BOLETIN

Nº 2, Junio 2006

http://aib.alzheimer-online.org aib2006@gmail.com

Alzheimer Ibero América

MEMORIAS MONTERREY

Desglosarán expertos el mal de la memoria

Será Monterrey sede de reunión anual de la asociación Alzheimer Iberoamérica

CONTENIDO

Pagina 1
Mosaico Monterrey 2006

Paginas 2
Reunión de Alzheimer Iberoamerica en Monterrey

Paginas 3,4 y 5
Programa Ejecutado

Paginas 6 y 7
Galeria de Fotos

Pagina 8
Recuerden los Eventos

Paginas 9 a 13
Resumen Curricular de los Ponentes

Paginas 14 a 36
Resumen de las ponencias y Agradecimientos

...cia sobre el mal de la memoria

Viernes 16 de Junio del 2006 · EL NORTE VIDA 5

raen buenas noticias ontra el Alzheimer

Reunión de Alzheimer Iberoamérica en Monterrey

Teniendo como sede la ciudad de Monterrey, México, se llevó a cabo de los días 13 y 14 de junio la IV Reunión de Asociaciones y Fundaciones de Alzheimer Iberoamérica, donde las delegaciones los diferentes países se reunieron para intercambiar experiencias en cuanto a la buena marcha de sus respectivas Asociaciones; mientras que los días 15 y 16 de este mismo mes se diera paso a la Primera Conferencia de Alzheimer Iberoamérica, para que los especialistas tanto de México como de los países visitantes compartieran sus conocimientos con el público asistente.

Con la participación de 13 países de habla hispana y 14 ciudades de México donde existen asociaciones y grupos de apoyo, el evento contó con la presencia de Elizabeth Rimmer, Directora Ejecutiva de la ADI, sede en Londres, así como de Melanie Legg, responsable del contacto de la ADI con países latinoamericanos, así como de España el Dr. Carlos de Linares y Emilio Marmaneu, presidente de CEAFA. De Los Angeles, California la periodista Meyling Eliash-Daneshfar quien esta a cargo de las personas latinas de la Asociacion Alzheimer de Estados Unidos, Capitulo Los Angeles.

El evento estuvo coordinado por el Dr. Raúl Gutiérrez de México y Mira Josic, presidenta de AIB , teniendo el apoyo de miembros directivos de la Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA), encabezados por el Dr. Eliud Robles y Federico Ortiz-Moreno, Presidente y Vicepresidente, respectivamente.

El evento sirvió asimismo, para dar a conocer los 100 años de que se empezara a difundir el conocimiento de la enfermedad de Alzheimer y los 20 años de este mismo movimiento de divulgación y concientización de esta enfermedad en México

El Dr. Raúl Gutiérrez Herrera expresó que en los 18 países que conforman esta Federación Iberoamericana hay 3.5 millones de personas que padecen la enfermedad, añadiendo que de estas, entre el 60 y 70 por ciento no se les ha diagnosticado el padecimiento.

Un programa variado. En el evento estuvieron como conferencistas autoridades en la materia como Mira Josic, presidenta de Alzheimer Iberoamérica, con sede actual en Caracas,Venezuela, y Daisy Acosta, vicepresidenta de la Federación Internacional de Alzheimer (ADI) y quien vino de Republica Dominicana. También se contó con la presencia de Lilia Mendoza, iniciadora del movimiento de difusión hace 20 años, con la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades similares, A: C: , formándose a partir de ésta otras asociaciones y grupos de ayuda en todo el País.

Entre los temas tratados estuvieron desde los aspectos generales sobre la biografia de Alois Alzheimer, qué es la enfermedad, cómo se diagnostica, cuál es el tratamiento, los avances en cuanto a medicamentos, las nuevas técnicas, las modalidades de atención para familiares en sus casas, y cómo debe seleccionarse una estancia geriátrica en caso de necesitar ingresar a una. Además, hubo mesas redondas con representantes de grupos de apoyo que dirán cómo trabajan y cómo usar Internet para estar enterados sobre las investigaciones.

Asimismo, los asistentes tuvieron la oportunidad de participar en dos talleres, uno para médicos y psicólogos, sobre la neuropsicología de la demencia, y otro para fortalecimiento institucional y administrativos, sobre cómo recaudar fondos para sus asociaciones, completan el programa.

También se tuvieron dos programas culturales donde los invitados extranjeros y nacionales tuvieron la oportunidad de conocerse e intercambiar experiencias.

Coordinaron la organización del evento : el Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario, la Federación Mexicana de Alzheimer , la Facultad de Medicina de la UANL y la Asociación Alzheimer Monterrey

Eliud Robles, Presidente de FEDMA, México, del 13 al 16 de junio de 2006

PROGRAMA EJECUTADO

IX REUNION REGIONAL LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE
(ALZHEIMER´S DISEASE INTERNATIONAL)
IV REUNION IBEROAMERICANA DE ASOCIACIONES Y FUNDACIONES DE ALZHEIMER
(ALZHEIMER IBEROAMERICA)
Monterrey, México, 13 y 14 de junio de 2006
Lugar: Sala de Juntas del Hotel Hampton Inn Galerias Obispado

HORA	13 de junio (Mañana)
8:45 - 9:00 AM	**Inauguración**
9:00 -11:30 AM	**Reunión de Comités**
11:30-12:00 M	Presentación por escrito de los resultados de los Comités / Mesas de Discusión a la Junta Directiva
	13 de junio (Tarde)
2:00-5:30 PM	Reunión de Junta Directiva, según agenda y preparación de la agenda de la Asamblea
5:30 – 6:00 PM	Lectura , trascripción y firma del Acta
	14 de junio (Mañana)
9:00 – 9:10 AM	Palabras de Bienvenida a cargo del Presidente de FEDMA . Dr. Eliud Robles
9:10-9:30 AM	Presentación del informe de la AIB Mira Josic de Hernández, Presidenta de AIB.
9:30– 1:00 PM	**PLENARIA ASOCIACIONES MIEMBROS. PRESENTACION DE RESULTADOS 2005 / 2006** Lilian Alicke (Brasil), Carlos de Linares del Rio (España), Emilio Marmaneu (España),Haydee de López (Guatemala), Eliud Robles (México), Rosmary de Leon (Panamá), Juan Antonio Salgado (Puerto Rico), Sonia Vela (Perú), Daisy Acosta (Rep. Dominicana), Roberto Ventura (Uruguay), Carlos Hernández Castillo (Venezuela), Elizabeth Rimmer (Alzheimer´s Disease International)
HORA	**14 de junio (Tarde)**
2:00-5:30 PM	**Asamblea General de Miembros , Lectura y trascripción del Acta**

PROGRAMA EJECUTADO

INTERES GENERAL
MEDICO CIENTIFICO
CUIDADORES – PERSONAS RELACIONADAS CON EL CUIDADO
CURSOS O TALLERES AIB

1era CONFERENCIA DE ALZHEIMER IBEROAMERICA (AIB)

15 y 16 de junio de 2006

Lugar: Auditorio N° 2 del Hospital Universitario Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL)
Dirección: Madero y Gonzalitos colonia Mitras Centro Monterrey, Nuevo León

COORDINACION DEL EVENTO

El Cuerpo Académico del Departamento de Medicina Familiar de la UANL.

Federación Mexicana de Alzheimer

Jueves 15 de junio 2006

10:00 - 11:30 Mesa Redonda

Enfermedad de Alzheimer (E.A): Historia, Diagnostico y Tratamiento

Alois Alzheimer a 100 años de su legado. ***Robles E. (México)***
Comienzos atípicos en la enfermedad de Alzheimer. ***Ventura R. (Uruguay)***
Tratamiento Farmacológico de la E. A. Novedades. ***Acosta D (R. Dominicana)***
Moderador: ***Ortiz G.G. (México)***

11:30 -12:15 Inauguración por Autoridades

12:15 – 12:45 Conferencia

Resultados año 2005 Bloque Iberoamericano de Asociaciones y Fundaciones de personas con demencia y sus familiares ***Josic M. (Venezuela)***

Moderador: ***Robles E. (México)***

12:45 -14:00 Conferencia Magistral

Claves de supervivencia superior a 12 años en los Síndromes **Demenciales**
Melatonina en el trastorno del ritmo circadiano del sueño en pacientes
Domingo M.J. Goodden P. Granizo E. Pinillas M. Rodriguez C.

Linares C (España)
Moderador: ***Macías Osuna A. (México)***

14:00 - 16:00 Receso Comida

16:00.17:30 Mesa Redonda

Difusion por la WEB

Resultados asistencia mediante el Portal Alzheimer – Online. ***Linares C. (España)***
El uso del correo electrónico y el Internet, Alguien con quien contar, ***Ortiz - Moreno F. (México)***
Difusión por la Web . ***Josic M. (Venezuela)***
Moderador: ***Gomez Mendoza S. J. (México)***

17:30 -19:00 Mesa Redonda

Terapias y Educación para el Alzheimer

Atención psicológica en los Síndromes Demenciales, ***Sáez A. (España)***
Cómo realizar las Actividades de la vida diaria. Una propuesta Neuropsicológica. ***Hernández Galván A. (México)***
Detección de personas de tercera edad con trastornos de memoria en una Comunidad Maya parlante. ***López H. (Guatemala)***
Moderador: ***Merino E. A. (México)***

CURSOS y TALLERES

16:00 – 19:00 Curso : Neuropsicología de la Demencia (Para Médicos y Psicólogos).

Lugar: Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León
Ponente y Facilitador: ***Ventura R. (Uruguay)***

PROGRAMA EJECUTADO

Viernes 16 de junio 2006

10:00: - 12:30 Conferencias

Epidemiología e impacto de las demencias en América Latina.
Resultados preliminares del Grupo de estudio en Demencias 10/66

Demencia y Deterioro Cognitivo en Argentina ***Arizaga R. (Argentina)***
Estudio poblacional de Demencia, 1066 México ***Sosa Ortiz A. (México)***
Grupo de Investigación de Demencia 10/66. Resultados Preliminares ***Acosta D. (Republica Dominicana)***
La Demencia en países en desarrollo. ***Ferri C. (UK)***
Moderador: ***Gutiérrez Herrera R. (México)***

12:30-13:30 Mesa Redonda

Cuidadores

Presentación de videos y actualizaciones
Asociación Dominicana de Alzheimer
Acosta A. (Republica Dominicana)
Asociación Potosina de Alzheimer
Pozo G. (México)
Moderador: ***Alicke L (Brasil***

13:30-14:15 Conferencia Magistral

Neuropsicología del Lóbulo Frontal: La participación del lóbulo frontal en la patología demencial
Demencia Fronto-temporal

Ventura R. (Uruguay)
Moderador: ***Campos J. A (México)***

14:15- 16:00 Receso Comida

16:00.17:30 Mesa Redonda

Centros Diurnos, Asilos y Guarderías

Orientación sobre los Centros Diurnos para adultos en California, E.E.U.U
Alzheimer's Association, Capitulo Los Ángeles, U.S.A. ***Eliash-Daneshfar M.***
La nueva Ley de la Dependencia en España
Marmaneu E. (España)
Moderador: ***Gómez Mendoza San J. (México)***

17:30-19:00 Mesa Redonda

Grupos de Apoyo

Mayor efectividad en las Familias y Comunidad
Grupos de Ayuda en México. ***Mendoza L. (México)***
El Apoyo Comienza en Casa. ***Salgado J.A. (Puerto Rico)***
Grupos de apoyo en Panamá. ***Sampson N. (Panamá)***
Moderador: ***Ortiz-Moreno F. (México)***

CURSOS y TALLERES
16:00 – 19:00
Taller de Advocacy, Lobbying y Fundraising

Lugar: Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León
Facilitadoras: ***Josic M (Venezuela), Alicke L. (Brasil)***

19:15 Clausura

RESULTADOS ACTAS DE REUNION
En www.aib.alzheimer-online.org

GALERIA DE FOTOS

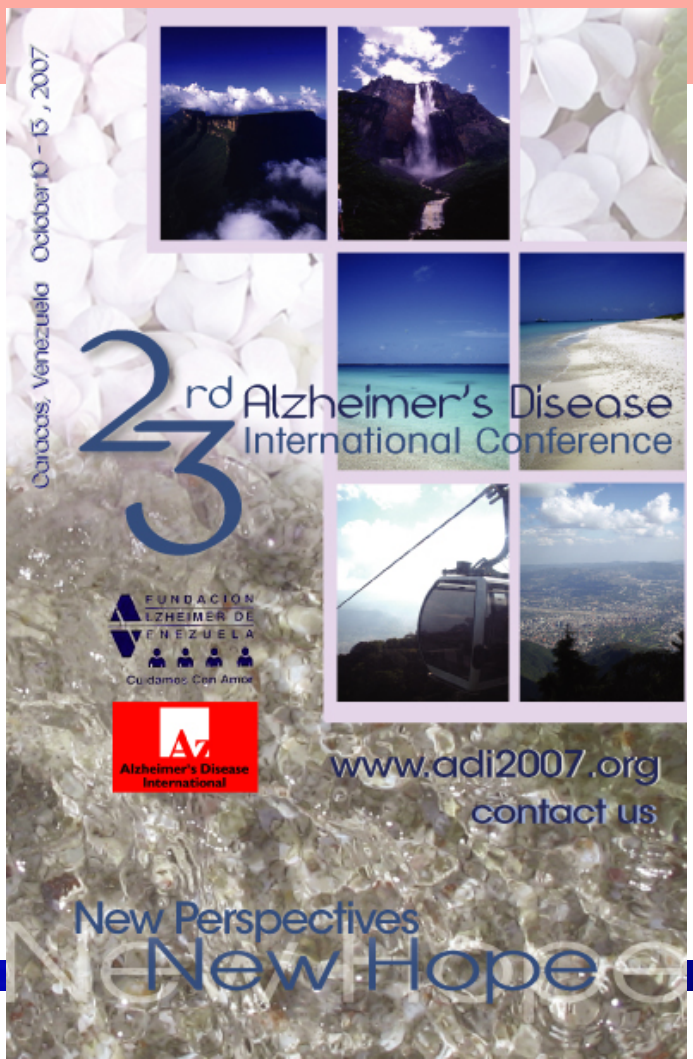
www.alzheimer-online.org

CEAFA

19 al 21 de octubre de 2006

Cien años de historia
1906 – 2006
Lugar: Auditorio Alfredo Kraus
Las Palmas de
Gran Canaria

http://www.congresonacionaldealzheimer.org



1era CONFERENCIA DE ALZHEIMER IBEROAMERICA (AIB)

15 y 16 de junio de 2006

Lugar: Auditorio Nº 2 del Hospital Universitario Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL)

PONENTES POR ORDEN ALFABETICO

Daisy Acosta (Republica Dominicana)

MÉDICO PSIQUIATRA certificada por los Boards Americano de Psiquiatria y Neurologia, Board de Psiquiatria geriátrica y de Psiquiatria Forense
Vicepresidenta de ADI
Vicepresidenta de La Sociedad Dominicana de Psiquiatría y del Colegio Dominicano de Neuropsicofarmacología
Asesora científica de La Asociación Dominicana de Alzheimer y co-fundadora de la misma
Investigadora Principal. 10/66 Rep. Dominicana
Coordinadora para América Latina y El Caribe del Grupo de Investigacion de Demencias 10/66
Miembro Fundador del Comité Latino-Americano y Caribeño para el estudio de la Demencia (Grupo Montevideo).
Grupo Asesor para Alzheimer Ibero-América (AIB).
Vicepresidenta de La Sociedad Dominicana de Psiquiatria
Vicepresidenta del Colegio Dominicano de Neuropsicofarmacología
Vicepresidenta electa de Alzheimer´s Disease International
Miembro del comité científico de ADI
Coordinadora de la cátedra de psicogeriatria de La Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña
Investigadora principal del 10/66 en República Dominicana

Raul Arizaga (Argentina)

MEDICO NEURÓLOGO
Secretario Grupo de Neurología de la Conducta y Neurociencias Cognitivas de la Sociedad Neurológica Argentina
Secretary Research Group on Dementia World Federation of Neurology
Asesor científico de ALMA, Asociación Argentina de Alzheimer
Asesor científico de Alzheimer Ibero América
Investigadora Principal. 10/66 Argentina

Domingo M.J. Goodden P. Granizo E. Pinillas M. Rodriguez C.

Prestigioso equipo médico y multidisciplinario de la Fundación Anti-Demencia Al-Andalus de España

representados por Carlos de Linares del Río (España)

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA, ESPECIALISTA EN GERIATRIA

- LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGIA POR LA UNIVERSIDAD DE GRANADA CON LA CALIFICACION DE SOBRESALIENTE. 1978
- DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA POR LA UNIVERSIDAD DE GRANADA. 1978
- DIPLOMADO EN SANIDAD POR LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD DE MADRID. 1983
- ESPECIALISTA EN GERIATRIA. MADRID. 1984
- DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA .SOBRESALIENTE CUM LAUDEN. UNIVERSIDAD DE MALAGA. 1993.
- PREMIO EXTRAORDINARIO DE DOCTORADO POR LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

FORMACION ASISTENCIAL Y CLINICA:

- BECARIO DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA . CARDIOLOGIA Y OFTALMOLOGIA..GRANADA
- MEDICO BECARIO DEL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA EN MADRID.
- MEDICO DE ASISTENCIA PUBLICA DOMICILIARIA APD.COLMENAR (MALAGA).
- MEDICO BECARIO DEL DEPARTAMENTO DE M. INTERNA. HOSPITAL CIVIL PROVINCIAL DE MALAGA
- MEDICO DEL SERVICIO NORMAL DE URGENCIAS. COIN. MALAGA
- MEDICO DEL SERVICIO ESPECIAL DE URGENCIAS DE MALAGA
- MEDICO RESIDENTE DEL DEP. DE M. INTERNA DEL HOSPITAL CIVIL PROVINCIAL DE MALAGA
- MEDICO ADJUNTO ESPECIALISTA EN GERIATRIA DEL HOSPITAL CIVIL DE MALAGA
- JEFE DE SERVICIO DE LA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA DEL INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL DE MALAGA.
- JEFE DE SERVICIO DE LA UNIDAD DE GERIATRIA DEL HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA DE MALAGA.
- DIRECTOR DE LA CLINICA EUROPARK. MALAGA
- DIRECTOR MEDICO DE LA RESIDENCIA GERIATRICA GUADALMAR. MALAGA
- DIRECTOR DE LA CLINICA DE MEMORIA. MALAGA(CONTINUA)
- FACULTATIVO ESPECIALISTA EN GERIATRIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE MALAGA(CONTINUA).
- ASESOR MEDICO DE LA ASOCIACION DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE ANDALUCIA (CONTINUA)
- ASESOR MEDICO DE LA CONFEDERACION IBEROAMERICANA DE ASOCIACIONES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER. (CONTINUA)
- PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN ANTIDEMENCIA AL-ANDALUS (CONTINUA)
- DIRECTOR MEDICO DEL PORTAL DE INTERNET ALZHEIMER-ONLINE.(CONTINUA).
- ASESOR MEDICO DEL COMPLEJO GERONTOLÓGICO PUERTO DE LA TORRE

FORMACION INVESTIGADORA:

- PERTENECIA AL GRUPO DE EUROPEO DE INVESTIGACIÓN EN DEMENCIAS.
- PERTENENCIA AL GRUPO DE DEMENCIA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA.
- EXPRESIDENTE DEL GRUPO DE DEMENCIA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA...
- PRESIDENTE FUNDACIÓN ANTIDEMENCIA AL-ANDALUS.

PREMIOS EN INVESTIGACION:

- UN TOTAL DE 4. ENTRE LOS QUE DESTACAN EL PREMIO NACIONAL DEL IMSERSO AL TRABAJO "**CALIDAD DE VIDA EN LOS CUIDADORES DE ENFERMOS CON DEMENCIAS**"

PERTENENCIAS A SOCIEDADES:

- UN TOTAL DE 12 ENTRE ELLAS. ENTRE LAS QUE DESTACAN EN EL AMBITO NACIONAL:
- **FUNDADOR DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA.**
- SECRETARIO GENERAL DE LA MISMA DURANTE 18 AÑOS.
- **FUNDADOR DE LA COORDINADORA PARA LA TERCERA EDAD**
- **FUNDADOR DE LA ASOCIACION DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE ANDALUCIA.**
- PRIMER PRESIDENTE DE LA MISMA.
- ACTUALMENTE ASESOR MEDICO DE LA MISMA.
- **FUNDADOR DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER.**
- **SOCIO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA.**
- VOCAL GERONTOLOGICO DE LA MISMA DURANTE 4 AÑOS.
- **FUNDADOR Y PRESIDENTE DE LA FUNDACION AL-ANDALUS ANTIDEMENCIA.**

Meyling Eliash-Daneshfar

Educación
Título professional: Periodista
Universidad del Norte (Antofagasta, Chile)
Experiencia profesional
Alzheimer's Association. Los Ángeles. 2002-presente
Gerente de medios y programas latinos.
MALDEF (Mexican American Legal and Educational Fund) Los Angeles, CA.
2001-2002
Directora nacional de comunicaciones
Alzheimer´s Association-Greater Houston Chapter. Houston, TX 1996- 2000
Directora de programas y medios comunitarios

Harris County Health Department HIV-AIDS Division. Houston, TX 1994-1996
Directora de programas y medios SIDA/VHI
Family Service Center March 1992- 1994.
Directora de programas y medios SIDA y VHI
American Red Cross/Greater Houston Chapter 1989-1992
Directora de programas y medios SIDA y VHI
Televisión Nacional de Chile 1983-1989
Reportera de asuntos internacionales

Cleussa Ferri C. (UK)

Psychiatrist trained in Brazil currently working as a Psychiatric Epidemiologist at the Institute of Psychiatry in London with a special interest in the public health impact of mental health issues in developing countries specially, those related to dementia.

Adela Hernández Galvan (México)

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA y Maestra en Neuropsicología por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
Coordinadora del grupo de apoyo a familiares de pacientes con Alzheimer en Cuernavaca, Morelos de 1998 a la fecha.
Fundadora y Presidenta de la Asociación Morelense de Alzheimer, A.C.
Fundadora y miembro activo de la Federación Mexicana de Alzheimer. Secretaria de la misma durante la gestión 2002-2004 y Tesorera durante la gestión 2004-2006.
Miembro de la Asociación Mexicana de Neuropsicología desde 1999.
Docente en las Facultades de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y de la Universidad La Salle Cuernavaca.
Línea de investigación y áreas de interés: diagnóstico neuropsicológico de demencias; estimulación neuropsicológica en pacientes con demencia, grupos de apoyo.

Mira Josic de Hernández (Venezuela)

ECONOMISTA egresada de la Universidad Católica Andrés Bello de Caracas, 1975
ANALISTA FINANCIERO, egresada del Instituto de Capacitación Bancaria (INSBANCA) 1975
Asesor y Consultor de Empresas.
Familiar de Persona con Demencia ya fallecida
Presidenta de Alzheimer Ibero América (AIB)
Presidenta de la Federación Venezolana de Asociaciones y Fundaciones de personas con discapacidad intelectual y sus familiares (FEVEDI).
Fundadora, Presidenta y Director Ejecutivo (Sennior Manager) de la Fundación Alzheimer de Venezuela.

Doctor Mario Luna de Floran , Haydee López (Guatemala)

MEDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.

Catedrático de Medicina Física y Rehabilitación, prevención de deficiencias y rehabilitación de base comunitaria, UNI.Mariano Gálvez (UMG)

Asesor Medico, Ermita Alzheimer de Guatemala.

Línea de investigación y área de interés Demencia en Comunidades Indígenas.

Emilio Marmaneu E. (España)

Ingeniero y Empresario. Familiar cuidador durante más de 20 años.
Presidente de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Castellón
Presidente de la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias. CEAFA

Lilia Mendoza (México)

DOCTORADA EN GERONTOLOGÍA
MAESTRIA EN ADMINISTRACON PÚBLICA
DOCENCIA EN PEDAGOGÍA Y PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PEDAGOGÍA
LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA Y PSICOLOGÍA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGÍA SOCIAL DE LA RED INTERAMERICANA DE UNIVERSIDADES (UNI) PARA LA FORMACIÓN DE CIENTISTAS SOCIALES EN TEMAS DE ENVEJECIMIENTO.
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
DEMENCIAS, DERECHOS HUMANOS. Y CUESTIONES ETICAS.
PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS CON DEMENCIA

Eliud Robles (México)

Egresado de la Carrera de Medicina en la Universidad Autónoma de Nuevo León (1980-1986)
- Medicina Interna y Geriatría en el Hospital López Mateos del ISSSTE en la Ciudad de México (1988 - 1993)
- Diplomado en Tanatología Clínica (2003)
- Jefe del Servicio de Geriatría del Hosp. de Petroleos Mexicanos de Reynosa, Tam (1993)
- Fundador (2002) y Ex Presidente de la Asociación de Medicina Interna de Reynosa, Tam.(2005-2006)
- Fundador (1993) y Vice presidente de la Asociación Reynosense de Alzheimer A.C.
- Presidente de la Federación Mexicana de Alzheimer, A.C. (2006-2008)
- Fundador del Club de la Tercera edad del Hosp. de PEMEX Reynosa (1993)
- Fundador del Grupo de Autoayuda para enfermos de Parkinson (1993)
- Autor del capitulo de CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR en el libro Geriatría Clínica de la Dra. R. Rodríguez de la Editorial Interamericana (2000)
- Autor de diversos artículos clínicos médicos en revistas indexadas
- Conferencista Nacional e Internacional
- Propietario de la Estancia Geriátrica la Aurora (Particular) en la Cd de Reynosa Tamps.
- Miembro de la Asociación de Geriatría de México, A. C. (GEMAC)
- Miembro de la Sociedad Mexicana de Geriatría y Gerontología (SOMEGG)
- Certificado vigente por el Colegio Mexicano de Geriatría (2003-2008)

Adoración Saez (España)

ENFERMERA. DIPLOMADA Universitaria en Enfermería por la Universidad de Granada en (1980) y DIPLOMADA EN SOCIOLOGÍA por la Universidad Complutense de Madrid(1974). LICENCIADA EN PSICOLOGÍA por la Universidad de Málaga (1994).

Actividad profesional.- Docente de la Fundacion antidemencia Al-Andalus.

Publicaciones.-

Varios artículos de revistas, capítulos de libros y dos textos de Enfermería Geriátrica.
Cabría destacar por su afinidad con el tema las publicaciones: *Programa de Enfermería en un Centro Diurno para Enfermos de Alzheimer (2000), Sobrecarga de cuidadoras de enfermos de Alzheimer (2002).*

Ponencias dictadas en Congresos .-

13 en diferentes Congresos de Geriatría y Alzheimer

Comunicaciones presentadas a Congresos.-

46 en diferentes Congresos de Enfermería, de Geriatría, de Demencias y de Alzheimer y tanto de ámbito nacional

Cursos impartidos.-

Pertenecientes a la Fundacion antidemencia Al-Andalus desde el año 1999

Otros Méritos.-

Miembro fundacional, de AFAA (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Andalucía) en Málaga.
Fundadora de la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontologia
Patrona Fundacional de FADA (Fundación Antidemencias Al Andalus).
Miembro del comité de expertos del portal Alzheimer-online.org

Sosa Ortiz A. (México)

Investigadora Principal. 10/66 México
Médico Psiquiatra
Maestría en Psicoterapia Médica
Maestra en Ciencias Médicas
Profesor de Postgrado del curso de Psicogeriatría de la UNAM
Jefe de la Unidad de Cognición y Conducta del INNN
Presidenta del Comité de Investigación del Consejo Nacional del Envejecimiento (CONAEN)
Ex coordinadora del Comité de Investigación de la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares
Miembro del Comité Editorial de la Revista Psiquiatria de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM)
Miembro de la International Psychogeriatric Association
Ganadora del premio "Dr. Dionisio Nieto Gómez" de investigación en demencias 1997
Ganadora del premio "Luis Gallardo Ayala 2002" sobre investigación en la Enfermedad de Huntington

Federico Ortiz- Moreno

Licenciado en Psicología por la Universidad de Monterrey, especializado en el área de Psicología Social. Especializado en Gestalt.
Diplomado en Literatura y Artes Plásticas
Miembro Fundador y Primer Presidente de la Asociación Alzheimer de Monterrey. Actualmente Vicepresidente de la Federación Mexicana de Alzheimer.
Ha participado en la formación de varios Grupos de Apoyo y Asociaciones, tanto a nivel nacional como internacional.
Ha publicado más de 200 artículos sobre Alzheimer en diversos periódicos, revistas y boletines de México, algunos de los cuales han sido traducidos al inglés y portugués.
Escritor y periodista. Ha escrito y publicado varios libros de cuentos, también poesía que han sido traducidos al inglés, francés e italiano.

Juan Antonio Salgado (Puerto Rico)

Cuidador familiar de su esposa con alzheimer, desde el año 1993
Director de Finanzas de una Escuela de recursos humanos en Puerto Rico.
Miembro de la Junta de Directores de la Asociación de Puerto Rico desde el año 2004
Vicepresidente en el año 2005 y Presidente 2005-2006.
Director de Alzheimer Iberoamerica
Miembro de la Junta de Directores de Alzheimer´s Disease International
El apoyo de los miembros de la Junta de Directores de la Asociación, los miembros de la Asociación y de los participantes de los grupos de apoyo, contribuyó a mantener mi salud mental y emocional en los momentos difíciles.
Entiendo que podría aglutinar un buen equipo de trabajo en la Asociación para ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes y cuidadores.
Dada la experiencia de aproximadamente 12 años que he adquirido con los pacientes de demencia, entiendo podría colaborar a seguir desarrollando grupos de apoyo para la Asociación de Alzheimer's de Puerto Rico.

Roberto Ventura (Uruguay)

NEURÓLOGO
PSIQUIATRA
Ex Profesor Adjunto de Neuropsicología del Instituto de Neurología de la Facultad de Medicina del Uruguay de la República Oriental del Uruguay
Profesor Adjunto de Bases Biológicas del Comportamiento y Neuropsicología de la
Facultad de Psicología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay.
Miembro fundador del Comité Latino-Americano y Caribeño de Demencias (Grupo Montevideo). Grupo Asesor para Alzhemer Ibero-América (A.I.B.)
Presidente del Comité Científico Asesor de la Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares (A.U.D.A.S.)
Co-Fundador de la Sociedad Uruguaya de Neuropsiquiatría
Co-fundador del Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Lóbulo Frontal

RESUMENES
1era CONFERENCIA DE ALZHEIMER IBEROAMERICA (AIB)
15 y 16 de junio de 2006

TITULO DE LA PONENCIA
AUTORES: ELIUD ROBLES
LUGAR DE TRABAJO: FEDERACION MEXICANA DE ALZHEIMER
AREA TEMÁTICA: HISTORIA
EL ANTEPASADO DE ALOIS ALZHEIMER

1757 NACE MICHAEL ALZHEIMER QUIEN SE CASA CON MARGARETHE GUNTHER EL 7 DE FEBRERO DE 1792.
1797 NACE DE ÉSTE MATRIMONIO JOHANN ALZHEIMER, QUIEN SE CASA CON CRESCENCIA BACHMANN EL 6 DE OCTUBRE DE 1827.
1830 UN 22 DE MARZO NACE EDUARD ALZHEIMER QUIEN SE CASA EN 1861 CON EVA MARIA SABINA BUSCH QUIEN MUERE DE FIEBRE PUERPERAL DÁNDOLE SOLO UN HIJO QUIEN SE LLAMARÍA KARL EDUARD SEBASTIAN ALZHEIMER EL 31 DE JULIO DE 1862.
UN AÑO DESPUÉS, EL 1 DE OCTUBRE DE 1863, EL NOTARIO EDUARD ALZHEIMER SE CASA CON SU CUÑADA THERESE BUSCH CON QUIEN TUVO 6 HIJOS.

1862	KARL EDUARD SEBASTIAN
1864	ALOIS
1865	ANNA JOHANNA BARBARA SABINA
1867	EDUARD ROMAN
1870	MAX THEODOR ALEXANDER
1872	MARIA CRESCENCIA ELIZABETH
1875	JOHANN ALFRED

EN EL AÑO DE 1882 MUERE LA MADRE DE ALOIS Y SU PADRE SE VUELVE A CASAR CON MARTHA KATHARINA MARIA GEIGER CON QUIEN TUVO SU ÚLTIMA HIJA LLAMADA EUGENIA ALZHEIMER.
ALOIS ALZHEIMER NACE UN 14 DE JUNIO DE 1864 EN LA CIUDAD DE MARKTBREIT ALEMANIA.
BAUTIZADO EL 3 DE JULIO DE 1864 POR EL CAPITULAR DE LA CATEDRAL DE WURZBURB, IGNATZ RUHLAND.
ESTUDIÓ EN LA ESCUELA CATÓLICA LOCAL HASTA TRASLADARSE LA FAMILIA COMPLETA A ASCHAFFENBURG, EN DONDE REALIZARÍA SU BACHILLERATO EN EL INSTITUTO REAL HUMANÍSTICO.
EL 15 DE OCTUBRE DE 1883 SE MATRICULA EN LA REAL UNIVERSIDAD DE FRIEDRICH-WILHELM EN BERLÍN POR UN SEMESTRE Y POSTERIORMENTE SE TRANSLADA EL SEGUNDO TRIMESTRE EN 1884 A WURZBURG, DONDE RESIDE CON SU MEDIO HERMANO MAYOR KARL.
EN BERLIN ESTABA LA " MECA DE LA MEDICINA " EN DONDE CONOCERÍA A RUDOLF VIRCHOW EL PADRE DE LA PATOLOGÍA CELULAR Y A ROBERT KOCH PREMIO NOBEL POR DESCUBRIR EL BACILO DEL CÓLERA Y EL BACILO TUBERCULOSO.

TAMBIÉN CONOCIÓ A ALBERT VON KOLLIKER QUIEN LO INTRODUCE AL MUNDO DE LA MICROSCOPÍA.
AHÍ MISMO CONOCE A ALFONSO CORTI Y A FRANZ VON LEYDIG QUIENES DIERAN NOMBRE A ÓRGANOS Y A SISTEMAS CELULARES.
EL 20 DE OCTUBRE DE 1886 ABANDONA ÉSTA UNIVERSIDAD POR MOTIVOS DESCONOCIDOS Y SE MATRICULA EL 12 DE NOVIEMBRE EN LA UNIVERSIDAD DE EBERHARD-KARL DE TUBINGA.
EL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA LO OBTIENE EN 1887 CON LA TESIS DOCTORAL DENOMINADA " SOBRE LAS GLÁNDULAS CERUMINOSAS DEL OÍDO "
EL 19 DE DICIEMBRE DEL AÑO 1888 FUÉ NOMBRADO MÉDICO ASISTENTE DEL DR. EMIL SIOLI EN EL SANATORIO MUNICIPAL PARA DEMENTES Y EPILÉPTICOS EN FRANCFORT DE MEIN.
EL 15 DE ABRIL DE 1894 SE CASÓ CON LA VIUDA CECILE SIMONETTE NATHALIE GEISENHEIMER CON LO QUE TUVIERON 3 HIJOS: GERTRUD (1895), HANS (1896) Y MARÍA (1900)
EN 1901 MUERE LA ESPOSA DE ALOIS Y ELIZABETH BUSCH SU CUÑADA SE HACE CARGO DE LOS HIJOS.
ES EN ESE MISMO AÑO EN QUE ALOIS CONOCE A LA PACIENTE AUGUSTE D.
AUGUSTE DETER ES UNA PACIENTE DE 51 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA EN NOVIEMBRE DE 1901 AL HOSP. DE FRANKFURT CON UN CUADRO CLÍNICO MUY LLAMATIVO.
EN ABRIL DEL 1903 SE TRANSLADA A LA CIUDAD DE HEIDELBERG Y 6 MESES MÁS TARDE A MUNICH A TRABAJAR EN LA REAL CLÍNICA PSIQUIÁTRICA CON EL DR. EMIL KRAEPELIN COMO DIRECTOR.
EN 1906 INFORMA ALOIS ALZHEIMER EN EL 37VO CONGRESO DE PSIQUIATRAS DEL SUROESTE DE ALEMANIA EN TUBINGA, SOBRE UNA ENFERMEDAD ESPECÍFICA DE LA CORTEZA CEREBRAL TRAS EL FALLECIMIENTO DE ÉSTA PACIENTE EL 08 DE ABRIL DE ESE AÑO.
EL 15 DE JULIO DE 1910 EN EL SEGUNDO VOLUMEN DEL LIBRO MANUAL DE PSIQUIATRÍA PARA MÉDICOS Y ESTUDIANTES DE KRAEPELIN, APARECE POR PRIMERA VEZ LA DENOMINACIÓN DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
EL 16 DE JULIO DE 1912 SE HACE CARGO COMO DIRECTOR DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA Y MENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE SCHLESISCHE FRIEDRICH WILHEIM EN BRESLAU Y EL EMPERADOR WILHELM II FIRMA SU NOMBRAMIENTO.
ALOIS ALZHEIMER FALLECE POR CARDIOPATÍA EL 19 DE DICIEMBRE DE 1915 DESPUÉS DE DOS AÑOS DE AFECCIÓN VALVULAR POR FIEBRE REUMATICA.
DEJANDONOS UN LEGADO QUE POSTRIORMENTE SERÍA RECONOCIDO A NIVEL MUNDIAL Y HECHO FAMOSO POR LOS MISMOS FAMOSOS QUE HAN PADECIDO ESTÁ ENFERMEDAD.

TITULO DE LA PONENCIA
Diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer en comienzos atípicos
AUTORES: ROBERTO VENTURA
LUGAR DE TRABAJO: URUGUAY
AREA TEMÁTICA: DIAGNOSTICO

La enfermedad de Alzheimer se encuentra definida en los manuales internacionales básicamente respecto de sus presentaciones tipicas, donde el trastorno de la memoria se constituye en el sintoma mas llamativo desde los comienzos. La progresion sintomatologica cognitivo-comportamental muestra una progresio hacia los trastornos de la orientacion temporo-espacial y los sintomas gnosopraxicos, atencionales y del lenguaje afectando algo tardiamente a las funciones ejecutivas, marcando la tardia afectacion del lobulo frontal. Pero existen presentaciones atipicas, que conforman menos del 10 % de todos los casos, donde el trastorno de la memoria no se contituye como el sintoma ni mas precoz ni el mas importante. Estamos hablando de las afasias progresivas primarias, apraxias progresivas primarias, el sindrome de demencia cortical pposterior, amusias progresivas primarias y el sindrome comportametnal progresivo.
En el presente trabajo se analizan los cuadros clinicos de las presentaciones atipicas y se muestran aspectos de la historia funcional de cada uno y su forma de evaluacion formal.

TITULO DE LA PONENCIA
Tratamiento Farmacológico de La Enfermedad de Alzheimer. Novedades
AUTORES: DAISY ACOSTA
LUGAR DE TRABAJO: ASOCIACION DOMINICANA DE ALZHEIMER / GRUPO DE INVESTIGACION 10/66
AREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO

La Enfermedad de Alzheimer es una forma progresiva de demencia, asociada a patologías cerebrales específicas.
Los tratamientos, hasta ahora aprobados por la FDA, proveen beneficios limitados al paciente ya que la meta del tratamiento es aliviar los síntomas sin afectar de manera directa el curso de la enfermedad.
En estos tiempos, es ampliamente aceptado que la cascada de eventos que lleva a la acumulación de beta amiloide, es la raíz de la patogénesis que conlleva al proceso demencial.
Hoy tenemos un mejor conocimiento acerca de la bioquímica de la proteína beta amiloide y la vía por la cual esta se produce, lo que hace, que las investigaciones farmacológicas se mueven hacia delante, haciendo la meta del tratamiento la modificación del curso de la enfermedad, con modalidades de tratamiento capaces de arrestar la catastrófica progresión del Alzheimer.
El foco primario del tratamiento es en varios mecanismos potenciales para interrumpir la vía de síntesis del betaamiloide o su proceso fibrilogénico, combatir su neurotoxicidad o remover las placas.
La falta de un tratamiento efectivo para esta enfermedad, provee una fuerte motivación para las investigaciones por lo que una gran cantidad de moléculas están bajo investigación al presente.
Propongo durante esta ponencia una revisión de los mecanismos de acción, de las modalidades de tratamiento expuestas.

TITULO DE LA PONENCIA :

Resultados año 2005 Bloque Iberoamericano de Asociaciones y Fundaciones de personas con demencia y sus familiares

AUTORES: MIRA JOSIC DE HERNANDEZ, PRESIDENTA DE LA FUNDACION ALZHEIMER DE VENEZUELA

METODOLOGIA: RECOPILACIÓN DE ENCUESTAS REALIZADAS A LAS ASOCIACIONES MIEMBROS DE AIB . ANALISIS

LUGAR DE TRABAJO: CENTRO DE ENTRENAMIENTO, ORIENTACION Y ASISTENCIA A LAS DEMENCIAS (C.E.O.A.D), FUNDACION ALZHEIMER DE VENEZUELA Y SEDE INTERNACIONAL DE ALZHEIMER IBEROAMERICA

AREA TEMÁTICA: INTERES GENERAL

Introducción: después de tres años de extraordinarios esfuerzos, las Asociaciones miembros de ALZHEIMER IBERO AMERICA (AIB) que conformamos el "Bloque Iberoamericano" de ALZHEIMER´S DISEASE INTERNATIONAL (ADI), hemos llegado a la conclusión que debemos destinar una mayor energía al desarrollo de políticas públicas, para lograr los avances tan ansiados a través de Leyes. Brasil, Argentina y Venezuela, entre otros han logrado Leyes , y esperamos sirvan estas experiencias para repetirlas en otros países .

En Iberoamerica, tenemos una población de personas que asciende a más de 600 millones, las personas con Demencia sobrepasan los 3.500.000 de individuos, es característico en nuestra región, que la persona con Demencia o con trastorno cognitivo y conductual, no se desprenda de su familia , con el agravante que se afecta directamente, a un cuidador principal en este largo proceso, que puede morir antes que el enfermo dejándolo desprotegido, además del tremendo impacto en el entorno familiar y Comunidad. Si calculamos en el núcleo familiar, un promedio de 5 personas, **tendremos un grave impacto social multiplicado por 5 de personas afectadas** (sumados: la persona con Demencia , su cuidador principal, más tres miembros familiares), sin incluir los efectos catastróficos en sus Comunidades, por cuanto la persona con Demencia puede disturbar la tranquilidad en su familia y Comunidad si no es atendido debidamente y asesorada y apoyada su familia.

Los Familiares y profesionales de la Salud pertenecientes a las Asociaciones miembros, no podemos hacer las veces de los Gobiernos, ni tenemos los recursos para ello, por ello es importante fortalecer las Políticas Públicas en nuestros respectivos países.

RETO :

- lograr la coincidencias de nuestros programas y servicios con las políticas públicas de nuestros respectivos países. Debemos acudir a gobiernos y legisladores, sensibilizarlos y convencerlos para apoyarnos en este problema de salud publica de alto impacto social
- Existe una gran escasez de profesionales y cuidadores calificados en Demencias, muchos de nuestros esfuerzos ya están dirigidos hacia esos fines, dictando Charlas, Conferencia, Cursos y actividades científicas, pero no son suficientes.

Para ser facilitadores en cubrir estas demandantes necesidades, difíciles de implementar en la región la mayor de las veces por razones económicas, por falta de conocimiento, y demás debilidades, que ya hemos señalado nos hemos trazamos **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

CONFERENCIAS MAGISTRALES
TITULO DE LA PONENCIA
CLAVES DE SUPERVIVENCIA SUPERIOR A 12 AÑOS EN PACIENTES CON S. DEMENCIALES
AUTORES: LINARES ,C, GOODEN, P; GRANIZO,E , PINILLAS, SAEZ,A. ; RESTO MIEMBROS FUNDACIÓN ANTIDEMENCIA AL-ANDALUS.
PONENTE CARLOS DE LINARES DEL RIO
LUGAR DE TRABAJO: FUNDACIÓN ANTIDEMENCIA AL-ANDALUS.
AREA TEMÁTICA: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Introducción:
La supervivencia superior a 12 años, en los pacientes afectos de síndromes demenciales, presenta una serie de claves, presentamos nuestra experiencia a través de una serie de 412 enfermos afectos de S. Demencial seguidos durante 15 años. La distribución por tipos de demencias a sido: Demencias Degenerativas, 49,27%; Mixtas, 21,84%; Vasculares, 18,33%; y Secundarias, 10% (déficit vitamínicos, 1,9%; trastornos hormonales, 2,1%; hidrocefalia a presión normal, 4,7%; y tumorales, 1,2%).

Material y Método:
Los pacientes que cumplían los criterios de selección han sido un total de 35 (8,49%). Se han evaluado los parámetros siguientes:
Edad de presentación, Sexo, Síntomas de inicio, Antecedentes personales, Antecedentes familiares, Tipo de Demencia, Situación socio-familiar, Incidencias en el seguimiento, Medicación utilizada).

Resultados:
En la serie estudiada, la edad media de presentación ha sido de 64.5 años con un mínimo de 58 años y un máximo de 78 años.
Por sexo el 85.7% eran mujeres. El síntoma de inicio depende del tipo de demencia: Siendo en las degenerativas el síntoma más precoz encontrado las manifestaciones depresivas y la celotipia, En las demencias mixtas el síntoma más precoz encontrado ha sido la pérdida de memoria de fijación. En las demencias vasculares el síntoma mas precoz ha sido las manifestaciones depresivas y la perdida de memoria reciente.
En los antecedentes personales destaca la buena salud previa en todos los grupos, ninguno de ellos tuvo una intervención quirúrgica. Los antecedentes familiares lo mas destacado en todos los grupos la alta longevidad de sus progenitores. Los tipos de Demencias encontrados: 42.8% Degenerativas, 22,85% Mixtas, 20% Vasculares, 11,42% Secundarias. La situación sociofamiliar en todos los grupos lo mas destacado ha sido la presencia en todos los casos de al menos dos hijas. No ha habido en el seguimiento incidencia de fractura ni de intervención quirúrgica. Ninguno de los enfermos de los distintos grupos han tomado ni anticolinesterasicos, ni neurolépticos.

TITULO DE LA PONENCIA
MELATONINA EN EL TRASTORNO DEL RITMO CIRCADIANO DEL SUEÑO EN PACIENTES CON S. DEMENCIALES

AUTORES: LINARES ,C, GOODEN, P; GRANIZO,E , PINILLAS, SAEZ,A. ; RESTO MIEMBROS FUNDACIÓN ANTIDEMENCIA AL-ANDALUS.
PONENTE CARLOS DE LINARES DEL RIO

LUGAR DE TRABAJO: FUNDACIÓN ANTIDEMENCIA AL-ANDALUS.
AREA TEMÁTICA: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Introducción:
El cambio del ritmo circadiano del sueño, es uno de los trastornos más frecuente que nos encontramos en los trastornos del sueño del anciano con demencia, el abordaje terapéutico a veces es complicado, presentamos nuestra experiencia a través de una serie de 412 enfermos afectos de S. Demencial seguidos durante 15 años. La distribución por tipos es: Demencias Degenerativas, 49,27%; Mixtas, 21,84%; Vasculares, 18,33%; y Secundarias, 10% (déficit vitamínicos, 1,9%; trastornos hormonales, 2,1%; hidrocefalia a presión normal, 4,7%; y tumorales, 1,2%).

Material y Método:

Los pacientes que cumplían los criterios de selección han sido un total de 96 (23,30%)

Se ha evaluado la modificación del sueño mediante: Entrevista al cuidador, y Revisión medicación utilizada. La utilización de melatonina en todos los casos fue la segunda opción terapéutica, después de haber ensayado y fracasado con otras drogas (Clormetiazol, Benzodiacepinas, Trazodona, Neurolépticos).

Resultados:
En la serie estudiada, la presencia de trastornos del ritmo circadiano que han precisado ser tratados con melatonina ha sido en 96 enfermos (23.30%).
Este trastornos se ha dado fundamentalmente en estadios moderados y graves de la enfermedad (89 casos, 92,7%).
La mayor incidencia de este trastornos ha sido en las demencias degenerativas (60 casos, 62,5%), seguidas de las demencias mixtas (25 casos, 26,04%).
La dosis media utilizada ha sido de 3,5 mg (rango de 3-6 mg).
La eficacia del tratamiento ha sido del 92,7% de los casos en 2 semanas.
Para la inducción al sueño se ha utilizado concomitantemente el clormetiazol en el 89,6% (86 casos).
Los efectos secundarios observados han sido:
Cefalea matutina. Mejoría del estado anímico, con disminución de manifestaciones depresivas (labilidad emocional, tristeza), disminución queja dolorosa. Habiéndose observado puntualmente una mejoría de la masa ósea de un 8% mediante densitometría.

TITULO DE LA PONENCIA
RESULTADOS ASISTENCIA MEDIANTE EL PORTAL ALZHEIMER – ONLINE

AUTORES: LINARES ,C, GOODEN, P; GRANIZO,E , PINILLAS, SAEZ,A. ; RESTO MIEMBROS FUNDACIÓN ANTIDEMENCIA AL-ANDALUS.
PONENTE CARLOS DE LINARES DEL RIO
LUGAR DE TRABAJO: FUNDACIÓN ANTIDEMENCIA AL-ANDALUS.
AREA TEMÁTICA: DIFUSION POR LA WEB

En este trabajo, se analizan las visitas y consultas recibidas on-line en el portal Alzheimer On line durante los años 2.002 a 2.005.
Se analizan:

- nº de visitas, procedencia, distribución por días y horas
- nº de consultas, procedencia, motivo de consulta, y satisfacción ante la respuesta.

RESULTADOS:
Se reciben visitas:

- 2.002 → 35.270
- 2.003 → 77.851 (+ 120,73 %)
- 2.004 → 101.868 (+ 30,84%)
- 2.005 → 185.753 (+ 82,35%)

La mayoría de procedencia desconocida

- 2.002 → 40 %
- 2.003 → 56 %
- 2.004 → 60 %
- 2.005 → 61 %

Las áreas más visitadas son:
Consejos a cuidadores
Preguntas frecuentes
Ultimas noticias
Consultan:

- 2.002 → 1.596 (4,52 %)
- 2.003 → 3.409 (4,37 %)
- 2.004 → 4.360 (4,28 %)
- 2.005 → 7.095 (3,82 %)

Las consultas proceden fundamentalmente:

- 2.002 → España (48,87 %)
- 2.003 → Ibero América (58,99 %)
- 2.004 → Ibero América (49,59 %)
- 2.005 → Ibero América (54,14 %)

Los motivos de consulta más frecuentes son: diagnóstico, tratamiento y sintomatología.
Contestan con un mail agradeciendo la respuesta:

- 2.002 → 372 (23,30 %)
- 2.003 → 727 (21,31 %)
- 2.004 → 965 (22,13 %)
- 2.005 → 1.710 (24,10 %)

La mayoría de los agradecimientos proceden de Ibero América:

- 2.002 → 215 (57,80 %)
- 2.003 → 376 (51,72 %)
- 2.004 → 508 (52,64 %)
- 2.005 → 851 (49,77 %)

TITULO DE LA PONENCIA : El uso del correo electrónico y el Internet Alguien con quien contar

AUTORES: FEDERICO ORTIZ MORENO
LUGAR DE TRABAJO: FEDMA/ ASOCIACION DE MONTERREY, MEXICO

AREA TEMÁTICA: DIFUSIÓN POR LA WEB

OTRA FORMA DE ESTAR EN CONTACTO CON AQUELLAS PERSONAS QUE REALMENTE TE PUEDEN AYUDAR

Para aquellos que viven de cerca esta terrible pesadilla, un mundo en que día a día enfrentamos una situación diferente, donde nada se entiende, donde nadie nos entiende, un mundo donde nada se sabe o se conoce, donde todo parece estar fuera de orden, fuera de sitio, locura, nada de paz, obviamente que todo esto nos hace sentimos mal, deprimidos, llenos de tensiones en un mundo de oscuro sin luz, lleno de sombras, donde todo parece ser lamento e infelicidad.

Y por supuesto que queremos respuestas a todas esas preguntas, pero no todas las respuestas llegan a nosotros. Desafortunadamente no siempre podemos encontrar una respuesta a nuestras preguntas, incluso aún ahí donde existen grupos de apoyo, menos aún donde no los hay. Resulta claro que hay muchas partes donde el Alzheimer es completamente desconocido, y aún si existe alguna asociación o grupo de apoyo en ese país, no siempre esto es conocido por la gente.

Para aquellos que viven una situación de desesperación, es lógico pensar que tratemos de ir con o contactamos con alguien, o con aquellos centros, sitios, lugares o gente que no sólo nos pueda dar información, sino que estamos seguros nos podrá oír, escuchar y entender.

La ciencia y la tecnología no necesariamente están opuestos al humanismo, y esta es una de las principales razones por las que nosotros debemos usar la tecnología que está a nuestras manos para estar en contacto con toda esa gente que busca y solicita ayuda. Es obvio, que lo mejor sería estar cara a cara, mano a mano con todas aquellas familias y cuidadores que requieren apoyo, pero muchas veces, hay mucha gente de lugares y países tan distantes que no tienen la oportunidad de tener ese contacto con una asociación o grupo de apoyo.

Por ello, el uso de la tecnología como el Internet y el correo electrónico será una de las mejores formas de ayudar a la gente. Aquí, en Monterrey, México, a través de nuestra asociación hemos podido ayudar a gente de muchas partes del mundo. Desde enero de 1997 contamos con una página en Internet proporcionando información en español acerca de lo que es la enfermedad de Alzheimer, boletines, folletos, todo en español, información particularmente enfocada a familiares, cuidadores y aún para niños.

Ha sido para nosotros una gran satisfacción haber podido ayudar en estos dos y medio últimos años a gente de mucha partes del mundo, más de 15,000 visitantes a nuestra página principal de más de 50 países de los cinco continentes; más de 1,400 correos electrónicos (61 % mujeres, 37% hombres y 2% de personas no identificadas). Correos electrónicos de los cinco continentes, proveniente de América, 80%; Europa, 15%: Asia 2%, África 2% y Oceanía 1 %. La mayor parte de los correos electrónicos han sido en español, 85%; inglés, 13%; portugués y otros, 2%.

Para nosotros todo esto representa una gran satisfacción y estamos seguros que el uso de la tecnología, el correo electrónico y el Internet será otra manera de estar en contacto con aquellas personas que no solamente necesitan información, pero que requieren ser escuchados y entendidos, y recibir el poder del amor y entendimiento de toda esa gente que ha estado en el mismo camino, en el mismo lugar y mundo: el mundo de la enfermedad de Alzheimer.

* Información al 1 de septiembre de 1999

TITULO DE LA PONENCIA : **Difusión por la Web**
AUTORES: MIRA JOSIC DE HERNANDEZ,
METODOLOGIA: PRESENTACION DEL PROGRAMA TIK, FUNDACION PACIFICAR
LUGAR DE TRABAJO: FUNDACION ALZHEIMER DE VENEZUELA
AREA TEMÁTICA: INTERES GENERAL

Se hará una presentacion del programa TIK, programa economico creado por Fundacion Pacificar (Argentina) para impulsar el desarrollo en la web de las Asociaciones de la sociedad civil, para ver un modelo nos remitimos a www.fevedi.org.ve
Espacio en disco 250 mb, transferencia mensual 5 gb, costo 390 dolares el primer año, incluye diseño de la pagina, años consecutivos 140 dolares

TITULO DE LA PONENCIA: ATENCION PSICOLOGICA EN LOS SINDROMES DEMENCIALES
AUTORES: SAEZ,A. ; RESTO MIEMBROS FUNDACIÓN ANTIDEMENCIA AL-ANDALUS.
PONENTE ADORACION SAEZ
LUGAR DE TRABAJO: FUNDACIÓN ANTIDEMENCIA AL-ANDALUS.
AREA TEMÁTICA: TERAPIAS

INTRODUCCIÓN:
LOS SÍNDROMES DEMENCIALES SON UNAS PATOLOGÍAS SOCIOFAMILIARES QUE AFECTAN AL NEFERMO, A LA FAMILIA Y A SU ENTORNO.
LA ATENCIÓN PSICOLOGICA DEBE DE COMPRENDER LA ATENCIÓN A ESTOS TRES SELEMENTOS
DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL LOS COSTES DE ESTA ENFERMEDAD SON SOPORTADOS POR LA FAMILIA EL 93,4,% DE ESTOS COSTES, LA SOCIEDAD APORTA EL 5% EN CONCEPTO DE PLAZAS ASISTENCIALES, ESTO SUPONE UNA SOBRECARGA FAMILIAR QUE HAY QUE CONTEMPLAR EN LA ATENCIÓN PSICOLOGICA.
LOS PARÁMETROS DEL IMPACTO FAMILIAR SON:

- SITUACION ECONOMICA DEL ENFERMO.
- SITUACION ECONOMICA DE LA FAMILIA
- Nº MIEMBROS SENO FAMILIAR
- LAZOS Y VINCULOS PREVIOS
- NIVEL CULTURAL
- HABITAT
- CONFORT VIVIENDA
- Nº CONVIVIENTES
- ESTADO DE SALUD FAMILIA
- MANIFESTACIONES DEMENCIA
- EVOLUCION DEL PROCESO

LA FAMILIA Y POR LO TANTO EL CUIDADOR PASA TAMBIEN POR UNA SERIE DE ESTADIOS COMO EL ENFERMO EN SU ENFERMEDAD .

LAS MANIFESTACIONES Y NECESIDADES QUE ESTOS EXPRESAN EN LOS DISTINTOS ESTADIOS SON EN UN PRIMER ESTADIO :
ATURDIMIENTO Y NEGACION
EVITAR EL TEMA Y PREOCUPARSE A SOLAS
EN UN SEGUNDO ESTADIO: MANIFESTACIONES DE CONFUSION, IRA Y RECHAZO
AGOTAMIENTO PSICOFISICO Y NEGARSE A PROPORCIONAR CUIDADOS.
EN UN TERCER ESTADIO: PASA POR UNA RECONCILIACION AL RECONOCER LA INUTILIDAD DEL ENFADO Y UNA TOLERANCIA GRADUAL A LAS MANIFESTACIONES DE LA DEMENCIA.
EN UN CUARTO ESTADIO EXISTE UNA ACEPTACION, CON REAJUSTE FAMILIAR
PARA PROPORCIONAR ATENCION Y CUIDADOS NECESARIOS AL ENFERMO.

- LA ATENCIÓN PSICOLOGIAZA A LA FAMILIA DEBE DE ADAPTARSE EN CADA MOMENTO AL ESTADIO QUE EL CUIDADOR ESTE VIVIENDO. EVALUANDO EN TODO MOMENTO ADEMAS EL NIVEL DE CARGA DEL CUIDADOR , EL GRADO DE ACEPTACION Y LAS MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD Y DEPRESION, DEBIENDO EFECTUAR UNA IDENTIFICACION PROBLEMAS-REACCION QUE LLEVE LA CONVIVENCIA CON EL ENFERMO.

OTRA AREA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLOGICA A TENER EN CUENTA EN LAS ASOCIACIONES ES LA INTERVENCIÓN CON LOS VOLUNTARIOS, CON EL FIN DE ESTIMULARLOS EN SU TRABAJO E INTEGRARLOS EN LA ESTRUCTURA DE LAS ASOCIACIONES.
LAS TECNICAS QUE PODEMOS EMPLEAR SON MUY DIFERENTES DESDE TCA. T. STRESS: RELAJACION, RESPIRACION,EJERCICIO, AFRONTAMIENTO, SOLUCIONES. DE PROBLEMAS.

- TCAS. T. ANSIEDAD- DEPRESION

T.RACIONAL EMOTIVA (ELLIS) T. COGNITIVA (BECK). CLARIFICACION VALORES.

- TCAS. FOMENTO HH.SS. ASI COMO ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y COMUNICACIÓN
- TCAS. DE DINAMICA GRUPAL.

TITULO DE LA PONENCIA: COMO REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, UNA PROPUESTA NEUROPSICOLÓGICA

AUTORES: ADELA HERNÁNDEZ GALVÁN
LUGAR DE TRABAJO: ASOCIACIÓN MORELENSE DE ALZHEIMER, A.C.; FEDERACIÓN MEXICANA DE ALHEIMER, A.C.
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO

AREA TEMÁTICA: TERAPIAS Y EDUCACIÓN PARA EL ALZHEIMER

Introducción. En México como en la mayoría de los países, el cuidado de la persona con demencia, es responsabilidad de la familia. Dadas las limitaciones del tratamiento farmacológico, las posibilidades de tratamiento se centran en el ámbito psico-social dentro del cual se encuentra la intervención neuropsicológica. El presente trabajo muestra los resultados de una

experiencia en la que se entrenó a cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) en la utilización de un método neuropsicológico para mejorar la realización de las actividades de la vida diaria (AVD).

Objetivos: Diseñar un programa de intervención neuropsicológica para mejorar el desempeño en las AVD de pacientes con EA leve a moderada. Comparar el desempeño de los pacientes en un conjunto de AVD, antes y después de la aplicación del programa (con y sin ayuda de sus cuidadores).

Marco teórico. Los pacientes con EA pueden beneficiarse de ciertos tipos de intervención neuropsicológica, aquellos que desde un punto de vista compensatorio buscan incidir en funciones relativamente preservadas por la enfermedad a través de métodos basados en apoyos y ayudas externas, que no demandan ningún esfuerzo cognoscitivo al paciente y que son aplicados por la familia en su contexto natural (Bäckman, 1992, 1996). Ahora bien, el desempeño de las AVD está estrechamente relacionado con funciones frontales y contrario a lo que se creía, estos lóbulos se afectan tempranamente en la EA ocasionando la pronta incapacidad funcional del paciente (Swanberg, et. al., 2004; Papagno, et. al., 2004; García, et. al., 2003; Collette, Van der Linden, Bechet & Salmon, 1999). Dentro de los métodos neuropsicológicos para la rehabilitación de las funciones frontales se eligió el de Luria y Tsvétkova (1965, 1999) que consistente en desplegar los pasos del proceso de lo que denominan "actividad intelectual" (iniciativa, actividad orientadora, elaboración de planes, ejecución de planes, control y verificación de la actividad).

Metodología. El método diseñado fue aplicado a 6 díadas paciente-cuidador pertenecientes al grupo de apoyo de la Asociación Morelense de Alzheimer, A.C. En un primer momento se videograbó la ejecución independiente de los pacientes en 6 AVD. Posteriormente se capacitó a sus cuidadores en la metodología propuesta mediante un manual y una sesión presencial. Finalmente se videograbó la ejecución de los pacientes en las mismas AVD pero con ayuda de sus cuidadores. Utilizando la prueba *t* de *Student* para muestras pareadas, se compararon los tiempos de ejecución, número de aciertos, número, tipo de errores y tipo de ayudas del cuidador en ambas ejecuciones.

Resultados. Sólo el número de errores y las ayudas proporcionadas por el cuidador mostraron diferencias significativas entre una y otra condición. Los pacientes cometieron significativamente menos errores en todas las AVD al ser ayudados por su cuidador y éste intervino significativamente en más ocasiones en comparación a su participación espontánea y empírica en la primera condición. Sin embargo, ni el número de aciertos, ni los tiempos de ejecución mostraron diferencias significativas, es decir, no aumentaron los aciertos ni disminuyó el tiempo. El análisis neuropsicológico del tipo de errores corrobora la prevalencia de errores por alteraciones frontales en la realización de las AVD, dentro de los cuales prevalece la falla en los procesos de inhibición expresada en la realización de acciones colaterales e innecesarias.

Conclusiones. Se cumplió el objetivo de diseñar un programa neuropsicológico para ayudar al paciente con EA a realizar las AVD, el método resultó accesible a los cuidadores y de aplicación viable en nuestro contexto. La muestra es pequeña y esto no permite corroborar la efectividad del método, sin embargo es una aportación al ámbito de los tratamientos psicosociales en la EA. El análisis neuropsicológico de las ejecuciones confirmó la estrecha relación entre funciones frontales y AVD y permitió observar el tipo de errores que prevalecen.

TITULO DE LA PONENCIA: DETECCION DE PERSONAS DE TERCERA EDAD CON TRASTORNOS DE MEMORIA EN UNA COMUNIDAD MAYA PARLANTE

AUTORES Y CENTROS DE TRABAJO: Dr. Mario A. Luna de Florán, FAC.de CCMM. de la universidad Mariano Gálvez de Guate mala, Ermita Alzheimer de Guatemala (adhonorem)
COLABORADORES: Dr. Héctor R. Escobar, Asociación Qawinakel(Palin),Consejo Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad
Ponente: Haydee de Lopez

METODOLOGIA: DESCRIPTIVA DIAGNOSTICA, ENCUESTA DE HOGARES
LUGAR DE TRABAJO: MUNICIPIO DE PALIN, DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA
AREA TEMÁTICA: EDUCACION PARA EL ALZHEIMER

INTRODUCCION: Desde su fundación a la fecha, Asociación Grupo Ermita Alzheimer de Guatemala ha ejecutado jornadas de evaluación para detectar personas con trastornos de memoria que se desarrollaron en la ciudad capital y población ladina.

En Guatemala se carece de información con respecto a incidencia y prevalencia de deficiencias y discapacidades en adulto mayor, especialmente en el área de demencias por lo que Asociación Ermita con el apoyo económico del Consejo Nacional de Atención a las personas con Discapacidad, el Centro de Salud del Ministerio de Salud y Asociación Qawinakel(organización local)

OBJETIVOS: a) Detectar personas de Tercera Edad con Trastornos de Memoria b) Capacitar personal comunitario en Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC)

MARCO TEORICO: Monografía del Municipio de Palin-Escuintla: Educación, Salud, Producción, distribución étnica, población total, mapas de barrios y mansas de viviendas, Ley de Protección para las Personas de Tercera Edad.

METODOLOGIA: Descriptiva Diagnóstica

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Se utilizó una boleta de encuesta preparada para detectar deficiencias de cualquier tipo, especialmente demencias en adultos mayores de 60 años y mas habiéndose encontrado los siguientes resultados:

a) De ochocientos hogares censados y encuestados se encontró que del total de la población (3952 personas) el 7 % (284)
b) De los 284 personas mayores de adultos mayores, 83 presentaban deficiencias físicas, psíquicas, mentales o sensoriales
c) Las deficiencias mas frecuentes en adultos de mayores fueron de: Visión, audición, aparato locomotor demencias.
d) En la distribución de demencias(201) las demencias ocuparon el 7.9 % del total, en 83 pacientes.
e) Las condiciones socioeconómicas de la Población censada y encuestada (la encuesta se realizó en el caso urbano del municipio era de condiciones aceptables.

CONCLUSIONES:

a) La sobre vivencia de la población indígena en el área de Palín ha aumentado en los últimos 1º años.
b) Las deficiencias encontradas en la población encuestada son de mayor grado las sensoriales, del aparato locomotor y demencias
c) Por carecer de recursos económicos y de personal, las evaluaciones no se pudieron complementar con estudios de gabinete o laboratorio
d) Se recomienda continuar con éste tipo de estudios en otras comunidades indígenas

TITULO DE LA PONENCIA :
CURSO DE NEUROPSICOLOGIA CLINICA EN LAS DEMENCIAS.
AUTORES: ROBERTO VENTURA
LUGAR DE TRABAJO: URUGUAY
AREA TEMÁTICA: DIAGNOSTICO

1) NEUROPSICOLOGIA. DEFINICION CONCEPTUAL Y EVOLUCION DEL AS IDEAS. LA EVALUACION NEUROPSICOLOGICA EN LAS DEMENCIAS. ENTREVISTA CLINICA Y TESTADO FORMAL.
2) ANALISIS DE LAS DEFINICIONES DE DEMENCIA EN LOS MANUALES INTERNACIONALES Y ANALISIS DEL SINDROME DEMENCIAL POR DENTRO DESDE LA NEUROPSICOLOGIA.
3) EL DETERIORO DE LAS PRAXIAS, GNOSIAS, LENGUAJE, DEL PROCESO ATENCIONAL Y DE LA MEMORIA EN LAS DEMENCIAS.
4) LAS FUNCIONES EJECUTIVAS Y LA PARTICIPACION DEL LOBULO FRONTAL.
5) MODELO DE RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO CLINICO NEUROPSIQUIATRICO DE UN SINDROME DEMENCIAL.
DURACION DEL CURSO 3 Y 1/2 HORAS
PRACTICA ANALISIS HISTORIAS CLINICAS .

TITULO DE LA PONENCIA
Deterioro cognitivo y demencia en Argentina
AUTORES: RAÚL L ARIZAGA
LUGAR DE TRABAJO: GRUPO 10/66 CAÑUELAS - ARGENTINA
AREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA DE DEMENCIA

La prolongación de la vida del hombre ha hecho que patologías y problemáticas que en épocas anteriores tuvieran una baja prevalencia y por ello una escasa repercusión en la salud pública y en la economía ocupen en la actualidad un lugar de primacía en el momento de diseñar políticas sanitarias, sociales y económicas. En los países en desarrollo, la demencia es la cuarta causa de años de vida perdidos por discapacidad en mayores de 60 años. En Argentina, entre 1950 y 2000 la población general creció un 116 %. Efectuando un análisis estratificado vemos que la población de menos de 15 años aumentó sólo un 96 %, en tanto la de más de 65 lo hizo en un 398 %. Un dato dramático es que los mayores de 80 años se incrementaron en un 682 % No hay en Argentina un estudio epidemiológico poblacional de demencias. Poder dimensionar la prevalencia tanto del Deterioro Cognitivo Leve como de la demencia a fin de planificar políticas de salud relacionadas con esta

problemática, hacen necesario un estudio epidemiológico poblacional de deterioro cognitivo y demencias. Las características particulares de la población argentina, amplia en su composición genotípica y acotada en su expresión fenotípica, con la mayor ingesta per cápita de carne vacuna a nivel mundial y un consumo de vino similar a países europeos, hacen que sea relevante disponer de datos propios sobre prevalencia de deterioro cognitivo y demencia

En la presentación se incluirán datos de relevamiento de deterioro cognitivo en Buenos Aires y en Cañuelas y los resultados preliminares del Proyecto 10/66 de epidemiología de demencia coordinado por el Dr Martin Prince del Institute of Psychiatry del King's College, London y que se lleva a cabo con el apoyo de un subsidio de la US Alzheimer Association simultáneamente con México y Perú.

TITULO DE LA PONENCIA:
ESTUDIO POBLACIONAL DE DEMENCIA 1066- MÉXICO
AUTORES Y CENTROS DE TRABAJO: INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA
AUTORES: ANA LUISA SOSA ORTIZ
METODOLOGIA : ESTUDIO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO
LUGAR DE TRABAJO: MEXICO DF , DELEGACION DE TLALPAN
AREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGIA DE LAS DEMENCIAS

EL AUMENTO DE LA EXPECTATIVA DE VIDA EN EL MUNDO HA OCASIONADO EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y CON ELLO DE MANERA INEVITABLE UN TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA, CON LA CUAL LOS TRASTORNOS DEGENERATIVOS ESTÁN COBRANDO GRAN IMPORTANCIA.
EN LOS PRÓXIMOS AÑOS EL AUMENTO DE LA POBLACIÓN AÑOSA SERÁ A EXPENSAS DE LOS PAÍSES EN DESARROLLO COMO EL NUESTRO. ENTRE LOS DIFERENTES CONTINENTES DEL TERCER MUNDO AQUEL EN EL QUE HABRÁ UN MAYOR ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ES AMÉRICA LATINA Y DE ACUERDO A PROYECCIONES DE LA OPS MÉXICO SERÁ EL QUE PRESENTE MAYOR AUMENTO DE POBLACIÓN ENVEJECIDA.
EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN 1066 EN DEMENCIAS ES UNA INICIATIVA EN EL SENO DE LA ADI ENCABEZADA POR EL DR. MARTIN PRINCE SIN CUYA INICIATIVA, ENTUSIASMO Y PERSEVERANCIA SERÍA DIFÍCIL CONCEBIR LA EXISTENCIA DE ESTE GRUPO.
MÉXICO SE ADHIERE A ESTE GRUPO DESDE 1999 PARTICIPANDO EN EL ESTUDIO PILOTO. Y ES HASTA 2004, QUE SE OBTIENE PATROCINIO DE LA ASOCIACIÓN DE ALZHEIMER DE LOS ESTADOS UNIDOS, PARA PERÚ, ARGENTINA Y MÉXICO QUIENES NOS INCLUIMOS A LA SEGUNDA FASE DEL ESTUDIO EN UNA ETAPA MÁS TARDÍA.
SE HA SELECCIONADO COMO POBLACIÓN URBANA A LA DELEGACIÓN DE TLALPAN, SIENDO ÉSTA UNA DE LAS 16 DELEGACIONES QUE INTEGRAN EL DISTRITO FEDERAL;EL CUAL CUENTA CON 10 MILLONES DE HABITANTES.EN LA DELEGACIÓN DE TLALPAN HAY EN TOTAL MÁS DE 31,000 SUJETOS MAYORES DE 65 AÑOS. HASTA AHORA HAN SIDO

ENCUESTADOS UN TOTAL DE 600 SUJETOS, SE PLANEA TERMINAR LOS 400 RESTANTES PARA EL MES DE SEPTIEMBRE.
EL ÁREA PARA EL ESTUDIO RURAL SELECCIONADA ES CONOCIDA CON EL NOMBRE DE HUISQUILAK, MORELOS; LA CUAL SE ENCUENTRA APROXIMADAMENTE A 30 MINUTOS DEL DISTRITO FEDERAL. A PESAR DE SU CERCANÍA SU PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO ES EL DE UNA POBLACIÓN RURAL, YA QUE LA MAYOR PARTE DE SUS HABITANTES SE DEDICAN AL CULTIVO DE LA TIERRA Y A LA PRODUCCIÓN DE ARTESANÍAS. LOS 1000 SUJETOS A SER EVALUADOS EN ESTA ZONA SERÁN ENCUESTADOS LOS MESES DE JULIO Y AGOSTO CON LA COLABORACIÓN DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y SU CENTRO DE SALUD EN DICHO POBLADO.
DE TAL MANERA QUE ESPERAMOS HABER TERMINADO DE APLICAR LAS 1000 ENCUESTAS HACIA FINALES DE SEPTIEMBRE.PARA INICIAR ENTONCES EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.
EN ESTA REUNIÓN SE PRESENTARÁN LOS DATOS DESCRIPTIVOS DE LOS PRIMEROS 500 SUJETOS EVALUADOS.

TITULO DE LA PONENCIA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE DEMENCIA 10/66. Resultados Preliminares en República Dominicana
AUTORES: DAISY ACOSTA
LUGAR DE TRABAJO: GRUPO DE INVESTIGACION 10/66
AREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGIA

Este grupo se formó en 1998, durante la 14th Conferencia Internacional de Alzheimer (ADI) en Cochin, sur de La India. 10/66 se refiere a que el 66% de las personas con demencia viven en los países en desarrollo donde se lleva a cabo menos del 10% de las investigaciones basadas en la población. Como grupo intentamos resolver este desbalance con investigaciones de calidad.
Este grupo está coordinado por el Dr Martin Prince del Instituto de Psiquiatría de Londres y es el brazo de investigación de la Asociación Internacional de Alzheimer (ADI).
Nuestra primera prioridad fue validar procedimientos diagnósticos libre de sesgos educativos y culturales, describir los arreglos de cuidado para las personas con demencia en nuestros mundos y la evaluación de los servicios disponibles para la atención de estos enfermos y de sus familiares. Para esto, hicimos un estudio piloto con 26 centros en Latino América y El Caribe (13 centros), África, India, Rusia, China y Sur Este de Asia. De este trabajo tenemos al presente 15 publicaciones en revistas internacionales regionales y nacionales.
Al presente estamos embarcados en estudios basados en la población en Brazil, Cuba, República Dominicana, Venezuela, Argentina, Perú, México, India y China. Algunos centros han terminado, otros están a punto de terminar, lo que quiere decir que tendremos nuestros propios números en prevalencia y muchas otras informaciones con bases firmes, para presentarles a nuestros gobiernos en beneficio de las personas con demencia y sus familiares. Ya estamos aplicando para continuar nuestras investigaciones con estudios de incidencia para ayudar en el esclarecimiento de este terrible mal.
Para saber más acerca de nosotros, por favor visite: http://www,alz.co.uk/10/66

En esta conferencia compartiré con ustedes las resultados preliminares de esta investigación en mi país

TITULO DE LA PONENCIA Dementia in Developing Countries
AUTORES: Cleusa Ferri for and on behalf of the 10/66 Dementia Research Group
LUGAR DE TRABAJO: Section of Epidemiology, HSR, Institute of Psychiatry, London
AREA TEMÁTICA: Epidemiology

Background: There is a need for more research into dementia in developing countries where up to 66% of those with dementia live.
Objectives: An overview of the 10/66 Dementia Research Group's population-based research and intervention studies in developing countries
Methods and Results: Pilot studies of diagnosis and care arrangements for people with dementia have been completed in 26 centres in 16 countries in Latin America, the Caribbean, Africa, India, China and SE Asia. 10/66 is now in the final stages of population-based catchment area studies in Cuba, Brazil, Dominican Republic, Venezuela, Peru, Argentina, Mexico, India and China. Preliminary findings confirm the high levels of psychological, economic and practical strain experienced by caregivers. Dementia is overwhelmingly the major correlate of need for care for older people in the community. Access to formal medical care is limited and tends to be predicted by socioeconomic and demographic factors rather than cognitive or mental health. Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) are common, and a major source of caregiver strain
Conclusions: Relative to other health conditions, dementia currently receives little attention in many developing regions given its disproportionate contribution to disability, dependency, family strain and impaired quality of life. There is an urgent need for greater public awareness, and more responsive health and social welfare systems.

CON FERENCIAS MAGISTRALES
TITULO DE LA PONENCIA
EL LOBULO FRONTAL Y SU PARTICIPACION EN LA PATOLOGIA DEMENCIAL
AUTORES: ROBERTO VENTURA
LUGAR DE TRABAJO: URUGUAY

El estado demencial hace referencia mayormente a una condicion de deterioro de las capacidades cognitivas o intelectuales, descartando que dicha condicion sea originada por una confusion mental, con la caracteristica de ser lo suficientemente intenso como para interferir con las actividades socio-familiares y profesionales. Pero en realidad el sindrome de deterioro cognitivo nunca se presenta aislado en el curso de una enfermedad demenciante y es asi que es acompañado por un grupo de elementos comportamentales que deben ser analizados, ya que alguno de ellos traducen tambien elementos de deterioro cognitivo.

El sector prefrontal del lobulo frontal es el responsable de la organizacion de comportamiento al mas alto nivel y su derrumbe se traduce por deterioro tanto del proceso atencional, memoria, funciones ejecutivas y del mas alto nivel de la organizacion del comportamiento. En el presente trabajo se analizan las definiciones de demencia en los diferenetes manuales, se prioriza el desempeño de las funciones ejecutivas mostrando que su deterioro es el responsable del nucleo del comportamiento demencial y es acompañado por la exposicion de los diferentes sindromes y sub-sindromes cognitivo-comportamentales en la demencia de tipo Alzheimer. Para ello se comienza con un breve repaso de la neuroanatomia funcional del lobulo frontal y sus diferentes conexiones.
Se comparte la experiencia de diferentes cuadros observados en pacientes de alto interes cientifico.

TITULO DE LA PONENCIA:
LA DEMENCIA FRONTO-TEMPORAL
AUTORES: ROBERTO VENTURA
LUGAR DE TRABAJO: URUGUAY

El sindrome demencial tiene las caracteristicas de ser adquirido, multietiologico, espontaneamente irreversible y persistente , de curso estacionario o progresivo (fluctuante o no dependiendo de la etiologia) y que centrado en un descenso de la capacidad inteligente, alcanza a desestructurar los pragmatismos socio-laborales y profresionales. Es dependiendo de la etiologia que el componente cognitivo tendra una forma u otra de expresion durante el curso evolutivo de una enfermedad demenciante. De esta manera pouede mostrar una afectacion global o dfifusa como en la enfermedad de Alzheimer , la predominancia de deficits ejecutivos, atencionales y a veces mnesicos como en la demencia fronto-temporal y otras patologias sub-corticales hastra la afectacion algo bizarra y muy variada como en la encefalopatia vascular. Una idea similar puede ser considerada en cuanto al desajuste comportamental, mostrandose como lago tardio en la enfermedad de Alzheimer y muy temprano en la demencia fronto-temporal. Dicha variacion en la cronologia de estos desajustes no cognitivos responde a que tan temprano comience la afectacion del sector prefrontal del lobulo frontalen su area asociativa supra-modal o cuaternaria.
En el presente trabajo se analizan las diferentes definiciones de la demencia fronto-temporal (DSM-IV-TR, ICD-10, Lund y Manchester Y la de Gregory y Hodgs). Se analizan las diferentes formas clinicas que puede tomar este sindrome de deterioro demencial sumado a la descripcion dle sindrome de Diogenes. Se establecen las diferencias con la enfermedad de Alzheimer, se actualiza el razonamiento diagnostico de las diferentes formas. Analisis de casos clinicos.

TITULO DE LA PONENCIA: Orientación sobre los centros diurnos para adultos en Californa, E.E.U.U.|AUTORES Y CENTROS DE TRABAJO:
MEYLING ELIASH-DANESHFAR
METODOLOGIA: DESCRIPCIÓN
LUGAR DE TRABAJO: LOS ÁNGELES, ESTADOS UNIDOS
AREA TEMÁTICA: CENTRO DIA, CUIDADORES PROFESIONALES Y FAMILIARES

LOS CENTROS DIURNOS DE CUIDADO PARA PERSONAS MAYORES Y CON PROBLEMAS DE MEMORIA DESPEMPEÑAN UN ROL MUY IMPORTANTE EN LA SOCIEDAD ESTADOUNIDENSE DONDE DEBIDO A LA COMPOSICION FAMILIAR, DISTANCIAS Y ESTILO DE VIDA, LOS ANCIANOS TIENEN A VIVIR AISLADOS. PARA LOS ADULTOS MADUROS LATINOS, ESPECIALMENTE AQUELLOS CON DEMENCIA, ESTOS CENTROS SON VITALES YA QUE CONTRIBUYEN A MANTENER LA SALUD DEL PACIENTE Y PREVENIR LA INSTITUCIONALIZACION TEMPRANA.

TITULO DE LA PONENCIA: La nueva Ley de la Dependencia en España
CENTROS DE TRABAJO: *Confederación española de familiares de enfermos de alzheimer y otras demencias. CEAFA*
AUTORES: EMILIO MARMANEU MOLINER
METODOLOGIA: CONFERENCIA ORAL CON PRESENTACIÓN EN PPT
LUGAR DE TRABAJO : ESPAÑA
AREA TEMÁTICA : CENTROS DIA / INTERÉS GENERAL

La intervención tratará sobre el nuevo panorama que se abre en España en relación con la atención a las personas en situación de dependencia mediante la entrada en vigor –previsiblemente en enero de 2007- de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (más conocida como Ley de la Dependencia), promovida por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
Durante la intervención se presentará la Ley, los principios sobre los que se sustenta, el panorama nacional relacionado con las personas en situación de necesidad que ha inspirado la Ley, la cartera de servicios que contempla, los aspectos especialmente positivos, pero también los críticos que afectan a las personas con Alzheimer (enfermos y familiares-cuidadores), etc., así como los trabajos que desde CEAFA (y otras entidades no gubernamentales) se han desarrollado para intentar influir en el nuevo texto normativo en sus fases previas de concepción y primera redacción del Anteproyecto.
También se hará referencia a la estructura de CEAFA, su composición, funcionamiento, representación, etc., y su papel como actor interesado en el proceso abierto de debate para la aprobación de la Ley de la Dependencia.
En la intervención el funcionamiento de los centros de día ocupará un papel destacado, con especial referencia al número de centros existentes en España, a los que son gestionados por Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer, a las actividades y servicios que ofrecen, etc., todo ello bajo la premisa de su peso específico en la atención a las familias que tienen que afrontar la enfermedad de un ser querido.

TITULO DE LA PONENCIA : GRUPOS DE APOYO EN MEXICO
AUTORES: LILIA MENDOZA MARTÍNEZ
LUGAR DE TRABAJO: MEXICO
AREA TEMÁTICA: FAMILIARES, CUIDADORES, PROFESIONALES DE LA SALUD, PUBLICO EN GENERAL

INTRODUCCIÓN

EN CASI TODAS LAS ASOCIACIONES DE ALZHEIMER EN EL MUNDO EL PRIMER SERVICIO QUE SE PRESTÓ FUE EL DE GRUPO DE APOYO O AUTOAYUDA, DONDE LOS MISMOS FAMILIARES SE REUNÍAN PARA COMPARTIR SUS TRISTEZAS, EXPERIENCIAS, SENTIRES Y A PARTIR DEL INTERCAMBIO SALIR ADELANTE Y POCO A POCO EMPODERARSE DE LA SITUACIÓN Y VER QUE OTRAS PERSONAS HABÍAN PODIDO SOBREVIVIR A SITUACIONES MÁS COMPLICADAS O MÁS DESALENTADORAS.

NUESTRO PUNTO DE PARTIDA FUE 1986 Y ACTUALMENTE CONTAMOS CON 18 ASOCIACIONES EN DIFERENTES CIUDADES DEL PAÍS, CADA UNA CUENTA CON SU PROPIO GRUPO Y 25 GRUPOS DE APOYO EN OTRAS TANTAS CIUDADES E INSTITUCIONES.

OBJETIVO

LOS GRUPOS DE APOYO PARA FAMILIARES DE PERSONAS CON DEMENCIA, SON UN FORO PARA VENTILAR SENTIMIENTOS Y EMOCIONES COMO LA SOLEDAD, LA DESESPERANZA, EL MIEDO, LA INCERTIDUMBRE, EL DOLOR DE PERDER A ALGUIEN EN VIDA, LA CULPA, EL CORAJE O LA IRA, LA NEGACIÓN, LA IMPOTENCIA LA TRISTEZA, LA DEPRESIÓN, LA NO ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD.

CUANDO A UN FAMILIAR LE DAN EL DIAGNÓSTICO DE ALZHEIMER O ALGUNA OTRA DEMENCIA SE SIENTE COMO EL ÚNICO SER SOBRE LA FAZ DE LA TIERRA CON ESE PROBLEMA. NORMALMENTE LAS DEMENCIAS NOS TOMAN POR SORPRESA Y SIN INFORMACIÓN DE LO QUE ESTÁ SUCEDIENDO, Y LOS SENTIMIENTOS SON MUY AMBIVALENTES Y ENCONTRADOS.

EN LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES, Y MÉXICO NO FUE LA EXCEPCIÓN, FUERON LOS PROPIOS FAMILIARES LOS ORGANIZADORES E IMPULSORES DE LA IDEA DE INTEGRARSE PARA INTERCAMBIAR EXPERIENCIAS. POR ESO SON GRUPOS DE AUTOAYUDA Y NO NECESARIAMENTE TERAPÉUTICOS QUE REQUIERAN DE UN PROFESIONAL.

MARCO TEÓRICO

DESDE LUEGO SE SIGUIÓ EL MODELO DE OTROS GRUPOS DE APOYO DEL MUNDO ENTRE ELLOS EL DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS Y NEURÓTICOS ANÓNIMOS, PERO CON LA MODALIDAD QUE NUESTROS GRUPOS FUERAN TOTALMENTE **LAICOS**, QUE FUNCIONARAN EN LUGARES NEUTROS COMO UN HOSPITAL, ESCUELA, CENTRO CÍVICO, ETC. PARA QUE LA GENTE NO SE SIENTA INTIMIDADA POR UNA CASA MUY ELEGANTE.

AL PRINCIPIO ESTOS GRUPOS Y EL MOVIMIENTO TENÍAN UNA TÓNICA DE VICTIMIZACIÓN, ES DECIR EL FAMILIAR CON TODOS LOS SENTIMIENTOS Y LA PERSONA CON DEMENCIA VIVÍAN UNA TRAGEDIA, UN DRAMA Y TODOS ERAN “VÍCTIMAS”, CONFORME EL MOVIMIENTO ALZHEIMER EN EL MUNDO HA EVOLUCIONADO HOY EL MENSAJE DEBE SER DE MÁS ESPERANZA, DE MENOS DESOLACIÓN.

SI BIEN, EN OTROS PAÍSES LOS FAMILIARES SE ORGANIZARON POR CATEGORÍAS ESPECÍFICAS: SOLO PARA MUJERES, SOLO PARA ETAPAS INICIALES, PARA ADOLESCENTES, ETAPAS FINALES, PARA VARONES, PARA PROPÓSITOS ESPECÍFICOS, CON DURACIÓN DETERMINADA, ABIERTOS, CERRADOS, ETC; EN MÉXICO NO QUISIERON DAR ESE

PASO. A EXCEPCIÓN DEL GRUPO DE ESPOSAS QUE SE FUNDÓ EN MONTERREY, NL.

LAS CARACTERÍSTICAS Y EDADES DE ESTAS ESPOSAS JÓVENES TENÍAN OTRAS NECESIDADES A DISCUTIR, LOS MARIDOS JÓVENES, SIENDO EL SOSTÉN DE LA FAMILIA TUVIERON QUE DEJAR EL TRABAJO Y ELLAS ADEMÁS DE ASUMIR EL CUIDADO, TUVIERON QUE PROCURARSE EL INGRESO PARA SACAR ADELANTE A SUS FAMILIAS.

LA FORMACIÓN DE MÉDICOS GERIATRAS Y GERONTÓLOGOS EN EL ISSSTE, INCLUÍA EL REQUISITO DE ASISTIR AL GRUPO DE APOYO PARA APRENDER EL TEMA DE LAS DEMENCIAS DESDE EL RELATO DEL FAMILIAR. CON LO CUAL, AL REGRESAR A SUS LUGARES DE ORIGEN PUDIERON REPLICAR EL MODELO.

TAMBIÉN AÑOS DESPUÉS, ALGUNOS PROFESIONALES DE LA SALUD SE ACERCARON AL GRUPO DE APOYO PARA APRENDER EL TEMA DE LAS DEMENCIAS A PARTIR DEL RELATO DE LOS FAMILIARES EN LA VIDA DIARIA, REPLICANDO EL MODELO EN OTROS LUGARES Y TAMBIÉN DE OTRAS MANERAS.

RECIENTEMENTE SE FUNDÓ EL PRIMER GRUPO DE AUTOAYUDA EN EL MEDIO RURAL, DONDE LAS CARENCIAS ECONÓMICAS SON ENORMES, PERO LA MOTIVACIÓN Y EL INTERÉS EN PARTICIPAR SON GRANDES. PARAFRASEANDO A LA FACILITADORA DEL GRUPO: “VAMOS A HACER MUCHO PARA QUE LA CARGA SEA MENOS” ROGELIA R.

CONCLUSIONES

MUCHO DEPENDE DEL FACILITADOR DEL GRUPO, DE QUE NADIE MONOPOLICE LA CONVERSACIÓN Y QUE TODOS TENGAN LA OPORTUNIDAD DE PARTICIPAR. APRENDIENDO A VERBALIZAR SU EXPERIENCIA Y REDACTANDO SU TESTIMONIO. SIN SER JUZGADOS NI CRITICADOS Y EN COMPLETA CONFIDENCIALIDAD.

ES A TRAVÉS DEL GRUPO DE APOYO COMO LA FAMILIA PUEDE EMPODERARSE Y CONVERTIRSE EN ACTIVISTA DEL MOVIMIENTO, YA QUE TIENE GRAN NECESIDAD DE CONTAR CON UN MAYOR NÚMERO DE VOLUNTARIOS, CONDUCTA AJENA A NUESTRA CULTURA E IDIOSINCRASIA.

LAS DIFERENTES INSTITUCIONES QUE COMPONEN EL SECTOR SALUD DADO, EL NÚMERO DE PERSONAS CON DEMENCIA QUE ATIENDEN CUENTAN YA CON SU PROPIO GRUPO DE APOYO, UTILIZANDO LA METODOLOGÍA QUE DESARROLLAMOS (UN MANUAL) Y DE LA EXPERIENCIA A LO LARGO DE LOS VEINTE AÑOS EN MÉXICO.

INVITAMOS Y EXHORTAMOS A LOS QUE NO HAN EXPERIMENTADO ESTE SERVICIO, QUE LO HAGAN SIN MIEDO, PUES LA GENTE ESTA ÁVIDA DE COMPARTIR, INTERCAMBIAR EXPERIENCIAS Y DE ESTA MANERA OBTENER INFORMACIÓN.

PARA MI, ESTE GRUPO DE APOYO HA SIDO UN PUENTE ENTRE LA MUERTE Y LA VIDA” MERCEDES.

EL EMPODERAMIENTO QUE OFRECEN ESTOS GRUPOS A LOS FAMILIARES ES JUSTAMENTE LA PARTICIPACIÓN Y AUTOGESTIÓN COMO ADULTOS, EL ACTIVISMO AL COMPARTIR SUS TESTIMONIOS Y NO UN MODELO PASIVO DE RECIBIR INFORMACIÓN COMO SI VOLVIERAN A LA ESCUELA BÁSICA.

METODOLOGÍA:

•Advocacy – estratégias de defensa de los derechos de las personas con Demencia
•Captación de Recursos – obtención de recursos para proyectos y donaciones para otras metas
Lobbying en Políticas Públicas

LAS CLAVES DEL EXITO
- Directiva Estructurada
- Directiva con interaccion
- Metas de trabajo definidas
- Finanzas transparentes
- Administración eficiente
- Programa de voluntarios bien activo

Que nos garanticen 3 estrategias con resultados positivos:

- Lobbying
- Advocacy
- Fund-raising

LOBBYING
Desarrollar un plan para conseguir la atención de los poderes públicos para las personas con demencia en sus necesidades de diagnóstico, tratamiento, cuidados y suministro gratuito de medicamentos.
Definir:
- Quien va a ser el responsable de los contactos
- A quien va a ser solicitado
- Cual va a ser la estrategia
- Plazo de cada etapa

ADVOCACY O DEFENSA DE LOS DERECHOS
Establecer un plan, determinando lo siguiente:
- Lo que exactamente precisa ser defendido
- En que ambiente
- Como debe ser el flujo de trabajo
- Quien va a ser el responsable de su ejecución
- Informar los resultados en plazos a determinar
- Cuando hay que mudar la estrategia a otro plan

FUNDRAISING O CAPTACION DE RECURSOS
Plan para contactar donadores o patrocinantes que defina:
- Cuanto necesita la Asociación
- Cuanto es posible conseguir
- Quien hara estos contactos
- Patrocinantes – cuales son los proyectos a someter
- Donadores – que tipo de cartas de presentación
- Seguimiento y agradecimientos

Vamos a trabajar con las Asociaciones presentes, principalmente aquellas que participaron en la Alzheimer University de Miami.

Lo aprendido en la AU de Miami servirá de base de partida para analizar entre las Asociaciones de como sus trabajos de lobbying, advocacy y fundraising se desenvuelven, para juntos, construir metas e estrategias para cada situación especifica en vista de la diferencia de trabajo y ambiente de cada Asociación. Después de un consenso general, estableceremos fechas para revisión de esos planteamientos.

¿Quienes deben participar?:

Miembros de las Asociaciones Alzheimer, interesados en aprender, manejar y fortalecer sus capacidades de Fundraising (Recaudación), tener nociones básicas para la formulación de proyectos susceptibles de ser apoyados por fuentes nacionales o de cooperación internacional (es requerido ineludiblemente el apoyo Gubernamental, ya que estas solicitudes deben hacerse a través de los respectivos Gobiernos). Es recomendable que tengan cierta experiencia en proyectos sociales y disponibilidad de tiempo para realizar las actividades asignadas en las tareas de grupos.

Objetivos del Taller:

Aprender y manejar :

- PROPUESTAS Y PROYECTOS : Lineamientos, requisitos y diferencias
- "TIPS" e ideas creativas para obtener DONACIONES O FONDOS
- Aplicación de HERRAMIENTAS y ESTRATEGIAS
- Coordinación de los responsables o equipo comprometido DELIMITACION DE FUNCIONES
- AGRADECIMIENTOS, Técnicas de estimulación para Donantes

Fortalecer:

Las capacidades institucionales en el manejo y gestión de **Técnicas de Fundraising** con el fin de lograr la incorporación de recursos financieros, técnicos y voluntariado en apoyo a los programas y prioridades locales, regionales y/o nacionales de cada Organización / Institución.

Contenido:

FORMULACION DE PROPUESTAS Y PROYECTOS SOCIALES A ENTES NACIONALES E INTERNACIONALES

Diferencia entre Propuesta y Proyecto

Plan de Desarrollo de un Proyecto - fases

- Análisis Preliminar
- Planificar Metas, Actividades y Recursos
- Decisiones

Nociones Generales para Ejecución, seguimiento y evaluación de Proyectos El proyecto como mecanismo de acceso a las fuentes de financiamientos Nacionales e internacionales. Marco Lógico como metodología y su aplicación.

Acceso a Financiamiento Internacional

Tarea de Grupos: Escribir una Propuesta

- Donaciones y recursos más comunes en Fundraising, motivaciones y tipos de Donantes, elementos clave.
- Equipo Humano y Voluntarios, su efectividad en Fundraising
- Alianzas Estratégicas

Agradecimientos

Caracas, 20 de junio de 2006

Señores (as):
Miembros de Alzheimer Ibero América, asistentes a
Monterrey, México
Queridas (os) Amigas(os)

Después de días intensos de actividades y mucho trabajo, además de la especial atención que nos brindaron nuestros amigos anfitriones, Eliud Robles, Lilia Mendoza y Federico Ortiz Moreno , gracias especiales a este último por todas sus atenciones, por la cena en el Museo de Arte Contemporáneo y a toda la gente bella de FEDMA, de los cuales se me puede pasar algún nombre, le enviamos un agradecimiento muy especial a Raúl Fernando Gutiérrez Herrera, por todos sus trasnochos y preocupaciones. Plenos de ese ambiente lleno de buena energía y calidad humana que nos ha rebozado los corazones, esperamos hayan regresado con bien a sus respectivos hogares. A todos les damos nuestras más expresivas gracias por sus valiosos aportes.
Como en todas las reuniones de AIB (Caracas, Boca Chica, Miami, Belo Horizonte y Monterrey), el año que viene en Caracas recibiremos el crecimiento y resultados que durante este y el próximo año, a partir de esta fecha, ustedes hayan logrado, y aquellas Asociaciones que no logren progresar, analizaremos sus razones para ver como podemos ayudarlas, pero también estas Asociaciones tienen que hacer el esfuerzo para venir a nuestras reuniones. Hemos acordado que las críticas deben ir acompañadas de propuestas de solución y del responsable de su ejecución/seguimiento.
Entendemos que este año es la primera vez que asisten algunos, no estando familiarizados con el trabajo/ avances, por ello se les han enviado los lugares (en la web) donde esta todo este trabajo de 3 años para que lo lleven a cabo en sus respectivas Asociaciones y para poder medir y/o ajustar los resultados en el 2007 en Caracas.
Nos parece extraordinaria la proposición de hermanamiento que ha propuesto CEAFA de España para el crecimiento y focalización de soluciones y problemas especialmente de aquellas Asociaciones que requieren de la experiencia organizativa y de recaudación que ha conseguido CEAFA en España.
Felicitaciones a Perú por su nueva Sede y a todos los demás países asistentes por sus logros, que a veces son tan difíciles, pero hemos probado que no son imposibles, son producto de la constancia , perseverancia e intercambios.

Muchos saludos y gracias nuevamente por el gran esfuerzo de una nueva reunión lograda
En nombre de los demás miembros de la Junta Directiva de AIB asistentes
y de Raúl Fernando Gutiérrez Herrera (Presidente del Comité Organizador , Monterrey 2006)

Muy Atentamente

Mira Josic de Hernández
Presidenta