

**“ARQUITECTURA PARA EL ALZHEIMER,
¿RESIDENCIA O VIVIENDAS ADAPTABLES?
EXPERIENCIAS NACIONALES E INTERNACIONALES”**



GUADALUPE ROMERO VERGARA. 44781986C

Grado en Fundamentos de Arquitectura.

Trabajo Fin de Grado _ TFG-2.4

Tutor: Santiago Quesada García

Plan 2012. Curso 2015/2016

ETSA Sevilla, 30 de Junio de 2016



1. TITULO

“ARQUITECTURA PARA EL ALZHEIMER, ¿RESIDENCIA O VIVIENDAS ADAPTABLES? EXPERIENCIAS NACIONALES E INTERNACIONALES”.

Este Trabajo Fin de Grado se enmarca dentro de una línea de investigación denominada: “Proyectar para la ausencia de memoria” que está dirigiendo el profesor Santiago Quesada-García y en la que se están desarrollando una serie de trabajos, proyectos y tesis doctorales que investigan en Arquitectura, Salud y Nuevas Tecnologías.

Los conceptos de la presente investigación que se han considerado claves para el posterior desarrollo de la misma son los siguientes:

ARQUITECTURA - PLANEAMIENTO - PROYECTO ARQUITECTÓNICO - ENVEJECIMIENTO – ALZHEIMER

2. RESUMEN (ABSTRACT)

En este proyecto, se considera el Alzheimer como la enfermedad que representa el problema del envejecimiento de la población, debido al aumento exponencial del número de afectados y al descenso de la edad con la que se adquiere. En ese contexto, la arquitectura se presenta como una herramienta capaz de mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus familiares, sobre todo en el ámbito doméstico.

El principal objetivo de la investigación consiste en estudiar las experiencias internacionales (en Estados Unidos, Australia y Corea del Sur) y europeas (en Reino Unido, Francia y Holanda), que tienen en cuenta a los enfermos de Alzheimer y sus familiares, y compararlas con las experiencias en España.

La metodología utilizada es cualitativa y comparativa. Se recopilan los datos en tablas con los mismos apartados, para posteriormente poder comparar y sacar conclusiones. Se diferencian tres escalas de intervención: escala urbanística (Planificaciones Nacionales), escala intermedia (equipamientos y edificios) y escala doméstica (viviendas para el enfermo y su familiares).

La conclusión más importante que se extrae de este TFG es que, desde la disciplina de la arquitectura, hay que centrar el esfuerzo de la investigación destinada a este colectivo de personas en el diseño de entornos a escala doméstica, de forma que permita la mayor integración de los mismos y que puedan permanecer el máximo tiempo en sus hogares (hecho que se ha demostrado que retrasa el progreso de la enfermedad con la ventaja que es una solución más económica para las Administraciones y, por lo tanto, para la sociedad del bienestar). Por consiguiente, el reto que plantea esta investigación consiste en una profundización, estudio y proyecto de la adaptación de las viviendas existentes para el uso de estos enfermos y sus familias y/o cuidadores y, sobre todo, en el diseño y proyección de viviendas de nueva planta adaptables a las necesidades cambiantes de este colectivo de personas.

In this project, Alzheimer is considered as the disease that represents the problem of ageing population due to the exponential increase in the number of people affected and the decline in the age at which it is acquired. In this context, architecture is presented as a tool to improve the quality of life of both patients and their families, mainly in housing.

The main objective of the research is to study international experiences (in the United States, Australia and South Korea) and European experiences (in the UK, France and the Netherlands), which take into account the Alzheimer's patients and their families, and compare them with the Spanish experiences.

To achieve this, the methodology used is qualitative and comparative. Data is collected in tables with the same sections, in order to be able to make comparisons and draw conclusions. Three scales of intervention are established: urban scale (National Alzheimer's Plans), intermediate scale (equipment and buildings), and domestic scale (housing for patients and their families).

The most important conclusion drawn from this TFG is that from the discipline of architecture, we must focus the research effort aimed at this group of people in designing environments on a domestic scale, so as to allow greater integration of them and they can stay as long at home (a fact that has been shown to slow the progression of the disease with the advantage that it is a more economical solution for Administrations and, therefore, for the welfare society). Therefore, the challenge issued in this research is deepening, studying and drafting adaptation of existing housing for use of these patients and their families and/or caregivers and especially to design and project new housing adaptable to the changing needs of this collective.



3. INTRODUCCION

El **título** del presente proyecto es el siguiente: "ARQUITECTURA PARA EL ALZHEIMER, ¿RESIDENCIA O VIVIENDAS ADAPTABLES? EXPERIENCIAS NACIONALES E INTERNACIONALES".

El motivo por el cual elijo este tema es porque el envejecimiento de la población es un problema que afecta principalmente a las sociedades del primer mundo y, si se considera la enfermedad del Alzheimer como representante de este envejecimiento progresivo, creo que es interesante analizar las intervenciones que se están llevando a cabo en otros países, tanto arquitectónicas como en el ámbito del Planeamiento, para compararlas con las experiencias que se han llevado a cabo en España, y de ésta forma poder establecer las pautas que se podrían seguir para el diseño de la ciudad futura (principalmente en el espacio doméstico con viviendas adaptables en función de la edad y necesidades de los usuarios), todo ello considerando el hecho de que la población está envejeciendo.

Como se indica en el título elegido, la arquitectura constituye una herramienta al servicio de la población, con una labor no solo estética y funcional, sino social y humana. En el caso de los enfermos de Alzheimer, la arquitectura puede facilitar la vida de éstos y de sus familiares y cuidadores a través del diseño de viviendas o centros adaptables a sus necesidades especiales, además de la adaptación de las viviendas existentes.

En lo referente al Alzheimer, en este proyecto es la enfermedad que representa el problema del envejecimiento de la población, puesto que se trata de una patología que podría considerarse la "epidemia del presente siglo", debido al aumento exponencial del número de afectados y al descenso de la edad con la que se adquiere.

También cobra importancia el deseo del enfermo de Alzheimer de habitar en su vivienda en lugar de ingresar en centros de atención colectiva, hecho que se ha demostrado que retrasa el progreso de la enfermedad, y que a su vez es una solución más sostenible económicamente para las inversiones públicas de las sociedades contemporáneas del bienestar. Aquí es donde tiene cabida la labor del arquitecto, que puede colaborar en la adaptación de viviendas existentes para los enfermos de Alzheimer, y también en el diseño de viviendas adaptables a estos enfermos en función de cómo vayan evolucionando sus necesidades.

Así la vivienda adaptada al enfermo de Alzheimer se convierte en un elemento necesario en el aumento de la calidad de vida de su usuario. Y de la misma forma, cualquier espacio adaptado a este tipo de usuario, es apto para favorecer a cualquier otro colectivo con o sin enfermedad alguna. Por consiguiente, la vivienda se convierte en germen de actuaciones extrapolables a cualquier escala del contexto urbano, marcando pautas e hitos, en aspectos como accesibilidad, seguridad, autonomía e independencia, y por lo tanto también la ciudad en su configuración formal y la estructura organizativa de la misma.

De esta forma, la **hipótesis** que se plantea en esta investigación es la siguiente: "Estudio de las intervenciones a través de la arquitectura en los núcleos de población, comparando las experiencias internacionales y europeas con las españolas, que tienen en cuenta a los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores, representando los primeros el problema del envejecimiento de la población".

En cuanto al **principal objetivo** de la investigación, consiste en estudiar las experiencias internacionales (en Estados Unidos, Australia y Corea del Sur) y europeas (en Reino Unido, Francia y Holanda), que tienen en cuenta a los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores, y compararlas con las experiencias en España, a través de unas tablas comparativas que recojan los datos analizados en tres escalas de intervención:

1. ESCALA URBANÍSTICA: Planificaciones Nacionales.
2. ESCALA INTERMEDIA: Equipamientos y edificios relacionados con los enfermos de Alzheimer.
3. ESCALA DOMÉSTICA: Viviendas para el enfermo y su cuidador.

Por consiguiente, para alcanzar este objetivo, se lleva a cabo una **metodología cualitativa y comparativa**:

- En primer lugar se estudian las necesidades de los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores.

- En segundo lugar se recogen en tablas (teniendo en cuenta los mismos apartados), las experiencias internacionales (en Estados Unidos, Australia y Corea del Sur), europeas (en Reino Unido, Francia y Holanda) y españolas, relacionadas con los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores, y clasificadas en las tres escalas de intervención: escala urbanística (Planificaciones Nacionales), escala intermedia (equipamientos y edificios), y escala doméstica (viviendas para el enfermos y su cuidador).
- Finalmente se comparan los datos reflejados en las tablas, y se redactan las conclusiones.

Los **materiales** utilizados para la investigación serán bibliográficos, y se aplica el método por medio de una **técnica** de análisis de contenido.

Respecto al **desarrollo** del trabajo, en primer lugar se estudian los Planes Nacionales de Alzheimer de los distintos países seleccionados a nivel internacional (Estados Unidos, Australia y Corea del Sur), y a nivel europeo (Reino Unido, Francia y Holanda), ya que en España encontramos la ausencia de un Plan Nacional de Demencia.

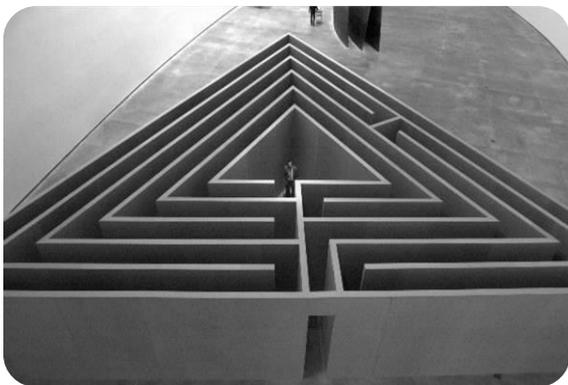
A continuación se analizan algunas experiencias europeas y españolas en el ámbito de la arquitectura que tienen en cuenta a los enfermos de Alzheimer (a nivel de equipamientos o edificios para enfermos de Alzheimer), y finalmente se estudian algunas intervenciones en el espacio doméstico de los pacientes y sus cuidadores y criterios de diseño de los mismos.

En cuanto a los apartados que conforman las tablas en las que se recogen los datos de las distintas experiencias que se analizan, serán los siguientes:

1. Plan Nacional de Alzheimer: título, periodo, prioridades, medidas y ejecución del plan.
2. Equipamientos y edificios relacionados con los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: nombre, localización, autor del proyecto, promotor, fecha de realización, motivo de elección del proyecto, configuración del proyecto, superficie, número de plazas, residencial fijo o temporal, alojamiento para familias, centro de día, centro de investigación, centro de formación, equipamientos, coste del proyecto y otras características a destacar.
3. Escala doméstica: nombre, motivo de elección y elementos más relevantes.

Seguidamente, en el apartado de **resultados** de la investigación, se realizan las tablas comparativas con los datos estudiados en el apartado de desarrollo, y finalmente se sacan **conclusiones**.

Por último, cabe mencionar que esta investigación puede ser relevante para la sociedad actual, puesto que pretende demostrar que la arquitectura, adecuadamente diseñada, es una herramienta muy potente y eficaz, capaz de mejorar la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer y sus familiares o cuidadores (principalmente en el ámbito doméstico), y que se pueden tomar medidas a escala nacional para afrontar el problema del envejecimiento de la población, al igual que las han tomado otros países elaborando los Planes Nacionales de Alzheimer.



4. ANTECEDENTES.

En este apartado en primer lugar se incluyen las definiciones y características más relevantes de algunos conceptos del proyecto que considero claves para el posterior desarrollo del mismo. A continuación se citan los nombres de investigaciones en el tema del Alzheimer que se están llevando a cabo desde la arquitectura. Finalmente se recogen los organismos y asociaciones más relevantes relacionados con el Alzheimer en España.

1) CONCEPTOS MÁS RELEVANTES DE LA INVESTIGACIÓN.

ARQUITECTURA - PLANEAMIENTO - PROYECTO ARQUITECTÓNICO - ENVEJECIMIENTO - ALZHEIMER

➤ **ARQUITECTURA.**

El concepto de arquitectura es muy amplio, pero en sentido general se puede definir como el arte y la técnica de proyectar, diseñar, construir y modificar el hábitat humano, incluyendo edificios de todo tipo, estructuras arquitectónicas y urbanas y espacios arquitectónicos y urbanos.

Aplicado a este trabajo, la arquitectura que se considera es la que guarda relación con la enfermedad del Alzheimer, que serían en una escala intermedia los equipamientos y edificios como centros de día o residencias para enfermos de Alzheimer, y en la escala doméstica se encontrarían las viviendas de los mismos.

La arquitectura constituye una herramienta al servicio de la población, con una labor no solo estética y funcional, sino social y humana. En el caso de los enfermos de Alzheimer, la arquitectura puede facilitar la vida de éstos y de sus familiares y cuidadores, adaptando viviendas existentes para el uso de los mismos, o diseñando viviendas adaptables a sus necesidades futuras.

➤ **PLANEAMIENTO URBANÍSTICO.**

El planeamiento puede considerarse una herramienta del arquitecto clave para intervenir en la escala urbana, por lo que a continuación se muestra un resumen de las distintas posibilidades de actuar sirviéndose del mismo.

El planeamiento urbanístico o planificación urbana, engloba el conjunto de instrumentos técnicos y normativos que se redactan para ordenar el uso del suelo, generalmente de un municipio o área urbana, y regular las condiciones para su transformación o conservación.

De esta forma, está relacionado con la arquitectura, la geografía y la ingeniería civil en la medida que ordenan espacios. Además precisa del conocimiento del medio físico, social y económico de la zona, y precisa ser gestionado, lo que conlleva una organización político-administrativa del mismo.

En España, el planeamiento urbanístico es una actividad pública en todas las escalas territoriales, encontrándose siempre bajo el control de la administración pública. El sistema se organiza en tres grandes conjuntos:

- El planeamiento General: que se redacta a escala municipal y contiene las determinaciones de ordenación general para todo el municipio. En función del municipio pueden ser:
 - Planes generales de ordenación urbana.
 - Normas subsidiarias municipales.
- El planeamiento de Desarrollo: está destinado a un ámbito de escala inferior al municipal, generalmente escala de barrio. Según la clase y categoría del suelo, puede ser:
 - Programa de Actuación Urbanística.
 - Plan Parcial.
 - Plan Especial (Plan Especial de Reforma Interior, PERI).
- Los instrumentos complementarios: se distinguen los siguientes:
 - Estudio de detalle.
 - Proyecto de Urbanización.
 - Catálogos.

Como puede observarse, hay un amplio abanico de posibilidades de intervención en la ciudad a través del planeamiento urbano, que el arquitecto puede utilizar en este caso para el diseño de espacios de la escala urbana relacionados con los enfermos de Alzheimer, como viviendas adaptables a sus necesidades futuras.

➤ **PROYECTO ARQUITECTÓNICO.**

En cuanto al concepto de proyecto arquitectónico aplicado a este trabajo, hace referencia tanto a las Planificaciones Nacionales, como a los equipamientos o edificios relacionados con esta enfermedad, además de al espacio doméstico de los enfermos de Alzheimer.

➤ **ENVEJECIMIENTO.**

Actualmente hay un creciente envejecimiento de la población, que es más notable y rápido en los países en desarrollo, en los que se prevé que la "población de edad" se cuadruplica en los próximos cincuenta años. Esta transformación demográfica tiene consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional, pudiendo la arquitectura utilizarse como una herramienta para mejorar la calidad de vida de la población conforme va aumentando su edad.

➤ **ALZHEIMER.**

En este proyecto, el Alzheimer es la enfermedad que representa el problema del envejecimiento de la población, puesto que se trata de una enfermedad que podría considerarse la "epidemia del presente siglo", debido al aumento exponencial del número de afectados y al descenso de la edad con la que se adquiere.

También cobra importancia el deseo del enfermo de Alzheimer de habitar en su vivienda en lugar de ingresar en centros de atención colectiva, hecho que se ha demostrado que retrasa el progreso de la enfermedad, y que a su vez es una solución más sostenible económicamente para las inversiones públicas de las sociedades contemporáneas del bienestar. Aquí es donde tiene cabida la labor del arquitecto, que puede colaborar en el diseño o la adaptación de las viviendas para los enfermos de Alzheimer y sus familias.

Así la vivienda adaptada al enfermo de Alzheimer se convierte en un elemento necesario en el aumento de la calidad de vida de su usuario. Y de la misma forma, cualquier espacio adaptado a este tipo de usuario, es apto para favorecer a cualquier otro colectivo con o sin enfermedad alguna. De esta forma la vivienda se convierte en germen de actuaciones extrapolables a cualquier escala del contexto urbano, marcando pautas e hitos, en aspectos como accesibilidad, seguridad, autonomía e independencia, y por lo tanto también la ciudad en su configuración formal y la estructura organizativa de la misma.

A continuación se muestra el marco teórico básico del Alzheimer, que debe conocer un arquitecto para poder intervenir en el proyecto o diseño de espacios relacionados con esta enfermedad.

- **CONCEPTO Y TIPOS DE ALZHEIMER.**

El Alzhéimer consiste en una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales, caracterizándose generalmente por la pérdida de la memoria inmediata a medida que mueren las neuronas y se atrofian diferentes partes del cerebro de forma progresiva e irreversible.

Por consiguiente, el paciente de Alzhéimer va perdiendo la capacidad para controlar sus emociones y desenvolverse en su entorno siguiendo las pautas de conducta normales, además del deterioro de la memoria y de la capacidad de coordinar adecuadamente los movimientos, entre otros trastornos.

Suele aparecer a partir de los 65 años, aunque cada vez lo hace a una edad más temprana. Además se trata de una enfermedad en la que la familia y el entorno cercano del paciente son muy importantes tanto para identificar los síntomas al inicio de la enfermedad, como para encargarse del cuidado del enfermo.

Puesto que el trastorno del Alzhéimer puede asociarse a distintas causas, se puede hacer una clasificación general de tres tipos de Alzhéimer:

- **ALZHÉIMER ASOCIADO A LA EDAD:** aunque el Alzhéimer no es una consecuencia del envejecimiento, afecta al 5-7% de las personas mayores de 65 años. Es por este tipo de Alzheimer por el que se ha elegido esta enfermedad como representante del problema del envejecimiento de la población, puesto que afecta a un gran número de personas, y va en aumento.

En la tabla que se muestra a continuación, se reflejan los datos del número de personas con demencia y su aumento estimado (datos obtenidos de "ADI 2010 World Alzheimer Report, datos estimados de prevalencia mundial").

CMM POR REGIÓN	POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS (MILLONES)	PREVALENCIA ESTIMADA BRUTA (%)	Nº DE PERSONAS CON DEMENCIA (MILLONES)			AUMENTOS PROPORCIONALES (%)	
			2010	2030	2050	2010-2030	201-2050
ASIA	406,55	3,9	15,94	33,04	60,92	107	282
EUROPA	160,18	6,2	9,95	13,95	18,65	40	87
AMÉRICA	120,74	6,5	7,82	14,78	27,08	89	246
ÁFRICA	71,07	2,6	1,96	3,92	8,74	111	370
MUNDO	758,54	4,7	35,56	65,69	115,38	85	225

- ALZHEÍMER FAMILIAR: las personas en cuya familia se han dado casos de Alzheimer, tienen más posibilidades de padecer la enfermedad. Existe además el llamado "Alzheimer familiar", que se caracteriza por iniciarse antes de los 60 años.
 - ALZHEÍMER ASOCIADO AL SÍNDROME DE DOWN: debido a la trisomía en el cromosoma 21, las personas con síndrome de Down tienen más posibilidades de que su metabolismo acumule los fragmentos que causan la placa senil.
- CUADRO CLÍNICO.

El conjunto de síntomas y signos que presenta un paciente de Alzheimer, se pueden clasificar en las siguientes fases (que determinarán la intervención del arquitecto en el diseño de espacios relacionados con el enfermo y sus cuidadores).

- **Predemencia.**

A menudo los primeros síntomas se confunden con la vejez o el estrés del paciente. La deficiencia más notable es la pérdida de memoria a corto plazo y de adquirir nueva información, además de la aparición de dificultades leves en las funciones ejecutivas (como son la atención, planificación, flexibilidad y razonamiento abstracto).

- **Demencia inicial.**

Se puede observar una disminución en la destreza para la coordinación de pequeños movimientos (como coser), además de una pérdida visible de la memoria a corto plazo, debido a la cual presenta dificultades para interactuar en áreas como el vecindario en el que el paciente vive, de forma que se desorienta en la calle e incluso llega a perderse.

También sufren problemas con el lenguaje como la reducción del vocabulario y la disminución en la fluidez de las palabras, expresadas tanto de forma oral como escrita.

En esta etapa el paciente mantiene su autonomía, y sólo necesita supervisión cuando se trata de tareas más complejas.

- **Demencia moderada.**

Conforme avanza la enfermedad, los pacientes podrán realizar tareas con cierta independencia (como ir al baño), pero requerirán ayuda para tareas más complejas (como ir al banco, a comprar, etc.), irán perdiendo progresivamente la capacidad de reconocer a personas u objetos, y empezará a fallar su memoria a largo plazo, que hasta el momento permanecía intacta.

Además, pueden manifestar cambios de conducta como reacciones violentas, y cada vez presentarán más dificultad para recordar el vocabulario y poder leer y escribir adecuadamente.

- **Demencia avanzada.**

En esta fase de la enfermedad, tiene lugar un mayor deterioro de la masa muscular del paciente, que pierde movilidad por lo que le lleva a estar en la cama y a necesitar a un familiar o cuidador para que le ayude con las tareas cotidianas, convirtiéndose en personas dependientes.

Se mantiene la capacidad de recibir y enviar señales emocionales, aunque el lenguaje cada vez es peor, llegándose a perderse completamente.

La duración de la enfermedad oscila entre los 5 y los 20 años, y una vez que se diagnostica, la esperanza de vida se reduce a la mitad.

- **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

El diagnóstico se basa primero en la observación clínica del profesional de la salud y la que le transmiten los familiares, en los que se excluyen otras enfermedades. Posteriormente se realizan pruebas de memoria y de evaluación intelectual, además de análisis de sangre.

En cuanto al tratamiento, en la actualidad la enfermedad del Alzheimer es incurable y terminal.

Este tratamiento del Alzheimer se sustenta en dos pilares complementarios: el tratamiento no farmacológico y el tratamiento farmacológico (con el que se usan conjuntamente las intervenciones psicosociales). La arquitectura y el planeamiento urbano podrían utilizarse como herramientas del tratamiento no farmacológico, ayudando a mejorar la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores.

- **Tratamientos farmacológicos.**

Se utilizan diferentes fármacos que producen una ligera mejoría de las capacidades cognitivas de los enfermos (aunque tienen efectos secundarios).

- **Tratamientos no farmacológicos.**

Se puede retrasar el avance del Alzheimer si el paciente se encuentra en un entorno lo más favorable posible. De esta forma entra en juego el ámbito doméstico del paciente.

Se puede hablar de aceleradores de la enfermedad, como son: el estrés familiar, los cambios bruscos de las rutinas diarias, los cambios de domicilios (como podría ser el cambio a una residencia de mayores).

Y por otro lado estarían los hábitos retardadores de la enfermedad, entre los que se encontrarían las situaciones siguientes: ambiente familiar feliz, hacer ejercicio y socializar con amigos u otras personas.

Como puede observarse, en este tipo de tratamientos la arquitectura y el planeamiento urbano pueden constituir unas herramientas muy importantes para lograr retrasar el avance de la enfermedad, y hacerla más llevadera para los cuidadores de los enfermos, que podrían cumplir su deseo de permanecer el mayor tiempo posible en sus viviendas.

- **Intervención psicosocial.**

Existen ciertas evidencias de que la estimulación de las capacidades cognitivas ayuda a ralentizar la pérdida de estas funciones y habilidades. Esta estimulación consiste en trabajar aquellas áreas que aún conserva el paciente, de forma que el entrenamiento permita compensar las pérdidas que el paciente está sufriendo con la enfermedad.

Las intervenciones psicosociales se usan conjuntamente con el tratamiento farmacológico y se clasifican en abordajes orientados al comportamiento, las emociones, lo cognitivo y la estimulación.

2) **INVESTIGACIONES QUE RELACIONAN LA ARQUITECTURA Y EL ALZHEIMER.**

No hay muchos grupos de investigación actualmente que estudien el Alzheimer desde el punto de vista de la arquitectura, y de cómo la labor del arquitecto puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus cuidadores o familias.

En España se pueden mencionar los siguientes:

- El grupo de investigación **"HEALTHY ARCHITECTURE & CITY (CTS-1020)"**, creado en marzo del 2016, cuyo responsable es el profesor Santiago Quesada-García, que tiene las siguientes líneas de investigación:
 - Healthcare Architecture.
 - Ambient Intelligence (AI).
 - Ambient Assisted Living (AAL).
 - Tecnologías emergentes en Arquitectura.
 - Monitorización, medición y comparación de datos.
 - Smart City, Smart Building, Smart House.
 - La memoria como construcción del sujeto.
 - Arquitectura y Alzheimer. Proyectar para la ausencia de memoria.

➤ **El grupo Blanca Lleó: "PROYECTO "VIVIR 100 AÑOS. LONGEVIDAD Y CIUDAD FUTURA".**

Se trata de un proyecto dirigido por Blanca Lleó en colaboración con "The Tokio University" y el ICEX (Dirección Territorial de Comercio de Sevilla) que tuvo lugar en el curso 2014-2015, dentro del Programa de Máster Proyectos Arquitectónicos Avanzados MPAA de la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid.

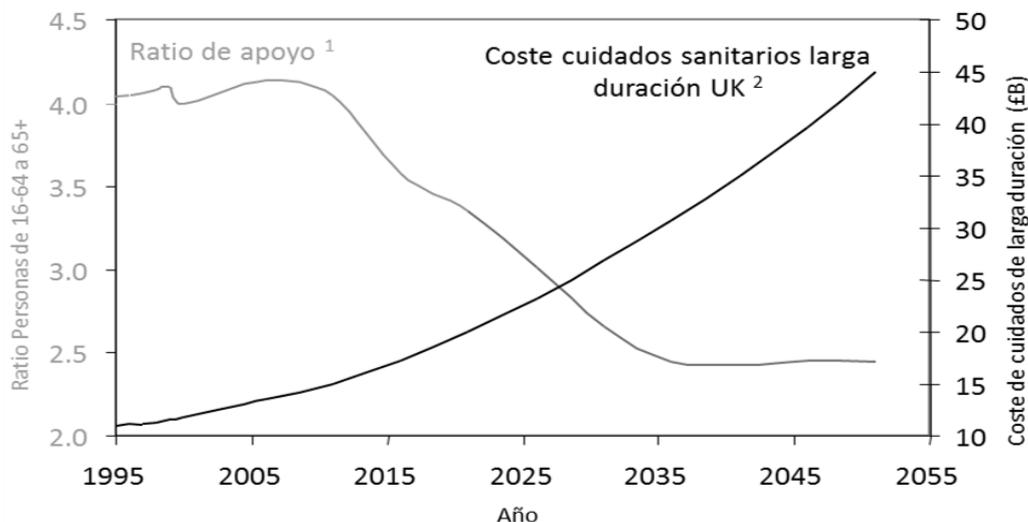
La investigación se llevó a cabo simultáneamente en España (dirigida por Blanca Lleó) y en Japón (al mando del profesor Manabu Chiba de la Universidad de Tokio), centrándose en el reto que supone dar respuesta al aumento de la esperanza de vida que han propiciado los actuales avances científicos, especialmente en Europa y Japón (cuya población es la más longeva del mundo y también la más decreciente, pues se calcula que en 2060 el 40 % de los japoneses serán mayores de 65 años).

Algunas de las áreas de investigación que se plantearon dentro del tema general de "Longevidad y Ciudad Futura", fueron las siguientes:

- Arquitectura, Salud, Alimentación y Deporte.
- Movilidad y ciudad futura.
- Arquitectura y tecnologías de la vida cotidiana.
- Nuevos materiales y nuevas sensaciones.
- Mecanismos y prótesis arquitectónicas.
- Espacios para la sociabilidad, la convivencia y las sinergias.
- Ciudad creativa, sociedad del conocimiento.

En el grupo de investigación los alumnos trabajaron en estrecho contacto con las empresas de servicios y productos interesadas en el tema de la longevidad en relación con la arquitectura y la ciudad, estableciendo contacto por lo tanto con los departamentos I+D+I de las compañías españolas más destacadas que enfocan su futuro desde la responsabilidad y la sostenibilidad social.

En cuanto a las investigaciones fuera de las fronteras españolas, concretamente en Reino Unido, en la siguiente gráfica del año 2002 aparece representado el coste de mantenimiento que supone tener al enfermo en el hospital frente a tenerlo en su domicilio, que es una opción mucho más económica.



1. Office for National Statistics, UK, 2002.

2. Royal Commission Report into Long Term Care, UK 1999.

También cabe mencionar que según un estudio realizado por el "Instituto de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol", el 15,71 % de los pacientes diagnosticados de Alzheimer viven solos, el 59,16% viven acompañados y el 25,13% viven en residencias. Respecto a las personas que viven solas, un 90% son mujeres y tienen una edad media de 86 años, sufriendo demencia leve un 23% de las mismas, y el resto demencia moderada, además que más de la mitad asisten a un centro de día, un porcentaje superior a los que viven acompañados (con una media de edad de 82 años) y de los que viven en residencia (con una media de edad de 84 años).

Finalmente, según un estudio de la "Fundación ACE-Barcelona Alzheimer Treatment & Research Center", un 30 % de las personas enfermas de Alzheimer no tiene ningún cuidador y viven solas en una situación de riesgo para ellos y sus familias, mientras que un % aún conduce. De esta forma, una de cada tres personas que padece algún tipo de demencia no recibe los cuidados necesarios ni cuenta con ningún tipo de supervisión durante su actividad diaria.

3) ORGANISMOS Y ASOCIACIONES PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER EN ESPAÑA.

A continuación se recogen los principales organismos y asociaciones para enfermos de Alzheimer que hay en España, indicando las actividades y servicios que proporcionan, los proyectos y las labores de formación e investigación que llevan a cabo.

- A) FUNDACIÓN REINA SOFIA.
- B) FUNDACION ALZHEIMER MALAGA.
- C) CEAFA (Confederación Andaluza de Federaciones de Familiares enfermos de Alzheimer y otras demencias).
- D) AFAL (Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer de Madrid).
- E) FUNDACION PASQUAL MARAGALL.
- F) CREA (Salamanca).
- G) AFA (Málaga).

Los apartados considerados serán comunes, para posteriormente poder recogerlos en una tabla comparativa en el apartado de resultados de este proyecto.

- o Nombre.
- o Localización.
- o Motivo de elección.
- o Formación.
- o Proyectos.
- o Actividades y servicios.
- o Investigación.

A) FUNDACIÓN REINA SOFIA

Tiene gran importancia el “Proyecto Alzheimer” de la Fundación Reina Sofía.

ORGANISMOS Y ASOCIACIONES PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER EN ESPAÑA	
A) FUNDACIÓN REINA SOFÍA _ PROYECTO ALZHEIMER	
1. NOMBRE	FUNDACIÓN REINA SOFIA
2. LOCALIZACIÓN	Sede en Madrid, con el “Centro de Alzheimer Fundación Reina Sofía” también en Madrid.
3. MOTIVO DE ELECCIÓN	La Fundación Reina Sofía consta del denominado “Proyecto Alzheimer”, que realiza distintos proyectos de investigación y sociosanitarios relacionados con esta enfermedad.
4. FORMACIÓN	<p>La Fundación Reina Sofía realiza labores de formación en distintos campos: acción social, salud, educación, agricultura, medio ambiente y la mujer.</p> <p>El Proyecto Alzheimer proporciona ayuda y formación para los familiares de los enfermos, además de documentación de ayuda para los pacientes y sus cuidadores, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “¿Qué puedo hacer para vivir mejor?” - “Tiene problemas de memoria, ¿cómo ayudarle a vivir mejor?” - “Tiene deterioro cognitivo en fases iniciales, ¿cómo ayudarle a vivir mejor?” <p>También ha desarrollado distintas campañas relacionadas con el Alzheimer, como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “El banco de recuerdos” - “Regala memoria” - “Me olvidé de vivir”
5. PROYECTOS	<p>La Fundación Reina Sofía lleva a cabo numerosos proyectos por todo el mundo, relacionados con la acción social, la salud, la educación, la agricultura, el medio ambiente y la mujer.</p> <p>En el Proyecto Alzheimer, los proyectos realizados se pueden clasificar en tres tipos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proyectos de investigación: que se financian. 2. Proyectos sociosanitarios: como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - Proyecto PARO (PARsonal RObot): PARO es un robot diseñado en Japón, que consiste en un peluche en forma de foca dotado de microsensors que permiten que responda a estímulos externos como el tacto, la luz o la voz, por lo que ha sido utilizado en programas de rehabilitación en varios países. El objetivo es comprobar si PARO es útil para los tratamientos en personas con Alzheimer. - Proyecto en terapias alternativas no farmacológicas a desarrollar con pacientes de Alzheimer. 3. Proyectos especiales: como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - Proyecto Vallecas: Programa de detección precoz de enfermedad de Alzheimer. - Proyecto Banco de Tejidos Fundación CIEN <p>El Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía: creado dentro del “Proyecto Alzheimer” en el año 2007 en Vallecas, y que se caracteriza porque en él conviven tres áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una Unidad de Investigación, la Fundación CIEN (Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas). - Un Centro de Formación especializado en demencias. - Un centro asistencial: formado por una residencia de estancia permanente de 156 plazas, un centro de día con 40 plazas, y un centro de respiro familiar para fines de semana con 20 plazas.
6. ACTIVIDADES Y SERVICIOS	Tanto la Fundación Reina Sofía como el Proyecto Alzheimer realizan numerosas actividades destinadas a la formación y la investigación a través de los proyectos, los documentos que ofrecen y las campañas que realizan.
7. INVESTIGACION	<p>La Fundación Reina Sofía financia numerosos proyectos de investigación</p> <p>En el Proyecto Alzheimer, cada año se financian distintos proyectos de investigación relacionados con el Alzheimer, como por ejemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Análisis de factores predictores de desarrollo de demencia”, “Alteraciones moleculares periféricas en la enfermedad de Alzheimer”. 2. “Calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas” <p>Además proporciona Becas en colaboración con otras asociaciones, y tiene un convenio de colaboración con la Fundación Cien-Ciberned para el “Proyecto EXOMA”: que trata de investigar si el Alzheimer está asociado a la genética.</p>

B) FUNDACION ALZHEIMER ESPAÑA

ORGANISMOS Y ASOCIACIONES PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER EN ESPAÑA	
B) FUNDACIÓN ALZHEIMER ESPAÑA (FAE)	
1. NOMBRE	FUNDACIÓN ALZHEIMER ESPAÑA (FAE)
2. LOCALIZACIÓN	Sede en Madrid, con el “Centro de Alzheimer Fundación Reina Sofía” también en Madrid.
3. MOTIVO DE ELECCIÓN	<p>Se trata de una fundación para enfermos de Alzheimer de ámbito nacional, cuyo objetivo principal es el avance en el reconocimiento de la enfermedad y la ayuda socio-sanitaria.</p> <p>Es importante el papel de esta fundación, puesto que ser de ámbito nacional, puede abordar de forma global temas relacionados con el Alzheimer.</p> <p>También tiene en cuenta la necesidad de elaborar un Plan Nacional de Alzheimer.</p>
4. FORMACIÓN	La FAE ha puesto en marcha diferentes medios para informar y formar a cuidadores y a profesionales de la salud, a través de cursos, programas de formación on-line, libros o revistas. Así proporciona información en forma de fichas prácticas, trucos útiles, guías, testimonios y posibles ayudas para la Ley de Dependencia.
5. PROYECTOS	<p>La FAE ha creado una asociación internacional (Alzheimer Europe), que reagrupa las asociaciones de familiares nacionales para representarlas en la Comisión y Parlamento europeos.</p> <p>También ha creado agrupaciones y asociaciones de familiares que ayudan entre sí para mejorar el cuidado de los enfermos.</p> <p>En cuanto a los proyectos que tiene en marcha, se pueden clasificar en los siguientes programas de ayuda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curso para aprender a cuidar al enfermo de Alzheimer - Formación a familiares y cuidadores. - Musicoterapia. - Evaluación neuropsicológica. - Acogida, orientación y asesoramiento a cuidadores y familias. - Actividades de ocio. - Apoyo psicológico. - Programa de voluntariado. - Psicoestimulación.
6. ACTIVIDADES Y SERVICIOS	<p>La FAE lidera programas nacionales e internacionales de prevención, diagnóstico, información y formación apoyados por la Comunidad Europea.</p> <p>Además crea acontecimientos tanto nacionales como europeos donde profesionales de la salud y agrupaciones de familiares puedan intercambiar experiencias, aprender y participar a una mejor concienciación de las Administraciones Públicas a la hora de diseñar una política socio sanitaria.</p> <p>También forma parte del Comité Técnico de la “Estrategia en enfermedades neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud”.</p>
7. INVESTIGACION	Se fomentan actividades de investigación psicosocial reflejada, en particular, por el “Proyecto I+D sobre la prospectiva de la enfermedad de Alzheimer”, desarrollado en colaboración con IMSERSO, que ha sido premiado.

C) CEAFA (CONFEDERACION ANDALUZA DE FEDERACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER.

ORGANISMOS Y ASOCIACIONES PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER EN ESPAÑA	
C) CEAFA	
1. NOMBRE	CEAFA (CONFEDERACIÓN ANDALUZA DE FEDERACIONES DE FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS)
2. LOCALIZACIÓN	Sede principal en Navarra.
3. MOTIVO DE ELECCIÓN	<p>Se trata de una organización, declarada de utilidad pública, que trabaja por mejorar la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad, representando a estos enfermos ante las Instituciones y la Sociedad.</p> <p>Además cuenta con 13 Federaciones Autonómicas y 6 Asociaciones Uniprovinciales que aglutinan a más de 300 Asociaciones locales. De esta forma representan a unas 200.000 familias,</p>
4. FORMACIÓN	CEAFA ha realizado numerosas campañas de sensibilización e información sobre la enfermedad del Alzheimer, dirigidas tanto a los enfermos, como a familiares y profesionales.
5. PROYECTOS	<p>Todos los proyectos de CEAFA se fundamentan en los tres ámbitos de intervención siguientes de su Plan Estratégico (aprobado en su día por la Junta de Gobierno y ratificado por la Asamblea General):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Representación: interna y externa. - Información. - Formación. <p>CEAFA ha realizado numerosos proyectos, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peces solidarios: - Solidarios con el Alzheimer. - Diagnóstico temprano y certero. - Cuidado de Demencias sin Sujeciones. - CEAFA en Alzheimer Europe. - Implantación de Sistema de Calidad y Acreditación. - "Know Alzheimer".
6. ACTIVIDADES Y SERVICIOS	<p>CEAFA ha participado en numerosas mesas de trabajo y elaboración de materiales relacionados con el Alzheimer.</p> <p>También ofrece información sobre distintas asociaciones de Alzheimer, laboratorios, instituciones, portales de salud, fundaciones, sociedades médicas y blogs sobre la enfermedad, de forma que resuelven posibles dudas que les surjan a los enfermos o cuidadores. Un ejemplo sería la revista "En mente", dedicada íntegramente a tratar los temas más relevantes del Alzheimer, o el "Blog Alzheimer", que contiene opiniones y noticias sobre el Alzheimer y sus familiares o cuidadores.</p> <p>Además presenta distintas formas para que los ciudadanos colaboren con la asociación, como son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amigo solidario. - Donaciones. - Legado solidario. - Caramelo solidario. - Voluntariado. - Mesa solidaria. - Ruleta de la memoria. <p>También concede los "Premios CEAFA", en distintas modalidades: cuidador, información, investigación y labor social.</p>
7. INVESTIGACION	CEAFA apoya tareas de investigación del Alzheimer.

D) AFAL (ASOCIACION DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE MADRID)

ORGANISMOS Y ASOCIACIONES PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER EN ESPAÑA	
D) AFAL	
1. NOMBRE	AFAL CONTIGO (ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE MADRID)
2. LOCALIZACIÓN	Madrid
3. MOTIVO DE ELECCIÓN	AFAL CONTIGO es una Asociación Nacional de Alzheimer en la que destacan las labores de información, formación, apoyo y representación de las familias con enfermos de Alzheimer.
4. FORMACIÓN	AFAL CONTIGO lleva a cabo las siguientes actividades de formación: <ul style="list-style-type: none"> - Escuela de Formación AFAL contigo: - Cursos para cuidadores familiares o informales - Cursos para cuidadores formales o informales - Cursos para voluntarios - Cursos monográficos para familiares y profesionales - Seminarios para profesionales
5. PROYECTOS	<p>La Asociación AFAL CONTIGO ha constituido la FUNDACIÓN AFAL FUTURO, de carácter tutelar, para procurar cuidados y tutela a los enfermos con demencia sin familia o cuya familia no está en disposición de atenderlos.</p> <p>También ha creado la Red NEURONET, con 14 organizaciones miembro, que trabajan en red y comparten conocimientos para el desarrollo de proyectos.</p> <p>Además tiene un programa de ocio y encuentro, con viajes organizados cada año.</p> <p>A su vez, la asociación facilita que los ciudadanos colaboren con su causa, a través de voluntariados, donaciones o entidades colaboradoras.</p>
6. ACTIVIDADES Y SERVICIOS	<p>AFAL CONTIGO programa de forma anual sus actividades, que se clasifican en cinco grupos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actividades de información y difusión: <ul style="list-style-type: none"> - Información y asesoría social. - Asesoría jurídica. - Asesoría especializada en ayudas técnicas. - Charlas y conferencias. - Congresos y Jornadas. - Eventos y conmemoraciones. - Actividad editorial de AFAL contigo, con libros para familiares y profesionales. - Revista ALZHEIMER, de carácter trimestral. - Centro de documentación y biblioteca. - Página web y blog. 2. Actividades de formación. 3. Actividades de apoyo al enfermo y al cuidador: <ul style="list-style-type: none"> - Psicoestimulación y terapia psicológica de grupo para enfermos en fases leve y moderada. - Arteterapia. - Musicoterapia. - Psicoestimulación a domicilio. - Estimulación al enfermo joven a través del ejercicio físico y el deporte. - Asistencia psicológica al cuidador (grupal o individual). - Valoración neuropsicológica del estado del enfermo. - Programa de voluntariado AFAL contigo. - Red G.A.M.A. (Grupos de ayuda mutua por barrios). - Mediación en conflictos familiares. - Almacén de préstamo de productos de apoyo. - Valoración de residencias y centros de atención diurna. - Programa de Ocio y Encuentro. 4. Actividades de representación y defensa de los intereses de los enfermos y sus familiares. 5. Actividades a favor de la investigación.
7. INVESTIGACION	<p>AFAL CONTIGO colabora de las siguientes formas con los equipos de investigación biomédica que buscan las causas del Alzheimer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buscando financiación para proyectos de investigación solventes y esperanzadores. - Reclutando personas que se presten a participar en los ensayos. - Participando activamente en las campañas de donación de cerebros y otros tejidos neurológicos, útiles para la investigación biomédica. - Cediendo voluntarios para colaborar con las tareas administrativas de algunos centros de investigación.

E) FUNDACION PASQUAL MARAGALL

ORGANISMOS Y ASOCIACIONES PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER EN ESPAÑA	
E) FUNDACIÓN PASQUAL MARAGALL	
1. NOMBRE	FUNDACION PASQUAL MARAGALL
2. LOCALIZACIÓN	Barcelona.
3. MOTIVO DE ELECCIÓN	Se trata de una fundación que fomenta la investigación para vencer la enfermedad del Alzheimer. Fue fundada por Pasqual Maragall cuando le diagnosticaron Alzheimer, con el lema de: "Por un mundo sin Alzheimer".
4. FORMACIÓN	La Fundación proporciona información sobre el Alzheimer, medidas para afrontarlo y preguntas frecuentes que se puedan plantear a los enfermos y familiares.
5. PROYECTOS	<p>Los proyectos más importantes de esta asociación tienen que ver con la investigación de la enfermedad.</p> <p>Para financiar estos proyectos de investigación, la Fundación Pasqual Maragall facilita que los ciudadanos colaboren de distintas formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Arte solidario", en forma de pintura, escultura, fotografía y obra gráfica. - Con donativos. - Enviando un SMS. - Con la herencia. - Con empresas solidarias.
6. ACTIVIDADES Y SERVICIOS	<p>La fundación realiza cada año campañas para sensibilizar a la población, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Olvidos contra el Alzheimer" 2014. - "Música para vencer el Alzheimer" 2013. - "Congreso Alzheimer Internacional" 2011. <p>Además, tiene una bolsa de trabajo para entrar a formar parte del equipo y cada año publica una memoria de actividades para darlas a conocer.</p>
7. INVESTIGACION	<p>La labor principal de esta asociación es la investigación. Para ello tiene distintas líneas de actuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudio Alfa: donde colaboran hijos de enfermos de Alzheimer. - Grupos terapéuticos: donde investigan cómo mejorar su calidad de vida al compartir en grupo sus experiencias. - "BarcelonaBeta": es el centro de investigación en el que la Fundación desarrolla su actividad científica. - Plataforma de Neuroimagen: la fundación tiene un equipamiento de neuroimagen totalmente dedicado a la investigación del cerebro. - Proyectos internacionales: en colaboración con investigaciones que llevan a cabo otros países.

F) CREA (SALAMANCA)

ORGANISMOS Y ASOCIACIONES PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER EN ESPAÑA	
F) CREA (SALAMANCA)	
1. NOMBRE	CREA (SALAMANCA): Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.
2. LOCALIZACIÓN	Salamanca.
3. MOTIVO DE ELECCIÓN	Consiste en un recurso de ámbito estatal, que tiene la finalidad de promover la mejor atención a las personas con Alzheimer y sus familias. Además, está especializado en la investigación, análisis, evaluación y conocimiento de las mejores fórmulas para la atención sociosanitaria de los afectados, con una colaboración con las entidades que dirigen y prestan su atención a la enfermedad del Alzheimer.
4. FORMACIÓN	Es un Centro referente a nivel nacional e internacional en gestión, generación y transferencia de conocimientos sobre documentación, análisis, investigación, validación, formación y promoción en el uso de terapias no farmacológicas y modelos de intervención centrados en el concepto de calidad de vida para personas con Alzheimer y otras demencias, sus familias y/o instituciones cuidadoras. También tiene una Escuela de Cuidadores: con programas específicos para la mejor información y formación de los cuidadores.
5. PROYECTOS	El centro cuenta con un área residencial, organizada en módulos que se estructuran bajo el modelo de unidades de convivencia, con el fin que se asemejen al máximo a la vida familiar.
6. ACTIVIDADES Y SERVICIOS	El CREA proporciona servicios de dos tipos: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de referencia: de información, documentación, investigación, evaluación, formación, asistencia técnica y cooperación intersectorial. - Servicios de atención directa: donde se llevan a cabo las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> o Escuela de Cuidadores o Programas de Respiro familiar. o Actividades de colaboración con las ONG del sector.
7. INVESTIGACION	Lleva a cabo una labor de investigación e innovación sobre la aplicación de nuevas terapias no farmacológicas, verificación de resultados y promoción de su uso.

G) AFA (MALAGA)

ORGANISMOS Y ASOCIACIONES PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER EN ESPAÑA	
G) AFA (MÁLAGA)	
1. NOMBRE	AFA (MÁLAGA): ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS.
2. LOCALIZACIÓN	Málaga.
3. MOTIVO DE ELECCIÓN	Se trata de una asociación que fue declarada de Utilidad Pública, y que tiene el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer y sus familiares.
4. FORMACIÓN	Proporciona formación y apoyo a los familiares (apoyo en el hogar).
5. PROYECTOS	AFA ofrece un proyecto integrado en el que ofrece: <ul style="list-style-type: none"> - Una unidad de estancia diurna. - Una unidad de estancia nocturna. - Estancias para fines de semana. - Talleres de memoria. - Otras actividades (fisioterapia, masaje, rehabilitación terapéutica y piscina) - Ayuda a familiares (a domicilio, terapia de grupos familiares, formación, asesoramiento jurídico, voluntariado).
6. ACTIVIDADES Y SERVICIOS	La asociación trata de sensibilizar a la población y a las instituciones para conseguir la asistencia adecuada para los enfermos de Alzheimer y sus familias.
7. INVESTIGACION	Promueve la investigación

5. HIPOTESIS

"Estudio de las intervenciones a través de la arquitectura en los núcleos de población, comparando las experiencias internacionales y europeas con las españolas, que tienen en cuenta a los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores, representando los primeros el problema del envejecimiento de la población".

- La arquitectura puede considerarse como una herramienta ante el envejecimiento de la población, pues tienen una labor social gracias a la cual se puede facilitar la vida de las personas, concretamente de los enfermos de Alzheimer (que en este proyecto se considerarán como el colectivo que representa el envejecimiento de la población que tiene lugar hoy en día en las sociedades del primer mundo), los cuales desean habitar en sus viviendas en lugar de en residencias. De esta forma, la tendencia será integrar a los enfermos en la sociedad y que permanezcan el máximo tiempo posible en sus casas, por lo que el reto del arquitecto consistirá tanto en la adaptación de viviendas existentes para el uso de estos enfermos y sus cuidadores, como en el diseño de viviendas lo más adaptables posibles.

6. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

6.1. OBJETIVOS GENERALES

El principal objetivo de la investigación consiste en estudiar las experiencias internacionales (en Estados Unidos, Australia y Corea del Sur) y europeas (en Reino Unido, Francia y Holanda), que tienen en cuenta a los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores, y compararlas con las experiencias en España, a través de unas tablas comparativas que recojan los datos analizados en tres escalas de intervención:

1. ESCALA URBANÍSTICA: Planificaciones Nacionales.
2. ESCALA INTERMEDIA: equipamientos y edificios relacionados con los enfermos de Alzheimer.
3. ESCALA DOMÉSTICA: viviendas para el enfermo y su cuidador.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos que llevados a cabo para realizar la investigación son los siguientes:

- Analizar diferentes antecedentes teóricos sobre la enfermedad del Alzheimer, para poder entender las principales necesidades de estos enfermos y sus cuidadores, principalmente las relacionadas con la arquitectura y los criterios de diseño para adaptar las viviendas para los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores, o para diseñar viviendas adaptadas a los mismos.
- Estudiar las intervenciones a escala urbanística, a través de los Planes Nacionales de Alzheimer de los distintos países estudiados a nivel internacional (Estados Unidos, Australia y Corea del Sur), en Europa (Reino Unido, Francia y Holanda), y en España, donde nos encontramos ante la ausencia de un Plan Nacional de Demencia.
- Recoger las experiencias a escala intermedia, con los equipamientos y edificios relacionados con los enfermos de Alzheimer, en Europa y en España.
- Analizar las intervenciones a escala doméstica, con la adaptación de viviendas existentes para los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores, o con los criterios de proyecto y diseño de viviendas adaptables a las necesidades cambiantes de los mismos.
- Elaborar tablas comparativas en las que se recojan los datos obtenidos en el desarrollo de la investigación, para cada una de las tres escalas de intervención estudiadas.
- Redactar las conclusiones pertinentes acerca de los resultados obtenidos en las tablas comparativas.

7. METODOLOGIA

7.1. MÉTODO

Se lleva a cabo una **metodología cualitativa y comparativa**.

- En primer lugar se estudian las necesidades de los enfermos de Alzhéimer y sus cuidadores.
- En segundo lugar se recogen en tablas (teniendo en cuenta los mismos apartados), las experiencias internacionales (en Estados Unidos, Australia y Corea del Sur), europeas (en Reino Unido, Francia y Holanda) y españolas, relacionadas con los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores, y clasificadas en tres escalas de intervención:
 1. ESCALA URBANÍSTICA: Planificaciones Nacionales.
 2. ESCALA INTERMEDIA: equipamientos y edificios relacionados con los enfermos de Alzheimer.
 3. ESCALA DOMÉSTICA: viviendas para el enfermo y su cuidador.
- Finalmente se comparan los datos reflejados en las tablas, y se redactan las conclusiones.

1. ANTECEDENTES _ El Alzheimer.

2. DESARROLLO _ Tablas con las experiencias clasificadas en 3 escalas de intervención:

1. ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.
2. ESCALA INTERMEDIA: EQUIPAMIENTOS Y EDIFICIOS.
3. ESCALA DOMÉSTICA: VIVIENDA PARA EL ENFERMO Y SU CUIDADOR.

INTERNACIONAL



ESTADOS UNIDOS
AUSTRALIA
COREA DEL SUR

EUROPA



REINO UNIDO
FRANCIA
HOLANDA

ESPAÑA



3. COMPARACIÓN _ Elaboración de tablas comparativas para cada una de las escalas de intervención.

4. CONCLUSIONES

7.2. MATERIALES

Los materiales utilizados para la investigación son bibliográficos. Se obtiene información a través de libros y principalmente a partir de documentación digital facilitada a través de Internet.

7.3. TÉCNICAS

Se lleva a cabo una técnica de análisis de contenido. De esta forma, en primer lugar se analiza la bibliografía consultada para el estudio de las distintas experiencias internacionales, europeas, españolas que tienen en cuenta a los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores. Posteriormente se elaboran unas tablas comparativas de los datos estudiados.

8. DESARROLLO

En este apartado, en primer lugar se estudian los Planes Nacionales de Alzheimer de los distintos países seleccionados a nivel internacional (Estados Unidos, Australia y Corea del Sur), y a nivel europeo (Reino Unido, Francia y Holanda), ya que en España encontramos la ausencia de Plan Nacional de Demencia. La selección se ha hecho considerando los países que ofrecen la máxima información posible sobre los planes de Alzheimer.

A continuación se analizan algunas experiencias europeas y españolas en el ámbito de la arquitectura que tienen en cuenta a los enfermos de Alzheimer (a nivel de equipamientos o edificios para enfermos de Alzheimer), y finalmente se estudian algunas intervenciones en el espacio doméstico de los pacientes y sus cuidadores y criterios de diseño de los mismos.

Respecto a los apartados que conforman las tablas en las que se recogen los datos de las distintas experiencias que se analizan, a continuación se detallan los aspectos más importantes para cada una de las tres escalas de intervención analizadas.

➤ ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.

En cuanto al desarrollo de los Planes Nacionales de Alzheimer, los apartados que conforman la tabla en la que se recoge la información más relevante para cada uno de los países estudiados, serán los mismos, de forma que posteriormente se puedan comparar los planes entre sí y sacar conclusiones.

- **Título del Plan Nacional de Alzheimer:** en español y en inglés.
- **Periodo cubierto por el Plan Nacional de Alzheimer:** en el que se ha desarrollado el Plan.
- **Estructura del Plan:** con los apartados más relevantes del mismo.
- **Prioridades / Medidas:** tras analizar los diferentes planes de Alzheimer, se recogen nueve apartados que considero que deberían incluirse en cualquier Plan Nacional de Demencia. Dichos apartados son:
 1. Mejora de la sensibilización y la formación: con el fin de reducir la discriminación y la posible exclusión social.
 2. Diagnóstico y tratamiento: para que se pueda realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad.
 3. Apoyo en el hogar al enfermo: con las adaptaciones en las viviendas y estimulación cognitiva en el domicilio.
 4. Apoyo a los cuidadores del enfermo: que son un factor clave para contribuir a la calidad de vida de las personas con Alzheimer y mejorar sus posibilidades de permanecer en el hogar el mayor tiempo posible.
 5. Asistencia residencial/ hospitalaria: con la identificación o creación de unidades específicas para diferentes grupos de pacientes (en función de la evolución de la enfermedad).
 6. Coordinación de la asistencia: de manera que se satisfaga las necesidades de las personas en las distintas etapas de la enfermedad.
 7. Formación de profesionales de la salud: de forma continua.
 8. Investigación: con proyectos que se puedan financiar por los distintos países.
 9. Tecnología innovadora: para la adaptación del hogar en relación al deterioro cognitivo de las personas con Alzheimer.

- **Ejecución del Plan:** el cumplimiento de los planes desarrollados es todo un desafío. Los principales factores que determinan la eficacia en la ejecución de un plan de Alzheimer son los siguientes:
 1. Reconocimiento del Alzheimer como una prioridad de salud pública: de forma que se garantice el apoyo a los pacientes en las distintas etapas de la enfermedad.
 2. Liderazgo a escala nacional: de manera que los políticos de alto rango faciliten la ejecución efectiva del plan.
 3. Compromiso de las personas: de forma que tanto las personas con Alzheimer como sus cuidadores sean consultados antes del desarrollo de un Plan de Alzheimer.
 4. Participación de todos los grupos de interés: para que todas las áreas de asistencia y apoyo estén cubiertas en el plan, como serían: personas con Alzheimer y sus cuidadores, profesionales de la salud, organizaciones que prestan asistencia sanitaria y compañías de la industria de la salud.
 5. Introducción de un sistema de asistencia y enfoque de gestión de casos: de forma que los enfermos y sus cuidadores se puedan mover fácilmente por el sistema.
 6. Compromiso de financiación: de diferentes fuentes, que cubran la detección precoz, la asistencia sanitaria y social, y otras cuestiones como el seguimiento.
 7. Control de progreso: con actividades de seguimiento e indicadores de calidad de la asistencia.

➤ **ESCALA INTERMEDIA: EQUIPAMIENTOS Y EDIFICIOS.**

Con respecto a los equipamientos y edificios analizados que tienen en cuenta a los enfermos de Alzheimer (en Holanda el pueblo Hogeweyk, y en España el edificio Alzheimer del Estudio Lamela, el Proyecto Villafal de Paracuellos del Jarama y el Proyecto Villafal de Trébago), los apartados que conforman la tabla en la que se recoge la información más relevante para cada una de las intervenciones también serán los mismos, para poder compararlos entre sí y sacar conclusiones.

- **Nombre del proyecto.**
- **Localización.**
- **Autor del proyecto.**
- **Promotor del proyecto.**
- **Fecha de realización.**
- **Motivo de elección del proyecto.**
- **Configuración del proyecto.**
- **Superficie.**
- **Número de plazas.**
- **Residencial fijo o temporal.**
- **Alojamiento para familias.**
- **Centro de día.**
- **Centro de investigación.**
- **Centro de formación.**
- **Equipamientos.**
- **Coste del proyecto.**
- **Otras características a destacar.**

➤ **ESCALA DOMÉSTICA: VIVIENDA PARA EL ENFERMO Y SU CUIDADOR.**

En cuanto a las experiencias en el espacio doméstico seleccionadas (en Reino Unido el "Informe HAPPI 2012" y los estudios de Mary Marshall y "DSDC. The Dementia Centre"; y en España la publicación "El espacio y el tiempo en la enfermedad de Alzheimer", el "Manual de Buenas Prácticas de la Caixa", y la adaptación de viviendas para enfermos de Alzheimer y sus cuidadores), los apartados que se considerarán para estudiarlas serán los siguientes:

- **Nombre de la experiencia.**
- **Motivo de elección.**
- **Elementos más relevantes.**

8.1. ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.

En este primer apartado se estudian los Planes Nacionales de Alzheimer de los distintos países seleccionados a nivel internacional (Estados Unidos, Australia y Corea del Sur), y a nivel europeo (Reino Unido, Francia y Holanda), ya que en España encontramos la ausencia de Plan Nacional de Demencia.

8.1.1. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

Los países estudiados a nivel internacional que tienen un Plan Nacional de Alzheimer son: Estados Unidos, Australia y Corea del Sur.

En la imagen que se muestra a continuación, aparecen los principales países del mundo que tienen un Plan Nacional de Alzheimer destacados en color oscuro.



- Países con un Plan Nacional de Demencia
- Países sin un Plan Nacional de Demencia

8.1.1.1. EEUU – PLAN NACIONAL PARA AFRONTAR LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (2012-2015)

En la tabla que se muestra a continuación, se recogen los aspectos más importantes del Plan Nacional para afrontar la enfermedad de Alzheimer en Estados Unidos.

		8.1.1. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES	
		8.1.1.1. EEUU	
8.1. ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.	4. PRIORIDADES / MEDIDAS	1. TITULO	Plan nacional para afrontar la enfermedad de Alzheimer ("National Plan to address Alzheimer's Disease")
		2. PERIODO CUBIERTO	2012-2015
		3. ESTRUCTURA DEL PLAN	El plan se centra en 5 OBJETIVOS , para cada uno de los cuales se definen un conjunto de estrategias.
		1. SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN	OBJETIVO 4. Mejorar la sensibilización pública y la participación. <ul style="list-style-type: none"> - Estrategia 4.A: Formar al público sobre la enfermedad de Alzheimer. - Estrategia 4.B: Trabajar con gobiernos estatales, regionales y locales para mejorar la coordinación e identificar iniciativas modelo para la promoción de la sensibilización de la enfermedad de Alzheimer y la preparación en el Gobierno. - Estrategia 4.C: Coordinar los esfuerzos de Estados Unidos con los de la comunidad global.
		2. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	OBJETIVO 1. Prevenir y tratar eficazmente la enfermedad de Alzheimer para 2025. <ul style="list-style-type: none"> - Estrategia 1.A: Identificar prioridades de investigación. - Estrategia 1.B: Ampliar la investigación para prevenir y tratar el Alzheimer. - Estrategia 1.C: Acelerar los esfuerzos para identificar las etapas tempranas. - Estrategia 1.D: Coordinar la investigación con entidades públicas y privadas Internacionales. - Estrategia 1.E: Facilitar la traducción de los resultados en la práctica médica.
		3. APOYO EN EL HOGAR AL ENFERMO	OBJETIVO 3. Ampliar el apoyo a las personas con Alzheimer y sus familiares. <ul style="list-style-type: none"> - Estrategia 3.A: Garantizar la recepción de formación, capacitación y materiales de Apoyo. - Estrategia 3.B: Permitir que los familiares cuidadores sigan prestando asistencia, a la vez que cuidan de su propia salud y bienestar. - Estrategia 3.C: Ayudar a las familias en la planificación de las necesidades futuras de Asistencia. - Estrategia 3.D: Mantener la dignidad, la seguridad y los derechos de las personas con Alzheimer. - Estrategia 3.E: Evaluar y atender las necesidades de vivienda de las personas con Alzheimer.
		4. APOYO A CUIDADORES	
		5. ASISTENCIA RESIDENCIAL	
		6. COORDINACION DE LA ASISTENCIA	OBJETIVO 2. Mejorar la calidad y la eficacia de la asistencia. <ul style="list-style-type: none"> - Estrategia 2.A: Crear un grupo de profesionales con habilidades para proporcionar una asistencia de alta calidad. - Estrategia 2.B: Garantizar un diagnóstico puntual y preciso. - Estrategia 2.C: Formar y apoyar a las personas con Alzheimer y sus familiares en el diagnóstico. - Estrategia 2.D: Identificar directrices y medidas de asistencia de alta calidad para las personas con Alzheimer a través de centros de asistencia. - Estrategia 2.E: Descubrir la eficacia de los nuevos modelos de asistencia para las personas con Alzheimer. - Estrategia 2.F: Garantizar que las personas con Alzheimer experimentan una transición segura y eficaz entre los centros y los sistemas de salud. - Estrategia 2.G: Promover servicios coordinados e integrados de salud y a largo plazo para personas con Alzheimer. - Estrategia 2.H: Mejorar la asistencia a poblaciones desproporcionadamente afectadas por la enfermedad de Alzheimer y a poblaciones que afrontan desafíos de asistencia. OBJETIVO 5. Mejorar los datos para controlar el progreso. <ul style="list-style-type: none"> - Estrategia 5.A: Mejorar la capacidad del Gobierno federal para seguir el progreso. - Estrategia 5.B: Controlar el progreso en el Plan Nacional.
		7. FORMACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD	
	8. INVESTIGACION		
	9. TECNOLOGIA INNOVADORA	Se propone el uso de las nuevas tecnologías.	

		8.1.1. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES	
		8.1.1.1. EEUU	
8.1. ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.	5. EJECUCIÓN DEL PLAN	1. RECONOCER ALZHEIMER COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA	Se reconoce la demencia como un problema de salud pública a nivel nacional.
		2. LIDERAZGO A ESCALA NACIONAL	
		3. COMPROMISO DE LAS PERSONAS	
		4. PARTICIPACION DE GRUPOS DE INTERES	El desarrollo del Plan Nacional de EEUU fue un proceso consultivo con la participación de 24 departamentos y agencias diferentes.
		5. INTRODUCCION DE SISTEMAS DE ASISTENCIA Y ENFOQUE DE GESTION DE CASOS	
		6. COMPROMISO DE FINANCIACION	No está disponible la información sobre el importe total para la ejecución del Plan
		7. CONTROL DE PROGRESO	El plan incluye un conjunto de hitos relacionados con las acciones necesarias dentro de las estrategias para alcanzar los objetivos. Una agencia federal ha asignado la responsabilidad de cada disposición del Plan para garantizar la ejecución de la disposición.

8.1.1.2. AUSTRALIA – PLAN NACIONAL DE ACCION SOBRE LA DEMENCIA (2006-2010)

En la tabla que se muestra a continuación, se recogen los aspectos más relevantes del “Plan Nacional de Acción sobre la Demencia” de Australia, del periodo 2006 al 2010.

Cabe mencionar que anteriormente se desarrolló la “Iniciativa de lucha contra la demencia. La demencia como una prioridad de salud nacional”, en los años 2005-2010. Para este trabajo se ha recogido la propuesta más reciente, que engloba la mayor parte de los apartados tratados en el plan anterior.

		8.1.1. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES	
		8.1.1.2. AUSTRALIA	
8.1. ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.		1. TITULO	Marco nacional de acción sobre la demencia (“National Framework for Action on Dementia”)
		2. PERIODO CUBIERTO	2006-2010. Actualmente se está desarrollando un nuevo Marco nacional de acción sobre la demencia 2013-2017.
		3. ESTRUCTURA DEL PLAN	El Marco contiene 5 ÁREAS DE PRIORIDAD para la acción e identifica un conjunto de resultados que se deben alcanzar en cada una de ellas:
	4. PRIORIDADES / MEDIDAS	1. SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN	<p>ÁREA DE PRIORIDAD 2: Acceso equitativo a la información sobre la demencia, apoyo y asistencia para las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares, independientemente de su ubicación o antecedentes culturales. RESULTADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todas las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares deben ser capaces de obtener servicios de calidad que se adapten a sus necesidades, cuando los necesiten, independientemente de la residencia, el estado de salud, la edad, los antecedentes culturales o las circunstancias económicas y sociales. <p>ÁREA DE PRIORIDAD 3: Información y formación basada en evidencias, precisa y proporcionada de una manera puntual y significativa. RESULTADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares pueden acceder fácilmente a información, formación y servicios de apoyo. - La comunidad tiene consciencia y conocimiento de la demencia y de la forma de ayudar a las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares. - El intercambio de información entre jurisdicciones es eficaz.

		8.1.1. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES	
		8.1.1.2. AUSTRALIA	
8.1. ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.	4. PRIORIDADES / MEDIDAS	2. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	
		3. APOYO EN EL HOGAR AL ENFERMO	
		4. APOYO A CUIDADORES	
		5. ASISTENCIA RESIDENCIAL	ÁREA DE PRIORIDAD 1: Servicios de asistencia y apoyo que sean flexibles y puedan responder a las necesidades cambiantes de las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares. RESULTADOS: se presta una asistencia eficaz, adecuada, de calidad y accesible <ul style="list-style-type: none"> - En todos los centros y las ubicaciones geográficas. - Haciendo hincapié en la planificación centrada en la persona. - Con la participación de los cuidadores y familiares. - Permitiendo que las personas con demencia realicen una transición sin problemas entre los distintos tipos de asistencia.
		6. COORDINACION DE LA ASISTENCIA	
		7. FORMACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD	ÁREA DE PRIORIDAD 5: Estrategias de recursos humanos y formación que posibilitan asistencia de alta calidad y especializada para las personas con demencia. RESULTADOS: <ul style="list-style-type: none"> - Existen profesionales capacitados y cualificados para atender y apoyar a las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares.
		8. INVESTIGACION	ÁREA DE PRIORIDAD 4: Investigación sobre la prevención, la reducción de riesgos y el retraso de la aparición de la demencia, así como sobre las necesidades de las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares. RESULTADOS: <ul style="list-style-type: none"> - La investigación se dirige a la causa, la cura y la asistencia para las personas con demencia. - La investigación se traduce en práctica y se promueve y está disponible para aquellos que lo necesitan. - Los resultados de la investigación se promueven de manera más amplia en la comunidad.
		9. TECNOLOGIA INNOVADORA	
		5. EJECUCIÓN DEL PLAN	1. RECONOCER ALZHEIMER COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA
2. LIDERAZGO A ESCALA NACIONAL			
3. COMPROMISO DE LAS PERSONAS			
4. PARTICIPACION DE GRUPOS DE INTERES			
5. INTRODUCCION DE SISTEMAS DE ASISTENCIA Y ENFOQUE DE GESTION DE CASOS			
6. COMPROMISO DE FINANCIACION	El plan tenía un presupuesto de 320 millones de dólares australianos durante 5 años.		
7. CONTROL DE PROGRESO	La responsabilidad del control recae en el Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad australiano (AHMAC) y la Conferencia de Ministros de Sanidad de Australia (CMAS). El Marco se revisó en 2011. Además se establecieron 8 indicadores de rendimiento: idoneidad, eficacia, eficiencia, calidad, accesibilidad, impacto en la colaboración, sostenibilidad y resultados.		

Por otro lado, en Australia se han desarrollado los siguientes planes subnacionales de Alzheimer:

- Australia: New South Wales.
- Australia: Queensland.
- Australia: South Australia.
- Australia: Victoria.
- Australia: Western Australia

8.1.1.3. COREA DEL SUR – “GUERRA CONTRA LA DEMENCIA” (2008-2013)

En la tabla que se muestra a continuación, se recogen los aspectos más relevantes del documento nacional elaborado por Corea del Sur “Guerra contra la demencia”, del 2008 al 2013.

		8.1.1. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES	
		8.1.1.3. COREA DEL SUR	
8.1. ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.	1. TITULO	Guerra contra la demencia (“War on Dementia”)	
		2. PERIODO CUBIERTO	2008-2013. La ejecución se realizó en dos fases: 2008-2010 y 2011-2013.
		3. ESTRUCTURA DEL PLAN	El plan se centra en 3 PRIORIDADES . Las dos primeras prioridades se desarrollan en la primera fase, mientras que la tercera prioridad se ejecuta en la segunda fase del plan.
	4. PRIORIDADES / MEDIDAS	1. SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN	
		2. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	PRIORIDAD 1: – Reducir el tiempo de espera para el tratamiento de la enfermedad mediante el diagnóstico precoz.
		3. APOYO EN EL HOGAR AL ENFERMO	
		4. APOYO A CUIDADORES	PRIORIDAD 3: – Aliviar la carga de los cuidadores y, convertirse, en esencia, en una ampliación de la familia de la persona.
		5. ASISTENCIA RESIDENCIAL	
		6. COORDINACION DE LA ASISTENCIA	
		7. FORMACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD	PRIORIDAD 2: – Ampliación prevista de la infraestructura de servicios, en particular, para formar especialistas en demencia.
		8. INVESTIGACION	
		9. TECNOLOGIA INNOVADORA	
	5. EJECUCIÓN DEL PLAN	1. RECONOCER ALZHEIMER COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA	Se reconoce la demencia como un problema de salud pública a nivel nacional.
		2. LIDERAZGO A ESCALA NACIONAL	
		3. COMPROMISO DE LAS PERSONAS	
4. PARTICIPACION DE GRUPOS DE INTERES		El plan fue elaborado conjuntamente por asociaciones de neurología/psiquiatría, el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, asociaciones de enfermeras, la Alzheimer’s Association-South Korea y los medios de comunicación.	
5. INTRODUCCION DE SISTEMAS DE ASISTENCIA Y ENFOQUE DE GESTION DE CASOS			
6. COMPROMISO DE FINANCIACION		Se estima que la financiación total para este Plan ascenderá a 6,46 billones de wones.	
7. CONTROL DE PROGRESO		De acuerdo con la Alzheimer’s Association Korea, se han registrado avances en algunas de las áreas prioritarias, como, por ejemplo, en el diagnóstico precoz y la prevención, el tratamiento, la infraestructura y la sensibilización pública. El plan especifica una serie de indicadores para medir el progreso, como: – Establecer un centro de salud pública a partir del actual 50 % a la cobertura nacional; – Crear un Centro Nacional de Demencia integral e instalar una réplica en los cuatro grandes hospitales regionales; – Formar a 6.000 especialistas para 2012; y – Aumentar la elegibilidad de seguro de asistencia a largo plazo aumentando el límite de destinatarios en 20.000 personas cada año. Hasta el momento, no se ha publicado ningún informe de evaluación sobre la ejecución del plan.	

8.1.2. EXPERIENCIAS EUROPEAS

Los países estudiados a nivel europeo que tienen un Plan Nacional de Alzheimer son: Reino Unido, Francia y Holanda, puesto que son los que tienen más información acerca de las medidas adoptadas.

No obstante, a continuación se enumeran los distintos países europeos clasificados en dos grupos, en función de si tienen o no Plan Nacional de Alzheimer.

PAISES CON PLAN NACIONAL DE ALZHEIMER:

- AUSTRIA → "INFORME DE DEMENCIA AUSTRIACO" (2014).
- BELGICA → "PLAN DE DEMENCIA" (2010-2014).
- BULGARIA → "PLAN NACIONAL DE DEMENCIA" (2014).
- CHIPRE → "PLAN NACIONAL PARA LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER" (2010).
- ESPAÑA → NO HAY PLAN DE DEMENCIA, PERO CEAFA Y SANITAS PRESENTARON UNA PROPUESTA AL PARLAMENTO EL 30 DE OCTUBRE DEL 2013.
- FINLANDIA → "PROGRAMA NACIONAL PARA LA MEMORIA" (2012-2020).
- FRANCIA → "PLAN NACIONAL FRANCÉS" (2008-2013).
- GRECIA → "PLAN DE DEMENCIA NACIONAL GRIEGO" (2016).
- ITALIA → "PLAN DE DEMENCIA NACIONAL DE ITALIA" (2014).
- MALTA → "PLAN DE ALZHEIMER NACIONAL DE MALTA" (2015).
- HOLANDA → "PLAN NACIONAL DE DEMENCIA" (2004-2008).
- REINO UNIDO → "MEJORA DE LA ASISTENCIA PARA LAS PERSONAS CON DEMENCIA" (2013-2015).
- REPUBLICA CHECA → "PLAN DE DEMENCIA NACIONAL PARA LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER Y SIMILARES" (2016).
- NORUEGA → "PLAN DE DEMENCIA NORUEGO" (2020).
- SUIZA → "PLAN DE DEMENCIA NACIONAL SUIZO" (2014-2017).

PAISES SIN PLAN NACIONAL DE ALZHEIMER: Alemania, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Hungría, Irlanda, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Polonia, Portugal, Rumania y Suecia.

En España no hay Plan Nacional de Demencia, aunque CEAFA (Confederación Andaluza de Federaciones de Familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias) y Sanitas presentaron una propuesta al Parlamento el 30 de octubre del 2013.

En la imagen aparecen los países de Europa que tienen un Plan Nacional de Alzheimer destacados en color oscuro.



8.1.2.1. REINO UNIDO – MEJORA DE LA ASISTENCIA PARA LAS PERSONAS CON DEMENCIA (2013-2015)

En el caso de Reino Unido, a continuación se recogen en la tabla los aspectos más relevantes del plan conocido como “Mejora de la asistencia para las personas con demencia”, del 2013-2015.

Cabe mencionar que hubo un Plan anterior, en los años 2009-2014, conocido como “Vivir bien con demencia. Una estrategia nacional de lucha contra la demencia”. No obstante, el plan que se estudiará será el más reciente, de los años 2013-2015, que recoge las medidas planteadas en el anterior.

		8.1.2. EXPERIENCIAS EN EUROPA
		8.1.2.1. REINO UNIDO
8.1. ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.	1. TITULO	“Mejora de la asistencia para las personas con demencia” (“Improving care for people with dementia”)
	2. PERIODO CUBIERTO	2013-2015
	3. ESTRUCTURA DEL PLAN	El plan se centra en CUATRO PRIORIDADES , para cada una de las cuales se definen una serie de medidas.
	4. PRIORIDADES / MEDIDAS	<p>PRIORIDAD 3: Comunidades favorables para las personas con demencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la sensibilización y trabajar con organizaciones diferentes para crear comunidades amigables para las personas con demencia. <p>PRIORIDAD 1: Aumento de las tasas de diagnóstico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurarse de que los médicos ofrecen a las personas de 65 a 74 años información acerca de los servicios de memoria como parte del programa de control de salud del Servicio Nacional de Salud, y las derivan a evaluación si lo necesitan. - Dotar de 1 millón de libras a proyectos innovadores del Servicio Nacional de Salud con el fin de aumentar las tasas de diagnóstico a través del premio “Innovation Challenge Prize for Dementia”. - Lanzar un nuevo conjunto de herramientas para ayudar a los médicos a ofrecer un mejor apoyo.

		8.1.2. EXPERIENCIAS EN EUROPA		
		8.1.2.1. REINO UNIDO		
8.1. ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.	4. PRIORIDADES / MEDIDAS	3. APOYO EN EL HOGAR AL ENFERMO		
		4. APOYO A CUIDADORES		
		5. ASISTENCIA RESIDENCIAL		
		6. COORDINACION DE LA ASISTENCIA	<p>PRIORIDAD 2: Servicios de salud y asistencia: mejorar los servicios de salud y asistencia para las personas con demencia para marzo de 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se solicitó a todos los hospitales en Inglaterra que se comprometieran con entornos amigables para las personas con demencia. - Se destinaron 54 millones de libras a hospitales que prestan asistencia de calidad para personas con demencia y ofrecen evaluaciones de riesgo de demencia a todas las personas de 75 años ingresadas. - Se incluyó información sobre la demencia en el sitio web Our Health South West a escala nacional para que las personas conozcan mejor los servicios disponibles en su área local. <p>OTROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se solicitó a las residencias y los servicios de asistencia que se inscribieran en la iniciativa Dementia Care and Support Compact, que establece nuevos estándares respecto a la asistencia para las personas con demencia. - Se realizó una dotación de 50 millones de libras para financiar la adaptación de los centros médicos y las residencias para las personas con demencia. - Se proporcionaron recursos de capacitación para los profesionales de la salud relacionados con la demencia. - Se ayudó a financiar un programa de 300 millones de libras para construir o renovar viviendas para personas con enfermedades crónicas, incluida la demencia. - Se realizó una dotación de 400 millones de libras esterlinas para ayudar a financiar los descansos de los cuidadores. 	
		7. FORMACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD		
		8. INVESTIGACION	<p>PRIORIDAD 4: Investigación sobre la demencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - La financiación anual de la investigación de la demencia se aumenta a cerca de 66 millones de libras en 2015 para potenciar el conocimiento científico de la demencia y, potencialmente, hacer posibles nuevos tratamientos. 	
		9. TECNOLOGIA INNOVADORA	Se propone el uso de las nuevas tecnologías.	
		5. EJECUCIÓN DEL PLAN	1. RECONOCER ALZHEIMER COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA	Se reconoce la demencia como un problema de salud pública a nivel nacional.
			2. LIDERAZGO A ESCALA NACIONAL	Ha existido liderazgo de alto nivel por parte del gobierno, con establecimiento de mecanismos de informes periódicos dirigidos al Primer Ministro a través de los ministros relevantes del Departamento de Sanidad.
			3. COMPROMISO DE LAS PERSONAS	En Reino Unido se reconoció ampliamente que un plan nacional para mejorar la asistencia de las personas con demencia sólo sería sostenible a largo plazo si se ajustaba a las necesidades de las personas con demencia y sus cuidadores.
4. PARTICIPACION DE GRUPOS DE INTERES	Se designó a un Director Clínico Nacional para la demencia, de forma que liderase la ejecución de la estrategia nacional. Además se establecieron tres grupos denominados "grupos líderes" para reunir a las organizaciones y los grupos de interés principales para impulsar el cumplimiento de los compromisos. Cada grupo está compuesto por entre 10 y 15 miembros procedentes de sectores clave, como la asistencia sanitaria y social, la industria y el sector del voluntariado.			
5. INTRODUCCION DE SISTEMAS DE ASISTENCIA Y ENFOQUE DE GESTION DE CASOS	En Reino Unido se ha introducido un asesor sobre la demencia para facilitar el acceso a la asistencia, al apoyo y al asesoramiento para las personas con demencia. De esta forma, los asesores sobre demencia se encargan de actuar como único punto de contacto para las personas con demencia y sus cuidadores, y pueden identificar problemas y facilitar la relación con los servicios de especialistas locales.			
6. COMPROMISO DE FINANCIACION	Información no disponible.			
7. CONTROL DE PROGRESO	El control de los progresos del Dementia Challenge es supervisado por tres grupos de "líderes". El último informe se publicó en mayo de 2013.			

8.1.2.2. FRANCIA – PLAN NACIONAL FRANCÉS (2008-2013)

En la tabla que se muestra a continuación, se recogen los aspectos más relevantes del Plan Nacional Francés, del 2008-2013.

		8.1.2. EXPERIENCIAS EN EUROPA	
		8.1.2.2. FRANCIA	
8.1. ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.	4. PRIORIDADES / MEDIDAS	1. TITULO	Plan Nacional Francés ("French National Plan")
		2. PERIODO CUBIERTO	2008-2013
		3. ESTRUCTURA DEL PLAN	El plan detalla 44 medidas que deben desarrollarse con arreglo a 11 OBJETIVOS , los cuales se distribuyen en tres bloques.
	4. PRIORIDADES / MEDIDAS	1. SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN	BLOQUE 3: Movilización en torno a una cuestión social. - OBJETIVO 9. Proporcionar información para la sensibilización pública general. - OBJETIVO 10. Promover consideraciones éticas y un enfoque ético. - OBJETIVO 11. Hacer de la enfermedad de Alzheimer una prioridad europea.
		2. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	
		3. APOYO EN EL HOGAR AL ENFERMO	BLOQUE 1: Mejorar la calidad de vida de los pacientes y los cuidadores. - OBJETIVO 1. Aumentar el apoyo a los cuidadores. - OBJETIVO 2. Fortalecer la coordinación entre todas las partes implicadas. - OBJETIVO 3. Capacitar a los pacientes y sus familiares para elegir el apoyo en el hogar.
		4. APOYO A CUIDADORES	- OBJETIVO 4. Mejorar el acceso al diagnóstico y los itinerarios de asistencia. - OBJETIVO 5. Mejorar la asistencia residencial para ofrecer una mejor calidad de vida de las personas con Alzheimer. - OBJETIVO 6. Reconocer las habilidades y el desarrollo de la formación para los profesionales de la salud.
		5. ASISTENCIA RESIDENCIAL	
		6. COORDINACION DE LA ASISTENCIA	
		7. FORMACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD	
		8. INVESTIGACION	BLOQUE 2: Conocimientos para la acción. - OBJETIVO 7. Realizar esfuerzos sin precedentes en investigación. - OBJETIVO 8. Organizar la vigilancia y el seguimiento epidemiológicos.
		9. TECNOLOGIA INNOVADORA	
	5. EJECUCIÓN DEL PLAN	1. RECONOCER ALZHEIMER COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA	Se reconoce la demencia como un problema de salud pública a nivel nacional.
		2. LIDERAZGO A ESCALA NACIONAL	En Francia, la participación personal del presidente se consideró crucial para general presión política con el fin de ejecutar el Plan Nacional Francés, el cual está vinculado al sitio web oficial del Gobierno. Cada seis meses se informa al presidente sobre los avances y la ejecución del plan.
		3. COMPROMISO DE LAS PERSONAS	El plan francés es el más completo en cuanto a la búsqueda de aportaciones periódicas, puesto que incorpora las opiniones de usuarios y cuidadores, realizando encuestas periódicas.
		4. PARTICIPACION DE GRUPOS DE INTERES	La persona responsable de la ejecución del plan es un funcionario del Ministerio de Economía, que no depende de ninguno de los ministerios involucrados en el proyecto, por lo que se protege la independencia del coordinador del plan.
		5. INTRODUCCION DE SISTEMAS DE ASISTENCIA Y ENFOQUE DE GESTION DE CASOS	Se han creado puntos de entrada únicos, denominados "Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)", que son lugares donde las personas pueden acudir para obtener información y averiguar si pueden tener acceso a tratamiento, asistencia y apoyo en su región.
6. COMPROMISO DE FINANCIACION		1.600 millones de euros.	
7. CONTROL DE PROGRESO		El Plan detalla mecanismos de evaluación e implementadores responsables para cada medida conforme a los objetivos del Plan. Una vez al mes se completa lo que se denomina "fiche de suivi" (plantilla para comprobar el progreso), y cada seis meses se elabora un informe de ejecución.	

8.1.2.3. HOLANDA – PROGRAMA NACIONAL DE DEMENCIA (2004-2008)

En el caso de Holanda, a continuación se recogen en una tabla los aspectos más relevantes del plan conocido como "Programa Nacional de Demencia", del 2004-2008.

En los años 2008-2011 se ha redactado el "Plan de Asistencia de Demencia", del que no hay suficiente información, por lo que se estudiarán los datos reflejados en el plan de 2004-2008.

		8.1.2. EXPERIENCIAS EN EUROPA	
		8.1.2.3. HOLANDA	
8.1. ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.		1. TITULO	Programa Nacional de Demencia ("National Dementia Program")
		2. PERIODO CUBIERTO	2004-2008
		3. ESTRUCTURA DEL PLAN	El plan establece 3 MEDIDAS principales, cubriendo 14 áreas problemáticas.
	4. PRIORIDADES / MEDIDAS	1. SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN	
		2. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	
		3. APOYO EN EL HOGAR AL ENFERMO	MEDIDA 2: Provisión de orientación y apoyo suficientes a las personas con demencia y sus cuidadores. AREAS PROBLEMÁTICAS: 1. ¿Qué está pasando y cómo se puede ayudar? 2. Ansioso, enojado y confundido. 3. Solo en la asistencia. 4. Evita contactos. 5. Asistencia física. 6. Peligro. 7. Y también problemas de salud. 8. Pérdidas. 9. Es demasiado para mí. 10. Pierde el control. 11. En los buenos y en los malos momentos. 12. Falta de comunicación con los profesionales de la salud. 13. Resistencia al internamiento en una institución. 14. Control de progreso.
		4. APOYO A CUIDADORES	
		5. ASISTENCIA RESIDENCIAL	
		6. COORDINACION DE LA ASISTENCIA	MEDIDA 1: Creación de una serie coordinada de opciones de asistencia que respondan a las necesidades y los deseos de los clientes. MEDIDA 3: Medición anual de la calidad de asistencia para las personas con demencia.
		7. FORMACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD	
		8. INVESTIGACION	
		9. TECNOLOGIA INNOVADORA	
	5. EJECUCIÓN DEL PLAN	1. RECONOCER ALZHEIMER COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA	Se reconoce la demencia como un problema de salud pública a nivel nacional.
		2. LIDERAZGO A ESCALA NACIONAL	
		3. COMPROMISO DE LAS PERSONAS	Las personas con demencia y sus cuidadores fueron consultados sobre los principales desafíos a los que se enfrentan y las soluciones más adecuadas para superarlos. A partir de las consultas regionales, se identificaron 14 áreas problemáticas, que posteriormente fueron consideradas para la elaboración del plan.
		4. PARTICIPACION DE GRUPOS DE INTERES	
		5. INTRODUCCION DE SISTEMAS DE ASISTENCIA Y ENFOQUE DE GESTION DE CASOS	Se creó un sistema de gestión de casos, en el que se asignaron gestores de casos a las personas con demencia para responder a sus preguntas, satisfacer sus necesidades específicas de asistencia, y orientarles respecto a la información y el asesoramiento.
6. COMPROMISO DE FINANCIACION		2,4 millones de euros.	
7. CONTROL DE PROGRESO		El programa ha sido evaluado a través de encuestas con los representantes regionales de Alzheimer Nederland, así como a través de encuestas sobre los deseos y las necesidades de los familiares cuidadores de personas con demencia.	

8.1.3. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA.

En España no hay Plan Nacional de Demencia, aunque CEAFA (Confederación Andaluza de Federaciones de Familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias) y Sanitas presentaron una propuesta al Parlamento el 30 de octubre del 2013.

8.2. ESCALA INTERMEDIA: EQUIPAMIENTOS Y EDIFICIOS.

En este apartado se estudian algunos equipamientos y edificios relacionados con los enfermos de Alzheimer, como son el Pueblo Hogeweyk en Holanda, y en España el edificio Alzheimer del Estudio Lamela, el Proyecto Villafal de Paracuellos del Jarama y el Proyecto Villafal de Trébgao.

8.2.1. EXPERIENCIAS EN EUROPA.

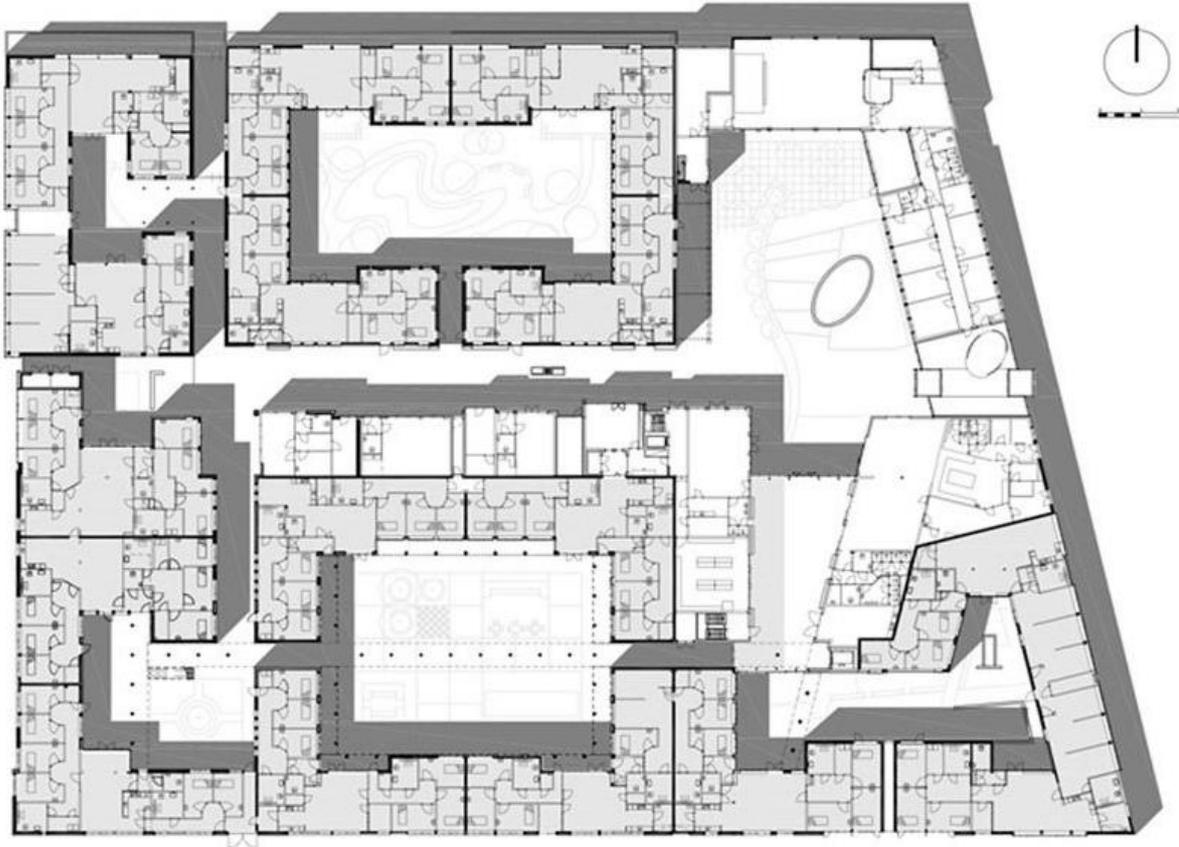
La experiencia europea que se recoge en relación con equipamientos relacionados con el Alzheimer, es el Pueblo Hogeweyk de Holanda.

8.2.1.1. HOLANDA: PUEBLO HOGWEYK

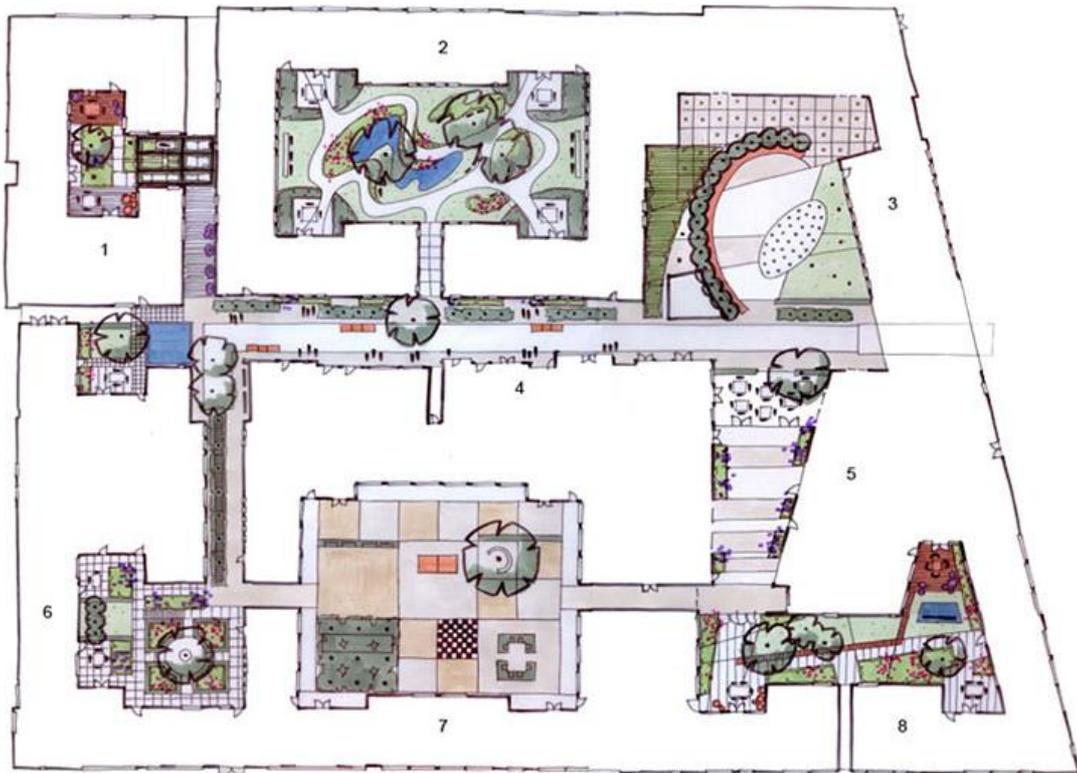
En la tabla que se muestra a continuación aparecen recogidos los datos más relevantes del pueblo Hogeweyk de Holanda, construido exclusivamente para enfermos de Alzheimer.

		8.2.1. EXPERIENCIAS EN EUROPA
		8.2.1.1. HOLANDA _ PUEBLO HOGWEYK
8.2. ESCALA INTERMEDIA: EQUIPAMIENTOS Y EDIFICIOS	1. NOMBRE DEL PROYECTO	"Hogeweyk", cuya traducción al español sería "Villa Demencia"
	2. LOCALIZACIÓN	En Holanda, cerca de la pequeña ciudad de Weesp.
	3. AUTOR DEL PROYECTO	Compañía de arquitectos "Molenaar&Bol&VanDillen"
	4. PROMOTOR	Yvonne van Amerongen.
	5. FECHA DE REALIZACION	Inaugurado en 2009.
	6. MOTIVO DE ELECCIÓN DEL PROYECTO	Se trata de un proyecto pionero: un pueblo diseñado exclusivamente para enfermos de Alzheimer, donde los cuidadores trabajan en las instalaciones del pueblo (restaurantes, enfermeros, etc.)
	7. CONFIGURACIÓN DEL PROYECTO	El interior del perímetro de seguridad es el propio pueblo, que está formado por 23 edificios de viviendas.
	8. SUPERFICIE	-
	9. NÚMERO DE PLAZAS	152 ancianos.
	10. RESIDENCIAL FIJO O TEMPORAL	Residencial fijo.
	11. ALOJAMIENTO PARA FAMILIAS	No.
	12. CENTRO DE DIA	No.
	13. CENTRO DE INVESTIGACION	No.
	14. CENTRO DE FORMACION	No.
	15. EQUIPAMIENTOS	Supermercado, restaurante, bar, teatro, farmacia y parques.
	16. COSTE DEL PROYECTO	19,3 millones de euros, de los cuales 1,5 millones se consiguieron por patrocinadores.
	17. OTRAS CARACTERISTICAS	Los interiores de los apartamentos están decorados con diferentes diseños para recrear el estilo de vida del paciente antes de enfermar. El alojamiento cuesta unos 5.000 euros al mes por residente. El gobierno creó la empresa Vivium para gestionar el proyecto.

PLANTA DE APARTAMENTOS



PLANTA DE ESPACIOS EXTERIORES



EXTERIORES



INTERIORES APARTAMENTOS (Diferentes diseños)



SUPERMERCADO



ZONA DE JUEGOS



TEATRO



RESTAURANTE



JARDIN



8.2.2. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA

Con respecto a las experiencias en España, se estudian diferentes equipamientos y edificios que se han llevado a cabo relacionados con el Alzheimer, como son el Edificio Alzheimer del Estudio Lamela, el Proyecto Villafal de Paracuellos del Jarama y el Proyecto Villafal de Trébrago.

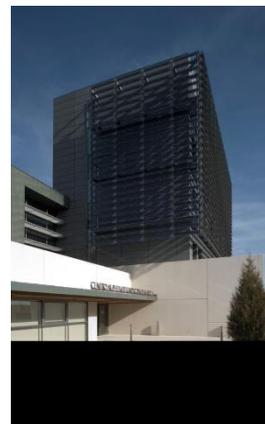
8.2.2.1. EDIFICIO ALZHEIMER ESTUDIO LAMELA

		8.2.2. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA
		8.2.2.1. EDIFICIO ALZHEIMER DEL ESTUDIO LAMELA
8.2. ESCALA INTERMEDIA: EQUIPAMIENTOS Y EDIFICIOS	1. NOMBRE DEL PROYECTO	Edificio Alzheimer de la Fundación Reina Sofía.
	2. LOCALIZACIÓN	Vallecas (Madrid).
	3. AUTOR DEL PROYECTO	Estudio Lamela.
	4. PROMOTOR	Fundación Reina Sofía.
	5. FECHA DE REALIZACION	2002-2007
	6. MOTIVO DE ELECCIÓN DEL PROYECTO	Se trata de una experiencia pionera en España, puesto que se proyecta para investigar la evolución de los enfermos de Alzheimer desde el origen de la enfermedad hasta el final. Además del centro de investigación, el conjunto cuenta con un centro de formación para el personal sanitario y los familiares, y una residencia y centro de día.
	7. CONFIGURACIÓN DEL PROYECTO	Consiste en un proyecto multidisciplinar que alberga una zona pública con: <ul style="list-style-type: none"> - Centro de investigación. - Centro de formación. - Centro de día para 40 enfermos de Alzheimer. - Jardín (como un elemento terapéutico más). Y una zona privada formada por: <ul style="list-style-type: none"> - Conjunto residencial: que contiene 9 unidades de convivencia (6 unidades tipo y 3 de cuidados intensivos), con 144 habitaciones y con una capacidad máxima para 156 residentes.
	8. SUPERFICIE	14.000 metros cuadrados (12.910m ² construidos, de los cuales el centro de investigación ocupa 1.695 m ²).
	9. NÚMERO DE PLAZAS	156 residentes (hay 144 habitaciones).
	10. RESIDENCIAL FIJO O TEMPORAL	Residencial fijo.
	11. ALOJAMIENTO PARA FAMILIAS	No.
	12. CENTRO DE DIA	Sí, con capacidad para 40 personas.
	13. CENTRO DE INVESTIGACION	Sí, para investigar la evolución de los pacientes que residen en el centro, desde el origen de la enfermedad hasta el final.
	14. CENTRO DE FORMACION	Sí, para el personal sanitario y los familiares.
	15. EQUIPAMIENTOS	Comedores, despachos y oficinas, jardines como espacios de reunión con los familiares y zonas de juego para todas las edades.
	16. COSTE DEL PROYECTO	18 millones de euros.
	17. OTRAS CARACTERISTICAS	Objetivos para el diseño: conjunto integrador (Alzheimer desde punto de vista global), funcional, familiar, equilibrado, participativo (diseño ha integrado a arquitectos, ingenieros, paisajistas, médicos, personal sanitario, asistentes sociales y asociaciones de enfermos de Alzheimer) y con un diseño sostenible.

VOLUMETRIA EXTERIOR



CONFIGURACIÓN INTERIOR



8.2.2.2. PROYECTO VILLAFAL. PARACUELLOS DEL JARAMA (MANUEL DEL RIO)

Este Proyecto Villafal recibe el mismo nombre que el del apartado 8.2.2.3, pero se diferencian en que el del presente apartado está construido en Paracuellos del Jarama, mientras que el del apartado 8.2.2.3. se diseñó para el municipio de Trébugo, y no se llegó a construir.

		8.2.2. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA
		8.2.2.2. PROYECTO VILLAFAL PARACUELLOS DEL JARAMA (MANUEL DEL RIO)
8.2. ESCALA INTERMEDIA: EQUIPAMIENTOS Y EDIFICIOS	1. NOMBRE DEL PROYECTO	Proyecto Villafal.
	2. LOCALIZACIÓN	Paracuellos del Jarama (Madrid).
	3. AUTOR DEL PROYECTO	Manuel del Río.
	4. PROMOTOR	AFAL Futuro (Asociación de Familiares AFAL contigo), junto a la Fundación Reina Sofía.
	5. FECHA DE REALIZACION	2002-2007
	6. MOTIVO DE ELECCIÓN DEL PROYECTO	<p>Consiste en la primera residencia que propone un programa de convivencia entre familiares y enfermos de Alzheimer.</p> <p>Cuenta con un método propio de atención al paciente IPA o intervención en paralelo, focalizado en el binomio paciente-cuidador.</p>
	7. CONFIGURACIÓN DEL PROYECTO	<p>Se trata de un proyecto que acoge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centro de convivencia para familiares de los enfermos (58 plazas): formado por 26 habitaciones dobles, con sofá cama para un tercer acompañante. Y cada habitación tiene un pequeño jardín individual adosado. - Residencia para enfermos de Alzheimer (92 plazas). - Centro de convenciones.
	8. SUPERFICIE	12.000 metros cuadrados.
	9. NÚMERO DE PLAZAS	92 plazas para residentes y 58 plazas para los familiares (estancias cortas).
	10. RESIDENCIAL FIJO O TEMPORAL	Residencial fijo para enfermos y temporal para familiares.
	11. ALOJAMIENTO PARA FAMILIAS	Sí, convivencia con las familias, que pueden alojarse con los enfermos.
	12. CENTRO DE DIA	No.
	13. CENTRO DE INVESTIGACION	Sí, con unidades especializadas para el tratamiento de los afectados.
	14. CENTRO DE FORMACION	Sí, de forma que los especialistas procuran un cuidado integral tanto a los pacientes como a los familiares.
	15. EQUIPAMIENTOS	Comedores, restaurante, spa, hidroterapia, gimnasio, centro de convenciones, jardines, huerto, área de cuidados paliativos, alteraciones de conducta y salas de estimulación, y tanatorio.
	16. COSTE DEL PROYECTO	11.757.000 euros.
	17. OTRAS CARACTERISTICAS	<p>El centro dispone de habitaciones especiales para pacientes con grave riesgo de caídas (son habitaciones que cuentan con un software propio de gestión y control de caídas que puede ser consultado en todo momento por los familiares de los residentes).</p> <p>Los residentes pueden interactuar con el pueblo, y los habitantes del mismo disfrutar de los jardines y el restaurante del complejo.</p> <p>Hay gran adaptabilidad del entorno al paciente, pudiendo los familiares junto al residente elegir los horarios de comidas y tareas a realizar.</p> <p>Un 15% de las plazas están reservadas a vecinos de Paracuellos del Jarama.</p>

EXTERIORES



ZONAS COMUNES INTERIORES



HABITACIONES



PISCINA



HUERTO



SPA

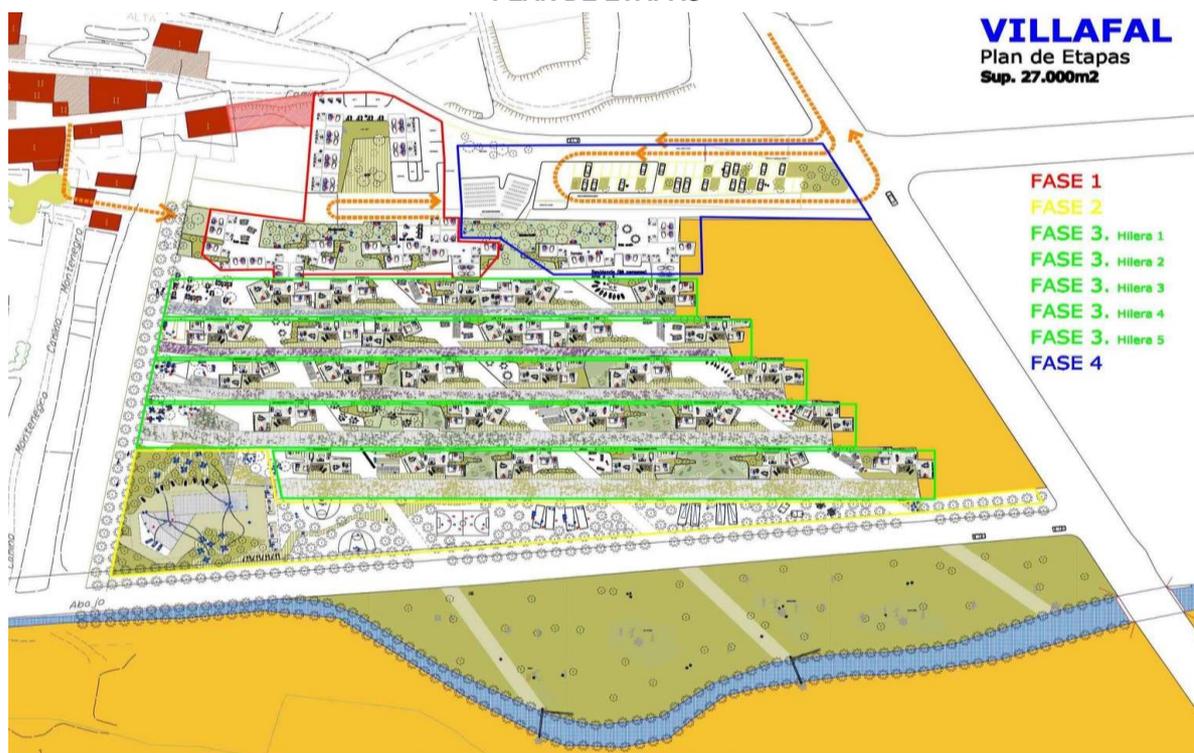


8.2.2.3. PROYECTO VILLAFAL. TRÉBAGO.

Aunque este Proyecto Villafal de Trébago, no se ha llegado a construir, se considerado oportuno recogerlo en este estudio puesto que plantea un alojamiento para estancias temporales del enfermo de Alzheimer y un acompañante, de forma que permitiría a los enfermos pasar periodos de vacaciones en familia.

8.2. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA	
8.2.2.3. PROYECTO VILLAFAL TRÉBAGO	
1. NOMBRE DEL PROYECTO	Proyecto Villafal Trébago.
2. LOCALIZACIÓN	Trébago (Soria): es un municipio de 20 km ² de superficie y unos de 55 habitantes.
3. AUTOR DEL PROYECTO	Javier Sánchez Merina.
4. PROMOTOR	AFAL Futuro (Asociación de Familiares AFAL contigo).
5. FECHA DE REALIZACION	NO SE HA CONSTRUIDO, por falta de financiación.
6. MOTIVO DE ELECCIÓN DEL PROYECTO	Se trata de un complejo que incluye tanto alojamiento residencial temporal para enfermos de Alzheimer y su cuidador (residencia rural vacacional), como un pequeño hotel rural en el que pueden alojarse familiares de los enfermos, además de la residencia para estancias fijas de los enfermos. Se lleva a cabo una "arquitectura gradiente", con una configuración de las viviendas adaptable al deterioro progresivo del paciente (en principio utilizará toda la vivienda, y finalmente terminará en el dormitorio debido al deterioro cognitivo).
7. CONFIGURACIÓN DEL PROYECTO	Las fases de desarrollo del proyecto que se proponen son las siguientes: FASE 0: Elaboración del plan de viabilidad del proyecto y la memoria técnica. FASE 1: con 2.500 m ² de superficie para las siguientes construcciones: <ul style="list-style-type: none"> - Residencia de Alzheimer para estancias fijas (22 plazas): compuesta por 11 habitaciones dobles. - Residencia para estancias temporales (vacacional), (36 plazas): compuesta por 18 habitaciones dobles. - Instalaciones: Cocinas, comedor, lavandería, almacén, zona administrativa, zona de formación, estancias de terapia, patio, salas comunes y salas de deambulacion. FASE 2: con 2.290 m ² de superficie para las siguientes construcciones: <ul style="list-style-type: none"> - Instalaciones: piscina cubierta, playa artificial, vestuarios, terraza, jardinería y pistas deportivas. FASE 3: con 2.290 m ² de superficie para cada una de las seis subfases (hilera de apartamentos). La subfase tipo (hilera) tendrá las siguientes construcciones: <ul style="list-style-type: none"> - 6 apartamentos de 60 m² cada uno, con cocina, baño, dormitorio doble, salón y solana. - Instalaciones: zonas comunes de uso terapéutico, paseo psicomotor. FASE 4: con 1.800 m ² de superficie para las siguientes construcciones: <ul style="list-style-type: none"> - Ampliación de la residencia de Alzheimer para estancias fijas (sumarian 18 plazas más), con nueve habitaciones dobles. - Instalaciones: salón de actos y aparcamiento.
8. SUPERFICIE	Parcela de 25.000 metros cuadrados.
9. NÚMERO DE PLAZAS	40 plazas para estancias fijas y 36 plazas para residencial temporal (estancias cortas)
10. RESIDENCIAL FIJO O TEMPORAL	Residencial (fijo para enfermos) y temporal (para enfermos y su cuidador, o para familiares).
11. ALOJAMIENTO PARA FAMILIAS	Sí, convivencia con un cuidador, en estudios de dos personas para estancias temporales.
12. CENTRO DE DIA	No.
13. CENTRO DE INVESTIGACION	No.
14. CENTRO DE FORMACION	Sí.
15. EQUIPAMIENTOS	El complejo final (tras las cuatro fases), constaría de los siguientes equipamientos: Cocina, comedor, lavandería, almacén, zona administrativa, zona de formación, estancias de terapia, patio, salas comunes, salas de deambulacion, piscina cubierta, playa artificial, vestuarios, terraza, jardinería, gimnasio, pistas deportivas, paseo psicomotor, zonas comunes de uso terapéutico, salón de actos, aparcamiento, mirador, establo de caballos, parque infantil, área de estimulación cognitiva, huerto (para agroterapia), sala de música, sala de baile, sala de cine.
16. COSTE DEL PROYECTO	No hay datos.
17. OTRAS CARACTERISTICAS	Se establece una "arquitectura gradiente", en función del GDS (escala de deterioro global) del paciente. Hay desde una zona de GDS 3 en la que el paciente se vale por sí mismo, hasta una zona GDS 7, donde el enfermo está al cuidado permanente de un especialista. El panadero reparte todos los días el pan en el complejo, como una actividad cotidiana. Los límites de la parcela los constituyen distintos campos de trigo.

PLAN DE ETAPAS



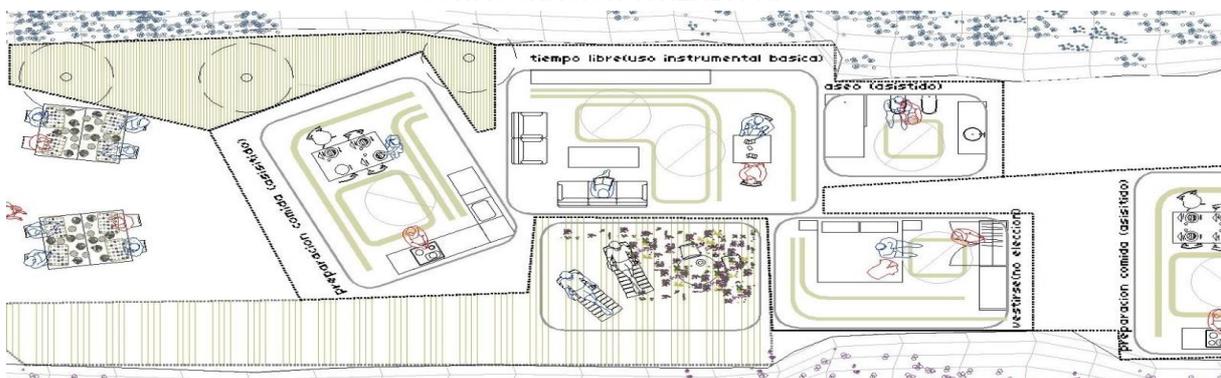
VILLAFAL
Plan de Etapas
Sup. 27.000m²

- FASE 1
- FASE 2
- FASE 3, Hilera 1
- FASE 3, Hilera 2
- FASE 3, Hilera 3
- FASE 3, Hilera 4
- FASE 3, Hilera 5
- FASE 4

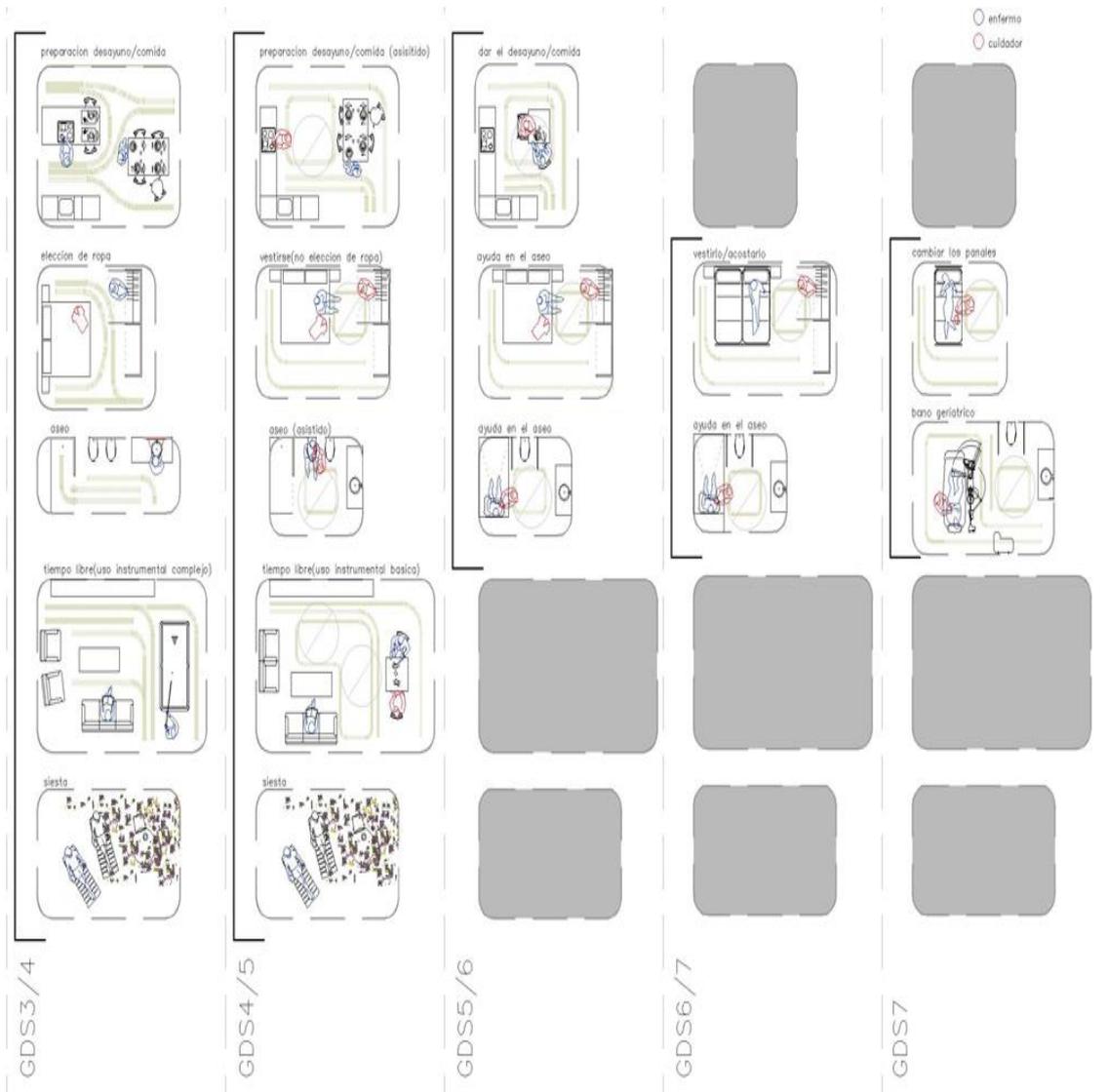
ZONAS COMUNES EXTERIORES



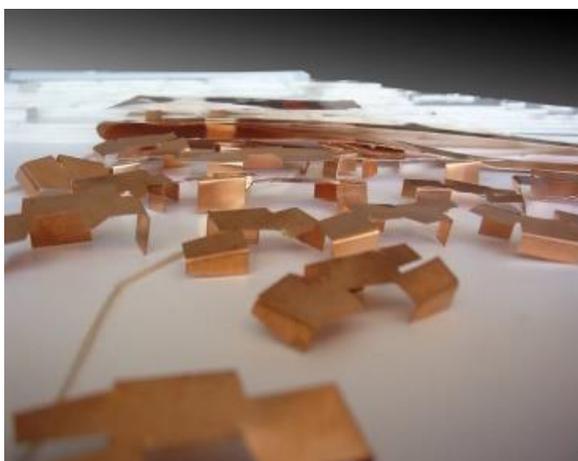
CONFIGURACIÓN VIVIENDA TIPO



ESQUEMAS DE APARTAMENTOS EN FUNCIÓN DE LA ESCALA DE DETERIORO GLOBAL



MAQUETA DEL CONJUNTO



ESPACIOS COMUNES



8.3. ESCALA DOMÉSTICA: VIVIENDA PARA EL ENFERMO Y SU CUIDADOR.

En este apartado se analizan algunas intervenciones en el espacio doméstico de los pacientes y sus cuidadores, así como diferentes criterios de diseño de las viviendas para este colectivo.

8.3.1. EXPERIENCIAS EN EUROPA.

Con respecto a las experiencias en Europa, se estudian en primer lugar el "Informe HAPPI 2012" de Reino Unido, y en segundo lugar las investigaciones llevadas a cabo por Mary Marshall y "DSDC. The Dementia Centre", también en Reino Unido.

8.3.1.1. REINO UNIDO: "INFORME HAPPI 2012"

A continuación se describen las características más importantes del "Informe HAPPI de 2012", titulado "La vivienda de nuestro envejecimiento de la población", en el que se establecen pautas para el diseño de viviendas que tienen en cuenta el envejecimiento de la población.

Anteriormente se redactó el Informe HAPPI de 2009, de la "Vivienda de nuestro panel de envejecimiento de la población para la Innovación", que contiene estudio de diseño de viviendas en general para el envejecimiento de la población.

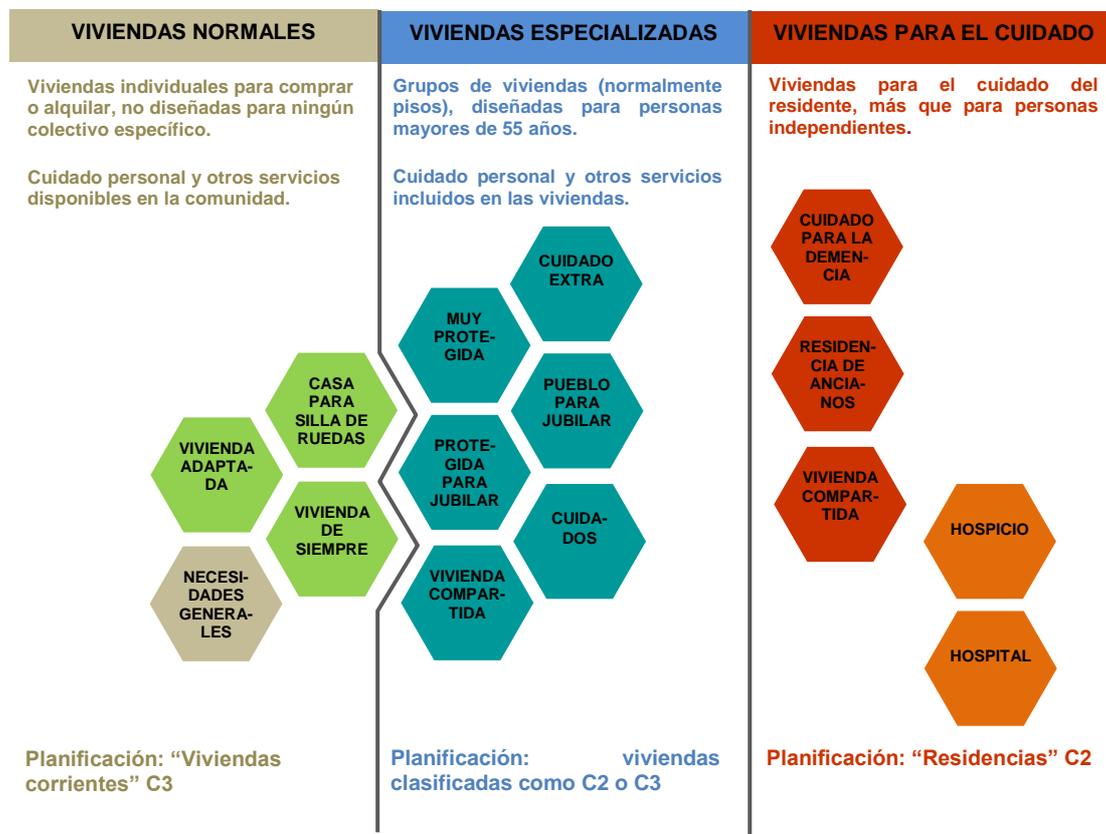
Posteriormente se ha publicado el Informe HAPPI de 2015 "Hacer la vida del jubilado una elección positiva", en el que se buscan ejemplos que mejoren el funcionamiento de las propiedades de jubilación.

En cuanto al Informe HAPPI de 2012, que será el estudiado con más detalle por ser el más novedoso y completo, fue escrito por Jeremy Porteus (secretario del Grupo Parlamentario de todos los partidos, APPG, sobre vivienda y Atención a las Personas Mayores). Dicho informe es el resultado de una investigación de cinco meses sobre el progreso en la aplicación de las recomendaciones y criterios de diseño establecidos en el informe de referencia HAPPI de 2009.

Con estas medidas planteadas en el Informe HAPPI 2012 se pretende reducir los costes de atención sanitaria y social, al habitar los mayores en viviendas adaptadas a sus necesidades, además de crear nuevas opciones de viviendas adaptadas a las diferentes edades de la población.

8.3.1. EXPERIENCIAS EN EUROPA		
8.3.1.1. REINO UNIDO _ INFORME HAPPI 2012		
8.3. ESCALA DOMÉSTICA: VIVIENDA PARA EL ENFERMO Y SU CUIDADOR	1. NOMBRE	Informe HAPPI 2012: "La vivienda de nuestro envejecimiento de la población"
	2. MOTIVO DE ELECCIÓN	Establece criterio de diseño de viviendas que tienen en cuenta el envejecimiento de la población.
	3. ELEMENTOS MÁS RELEVANTES	<p>El Informe HAPPI 2012 establece 10 criterios clave de diseño para las viviendas adaptadas a personas mayores, que vayan satisfaciendo las necesidades de sus ocupantes a medida que van envejeciendo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El espacio y la flexibilidad. 2. Luz del día en el hogar y en los espacios compartidos. 3. Los balcones y el espacio al aire libre. 4. Adaptabilidad del diseño. 5. Uso positivo de espacios de circulación. 6. Facilidades de convivencia. 7. Plantas, árboles y el medio ambiente natural. 8. Energía, eficiencia y diseño sostenible. 9. Almacenamiento para bicicletas. 10. Superficies exteriores compartidas.

Finalmente se muestra un esquema de distintos tipos de viviendas que se proponen en el Informe HAPPI 2012 en función de la edad y la situación de los habitantes de las mismas.



8.3.1.2. REINO UNIDO: MARY MARSHALL Y "DSDC. THE DEMENTIA CENTRE"

En este apartado destaca la labor de investigación en el tema del Alzheimer (principalmente doméstico), llevada a cabo en Reino Unido por Mary Marshall, profesora de la Universidad de Stirling, y directora del "DSDC. The Dementia Centre".

8.3.1. EXPERIENCIAS EN EUROPA		
8.3.1.2. REINO UNIDO: MARY MARSHALL Y "DSDC. THE DEMENTIA CENTRE"		
8.3. ESCALA DOMÉSTICA: VIVIENDA PARA EL ENFERMO Y SU CUIDADOR	1. NOMBRE	Mary Marshall, profesora de la Universidad de Stirling y directora del "DSDC. The Dementia Centre".
	2. MOTIVO DE ELECCIÓN	Mary Marshall destaca por la investigación que ha llevado a cabo durante más de treinta años en relación con personas mayores y con demencia, y principalmente por su aportación en cuanto al diseño de espacios para usuarios con demencia.
	3. ELEMENTOS MÁS RELEVANTES	<p>La profesora Mary Marshall establece, entre otros, los siguientes criterios de diseño para personas con demencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Flexibilidad y adaptabilidad en función de las necesidades cambiantes de los pacientes. 2. Habitaciones y espacios adyacentes: baño accesible, dormitorio con baño, zonas de servicio separadas. 3. Visibilidad y permeabilidad: configuración abierta de los espacios 4. Vivienda familiar para los enfermos: escala doméstica. 5. Privacidad versus interacción social: transición entre lo público y lo privado, con la puerta principal de acceso diferenciada por el color. 6. Mejora sensorial de los espacios, con buena iluminación y nomenclatura en los accesos a las estancias. 7. Importancia de favorecer la actividad y el ejercicio. 8. Edificios con acceso público y servicios para personas mayores. <p>También es la directora del "DSDC. The Dementia Centre", en el que se investiga cómo mejorar la calidad de vida de estos enfermos, estableciendo criterios de diseño para las viviendas en función de una serie de variables: color y contraste, iluminación, instalaciones fijas, cocinas, baños, accesos y espacios al aire libre.</p>

8.3.2. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA.

En este apartado se reflejan algunas experiencias relacionadas con el espacio doméstico, como son y los enfermos de Alzheimer, como son la publicación "El espacio y el tiempo en la enfermedad de Alzheimer", el "Manual de Buenas Prácticas de la Caixa", y la adaptación de viviendas para enfermos de Alzheimer y sus cuidadores).

8.3.2.1. PUBLICACIÓN: "EL ESPACIO Y EL TIEMPO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER"

		8.3.2. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA
		8.3.2.1. PUBLICACIÓN "EL ESPACIO Y EL TIEMPO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER"
8.3. ESCALA DOMÉSTICA: VIVIENDA PARA EL ENFERMO Y SU CUIDADOR	1. NOMBRE	Publicación "El espacio y el tiempo en la enfermedad de Alzheimer. Guía de implantación"
	2. MOTIVO DE ELECCIÓN	Esta publicación aborda las necesidades de las personas con Alzheimer desde un punto de vista práctico y aplicado, convirtiéndose en una herramienta fundamental para el diseño de espacios, y por lo tanto, de las viviendas de los enfermos y sus familiares.
	3. ELEMENTOS MÁS RELEVANTES	<p>El documento se divide en tres apartados principales:</p> <p>1. EL ESPACIO Y EL TIEMPO. UNA VISIÓN DE LOS ARQUITECTOS. Se establecen las condiciones básicas de diseño de edificios que favorecen la calidad de vida de los enfermos, familiares y cuidadores. Se habla de arquitectura terapéutica, como una herramienta al servicio del enfermo y su familia o cuidador, y se consideran tres niveles de intervención en las viviendas de los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguridad: donde las medidas evolucionan junto a las necesidades del enfermo. - Accesibilidad: para los enfermos a los distintos lugares de la vivienda. - Personalización: para que el enfermo sienta que tiene su lugar y pertenece a un entorno. <p>2. COORDENADAS ESPACIO-TEMPORALES: El puzle del Alzheimer. Se aborda el Alzheimer desde diferentes perspectivas (la de los familiares y la de los profesionales que asisten a los enfermos), y se establecen criterios de diseño concretos para que el enfermo pueda mantener la autonomía en el hogar, en el centro de día o residencia, en los espacios exteriores o en la comunidad. En este apartado reflejaré las medidas relacionadas con la vivienda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • MANTENIENDO LA AUTONOMÍA: EL HOGAR PARA LA PERSONA CON ALZHEIMER. Se establecen medidas a tener en cuenta en las viviendas: <ul style="list-style-type: none"> - Baño: Es preferible que esté próximo al dormitorio y que tenga la temperatura controlada y suelo antideslizante, de secado rápido. Se recomienda un plato de ducha en vez de bañera. Debe ser claro, espacioso y con un mobiliario funcional. También debe disponer de barras inclinadas a los lados del inodoro. - Cocina: La prioridad es evitar las quemaduras e inundaciones. Lo mejor es tener a la vista únicamente los objetos que vaya a utilizar, con ayudas visuales para encontrarlos. El mobiliario debe ser funcional, estar a una altura adecuada y tener un sistema de cierre. - Salón: Se recomienda que no haya cables por el suelo o alfombras que causen tropiezos. Los muebles no deben tener aristas y hay que evitar los objetos de cristal. Es fundamental que las sillas sean estables y que tengan respaldo y apoyabrazos. - Dormitorio: Se aconsejan los colores claros y una buena iluminación natural. Es preferible una cama regulable en altura y articulada, con asideros en el lado por el que se levanta el paciente. También se recomienda el uso de luces de seguimiento nocturno. - Escaleras: En las fases avanzadas de la enfermedad, se recomiendan portezuelas que bloqueen el acceso a las escaleras, que deben tener pasamanos a ambos lados con un color que contraste con la pared y una tira antideslizante de color, que ayudará a percibir la dimensión del escalón. - Pasillos: Deben mantenerse libres de obstáculos y con buena iluminación. Se sugieren indicadores visuales y la instalación de pasamanos, especialmente para los enfermos que no pueden salir mucho de casa y que necesitan dar pequeños paseos. - Ventanas y balcones: Deben tener un sistema de seguridad que no impida una apertura fácil en caso de emergencia. Los balcones deben mantenerse libres de macetas y objetos. <p>La guía también ofrece otras sugerencias generales: tener suelo térmico, ubicar en las estancias las cosas absolutamente imprescindibles, sin recargas los espacios, aprovechar al máximo la luz solar, aislar acústicamente el domicilio, evitar los reflejos en las superficies y asegurar los objetos peligrosos. Además, utilizar carteles o ayudas visuales en las puertas y muebles para mejorar la orientación e identificación del mobiliario y elegir colores que contrasten, pero sin perjudicar la armonía en el entorno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • MANTENIENDO LA AUTONOMÍA: EL CENTRO DE DÍA O RESIDENCIA. • MANTENIENDO LA AUTONOMÍA: ESPACIOS EXTERIORES ADAPTADOS A LA PERSONA CON ALZHEIMER • MANTENIENDO LA AUTONOMÍA: ACCESO A LA COMUNIDAD Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER <p>3. ESPACIO Y TIEMPO EN LA COMUNIDAD. Se aborda el marco teórico básico de cualquier diseño destinado a enfermos de Alzheimer.</p>

8.3.2.2. MANUAL DE BUENAS PRACTICAS DE LA CAIXA

		8.3.2. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA
		8.3.2.2. MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE LA CAIXA
8.3. ESCALA DOMÉSTICA: VIVIENDA PARA EL ENFERMO Y SU CUIDADOR	1. NOMBRE	<p>MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE LA CAIXA.</p> <p>Está formado por una serie de cuadernos prácticos sobre el Alzheimer, que la Fundación Obra Social "La Caixa" pone a disposición de todos los usuarios. Están dedicados al cuidado de pacientes con esta enfermedad.</p> <p>En concreto, estudiaré las buenas prácticas que se muestran en el LIBRO 3, relacionadas con criterios de diseño para las viviendas.</p>
	2. MOTIVO DE ELECCIÓN	<p>El motivo de la elección de estos libros de buenas prácticas es que facilitan información sobre el cuidado de los enfermos de Alzheimer, además de criterios de diseño para las viviendas de los mismos (reflejados en el LIBRO 3).</p>
	3. ELEMENTOS MÁS RELEVANTES	<p>El título de los libros que facilita La Caixa se recoge a continuación. En este caso incluiré información simplemente sobre el Libro 3, puesto que es el que hace referencia a criterios de diseño del espacio doméstico del enfermo de Alzheimer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - LIBRO 1: "DEL DIAGNÓSTICO A LA TERAPIA. CONCEPTOS Y HECHOS". - LIBRO 2: "LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y DEL COMPORTAMIENTO". - LIBRO 3: "MANTENER LA AUTONOMÍA EN ENFERMOS DE ALZHEIMER". <p>En este libro se recogen numerosos consejos prácticos que facilitan que el enfermo mantenga su autonomía. En primer lugar se centran en la vivienda, refiriéndose sobre todo a su adaptación para hacer el entorno más agradable y evitar situaciones de peligro. En segundo lugar se analizan las dificultades que surgen a la hora de realizar las actividades cotidianas (como vestirse, lavarse, alimentarse o descansar), y por último se presta atención a otras actividades y actitudes como moverse, mantenerse ocupado o divertirse, de manera que permitan a los enfermos mantenerse activos.</p> <p>En cuanto a los criterios de diseño de las viviendas, se establece que es el ambiente el que debe adaptarse a las capacidades de los enfermos, y no al contrario. Por este motivo se recomienda que sea un ambiente sencillo, estable, rutinario, estimulante, familiar y con identidad propia. También debe ser una vivienda sin obstáculos (lugares poco iluminados, con muebles que no tengan aristas peligrosas y sin alfombras), en el que no estén a la vista productos peligrosos u objetos pequeños.</p> <p>Además se establecen pautas para los lugares de la casa en los que se debe prestar mayor atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baño: con todo en el mismo lugar, grifos con dos salidas, asideros de colores para entrar y salir de la bañera, con iluminación permanente, y con protecciones en los enchufes. • Cocina: evitar si es posible la cocina de gas, regular el calentador de agua a temperatura baja, y guardar los objetos peligrosos bajo llave. • Escaleras: bien iluminadas, con pasamanos a ambos lados, y conveniente poner una portezuela que la bloquee. • Terrazas, balcones, ventanas y puertas: se recomienda eliminar los pestillos de las puertas, no dejar macetas ni sillas en las azoteas o balcones en las que se puedan subir. • Pasillo: libre de obstáculos. • Otros lugares: coche se recomienda dejarlo cerrado, y vigilar las piscinas si las hay. <ul style="list-style-type: none"> - LIBRO 4: "INTERVENCIÓN COGNITIVA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. FUNDAMENTOS Y PRINCIPIOS GENERALES". - LIBRO 5: "INTERVENCIÓN COGNITIVA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. MANUAL DE ACTIVIDADES". - LIBRO 6: "EL LIBRO DE LA MEMORIA. HISTORIA DE LA VIDA" - "ACTIVEMOS LA MENTE. ACTUALIZACIÓN 2005". - "CUADERNO DE REPASO. EJERCICIOS PRÁCTICOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER EN FASE MODERADA". - "EL LIBRO DE LA MEMORIA".

8.3.2.3. ADAPTACION DE LAS VIVIENDAS PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER Y SUS CUIDADORES

		8.3.2. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA
		8.3.2.3. ADAPTACIÓN DE LAS VIVIENDAS A ENFERMOS DE ALZHEIMER Y SUS CUIDADORES
8.3. ESCALA DOMÉSTICA: VIVIENDA PARA EL ENFERMO Y SU CUIDADOR	1. NOMBRE	ADAPTACIÓN DE LAS VIVIENDAS A ENFERMOS DE ALZHEIMER Y SUS CUIDADORES.
	2. MOTIVO DE ELECCIÓN	En este apartado recojo una serie de medidas para adaptar las viviendas a enfermos de Alzheimer y sus cuidadores que se plantean en la "Fundación Alzheimer España"
	3. ELEMENTOS MÁS RELEVANTES	<p>La Fundación Alzheimer España establece que se pueden realizar diferentes adaptaciones o modificaciones en la vivienda del enfermo de Alzheimer, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y aumentar la seguridad de la vivienda.</p> <p>Estas medidas dependerán de las características de la vivienda y del grado de pérdida de autonomía y del tipo de incapacidad de quien la habita. En general, se pueden considerar las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baño: los pavimentos plásticos antideslizantes son los más recomendables y resultan menos fríos y resbaladizos. Se debe colocar una alfombrilla antideslizante en la bañera para evitar caídas. Es más recomendable una ducha que una bañera por razones de accesibilidad. Si se colocan barras asideras, lo conveniente es que sean de un color que contraste con la pared. Se recomienda eliminar el pestillo del baño. - Cocina: las adaptaciones deben permitir que el enfermo siga utilizando la cocina. Entre ellas se puede mencionar que el fregadero no sea demasiado profundo, los estantes a una altura adecuada, los vasos y platos de plástico o materiales no rompibles, y los utensilios peligrosos fuera de la vista y del alcance. Son preferibles las cocinas eléctricas a las de gas. Una mesa pequeña y con ruedas permite transportar sin riesgo los platos calientes y los más pesados. El suelo interesa que sea antideslizante. - Salón: los muebles es recomendable que no tengan aristas peligrosas, o que se cubran las mismas. - Dormitorio: en la medida de lo posible, para poder moverse alrededor de la cama, hay que evitar colocar uno de sus laterales junto a la pared. El interruptor de la luz, el teléfono o la telealarma deben ser de fácil acceso desde la cama. La lámpara de la mesilla lo más estable posible en el caso de que la hubiese. La alfombrilla de pie de cama ha de estar fijada al suelo con adhesivo, aunque lo más eficaz es suprimirla. - Mobiliario: se recomienda que en las zonas de paso no haya muebles, cables u objetos que dificulten la movilidad. - Suelos: lo ideal es que sean lisos, antideslizantes y sin elementos que sobresalgan, procurando eliminar las alfombras, y también señalar los peldaños en el caso de que los haya. - Instalación eléctrica: conviene asegurar los enchufes, y situar interruptores en lugares estratégicos, como al principio y final de las escaleras y del pasillo, o en la cabecera de la cama.

9. RESULTADOS

Tras haber analizado en el apartado anterior las distintas experiencias internacionales, europeas y españolas que relacionan la arquitectura y el Alzheimer, en este apartado se elabora una tabla comparativa para cada una de las escalas de intervención estudiadas:

1. ESCALA URBANÍSTICA: Planificaciones Nacionales.
2. ESCALA INTERMEDIA: Equipamientos y edificios relacionados con los enfermos de Alzheimer.
3. ESCALA DOMÉSTICA: Viviendas para el enfermo y su cuidador.

También se incluye una tabla en la que se recogen los distintos organismos y asociaciones de España que se han estudiado en el apartado 4 de este proyecto (Antecedentes), puesto que de esta forma se puede tener una idea global de los mecanismos que están a la mano de los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores en España.

		8.1.1. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES			8.1.2. EXPERIENCIAS EN EUROPA			8.1.3. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA
		8.1.1.1. EEUU	8.1.1.2. AUSTRALIA	8.1.1.3. COREA DEL SUR	8.1.2.1. REINO UNIDO	8.1.2.2. FRANCIA	8.1.2.3. HOLANDA	8.1.3.1. AUSENCIA DE PLAN NACIONAL DE DEMENCIA
8.1. ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.	4. PRIORIDADES / MEDIDAS	1. TITULO	Plan nacional para afrontar la enfermedad de Alzheimer ("National Plan to address Alzheimer's Disease")	Marco nacional de acción sobre la demencia ("National Framework for Action on Dementia")	Guerra contra la demencia ("War on Dementia")	"Mejora de la asistencia para las personas con demencia" ("Improving care for people with dementia")	Plan Nacional Francés ("French National Plan")	Programa Nacional de Demencia ("National Dementia Program")
		2. PERIODO CUBIERTO	2012-2015	2006-2010. Actualmente se está desarrollando un nuevo Marco nacional de acción sobre la demencia 2013-2017.	2008-2013. La ejecución se realizó en dos fases: 2008-2010 y 2011-2013.	2013-2015	2008-2013	2004-2008
		3. ESTRUCTURA DEL PLAN	El plan se centra en 5 OBJETIVOS, para cada uno de los cuales se definen un conjunto de estrategias.	El Marco contiene 5 ÁREAS DE PRIORIDAD para la acción e identifica un conjunto de resultados que se deben alcanzar en cada una de ellas:	El plan se centra en 3 PRIORIDADES. Las dos primeras prioridades se desarrollan en la primera fase, mientras que la tercera prioridad se ejecuta en la segunda fase.	El plan se centra en CUATRO PRIORIDADES, para cada una de las cuales se definen una serie de medidas.	El plan detalla 44 medidas que deben desarrollarse con arreglo a 11 OBJETIVOS, los cuales se distribuyen en tres bloques.	El plan establece 3 MEDIDAS principales, cubriendo 14 áreas problemáticas.
		1. SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN	<p>OBJETIVO 4. Mejorar la sensibilización pública y la participación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Estrategia 4.A: Formar al público sobre la enfermedad de Alzheimer. Estrategia 4.B: Trabajar con gobiernos estatales, regionales y locales para mejorar la coordinación e identificar iniciativas modelo para la promoción de la sensibilización de la enfermedad de Alzheimer y la preparación en el Gobierno. Estrategia 4.C: Coordinar los esfuerzos de Estados Unidos con los de la comunidad global. 	<p>ÁREA DE PRIORIDAD 2: Acceso equitativo a la información sobre la demencia, apoyo y asistencia para las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares, independientemente de su ubicación o antecedentes culturales.</p> <p>RESULTADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Todas las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares deben ser capaces de obtener servicios de calidad que se adapten a sus necesidades, cuando los necesiten, independientemente de la residencia, el estado de salud, la edad, los antecedentes culturales o las circunstancias económicas y sociales. <p>ÁREA DE PRIORIDAD 3: Información y formación basada en evidencias, precisa y proporcionada de una manera puntual y significativa.</p> <p>RESULTADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares pueden acceder fácilmente a información, formación y servicios de apoyo. La comunidad tiene consciencia y conocimiento de la demencia y de la forma de ayudar a las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares. El intercambio de información entre jurisdicciones es eficaz. 		<p>PRIORIDAD 3: Comunidades favorables para las personas con demencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Aumentar la sensibilización y trabajar con organizaciones diferentes para crear comunidades amigables para las personas con demencia. 	<p>BLOQUE 3: Movilización en torno a una cuestión social.</p> <ul style="list-style-type: none"> OBJETIVO 9. Proporcionar información para la sensibilización pública general. OBJETIVO 10. Promover consideraciones éticas y un enfoque ético. OBJETIVO 11. Hacer de la enfermedad de Alzheimer una prioridad europea. 	
2. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	<p>OBJETIVO 1. Prevenir y tratar eficazmente la enfermedad de Alzheimer para 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1.A: Identificar prioridades de investigación. Estrategia 1.B: Ampliar la investigación para prevenir y tratar el Alzheimer. Estrategia 1.C: Acelerar los esfuerzos para identificar las etapas tempranas. Estrategia 1.D: Coordinar la investigación con entidades públicas y privadas Internacionales. Estrategia 1.E: Facilitar la traducción de los resultados en la práctica médica. 		<p>PRIORIDAD 1: Reducir el tiempo de espera para el tratamiento de la enfermedad mediante el diagnóstico precoz.</p>	<p>PRIORIDAD 1: Aumento de las tasas de diagnóstico.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asegurarse de que los médicos ofrecen a las personas de 65 a 74 años información acerca de los servicios de memoria como parte del programa de control de salud del Servicio Nacional de Salud, y las derivan a evaluación si lo necesitan. Dotar de 1 millón de libras a proyectos innovadores del Servicio Nacional de Salud con el fin de aumentar las tasas de diagnóstico a través del premio "Innovation Challenge Prize for Dementia". Lanzar un nuevo conjunto de herramientas para ayudar a los médicos a ofrecer un mejor apoyo. 				
3. APOYO EN EL HOGAR AL ENFERMO	<p>OBJETIVO 3. Ampliar el apoyo a las personas con Alzheimer y sus familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> Estrategia 3.A: Garantizar la recepción de formación, capacitación y materiales de Apoyo. Estrategia 3.B: Permitir que los familiares cuidadores sigan prestando asistencia, a la vez que cuidan de su propia salud y bienestar. Estrategia 3.C: Ayudar a las familias en la planificación de las necesidades futuras de Asistencia. Estrategia 3.D: Mantener la dignidad, la seguridad y los derechos de las personas con Alzheimer. Estrategia 3.E: Evaluar y atender las necesidades de vivienda de las personas con Alzheimer. 				<p>BLOQUE 1: Mejorar la calidad de vida de los pacientes y los cuidadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> OBJETIVO 1. Aumentar el apoyo a los cuidadores. OBJETIVO 2. Fortalecer la coordinación entre todas las partes implicadas. OBJETIVO 3. Capacitar a los pacientes y sus familiares para elegir el apoyo en el hogar. OBJETIVO 4. Mejorar el acceso al diagnóstico y los itinerarios de asistencia. OBJETIVO 5. Mejorar la asistencia residencial para ofrecer una mejor calidad de vida de las personas con Alzheimer. OBJETIVO 6. Reconocer las habilidades y el desarrollo de la formación para los profesionales de la salud. 	<p>MEDIDA 2: Provisión de orientación y apoyo suficientes a las personas con demencia y sus cuidadores.</p> <p>AREAS PROBLEMÁTICAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Qué está pasando y cómo se puede ayudar? Ansioso, enojado y confundido Solo en la asistencia Evita contactos Asistencia física Peligro Y también problemas de salud Pérdidas Es demasiado para mí Pierde el control En los buenos y en los malos momentos Falta de comunicación con los profesionales de la salud Resistencia al internamiento en un institución Control de progreso 		
4. APOYO A CUIDADORES			<p>PRIORIDAD 3: Aliviar la carga de los cuidadores y, convertirse, en esencia, en una ampliación de la familia de la persona.</p>					

		8.1.1. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES			8.1.2. EXPERIENCIAS EN EUROPA			8.1.3. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA
		8.1.1.1. EEUU	8.1.1.2. AUSTRALIA	8.1.1.3. COREA DEL SUR	8.1.2.1. REINO UNIDO	8.1.2.2. FRANCIA	8.1.2.3. HOLANDA	8.1.3.1. AUSENCIA DE PLAN NACIONAL DE DEMENCIA
8.1. ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.	4. PRIORIDADES / MEDIDAS	5. ASISTENCIA RESIDENCIAL		ÁREA DE PRIORIDAD 1: Servicios de asistencia y apoyo que sean flexibles y puedan responder a las necesidades cambiantes de las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares. RESULTADOS: se presta una asistencia eficaz, adecuada, de calidad y accesible. <ul style="list-style-type: none"> - En todos los centros y las ubicaciones geográficas. - Haciendo hincapié en la planificación centrada en la persona. - Con la participación de los cuidadores y familiares. - Permitiendo que las personas con demencia realicen una transición sin problemas entre los distintos tipos de asistencia. 				
		6. COORDINACION DE LA ASISTENCIA	OBJETIVO2. Mejorar la calidad y la eficacia de la asistencia. <ul style="list-style-type: none"> - Estrategia 2.A: Crear un grupo de profesionales con habilidades para proporcionar una asistencia de alta calidad. - Estrategia 2.B: Garantizar un diagnóstico puntual y preciso. - Estrategia 2.C: Formar y apoyar a las personas con Alzheimer y sus familiares en el diagnóstico. - Estrategia 2.D: Identificar directrices y medidas de asistencia de alta calidad para las personas con Alzheimer a través de centros de asistencia. - Estrategia 2.E: Descubrir la eficacia de los nuevos modelos de asistencia para las personas con Alzheimer. - Estrategia 2.F: Garantizar que las personas con Alzheimer experimentan una transición segura y eficaz entre los centros y los sistemas de salud. - Estrategia 2.G: Promover servicios coordinados e integrados de salud y a largo plazo para personas con Alzheimer. - Estrategia 2.H: Mejorar la asistencia a poblaciones desproporcionadamente afectadas por la enfermedad de Alzheimer y a poblaciones que afrontan desafíos de asistencia. OBJETIVO 5. Mejorar los datos para controlar el progreso. <ul style="list-style-type: none"> - Estrategia 5.A: Mejorar la capacidad del Gobierno federal para seguir el progreso. - Estrategia 5.B: Controlar el progreso en el Plan Nacional. 		PRIORIDAD 2: Servicios de salud y asistencia: mejorar los servicios de salud y asistencia para las personas con demencia para marzo de 2013: <ul style="list-style-type: none"> - Se solicitó a todos los hospitales en Inglaterra que se comprometieran con entornos amigables para las personas con demencia. - Se destinaron 54 millones de libras a hospitales que prestan asistencia de calidad para personas con demencia y ofrecen evaluaciones de riesgo de demencia a todas las personas de 75 años ingresadas. - Se incluyó información sobre la demencia en el sitio web Our Health South West a escala nacional para que las personas conozcan mejor los servicios disponibles en su área local. OTROS: <ul style="list-style-type: none"> - Se solicitó a las residencias y los servicios de asistencia que se inscribieran en la iniciativa Dementia Care and Support Compact, que establece nuevos estándares respecto a la asistencia para las personas con demencia. - Se realizó una dotación de 50 millones de libras para financiar la adaptación de los centros médicos y las residencias para las personas con demencia. - Se proporcionaron recursos de capacitación para los profesionales de la salud relacionados con la demencia. - Se ayudó a financiar un programa de 300 millones de libras para construir o renovar viviendas para personas con enfermedades crónicas, incluida la demencia. - Se realizó una dotación de 400 millones de libras esterlinas para ayudar a financiar los descansos de los cuidadores. 		MEDIDA 1: Creación de una serie coordinada de opciones de asistencia que respondan a las necesidades y los deseos de los clientes. MEDIDA 3: Medición anual de la calidad de asistencia para las personas con demencia.	
		7. FORMACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD		ÁREA DE PRIORIDAD 5: Estrategias de recursos humanos y formación que posibilitan asistencia de alta calidad y especializada para las personas con demencia. RESULTADOS: <ul style="list-style-type: none"> - Existen profesionales capacitados y cualificados para atender y apoyar a las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares. 	PRIORIDAD 2: Ampliación prevista de la infraestructura de servicios, en particular, para formar especialistas en demencia.			
		8. INVESTIGACION		ÁREA DE PRIORIDAD 4: Investigación sobre la prevención, la reducción de riesgos y el retraso de la aparición de la demencia, así como sobre las necesidades de las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares. RESULTADOS: <ul style="list-style-type: none"> - La investigación se dirige a la causa, la cura y la asistencia para las personas con demencia. - La investigación se traduce en práctica y se promueve y está disponible para aquellos que lo necesitan. - Los resultados de la investigación se promueven de manera más amplia en la comunidad. 		PRIORIDAD 4: Investigación sobre la demencia <ul style="list-style-type: none"> - La financiación anual de la investigación de la demencia se aumenta a cerca de 66 millones de libras en 2015 para potenciar el conocimiento científico de la demencia y, potencialmente, hacer posibles nuevos tratamientos. 	BLOQUE 2: Conocimientos para la acción. <ul style="list-style-type: none"> - OBJETIVO 7. Realizar esfuerzos sin precedentes en investigación. - OBJETIVO 8. Organizar la vigilancia y el seguimiento epidemiológicos. 	
		9. TECNOLOGIA INNOVADORA	Se propone el uso de las nuevas tecnologías.			Se propone el uso de las nuevas tecnologías.		

		8.1.1. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES			8.1.2. EXPERIENCIAS EN EUROPA			8.1.3. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA
		8.1.1.1. EEUU	8.1.1.2. AUSTRALIA	8.1.1.3. COREA DEL SUR	8.1.2.1. REINO UNIDO	8.1.2.2. FRANCIA	8.1.2.3. HOLANDA	8.1.3.1. AUSENCIA PLAN
		1. RECONOCER ALZHEIMER COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA	Se reconoce la demencia como un problema de salud pública a nivel nacional.	Se reconoce la demencia como un problema de salud pública a nivel nacional.	Se reconoce la demencia como un problema de salud pública a nivel nacional.	Se reconoce la demencia como un problema de salud pública a nivel nacional.	Se reconoce la demencia como un problema de salud pública a nivel nacional.	Se reconoce la demencia como un problema de salud pública a nivel nacional.
2. LIDERAZGO A ESCALA NACIONAL				Ha existido liderazgo de alto nivel por parte del gobierno, con establecimiento de mecanismos de informes periódicos dirigidos al Primer Ministro a través de los ministros relevantes del Departamento de Sanidad.	En Francia, la participación personal del presidente se consideró crucial para general presión política con el fin de ejecutar el Plan Nacional Francés, el cual está vinculado al sitio web oficial del Gobierno. Cada seis meses se informa al presidente sobre los avances y la ejecución del plan.			
3. COMPROMISO DE LAS PERSONAS				En Reino Unido se reconoció ampliamente que un plan nacional para mejorar la asistencia de las personas con demencia sólo sería sostenible a largo plazo si se ajustaba a las necesidades de las personas con demencia y sus cuidadores.	El plan francés es el más completo en cuanto a la búsqueda de aportaciones periódicas, puesto que incorpora las opiniones de usuarios y cuidadores, realizando encuestas periódicas.	Las personas con demencia y sus cuidadores fueron consultados sobre los principales desafíos a los que se enfrentan y las soluciones más adecuadas para superarlos. A partir de las consultas regionales, se identificaron 14 áreas problemáticas, que posteriormente fueron consideradas para la elaboración del plan.		
4. PARTICIPACION DE GRUPOS DE INTERES	El desarrollo del Plan Nacional de EEUU fue un proceso consultivo con la participación de 24 departamentos y agencias diferentes.		El plan fue elaborado conjuntamente por asociaciones de neurología/psiquiatría, el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, asociaciones de enfermeras, la Alzheimer's Association-South Korea y los medios de comunicación.	Se designó a un Director Clínico Nacional para la demencia, de forma que liderase la ejecución de la estrategia nacional. Además se establecieron tres grupos denominados "grupos líderes" para reunir a las organizaciones y los grupos de interés principales para impulsar el cumplimiento de los compromisos. Cada grupo está compuesto por entre 10 y 15 miembros procedentes de sectores clave, como la asistencia sanitaria y social, la industria y el sector del voluntariado.	La persona responsable de la ejecución del plan es un funcionario del Ministerio de Economía, que no depende de ninguno de los ministerios involucrados en el proyecto, por lo que se protege la independencia del coordinador del plan.			
5. INTRODUCCION DE SISTEMAS DE ASISTENCIA Y ENFOQUE DE GESTION DE CASOS				En Reino Unido se ha introducido un asesor sobre la demencia para facilitar el acceso a la asistencia, al apoyo y al asesoramiento para las personas con demencia. De esta forma, los asesores sobre demencia se encargan de actuar como único punto de contacto para las personas con demencia y sus cuidadores, y pueden identificar problemas y facilitar la relación con los servicios de especialistas locales.	Se han creado puntos de entrada únicos, denominados "Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)", que son lugares donde las personas pueden acudir para obtener información y averiguar si pueden tener acceso a tratamiento, asistencia y apoyo en su región.	Se creó un sistema de gestión de casos, en el que se asignaron gestores de casos a las personas con demencia para responder a sus preguntas, satisfacer sus necesidades específicas de asistencia, y orientarles respecto a la información y el asesoramiento.		
6. COMPROMISO DE FINANCIACION	Información no disponible.	El plan tenía un presupuesto de 320 millones de dólares australianos durante 5 años.	Se estima que la financiación total para este Plan ascenderá a 6,46 billones de wones.	Información no disponible.	1.600 millones de euros.	2,4 millones de euros.		
7. CONTROL DE PROGRESO	El plan incluye un conjunto de hitos relacionados con las acciones necesarias dentro de las estrategias para alcanzar los objetivos. Una agencia federal ha asignado la responsabilidad de cada disposición del Plan para garantizar la ejecución de la disposición.	La responsabilidad del control recae en el Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad australiano (AHMAC) y la Conferencia de Ministros de Sanidad de Australia (CMAS). El Marco se revisó en 2011. Además se establecieron 8 indicadores de rendimiento: idoneidad, eficacia, eficiencia, calidad, accesibilidad, impacto en la colaboración, sostenibilidad y resultados.	De acuerdo con la Alzheimer's Association Korea, se han registrado avances en algunas de las áreas prioritarias, como, por ejemplo, en el diagnóstico precoz y la prevención, el tratamiento, la infraestructura y la sensibilización pública. El plan especifica una serie de indicadores para medir el progreso, como: - Establecer un centro de salud pública a partir del actual 50 % a la cobertura nacional; - Crear un Centro Nacional de Demencia integral e instalar una réplica en los cuatro grandes hospitales regionales; - Formar a 6.000 especialistas para 2012; y - Aumentar la elegibilidad de seguro de asistencia a largo plazo aumentando el límite de destinatarios en 20.000 personas cada año. Hasta el momento, no se ha publicado ningún informe de evaluación sobre la ejecución del plan.	El control de los progresos del Dementia Challenge es supervisado por tres grupos de "líderes". El último informe se publicó en mayo de 2013.	El Plan detalla mecanismos de evaluación e implementadores responsables para cada medida conforme a los objetivos del Plan. Una vez al mes se completa lo que se denomina "fiche de suivi" (plantilla para comprobar el progreso), y cada seis meses se elabora un informe de ejecución.	El programa ha sido evaluado a través de encuestas con los representantes regionales de Alzheimer Nederland, así como a través de encuestas sobre los deseos y las necesidades de los familiares cuidadores de personas con demencia.		

8.1. ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.

5. EJECUCIÓN DEL PLAN

	8.2.1. EXPERIENCIAS EN EUROPA	8.2.2. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA		
	8.2.1.1. HOLANDA_PUEBLO HOGWEYK	8.2.2.1. EDIFICIO ALZHEIMER DEL ESTUDIO LAMELA	8.2.2.2. PROYECTO VILLAFAL_PARACUELLOS DEL JARAMA_MANUEL DEL RIO	8.2.2.3. PROYECTO VILLAFAL_TRÉBAGO
1. NOMBRE DEL PROYECTO	"Hogeweyk", cuya traducción al español sería "Villa Demencia"	Edificio Alzheimer de la Fundación Reina Sofía.	Proyecto Villafal.	Proyecto Villafal Trébago.
2. LOCALIZACIÓN	En Holanda, cerca de la pequeña ciudad de Weesp.	Vallecas (Madrid).	Paracuellos del Jarama (Madrid).	Trébago (Soria): es un municipio de 20 km ² de superficie y unos de 55 habitantes.
3. AUTOR DEL PROYECTO	Compañía de arquitectos "Molenaar&Bol&VanDillen"	Estudio Lamela.	Manuel del Río.	Javier Sánchez Merina.
4. PROMOTOR	Yvonne van Amerongen.	Fundación Reina Sofía.	AFAL Futuro (Asociación de Familiares AFAL contigo), junto a la Fundación Reina Sofía.	AFAL Futuro (Asociación de Familiares AFAL contigo).
5. FECHA DE REALIZACIÓN	Inaugurado en 2009.	2002-2007	2002-2007	NO SE HA CONSTRUIDO, por falta de financiación.
6. MOTIVO DE ELECCIÓN DEL PROYECTO	Se trata de un proyecto pionero: un pueblo diseñado exclusivamente para enfermos de Alzheimer, donde los cuidadores trabajan en las instalaciones del pueblo (restaurantes, enfermeros, etc.)	Se trata de una experiencia pionera en España, puesto que se proyecta para investigar la evolución de los enfermos de Alzheimer desde el origen de la enfermedad hasta el final. Además del centro de investigación, el conjunto cuenta con un centro de formación para el personal sanitario y los familiares, y una residencia y centro de día.	Consiste en la primera residencia que propone un programa de convivencia entre familiares y enfermos de Alzheimer. Cuenta con un método propio de atención al paciente IPA o intervención en paralelo, focalizado en el binomio paciente-cuidador.	Se trata de un complejo que incluye tanto alojamiento residencial temporal para enfermos de Alzheimer y su cuidador (residencia rural vacacional), como un pequeño hotel rural en el que pueden alojarse familiares de los enfermos, además de la residencia para estancias fijas de los enfermos. Se lleva a cabo una "arquitectura gradiente", con una configuración de las viviendas adaptable al deterioro progresivo del paciente (en principio utilizará toda la vivienda, y finalmente terminará en el dormitorio debido al deterioro cognitivo).
7. CONFIGURACIÓN DEL PROYECTO	El interior del perímetro de seguridad es el propio pueblo, que está formado por 23 edificios de viviendas.	Consiste en un proyecto multidisciplinar que alberga una zona pública con: - Centro de investigación. - Centro de formación. - Centro de día para 40 enfermos de Alzheimer. - Jardín (como un elemento terapéutico más). Y una zona privada formada por: - Conjunto residencial: que contiene 9 unidades de convivencia (6 unidades tipo y 3 de cuidados intensivos), con 144 habitaciones y con una capacidad máxima para 156 residentes.	Se trata de un proyecto que acoge: - Centro de convivencia para familiares de los enfermos (58 plazas): formado por 26 habitaciones dobles, con sofá cama para un tercer acompañante. Y cada habitación tiene un pequeño jardín individual adosado. - Residencia para enfermos de Alzheimer (92 plazas). - Centro de convenciones.	Las fases de desarrollo del proyecto que se proponen son las siguientes: FASE 0: Elaboración del plan de viabilidad del proyecto y la memoria técnica. FASE 1: con 2.500 m ² de superficie para las siguientes construcciones: - Residencia de Alzheimer para estancias fijas (22 plazas): compuesta por 11 habitaciones dobles. - Residencia para estancias temporales (vacacional), (36 plazas): compuesta por 18 habitaciones dobles. - Instalaciones: Cocinas, comedor, lavandería, almacén, zona administrativa, zona de formación, estancias de terapia, patio, salas comunes y salas de deambulación. FASE 2: con 2.290 m ² de superficie para las siguientes construcciones: - Instalaciones: piscina cubierta, playa artificial, vestuarios, terraza, jardinería y pistas deportivas. FASE 3: con 2.290 m ² de superficie para cada una de las seis subfases (hileras de apartamentos). La subfase tipo (hilera) tendrá las siguientes construcciones: - 6 apartamentos de 60 m ² cada uno, con cocina, baño, dormitorio doble, salón y solana. - Instalaciones: zonas comunes de uso terapéutico, paseo psicomotor. FASE 4: con 1.800 m ² de superficie para las siguientes construcciones: - Ampliación de la residencia de Alzheimer para estancias fijas (sumarían 18 plazas más), con nueve habitaciones dobles. - Instalaciones: salón de actos y aparcamiento.
8. SUPERFICIE	-	14.000 metros cuadrados (12.910m ² construidos, de los cuales el centro de investigación ocupa 1.695 m ²).	12.000 metros cuadrados.	Parcela de 25.000 metros cuadrados.
9. NÚMERO DE PLAZAS	152 ancianos.	156 residentes (hay 144 habitaciones).	92 plazas para residentes y 58 plazas para los familiares (estancias cortas).	40 plazas para estancias fijas y 36 plazas para residencial temporal (estancias cortas).
10. RESIDENCIAL FIJO O TEMPORAL	Residencial fijo.	Residencial fijo.	Residencial fijo para enfermos y temporal para familiares.	Residencial (fijo para enfermos) y temporal (para enfermos y su cuidador, o para familiares).
11. ALOJAMIENTO PARA FAMILIAS	No.	No.	Sí, convivencia con las familias, que pueden alojarse con los enfermos.	Sí, convivencia con un cuidador, en estudios de dos personas para estancias temporales.
12. CENTRO DE DIA	No.	Sí, con capacidad para 40 personas.	No.	No.
13. CENTRO DE INVESTIGACION	No.	Sí, para investigar la evolución de los pacientes que residen en el centro, desde el origen de la enfermedad hasta el final.	Sí, con unidades especializadas para el tratamiento de los afectados.	No.
14. CENTRO DE FORMACION	No.	Sí, para el personal sanitario y los familiares.	Sí, de forma que los especialistas procuran un cuidado integral tanto a los pacientes como a los familiares.	Sí.
15. EQUIPAMIENTOS	Supermercado, restaurante, bar, teatro, farmacia y parques.	Comedores, despachos y oficinas, jardines como espacios de reunión con los familiares y zonas de juego para todas las edades.	Comedores, restaurante, spa, hidroterapia, gimnasio, centro de convenciones, jardines, huerto, área de cuidados paliativos, alteraciones de conducta y salas de estimulación, y tanatorio.	El complejo final (tras las cuatro fases), constaría de los siguientes equipamientos: Cocina, comedor, lavandería, almacén, zona administrativa, zona de formación, estancias de terapia, patio, salas comunes, salas de deambulación, piscina cubierta, playa artificial, vestuarios, terraza, jardinería, gimnasio, pistas deportivas, paseo psicomotor, zonas comunes de uso terapéutico, salón de actos, aparcamiento, mirador, establo de caballos, parque infantil, área de estimulación cognitiva, huerto (para agroterapia), sala de música, sala de baile, sala de cine.
16. COSTE DEL PROYECTO	19,3 millones de euros, de los cuales 1,5 millones se consiguieron por patrocinadores.	18 millones de euros.	11.757.000 euros.	No hay datos.
17. OTRAS CARACTERISTICAS	Los interiores de los apartamentos están decorados con diferentes diseños para recrear el estilo de vida del paciente antes de enfermar. El alojamiento cuesta unos 5.000 euros al mes por residente. El gobierno creó la empresa Vivium para gestionar el proyecto.	Objetivos para el diseño: conjunto integrador (Alzheimer desde punto de vista global), funcional, familiar, equilibrado, participativo (diseño ha integrado a arquitectos, ingenieros, paisajistas, médicos, personal sanitario, asistentes sociales y asociaciones de enfermos de Alzheimer) y con un diseño sostenible.	El centro dispone de habitaciones especiales para pacientes con grave riesgo de caídas (son habitaciones que cuentan con un software propio de gestión y control de caídas que puede ser consultado en todo momento por los familiares de los residentes). Los residentes pueden interactuar con el pueblo, y los habitantes del mismo disfrutar de los jardines y el restaurante del complejo. Hay gran adaptabilidad del entorno al paciente, pudiendo los familiares junto al residente elegir los horarios de comidas y tareas a realizar. Un 15% de las plazas están reservadas a vecinos de Paracuellos.	Se establece una "arquitectura gradiente", en función del GDS (escala de deterioro global) del paciente. Hay desde una zona de GDS 3 en la que el paciente se vale por sí mismo, hasta una zona GDS 7, donde el enfermo está al cuidado permanente de un especialista. El panadero reparte todos los días el pan en el complejo, como una actividad cotidiana. Los límites de la parcela los constituyen distintos campos de trigo.

8.2. ESCALA INTERMEDIA: EQUIPAMIENTOS Y EDIFICIOS.

	8.3.1. EXPERIENCIAS EN EUROPA		8.3.2. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA		
	8.3.1.1. REINO UNIDO: INFORME HAPPI	8.3.1.2. REINO UNIDO: MARY MARSHALL Y "DSDC"	8.3.2.1. PUBLICACIÓN "EL ESPACIO Y EL TIEMPO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER"	8.3.2.2. MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE LA CAIXA	8.3.2.3. ADAPTACIÓN DE LAS VIVIENDAS A ENFERMOS DE ALZHEIMER Y SUS CUIDADORES
1. NOMBRE	INFORME HAPPI 2012: "La vivienda de nuestro envejecimiento de la población"	Mary Marshall, profesora de la Universidad de Stirling y directora del "DSDC. The Dementia Centre".	Publicación "El espacio y el tiempo en la enfermedad de Alzheimer. Guía de implantación"	MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE LA CAIXA. Está formado por una serie de cuadernos prácticos sobre el Alzheimer, que la Fundación Obra Social "La Caixa" pone a disposición de todos los usuarios. Están dedicados al cuidado de pacientes con esta enfermedad. En concreto, estudiaré las buenas prácticas que se muestran en el LIBRO 3, relacionadas con criterios de diseño para las viviendas.	ADAPTACIÓN DE LAS VIVIENDAS A ENFERMOS DE ALZHEIMER Y SUS CUIDADORES.
2. MOTIVO DE ELECCIÓN	Establece criterio de diseño de viviendas que tienen en cuenta el envejecimiento de la población.	Mary Marshall destaca por la investigación que ha llevado a cabo durante más de treinta años en relación con personas mayores y con demencia, y principalmente por su aportación en cuanto al diseño de espacios para usuarios con demencia.	Esta publicación aborda las necesidades de las personas con Alzheimer desde un punto de vista práctico y aplicado, convirtiéndose en una herramienta fundamental para el diseño de espacios, y por lo tanto, de las viviendas de los enfermos y sus familiares.	El motivo de la elección de estos libros de buenas prácticas es que facilitan información sobre el cuidado de los enfermos de Alzheimer, además de criterios de diseño para las viviendas de los mismos (reflejados en el LIBRO 3).	En este apartado recojo una serie de medidas para adaptar las viviendas a enfermos de Alzheimer y sus cuidadores que se plantean en la "Fundación Alzheimer España"
3. ELEMENTOS MÁS RELEVANTES	<p>El Informe HAPPI 2012 establece 10 criterios clave de diseño para las viviendas adaptadas a personas mayores, que vayan satisfaciendo las necesidades de sus ocupantes a medida que van envejeciendo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El espacio y la flexibilidad. 2. Luz del día en el hogar y en los espacios compartidos. Los balcones y el espacio al aire libre. 3. Adaptabilidad del diseño. 4. Uso positivo de espacios de circulación. 5. Facilidades de convivencia. 6. Plantas, árboles y el medio ambiente natural. 7. Energía, eficiencia y diseño sostenible. 8. Almacenamiento para bicicletas. 9. Superficies exteriores compartidas. 	<p>La profesora Mary Marshall establece, entre otros, los siguientes criterios de diseño para personas con demencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Flexibilidad y adaptabilidad en función de las necesidades cambiantes de los pacientes. 2. Habitaciones y espacios adyacentes: baño accesible, dormitorio con baño, zonas de servicio separadas. 3. Visibilidad y permeabilidad: configuración abierta de los espacios 4. Vivienda familiar para los enfermos: escala doméstica. 5. Privacidad versus interacción social: transición entre lo público y lo privado, con la puerta principal de acceso diferenciada por el color. 6. Mejora sensorial de los espacios, con buena iluminación y nomenclatura en los accesos a las estancias. 7. Importancia de favorecer la actividad y el ejercicio. 8. Edificios con acceso público y servicios para personas mayores. <p>También es la directora del "DSDC. The Dementia Centre", en el que se investiga cómo mejorar la calidad de vida de estos enfermos, estableciendo criterios de diseño para las viviendas en función de una serie de variables: color y contraste, iluminación, instalaciones fijas, cocinas, baños, accesos y espacios al aire libre.</p>	<p>El documento se divide en tres apartados principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. EL ESPACIO Y EL TIEMPO. UNA VISIÓN DE LOS ARQUITECTOS. Se establecen las condiciones básicas de diseño de edificios que favorecen la calidad de vida de los enfermos, familiares y cuidadores. Se habla de arquitectura terapéutica, como una herramienta al servicio del enfermo y su familia o cuidador, y se consideran tres niveles de intervención en las viviendas de los pacientes: <ul style="list-style-type: none"> - Seguridad: donde las medidas evolucionan junto a las necesidades del enfermo. - Accesibilidad: para los enfermos a los distintos lugares de la vivienda. - Personalización: para que el enfermo sienta que tiene su lugar y pertenece a un entorno. 2. COORDENADAS ESPACIO-TEMPORALES: El puzzle del Alzheimer. Se aborda el Alzheimer desde diferentes perspectivas (la de los familiares y la de los profesionales que asisten a los enfermos), y se establecen criterios de diseño concretos para que el enfermo pueda mantener la autonomía en el hogar, en el centro de día o residencia, en los espacios exteriores o en la comunidad. En este apartado reflejaré las medidas relacionadas con la vivienda. <ul style="list-style-type: none"> • MANTENIENDO LA AUTONOMÍA: EL HOGAR PARA LA PERSONA CON ALZHEIMER. Se establecen medidas a tener en cuenta en las viviendas: <ul style="list-style-type: none"> - Baño: Es preferible que esté próximo al dormitorio y que tenga la temperatura controlada y suelo antideslizante, de secado rápido. Se recomienda un plato de ducha en vez de bañera. Debe ser claro, espacioso y con un mobiliario funcional. También debe disponer de barras inclinadas a los lados del inodoro. - Cocina: La prioridad es evitar las quemaduras e inundaciones. Lo mejor es tener a la vista únicamente los objetos que vaya a utilizar, con ayudas visuales para encontrarlos. El mobiliario debe ser funcional, estar a una altura adecuada y tener un sistema de cierre. - Salón: Se recomienda que no haya cables por el suelo o alfombras que causen tropiezos. Los muebles no deben tener aristas y hay que evitar los objetos de cristal. Es fundamental que las sillas sean estables y que tengan respaldo y apoyabrazos. - Dormitorio: Se aconsejan los colores claros y una buena iluminación natural. Es preferible una cama regulable en altura y articulada, con asideros en el lado por el que se levanta el paciente. También se recomienda el uso de luces de seguimiento nocturno. - Escaleras: En las fases avanzadas de la enfermedad, se recomiendan portezuelas que bloqueen el acceso a las escaleras, que deben tener pasamanos a ambos lados con un color que contraste con la pared y una tira antideslizante de color, que ayudará a percibir la dimensión del escalón. - Pasillos: Deben mantenerse libres de obstáculos y con buena iluminación. Se sugieren indicadores visuales y la instalación de pasamanos, especialmente para los enfermos que no pueden salir mucho de casa y que necesitan dar pequeños paseos. - Ventanas y balcones: Deben tener un sistema de seguridad que no impida una apertura fácil en caso de emergencia. Los balcones deben mantenerse libres de macetas y objetos. <p>La guía también ofrece otras sugerencias generales: tener suelo térmico, ubicar en las estancias las cosas absolutamente imprescindibles, sin recargas los espacios, aprovechar al máximo la luz solar, aislar acústicamente el domicilio, evitar los reflejos en las superficies y asegurar los objetos peligrosos. Además, utilizar carteles o ayudas visuales en las puertas y muebles para mejorar la orientación e identificación del mobiliario y elegir colores que contrasten, pero sin perjudicar la armonía en el entorno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • MANTENIENDO LA AUTONOMÍA: EL CENTRO DE DÍA O RESIDENCIA. • MANTENIENDO LA AUTONOMÍA: ESPACIOS EXTERIORES ADAPTADOS A LA PERSONA CON ALZHEIMER • MANTENIENDO LA AUTONOMÍA: ACCESO A LA COMUNIDAD Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER 3. ESPACIO Y TIEMPO EN LA COMUNIDAD. Se aborda el marco teórico básico de cualquier diseño destinado a enfermos de Alzheimer, de forma global. 	<p>El título de los libros que facilita La Caixa se recoge a continuación. En este caso incluiré información simplemente sobre el Libro 3, puesto que es el que hace referencia a criterios de diseño del espacio doméstico del enfermo de Alzheimer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - LIBRO 1: "DEL DIAGNÓSTICO A LA TERAPIA. CONCEPTOS Y HECHOS". - LIBRO 2: "LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y DEL COMPORTAMIENTO". - LIBRO 3: "MANTENER LA AUTONOMÍA EN ENFERMOS DE ALZHEIMER". <p>En este libro se recogen numerosos consejos prácticos que facilitan que el enfermo mantenga su autonomía. En primer lugar se centran en la vivienda, refiriéndose sobre todo a su adaptación para hacer el entorno más agradable y evitar situaciones de peligro. En segundo lugar se analizan las dificultades que surgen a la hora de realizar las actividades cotidianas (como vestirse, lavarse, alimentarse o descansar), y por último se presta atención a otras actividades y actitudes como moverse, mantenerse ocupado o divertirse, de manera que permitan a los enfermos mantenerse activos.</p> <p>En cuanto a los criterios de diseño de las viviendas, se establece que es el ambiente el que debe adaptarse a las capacidades de los enfermos, y no al contrario. Por este motivo se recomienda que sea un ambiente sencillo, estable, rutinario, estimulante, familiar y con identidad propia. También debe ser una vivienda sin obstáculos (lugares poco iluminados, con muebles que no tengan aristas peligrosas y sin alfombras), en el que no estén a la vista productos peligrosos u objetos pequeños.</p> <p>Además se establecen pautas para los lugares de la casa en los que se debe prestar mayor atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baño: con todo en el mismo lugar, grifos con dos salidas, asideros de colores para entrar y salir de la bañera, con iluminación permanente, y con protecciones en los enchufes. - Cocina: evitar si es posible la cocina de gas, regular el calentador de agua a temperatura baja, y guardar los objetos peligrosos bajo llave. - Escaleras: bien iluminadas, con pasamanos a ambos lados, y conveniente poner una portezuela que la bloquee. - Terrazas, balcones, ventanas y puertas: se recomienda eliminar los pestillos de las puertas, no dejar macetas ni sillas en las azoteas o balcones en las que se puedan subir. - Pasillo: libre de obstáculos. - Otros lugares: coche se recomienda dejarlo cerrado, y vigilar las piscinas si las hay. <ul style="list-style-type: none"> - LIBRO 4: "INTERVENCIÓN COGNITIVA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. FUNDAMENTOS Y PRINCIPIOS GENERALES". - LIBRO 5: INTERVENCIÓN COGNITIVA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. MANUAL DE ACTIVIDADES". - LIBRO 6: "EL LIBRO DE LA MEMORIA. HISTORIA DE LA VIDA" - "ACTIVEMOS LA MENTE. ACTUALIZACIÓN 2005". - "CUADERNO DE REPASO. EJERCICIOS PRÁCTICOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER EN FASE MODERADA". - "EL LIBRO DE LA MEMORIA". 	<p>La Fundación Alzheimer España establece que se pueden realizar diferentes adaptaciones o modificaciones en la vivienda del enfermo de Alzheimer, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y aumentar la seguridad de la vivienda.</p> <p>Estas medidas dependerán de las características de la vivienda y del grado de pérdida de autonomía y del tipo de incapacidad de quien la habita. En general, se pueden considerar las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baño: los pavimentos plásticos antideslizantes son los más recomendables y resultan menos fríos y resbaladizos. Se debe colocar una alfombra antideslizante en la bañera para evitar caídas. Es más recomendable una ducha que una bañera por razones de accesibilidad. Si se colocan barras asideras, lo conveniente es que sean de un color que contraste con la pared. Se recomienda eliminar el pestillo del baño. - Cocina: las adaptaciones deben permitir que el enfermo siga utilizando la cocina. Entre ellas se puede mencionar que el fregadero no sea demasiado profundo, los estantes a una altura adecuada, los vasos y platos de plástico o materiales no rompibles, y los utensilios peligrosos fuera de la vista y del alcance. Son preferibles las cocinas eléctricas a las de gas. Una mesa pequeña y con ruedas permite transportar sin riesgo los platos calientes y los más pesados. El suelo interesa que sea antideslizante. - Salón: los muebles es recomendable que no tengan aristas peligrosas, o que se cubran las mismas. - Dormitorio: en la medida de lo posible, para poder moverse alrededor de la cama, hay que evitar colocar uno de sus laterales junto a la pared. El interruptor de la luz, el teléfono o la telealarma deben ser de fácil acceso desde la cama. La lámpara de la mesilla lo más estable posible en el caso de que la hubiese. La alfombra de pie de cama ha de estar fijada al suelo con adhesivo, aunque lo más eficaz es suprimirla. - Mobiliario: se recomienda que en las zonas de paso no haya muebles, cables u objetos que dificulten la movilidad. - Suelos: lo ideal es que sean lisos, antideslizantes y sin elementos que sobresalgan, procurando eliminar las alfombras, y también señalizar los peldaños en el caso de que los haya. - Instalación eléctrica: conviene asegurar los enchufes, y situar interruptores en lugares estratégicos, como al principio y final de las escaleras y del pasillo, o en la cabecera de la cama.

8.3. ESCALA DOMÉSTICA: VIVIENDA PARA EL ENFERMO Y SU CUIDADOR.

ORGANISMOS Y ASOCIACIONES PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER EN ESPAÑA.							
	A) FUNDACIÓN REINA SOFÍA _ PROYECTO ALZHEIMER	B) FUNDACIÓN ALZHEIMER ESPAÑA (FAE)	C) CEAFA	D) AFAL	E) FUNDACIÓN PASQUAL MARAGALL	F) CREA (SALAMANCA)	G) AFA (MÁLAGA)
1. NOMBRE	FUNDACIÓN REINA SOFIA	FUNDACIÓN ALZHEIMER ESPAÑA (FAE)	CEAFA (CONFEDERACIÓN ANDALUZA DE FEDERACIONES DE FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS)	AFAL CONTIGO (ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE MADRID)	FUNDACION PASQUAL MARAGALL	CREA (SALAMANCA): Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.	AFA (MÁLAGA): ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS.
2. LOCALIZACIÓN	Sede en Madrid, con el "Centro de Alzheimer Fundación Reina Sofía" también en Madrid.	Sede en Madrid, con el "Centro de Alzheimer Fundación Reina Sofía" también en Madrid.	Sede principal en Navarra.	Madrid	Barcelona.	Salamanca.	Málaga.
3. MOTIVO DE ELECCIÓN	La Fundación Reina Sofía consta del denominado "Proyecto Alzheimer", que realiza distintos proyectos de investigación y sociosanitarios relacionados con esta enfermedad.	Se trata de una fundación para enfermos de Alzheimer de ámbito nacional, cuyo objetivo principal es el avance en el reconocimiento de la enfermedad y la ayuda socio-sanitaria. Es importante el papel de esta fundación, puesto que ser de ámbito nacional, puede abordar de forma global temas relacionados con el Alzheimer. También tiene en cuenta la necesidad de elaborar un Plan Nacional de Alzheimer.	Consiste en una organización, declarada de utilidad pública, que trabaja por mejorar la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad, representando a estos enfermos ante las Instituciones y la Sociedad. Además cuenta con 13 Federaciones Autonómicas y 6 Asociaciones Uniprovinciales que aglutinan a más de 300 Asociaciones locales. De esta forma representan a unas 200.000 familias,	AFAL CONTIGO es una Asociación Nacional de Alzheimer en la que destacan las labores de información, formación, apoyo y representación de las familias con enfermos de Alzheimer.	Se trata de una fundación que fomenta la investigación para vencer la enfermedad del Alzheimer. Fue fundada por Pasqual Maragall cuando le diagnosticaron Alzheimer, con el lema de: "Por un mundo sin Alzheimer".	Consiste en un recurso de ámbito estatal, que tiene la finalidad de promover la mejor atención a las personas con Alzheimer y sus familias. Además, está especializado en la investigación, análisis, evaluación y conocimiento de las mejores fórmulas para la atención sociosanitaria de los afectados, con una colaboración con las entidades que dirigen y prestan su atención a la enfermedad del Alzheimer.	Se trata de una asociación que fue declarada de Utilidad Pública, y que tiene el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer y sus familiares.
4. FORMACIÓN	La Fundación Reina Sofía realiza labores de formación en distintos campos: acción social, salud, educación, agricultura, medio ambiente y la mujer. El Proyecto Alzheimer proporciona ayuda y formación para los familiares de los enfermos, además de documentación de ayuda para los pacientes y sus cuidadores, como por ejemplo: - "¿Qué puedo hacer para vivir mejor?" - "Tiene problemas de memoria, ¿cómo ayudarle a vivir mejor?" - "Tiene deterioro cognitivo en fases iniciales, ¿cómo ayudarle a vivir mejor?" También ha desarrollado distintas campañas relacionadas con el Alzheimer, como son: - "El banco de recuerdos" - "Regala memoria" - "Me olvidé de vivir"	La FAE ha puesto en marcha diferentes medios para informar y formar a cuidadores y a profesionales de la salud, a través de cursos, programas de formación on-line, libros o revistas. Así proporciona información en forma de fichas prácticas, trucos útiles, guías, testimonios y posibles ayudas para la Ley de Dependencia.	CEAFA ha realizado numerosas campañas de sensibilización e información sobre la enfermedad del Alzheimer, dirigidas tanto a los enfermos, como a familiares y profesionales.	AFAL CONTIGO lleva a cabo las siguientes actividades de formación: - Escuela de Formación AFAL contigo. - Cursos para cuidadores familiares o informales. - Cursos para cuidadores formales o informales. - Cursos para voluntarios. - Cursos monográficos para familiares y profesionales. - Seminarios para profesionales.	La Fundación proporciona información sobre el Alzheimer, medidas para afrontarlo y preguntas frecuentes que se puedan plantear a los enfermos y familiares.	Es un Centro referente a nivel nacional e internacional en gestión, generación y transferencia de conocimientos sobre documentación, análisis, investigación, validación, formación y promoción en el uso de terapias no farmacológicas y modelos de intervención centrados en el concepto de calidad de vida para personas con Alzheimer y otras demencias, sus familias y/o instituciones cuidadoras. También tiene una Escuela de Cuidadores: con programas específicos para la mejor información y formación de los cuidadores.	Proporciona formación y apoyo a los familiares (apoyo en el hogar).
5. PROYECTOS	La Fundación Reina Sofía lleva a cabo numerosos proyectos por todo el mundo, relacionados con la acción social, la salud, la educación, la agricultura, el medio ambiente y la mujer. En el Proyecto Alzheimer , los proyectos realizados se pueden clasificar en tres tipos: 1. Proyectos de investigación: que se financian. 2. Proyectos sociosanitarios: como por ejemplo: - Proyecto PARO (PARsonal RObot): PARO es un robot diseñado en Japón, que consiste en un peluche en forma de foca dotado de microsensores que permiten que responda a estímulos externos como el tacto, la luz o la voz, por lo que ha sido utilizado en programas de rehabilitación en varios países. El objetivo es comprobar si PARO es útil para los tratamientos en personas con Alzheimer. - Proyecto en terapias alternativas no farmacológicas a desarrollar con pacientes de Alzheimer. 3. Proyectos especiales: como por ejemplo: - Proyecto Vallecas: Programa de detección precoz de enfermedad de Alzheimer. - Proyecto Banco de Tejidos Fundación CIEN El Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía : creado dentro del "Proyecto Alzheimer" en el año 2007 en Vallecas, y que se caracteriza porque en él conviven tres áreas: - Una Unidad de Investigación, la Fundación CIEN (Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas). - Un Centro de Formación especializado en demencias. - Un centro asistencial: formado por una residencia de estancia permanente de 156 plazas, un centro de día con 40 plazas, y un centro de respiro familiar para fines de semana con 20 plazas.	La FAE ha creado una asociación internacional (Alzheimer Europe), que reagrupa las asociaciones de familiares nacionales para representarlas en la Comisión y Parlamento europeos. También ha creado agrupaciones y asociaciones de familiares que ayudan entre sí para mejorar el cuidado de los enfermos. En cuanto a los proyectos que tiene en marcha, se pueden clasificar en los siguientes programas de ayuda: - Curso para aprender a cuidar al enfermo de Alzheimer - Formación a familiares y cuidadores. - Musicoterapia. - Evaluación neuropsicológica. - Acogida, orientación y asesoramiento a cuidadores y familias. - Actividades de ocio. - Apoyo psicológico. - Programa de voluntariado. - Psicoestimulación.	Todos los proyectos de CEAFA se fundamentan en los tres ámbitos de intervención siguientes de su Plan Estratégico (aprobado en su día por la Junta de Gobierno y ratificado por la Asamblea General): - Representación: interna y externa. - Información. - Formación. CEAFA ha realizado numerosos proyectos, como por ejemplo: - Peces solidarios: - Solidarios con el Alzheimer. - Diagnóstico temprano y certero. - Cuidado de Demencias sin Sujeciones. - CEAFA en Alzheimer Europe. - Implantación de Sistema de calidad y Acreditación. - "Know Alzheimer".	La Asociación AFAL CONTIGO ha constituido la FUNDACIÓN AFAL FUTURO, de carácter tutelar, para procurar cuidados y tutela a los enfermos con demencia sin familia o cuya familia no está en disposición de atenderlos. También ha creado la Red NEURONET, con 14 organizaciones miembro, que trabajan en red y comparten conocimientos para el desarrollo de proyectos. Además tiene un programa de ocio y encuentro, con viajes organizados cada año. A su vez, la asociación facilita que los ciudadanos colaboren con su causa, a través de voluntariados, donaciones o entidades colaboradoras.	Los proyectos más importantes de esta asociación tienen que ver con la investigación de la enfermedad. Para financiar estos proyectos de investigación, la Fundación Pasqual Maragall facilita que los ciudadanos colaboren de distintas formas: - "Arte solidario", en forma de pintura, escultura, fotografía y obra gráfica. - Con donativos. - Enviando un SMS. - Con la herencia. - Con empresas solidarias.	El centro cuenta con un área residencial, organizada en módulos que se estructuran bajo el modelo de unidades de convivencia, con el fin que se asemejen al máximo a la vida familiar.	AFA ofrece un proyecto integrado en el que ofrece: - Una unidad de estancia diurna. - Una unidad de estancia nocturna. - Estancias para fines de semana. - Talleres de memoria. - Otras actividades (fisioterapia, masaje, rehabilitación terapéutica y piscina) - Ayuda a familiares (a domicilio, terapia de grupos familiares, formación, asesoramiento jurídico, voluntariado).

ORGANISMOS Y ASOCIACIONES PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER EN ESPAÑA							
	A) FUNDACIÓN REINA SOFÍA _ PROYECTO ALZHEIMER	B) FUNDACIÓN ALZHEIMER ESPAÑA (FAE)	C) CEFA	D) AFAL	E) FUNDACIÓN PASQUAL MARAGALL	F) CREA (SALAMANCA)	G) AFA (MÁLAGA)
6. ACTIVIDADES Y SERVICIOS	<p>Tanto la Fundación Reina Sofía como el Proyecto Alzheimer realizan numerosas actividades destinadas a la formación y la investigación a través de los proyectos, los documentos que ofrecen y las campañas que realizan.</p>	<p>La FAE lidera programas nacionales e internacionales de prevención, diagnóstico, información y formación apoyados por la Comunidad Europea.</p> <p>Además crea acontecimientos tanto nacionales como europeos donde profesionales de la salud y agrupaciones de familiares puedan intercambiar experiencias, aprender y participar a una mejor concienciación de las Administraciones Públicas a la hora de diseñar una política socio sanitaria.</p> <p>También forma parte del Comité Técnico de la "Estrategia en enfermedades neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud".</p>	<p>CEAFA ha participado en numerosas mesas de trabajo y elaboración de materiales relacionados con el Alzheimer.</p> <p>También ofrece información sobre distintas asociaciones de Alzheimer, laboratorios, instituciones, portales de salud, fundaciones, sociedades médicas y blogs sobre la enfermedad, de forma que resuelven posibles dudas que les surjan a los enfermos o cuidadores. Un ejemplo sería la revista "En mente", dedicada íntegramente a tratar los temas más relevantes del Alzheimer, o el "Blog Alzheimer", que contiene opiniones y noticias sobre el Alzheimer y sus familiares o cuidadores.</p> <p>Además presenta distintas formas para que los ciudadanos colaboren con la asociación, como son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amigo solidario - Donaciones. - Legado solidario. - Caramelo solidario. - Voluntariado. - Mesa solidaria. - Ruleta de la memoria. <p>También concede los "Premios CEAFA", en distintas modalidades: cuidador, información, investigación y labor social.</p>	<p>AFAL CONTIGO programa de forma anual sus actividades, que se clasifican en cinco grupos:</p> <p>1. Actividades de información y difusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información y asesoría social. - Asesoría jurídica. - Asesoría especializada en ayudas técnicas. - Charlas y conferencias. - Congresos y Jornadas. - Eventos y conmemoraciones. - Actividad editorial de AFALcontigo, con libros para familiares y profesionales. - Revista ALZHEIMER, de carácter trimestral. - Centro de documentación y biblioteca. - Página web y blog <p>2. Actividades de formación:</p> <p>3. Actividades de apoyo al enfermo y al cuidador.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoestimulación y terapia psicológica de grupo para enfermos en fases leve y moderada. - Arteterapia. - Musicoterapia. - Psicoestimulación a domicilio. - Estimulación al enfermo joven a través del ejercicio físico y el deporte. - Asistencia psicológica al cuidador (grupal o individual). - Valoración neuropsicológica del estado del enfermo. - Programa de voluntariado AFAL contigo. - Red G.A.M.A. (Grupos de ayuda mutua por barrios). - Mediación en conflictos familiares. - Almacén de préstamo de productos de apoyo. - Valoración de residencias y centros de atención diurna. - Programa de Ocio y Encuentro <p>4. Actividades de representación y defensa de los intereses de los enfermos y sus familiares.</p> <p>5. Actividades a favor de la investigación.</p>	<p>La fundación realiza cada año campañas para sensibilizar a la población, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Olvidos contra el Alzheimer" 2014. - "Música para vencer el Alzheimer" 2013. - "Congreso Alzheimer Internacional" 2011. <p>Además, tiene una bolsa de trabajo para entrar a formar parte del equipo y cada año publica una memoria de actividades para darlas a conocer.</p>	<p>El CREA proporciona servicios de dos tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de referencia: de información, documentación, investigación, evaluación, formación, asistencia técnica y cooperación intersectorial. - Servicios de atención directa: donde se llevan a cabo las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> o Escuela de Cuidadores o Programas de Respiro familiar. o Actividades de colaboración con las ONG del sector. 	<p>La asociación trata de sensibilizar a la población y a las instituciones para conseguir la asistencia adecuada para los enfermos de Alzheimer y sus familias.</p>
7. INVESTIGACION	<p>La Fundación Reina Sofía financia numerosos proyectos de investigación</p> <p>En el Proyecto Alzheimer, cada año se financian distintos proyectos de investigación relacionados con el Alzheimer, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Análisis de factores predictores de desarrollo de demencia", "Alteraciones moleculares periféricas en la enfermedad de Alzheimer", - "Calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas" <p>Además proporciona Becas en colaboración con otras asociaciones, y tiene un convenio de colaboración con la Fundación Cien-Ciberned para el "Proyecto EXOMA": que trata de investigar si el Alzheimer está asociado a la genética.</p>	<p>Se fomentan actividades de investigación psicosocial reflejada, en particular, por el "Proyecto I+D sobre la perspectiva de la enfermedad de Alzheimer", desarrollado en colaboración con IMSERSO, que ha sido premiado.</p>	<p>CEAFA apoya tareas de investigación del Alzheimer.</p>	<p>AFAL CONTIGO colabora de las siguientes formas con los equipos de investigación biomédica que buscan las causas del Alzheimer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buscando financiación para proyectos de investigación solventes y esperanzadores. - Reclutando personas que se presten a participar en los ensayos. - Participando activamente en las campañas de donación de cerebros y otros tejidos neurológicos, útiles para la investigación biomédica. - Cediendo voluntarios para colaborar con las tareas administrativas de algunos centros de investigación. 	<p>La labor principal de esta asociación es la investigación. Para ello tiene distintas líneas de actuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudio Alfa: donde colaboran hijos de enfermos de Alzheimer. - Grupos terapéuticos: donde investigan cómo mejorar su calidad de vida al compartir en grupo sus experiencias. - "BarcelonaBeta": es el centro de investigación en el que la Fundación desarrolla su actividad científica. - Plataforma de Neuroimagen: la fundación tiene un equipamiento de neuroimagen totalmente dedicado a la investigación del cerebro. - Proyectos internacionales. 	<p>Lleva a cabo una labor de investigación e innovación sobre la aplicación de nuevas terapias no farmacológicas, verificación de resultados y promoción de su uso.</p>	<p>Promueve la investigación</p>

10. DISCUSION FINAL

En las tablas comparativas recogidas en el apartado anterior destaca principalmente el hecho de que las intervenciones en España que relacionan la arquitectura y el Alzheimer son individuales y puntuales, de la mano de ciertos equipamientos o asociaciones y organismos que fomentan la investigación o la ayuda a los enfermos de Alzheimer y sus familiares, mientras que en las experiencias internacionales y europeas estudiadas, el Alzheimer se considera de una forma más global, a escala nacional, y gracias a ello se han elaborado Planes Nacionales de Alzheimer, que pueden tener una repercusión mayor en la sociedad, puesto que la gestión es centralizada.

Respecto a la tabla comparativa de la escala urbanística (de la mano de las distintas Planificaciones Nacionales), a continuación reflejo las prioridades que son consideradas más importantes en cada país estudiado a la hora de elaborar el Plan Nacional:

1. Sensibilización y formación: Estados Unidos, Australia, Reino Unido y Francia.
2. Diagnóstico y tratamiento: Estados Unidos, Corea del Sur y Reino Unido.
3. Apoyo en el hogar al enfermo: Estados Unidos, Francia y Holanda.
4. Apoyo a cuidadores: Estados Unidos y Corea del Sur.
5. Asistencia residencial: Australia.
6. Coordinación de la asistencia: Estados Unidos, Reino Unido y Holanda.
7. Formación de profesionales de la salud: Australia y Corea.
8. Investigación: Australia, Reino Unido y Francia.
9. Tecnología innovadora: Ningún país tiene esta medida como importante.

En cuanto a la información recogida en las tablas comparativas acerca de la ejecución de los Planes Nacionales de Alzheimer, las medidas que cada país ha tenido en cuenta son las siguientes:

1. Reconocer el Alzheimer como problema de salud pública: todos los países han reconocido el Alzheimer como un problema de salud pública a nivel nacional, hecho que en España no se ha tenido en cuenta, por lo que actualmente no hay ningún Plan Nacional de Alzheimer.
2. Liderazgo a escala nacional: en Reino Unido y Francia han colaborado los altos cargos del Gobierno para la ejecución de sus respectivos Planes Nacionales de Alzheimer.
3. Compromiso de las personas: se ha tenido en cuenta en Reino Unido, Francia y Holanda.
4. Participación de grupos de interés: Estados Unidos, Corea del Sur, Reino Unido, Francia y Holanda han considerado distintos grupos de interés para elaborar el Plan de Alzheimer, y todos ellos han consultado a los enfermos y sus familiares, pues consideran que su opinión es fundamental para que el Plan tenga éxito.
5. Introducción de sistemas de asistencia y enfoque de gestión de casos: se considera en Reino Unido, Francia y Holanda.
6. Compromiso de financiación: todos los países tienen un compromiso de financiación. Francia es el que ha destinado un mayor número de fondos a la elaboración del Plan Nacional de Alzheimer.
7. Control de progreso: todos los países estudiados llevan a cabo un control del progreso del Plan Nacional de Alzheimer.

En lo referente a la tabla comparativa de la escala intermedia, con equipamientos o edificios que tienen en cuenta a los enfermos de Alzheimer, cada proyecto elegido incorpora un elemento diferenciador con respecto a otras intervenciones similares de arquitectura relacionados con el Alzheimer:

- En Holanda, el pueblo de Hogeweyk se trata de un proyecto pionero, puesto que está diseñado exclusivamente para enfermos de Alzheimer, y en el que los médicos y enfermeros son los mismos que se encargan de atender en el supermercado u otros establecimientos. Creo que se recrea una realidad paralela para estos pacientes, de forma que se podría considerar de alguna forma este pueblo como un "gueto" para enfermos de Alzheimer cuya traducción literal es "Villa Demencia", y por este motivo no es una propuesta que trate de integrar a estos enfermos en la sociedad junto a sus familiares facilitando que residan en sus viviendas el mayor tiempo posible, sino que los confinan dentro del perímetro de seguridad que representan los muros exteriores del proyecto.
- El Edificio Alzheimer del Estudio Lamela se trata de una experiencia nueva en España al proyectarse para investigar la evolución de los enfermos de Alzheimer desde el origen de la enfermedad hasta el final. Además del centro de investigación, el conjunto cuenta con un centro de formación, un centro de día y una residencia para enfermos de Alzheimer. Respecto a esta intervención, considero que presenta un lenguaje minimalista, completamente opuesto a la personalización que debería tener, para que los enfermos de Alzheimer identificasen el complejo como su propio hogar.
- El Proyecto Villafal de Paracuellos del Jarama consiste en la primera residencia que propone un programa de convivencia entre familiares y enfermos de Alzheimer. Se trata de un proyecto que consta de un centro de convivencia para familiares de los enfermos en las que se pueden alojar durante estancias cortas, una residencia para enfermos y un centro de convenciones. Cabe mencionar que a pesar de que el proyecto era ambicioso, finalmente no ha funcionado.
- El Proyecto Villafal de Trébago, aunque no se llegó a construir, es interesante puesto que se trata de un complejo que incluye tanto alojamiento residencial temporal para enfermos de Alzheimer y su cuidador (residencia rural vacacional), como un pequeño hotel rural en el que pueden alojarse familiares de los enfermos, además de la residencia para estancias fijas de los enfermos. A su vez, se lleva a cabo una "arquitectura gradiente", con una configuración de las viviendas adaptable al deterioro progresivo del paciente (en principio utilizará toda la vivienda, y finalmente terminará en el dormitorio debido al deterioro cognitivo).

En cuanto a la tabla comparativa de las experiencias a escala doméstica, se observa que tanto el Informe HAPPI de Reino Unido, como las investigaciones de Mary Marshall, el manual de buenas prácticas de La Caixa, la publicación "El espacio y el tiempo en la enfermedad de Alzheimer, y la Fundación Alzheimer España, todas ellas establecen una serie de medidas de proyecto y diseño para adaptar las viviendas a los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores, facilitando que los primeros vivan en sus domicilios durante el mayor tiempo posible. Además, prácticamente es en las investigaciones de Mary Marshall donde se establecen criterios de diseño concretos para las viviendas de enfermos de Alzheimer, ya que en el resto no se especifican datos de forma cualitativa y cuantitativa.

Finalmente, en la tabla comparativa de las organizaciones y asociaciones para enfermos de Alzheimer españolas, todas ellas tienen en común las labores de investigación que llevan a cabo o que fomentan, y también tienen en común el hecho de prestar especial atención a la formación tanto de los familiares como de los cuidadores de los enfermos de Alzheimer.

➤ **LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.**

A la hora de llevar a cabo la tarea de recogida de datos para elaborar las tablas comparativas objeto de este proyecto, las principales limitaciones a las que se ha tenido que hacer frente han sido las siguientes:

- La falta de sistematización, de normativa y de publicaciones en España que regulen el tema de la arquitectura y el Alzheimer.
- También se han detectado vacíos en investigaciones del tema del Alzheimer desde el punto de vista de la arquitectura.

➤ **POTENCIALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN _ POSIBLES NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.**

Se podría continuar la labor iniciada con este proyecto, a través de las siguientes líneas de investigación:

- Traducción y edición de publicaciones en español acerca de la arquitectura y el Alzheimer, puesto que son muy reducidas y están muy dispersas, únicamente de la mano de intervenciones puntuales o de asociaciones de enfermos de Alzheimer. De esta forma, se conseguiría una mayor difusión de la capacidad de la arquitectura y el diseño de espacios (principalmente cotidianos) para mejorar la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer.
- Elaboración de normativa para el diseño arquitectónico y adaptación de viviendas existentes para enfermos de Alzheimer, en la que se regule la diversidad funcional cognitiva (como demencia, autismo, etc.).
- También se podría proponer de forma concreta y elaborada un Plan Nacional de Alzheimer para España, con la colaboración activa de arquitectos (para resolver adecuadamente las necesidades de este sector de la población en aumento), que recogiera los aspectos más relevantes llevados a cabo en el resto de países estudiados.
- Profundización en el estudio y proyecto de la adaptación de las viviendas existentes para el uso de los enfermos de Alzheimer y sus familias y/o cuidadores y, sobre todo, en el diseño de viviendas de nueva planta adaptables a las necesidades cambiantes de este colectivo de personas.
- Reelaboración del "Manual de Buenas Prácticas de La Caixa", puesto que hace referencia a algunas medidas de diseño para las viviendas de los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores, pero faltaría concretar los criterios de proyecto y diseño, para que cualquier arquitecto que tuviera que intervenir en un proyecto de adaptación de una vivienda para un enfermo de Alzheimer pudiera conocer de antemano, y de forma generalizada, los requerimientos necesarios para facilitar la vida cotidiana del enfermo y su familia o cuidador, permitiendo que los primeros habiten en sus viviendas el mayor tiempo posible.

11. CONCLUSIONES

La conclusión más importante que se extrae de este TFG es que, desde la disciplina de la arquitectura, hay que centrar el esfuerzo de la investigación destinada a los enfermos de Alzheimer en el diseño de entornos a escala doméstica, de forma que permita la mayor integración de los mismos y que puedan permanecer el máximo tiempo en sus hogares (hecho que se ha demostrado que retrasa el progreso de la enfermedad, con la ventaja que es una solución más económica para las Administraciones y, por lo tanto, para la sociedad del bienestar). Por consiguiente, el reto que plantea esta investigación consiste en una profundización, estudio y proyecto de la adaptación de las viviendas existentes para el uso de estos enfermos y sus familias y/o cuidadores y, sobre todo, en el diseño y proyección de viviendas de nueva planta adaptables a las necesidades cambiantes de este colectivo de personas.

Al comparar las experiencias internacionales y europeas con las españolas que relacionan la arquitectura y el Alzheimer, se puede ver que en España son intervenciones puntuales en la escala intermedia de equipamientos y en la escala doméstica, de la mano de familiares de los enfermos o asociaciones y organismos, y que no tienen un planteamiento a una escala mayor, a una escala urbanística, como es el caso del resto de los países estudiados, que constan de un Plan Nacional de Demencia (Estados Unidos, Australia, Corea del Sur, Reino Unido, Francia y Holanda).

Esta comparativa a nivel del Alzheimer entre España y otros países se puede extrapolar al problema del envejecimiento de la población, que actualmente tampoco está considerado en España a nivel urbanístico, con medidas que establezcan una dotación mínima de viviendas adaptables a sus habitantes, en función de las necesidades cambiantes de los mismos conforme tienen mayor edad. En ese sentido, se podrían incorporar algunas de las medidas de los Planes Nacionales de otros países como Francia, que reserva un número de viviendas para estos colectivos, y también realiza un etiquetado de viviendas en las que residen personas con Alzheimer.

De esta forma, tras haber analizado las experiencias nacionales e internacionales en las tres escalas de intervención: escala urbanística (Planificaciones Nacionales), escala intermedia (equipamientos y edificios para enfermos de Alzheimer) y escala doméstica, se llega a la conclusión de que la escala en la que hay que centrar el esfuerzo de investigación es la doméstica, por las siguientes razones:

- Hay un aumento exponencial del número de afectados por la enfermedad del Alzheimer, y un descenso de la edad con la que se adquiere la misma.
- El enfermo desea habitar en su vivienda en lugar de ingresar en centros de atención colectiva, hecho que se ha demostrado que retrasa el progreso de la enfermedad y que a su vez es una solución más económica para las Administraciones y, por lo tanto, para la sociedad del bienestar.

Por este motivo, las investigaciones deberían dirigirse tanto a plantear y normalizar criterios para la adaptación de viviendas existentes, como a criterios de diseño de viviendas de nueva planta adaptables a las necesidades cambiantes de este colectivo (como se proponía en el Proyecto Villafal de Trébugo), en las que en las primeras fases de la enfermedad el enfermo habitaba toda la vivienda, mientras que a medida que ésta avanzaba, se reducía el espacio en el que interactuaba el enfermo, hasta terminar en el dormitorio en las fases terminales.

Por consiguiente, la vivienda se convierte en germen de actuaciones extrapolables a cualquier escala del contexto urbano, marcando pautas e hitos, en aspectos como accesibilidad, seguridad, autonomía e independencia, y por lo tanto también la ciudad en su configuración formal y la estructura organizativa de la misma.

A lo largo del desarrollo de la investigación, se puede observar una completa falta de sistematización, normativa y publicaciones en España que regulen el tema de la Arquitectura y el Alzheimer, hecho que dificulta que se avance en esta materia. Por este motivo, sería recomendable traducir y editar publicaciones en español acerca de la arquitectura y el Alzheimer, ya que se conseguiría una mayor difusión de la capacidad de la arquitectura y el diseño de espacios para mejorar la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores.

En ese sentido, sería conveniente la reelaboración del "Manual de Buenas Prácticas de La Caixa", puesto que hace referencia a algunas medidas de diseño para las viviendas de los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores, pero faltaría concretar los criterios de proyecto y diseño, para que cualquier arquitecto que tuviera que intervenir en un proyecto de adaptación de una vivienda para un enfermo de Alzheimer pudiera conocer de antemano, y de forma generalizada, los requerimientos necesarios para facilitar la vida cotidiana del enfermo y su familia o cuidador.

Finalmente, para que en el futuro se establezca un número de viviendas que diseñar de forma que sean adaptables para las personas mayores o con demencia, sería recomendable que esto se recogiese en un Plan Nacional de Demencia, con la colaboración activa de arquitectos para resolver adecuadamente las necesidades de este sector de la población en aumento. Dicho Plan Nacional de Demencia debería dar respuesta a las siguientes cuestiones:

1. Sensibilización a la sociedad y formación tanto a cuidadores como familiares y profesionales de la salud (con la participación de todos los grupos de interés para la elaboración del Plan Nacional de Demencia).
2. Apoyo en el hogar al enfermo y a los cuidadores.
3. Dotación mínima de viviendas adaptables para enfermos de Alzheimer.
4. Criterios para la adaptación de viviendas existentes y pautas de diseño de viviendas de nueva planta adaptables a las necesidades cambiantes de los enfermos y sus cuidadores.
5. Compromiso de financiación por parte de los organismos públicos o iniciativas privadas.
6. Control de progreso del Plan Nacional.

12. BIBLIOGRAFIA

LIBROS, ARTÍCULOS Y PUBLICACIONES.

- ABIZANDA P. y JORDÁN J. (Directores). (2011). *Conocer para aceptar enfermedad de Alzheimer*. 1ª Edición. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 122 p. (Ediciones institucionales; 93).
- AGUILAR, Miguel (2004). *Gestión y asistencia en demencias*. Morera, Jaume y Matías-Guiu, Jordi. (Editores). Barcelona: Grupo Saned, D.L.
- ALBERCA SERRANO, Román y LÓPEZ POUSA, Secundino (Directores). (2010). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. 4ª Edición. Madrid: Médica Panamericana.
- ARRIETA ANTÓN, Enrique; MONFORTE PORTO, Jesús. (2005). *El cuidador familiar enfermo*. Coords. González Rodríguez, Víctor Manuel y González Correales Ramón. Madrid: Novartis, D.L. 57 p. (Retos en la salud mental del siglo XXI en atención primaria).
- BEST, Richard (APPG Inquiry Chair) y PORTEUS, Jeremy (APPG Inquiry Secretary). (Noviembre 2012). *Housing our Ageing Population: Plan for Implementation*. HAPPI 2012.
- CHMIELEWSKI, Emily, EDAC, EASTMAN Perkins. (2015). *Excellence in Design: Optimal Living Space for People with Alzheimer's Disease and Related Dementias*. 1ª Edición. Alzheimer's Foundation of America.
- DI VÉROLI, Débora. (2012). *Alzheimer y Arquitectura*. Nobuko / SCA. 2012.
- GUISET MARTÍNEZ, Marie. (2008). *Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevo escenario. Guía de Orientación para la práctica profesional*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- MALDONADO MELIÁ, S y Otros. (1999). *Mantener la autonomía de los enfermos de Alzheimer, guía de consejos prácticos para vivir el día a día*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- QUESADA-GARCÍA, Santiago y Otros. (2013). *El Espacio y el Tiempo en la enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Pilar. (2012). *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención*. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.
- VARIOS. (2012). *Imperfect Health. The Medicalization of Architecture*. Canadian Centre for architecture, Lars Müller Publishers.
- VICTOR REGNIER, Faia. (2002). *Design for Assisted Living*. N.W. John Wiley and Sons.

WEBGRAFÍA.

EL ALZHEIMER.

- AA.VV. (2016). *AFA Málaga*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.alzheimermalaga.org/>
- AA.VV. (2016). *AFAL contigo*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.afal.es/>
- AA.VV. (2016). *CEAFA*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.ceafa.es/>
- AA.VV. (2016). *CRE Alzheimer Salamanca*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/index.htm
- AA.VV. (2016). *Fundación Alzheimer España*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: www.alzfae.org
- AA.VV. (2016). *Fundación Pasqual Maragall*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <https://fparagall.org/>

- AA.VV. (2016). *Fundación Reina Sofía. Proyecto Alzheimer*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: http://www.fundacionreinasofia.es/ES/proyecto_alzheimer/Paginas/default.aspx
- AA.VV. (06/06/2016). *Las personas mayores preferimos vivir en nuestra casa el mayor tiempo posible*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://mayormente.com/las-personas-mayores-preferimos-vivir-en-nuestra-casa-el-mayor-tiempo-posible/#>
- AA.VV. (19/04/2016). *Un 15% de los enfermos de Alzheimer viven solos*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.elperiodico.com/es/noticias/ciencia/los-enfermos-alzheimer-viven-solos-5066827#>
- EFE BARCELONA. (27/05/2016). *Tres de cada 10 enfermos de Alzheimer vive solo*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.elperiodico.com/es/noticias/sanidad/tres-cada-diez-enfermos-alzheimer-vive-solo-5162622>
- QUESADA-GARCÍA, Santiago. (21/09/2014). *La arquitectura de los recuerdos*. Málaga: Diario SUR. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: https://santiagoquesada.blogspot.com.es/2014/09/la-arquitectura-de-los-recuerdos_21.html
- WIKIPEDIA: Utilización para conceptos teóricos.

ESCALA URBANÍSTICA: PLANIFICACIONES NACIONALES.

- ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. (Abril 2012). *National Alzheimer and Dementia Plans Planned Policies and Activities. Early Detection, Access to Diagnosis, and Stigma Reduction*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/national-alzheimer-and-dementia-plans.pdf>
- AA.VV. (29/09/2014). *Dutch Dementia Care Plan*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/Netherlands>
- AA.VV. (05/01/2016). *France. National Dementia Strategies*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/France>
- AA.VV. (2016). *Government Alzheimer Plans*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.alz.co.uk/alzheimer-plans>
- AA.VV. (2016). *Ideas y recomendaciones para desarrollar y ejecutar un Plan Nacional de Demencia*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/global-dementia-plan-report-SPANISH.pdf>
- AA.VV. (2016). *National Dementia Strategies*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/>
- AA.VV. (2015). *National Framework for Action on Dementia 2015-2019*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/09_2015/national-framework-for-action-on-dementia-2015-2019.pdf
- AA.VV. (2013). *National Plan to address Alzheimer disease: 2013*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <https://aspe.hhs.gov/national-plan-address-alzheimer%E2%80%99s-disease>
- AA.VV. (2014). *Plan Maladies Neuro-Dégénératives. 2014-2019*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: www.alzheimer-europe.org/content/download/86515/554682/file/2014%20Plan%20maladies%20neuro%20degeneratives.pdf
- AA.VV. (30/09/2014). *Spain. National Dementia Strategies*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/Spain>
- CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL. (2007). *Plan Andaluz de Servicios Sociales para Alzheimer*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.asociacion-adae.org/actualidad/Plan%20Alzheimer.pdf>
- CONSEJERÍA DE SALUD. (2007). *Plan Andaluz de Alzheimer. 2007-2010*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_alzheimer/plan_alzheimer_2007_2010/plan_andaluz_alzheimer_2007.pdf
- SKLADZIEN, Ellen; y BOWDITCH, Katherine (Octubre 2011). *National Strategies to address Dementia. A report by Alzheimer's Australia*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/09_2015/national-framework-for-action-on-dementia-2015-2019.pdf

ESCALA INTERMEDIA: EQUIPAMIENTOS Y EDIFICIOS.

- AA.VV. (10/04/2014). *Abre sus puertas Villafal, un centro pionero en el tratamiento del Alzheimer*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://geriatricarea.com/abre-sus-puertas-villafal-un-centro-pionero-en-el-tratamiento-de-alzheimer/>
- AA.VV. (20165). *Centro Alzheimer de la Fundación Reina Sofía. Estudio Lamela Arquitectos*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://www.lamela.com/proyecto.php?idProyecto=496&tipo=subtipo&idClasif=&idSubcl=>
- AA.VV. (24/07/2015). *Proyecto: centro de atención para enfermos de Alzheimer. Madrid*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://m.exam-10.com/ekonomika/12070/index.html>
- AA.VV. (2016). *Villafal Trébago*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://proyectoalzheimerentrebago.blogspot.com.es/>
- DÍAZ PINTO, Alberto. (07/02/2015). *En Holanda existe un pueblo especial para las personas que sufren demencia*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://lavozdelmuro.net/en-holanda-existe-un-pueblo-especial-para-las-personas-que-sufren-demencia/#>
- DOVAS. (2015) *Este increíble pueblo permite a los enfermos de demencia senil vivir de forma normal y segura*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://www.boredpanda.es/pueblo-ancianos-demencia-de-hogewey/>
- MERINO, Antonia (2015). *Mira esta increíble villa holandesa creada sólo para personas con demencia senil*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://www.accionpreferente.com/mundo/mira-esta-increible-villa-holandesa-creada-solo-para-personas-con-demencia-senil/>
- ROMAZ, Ana. (15/06/2013). *Hogeweyk, un pueblo que ofrece una vida digna a enfermos con Alzheimer*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://www.hechosdehoy.com/hogewey-un-pueblo-que-ofrece-una-vida-digna-a-enfermos-con-27796.htm>
- SÁNCHEZ MONGUE, MARÍA. (26/09/2011). *La arquitectura se vuelca en los enfermos de Alzheimer*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/09/23/neurociencia/1316796637.html>
- SOMOS PACIENTES. (15/04/2014). *AFAL contigo inaugura su centro Villafal en Paracuellos del Jarama*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://www.somospacientes.com/noticias/asociaciones/afalcontigo-inaugura-su-centro-villafal-en-paracuellos-del-jarama/>
- VIDA MODERNA. (23/03/2013). *Conozca el pueblo del Alzheimer*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/conozca-pueblo-del-alzheimer/337694-3>

ESCALA DOMÉSTICA: VIVIENDA PARA EL ENFERMO Y SU CUIDADOR.

- AA.VV. (2016). *Adaptación de la vivienda*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://afate.es/adaptacion-de-la-vivienda/>
- AA.VV. (12/09/2015). *Adaptar la vivienda*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://www.alzfae.org/cuidador/139-ayudas-tecnicas/adaptar-la-vivienda>
- AA.VV. (2016). *DSDC. The Dementia Centre*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://es.dementia.stir.ac.uk/>
- AA.VV. (08/06/2016). *Housing our Ageing Population Panel for Innovation (HAPPI)*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
http://www.housinglin.org.uk/Topics/browse/Design_building/HAPPI/
- AA.VV. (01/04/2015). *La adaptación de la vivienda para enfermos de Alzheimer y sus cuidadores*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://www.ceafa.es/actualidad/noticias/adaptacion-vivienda-para-enfermos-alzheimer-sus-cuidadores>
- AA.VV. (2016). *LIBRO 3. Mantener la autonomía de los enfermos de Alzheimer. Guía de consejos prácticos para vivir el día a día*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en:
<http://www.sexne.es/downloads/libro3mantenerlaautonomiadelosenfermosdealzhei.pdf>

- AA.VV. (2016). *Material apoyo Fundación Obra Social La Caixa*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.sexne.es/area-del-ciudadano/documentos-de-interes/libros-de-ayuda-en-deterioro-cognitivo/material-apoyo-fundacion-obra-social-la-caixa.php>
- AA.VV. (2015). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/21011alzheimer.pdf>
- BEST, Richard (APPG Inquiry Chair) y PORTEUS, Jeremy (APPG Inquiry Secretary). (Noviembre 2012). *Housing our Ageing Population: Plan for Implementation*. HAPPI 2012. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: <http://www.housinglin.org.uk/library/Resources/Housing/Support materials/Other reports and guidance/Housing our Ageing Population Plan for Implementation.pdf>
- MARSHALL, Mary (2016). *Principles of designing for people with dementia*. Consultado el 20 de Julio de 2016 en: http://www.studiearena.nl/uploads/archief/1302_Dementievriendelijke_Architectuur_en_Inrichting/mary_marshall.pdf

