebro humano existen alrededor de cien mil millones de neuronas y a partir del nacimiento el número de neuronas que se añaden al área cerebral es mínimo. A partir de esta premisa la principal característica de estas enfermedades es la muerte neuronal de diferentes regiones del sistema nervioso central (SNC). Esta muerte de neuronas se la relaciona con componentes inflamatorios y excitotóxicos. Tras la pérdida de neuronas en un área específica del cerebro se pueden ver afectados aspectos cognitivos y funciones motoras. Entendemos entonces que al no poder regenerar ni producir nuevamente las neuronas estas enfermedades se vuelven degenerativas, lo que en su efecto significa que disminuye la calidad del funcionamiento nervioso y como resultado con el paso del tiempo los síntomas de esta enfermedad empeoraran. Sin embargo hasta el día de hoy se desconocen las causas que provocan la pérdida neuronal.

La mayoría de estas enfermedades se deben a una “acumulación de agregados proteicos intra y extracelulares y degeneración neuronal progresiva en zonas específicas del

cerebro.” (Ramírez, 2008) Esta degeneración neuronal está muy relacionada a la edad del paciente, puesto que la vejez es una de las explicaciones para este deterioro. A diferencia de considerarse muerte por vejez hoy en día este deterioro progresivo de las neuronas es visto como una enfermedad, que a pesar de no saber sus causas exactas busca tratamientos que detienen los síntomas. Sin embargo no solo los mayores de la tercera etapa de vida puede verse afectados por estas enfermedades, esto no quiere decir que la esperanza de vida disminuya.

Como consecuencia de la degeneración, existen estructuras anatómicas superiores del sistema nervioso afectados en estas enfermedades, como son: “los ganglios basales, áreas orbitofrontal, perirrinal, entorrinal, fronto-temporal y parietal, la amígdala, el hipocampo y diversos sistemas que involucran receptores y sus neurotransmisores específicos, formando parte del sistema olfatorio algunas de estas áreas.” (Navarrete. E, Prospéro. O, Hudson.R, Guevara. R, 2001)

Clasificación de enfermedades neurodegenerativas

Dentro de estas enfermedades neurodegenerativas, están aquella que conllevan a la demencia del paciente por lo cual la siguiente clasificación consta en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales:

- Alzheimer
- Demencias por disfunción vascular
- Demencia por raumatismo cerebral o por otras enfermedades médicas
- Demencias inducidas por el consumo persistente de sustancias (Síndrome de Korsakoff)
- Demencia no especificada (Parkinson, Huntington, Pick, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob)

Con respecto a la etiología, esta multiplicidad de enfermedades que desencadena la neurodegeneración se da en casos de manera esporádica y se estudian cuestiones ambientales y genéticas para entender las causas de la patología. A pesar de esto se desconocen las causas que provocan esta pérdida y a su vez los síntomas de las mismas son diferentes.

Teniendo en cuenta que la aparición de síntomas en estas enfermedades depende de la zona del SNC afectada. Desde un punto de vista general se clasifican a los posibles síntomas resultantes de esta enfermedad dentro de los del control del movimiento, en donde los síntomas son temblores o rigidez en extremidades, reducción, lentitud o parálisis de movimientos, así como también repercutiendo en cuestiones del equilibrio. Dentro de las enfermedades neurodegenerativas existen aquellas que pueden ser relacionadas con problemas cognitivos que desembocan en la demencia, en la cual constan síntomas como el déficit de memoria, pérdida de juicio y desorientación. De igual manera algunos síntomas secundarios que se presentan en estas enfermedades según la prescripción son los trastornos de la alimentación, trastornos para la comunicación, insomnio, problemas urinarios, estreñimiento, , trastornos visuales, dolores neuropáticos, depresión y angustia, síntomas psicóticos, problemas de conducta que afectan al paciente tanto como los demás síntomas.

Con respecto a la cura o tratamientos, el objetivo principal es el mantenimiento o la estabilidad del paciente. Los avances médicos permiten retrasar o prevenir la aparición de los síntomas propios de las alteraciones de neurotransmisores.

En la actualidad no se disponen de tratamientos curativos de estos procesos por lo que los tratamientos actuales son básicamente sintomáticos para paliar los síntomas o aumentar la actividad de las neuronas supervivientes con el fin de minimizar los efectos clínicos del proceso degenerativo. (Nisa, 2009)

Todo esto con el propósito de prologar la vida de la persona que padece esta enfermedad de una manera en la que no se vea tan afectada y pueda continuar con su cotidianidad en la medida de lo posible.

Enfermedad Neurodegenerativa Alzheimer

El Alzheimer es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una demencia, la misma que es definida como “un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.” (OMS, 2015) Esta demencia como sabemos es una enfermedad progresiva característica de la edad adulta y que en sus últimas etapas conduce a un estado de discapacidad, y finalmente a la muerte.

Historia

Esta fue descrita por primera vez en 1906 por Alois Alzheimer tras analizar el cuadro clínico de una mujer de 51 años de edad llamada Auguste Deter con un tipo de demencia nunca antes analizado por sus 5 años de evolución. Alois Alzheimer estudió los tejidos de su cerebro tras su fallecimiento en el mismo año el doctor presentó su observación en donde describía a las placas seniles, ovillos neurofibrilares y cambios arterioescleróticos cerebrales. Este fenómeno fue descrito como “Una enfermedad grave característica de la corteza cerebral”. Fue en 1910 que se utilizó el término de enfermedad de Alzheimer en el Manual de Psiquiatría escrito por Kraepelin. (De la Vega, 2013) A pesar de que ya se la consideraba una demencia, la enfermedad de Alzheimer fue considerada como la demencia más común en 1970.

Otro dato a recalcar es que hasta 1990 la enfermedad de Alzheimer, ocupaba el lugar 44 en el listado global de causas de muerte prematura, mientras que en 2013 se la colocaba en la posición 29. Es decir que en 1990 el número de muertos era alrededor de 795 mil y en 2013 aumentó a 1.7 millones. (Rodríguez.E, Hinojosa.R, 2015). En 1996 la Administración

de Alimentos y Medicamentos (FADA) aprueba el primer fármaco para el tratamiento de la enfermedad conocido como Aricept.

Presentación Clínica

Analizando aspectos bioquímicos del Alzheimer, entendemos que se disminuyen los niveles de neurotransmisores como la acetilcolina, la misma que actúa en la transmisión de impulsos nerviosos y a su vez es parte crucial en el funcionamiento de la memoria; serotonina y dopamina que se los relaciona con el estado de ánimo. Del mismo modo el funcionamiento cerebral dentro de esta patología degenera las neuronas debido a dos agregados proteicos conocidos como ovillos neurofibrilares y placas seniles. Ubicados dentro de la neurona y en los espacios extracelulares respectivamente. Debemos entender entonces que “las proteínas como la β -amiloide causante de las placas seniles y de la proteína tau causante de los ovillos neurofibrilares.” (Carmona, 2012)

Los ovillos neurofibrilares están formados por los filamentos pareados helicoidales (PHFs), estructuras anómalas de la neurona, cuya presencia provoca serios trastornos en la actividad de ésta que la llevan a una pérdida de su capacidad de transmitir mensajes nerviosos, y finalmente al proceso neurodegenerativo. Se sabe que las neuronas que contienen ovillos neurofibrilares pierden su capacidad funcional, y muchas de ellas mueren por la presencia de residuos neuronales que contienen dichos ovillos en el cerebro de pacientes con la enfermedad de Alzheimer.

Por otra parte, las placas seniles son estructuras esféricas localizadas en el espacio extracelular donde desplazan las terminaciones nerviosas. Se trata de conglomerados anulares de cuerpos y prolongaciones neuronales degeneradas en torno a un depósito central...llamado β amiloide (β A). El β A depende de la ruptura enzimática de la proteína precursora de amiloide (APP). Tres enzimas son responsables de este proceso de ruptura. APP puede fragmentarse por acción de la α secretasa,

seguida de la acción de la γ secretasa. De manera que se genera fragmentos solubles de APP. Sin embargo, cuando sobre APP actúa en primer lugar las β secretasa seguido de la acción de γ -secretasa se libera los fragmentos de $A\beta(1-40)$ y $A\beta(1-42)$, poniéndose en marcha la ruta amiloidogénica. (Castro A. Martínez A. , 2006)

Las placas se forman cuando pedazos de la proteína llamada beta-amiloidea se agrupan. La beta-amiloidea viene de una proteína más grande que se encuentra en la membrana grasosa que rodea las neuronas. La beta-amiloidea es químicamente "pegajosa" y se acumula en las placas en forma gradual. La forma más dañina de la beta-amiloidea puede ser cuando se forman pedazos chicos en vez de las placas en sí. Los pequeños grupos pudieran bloquear las señales de célula a célula en las sinapsis. Pudieran, también, activar las células del sistema inmune que provocan inflamación y devoran células incapacitadas. (ALZ, 2016)

En otras palabras cuando se liberan fragmentos cortos de la proteína precursora de amiloide, se juntan o se adhieren haciéndose más grandes e insolubles causando toxicidad en el cerebro e interfiriendo con el funcionamiento de las neuronas. Los ovillos neurofibrilares constituyen la principal lesión intraneuronal y se encuentran en los cuerpos neuronales y dendritas apicales. Dichas estructuras anómalas de la neurona se forman principalmente a partir de tau ,una proteína asociada a los filamentos que forman el citoesqueleto neuronal.

En condiciones normales de la neurona, la proteína tau juega un papel fundamental en la modulación de la formación de los microtúbulos, polímeros claves de la arquitectura neuronal y que son además esenciales para mantener la dinámica del citoplasma, procesos de transporte en el interior de la neurona y en la formación del huso mitótico en células en división. Debido a una alteración de las señales regulatorias, tau deja de cumplir su papel en el mantenimiento de la estabilidad del

citoesqueleto y se transforma en una proteína con una capacidad aberrante de asociarse consigo misma para formar polímeros intracelulares. (Castro A. Martinez A. , 2006)

A medida que los ovillos neurofibrilares empiezan a formarse la zona llamada corteza entorrinal al igual que las placas seniles se depositan en esta, las neuronas empiezan a degenerarse y mueren, es decir que empiezan a reducir su funcionamiento y su conexión.

Aceptando que la enfermedad comienza en la corteza entorrinal, y de ahí se va extendiendo al hipocampo y a las áreas de asociación cerebrales con mayor intensidad inicial en las de la confluencia temporoparietal posterior, se comprende la cronología de la alteración neuropsicológica observada en la mayoría de los enfermos. Como la información (verbal o visuospatial) tiene dificultades para acceder a los circuitos límbicos de la memoria a través de la corteza entorrinal, la manifestación más precoz y característica es la dificultad para fijar información episódica en la memoria y establecer nuevos aprendizajes. (Roblesa .A, Del Serb.T, Alomc.J , Peña-Casanovad. J, 2002)

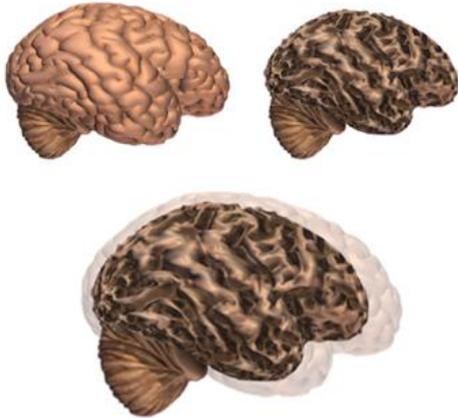
En otras palabras debemos comprender que los nutrientes, partes de la célula, neurotransmisores y otras materias dentro de nuestro cerebro se transportan mediante vías, denominadas fibras. Para mantener estas fibras en buen estado y en orden existe una proteína llamada tau. Cuando un cerebro se empieza a degenerar se considera que esta proteína **tau se convierte en fibras retorcidas** causando que las fibras se rompan perdiendo el orden de las mismas. Es así que todos los materiales que se transportaban mediante estas pierden movilidad dentro de las celular y tienen como deceso la muerte celular. (ALZ, 2016)

En el proceso de neurodegeneración, las partes afectadas del cerebro inician un proceso en el cual los tejidos del cerebro se encogen. “Las lesiones fibrilares características de

la enfermedad de Alzheimer se distribuyen en la corteza cerebral, más intensamente a lo largo de la arquicorteza (hipocampo y corteza entorrinal), la paleocorteza (corteza límbica) y las áreas de asociación de la neocorteza.” (Martínez, 2005)

Al deteriorarse las neuronas del cerebro, cada parte del mismo se ve afectada y por ende las funciones que esta cumpla también. Si detallamos este deterioro encontramos que el hipocampo, el precúneo y la corteza cingulada posterior al verse afectadas repercuten en el síntoma más común de EA que es la pérdida de memoria. Del mismo modo se ven afectados el lóbulo frontal, lóbulo parietal, lóbulo temporal, lóbulo occipital, y se va generando el deterioro del paciente y la aparición de sus síntomas. Cuando la masa gris del lóbulo frontal se deteriora, el paciente empieza a perder el juicio y sentir confusión con más frecuencia, en cuestiones de estado de ánimo se muestran eufóricos o demuestran gran emotividad. Por otro lado empiezan a perder la capacidad de identificar objetos mediante el tacto y esto ocurre cuando el lóbulo parietal sufre cambios. Seguido por el lóbulo temporal que se presenta en etapas avanzadas de la enfermedad y el paciente de EA ya no puede reconocer rostros u objetos a simple vista. Junto a esta pérdida de reconocimiento se ve perjudicada la memoria verbal. Por último, el lóbulo menos afectado es el occipital y no se presentan los mismos síntomas en todos los pacientes cuando esto ocurre.

En resumen, la enfermedad de Alzheimer provoca una muerte neuronal en distintas secciones del cerebro y como consecuencia se reduce el tejido del mismo. Es así que en una etapa más avanzada el tamaño de cerebro se disminuye de manera drástica repercutiendo de manera negativa en la realización de sus funciones. (ALZ, 2016) Vemos en la imagen en primer lugar un cerebro sin Alzheimer en comparación con uno que padece la enfermedad. Se observa en tercer plano la comparación de tamaño de ambos cerebros.



(ALZ, 2016)

Figura 1: Cerebro con Alzheimer

En un cerebro en etapa avanzada de la enfermedad, se encoge la corteza dañando las áreas del cerebro usadas para pensar, planear y recordar. De la misma manera el hipocampo se ve afectado por esta reducción, como consecuencia en su funcionamiento la formación de nuevos recuerdos se dificulta. Por otro lado los espacios llenos de líquido dentro del cerebro, llamados ventrículos se vuelven más grandes. (ALZ, 2016)

Síntomas del Alzheimer.

Con el pasar de los años, las personas tienden a olvidarse de ciertas cosas y es considerado normal, pero existe un grave problema cuando esto pasa con frecuencia y a lo largo del tiempo la situación empeora, pues una característica es que recuerdan cosas del pasado como la niñez con muchos detalles pero no logra guardar nuevos recuerdos. Al inicio son imperceptibles los olvidos o las confusiones de algún lugar, también es recurrente volver a preguntar cosas y ya cuando pierde la noción de espacio tiempo en niveles más altos resulta mucha más grave. (Envejecimiento, 2015) “En las etapas precoces de la EA la utilización cerebral de glucosa se reduce en hasta 45% y el flujo sanguíneo cerebral ~18%; en etapas más avanzadas se aprecian reducciones de 55-65% del flujo sanguíneo cerebral.” (Vergara, F., Behrens, M., 2013)

En el libro Trastornos de la Memoria se cita a Gónzales, el cual afirma que la enfermedad del Alzheimer o conocida como EA, es una enfermedad “heterogénea en su presentación y curso, sobre todo dadas las diferencias en la edad de presentación, trastornos predominantes, curso, intervención familiar etc.” (Navarro) Entre los síntomas se encuentran “conductas de ánimo, trastornos de la memoria, dificultades de orientación, problemas del lenguaje y alteraciones cognitivas” (Navarro).

Las personas que padecen esta enfermedad, pasan por tres principales etapas evolutivas los cuales son: el inicial, intermedio, terminal, cada uno con diferentes síntomas que se presentaran a continuación.

Fase Ligera (2 a 4 años): En este estadio los síntomas son leves, el paciente puede no tener supervisión diaria y continua, solamente requerirla al realizar actividades complejas o en casos necesarios, ya que sus actividades como manejar, trabajar pueden realizarlas con normalidad. En cuanto a la memoria la persona tiende a “olvidar citas, llamadas telefónicas, nombres de las personas cercanas, dificultades para seguir una conversación, se equivoca en las cuentas, etc.” (España, 2015). Por otro lado su comportamiento se ve afectado ya que existen cambios bruscos en el humor. “montan en cólera cuando se percata de que ha perdido del control sobre los elementos que le rodean. Tienden a aislarse en un entorno familiar que conoce: sale menos y no quiere entablar relaciones.” (España, 2015). Pero esto no solo es lo afectado, el lenguaje y la comprensión se tornan dificultades con las cuales las personas deben aprender a lidiar al momento de padecer esta enfermedad. Los pacientes tienen un buen razonamiento en la fase ligera y pueden comunicarse, pero existen problemas para encontrar las palabras adecuadas, son frases más cortas, muchas veces las ideas no tienen relación.



Figura 2: Fase ligera

Fase Moderada (De 2 a 10 años): El paciente que padece esta patología, tiene síntomas más fuertes y depende de un tercero para realizar actividades diarias. Sus actividades diarias como manejar, subirse en un bus, tienen más complejidad y dependen de alguien que esté pendiente para poder realizarlas. En esta fase la memoria se altera progresivamente, ya que el enfermo tiene a olvidarse de sucesos que han pasado recientemente.

No se acuerda lo que acaba de comer, tienden a acusar a los conocidos por abandono, tienen dificultad a asimilar o comprender hechos nuevos. Una de las principales características en esta etapa, es que los recuerdos pasados persisten en la memoria a pesar de la dificultad de situarlos cronológicamente. (España, 2015)

Al existir una pérdida de memoria las personas se vuelven más agresivas. “Suelen acusar a otras personas cuando no encuentran algo, gritan, se irritan con facilidad, su fatiga aumenta, tienen miedos injustificados, tienen insomnios.” (España, 2015) Esto conlleva a entablar una difícil comunicación con los demás ya que se vuelven personas más calladas, su vocabulario es cada vez más escaso, repiten lo mismo y tienen dificultad al responder a las preguntas. Por otro lado sus gestos son imprecisos, suelen caerse con facilidad y su movimiento es lento “pueden aparecer movimientos anormales como temblores, contracturas musculares o convulsiones” (España, 2015)



Figura 3: Fase Moderada

Por último nos encontramos con la fase severa (De 1 a 3 años): Es el estado avanzado y terminal de una persona con EA.

El enfermo es completamente dependiente; el paciente pierde lentamente la marcha y debe permanecer en cama. Se produce ausencia del lenguaje y ya no hay control de los esfínteres. La persona entra a un estado vegetativo en cual puede durar semanas, meses o años. (Navarro)

Es un estado en el cual los síntomas se agravan notoriamente y la falla de memoria es notable, ya no hay hechos recientes ni pasados, “no reconocen a personas cercanas como esposos o hijos, pero tienen memoria emocional, se dan cuenta que alguien les cuida y que le quieren” (España, 2015). Son pacientes con un humor muy cambiante, es muy normal gritar, llorar, agitarse y no reaccionar bien ante diferentes situaciones. Al llegar a esta etapa, los pacientes pierden total control sobre el lenguaje “el enfermo balbucea, repite palabra sin sentido y solo utiliza correctamente algunas palabras concretas, no se puede comprender lo que dicen.” (España, 2015).



Figura 4: Fase Severa

Existe también un modelo alternativo de las 7 fases del Alzheimer, propuesta por Alzheimer's Association, la cual explica paso por paso las progresiones de la enfermedad. Este modelo se da ya que “el daño al cerebro empieza de 10 a 20 años antes de que algún problema sea evidente.” (España, 2015)

1. Fase Uno (Ausencia del Daño Cognitivo): La memoria y las habilidades cognitivas parecen normales.
2. Fase Dos (Disminución Cognitiva muy Leve): Normal olvido, lapsos de memoria y cambios en el pensamiento, son detectados por familiares, amigos, doctores y es muy frecuente en las personas mayores de 65 años.
3. Fase Tres (Disminución Cognitiva Leve): La dificultad empieza a afectar la función, la persona cubre sus problemas. Hay una dificultad con las palabras, planificación, olvido del aprendizaje reciente y hay síntomas de depresión.
4. Fase Cuatro (Disminución Cognitiva Moderada): Existe un problema de finanzas, las conversaciones se olvidan con más facilidad, problemas con las actividades diarias como la cocina, conducción, pedir comida en restaurantes.
5. Fase Cinco (Demencia Temprana): Requiere asistencia, la persona ya no es capaz de gestionar de forma independiente o gestionar detalles personales. Existe desorientación en relación con lugar y tiempo.
6. Fase Seis (Demencia Media): Falta de conciencia en los acontecimientos actuales, dificultar al recordar cosas del pasado, dificultad en hacerse cargo de cosas cotidianas. La agitación y alucinaciones son normales y se presentan por la tarde o la noche, tienen cambios de personalidad dramáticos.
7. Fase Siete (Demencia Grave): En la etapa final, hablar se vuelve una dificultad al igual que moverse o sentarse y la persona necesita de un cuidado diario.

(Guide, 2016)

Factores de riesgo de la Enfermedad de Alzheimer.

Edad. El factor de riesgo más comúnmente asociado con el Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas. Según datos presentados por la OMS y la Asociación de Científicos de España, las personas mayores de 60 años son más propensas a empezar a presentar síntomas de la enfermedad. “La incidencia en el grupo de 60 a 70 años es de un caso en 1000 sexagenarios por año, entre los septagenarios es de uno en 100 por año y entre los octogenarios es de uno en 10 por año.” (Lage, 2003)

Género. Se admite tradicionalmente que la prevalencia de Alzheimer es mayor en las mujeres que en los hombres. (Lage, 2003)

Historia familiar. Se refiere a la constatación de un diagnóstico de este tipo, realizado por un especialista, en al menos un familiar en primer grado (padres o hermanos) del paciente en cuestión... En el 50-60 % del 99% de casos, existe un familiar de primer grado que también padece o padeció la misma enfermedad. (Lage, 2003)

Genético: Los factores de herencia son fuertemente vinculados a la aparición de alzhéimer. La consecuencia de que uno o más familiares de primer grado padezcan esta enfermedad, se relaciona con la aparición temprana de los síntomas, sin embargo esto se presenta en menos del 5% de los pacientes con EA. “El riesgo de desarrollarla puede aumentar 2 a 4 veces entre los individuos que tienen un familiar de primer grado con la enfermedad, y puede aumentar aún más cuando dos o más familiares están afectados.” (Antioquia, 2011)

Las alteraciones genéticas son importantes en la aparición del Alzheimer precoz. Se ha observado que mutaciones en cualquiera de los tres siguientes genes; APP (proteína precursora del amiloide) y presenilinas 1 y 2 (PS-1,PS-2) son responsables de algunos casos de enfermedad de Alzheimer precoz... (Valls .L, Cano.M, Marquillas.M, Pérez.E, Franco.A, 2006)

Según algunos autores existen dos tipos de alzhéimer en base a la genética de paciente es así que se diagnostica como alzheimer de aparición temprana a aquellos pacientes que presenten los síntomas antes de los 65, existen casos de personas de hasta 35 años que empiezan a padecer los síntomas. Este deterioro neuronal temprano se debe a “una de las tres mutaciones genéticas en los cromosomas 1, 14 y 21. Si incluso uno de estos genes mutados se hereda de un padre, la persona va a desarrollar casi siempre alzhéimer temprano.” (BrightFocus Foundation, 2016) La aparición de la enfermedad a partir de los 65 años es considerada más común y se la conoce como alzhéimer de aparición tardía pues varía de esta edad en adelante la aparición de síntomas.

Factores tóxico-ambientales. Dentro de los factores de riesgo menos estudiados se encuentra el consumo excesivo de alcohol y tabaco; mala alimentación conllevan a un deterioro cognitivo es decir, dañan el cerebro y pueden provocar deterioro neuronal. Un estudio realizado en la Escuela de Medicina Keck de la Universidad del Sur de California afirma que:

Los factores de riesgo del consumo de alcohol y la diabetes se asociaron con el volumen total del cerebro más pequeño, mientras que el tabaquismo y la obesidad se relacionaron con volúmenes reducidos de la corteza cingulada posterior, el área del cerebro relacionada con la recuperación de la memoria. Una menor masa del hipocampo estaba relacionada con el consumo de alcohol y tabaco, mientras que el consumo de alcohol, la obesidad y una alta glucosa en sangre en ayunas se correlacionó con una reducción de tamaño precúneo. (Força, 2015)

Factores nutricionales. Como se mencionó previamente, dentro de factores ambientales se considera a la nutrición del paciente y a sus hábitos alimenticios. “La hipercolesterolemia, la deficiencia de vitamina B12 y de folatos, la obesidad, una dieta sin antioxidantes así como el alcoholismo son factores de riesgo para el Alzheimer.” (Valls .L,

Cano.M, Marquillas.M, Pérez.E, Franco.A, 2006) De la mano se vincula a la poca actividad física o sedentarismo como factor influyente en el declive de EA.

Factores sanitarios. Se refiere a cuestiones psicológicas o cardíacas como “la depresión, la hipertensión, la hiperhomocistinemia, la menopausia y la andropausia son factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer.” (Valls .L, Cano.M, Marquillas.M, Pérez.E, Franco.A, 2006) Según expertos de la Universidad Johns Hopkins los pacientes que antes de ser diagnosticados de EA sufrían de problemas del corazón como la hipertensión, tuvieron una evolución o avance mucho más rápido de los síntomas de la enfermedad, se calcula que la rapidez de la evolución se duplica al prescribir hipertensión y depresión. (Borrero, 2009)

Diagnóstico

En la mayoría de los casos los síntomas no son percibidos con facilidad o la gente no les presta mucha atención, considerándolos como normales o pequeños acontecimiento por la edad. En muchos casos quienes perciben los primeros síntomas son personas cercanas como familiares y amigos. En el caso de percibir alguno de los síntomas se acude a un experto para que se pueda detectar la enfermedad con un 90% de exactitud. Este porcentaje se debe a que, según la revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina, solo se puede diagnosticar la Enfermedad de Alzheimer con un examen de tejido cerebral el cual solo puede ser realizado después de la defunción del paciente. (Parquet, 2007) Sin embargo para saber si la persona tiene esta enfermedad el médico realizara una evaluación del estado de ánimo, físico y neurológico del paciente

Estado de ánimo.

El estado mental se evalúa para darle al médico una idea general de qué tan bien está funcionando la mente. Este examen da un sentido general sobre si la persona está consciente de que tiene los síntomas; sabe la fecha, la hora, y adónde está ella y si

puede recordar una lista corta de palabras, seguir instrucciones y hacer cálculos simples. (ALZ, 2016)

Examen físico

El doctor hará ciertos procedimientos para evaluar la salud en general de la persona como su dieta, tomar la presión arterial, o escuchar su corazón. Se harán pruebas de sangre y de orina y posiblemente se ordenen otros exámenes de laboratorio. (ALZ, 2016)

Examen neurológico

El doctor va a evaluar los reflejos de la persona, el equilibrio, movimiento de los ojos, lenguaje y sensibilidad. El doctor está buscando señales de derrames pequeños o grandes, enfermedad de Parkinson, tumores cerebrales, acumulación de líquido en el cerebro y otros males que pueden perjudicar la memoria o la capacidad de pensar. El examen neurológico puede incluir un MRI (Imagen por Resonancia Magnética) o CT (tomografía computarizada). Los MRI y CT pueden revelar tumores, evidencia de derrames pequeños o grandes, daño a causa de lesiones por traumas severos de cabeza o acumulación de líquido. (ALZ, 2016)

Tratamiento

El Alzheimer es una enfermedad compleja sin cura, no existe un tratamiento especializado para prevenir o curar esta patología. Los tratamientos actuales tienen varios objetivos, entre ellos ayudar a las personas a manejar los síntomas y ayudar a las personas en su funcionamiento mental.

Síntomas cognitivos: Tratamientos con medicamento.

En primer lugar se encuentran los fármacos que su función es regular los neurotransmisores; los neurotransmisores son los principales agentes químicos que transmiten los mensajes entre

las neuronas. En otras palabras, como se menciona previamente, los síntomas cognitivos afectan la memoria, la sensibilidad, el lenguaje, el juicio y otros procesos de pensamiento. La finalidad de dichas pastillas es ayudar a estos síntomas que las personas puedan presentar a lo largo de la enfermedad. Hay que tener en cuenta que dichos tratamientos ayudan a las personas cuando están en tratamiento y tienen efectos en ellos durante meses y algunos años. Según la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (U.S Food and Drug Administration), están aprobados dos fármacos para tratar estos síntomas, los inhibidores de la colinesterasa y Memantine (Namenda). Dentro de estos existen 4 principales fármacos para el tratamiento de Alzheimer, entre ellos se encuentran “el donepezilo, la rivastigina y laganlantamia, estos pueden usarse en el grado leve y moderado de la enfermedad. Se encuentra igual la memantina que se usa para tratar de grado moderado a severo en los pacientes con EA” (SALUD, 2014)

1. Los inhibidores de la Colinesterasa que previenen la descomposición de la Acetilcolina que es un mensajero químico muy importante para la memoria y el aprendizaje. Al mantener los niveles de Acetilcolina altos, estas drogas apoyan la comunicación entre las células del sistema nervioso.

Hay tres inhibidores de la Colinesterasa que suelen ser recetados:

- Donepezil (Aricept), aprobado para tratar todas las etapas de Alzheimer.
- Rivastigmine (Exelon), aprobado para tratar Alzheimer leve o moderada.
- Galantamine (Razadyne), aprobado para tratar Alzheimer leve o moderada. (ALZ, 2016)

2. Memantine (Namenda) trabaja regulando la actividad del glutamate, un mensajero químico diferente que juega un papel en el aprendizaje y la memoria. Este medicamento está aprobado para tratar el Alzheimer de moderada a severa. (ALZ, 2016)

A su vez, a este tratamiento se le suma otros fármacos que ayudan al paciente a combatir los síntomas que se presentan conjuntamente con la enfermedad. Entre los síntomas se encuentra la depresión, agitación, problemas de sueño, incontinencia de esfínteres, infecciones urinarias y estreñimiento, úlceras entre otros.

A medida que la ciencia avanza, surgen nuevos tratamientos que les da una mejor calidad de vida a estas personas. Es el caso de la vacuna, AN- 1792 “Se basa en una forma sintética de la proteína beta amiloide, proteína que conforma las placas en los cerebros de los pacientes con Alzheimer y estimula al sistema inmunológico para eliminar las placas ya formadas y evitar la aparición.” (DMedicina, 2015)

Síntomas de comportamiento: Causas y tratamientos.

No solo la memoria se ve afectada en el proceso de la enfermedad, a la larga el estrés de la misma, los efectos secundarios de los medicamentos, influencia de la familia entre otras influyen en el comportamiento de los pacientes. “Esto incluye la ansiedad, agitación agresión y cambios en el dormir.” (ALZ, 2016) En algunos casos estos síntomas son tratados con medicamentos, pero lo recomendable es ver los causantes y solucionarlos.

Junto a los fármacos es indispensable realizar ejercicios de estimulación cognitiva para el mejoramiento de vida de los pacientes. En el libro volver a empezar que trabaja junto a la Fundación de Cataluña de Neurociencias Aplicadas y el Centro Educativo de Alzheimer propone varios ejercicios estimulantes mentales. Entre ellos se encuentra la orientación, el lenguaje, praxias, gnosias, memoria y por último cálculo. Estas terapias tienen como objetivo estimular la mente de la persona y ayudarlo a que este en constante trabajo y que los síntomas aparezcan en mayor tiempo y que la enfermedad no escale con tanta rapidez. (Boada, 2013)

Avances Científicos

Descubren nueva molécula con implicaciones en el Alzheimer

Científicos alemanes y franceses se unen para descubrir un nuevo péptido activo para ayudar a las personas que padecen esta enfermedad. Este péptido activo es “un tipo de molécula formada por la unión de varios aminoácidos, con implicaciones en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer” (Tiempo, 2015)

Durante muchos años los científicos pasaron por alto una proteína llamada amiloide, la cual se forma en diferentes partes del cerebro cuando la persona padece de esta patología. Esta molécula hoy en día juega un papel muy importante en la inhibición de las neuronas del hipocampo cerebral. “El Alzheimer se asocia con la aparición de placas amiloides en el cerebro, el cual la investigación se centra en el estudio del beta- amiloide, principal componente de esas placas” (Tiempo, 2015)

Michael Willem, líder de la investigación “sugiere que el amiloide-(eta), que el cerebro produce por sí mismo, está asociado con la aparición de agregados neurotóxicos en el hipocampo, una anomalía que más tarde se extiende por el cerebro” (Tiempo, 2015). Es por esta razón que se han hecho pruebas en ratones y personas con Alzheimer ya que se piensa que este nuevo péptido es capaz reducir la habilidad del cerebro para retener información.

Un nuevo tratamiento revolucionario contra el Alzheimer restaura casi totalmente la memoria. En Australia un equipo de científicos, propone una idea innovadora para ayudar a las personas con Alzheimer. Esta idea innovadora consiste en una técnica llamada “repeated scanning ultrasound, para eliminar la placa que se forma en el cerebro de los enfermos de Alzheimer con el uso de ultrasonidos. Se trata de la placa betamiloide, la cual interfiere en la sinapsis entre las neuronas cerebrales.” (Ciencias, 2015)

Las pruebas para que esta nueva propuesta sea un éxito, son realizadas con inyecciones en la sangre de ratones con Alzheimer. El objetivo es que las ondas emitidas

“abran temporalmente la barrera protectora de sus cerebros y erosionar la placa betamiloide. Las ondas de ultrasonido oscilan tremendamente rápido, activando las células de la microglía que dirigen y eliminan las placas amiloides que destruyen las sinapsis del cerebro” (Ciencias, 2015)

Los resultados obtenidos hasta la actualidad, son un éxito puesto que han “eliminado en un 75% las placas betamiloides sin causar daños en el tejido” (Ciencias, 2015). Esto conlleva una mejoría en la orientación, reconocimiento y diferentes síntomas. En un futuro se espera probar en animales más desarrollados y a humanos en el año del 2017.

Datos estadísticos sobre la Enfermedad del Alzheimer

La demencia por alzhéimer afecta a un número muy elevado de la población y es la demencia más frecuente en todo el mundo. “El riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad y se calcula que entre un 25% y un 30% de las personas de 85 años o más padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo.” (OMS, 2015) Dentro de las demencias la EA es la causa más frecuente entre el 60 y el 80%.

La demencia es uno de los principales predictores de mortalidad, situándose al nivel de otros más frecuentemente citados como el cáncer o las enfermedades vasculares (40).

Se estima que la enfermedad de Alzheimer es responsable de un 4,9% de muertes en mayores de 65 años. (Jurczynska,C., Ortiz,M., Silanes de Miguel,C., Luque,M., 2011)

Es por esta razón que la OMS la ha catalogado como una prioridad en la salud pública. (OMS, 2012) Esto repercute en cuestiones sociales, económicas y políticas. Según la Organización Mundial de la Salud “en el mundo entero hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos.” (OMS, 2015)

Se estima que la prevalencia (número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado) de casos de alzhéimer en un grupo de personas mayores a

60 años (900 millones a nivel mundial) fluctúa entre el “4,7% en Centroeuropa y el 8,7% en el Norte de África/Oriente Medio, aunque todas las estimaciones regionales restantes se sitúan en una banda relativamente más estrecha de entre el 5,6 y el 7,6%.” (Price,M., et al., 2015)

La prevalencia de la demencia aumenta exponencialmente con la edad en todas las regiones. La prevalencia se duplica cada 5,5 años de edad en Norteamérica; 5,7 años en Asia-Pacífico; 5,9 años en América Latina; 6,3 años en Asia Oriental; 6,5 años en el Centroeuropa y Europa Occidental; 6,6 años en el Sur de Asia; 6,9 años en Australasia; 7,2 años en el Caribe y África Subsahariana, y 10,6 años en el Sureste asiático. (Price,M., et al., 2015)

A pesar de no ser la prevalencia más elevada alrededor del mundo, América Latina y el Caribe presentan una prevalencia 6,0 y 6,5 por cada 100 adultos de 60 años dando como resultado 410938 nuevos casos de demencia por año. Es así que se presentan proyecciones elevadas con un estimado de crecimiento “entre el 2001 y el 2040 del 77 % en los países del cono sur americano (Argentina y Chile) y de 134 a 146 % de incremento en el resto de América Latina.” (Dr.Rodríguez J., Herrera,F., 2014)

Tabla. Prevalencia, número estimado de personas con demencia, casos incidentes por año (2010), proporción de incremento (2010–2050) y costos totales acorde a la división por regiones geográficas de la carga global de enfermedades

Área geográfica	Consenso Prevalencia de demencia \geq 60 años (%)	Personas con demencia \geq 60 años en el 2010 (millones)	Casos nuevos estimados de demencia por año	Incremento en la proporción de personas con demencia 2010-2050 (%)	Costos totales (billones) USD
Europa	6,2	9,95	2 344 507	87	238,64
Asia	3,9	15,94	3 557 595	282	123,67
África	2,6	1,86	525 818	370	5,84
Las Américas	6,5	7,81	1 253 746	246	235,84
Norte América	6,9	4,38	842 808	151	213,04
América Latina	6,0	3,10	371 387	393	19,82
Caribe Insular	6,5	0,33	39 551	215	2,98
Mundo	4,7	35,56	7 681 665	225	603,99

(Dr.Rodríguez J., Herrera,F., 2014)

Tabla 1: Prevalencia de personas con demencia a nivel mundial

Como mencionamos regiamente, la demencia por Alzheimer está considerada como una enfermedad de prioridad de salud pública ya que al no conocer las causas de la misma no se puede detener la propagación de la misma. Según el Informe Mundial Sobre Alzheimer en 2014 se estimaba que habría 46,8 millones de personas sufriendo de demencia en el siguiente año. “Esta cifra casi se duplicará cada 20 años, alcanzando los 74,7 millones en 2030 y los 131,5 millones en 2050.” (Price,M., et al., 2015) Los siguientes cuadros constatan la información expuesta por el Informe Mundial Sobre Alzheimer sobre la prevalencia de personas mayores de 60 años con demencia en relación a la geografía.

Tabla 2: Prevalencia en relación geográfica

Región	Población de más de 60 años	Prevalencia estimada bruta (% , 2015)	Número de personas con demencia			Incremento proporcional (%)	
			2015	2030	2050	2015-	2015-

	(millones, 2015)					2030	2050
Asia	485,83	4,7	22,85	38,53	67,18	69	194
Europa	176,61	5,9	10,46	13,42	18,66	28	78
América	147,51	6,4	9,44	15,75	29,86	67	216
África	87,19	4,6	4,03	6,99	15,76	74	291
Mundo	897,14	5,2	46,78	74,69	131,45	60	181

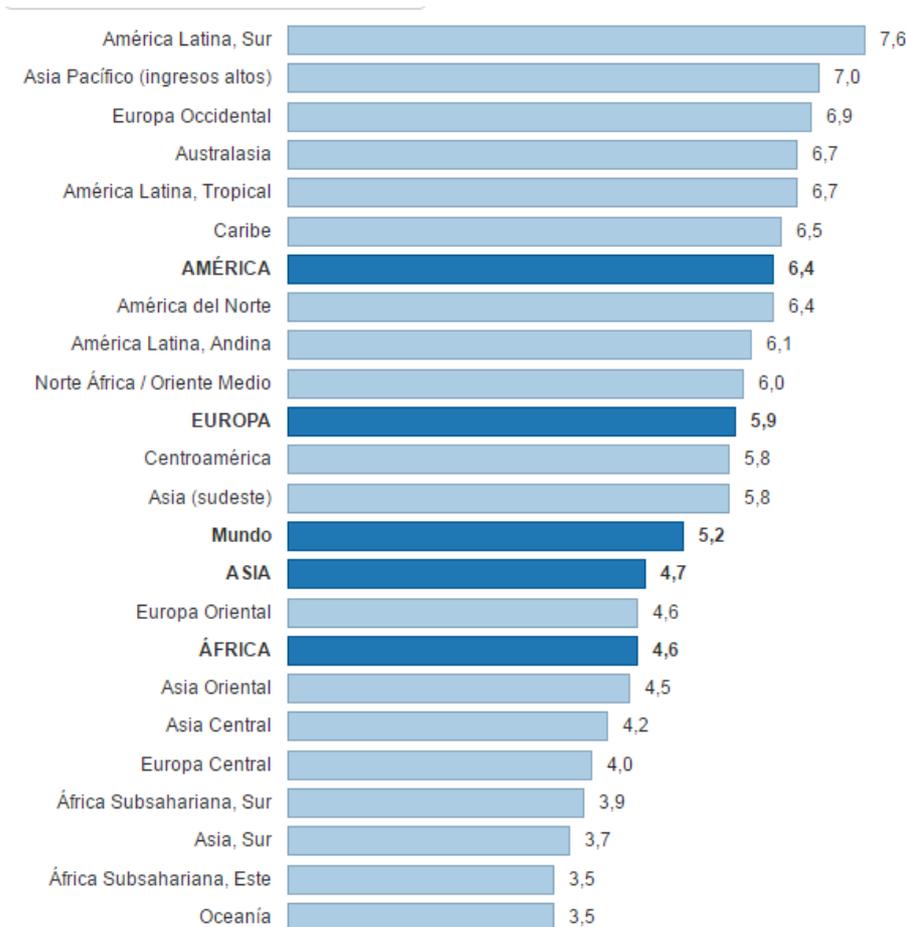


Tabla 3: Prevalencia por continente

Con respecto a la incidencia (la probabilidad de que una persona de una cierta población resulte afectada por dicha enfermedad) el mismo informe estima más de “9,9 millones de casos nuevos cada año en todo el mundo, es decir, un caso nuevo cada 3,2 segundos”

(Price,M., et al., 2015)

Los costes se calculan por país y después se suman en diversas combinaciones para hallar el coste mundial, el coste por región mundial de carga global de morbilidad, el coste por nivel de ingresos del país según el Banco Mundial y el coste por países del G7 y el G20. Los costes totales de la demencia han aumentado de 604 000 millones USD en 2010 a 818 000 millones USD en 2015, lo que supone un incremento del 35,4.... Que representa un 1,09% del producto interior bruto (PIB) mundial...con

grandes efectos sobre la calidad de vida tanto de los enfermos como de sus familiares y cuidadores. (Price,M., et al., 2015)

La relación de crecimiento de la incidencia de esta enfermedad y la edad están vinculadas de manera evidente, de acuerdo a la edad el número de afectados es alrededor de un 24% por encima de los 85 años de edad. Mientras que los porcentajes de las personas de 60 a 70 años no superan el 10% de la población afectada. (Sánchez,C., Nariño,D., Cerón,J., 2010)

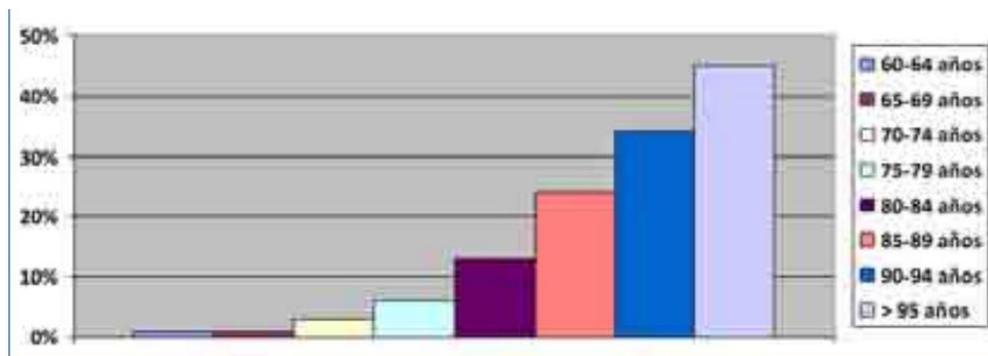


Tabla 4: Prevalencia por Edad

En el texto de Sánchez,C., Nariño,D., Cerón,J se menciona constantemente la relación que existe entre la incidencia o probabilidad de tener Alzheimer con el genero. Esto no quiere decir que solo va a afectar a un genero, hombre y mujeres son propensos ha padecer esta demencia pero algunos estudios afirman que las mujeres son más propensas a presentar la enfermedad. Esto se asocia con la esperanza de vida de las mueres ya que es más alta. Por ejemplo “en España, las tasas de prevalencia para mayores de 65 años se sitúan entre el 5.2 y el 16.3% (3), llegando al 22% en varones mayores de 85 años y al 30% en mujeres del mismo grupo de edad” (Jurczynska,C., Ortiz,M., Silanes de Miguel,C., Luque,M., 2011)

Inclusión

Con estos antecedentes a nivel mundial se está buscando la manera de incluir a los pacientes que padecen esta patología en un marco político y social, con el propósito final de que sean un

grupo activo y sin restricción dentro de la sociedad, que sea respetada su condición y que se logre una concientización por parte de la población y a la vez la empatía hacia las personas con esta discapacidad. Es por esta razón que se realizan campañas a favor del EA junto con la inclusión de las discapacidades en las leyes y mandatos de cada país.

Marco legal.

Los derechos humanos amparan a los discapacitados a nivel mundial. Es decir en la Declaración de Derechos Humanos se expresa claramente algunos artículos en los cuales se incluye a las discapacidades como pilares:

1. El derecho a la no distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en su condición de discapacidad basada en el efecto de deteriorar el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales.
2. El derecho a la igualdad de oportunidades.
3. El derecho a una completa igualdad y protección ante la Ley.
4. El derecho a una alto estándar de salud para un tratamiento médico, psicológico y funcional, de igual manera a una rehabilitación médica y social y otros servicios necesarios para el máximo desarrollo de las capacidades, habilidades y auto-confianza
5. El derecho a trabajar, de acuerdo con sus capacidades, a recibir salarios igualitarios que contribuyan a un estándar de vida adecuado.
6. El derecho a ser tratado con dignidad y respeto. (Licona, 2006)

La OMS ya ha avisado de las posibles consecuencias de este hecho e ínsita a los gobiernos a tomar medidas que reduzca el impacto socio- sanitario de esta patología tan devastadora.

(Jurczynska,C., Ortiz,M., Silanes de Miguel,C., Luque,M., 2011) Es por esto que muchos

países alrededor del mundo han creado leyes a favor de la inclusión de estas personas para tener una vida digna basada en la igualdad.

De acuerdo con el Plan de Acción Internacional de Madrid y con Naciones Unidas (Doc. E/CN.5/2007/7) la lucha contra la discriminación en razón de la edad y la promoción de la dignidad de las personas de edad son fundamentales para garantizarles el respeto que merecen. Por tanto, el fomento de la Solidaridad Intergeneracional, la concientización sobre Derechos Humanos y libertades fundamentales, debe ser imprescindible en la "Construcción de una Sociedad para Todas las Edades". (Foro de Organizaciones de la Sociedad Civil, 2007)

NORMA	RELACIÓN CON EL SUJETO DE DERECHOS
PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS A FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD (Resolución 46/91 de la ONU)	Esta Resolución se enfoca principalmente en reconocer a los adultos mayores 5 derechos: la independencia para la realización de su plan de vida, el derecho a participar activamente en la sociedad y en la toma de decisiones, el derecho a recibir los cuidados y la protección necesaria de sus familias y de la comunidad, el acceso a recursos educativos/culturales/recreativos que les permitan auto realizarse y el respeto a su dignidad.
RECOMENDACIÓN 162 DE LA OIT (1980)	Los Estados están obligados a adoptar medidas apropiadas para hacer posible que los trabajadores de edad continúen ejerciendo un empleo en condiciones satisfactorias. (Art. 13)
PROTOCOLO DE SAN SALVADOR (Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos)	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce el derecho a la seguridad social que asegure una vida digna durante la vejez (Art. 9). • Obliga a los Estados a crear entidades de protección a los ancianos, elaborar programas que les permitan mantener actividad productiva y estimular la formación de sus organizaciones sociales (Art. 17).

Tabla 5: Normas Legales

Se crea en Bolivia la primera ley en Iberoamérica el 15 de junio del 2009, la Asociación Alzheimer de Bolivia y Diagnóstico del Médico promulgan la Ley de Alzheimer,

número 4034. Esta ley tiene como fin el contenido social “crear centros de atención integral con participación económica del Estado y, por otro lado, a iniciar un registro epidemiológico de personas con demencia.” (Bertoni, 2009) Lo que se busca es promulgar la incorporación de las personas con Alzheimer dentro de la sociedad, ya que con anterioridad esta enfermedad era ignorada y no se la tomaba en cuenta. De esta forma incentivar a países vecinos a sumarse a la causa y crear leyes de inclusión para los afectados de Alzheimer.

Es así como México también se une a la causa y combate el Alzheimer, con su propuesta “Plan de Acción de Alzheimer”.

Esto ocurre el 12 de noviembre del 2012 en el cual reúne a tres institutos nacionales ligados a la salud pública (Geriatría, Neurología y Salud Pública y al Seguro Popular) y esta netamente relacionado con el Estado. Por esta razón la colaboración del sistema nacional de salud es de suma importancia más que de los propios ciudadanos.

(Bertoni, El Mal de Alzheimer , 2012)

La principal medida de esta iniciativa, es la importancia de las acciones preventivas al igual que un proyecto piloto que busca “desarrollar un modelo de atención en los servicios de primer nivel y otro complementario en un centro de día. Si esto resulta positivo, el ensayo se extendería al plano local y luego al ámbito nacional.” (Bertoni, El Mal de Alzheimer , 2012)

Como resultado de esta iniciativa del Plan de Acción de Alzheimer, se verán beneficiados “medio millón de pacientes y su entorno familiar, debido que el 7.9% de la población es mayor a 60 años, un equivalente a 800 mil personas con esta patología” (Bertoni, El Mal de Alzheimer , 2012)

Por otro lado nos encontramos con Francia, un país con una cobertura al 100%, que no solo brinda apoyo a las personas con Alzheimer, sino que también se preocupa por sus familias y las personas que los rodean. Incluyéndolos “en el hexágono europeo del olvido integra la lista de patologías crónicas cubiertas en un 100% por la seguridad social, y que todo ciudadano

tiene derecho a esta cobertura desde el momento en que presenta el diagnóstico correspondiente.” (Bertoni, Mal de Alzheimer , 2012)

Lo que Francia busca es prevenir la enfermedad y es así como el Estado francés crea una red de contención denominada “cuidador informal” que tiene como objetivo “integrar al entorno efectivo del enfermo, que asuma la tarea asistencial sin recibir formación ni percibir remuneración alguna, que generalmente trata al cónyuge, algún hijo o ser querido cercano.” (Bertoni, Mal de Alzheimer , 2012). A continuación se detallara algunos beneficios que estas personas tienen:

1. Psicoeducación individual o en grupo.
2. Actividades grupales con otros cuidadores informales, adaptadas a necesidades particulares y a la severidad de la demencia enfrentada.
3. Contención telefónica o por Internet
4. Cursos de formación sobre la demencia, los servicios, la comunicación y la resolución de problemas.
5. Terapia familiar
6. Instituciones que se hacen cargo del familiar enfermo durante la jornada laboral y determinados días en especial.

(Bertoni, Mal de Alzheimer , 2012)

Padecer de esta enfermedad implica muchos cambios en el entorno en el que la persona se encuentra. Son varias las adecuaciones que se deben realizar, para que la persona tenga una vida digna y sea más fácil conllevar la enfermedad y todo lo que conlleva. Hablando en términos generales es muy importante “tener espacios amplios y sin obstáculos para que la persona pueda moverse, evitar muchos objetos decorativos, muebles con espaldares para mantener una buena postura, señalar los cambios de nivel, buena iluminación en el hogar.” (Víctor Isidro Carretero, 2011). De igual forma, son necesarios los cambios en diferentes

áreas del hogar como por ejemplo en la cocina, para que la persona viva en un ambiente seguro es necesario “usar un sistema de cierre en los armarios para que la persona no pueda acceder a ciertos alimentos, al igual que productos tóxicos, medicinas, objetos punzantes, colocar antideslizantes, entre otros.” (Víctor Isidro Carretero, 2011). A nivel de la habitación es importante que la persona “tenga una cama a la altura media para facilitar la incorporación, un colchón firme, luz tenue y continua en la noche para que no se desoriente al despertar, un armario con señalización.” (Víctor Isidro Carretero, 2011) Finalmente en el área del baño, las adecuaciones como en el inodoro, la ducha, pasamanos son de gran ayuda para que los pacientes no sufran de algún peligro, golpe o quemaduras con el agua caliente. Todas estas adecuaciones arquitectónicas, permiten al paciente llevar un estilo de vida más llevadera.

Es una enfermedad que involucra a las personas en su entorno, esto implica a las familias y en algunos casos a cuidadores. Estos terceros deben tener un pleno conocimiento de cómo cuidar a los pacientes, para poder ayudarles a tener un ambiente cómodo y de inclusión en la sociedad. En la mayoría de los casos son las familias las que se hacen cargo económicamente y de todos los cuidados que implica tener una persona con EA dentro del hogar. “Muchos de los familiares, que cuidan del enfermo, deben adoptar nuevos estilos de vida para poder afrontar las necesidades y la nueva situación, que en algunos casos es bien aceptada, mientras que en otros es percibida como impuesta.” (Ana Canga Armayor, 2011) Partiendo de esto, es indispensable que las familias opten por tener conductas adaptativas y crear buenas relaciones entre el enfermo y los familiares para generar empatía y darle al enfermo una mejor calidad de vida. Por lo tanto, “el tratamiento integral debe responder a las necesidades de toda la familia. Ello incluye el apoyo emocional, la orientación psicológica y los programas educativos sobre la enfermedad para el enfermo y la familia” (Ana Canga Armayor, 2011). Se comprueba que si una familia asiste a terapias familiares y educativas, se crean efectos positivos en los pacientes y en los cuidadores.

Uno de los tantos objetivos que busca la inclusión, es el generar fondos para incrementar el número de investigaciones para que existan más tratamientos y avances para ayudar a estas personas que tienen derecho a una vida digna. Existe un fondo de inversiones “Dementia Discovery Found” que está bajo el mandato británico “elige proyectos basados en las investigaciones más prometedoras, el tiempo menor para llegar a los pacientes y el tiempo menor para obtener resultados” (jornada, 2015). Es así como se abre paso a la innovación y da la oportunidad de financiar investigaciones que tengan como fin ayudar a estas personas que lo necesitan. Tomando en cuenta que es una enfermedad muy costosa y es muy difícil llegar a cubrir todos los costos.

Campañas Internacionales.

Todo el mundo debería estar consternado por la gravedad que nos predicen las estadísticas, y empezamos a ver los efectos en la sociedad, con el propósito de luchar contra esta enfermedad, promover más a la investigación de la misma y dar a conocer a toda la población las consecuencias se han creado múltiples campañas alrededor del mundo. Pues ya no solo las fundaciones generan comunicación y campañas sobre el tema, se han sumado empresas y gobiernos. Recalamos que una población joven no piensa en su vejez y no considera que esta enfermedad le pueda afectar en el futuro, muchas familias no comprenden que les sucede a sus familiares. Con el fin de concienciar a toda la población sobre lo grave que es esta enfermedad, y la manera vertiginosa en la que avanza; y de crear empatía por aquellos que ya la padecen, a continuación presentamos algunas de las campañas que tienen estos propósitos como objetivo.

Memorias perdidas

Esta campaña busca generar un diálogo con la población española y buscar voluntarios para ayudar a la fundación de Alzheimer en España. La campaña consiste en guardar en video los recuerdos de una persona recién diagnosticada con la enfermedad en un pen-drive y

“perderlos” por toda la ciudad, simbolizando la pérdida de memoria de estas personas. Cada pen-drive o “memoria” estaban acompañadas de un nombre y una dirección a la que se acercaron muchos ciudadanos para devolver voluntariamente estos recuerdos.

"Con esta iniciativa queremos dar un golpe de efecto que ayude a concienciar a la población de las dificultades y necesidades que tienen estos pacientes. El desconocimiento de esta enfermedad puede llevar a la exclusión social de estos afectados. Por ello, queremos dirigirnos a la sociedad para crear conductas más tolerantes y sensibilizar sobre la situación de estos pacientes y su entorno familiar"(Selmes-Antoine, M.,2015)

Hola, ¿te acuerdas de mí?

Esta es una campaña BTL (Below the Line), que tiene como fin hacer entender a la ciudadanía como se sienten las personas con Alzheimer al olvidar a las personas que a lo largo de su vida han conocido, es así que se plantea un escenario en el cual una persona se acerca a un peatón y le dice: “Hola ¿cómo estás?, ¿cómo has pasado? , No te acuerdas de mí?” esto causa confusión en los transeúntes y al final se les entrega una carta diciendo “Así se siente una persona con Alzheimer”.

"The wrong movie"

Con el mismo fin que “Hola, ¿te acuerdas de mí?”, esta campaña se realizó en los cines Israel “donde los espectadores se quedan desorientados y confundidos al ver que la película que inicia no es la que ellos deseaban.” (EMDA, 2012)

Futbol vs Alzheimer.

En 2014, un estudio de la Fundació Salut i Envel·liment (FSiE) de la Universidad Autònoma de Barcelona, promovido y financiado por la Federación Española de Asociaciones de Futbolistas Veteranos, descubrió que hablar de fútbol ayuda a las

personas con Alzheimer y deterioro cognitivo estimulando su memoria, atención y estado de ánimo.

Fútbol vs Alzheimer es un proyecto de Líbero con la Fundació Salut i Envelliment, creado para apoyar esta línea de investigación y ayudar a todas las personas con esta enfermedad. Enviamos nuestras revistas al pasado para recuperar los recuerdos de los fans del fútbol. (Libero, 2014)

Banco de Recuerdos.

En España se ha creado un depósito en el cual se busca salvaguardar miles de recuerdos reales que podrían perderse por el Alzheimer. Es así que de manera virtual muchos famosos y empresas como Coca-Cola y Google han subido recuerdos o sports para incentivar a muchas más personas a subir sus recuerdos y concienciar sobre una de las mayores afecciones que genera esta enfermedad.

Lonely .

La iniciativa mexicana fue postulada a Cannes 2015, “el spot invita a reflexionar sobre esta enfermedad que no sólo afecta a quienes lo padecen y van perdiendo la memoria o sus recuerdos sino también a quienes son borrados de esos recuerdos.” (Insights, 2015) Se muestra la historia de un joven, que cuando envejece esta junto a su esposa, pero toda la historia presentada previamente la recuerda sin ella.

La OMS y la Federación Internacional de Alzheimer (ADI) en 1994 decretaron el 21 de septiembre como el Día Mundial de Alzheimer con el objetivo de dar a conocer la EA y difundir toda la información sobre esta por todo el mundo para generar “políticas de salud pública en post del bienestar del tanto del paciente como de la familia, víctima oculta de esta enfermedad.” (Gerontologia, 2012) Es así que en este día se realizan múltiples actividades, campañas, eventos y de más con el fin de promover la inclusión y la comprensión de los

efectos de esta enfermedad en el mundo. Países como España, Australia, Estados Unidos se han destacado en este aspecto. Sin embargo en Sudamérica también se empieza a generar conciencia sobre el tema con una fuerte influencia en Colombia, Perú y Argentina. Empresas como Banplus, Repsol, Coca-Cola, MotoGP también se han unido a la causa a manera de responsabilidad social empresarial.

MARCO NACIONAL

La diferencia del número de población adulta mayor entre Europa y Latinoamérica es evidentemente, esto no significa de ninguna manera que estas personas necesitan más ayuda en un lugar u otro. “El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población.” (MIES, 2012)

De esta población según el estudio FARYPDEA, en 2012 el 36% de la población adulta mayor de la provincia de Pichincha padece esta enfermedad. (Pozo, 2012) Con excepción a este estudio no existen datos oficiales de prevalencia o incidencia a cerca de la enfermedad en el Ecuador. Del mismo modo el aspecto legal no ha profundizado en planes de inclusión ni leyes específicas que amparen a los pacientes de EA. A partir de la reforma a la constitución ecuatoriana en 2008, el estado ha apaleado a reformas tanto judiciales como legales y constantes revisiones de las mismas que protegen los derechos de la sociedad en general y de grupos de atención prioritaria como son personas con capacidades especiales, adultos mayores, enfermedades catastróficas.

Estadísticas

El estudio estadístico o demografía de las poblaciones según su edad y distribución en los próximos años en el Ecuador aumentara a niveles nunca antes vistos, esto nos plantea un conflicto con respecto a la enfermedad.

Mientras en el período 1990- 2000 la población aumentó a una velocidad promedio anual de 1.8%, durante estos últimos 8 años, lo hizo a un ritmo cercano al 1.4%; asimismo, la gravitación de los menores en el conjunto de la población se redujo de 34.5% a 31.2% a la vez que aumentó la de la población de 65 y más años de 5% a 6.1%. (SENPLADES, 2008)

Del mismo modo el INEC ha presentado estadísticas del aumento de la población adulta mayor en 2014 por región, “determina que actualmente las personas de 65 años de vida o más son 1’077.587, lo cual representa el 6.7 por ciento de la población total.” (CNII, 2014)

Tabla 6: Adultos mayores 2010

ADULTOS MAYORES POR SEXO, 2010			
Rango de edad	Hombre	Mujer	Total
De 65 a 69 años	156804	167013	323817
De 70 a 74 años	116203	123888	240091
De 75 a 79 años	78602	86616	165218
De 80 a 84 años	53157	62395	115552
De 85 a 89 años	26734	34001	60735
De 90 a 94 años	10523	14977	25500
De 95 a 99 años	3133	4906	8039
De 100 años y más	698	1255	1953
	445854	495051	940905

Fuente: INEC, Censo 2010

Parte del desarrollo de inclusión por parte del estado se ha generado el Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 que tiene como objetivo “auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad.” (Secretaría del Buen Vivir, Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, 2013) Dentro de este informe constan datos que nos competen como la incidencia de la extrema pobreza 1,15 en adultos mayores. De la misma manera cabe presentar datos que avalan la concepción de discriminación como es el 14,7% de adultos fueron víctima de insultos y el 14,9 %, víctima de negligencia y abandono. (MIES, 2012) “El 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder.” (Línea, 2011)

Con el fin de generar un concepto de conciencia y atención sobre los ancianos que sufren o no EA, el Consejo Nacional para Igualdad Intergeneracional recopila información sobre la situación social, económica y cultural que afrontan cada día. Esto nos da una visión de los posibles problemas a evaluar para concienciar en relación a la edad.

Alrededor de 625.000 adultos mayores son atendidos por los servicios del MIES. El 82,8 por ciento se dedican a realizar tareas manuales, más de 90.000 adultos mayores concentran en las provincias de Pichincha y Guayas. 3 de cada 10 dicen sentirse desamparados frecuentemente, 5 de cada 10 adultos mayores viven en zonas rurales son pobres, 9 de cada 10 viven con alguna persona que los acompaña... el 23 por ciento de adultos mayores tienen discapacidad permanente y el 16 por ciento ha sufrido violencia psicológica. (CNII, 2014)

A pesar de la información que se presenta sobre los adultos mayores, la información decadente sobre EA ha frenado los avances en cuestión de inclusión a los pacientes con EA ya que al no tener un referente de estudio no se propone un valor con trasfondo para prestar atención por parte de la sociedad. Según la Cecilia Ordoñez, gerente del centro día en Ecuador existen 50.000 personas con Alzheimer en Ecuador. Estos datos fueron recogidos y deducidos en el informe mundial de Alzheimer de la asociación Alzheimer's Disease International, en donde se calcula que hasta 2010 en los países andinos se diagnosticaban 254,925 personas con AE. A pesar de esto, los datos son aproximaciones y no representan un aval para el estado, ni para las acciones sociales que buscan corroborar la importancia y el peligro sobre esta patología.

Con la necesidad de sustentar una valoración sobre el tema, la Universidad Central del Ecuador ha realizado un estudio de la prevalencia en la provincia de Pichincha, mediante un estudio que analizó el 402 adultos mayores de alrededor de 70 años de los cuales el 55.9%

fueron mujeres y el 88.5% de etnia mestiza. “De los 402 voluntarios, en 146 se encontró un resultado positivo compatible con deterioro cognoscitivo, con lo cual la prevalencia de demencia fue de 36.3%.” (Pozo, 2012)

La Tasa de Mortalidad “es la relación entre el número de defunciones ocurridas en un período de tiempo determinado (generalmente un año) y una estimación de la población expuesta al riesgo de morir en el mismo período, multiplicada por 1.000 habitantes.” (INEC, 2011) Si bien resulta evidente que la edad influye en cuestiones de defunción, la tasa de fallecimientos a partir de los 65 años es elevada, de aquí podríamos partir para analizar las causas de defunción. Dentro las estadísticas de defunción se considera a las causas de mortalidad en cuestión del número de fallecido que provoque una enfermedad o algún accidente. Visto desde el punto de vista patológico, dentro de la lista de causas encontramos al Alzheimer en tercer lugar después de accidentes de tránsito y enfermedades hipertensivas.



(INEC, 2011)

Tabla 7: Causas de Defunción 2011

Con respecto a los egresos hospitalarios se registra a la EA en puesto 122 con un total de 132 personas egresadas según grupos de causa de mortalidad. De estos casos se calcula un promedio de 1,18 días de estadía dentro del hospital.

De cada 15 pacientes del área de Neurología del hospital del IESS, cinco sufren de demencia. Esta condición aparece con frecuencia a los 60 años, debido a causas seniles (80%) como el Alzheimer, mal de Parkinson, entre otras, o vasculares (20%) por infartos, hemorragias, etc. (Torres, 2015)

Ámbito legislativo

Ley del Anciano.

La enfermedad de Alzheimer está siempre relacionada con ancianos, debido a que en su gran mayoría, se empieza a detectar a partir de los 60 años. Es por esta razón que consideramos que las leyes que protegen a los adultos mayores son competentes al amparo e inclusión de las mismas. Las reformas realizadas por el actual gobierno constan de:

De acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 2004-35, publicada en el Registro Oficial N° 344 del 28 de mayo del 2004, se sustituye el Ley del Anciano texto del Art. 10, estableciendo que los ancianos indigentes, que carecen de familia o que fueren 2 abandonados serán reubicados y atendidos por hogares de ancianos u hospitales geriátricos, cuya infraestructura deberá ser facilitada por el Ministerio de Bienestar Social.

Constitución de la República del Ecuador, “Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad...” (MIES, 2012)

La ley ecuatoriana se basa en el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento redactado en 2007 en La Declaración de Brasilia con el fin de influir específicamente en el bienestar de los adultos mayores. Es decir busca reducir la discriminación por motivos de edad y a su vez busca promocionar la dignidad y el respeto que merecen. Por esta razón bajo las obligaciones de la constitución surgen distintas leyes y artículos en el pleno que involucran a la sociedad con los derechos de los ancianos. (Constitución Política de la República, 2008)

A pesar de que existen mandatos como el Art. 36 de la constitución que especifica que los adultos mayores tiene derecho a “la atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.” (CNII, 2014) Sin embargo existen incongruencias en el sistema y muchos de los ancianos no son diagnosticados como pacientes de EA y se asume que sus problemas de memoria se deben simplemente a la vejez. Casos como este privan a los ancianos para recibir los medicamentos que son necesarios para su salud mental. Existen también casos en los que aceptan darles su medicación pero al momento de ir a recogerla alegan que se le ha terminado.

Se reemplaza el Art. 11 regulando el derecho de los ancianos a reclamar alimentos estableciéndose acción popular para exigir este derecho, y, por sobre todo, el respeto y obediencia que deben los hijos a sus padres, debiendo asistirles especialmente en caso de enfermedad durante la tercera edad, cuando adolezcan de una discapacidad que no les permita valerse por sí mismos; se agrega como Art. 16 el texto del Art 3 de la Ley Reformativa, por el cual las clínicas y hospitales privados pondrán a disposición de los ancianos indigentes un 5% de su infraestructura. (Constitución Política de la República, 2008)

“Constitución, Art.10: Los ancianos indigentes, o abandonados, serán ubicados en hogares para ancianos o en hospitales geriátricos estatales.” (CNII, 2014) En el caso de personas con

Alzheimer conocemos que muchos de ellos salen de sus hogares y al perder el sentido de orientación o estar pensando en cosas de pasado no pueden regresar a sus hogares. Existen también casos de ancianos que son abandonados por sus familias ya sea por cuestiones económicas o de cuidado, al no existir parámetros de tratamiento y de convivencia en el Ecuador, muchas familias no saben cómo actuar frente a esta enfermedad y optan por abandonar a sus familiares.

El Código Orgánico Integral Penal protege la dignidad y la situación de los ancianos y por ende de las personas con alzhéimer, ya que sanciona fuertemente a quien atente contra un anciano. Es decir quien cometa un delito hacia un adulto mayor, se considerara como circunstancias agravantes de la infracción, estas circunstancias son aquellas que aumentan la penalidad del delito. Código Orgánico Integral Penal (COIP), Arts. 47, 151, 162, 172, 185: “Muchos delitos son sancionados con pena agravada cuando son cometidos contra adultos mayores.” (CNII, 2014)

Aspectos judiciales como la ley orgánica de comunicación, Art. 10 que dice que “todos quienes participen en el proceso de comunicación deberán abstenerse de emitir contenidos que atenten contra la dignidad de los adultos mayores, o proyecten una visión negativa del envejecimiento” (CNII, 2014), han ayudado en una mejora sobre el posicionamiento de la enfermedad puesto que ya no se hace burla de un tema tan delicado. Del mismo modo son leyes que nos permiten direccionar la concienciación sobre la EA como un aspecto delicado y muy duro de afrontar.

Se presentan algunas de las leyes que velan por la seguridad de los ancianos y que consideramos que al mismo tiempo protegen la salud e integridad de personas más vulnerables por cuestiones sociales y de enfermedad. En otras palabras son leyes que

consideran a la población con alzhéimer para que exijan sus derechos, reciban la ayuda necesaria y que en ningún momento sea discriminado por su situación.

Políticas de Discapacidad en Ecuador

En los últimos años el interés a las discapacidades aumento gracias a la labor gubernamental puesto que se propusieron nuevas leyes y proyectos que promovieran la inclusión de este grupo. Nacieron misiones como la “Manuela Espejo” y “Joaquín Gallegos Lara” que reflejan esta nueva visión de un Ecuador inclusivo y solidario.

Una vez conocidas las fases de la enfermedad de Alzheimer y los daños que causa en el estilo de vida de cada individuo. Es importante recalcar que el Banco Mundial, considero al Alzheimer como una Discapacidad Mental, en cualquiera de las fases en las que se presenta. Ecuador se acopla a esta ley e integra a su Agenda de la Igualdad en Discapacidades a esta patología que “afecta al 36% de la población de adultos mayores en Pichincha.” (Pozo, 2012)

Una persona con discapacidad según la Ley Orgánica de Discapacidades en el Artículo 6.- considera a quien:

Como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el

Reglamento. (ECUADOR, 2012)

Las personas con discapacidad en Ecuador, gozan de algunos beneficios a favor de su salud y del bienestar. Es decir se han promulgado leyes a favor de estas personas para que puedan tener una vida digna y con facilidades en el tema médico. Como por ejemplo el Artículo 19.- de la Ley Orgánica de Discapacidades dicta el Derecho a la Salud.

El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente

y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de la salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural. La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la red pública integral de la salud. (ECUADOR, 2012)

Por otro lado, nos encontramos con leyes a favor de la inclusión social de las personas discapacitadas. Leyes que dan derecho a que este grupo de personas gozan de los servicios públicos sin ser discriminados y que las personas generen conciencia de la importancia de la empatía y la importancia de una sociedad consiente de la igualdad. Es así como el artículo 60.- da derecho al servicio público, un medio público muy frecuentado.

Las personas con discapacidad tienen derecho a acceder y utilizar el transporte público. Los organismos competentes en tránsito, transporte terrestre y seguridad vial en las diferentes circunscripciones territoriales, previo el otorgamiento de los respectivos permisos de operación y circulación, vigilarán, fiscalizarán y controlarán el cumplimiento obligatorio de las normas de transporte para personas con discapacidad dictadas por el Instituto Ecuatoriano de Normalización (INENE) y establecerán medidas que garanticen el acceso de las personas con discapacidad a las unidades de transporte y aseguren su integridad en la utilización de las mismas. (ECUADOR, 2012)

Enfermedades catastróficas

Parte del proyecto de inclusión que ha promovido el gobierno, consta la ley de inclusión de enfermedades consideradas catastróficas, raras y huérfanas que aplica para beneficiarios del bono Joaquin Gallegos Lara

Art. 1.- Se considerarán enfermedades catastróficas, raras y huérfanas, las que cumplan las siguientes definiciones.

ENFERMEDADES CATASTROFICAS:

Son aquellas patologías de curso crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente pueda ser susceptible de programación.

Generalmente cuentan con escasa o nula cobertura por parte de las aseguradoras.

(Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Dentro de esta ley consta una lista de enfermedades la cual no incluye a la EA como una de ellas a pesar de ser una enfermedad que cumple con la definición de catastrófica. En 2014 la Fundación Trascender con Amor, Servicio y Excelencia (TASE) busco promover la inclusión de esta enfermedad dentro del listado mediante una propuesta de reforma a la ley. A pesar de los esfuerzos y que María Alejandra Vicuña, presidenta de la Comisión de Derecho a la Salud de la Asamblea Nacional de la época consideraba que si podía ser incluida, el pleno no aprobó la reforma. (Ecuavisa, 2014)

Diagnóstico en Ecuador

El diagnóstico del Alzheimer en Ecuador no difiere de los demás países en temas médicos, es decir son los mismos procedimientos a seguir para detectar Alzheimer en una persona, como por ejemplo el estado de ánimo, exámenes físicos y exámenes neurológicos.

Ecuador tiene una gran desventaja y es el desconocimiento al tema, muchas veces se desconoce sobre los síntomas de la enfermedad y la persona no es sometida a un diagnóstico claro y acertado. Esto muchas veces, como se menciona es debido a la confusión que existe entre una vejez normal y el Alzheimer por algunas similitudes. Otra desventaja que existe, son

las clases sociales dentro del país, las personas con bajos recursos no poseen de las facilidades necesarias para someter a una persona a los exámenes físicos y neurológicos. A pesar que en el Hospital Carlos Andrade Marín del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, cuenta con los equipos necesarios de alta tecnología para un diagnóstico temprano “de enfermedades oncológicas, cardíacas y neurológicas. Los equipos del Centro Integral ayudan al médico especialista en el diagnóstico temprano de trastornos neurológicos y enfermedades neurológicas degenerativas como el Alzheimer” (SOCIAL, 2013). Las personas no hacen un uso adecuado de las ventajas que se les proporciona, al igual que el alto costo que esto implica. Cada vez son más las personas que acuden al Servicio Social en busca de medicinas o médicos pero el seguro no les cubre.

Por otro lado, nos encontramos con otra realidad, en el cual las personas tienen más acceso y facilidad de tener un diagnóstico temprano del paciente. En este caso, las personas acuden a neurólogos especialistas en el tema, fundaciones, terapias en el cual ayudan a la persona con EA, a tener una vida mejor. Muchos de los casos, se debe a los seguros de vida que las personas son acreedoras y ayudan con los gastos de las medicinas, atenciones médicas y cualquier otra necesidad que el paciente pueda tener.

El envejecimiento es un proceso por el cual todas las personas pasan, son algunos los síntomas que se confunden con el Alzheimer, como olvidarse cosas, pierden cosas entre otros. Debido a estas similitudes, muchas veces las personas que padecen de esta demencia pueden verse perjudicados por no tener la atención previa necesaria y de este modo la enfermedad escala con rapidez y es dañino para el paciente.

Tratamientos alternativos a nivel nacional

ENVEJECIMIENTO NORMAL	ALZHEIMER
Olvidan algún pago (esto no debe ser muy frecuente)	Se olvidan todo el tiempo de pagar las cuentas, no manejan el dinero adecuadamente, porque no comprenden su valor
Pueden manejar una conversación.	Se olvidan de palabras y no pueden seguir la conversación.
Pierden cosas de vez en cuando.	Guardan cosas y no pueden encontrarlas nunca.
Realizan con normalidad actividades de la vida diaria solo dejan de hacerlo si se ven impedidos por motivos físicos.	Poco a poco van perdiendo la habilidad de realizar tareas de la vida diaria como: cocinar, vestirse, limpiar etc.
Mantienen habilidades sociales.	Poco a poco pierden habilidades sociales y tienden a recluirse.
Toman decisiones, aunque se equivocan de vez en cuando.	Toman decisiones inadecuadas todo el tiempo, porque se les dificulta razonar.
Saben la fecha que es, pueden olvidarlo, pero lo recuerdan más tarde.	Pierden la noción de fechas o época del año.

Tabla 8: Alzheimer vs Vejes

(TASE F. , 2016)

Teniendo en cuenta, que al envejecer la persona pasa por algunos cambios, es importante que se vea sometido a diagnósticos constantes, evaluaciones, terapias que ayuden a distinguir si

está atravesando por algún tipo de enfermedad. Es aquí donde las familias juegan un papel fundamental en la vida de los adultos mayores con algún tipo de discapacidad. Especialmente en el Alzheimer ya que “es una de las enfermedades más desgastantes que pueda haber, pues destruye no solamente a la persona que la padece, sino también a la familia que sufre las consecuencias.” (Monterrey, 2014)

Cecilia Ordoñez, gerente del centro del día en la Fundación TASE, afirma que por cada paciente siete personas se ven afectados. Entre ellos se encuentran el conyugue, hijos, nietos, amigos, vecinos, relativos cercanos, en algunos casos la empleada doméstica, auxiliar y cualquier persona que tenga un relativo de proximidad. Es así como la familia debe entender y respetar esta condición.

Hablarle despacio, verle a los ojos, tomarle de la mano, quererle, respetarle ayuda en estos casos. Si bien es cierto que la enfermedad es terrible y el proceso que vive la familia, especialmente el cuidador principal, se debe aprender a ver lo positivo.

(Monterrey, 2014)

Si la familia tiende a seguir un buen procedimiento y tiene una aceptación de la ocasión en este caso de la enfermedad, es más probable que la inclusión del paciente sea mejor y más llevadera. Latinoamérica, en especial Ecuador si bien es cierto que no pertenece a los países desarrollados, tiene una principal ventaja y es la unión familiar y el amor a los seres cercanos. El código de la familia ecuatoriana reconoce las siguientes funciones de la familia: “cuidar a sus miembros, satisfacer las necesidades culturales, biológicas y psicológicas de los hijos, procurar el bienestar de sus miembros.” (Ecuador, 2013)

Se puede ver como Ecuador, vela por los intereses de la familia y por consiguiente apela al valor intrafamiliar y al cuidado del mismo. Las tradiciones familiares, como las reuniones, los almuerzos, las festividades son actividades que se realizan en conjunto y de esta forma de fortalecer el vínculo familiar. En el caso de las familias con una persona con

EA, pasa lo mismo, es importante que se siga valorando el vínculo que siempre ha existido para evitar la discriminación de parte de la sociedad.

A sabiendas de los beneficios en el funcionamiento físico, motricidad y síntomas depresivos de las actividades físicas que el paciente realice, se han implementado múltiples tratamientos con el fin de mejorar estos aspectos y mantener la salud del paciente en mejores estados. Actividades como la bailo-terapia, el taichí, la música, caminar entre otras son actividades que se están implementando en Ecuador para incentivar a los ancianos en general a mejorar su estilo de vida y a su vez mejorar su estado de ánimo.

Con el fin de mejorar la salud en general de la ciudadanía y desde nuestra perspectiva prevenir enfermedades como el alzhéimer la municipalidad de Quito y el Ministerio del Deporte han generado diferentes proyectos que buscan promover la actividad física de la ciudadanía. En el caso de ancianos, principalmente mujeres, se han involucrado en actividades como la bailo-terapia que se organizan en 260 lugares como espacios municipales, ligas barriales, canchas y parques sin costo alguno. Bajo la campaña “Ecuador Ejercítate” se han incluido a las 24 provincias mediante 240 puntos de desarrollo con el objetivo de “que los niños, adultos, adultos mayores, realicen actividad física con este proyecto y bajar los índices de sedentarismo. Mejorar su calidad vida con Ecuador Ejercítate”, (Ministerio del Deporte, 2016)

Del mismo modo el Patronato San José cuenta con el proyecto 60 y piquito reconocido como proyecto emblemático de la ciudad y su segundo eje de acción es el mejoramiento de la “experiencia del adulto mayor, se emplea una metodología que escucha las necesidades del usuario. Contamos con talleres de baile, música, manualidades, gastronomía, salidas turísticas, excursiones, entre otros.” (Unidad Patronato Municipal San José, 2015) En una investigación realizada en 2015 en la Fundación Humanista Rotary Club

Quito Sur se comprobó que la bailoterapia mejora las capacidades físicas del adulto mayor. (Pachacama, 2015)

Con el mismo fin, existen terapias como el Yoga, Chi-Kun Terapéutico, Taichí que invitan a los adultos mayores a participar activamente y mejorar su forma de respirar, posturas, relajarse, activarse físicamente. Para a la larga oxigenar el cerebro y mejorar cuestiones emocionales que influyen en el desarrollo de la enfermedad. En Quito el día mundial del alzhéimer se realizar múltiples actividades para quienes padecen esta enfermedad y para quienes los rodean, en 2015 en el Patronato San José realizo una jornada de actividades que incluían Taichí y se menciona que esta “danza terapéutica ayuda a la memoria, el equilibrio y las articulaciones pues se une lo material con lo espiritual para mover la energía y hacer conciencia de cada órgano del cuerpo.” (NoticiasQuito, 2015)

Fundaciones

En Ecuador el tema del Alzheimer empieza a tomar fuerza en la última década y de la mano la creación de fundaciones enfocadas esta neurodegeneración, sin embargo no son muchas las fundaciones que se han creado con este fin. Consideramos que los ancianatos cumplen un papel muy importante con respecto al cuidado de los ancianos y son muchos los que acogen a personas con EA, dentro de esta categoría los que más se caracterizan son los ancianatos fundados por instituciones religiosas. Son estos espacios de cuidado los que muchas veces necesitan ayuda externa ya que la condición de quienes albergan no puede cumplir todos los requerimientos económicos necesarios para su cuidado. A continuación se presentan algunas de las fundaciones y ancianatos de la ciudad de Quito.

Fundación TASE (Trascender con Amor, Servicio y Excelencia).

TASE es una organización sin fines de lucro que busca aportar un mejor desarrollo social y comunitario. Uno de los principales proyectos es el centro del día para personas con Alzheimer. Los tres principales servicios que brinda esta fundación son:

1. Centro del día para la persona con Alzheimer: Centro de terapia donde, por medio de instrumentos lúdicos y terapéuticos, se potencia las capacidades del usuario. Se crea un espacio de vida para que el cuidador pueda descansar y enfrentar la enfermedad con mayor eficacia.
2. Capacitar y dar a conocer sobre la enfermedad de Alzheimer a personas que estén involucradas en el cuidado de personas con esta condición. Las capacitaciones son para familiares, médicos, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, etc.
3. Dar apoyo a los familiares de personas con Alzheimer mediante Grupos de Apoyo para ayudarlos a sobrellevar esta enfermedad de la mejor manera. Es importante cuidar al cuidador.

(TASE F. , 2015)

La fundación cuenta con un gran número de personas voluntarias que promueven varios proyectos como por ejemplo: la caminata de Alzheimer, el Mes del Alzheimer y es así como generan fondos para que las personas con esta patología tengan más facilidades médicas y psicológicas. A su vez uno de los beneficios que da la fundación es que en los cuatro años que tiene ha capacitado a cuarenta mil personas en todo el Ecuador, con el fin que se conozca la enfermedad y cómo reaccionar ante esta situación.

Ancianato Feliz Hogar Rotary Club Quito Sur.

Feliz Hogar es un ancianato que tiene como objetivo brindar servicios integrales y personalizados a adultos mayores. Cuenta con profesionales calificados enfocados en el área de Geriatría y Gerontología. Su servicio brinda 24 horas de enfermeras, terapias, trabajo social, nutrición y dietética que tiene como fin brindar a las personas de mayor edad una mejor calidad de vida, acoplándose a las necesidades de cada paciente.

El ancianato cuenta con un número de terapias que ayudan al desarrollo de cada paciente.

Terapia ocupacional: Mantenimiento físico: ejercicios, movilidad de articulaciones y músculos en miembros superiores. Mantenimiento de las funciones mentales superiores a través de actividades ocupacionales de entretenimiento y recreación, entre ellas la ludoterapia, musicoterapia, laboterapia, gimnasio global y horticultura. Actividades de la vida diaria y apoyo personal a cada uno de los residentes. También cuentan con terapia de rehabilitación física. (Club, 2013)

Hogar Corazón de María.

Hogar Corazón de María es un ancianato ubicado en la ciudad de Quito, que recoge a personas de la tercera edad que han sido abandonadas con el propósito de cuidarles y darles un hogar. Trabajan bajo dos pilares fundamentales que son el carisma y la espiritualidad.

Las actividades que realiza este orfanato están enfocadas en el crecimiento espiritual de cada persona y realizar actividades para que su cerebro este en constante trabajo como las manualidades, terapias grupales, actividades físicas entre otros.

Patronato San José.

El Patronato San José es una fundación municipal que cuenta con algunos proyecto sociales de inclusión y tiene como misión “defender y restituir los derechos de la población más vulnerable como: niños/as y adolescentes, jóvenes, adultos/as mayores y personas con

discapacidad, que se encuentren enfrentando el riesgo de sufrir problemas de: salud, violencia y pobreza.” (Unidad Patronato Municipal San José, 2015)

Dentro de sus proyectos esta el Sistema integral de atención al adulto mayor, el cual ha ayudado a 14000 ancianos a lo largo de 3 años de labor y cuenta 310 puntos de ayuda distribuidos por toda la ciudad. Sus actividades se centran en tres acciones principales:

1. Volver a Ver: Por el derecho a un acceso gratuito y especializado de salud; este eje brinda atención en rehabilitación visual para tratar patologías visuales como cataratas, terigio o glaucoma recurrentes en los adultos mayores.
2. Recreativo: Así también, se realizan atenciones en fisioterapia para prevenir enfermedades en las personas adultas mayores. Basados en mejorar la experiencia del adulto mayor, se emplea una metodología que escucha las necesidades del usuario. Contamos con talleres de baile, música, manualidades, gastronomía, salidas turísticas, excursiones, entre otros.
3. Emprende Ahora: Proceso de capacitaciones en negocios para devolver el sentido productivo a las personas adultas mayores y permitirles emprender en su primer negocio. (Unidad Patronato Municipal San José, 2015)

Neuromedicenter.

Neuro habilidades del adulto es un centro del día en donde un grupo de profesionales se encarga del cuidado de personas que ya no están en condición de cuidarse por sí solas. Es así que mediante 3 ejes de acción buscan el mejoramiento de calidad de vida con problemas neurológicos especialmente personas con EA.

1. Proporcionar asistencia oportuna y de excelencia, personalizada e integral a pacientes adultos mayores sanos, y con alguna discapacidad, basados el principio de "

Neuroplasticidad", mediante un sistema integral de rehabilitación, que va desde la medicina occidental, hasta terapias coadyuvantes de medicina complementaria o alternativa, con el fin de lograr mejorar la funcionalidad y calidad de vida de nuestros usuarios.

2. Manejo interdisciplinario, con programas de atención a usuarios, en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades neurológicas.
3. Otorgar apoyo, educación y capacitación a cuidadores de pacientes con alguna discapacidad motora y /ó cognitivo – conductual. (NeuroMedicenter, 2015)

Club de la Memoria.

El Club de la Memoria es un centro enfocado en el adulto mayor que ofrece diferentes actividades como bailes, bingo, entretenimiento, gimnasia; planes de nutrición; terapias de memoria y; transporte. Este centro tiene el propósito de que las personas de la tercera edad sigan siendo personas activas y vinculadas a la sociedad.

En el Club de la Memoria, los abuelitos podrán encontrarse con sus similares y realizar actividades dirigidas a estimular las áreas cognitiva, física, social y artística, que previenen el desgaste acelerado de sus capacidades. Además, en el Club de la Memoria no están expuestos a problemas y peligros a los que pueden exponerse al quedar solos en casa: soledad, depresión, aislamiento, incendios por cocinas prendidas y planchas conectadas. (Club de la Memoria, 2013)

Campañas Ecuatorianas

A lo largo de la investigación, se ha podido ver que Ecuador es un país que se preocupa por su población, es por esto que se han creado leyes a favor del adulto mayor y de las personas con discapacidades. El Alzheimer acoge estas leyes y las pone en práctica para proteger e incluir a estas personas en la sociedad. Sumándose a esta causa, la población ecuatoriana ha creado

campañas con el fin de concientizar a las personas sobre la difícil situación que cada individuo tiene que atravesar y a su vez generar empatía. De esta forma se espera crear una sociedad con conciencia de igualdad y de respeto.

Campaña Ayúdanos A NO olvidar.

“Ayúdanos a NO olvidar” fue una campaña del Centro Neuromedicementar, bajo la dirección de la neuróloga Dra. Lisette Duque que se especializa en terapias ocupacionales y cognitivas. El fin de esta campaña fue “llamar la atención e informar a personas a partir de los 40 años de clase alta, media y baja sobre el Alzheimer” (USFQ, 2012)

Se realizó un evento que consistió en una charla bajo la dirección de 3 médicos expertos en el tema en la Cámara de Comercio de Quito con el fin de dar a conocer sobre la enfermedad enfocado principalmente a los familiares que tuvieron la oportunidad de compartir sus testimonios. Fue una charla completamente gratuita, para que de este modo más gente tenga la posibilidad de asistir y enterarse de una realidad que Ecuador atraviesa con las personas no solo mayores a 65 años.

La bisabuela tiene Alzheimer.

La bisabuela tiene Alzheimer es un documental realizado por Iván Mora Manzano en Flacso Cine, este documental de la vida real se basa en la vida de Olivia su hija.

Cuando nace Olivia, su primera hija, el director comienza a filmarla casi obsesivamente, quizás para regalarle algún día la posibilidad de ver sus primeros años de vida, aquellos que no están hechos para que los podamos recordar. Paralelamente, su abuela materna convive con el Alzheimer desde hace quince años. Ella tampoco recordará ese momento y sin embargo por insistencia de su madre, Iván organiza un viaje a Guayaquil para que la niña y su bisabuela se conozcan. Pasa desapercibido el

encuentro para estas dos mujeres separadas por los años y unidas por la incapacidad de recordar. (Manzano, 2012)

Es un claro ejemplo, como la preocupación de concientizar a las personas no solo ecuatorianas si no del todo el mundo. El cine ecuatoriano saca un documental que abre la mente de los espectadores a entender en base de una historia real, ya que en varias ocasiones es la forma más directa de llegar al corazón y a la mente de las personas.

Caminata 2K El Alzheimer no nos detiene.

Desde el 2014 se lleva a cabo la campaña de concienciación y sensibilización que busca resaltar el problema que enfrentan hoy en día muchas familias a su vez se busca involucrar y crear empatía entre quienes no padecen esta enfermedad con sus familiares, allegados, y todo aquel que desee participar y no sufre de EA. Esta caminata tiene como objetivo “formar conciencia en los ecuatorianos ante la necesidad de proteger, respetar, incluir y amar a las personas con Alzheimer.” (TASE F. , 2015)

En 2015, la segunda edición de la caminata, se unieron la Fundación Patronato Municipal San José y su programa 60 y piquito, Neuromedicenter, Club de la Memoria, y MIES. Y se logro una participación de 4.000 jóvenes, abuelos, adultos y niños.

Mes del Alzheimer 2012.

La Fundación TASE fue la promotora de distintas charlas en diferentes universidades dictadas por reconocidos oradores sobre el tema de Alzheimer. También se realizó una casa abierta casa abierta gratuita para informar sobre terapias y acciones a las familias y enfermos.

Alzheimer's.

En 2012 la empresa Maruri lanzó por el mes del alzheimer la campaña Alzheimer's junto a la Fundación de Alzheimer, esta campaña ganó un premio Cannes León de Oro en Francia y lo que busca es generar empatía con las personas que padecen esta enfermedad. Lo que se

realizó, fue el cambio y escondite de las cosas de un supermercado, generando confusión en los compradores, finalmente se les explicó de qué se trataba la campaña y se solicitó donaciones para la fundación.

CAMPAÑA

Tras una profunda investigación realizada a nivel nacional e internacional, la clase de mercadeo social hemos realizado una campaña global que trata diferentes capacidades especiales que lleva el nombre de “Ni Más Ni Menos”, dentro de esta campaña se derivan capacidades especiales entre las cuales consta el Alzheimer, enfermedad para la cual se desarrollo el slogan “Perdí la memoria pero no a mi familia”.

“Perdí la memoria pero no a mi familia” es una campaña que se enfoca en resaltar el amor y el apoyo que debe existir en las familias cuando un miembro sufre de alzhéimer a través del conocimiento adecuado de un diagnostico y de un tratamiento en el hogar adecuado. Pues son las familias quienes son nuestro apoyo incondicional desde que nacemos y debemos demostrar este apoyo a los abuelitos que sufren esta enfermedad. Buscamos generar un cambio en la mente de los jóvenes en dos aspectos, el primero es, como mencionamos previamente, el saber cómo tratar a un familiar con EA mediante el amor que representa a la familia e instrucciones adecuadas; en segundo lugar, los jóvenes deben tomar conciencia sobre la inminente posibilidad de sufrir esta enfermedad en la edad madura es así que buscamos dar a conocer maneras de prevenir los factores de riesgo que se cree degeneran el cerebro.

A continuación presentamos el desarrollo de la campaña “Perdí la memoria pero no a mi familia” bajo el contexto de Marketing Social. Y conociendo la situación de esta enfermedad, presentada previamente, presentamos el proceso, la ejecución de las actividades y los resultados de las mismas.

Antecedentes

Con el propósito de conocer la situación del Alzheimer en el país se ha realizado una encuesta a 100 personas (familias posibles compradoras del producto). Los resultados de las mismas nos indican que existe un 47.7% que tienen un familiar o conocido que padece esta

enfermedad. A pesar de que todos conocen sobre la existencia de la enfermedad solo el 80% está verdaderamente consiente de todas sus afecciones. La gran parte de la población afirma que no sabe cómo cuidar y tratar a una persona con Alzheimer. Por otro lado existe un mal diagnóstico debido al desconocimiento de los síntomas y suele confundirse con un proceso normal de envejecimiento o con demencia senil.

Justificación

Tras haber analizado las respuestas proporcionadas, consideramos pertinente enfocarnos en las familias, en la importancia que tienen al momento que un familiar sufre esta patología. Es por esta razón que hemos escogido el nombre “PERDÍ LA MEMORIA, PERO NO A MI FAMILIA”. Con esto buscamos hacer énfasis en la unión familiar que debe existir, ya que cuando un enfermo padece esta enfermedad, todo su entorno se ve afectado e involucrado.

Por otro lado, hemos escogido como logo un árbol, que hace referencia a la familia, pues la familia es lo permanente, estaba antes de que llegáramos, le pertenecemos mientras vivimos y seguirá existiendo después de nosotros. Las raíces representan la unión familiar y la fuerza que debe existir para salir adelante, las hojas representan a cada miembro de la familia.

Objetivos

Objetivo General de la Campaña.

Realizar una campaña durante el mes de abril y mayo con el fin de concienciar sobre la importancia del rol que cumplen los familiares de una persona con la enfermedad de Alzheimer al convivir con el paciente. A su vez crear una cultura de prevención y cuidado neurológico. Todo esto con una connotación de los vínculos familiares en la cultura quiteña.

Objetivos Específicos.

1. Realizar una campaña con tres planes de acción durante el mes de abril y mayo, los cuales serán una activación, un activismo y un evento.

2. Tener cobertura por parte de tres medios de comunicación, en los cuales se promocionara la campaña con el fin de contar con el apoyo de más personas.
3. Recaudar mínimo \$200 en recursos económicos para ayudar a la Fundación Cottolengo.
4. Tener un mínimo de 100 likes en las páginas de redes sociales, principalmente en Facebook.

Composición del Logotipo

- Símbolo de distintas discapacidades en distintos tonos azules.
- Neurona, representa el tronco y las ramas del árbol
- Hojas de distintos colores
- Todo el árbol representa a la familia.

Tipografía

Geoma Thin Demo



Figura 5: Logotipo de Campaña

Público Objetivo

A lo largo de la campaña nos enfocamos principalmente en generar conciencia sobre la importancia que tiene la familia cuando un familiar tiene Alzheimer. Por esta razón hemos escogido a las familias de Quito como nuestro público objetivo. Nuestra cultura se la conoce por ser de unión familiar y son varios los lugares donde las familias se encuentran y reúnen. Debido a esto, uno de nuestros objetivos fue cambiar la mentalidad de dos grupos específicos

el primero nos enfocamos en las familias del Quicentro Sur y el segundo las familias del parque de la Carolina específicamente en el Boulevard de las Naciones Unidas. Escogimos estos grupos ya que quisimos ver cuáles eran sus reacciones y su conocimiento acerca de la enfermedad, al igual que nos pareció de suma importancia inculcar una cultura de cuidado neurológico y cuidado familiar.

Fundación

Al inicio de la campaña surgió en Ecuador una tragedia la cual conmovió a todo el país y nos motivo a formar parte de la ayuda a las zonas afectadas por el terremoto de 7.8 grados en la escala de Richter que sacudió a la provincia de Manabí el 16 de Abril del 2016. Es así que decidimos ayudar a la fundación Cottolengo ubicada en la ciudad de Manta, la misma que cuida de ancianos en extrema pobreza con Alzheimer, en estado terminal, en cuidados paliativos, recuperación post-operatoria y de residencia sanitaria asistencial. Actualmente cuenta con 49 pacientes los cuales necesitan de cuidados especiales y requieren de múltiples insumos que por la situación en la que se encuentra la zona son difíciles de conseguir.

Producto

Ya que parte de la campaña consiste en la prevención de la degeneración cerebral, y tras segmentar a nuestro público en distintas edades, decidimos vender un tangram. El producto es un juego didáctico con el fin de mejorar los estímulos cerebrales y prevenir la enfermedad. Estos juegos tienen como beneficios mejorar la observación, superar desafíos, generar estrategias, tolerancia ante las dificultades, crear vínculos familiares, controlar el estrés y a su vez en la tercera edad resultan una herramienta muy útil para conseguir retrasar los efectos de la demencia senil y la pérdida de memoria. Este producto es una especie de rompecabezas tiene siete piezas o "tans" que forman un cuadrado mediante cinco triángulos de diferentes tamaños, un cuadrado y un paralelogramo. Este fue comercializado por un valor de \$3.

A primera vista resulta muy sencillo de armar para todo los miembros de la familia sin embargo al desarmarlo la dificultad de este aumenta y ayuda a ejercitar la mente. Este producto es un juego chino conocido también como Chi Chiao Pan, que significa tabla de la sabiduría.

Desarrollo de Campaña

Activación.

Lugar: Quicentro Sur

Fecha: Domingo 17 de mayo

Hora: 10:00

Objetivo: Probar la mente de los visitantes del centro comercial para incentivar el ejercicio mental.

Las pruebas mentales realizadas en esta activación consistían en videos e imágenes de ilusiones ópticas o ejercicios de lógica que probaban la velocidad, la memoria y la lógica del público. Después de realizar las pruebas mentales, el publico nos expreso su sentimiento de confusión entendiendo la confusión y frustración de los pacientes de Alzheimer. Se realizo la entrega de 63 flayers informativos, evidenciando el alcance en el Quicentro Sur. Finalmente se invito a los participantes de las pruebas mentales a escribir en las hojas del árbol decorativo un recuerdo de algo que nunca quisieran olvidar.

BTL.

Lugar: Bulevar Av. Naciones Unidas

Fecha: Domingo 1 de mayo

Hora: 13:00

Objetivo: Lograr un sentimiento de empatía por parte de los transeúntes sobre la sensación de no reconocer a alguien debido a la pérdida de memoria

El BTL consistió en una comunicación no convencional en la que nos aproximábamos a los transeúntes actuando como si estos fueran un conocido muy cercano. Creamos confusión en los transeúntes y finalmente les entregamos una tarjeta diciendo “Esto es lo que siente una persona con Alzheimer” e invitando a ser parte de la página de Facebook.

Al realizar este BTL un día domingo en el sector del parque La Carolina logramos comunicar nuestro mensaje a familias. Alcanzando un total de 100 transeúntes del sector concienciando sobre este tema.

Evento.

Lugar: Auditorio de la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito

Fecha: Lunes 4 de mayo 2016

Hora: 18:00

Objetivo: Recaudar fondos para la fundación Cottolengo y capacitar a los familiares de paciente de Alzheimer sobre los métodos correctos para cuidar de esta persona.

En primer lugar se dictó una charla por la psicóloga Ana Trueba especialista en demencias, con el tema “Como enfrentar el Alzheimer en Familia”, al finalizar la charla tuvimos la oportunidad de contar con historias y testimonios de vida de parte del público. Por otro lado, la audiencia pudo participar de un Bingo con el fin de ejercitar la mente y a su vez ganar premios para motivarlos. Contamos con asistencia de 25 personas de todas las edades, principalmente familias y personas mayores. El valor de la entrada era de \$8.00 que incluía un rompecabezas, la charla y el bingo.

Activismo.

Lugar: Ministerio de Inclusión Social

Fecha: Lunes 2 de mayo 2016

Hora: 15:00

Objetivo: Exigir un censo que proporcione de datos oficiales sobre la enfermedad con el fin de proveer gratuitamente el 100% del tratamiento farmacológico para la enfermedad de Alzheimer. Lo que se precisa para obtener a este derecho es un diagnóstico hecho por un especialista.

Junto a las demás campañas de Ni Más Ni Menos, el lunes 2 de mayo nos acercamos al Ministerio de Inclusión Social, ubicado en las calles Francisco de Robles y Ulpiano Páez para realizar la entrega oficial de 1000 firmas de respaldo a la petición y la entrega del oficio de solicitud del censo.

Cronograma de Actividades.

Actividad	Fecha	Hora	Lugar	Descripción
Activación	17 de Abril	10:00 – 19:00	Quicentro Sur	Juegos mentales prueban la velocidad, la memoria y la lógica del público. Recordación flyer creativo.
BTL	1 de Mayo	13:00 – 16:00	Bulevar Av. Naciones Unidad	Comunicación no convencional en la que nos aproximábamos a los transeúntes actuando como si estos fueran un conocido muy cercano. Creamos confusión en los transeúntes y finalmente les

				entregamos una tarjeta diciendo “Esto es lo que siente una persona con Alzheimer” e invitando a ser parte de la página de Facebook.
Activismo	2 de Mayo	15:00 – 17:00	Ministerio de Inclusión Social	Solicitud de un censo inclusivo, con el fin de tener datos oficiales sobre cada capacidad especial
Evento	4 de Mayo	18:00 – 21:00	Auditorio de la Biblioteca USFQ	Capacitación a familiares de pacientes con Alzheimer y bingo

Tabla 9: Cronograma de actividades

Vocero

Nuestra vocera escogida como representante de nuestra campaña fue Martha de Salas mejor conocida como Mechita de las Zuquillo. Martha de Salas es una reconocida actriz en el Ecuador, la escogimos por su carisma y consideramos que es una líder de opinión dentro del medio.

Resultados

Logros Académicos.

- Creación de piezas comunicacionales creativas y claras como material de recordación de las diferentes actividades realizadas.
- Correcto manejo de la página de Facebook debido a la constante actualización de las actividades, publicación de piezas, videos y fotografías realizadas a lo largo de la campaña.
- Gestión adecuada de auspicios para sortear premios atractivos para el bingo.
- Recepción del oficio y de las firmar en el Ministerio de Inclusión Social por parte de las entidades encargadas.

Logros Sociales.

- Difusión correcta del mensaje en la activación y BTL realizados en el Quicentro Sur y Bulevar de la Av. Naciones Unidas respectivamente. (Alrededor de 160 personas alcanzadas)
- El evento conto con la asistencia de 25 personas de distintas edades y la venta de 6 entradas extras.
- Se vendió 19 tangrams con el logo de la campaña a la público en general.
- La campaña fue difundida por radio y televisión como promoción y cobertura de las actividades realizadas.
- En Facebook el alcance genero 200 “me gusta” y se compartió y comento 99 veces las distintas publicaciones de la página.

Logros Mediáticos.

A lo largo de la campaña contamos con la presencia de 3 medios de comunicación. El primero fue Canal Uno Internacional, el cual nos dio la apertura para hablar sobre la campaña, el objetivo principal e incentivar a las personas para que se unan a esta causa. La entrevista se realizó el día lunes 2 de mayo en las instalaciones de la Universidad San Francisco y salió al

aire el día martes 3 de mayo a las 17h00 y el día lunes 9 de mayo a la misma hora con una duración de un minuto.

En segundo lugar tuvimos la oportunidad de dar a conocer la campaña en los 40 Principales el día viernes 6 de mayo en Buenas Noticias con Gissela Jácome. Salimos al aire el día lunes en el noticiero de las 6 de la mañana y en el noticiero de las 7 de la noche.

Por último una entrevista vía telefónica en el programa “Al Fin Solos” conducido por Paolo Muñoz, el mismo que nos dio la apertura para conversar de la campaña y que resultados se obtuvieron a lo largo de todo el proceso de campaña.

Logros Económicos.

Todos los fondos recaudados a lo largo de la campaña por medio del evento y la venta del producto serán entregados a la Fundación Cottolengo a mediados del mes de mayo junto al presente informe de actividades.

Razón	Costo total	PVP/CU	Unidades vendidas	PVP Total	Ganancias
Producto	\$60.00	\$3.00	94	\$282.00	\$222.00
Activación	\$55.00	-	-	-	-
BTL	\$18.00	-	-	-	-
Piezas	\$65.00	-	-	-	-
Evento	\$15.00	\$8.00	40	\$320.00	\$305.00
Donaciones					\$11.00
Total					\$325.00

Tabla 10: Rendición de cuentas

CONCLUSIONES

Tras haber realizado esta campaña e investigación, es importante recalcar el aprendizaje y los objetivos cumplidos durante todo el proceso. Nuestra campaña fue enfocada principalmente en la ciudad de Quito a las familias con el fin de inculcar una cultura de cuidado familiar, de prevención ante una enfermedad neurodegenerativa y saber detectar con anterioridad los síntomas de EA ya que no es un proceso normal de envejecimiento. Es fundamental recalcar que existe muy poca información debido al mal diagnóstico que se realiza en el país y por esta razón muchas personas adultas son descuidadas y no cuentan con un cuidado necesario. Se debe hacer especial énfasis en esto para las futuras generaciones para poder tener una mejor y clara explicación del tema.

Todos los objetivos fueron cumplidos a lo largo de la realización de la campaña, obteniendo a su vez objetivos que no esperábamos como la gran apertura de las personas y la disposición de las personas a aprender la importancia y que implica tener un pariente con EA. Es satisfactorio saber que hemos logrado cambiar la forma de pensar y la actitud ante esta enfermedad tan común y tan propensa en las personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Navarrete. E, Prospéro. O, Hudson.R, Guevara. R. (2001). Enfermedades neurodegenerativas que causan con demencia. *Gaceta Médica de México*, 190.
- Rodríguez.E, Hinojosa.R . (14 de Septiembre de 2015). *Reporte Indigo* . Obtenido de <http://www.reporteindigo.com/piensa/salud/alzheimer-amenaza-que-avanza>
- ALZ, A. A. (2016). *Alzheimer's Association*. Obtenido de <http://www.alz.org/espanol/treatment/diagnostico.asp>
- Ana Canga Armayor, U. d. (junio de 2011). *Research Gate*. Obtenido de Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: Una revisión bibliográfica: https://www.researchgate.net/publication/39440550_El_aprendizaje_de_cuidados_familiares_a_pacientes_con_Alzheimer_revision_bibliografica
- Antioquia, G. d. (2011). *Enfermedad de Alzheimer Familiar* . Antioquia: Revista de Neuropsicología.
- Bertoni, M. (16 de junio de 2009). *Mal de Alzheimer* . Obtenido de Primera ley en Iberoamérica: <https://maldealzheimer.wordpress.com/2009/06/16/primera-ley-en-iberoamerica/>
- Bertoni, M. (22 de noviembre de 2012). *El Mal de Alzheimer* . Obtenido de México también combate el Alzheimer: <https://maldealzheimer.wordpress.com/2012/04/27/obama-tambien-combate-el-alzheimer/>
- Bertoni, M. (09 de enero de 2012). *Mal de Alzheimer* . Obtenido de Francia otra vez: cobertura al 100%: <https://maldealzheimer.wordpress.com/2012/01/09/francia-otra-vez-cobertura-al-100/>
- Borrero, P. M. (2009). *Medicina Familiar* . *Revista De La Universidad Del Azuay*, 37.
- BrightFocus Foundation. (2016). *La Herencia y la Enfermedad de Alzheimer*. Obtenido de <http://www.brightfocus.org/espanol/la-enfermedad-de-alzheimer-y-la-demencia/la-herencia-y-la-enfermedad-de-alzheimer>
- Carmona, J. (2012). *Análisis de factores psicosociales en paciente con enfermedad de Alzheimer: tarifa social, salud percibida y calidad de vida* . Valencia : Universidad CEU Cardenal Herrera.
- Castro A. Martínez A. . (2006). *Asociación Española de Científicos* . Obtenido de <http://www.aecientificos.es/empresas/aecientificos/intereshtml/alzheimer/alzheimer.htm>
- Ciencias, A. (19 de marzo de 2015). *Actualidad Ciencias* . Obtenido de Un nuevo tratamiento revolucionario contra el alzhéimer restaura casi totalmente la memoria: <https://actualidad.rt.com/ciencias/169570-tratamiento-alzheimer-regenerar-memoria-ratones>
- Club de la Memoria. (2013). *Club de la Memoria para el adulto mayor*. Obtenido de <http://www.clubdelamemoria.com/nosotros/>
- Club, A. R. (2013). *Ancianato Rotary Club* . Obtenido de Ancianato Feliz Hogar: http://www.fundacionrotaryquitosur.org/es_n/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=595
- CNII, C. N. (30 de Septiembre de 2014). *Consejos Nacionales de Igualdad Intergeneracional* . Obtenido de <http://igualdad.gob.ec/122-adulto-mayor.html>

- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Registro Oficial No. 449* . Montecristi: Asamblea Nacional.
- Constitución Política de la República. (2008). *Codificación De La Ley Delanciano*. Montecristi.
- De la Vega, R. y. (Octubre de 2013). *Circunvalación del Hipocampo*. Obtenido de <http://www.hipocampo.org/alzheimer.asp>
- DMedicina. (22 de septiembre de 2015). *DMedicina*. Obtenido de Alzheimer: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/alzheimer.html>
- Dr.Rodríguez J., Herrera,F. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana Salud Pública*.
- ECUADOR, A. N. (25 de septiembre de 2012). *Ley Orgánica De Discapacidades* . Obtenido De Ley Orgánica De Discapacidades : http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf
- Ecuador, D. (31 de octubre de 2013). *Código de la Familia*. Obtenido de Código de la Familia : <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechodefamilia/2013/10/31/codigo-de-familia>
- Ecuavisa. (24 de Septiembre de 2014). *Ecuavisa* . Obtenido de <http://www.ecuavisa.com/articulo/noticias/actualidad/81544-piden-incluir-al-alzheimer-nuevo-codigo-salud>
- EMDA, I. a. (2012). *EMDA*. Obtenido de <http://www.alz-il.net/?s=the+wrong+movie>
- Envejecimiento, I. N. (15 de octubre de 2015). *Instituto Nacional sobre Envejecimiento*. Obtenido de Entendiendo la enfermedad de Alzheimer: <https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/entendiendo-enfermedad-alzheimer/introduccion>
- España, F. A. (25 de noviembre de 2015). *Fundación Alzheimer España*. Obtenido de Fases del Alzheimer: <http://www.alzfae.org/cuidador/98-alzheimer-faq/fases-alzheimer>
- Força, S. i. (2015). Alcohol, tabaco, obesidad y diabetes, relacionados con indicadores tempranos de alzheimer y demencia. *Salut i Força* , 30.
- Foro de Organizaciones de la Sociedad Civil. (2007). *Carta de Brasilia 2007 Declaración de la Sociedad Civil*. Brasilia : Foro de Organizaciones de la Sociedad Civil, .
- Gerontologia, L. e. (15 de Septiembre de 2012). *Gerontologia*. Obtenido de <http://gerontologia.maimonides.edu/2012/09/dia-mundial-del-alzheimer/>
- Guide, H. (marzo de 2016). *Help Guide* . Obtenido de Alzheimer's Disease: <http://www.helpguide.org/articles/alzheimers-dementia/alzheimers-disease.htm>
- Herrera, A. (2012). *Enfermedad de Alzheimer (Fisiopatología)*. Mexico .
- INEC, I. N. (2011). *Registro de Defunción 2011*. Quito .
- Insights. (3 de Junio de 2015). *Insights.LA*. Obtenido de <http://www.insights.la/2015/06/03/campanas-de-grey-latam-para-cannes-2015/>

- jornada, L. (17 de marzo de 2015). *La Jornada*. Obtenido de Crean fondo global para hallar cura al mal de alzheimer: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/03/17/crean-fondo-de-inversion-global-para-hallar-cura-al-mal-de-alzheimer-2231.html>
- Jurczynska,C., Ortiz,M., Silanes de Miguel,C., Luque,M. (2011). *Impacto Social De La Ea Y Otras Demencias*. Obtenido de http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf
- Lage, J. M. (2003). Factores De Riesgo Y De Protección De. En G. L. García A., *Fronteras en la Enfermedad del Alzheimer* (págs. 33-60). Madrid: Serie Científica Farmaindustria.
- Libero, R. (2014). *Futbol vs Alzheimer*. Obtenido de <http://futbolvsalzheimer.revistalibero.com/#estudio>
- Línea, P. N. (29 de Julio de 2011). En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, según el INEC. *El Tiempo* , págs. <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/74301-en-el-ecuador-hay-1a-229-089-adultos-mayores-sega-n-el-inec/>.
- Manzano, I. M. (03 de noviemre de 2012). *Los ensayos de Archibalo*. Obtenido de La bisabuela tiene Alzheimer: <http://archibaldodelacruz.blogspot.com/2012/11/la-bisabuela-tiene-alzheimer.html>
- Martínez, V. T. (2005). Demencia en la enfermedad de Alzheimer: un enfoque integral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- MIES, M. d. (2012). *Agenda de igualdad para Adultos Mayores 2012-2013*. Quito: SEMPLADES.
- Ministerio del Deporte. (2016). *Deporte Gob*. Obtenido de <http://www.deporte.gob.ec/ecuador-ejercitate-activa-las-24-provincias-del-pais/>
- Monterrey, A. A. (2014). *Asociación Alzheimer Monterrey* . Obtenido de El Impacto En La Familia: <http://alzheimermonterrey.com/el-impacto-en-la-familia/>
- Navarro, D. J. (s.f.). *Trastornos De La Memoria: Análisis De Los Tratamientos Usados En La Enfermedad De Alzheimer*. Lulu .
- NeuroMedicenter. (2015). *NeuroMedicenter*. Obtenido de <http://www.neuromedicenter.com/index.php/about-us>
- Nisa, H. (2009). *Servicio de Neurorehabilitación* . Obtenido de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1NpHHB25OU4J:www.neurorhb.com/enfermedades-neurodegenerativas/+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec>
- NoticiasQuito. (2 de Octubre de 2015). *Agencia Pública de Noticias de Quito*. Obtenido de http://www.noticiasquito.gob.ec/Noticias/news_user_view/con_musica_taichi_y_bailoterapia_200_adultos_mayores_celebraron_su_dia--16073
- OMS, O. M. (Marzo de 2015). *Demencia*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Pachacama, F. E. (2015). *La Bailoterapia Como Alternativa Para Mejorar Las Capacidades Físicas Del Adulto Mayor En La Fundación Humanista Rotary Club Quito Sur 2015*. Quito: UNIVERSIDAD CENTRAL DE ECUADOR.
- Parquet, D. C. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina.*, 10-11.

- Pozo, D. P. (2012). Factores de riesgo y prevalencia de la demencia y enfermedad de Alzheimer en Pichincha – Ecuador (Estudio FARYPDEA). *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 49-54.
- Ramírez, M. d. (2008). What do you know aboutneurodegenerative diseases? *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas* , 71.
- Roblesa .A, Del Serb.T, Alomc.J , Peña-Casanovad. J. (2002). *Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Neurología.
- SALUD, G. (03 de enero de 2014). *GEO SALUD* . Obtenido de Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer: <http://www.geosalud.com/alzheimer/enfermedad-alzheimer-tratamiento.html>
- Sánchez,C., Nariño,D., Cerón,J. (2010). *Epidemiología y carga de la Enfermedad de Alzheimer*. Bogotá: Universidad Javeriana.
- Secretaría del Buen Vivir. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. Quito.
- SENPLADES, S. N. (2008). *Ecuador hoy y en el 2025: Apuntes sobre la evolución demográfica*. Quito : SEMPLADES.
- SOCIAL, I. E. (2013). *Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social* . Obtenido De Centro De Medicina Nuclear Realiza Estudios Especiales: http://www.iess.gob.ec/es/web/mobile/home/-/asset_publisher/0hbG/content/centro-de-medicina-nuclear-realiza-estudios-especiales/10174?redirect=http%3A%2F%2Fwww.iess.gob.ec%2Fes%2Fweb%2Fmobile%2Fhome%3Fp_id%3D101_INSTANCE_0hbG%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_s
- TASE, F. (2015). *Fundacion Tase* . Obtenido de Nosotros : <http://www.fundaciontase.org/#!/skin-care/c161y>
- TASE, F. (03 de marzo de 2016). *Fundación Trascender Con Amor Servicio Y Exelencia* . Obtenido de Envejecimiento normal vs Alzheimer : <http://www.fundaciontase.org/#!/Envejecimiento-normal-vs-Alzheimer/c45u/56d8ae5a0cf2bc6add18182f>
- Tiempo, E. (31 de agosto de 2015). *El Tiempo*. Obtenido de Descubren nueva molécula con implicaciones en el Alzheimer : <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/alzheimer-nuevos-avances-cientificos/16317297>
- Torres, K. (19 de Septiembre de 2015). Pacientes con alzheimer deben controlar su presión y azúcar. *PP EL VERDADERO*, págs. <http://www.ppelverdadero.com.ec/pp-saludable/item/pacientes-con-alzheimer-deben-controlar-su-presion-y-azucar.html>
- Unidad Patronato Municipal San José. (2015). *Unidad Patronato Municipal San José*. Obtenido de <http://www.patronato.quito.gob.ec/programas/sistema-integral-de-atencion-al-adulto-mayor.html>
- USFQ, R. (2012). *Repositorio USFQ*. Obtenido de Campañas de Concientización sobre el Alzheimer : <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2088/1/106567.pdf>
- Valls .L, Cano.M, Marquillas.M, Pérez.E, Franco.A. (2006). *Guía De Seguimiento Farmacoterapéutico De Los Pacientes Con Alzheimer*. Granada : Espai Gràfic Anagrafic, S.L.

Vergara, F., Behrens, M. (2013). Red neural por defecto y enfermedad de Alzheimer . *Revista Médica Chile* , 375-380.

Víctor Isidro Carretero, C. P.-V. (2011). *Guía práctica para familiares*. Madrid.