
Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias en Chile.
Propuesta de un Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias.



Corporación Profesional de Alzheimer y Otras Demencias
E-mail: consultas@coprad.cl / www.coprad.cl

Autores:

Dra. Andrea Slachevsky, COPRAD-SONEPSYN

Dra. Paulina Arriagada, SONEPSYN

Ing. Jorge Maturana, COPRAD

Ing. Raúl Rojas, COPRAD



Corporación Profesional de Alzheimer y Otras Demencias
E-mail: consultas@coprad.cl / www.coprad.cl

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	5
PLAN NACIONAL DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS	11
1 ¿Qué son las demencias?	11
2 ¿Qué tan frecuentes son las demencias?.....	12
2.1 Prevalencia Mundial.....	12
2.2 Prevalencia en Chile	13
2.3 Proyecciones futuras.....	14
3 ¿Por qué las demencias son una prioridad de salud pública?.....	17
3.1 Las demencias son patologías de alta frecuencia, prevalencia, costo y causantes de discapacidad.	18
3.2 Las intervenciones de salud tienen un impacto positivo en las demencias.....	23
3.3 Un sistema de salud sustentable debe afrontar el problema de las demencias.....	28
4 ¿Cómo se ha enfrentado en otros países?	28
5 Situación actual de las demencias en Chile: ausencia de un programa de atención efectivo	31
6 Propuesta	32
7 Gradualidad en la Implementación del Plan	35
8 Declaración de conflictos de interés.....	37
9 Referencias.....	39

RESUMEN EJECUTIVO

1 ¿Qué son las demencias?

Las demencias se caracterizan por un deterioro adquirido, persistente, de una o más capacidades cognitivas, generalmente asociado a alteraciones conductuales, y de severidad suficiente para causar una pérdida de la autonomía. Las principales causas de demencia son la enfermedad de Alzheimer, las demencias vasculares y otros tipos de enfermedades neurodegenerativas.

2 Las demencias son un problema mayor de salud pública

2.1 Alta Prevalencia

La prevalencia de las demencias es de 5% a 8% de los individuos entre 65-70 años. Esta se duplica a partir de los 65 años siendo de 15% a 20% en los mayores de 75 años y de 25% a 50% en los mayores de 85 años. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias afectan en la actualidad entre 24 y 37 millones de personas, cifra que podría llegar a 115 millones de aquí a 2050. En Chile, actualmente 1,06% de la población (180.000 personas) presentan Alzheimer u otra demencia. En 2050, 3.10% de la población (626.000 personas) tendrá Alzheimer u otra demencia. Con 3.432 defunciones anuales es la cuarta causa específica de muerte en Chile (OMS, 2009).

2.2 Enfermedades de alta carga

Las demencias (Alzheimer y tipo Alzheimer) figuran en el lugar 18 de las enfermedades causantes de pérdida de años de vida saludable por muerte prematura o discapacidad (Estudio sobre Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Ministerio de Salud, 2007). En el grupo de las personas mayores de 65 años, estas enfermedades figuran en el tercer lugar.

2.3 Alto Costo

El costo de la enfermedad durante el 2010 fue de US\$604.000 millones, equivalente al PIB de Suiza (la 18ª economía del mundo en términos de PIB. El costo asociado a las demencias incluye costos directos e indirectos. El costo directo corresponde a los gastos médicos (consultas médicas, medicamentos y exámenes) y los costos sociales (costos de institucionalización, pago de cuidadores profesionales). El costo indirecto corresponde al gasto asociado a los cuidados aportados a los pacientes con demencias por cuidadores no remunerados. Basado en el PIB, Wimo, Winblad & Jonsson (2010) estimaron que en los países Latinoamericanos: i) El costo directo es de 4.943 dólares anuales por paciente; ii) El costo indirecto es de 8.974 dólares anuales por paciente y iii) El costo total de 13.917 dólares anuales por paciente.

2.4 Consecuencias importantes en el entorno: el segundo paciente. Impacto en los cuidadores informales no remunerados o familiares.

A medida que la demencia avanza, el paciente requiere una mayor asistencia y supervisión en las actividades de la vida diaria. En la mayoría de los casos, esta labor es realizada por un cuidador informal no remunerado, usualmente un familiar. El cuidado de pacientes con demencia se asocia a índices muy importantes de sobrecarga, alta prevalencia de trastornos de salud mental y disfunción familiar. Los cuidadores también ven mermadas sus capacidades laborales.

3 Las intervenciones de salud tienen un impacto positivo en las demencias

Más allá del problema ético que significa no prestar una adecuada atención de salud a los pacientes con demencia, diversos estudios muestran que las intervenciones de salud tienen un impacto positivo en los pacientes, sus familias y la sociedad. La prevención contribuye a retardar el inicio de la enfermedad. Retardar el inicio de la enfermedad en cinco años disminuirá en 57% el número de pacientes con la enfermedad. Por otro lado, medidas socio-sanitarias, tales como la organización de los diferentes niveles de atención de la red del sistema de salud con la creación de Unidades de Memoria, la instauración de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y el apoyo social, contribuyen significativamente a disminuir el impacto de las demencias en los pacientes, en su entorno y en nuestra sociedad.

4 ¿Qué pasará si no hacemos nada? El efecto Alzheimer

La sustentabilidad de los sistemas de salud pública, entendida como su viabilidad económica a largo plazo con un nivel de calidad sostenido, es una necesidad reconocida internacionalmente. La carencia de estrategias estatales, políticas y planes concretos de apoyo a la investigación, prevención y tratamiento del Alzheimer y otras demencias termina generando costos para el sistema de salud más altos que los que generaría la implantación y operación de un plan de atención adecuado. Peor aún, estos costos crecen año a año, poniendo en riesgo la sustentabilidad del sistema de salud pública de nuestro país, con consecuencias que deberán soportar las generaciones futuras.

5 ¿Qué hacer frente a las demencias? Recomendaciones internacionales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional de Alzheimer (ADI) solicitó en un reciente informe a los gobiernos y a los responsables políticos que declaren las demencias como una prioridad de salud pública e instauren las medidas para abordar esa prioridad (<http://www.alz.co.uk/WHO-dementia-report>). La OMS y la ADI proponen que los gobiernos desarrollen e implementen Planes Nacionales para las Demencias.

6 Situación actual de las demencias en Chile: ausencia de un programa de atención efectivo

Carecemos en nuestro país de planes y programas que ofrezcan una atención socio-sanitaria de calidad a los pacientes con demencia y su entorno y que permitan disminuir el impacto de estas enfermedades en nuestra sociedad.

7 Propuesta de un Plan Nacional de Alzheimer y Otras Demencias

Considerando: i) la realidad actual de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en Chile, ii) la carencia de programas de atención efectivos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias y iii) que aproximadamente el 90% de los adultos mayores en Chile están afiliados a FONASA y se atienden preferentemente en el Sistema Público de Salud,

Estimamos urgente reconocer a las Demencias como una prioridad socio-sanitaria e implementar un Plan Nacional de Alzheimer y Otras Demencias que permita:

- disminuir el impacto de estas enfermedades en el país y
- mejorar la calidad de vida de los pacientes con demencias y sus familias.

Para lograr ambos objetivos, el Plan Nacional de Alzheimer y Otras Demencias debe incluir acciones socio-sanitarias y articularse en torno a cuatro ejes principales

Eje 1: Garantizar a los pacientes con demencia y sus familias el derecho a una vida digna y a una atención y tratamiento de calidad con efectividad comprobada.

Eje 2: Fomentar la investigación en demencias y formar recursos humanos capacitados para la atención de los pacientes y sus cuidadores.

Eje 3: Fomentar la prevención de la enfermedad de Alzheimer y enfermedades relacionadas.

Eje 4: Crear conciencia en la población de la importancia de las demencias e impulsar la solidaridad y una reflexión ética en torno a las demencias.

Entendemos que estos objetivos son ambiciosos y solo son alcanzables a largo plazo; sin embargo el desarrollo e implementación de un Plan Nacional para el Alzheimer y otras Demencias, guiado por los ejes indicados, es una medida imprescindible para disminuir el impacto de estas enfermedades en nuestro país y permitir que los pacientes con demencia y sus familias mejoren su calidad de vida y puedan ejercer el derecho a una vida digna. La implementación de un Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias requiere diseñar un Plan de Acción que contemple etapas de implementación sucesivas incluyendo Programas Pilotos en comunas o regiones.

**PLAN NACIONAL DE ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS**

PLAN NACIONAL DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

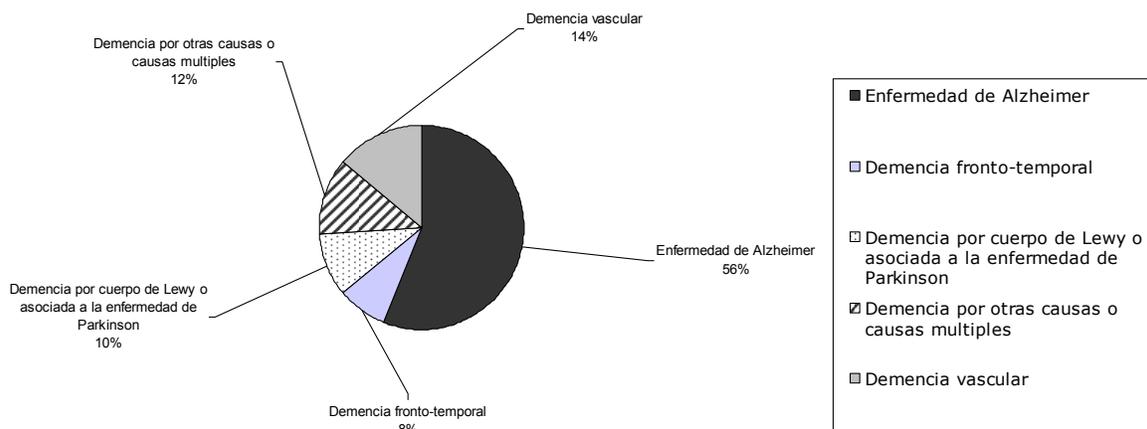
1 ¿Qué son las demencias?

Las demencias son un tipo de síndrome clínico producido por una amplia variedad de trastornos, reversibles o irreversibles, de severidad leve, moderada o severa, que presentan las siguientes características:

- Se produce un deterioro adquirido persistente de una o más capacidades cognitivas (memoria, lenguaje, habilidades viso espaciales y/o funciones ejecutivas), acompañado generalmente de alteraciones conductuales.
- El deterioro es de severidad suficiente para causar una disminución de la autonomía del paciente. El deterioro interfiere con el rendimiento laboral, las interacciones sociales o la capacidad de realizar actividades de la vida diaria.
- El paciente requiere de manera creciente la asistencia de otras personas para realizar sus actividades. Al inicio se los debe asistir en las actividades complejas de la vida diaria, como administrar el dinero, pagar las cuentas y tomar los medicamentos, mientras que más adelante es necesario asistirlos en actividades más básicas: vestirse, realizar la higiene personal o alimentarse.

Los principales tipos de demencia y sus frecuencias relativas aparecen en la figura 1.

Figura 1: Principales tipos de demencia



LAS DEMENCIAS SON ENFERMEDADES CARECTERIZADAS POR

- UN DETERIORO ADQUIRIDO DE LAS CAPACIDADES COGNITIVAS
- PERDIDA DE LA AUTONOMIA EN LA VIDA DIARIA

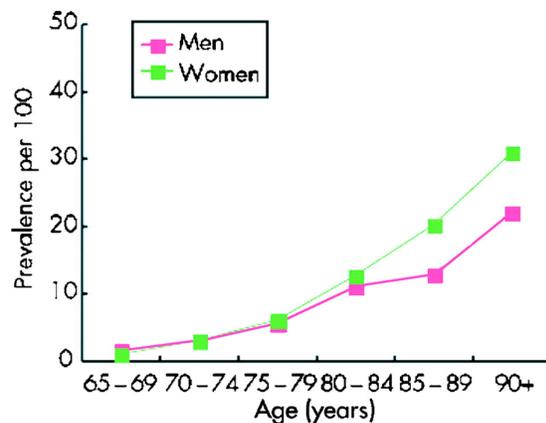
2 ¿Qué tan frecuentes son las demencias?

El envejecimiento gradual de nuestra población y la alta prevalencia de las demencias en personas de edad mayor hace que la frecuencia de estas enfermedades aumente constantemente.

2.1 Prevalencia Mundial

- La enfermedad de Alzheimer y otras Demencias afectan en la actualidad entre 24 y 37 millones de personas, cifra que podría llegar a 115 millones de aquí a 2050 (Wimo and Prince 2010)
- La prevalencia es de 5% a 8% de los individuos entre 65-70 años. Esta se duplica a partir de los 65 años siendo de 15% a 20% en los mayores de 75 años y de 25% a 50% en los mayores de 85 años (Kukull and Ganguli 2000); (Ritchie and Lovestone 2002)
- Diversos estudios internacionales han mostrado que las demencias afectan a entre 5% y 8% de los individuos mayores de 65 años. La prevalencia de las demencias se duplica cada 5 años, alcanzando a entre 15% y 20% de los mayores de 75 años y entre 25% y 50% de los mayores de 85 años (Kukull and Ganguli 2000); (Ritchie and Lovestone 2002)

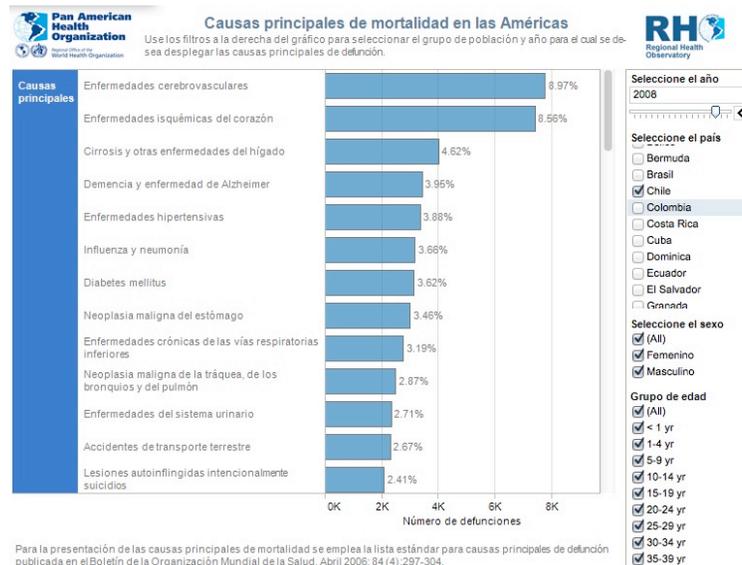
Figura 2: Prevalencia de demencias según edad (Lobo, Launer et al. 2000)



2.2 Prevalencia en Chile

- La Encuesta Nacional de la Dependencia de las Personas Mayores (ENDPM) reportó una prevalencia de demencia de 8,5%, en mayores de 60 años (9.1% en mujeres y 7.4% en hombres). A partir de los 75 años se aprecia un aumento exponencial, alcanzando 10.1% las personas entre 75-79 años y 32.6% en los mayores de 65 años (González, Massad et al. 2009).
- La Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009 -2010 reportó que 10,4% de los adultos mayores presentan un deterioro cognitivo y 4,5% un deterioro cognitivo asociado a discapacidad (ENS Chile 2009-2010 2010).
- En Chile 11,2% de la población es mayor de 60 años, por lo que existiría, al menos, 181000 personas con demencia y aproximadamente 2.000.0000 personas sufrirían las consecuencias de las demencias, incluyendo pacientes y familiares (INE CENSO 2002; ENDPM 2009).
- Debido al envejecimiento de la población, en el 2025 habrá en Chile tantos adultos mayores como jóvenes menores de 15 años, conllevando a un incremento considerable de los pacientes con demencia en el transcurso de las próximas décadas.
- Con 3.432 defunciones es la 4ª. causa específica de muerte en Chile (OMS, 2009)¹ (figura 3).

Figura 3: Causa de muerte en Chile (OMS 2009)



¹ http://ais.paho.org/phis/viz/mort_causasprincipales_lt_oms.asp

2.3 Proyecciones futuras

- En el Chile actual, se estima que hay 2.213.486 adultos mayores de 60 años que representan un 12,95% de la población. Para el 2050 se estima en 5.698.093 la cantidad de adultos mayores de 60 años alcanzando un 28,20% de la población. (ver tabla 1 & figura 4,5 y 6).
- Se estima que para el año 2050 la población mayor de 70 años superará en un 45% a los menores de 10 años, y habrá más adultos mayores de 80 años que niños menores de 4 años.
- El mayor aumento de población de aquí al 2050 se producirá categóricamente en los tramos de edad que van de los 50 a los 80 años, disminuyendo dramáticamente la población de los menores de 30 años.
- El índice de envejecimiento de la población en Chile presenta un sostenido crecimiento exponencial, estimándose que para el 2020 por cada 100 niños menores de 15 años habrá 86 adultos mayores de 60 años.

Tabla 1.- Comparación de población por tramo de edad entre 2010 y 2050 (Fuente: INE, Proyecciones de Población y COPRAD)

Edad	2010	2050
0-9	2.485.822	2.221.691
10-19	2.817.252	2.284.718
20-29	2.783.087	2.410.084
30-39	2.405.747	2.477.099
40-49	2.481.138	2.431.544
50-59	1.907.793	2.681.550
60-69	1.210.956	2.487.172
70-80+	1.002.480	3.210.921

Figura 4: Proyecciones del envejecimiento 1960- 2050. Porcentaje de población mayor a 60 años (Fuente INE)

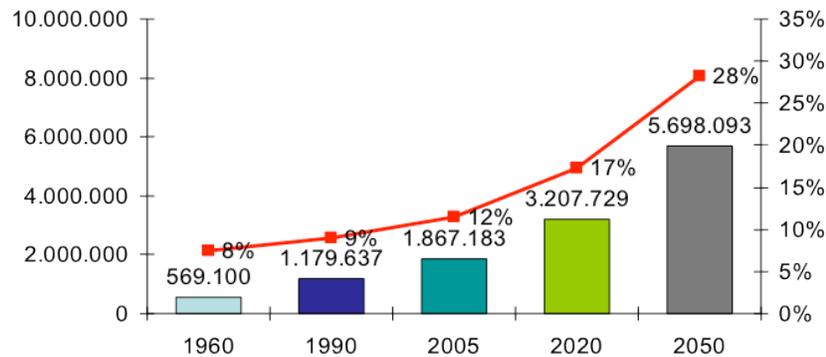


Figura 5: Índice de envejecimiento. Representa el número de adultos mayores de 60 por cada cien niños menores de 15 años (Fuente: INE, Proyecciones de Población y COPRAD)

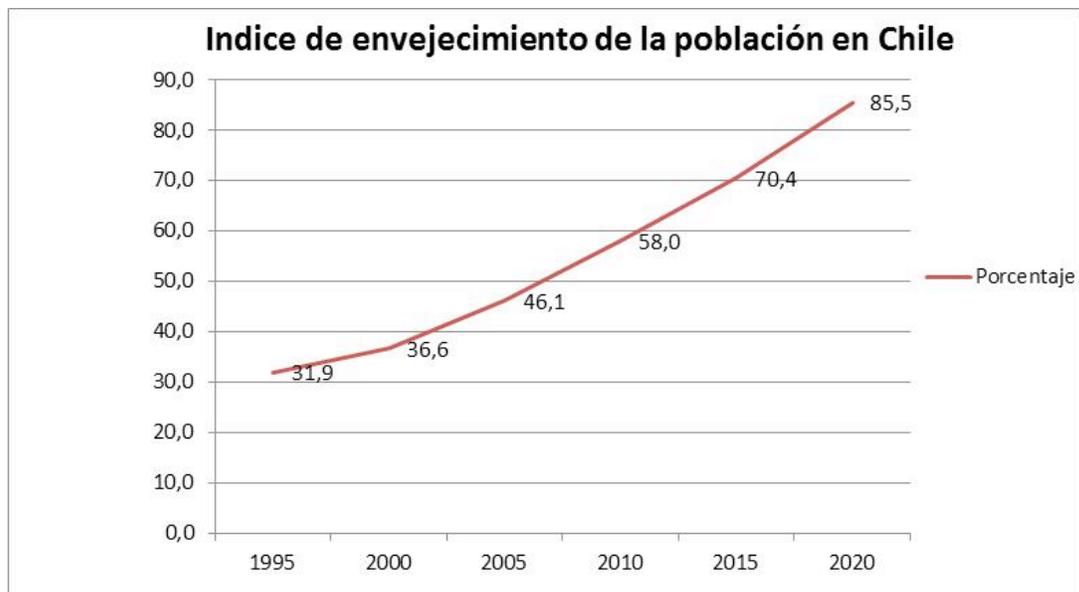
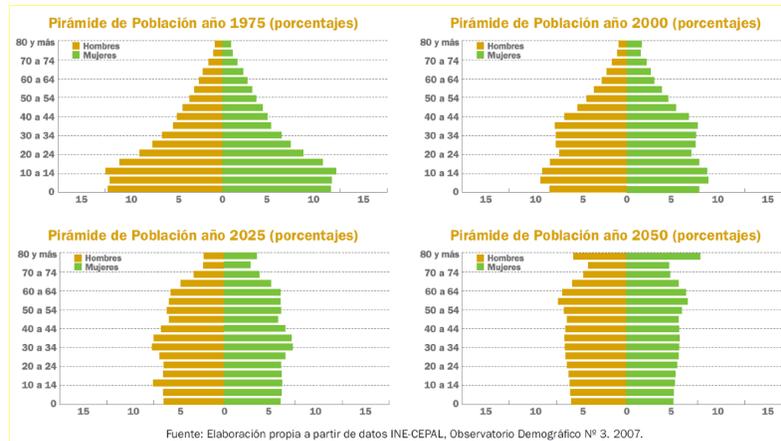


Figura 6 : Modificación de la pirámide poblacional de Chile 1975-2050 (Fuente INE)



Basándose en la proyección del envejecimiento de la población en Chile, se estima que en 2025 habrá tantos adultos mayores como jóvenes menores de 15 años (ver figuras 3a y 3b). Esto se traducirá en un incremento considerable de los pacientes con demencia en el transcurso de las próximas décadas (figura 7 y tabla 2).

Figura 7: Proyecciones de Número de Personas con Demencias en Chile (Fuente INE ; ENDPM y COPRAD)

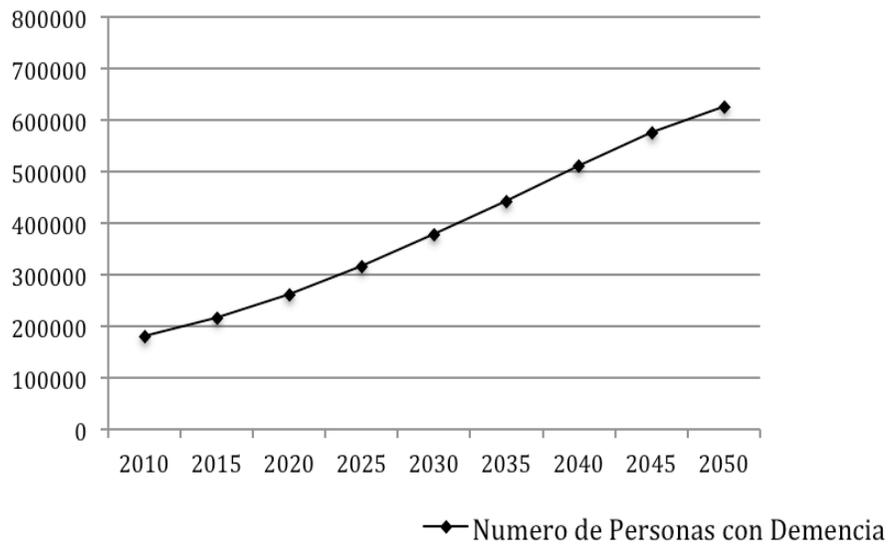


Tabla 2: Proyección del número de personas con demencia entre el año 2010 y 2050
(Fuente: INE- ENDPM - COPRAD)

Año	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Nº de personas con demencia	181795	218111	261576	317921	378524	442840	512338	577348	626637

3 ¿Por qué las demencias son una prioridad de salud pública?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional de Alzheimer (ADI) solicitó en un reciente informe a los gobiernos y los responsables políticos que declaren la demencia como una prioridad de salud pública e instauren medidas para enfrentar esa prioridad (<http://www.alz.co.uk/WHO-dementia-report>)

Las demencias, en particular la enfermedad de Alzheimer, cumplen todos los criterios para ser consideradas un problema mayor de salud pública (Dartigues, Helmer et al. 2002), (ver tabla 3).

Tabla 3: Criterios para calificar a las demencias como un problema mayor de salud pública
(Dartigues, Helmer et al. 2002)

Criterio	Evaluación
Alta frecuencia de la enfermedad	Las demencias son una patología de alta frecuencia.
Prevalencia en aumento	La prevalencia de las demencias está en aumento debido al envejecimiento poblacional.
Consecuencia importante de la enfermedad	Las demencias causan una disminución muy importante de la calidad de vida de los enfermos y sus familias.
Costo social alto	Según estudios internacionales, las demencias constituyen la tercera patología de mayor costo después del cáncer y de la patología cardíaca.

Tabla 3 (continuación): Criterios para calificar a las demencias como un problema mayor de salud pública (Dartigues, Helmer et al. 2002)

Criterio	Evaluación
Diagnóstico y tratamiento insuficiente	El sub diagnóstico es muy frecuente en las demencias y, por consiguiente, muchos pacientes no acceden a un tratamiento oportuno.
Acceso al diagnóstico y tratamiento no equitativo	El acceso al diagnóstico y tratamiento de los pacientes con demencia difiere radicalmente entre el sistema de salud público y privado.
Alto impacto en la opinión pública	Las demencias son una de las enfermedades más temidas por la población.

3.1 Las demencias son patologías de alta frecuencia, prevalencia, costo y causantes de discapacidad.

En la actualidad, al menos 180.000 chilenos tienen alguna forma de demencia, cantidad que irá en aumento. En el estudio sobre Carga de Enfermedad y Carga Atribuible 2007 realizado en Chile (Ministerio de Salud, 2007) las demencias (Alzheimer y tipo Alzheimer) figuran en el lugar 18 de las principales enfermedades causantes de pérdida de años de vida saludable por muerte prematura o discapacidad (ver tabla 4). En el grupo de las personas mayores de 65 años, estas enfermedades figuran en el tercer lugar (ver tabla 5)

Tabla 4: Principales enfermedades causantes de pérdida de años de vida saludable por muerte prematura o discapacidad, todas las edades incluidas (Ministerio de Salud de Chile 2007)

Lugar	Enfermedad	AVISA
1	Enfermedad Hipertensiva del Corazón	257.814
2	Trastornos depresivos unipolares	169.769
3	Trastornos de las vías biliares y vesícula	157.087
4	Dependencia al alcohol	124.312
5	Cirrosis Hepática	122.088
6	Accidentes de Tránsito	121.643
7	Violencia	101.675
8	Úlcera péptica	91.744
9	Trastornos de la audición de aparición en la adultez	76.406
10	Diabetes tipo II	72.230
11	Enfermedades Cerebrovasculares	70.811
12	Enfermedad Isquémica del Corazón	65.220
13	Trastornos ansiosos	62.693
14	Cataratas	60.590
15	Caídas	57.673
16	Trastornos de la visión relacionados con la edad	54.044
17	Esquizofrenia	51.624
18	Alzheimer y otras demencias	51.204
19	Obesidad	44.590
20	Trastornos de ánimo bipolar	41.213
21	Lesiones auto infringidas	41.161
22	Migraña	38.481
23	Glaucoma	38.395
24	Enfermedad Obstructiva Crónica	37.816
25	Hernia núcleo pulposo	36.253

Tabla 5: Principales enfermedades causantes de pérdida de años de vida saludable en personas de entre 60 y 70 años (Ministerio de Salud de Chile 2007)

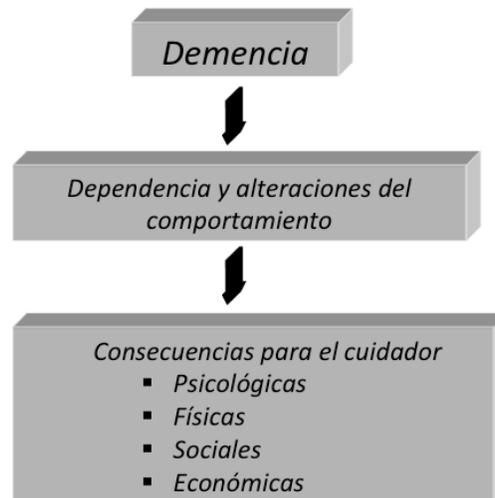
Lugar	Enfermedad	AVISA
1	Cataratas	28.350
2	Enfermedades Isquémicas del Corazón	26.506
3	Alzheimer y otras demencias	25.531
4	Diabetes tipo II	24.042
5	Enfermedades Cerebrovasculares	23.680
6	Enfermedad Hipertensiva del Corazón	23.552
7	Glaucoma	21.275
8	Trastornos de las vías biliares y vesícula	19.255
9	Cirrosis Hepática	16.036
10	Artrosis	12.833

Además de su alta prevalencia, las demencias son una de las patologías de mayor costo. El costo a nivel mundial asociado al cuidado de las personas con demencia se ha estimado en US\$ 604 mil millones de dólares en 2010 (Fuente: WORLD ALZHEIMER REPORT 2011), cifra superior a todo el producto interno bruto anual de Suiza ese mismo año, 18ª economía del orbe (Fuente: FMI).

El costo asociado a las demencias incluye costos directos e indirectos (Wimo and Prince 2010)

- El costo directo corresponde a los gastos médicos (consultas médicas, medicamentos y exámenes) y los costos sociales (costos de institucionalización, pago de cuidadores profesionales remunerados). Se estima que el costo directo es de 4.943 dólares anuales por paciente (Wimo, Winblad et al. 2010)
- El costo indirecto es una estimación del gasto asociado a los cuidados aportados a los pacientes con demencias por cuidadores no remunerados. En efecto, a medida que la demencia avanza, el paciente requiere una mayor asistencia y supervisión en las actividades de la vida diaria. En la mayoría de los casos, esta labor es realizada por un cuidador informal no remunerado, usualmente un familiar. Se estima que este costo se eleva a 8.974 dólares anuales por paciente (Wimo, Winblad et al. 2010). Adicionalmente, para evaluar la real magnitud del costo de las demencias es fundamental considerar que en la mayoría de los casos los cuidadores informales sufren un efecto adverso en su actividad laboral y serias consecuencias en su salud física y mental (ver figura 8).

Figura 8: Consecuencias de las demencias en el entorno del paciente (familia y redes sociales): El Segundo Paciente

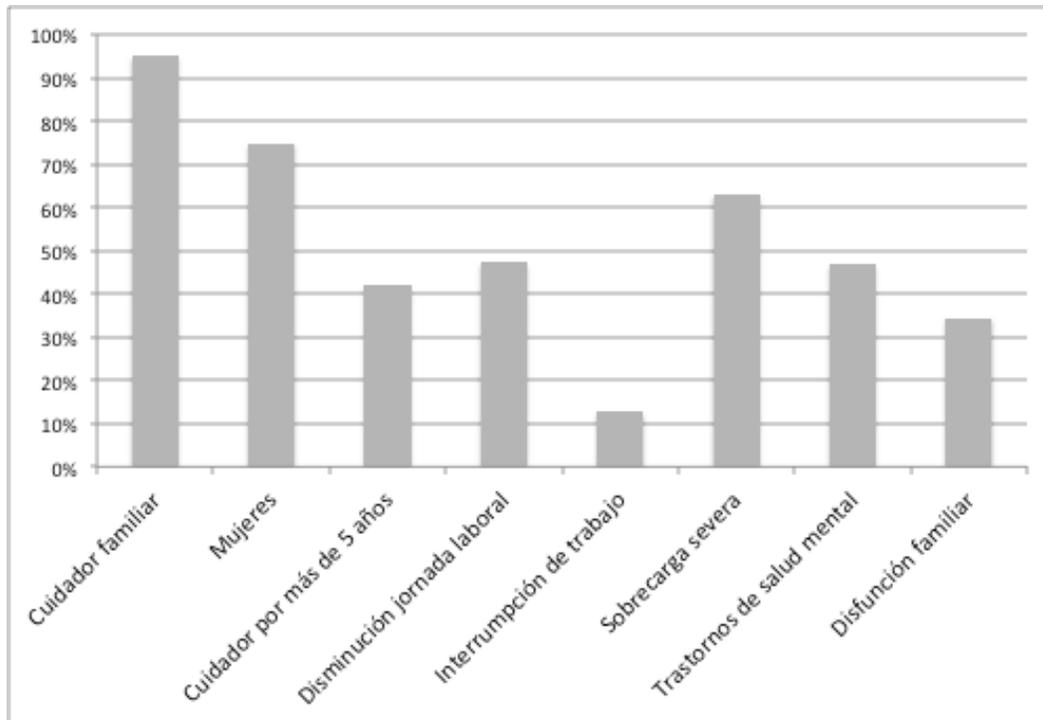


El estudio CUIDEME realizado en Chile sobre una muestra de 291 cuidadores informales de pacientes con demencia mostró que (ver figura 9):

- 95% de los cuidadores son familiares de los pacientes y 74.9% son mujeres.
- Tiempo de cuidado: un 41.9% está cuidando a un paciente desde hace más de 5 años.
- Repercusión en la productividad laboral: 12.7% de los cuidadores debió dejar de trabajar para asumir su rol de cuidador y 47.3% de los cuidadores con trabajo remunerado tuvo que reducir sus horas de trabajo por su rol de cuidador.
- Repercusión en salud mental:
 - 62.9% de los cuidadores refiere niveles de sobrecarga severa
 - 46.7% presenta trastorno de salud mental
 - 34.4% disfunción familiar

Los resultados del estudio CUIDEME concuerdan con los resultados de estudios internacionales: la capacidad laboral se encuentra afectada en el 34% de los cuidadores, 50% se jubila anticipadamente y un 39% debe cambiar de trabajo (Janssen 2001). Los principales problemas de salud que los afectan son: trastornos del sueño (46%), trastornos de ansiedad (37%), depresión (36%) y lumbago crónico (60%) (Alzheimer's Association 1999; Brodaty, Green et al. 2003).

Figura 9: Estudio CUIDEME Chile (Slachevsky, Budinich et al. 2010)



Las demencias constituyen unas de las patologías de mayor impacto para la población. No contamos con datos nacionales, pero encuestas de opinión realizadas a nivel internacional muestran que la enfermedad de Alzheimer y otras demencias están entre las enfermedades más temidas. A manera de ejemplo, citamos dos encuestas.

- En una encuesta de opinión entre mujeres francesas mayores de 35 años, la enfermedad de Alzheimer resultó ser la condición médica más temida (Nouchi 1994).
- En Estados Unidos, los mayores de 90 años temen más a la pérdida de las facultades mentales que a la muerte (Boeve, McCormick et al. 2003).

3.2 Las intervenciones de salud tienen un impacto positivo en las demencias

Más allá del problema ético que significa no prestar una adecuada atención de salud a los pacientes con demencia, diversos estudios muestran que las intervenciones de salud tienen un impacto positivo en los pacientes, sus familias y la sociedad.

3.2.1 La importancia de la prevención

Se ha calculado que si se logra retardar la aparición de las demencias se podría disminuir de manera significativa el número de pacientes con la enfermedad. Retardar el inicio de la enfermedad en 5 años disminuirá en 57% los pacientes con la enfermedad (ver tabla 6) (Brookmeyer, Gray et al. 1998).

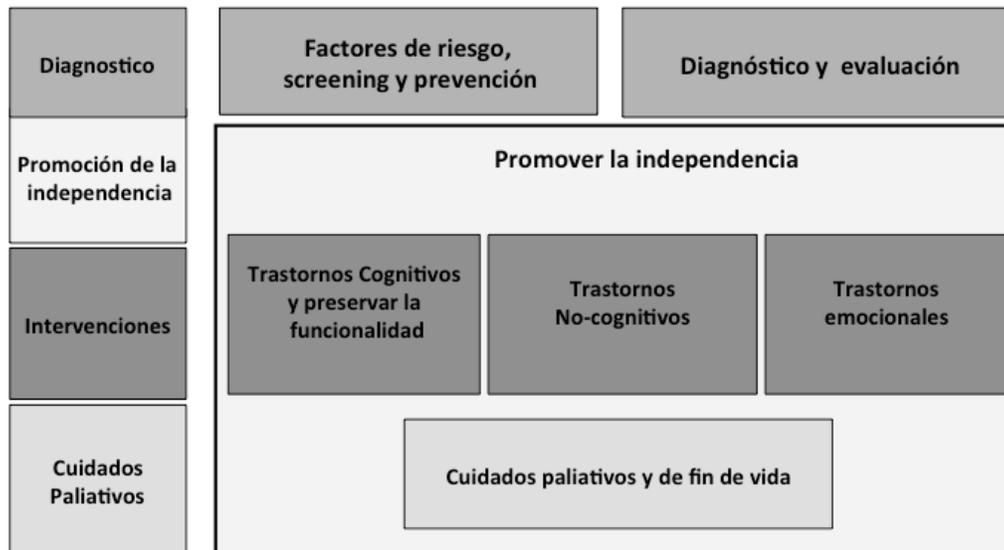
Tabla 6: Disminución del número de pacientes con demencia al retardar la edad de aparición de la enfermedad (Brookmeyer, Gray et al. 1998)

Intervención en 1998	Efecto a los 10 años (2007) Disminución de la cantidad de pacientes con la enfermedad en Estados Unidos
Retardo en 6 meses	100.000
Retardo en 1 año	210.000
Retardo en 2 años	570.000
Retardo en 5 años	1.150.000

3.2.2 Impacto positivo en los pacientes con demencia y su entorno

En Inglaterra, el National Institute for Clinical Excellence (NICE) recomienda que un Plan de Demencia debe considerar los siguientes elementos (NICE, 2006) (ver figura 10).

Figura 10: Componentes de un Plan de Demencia según el National Institute for Clinical Excellence. Inglaterra (NICE, 2006)



La evidencia actualmente disponible permite afirmar que una adecuada organización de la atención de salud centrada en Unidades de Memoria y la implementación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos contribuye significativamente a disminuir el impacto de las demencias en los pacientes y en su entorno.

3.2.2.1 La organización de la atención de las demencias: Unidades de Memoria en red con los diferentes niveles de atención

Las Unidades de Memoria están constituidas por equipos multidisciplinares enfocados al diagnóstico y tratamiento de pacientes con demencias (ver figura 11). Una Unidad de Memoria debiera ser el punto exclusivo de primera referencia para todas aquellas personas con sospecha de demencia (NICE 2006). En comparación con servicios tradicionales, las Unidades de Memoria permiten un diagnóstico precoz y más certero de las demencias y tienen alta satisfacción del usuario (Luce, McKeith et al. 2001). El diagnóstico y tratamiento de las demencias en las Unidades de Memoria ha demostrado ser superior al manejo individual menos focalizado de pacientes con demencia (Hentschel, Damian et al. 2004) y tener un impacto de vida positivo en la calidad de vida de los cuidadores (Logiudice, Waltrowicz et al. 1999)

Considerando la organización de nuestro Sistema de Salud en una Red Asistencial en que se articulan atenciones de diferentes niveles de complejidad, las Unidades de Memoria

deberían insertarse en la Red Asistencial y coordinarse con los diferentes equipos de salud de la Red. Diferentes estudios sugieren que la figura de un gestor de caso² contribuye a mejorar la atención de las personas con demencia al facilitar la integración de los diferentes niveles de atención (Koch, Iliffe et al. 2012) (Somme, Trouve et al. 2012).

3.2.2.2 Tratamiento de las demencias

El tratamiento de las demencias debe considerar el binomio paciente - cuidador. Éste consiste en tratamientos farmacológicos, tratamientos no farmacológicos y medidas de apoyo social.

- **Tratamiento farmacológico**

Se prescriben fármacos psicotrópicos para los trastornos del comportamiento y fármacos anti-demenciantes. Si bien en la actualidad no existen tratamientos curativos que permitan detener o revertir las demencias, en Estados Unidos, la FDA ha aprobado el uso de los inhibidores de la acetilcolinesterasa y la memantina para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. La evaluación de la eficacia de los tratamientos anti-demenciantes ha considerado: a) efecto sobre la cognición; b) efecto sobre los trastornos del comportamiento; c) retardo en la evolución de la enfermedad (Lopez, Becker et al. 2009)

- **Tratamiento no farmacológico**

Los tratamientos no farmacológicos están dirigidos al paciente y, eventualmente, al cuidador. Revisiones sistemáticas de la literatura médica han mostrado que las intervenciones no farmacológicas contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes y de los cuidadores (Olazaran, Reisberg et al. 2010; Vernooij-Dassen, Draskovic et al. 2011)

² La gestión de caso se define como un proceso o método dirigido a garantizar a las personas los servicios que requiere de forma coordinada, efectiva y eficiente. La gestión de casos es vista, en forma amplia, como un mecanismo dirigido a vincular y coordinar segmentos de un sistema de provisión de servicios a fin de garantizar un programa integral que satisfaga las necesidades de atención de un paciente individual.

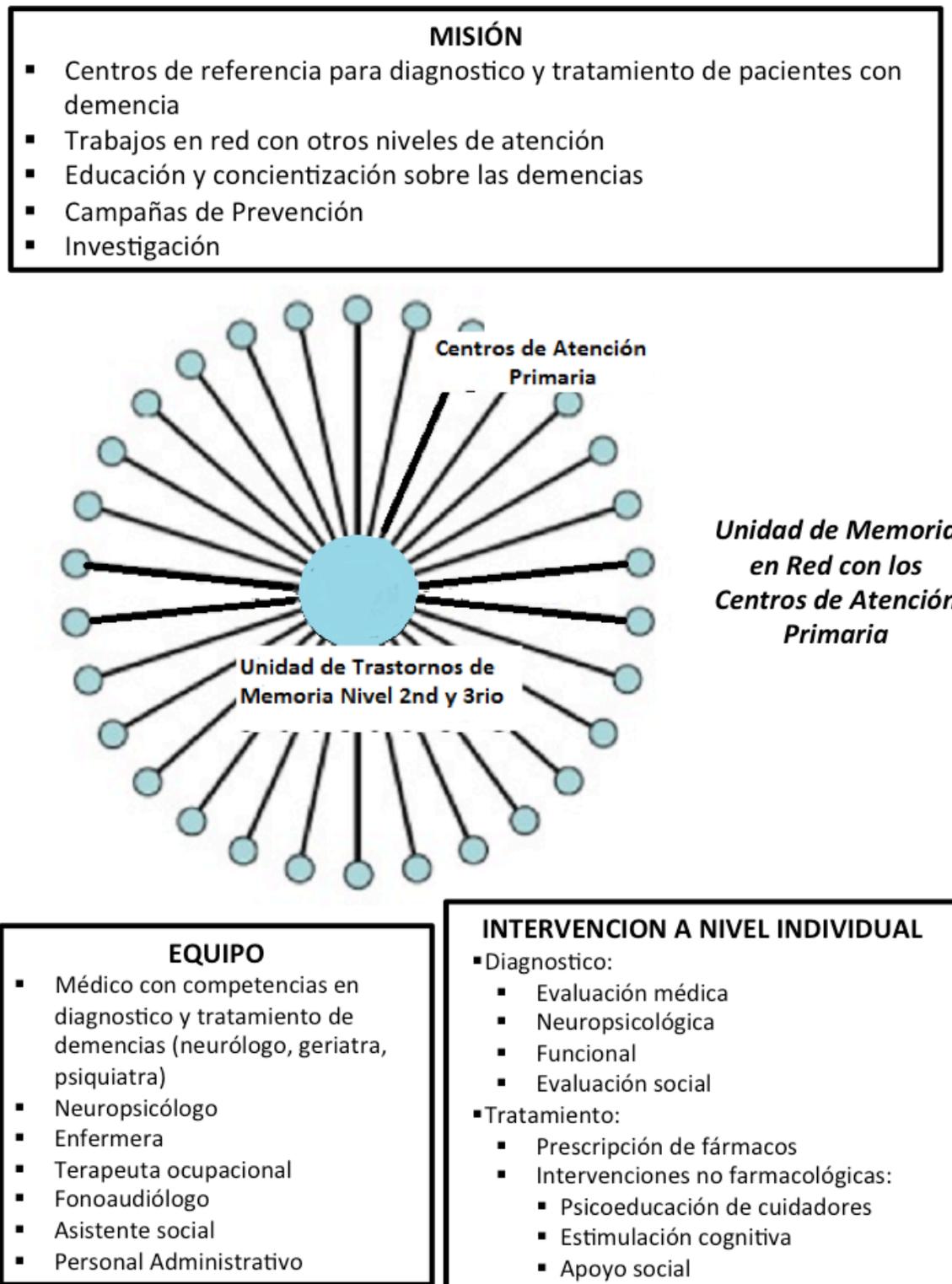
Las intervenciones dirigidas a los pacientes consisten principalmente en estimulación cognitiva orientada a maximizar las funciones cognitivas preservadas a través de la utilización de un conjunto de técnicas que incluyen actividades de estimulación de la memoria, la comunicación verbal, el reconocimiento, el ritmo y la coordinación y el esquema corporal. Existe cierta evidencia que este tipo de intervenciones mejoran la función cognitiva y la calidad de vida de los pacientes (Spector, Orrell et al. 2010; Spector, Orrell et al. 2012).

Las intervenciones dirigidas a los cuidadores buscan reducir el grado de sobrecarga y la morbilidad psíquica de los cuidadores a la vez que retardar la institucionalización de los pacientes. Dos estudios sistemáticos recientes mostraron un efecto positivo de estas intervenciones sobre la morbilidad psicológica de los cuidadores y un retardo en la institucionalización de los pacientes (Pinquart and Sorensen 2006; Vernooij-Dassen, Draskovic et al. 2011)

- **Medidas de apoyo social**

Se ha mostrado también que centros de atención diurna y de corta estadía contribuyen a mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores (NICE 2006).

Figura 11: Descripción de las Unidades de Trastornos de la Memoria



3.3 Un sistema de salud sustentable debe afrontar el problema de las demencias

La sustentabilidad de los sistemas de salud pública, entendida como viabilidad económica a largo plazo con un nivel de calidad sostenido, es una necesidad reconocida internacionalmente. La carencia de estrategias estatales, políticas y planes concretos de apoyo a la investigación, prevención y tratamiento del Alzheimer y otras demencias termina generando costos para el sistema de salud más altos que los que generaría la implantación y operación de un plan de atención adecuado. Peor aún, estos costos crecen año a año, poniendo en riesgo la sustentabilidad del sistema de salud pública de nuestro país, con consecuencias que deberán soportar las generaciones futuras. A modo de ejemplo, en el complejo e ineludible escenario de la sustentabilidad de los sistemas públicos, el ahora ex presidente de Francia Nicolás Sarkozy, declaró en Julio del 2011, en la Conferencia, International Conference on Alzheimer's Disease - AAIC 2011, al referirse a estas enfermedades: *“Como gobierno, hemos llegado a la firme convicción que la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, son uno de los problemas mayores de salud pública de nuestras sociedades, lo que concierne tanto a los países desarrollados como a los en vías de desarrollo y es más caro no hacer nada que intentar disminuir el impacto de estas enfermedades”*³. Creemos que las autoridades deben asumir responsablemente la tarea de impulsar iniciativas que mitiguen el grave problema estructural que podría generar al Estado el aumento del gasto para atender el envejecimiento de la población y el concomitante aumento de los casos de demencias. Hasta ahora, las acciones tendientes a implantar medidas efectivas en materia de sustentabilidad han sido escasas, por lo cual es prioritario reforzar los esfuerzos dirigidos a formular políticas e iniciativas en este contexto.

4 ¿Cómo se ha enfrentado en otros países?

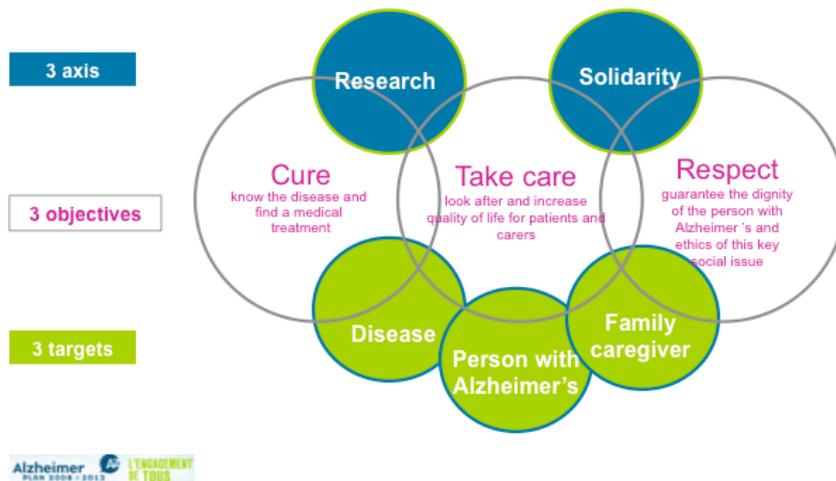
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional de Alzheimer (ADI) solicito en un reciente informe a los gobiernos y los responsables políticos que declaren las demencias como una prioridad de salud pública e instauren las medidas para abordar esa prioridad (<http://www.alz.co.uk/WHO-dementia-report>). La OMS y ADI proponen que los gobiernos desarrollen e implemente Planes Nacionales para las Demencias. Los planes nacionales son necesarios para coordinar el conjunto de acciones necesarias para enfrentar las demencias y deben buscar, entre otros

³ <http://www.alz.org/aaic/video.asp#president>

- objetivos: i) promover una sociedad solidaria con las personas con demencia; ii) hacer de las demencias una prioridad de salud pública; iii) invertir en servicios sociales y de salud para mejorar la oferta de atención socio-sanitaria para las personas con demencia y sus cuidadores; iv) mejorar la actitud de la sociedad civil y de los profesionales de la salud hacia las demencias y v) mejorar la capacitación en demencia.
- Los gobiernos de diferentes países han empezado a diseñar e implementar Planes Nacionales para la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias. Varios países, entre otros, Holanda, Noruega, Inglaterra, Escocia, Gales y Corea, han propuestos estrategias nacionales para enfrentar la crisis epidemiológica representada por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. La voluntad de diseñar políticas públicas puede ilustrarse en las declaraciones de Nicolás Sarkozy, en el congreso Alzheimer's Association International Conference (AAIC, Paris, Julio2011⁴). *“Como gobierno, hemos llegado a la firme convicción que la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, es uno de los problemas mayores de salud pública de nuestras sociedades, que concierne tanto a los países desarrollados como a los en vías de desarrollo y que es más caro no hacer nada que intentar disminuir el impacto de estas enfermedades”*
 - En Francia: En el 2008, se instaura el 3er. Plan Alzheimer 2008-2010 y se decreta a la enfermedad de Alzheimer como Primera Prioridad de Salud. El Plan Alzheimer 2008-2012 tiene 3 objetivos: i) mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus cuidadores, ii) fortalecer la investigación en torno a estas enfermedades y iii) estimular el compromiso social y la solidaridad. Las acciones de este plan están dirigidas a i) la enfermedad, es decir incrementar el conocimiento con la esperanza de encontrar una cura; ii) el paciente con demencia y iii) el cuidador.(Hein, Sourdet et al. 2011) (ver figura 12).

⁴ <http://www.alz.org/aaic/video.asp#president>

Figura 12: Principales Ejes del Plan de Alzheimer de Francia 2008-2010



- En Europa: Durante la presidencia francesa de la Unión Europea, se organizó la Conferencia *"The fight against Alzheimer's disease"* para lograr la colaboración de la Comunidad Económica Europea (CEE) en torno a la enfermedad de Alzheimer⁵. Desde la fecha, se han concretado varias acciones demostrando el interés de la CEE por estas enfermedades. El Parlamento Europeo adoptó el 5 de febrero del 2009, una declaración escrita para desarrollar un *"European Action Plan on Alzheimer's disease"*. El Parlamento Europeo propuso en diciembre del 2010 una Política Común⁶ contra el Alzheimer para mejorar la prevención, el diagnóstico precoz y reforzar la cooperación entre los Estados miembros con el objetivo de evitar el problema estructural que podría generar a los Estados el aumento del gasto para atender el envejecimiento de la población y en particular la enfermedad de Alzheimer.
- En Estados Unidos el Presidente Barack Obama promulgó en enero del 2011 el National Alzheimer's Project Act (NAPA) que fue aprobado por unanimidad de ambas cámaras de representantes. El NAPA considera la creación de un Plan Estratégico Nacional para enfrentar la crisis causada por la enfermedad de Alzheimer y coordinar los esfuerzos de los gobiernos federales e internacionales en pos del bienestar de sus ciudadanos adultos mayores y prevenir la enfermedad de Alzheimer.⁷ En Mayo 2012, el Presidente Barack Obama promulgó el *National Plan to Address Alzheimers Disease* que se divide en 3 ejes principales: i) investigación; ii) educación y iii) apoyo a los cuidadores

⁵<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/EU-Presidencies/2008-French-Presidency-Conference>

⁶<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A7-2010-0366&language=ES>

⁷<http://www.whitehouse.gov/blog/2011/01/05/another-step-forward-alzheimer-s-research-and-services>

- En Latino-América destacan México y Bolivia. México es el primer país Latino-Americano que propuso en Noviembre del 2012, un Programa General de Trabajo para un Plan de Acción Alzheimer, iniciativa que reúne a tres Institutos Nacionales de Salud –Geriatría, Neurología y Salud Pública–, al Seguro Popular y a asociaciones civiles que trabajan en torno a esta enfermedad para desarrollar conjuntamente un modelo de atención que permita hacer frente a la creciente prevalencia de casos de demencia en México⁸. En Bolivia, el Senado promulgó, el 29 de Mayo 2009, la Ley 4034 de Creación de Centros de Apoyo a Enfermos de Alzheimer y otras Demencias⁹.

5 Situación actual de las demencias en Chile: ausencia de un programa de atención efectivo

Es posible afirmar que en la actualidad no existe en nuestro país un programa de atención de las demencias que articule los distintos niveles de complejidad de la Red Asistencial y que ofrezca una atención integral orientada a mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores. Como ya se ha explicado, un programa de este tipo debiera incluir:

- Unidades de Memoria insertadas en la Red de Salud.
- Disponibilidad de tratamiento para las demencias con intervenciones psico-educativas para cuidadores de pacientes con demencia y con disponibilidad de fármacos.
- Servicios sociales que aseguren la continuidad de los cuidados en las diferentes etapas de la enfermedad y un adecuado apoyo a los familiares de los pacientes.

Con todo, podemos destacar los siguientes avances en torno a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en Chile:

- En 2001, el “Alzheimer y otras Demencias” fueron consideradas una de las prioridades programáticas del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2001).
- En 2006 fueron elaboradas las *Guías Clínicas de Trastornos Cognitivos y Demencias en el Adulto Mayor* encargadas por el Departamento del Adulto Mayor del MINSAL y destinadas a la Atención Primaria (Fuentes, Donoso et al. 2006).
- En 2009, el SENAMA constituyó una mesa de trabajo intersectorial en torno a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias que concluyó en la presentación en

⁸ http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/plan_acc_alz.html

⁹ <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2009/bolivialzheimer.htm>

noviembre del 2010 del documento de trabajo *Propuesta de Acción : Las Personas Mayores y los Trastornos Demenciantes en Chile*¹⁰ durante el Seminario Internacional de Actualización en Enfermedad de Alzheimer y otros Trastornos Demenciantes.

- En 2007 fueron elaboradas las *Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento de las Demencias* (Behrens 2007). Estas Guías están dirigidas a médicos especialistas y fueron elaboradas por el Grupo de Trabajo de Neurología Cognitiva y Demencia de la Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría de Chile.

Cabe destacar que el Ministerio de Salud incluyó el envejecimiento saludable entre sus lineamientos estratégicos. Fue en este contexto que se elaboró el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que se identifica el “Alzheimer y otras Demencias” como una de sus prioridades programáticas, señalando que “la calidad de la vida después de haber cumplido las etapas anteriores del ciclo vital es una responsabilidad ética de la máxima importancia” (MINSAL 2001). Si bien el Departamento de Salud Mental de la Secretaria de Salud Pública del MINSAL puso en marcha un programa para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, este programa controlaba en 2009 sólo a 4.742 pacientes, apenas un 2% de la cantidad total estimada de pacientes afectados. Esto hace patente la necesidad de reformular la manera de abordar este problema de salud pública.

6 Propuesta

Considerando:

- la realidad actual de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en Chile,
- la carencia de programas de atención efectivos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias,
- que aproximadamente el 90% de los adultos mayores en Chile están afiliados a Fonasa y se atienden preferentemente el Sistema Público de Salud,

¹⁰ <http://www.senama.cl/static/alzheimer.aspx>

Estimamos urgente reconocer a las Demencias como una prioridad socio-sanitaria e implementar un Plan Nacional de Alzheimer y Otras Demencias que permita:

- Disminuir el impacto de estas enfermedades en nuestro país y
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con demencias y sus familias.

Para lograr ambos objetivos, el Plan Nacional de Alzheimer y Otras Demencias debiera considerar acciones socio-sanitarias y articularse en torno a 4 ejes principales que se describen a continuación.

Eje 1: Garantizar a los pacientes con demencia y sus familias el derecho a una vida digna y a una atención y tratamiento de calidad con efectividad comprobada.

1. Diseñar e implantar un Programa Nacional de Alzheimer y Otras Demencias que incorpore medidas socio-sanitarias que articule los diferentes niveles y establecimientos de la Red Asistencial.
2. Impulsar la Creación de Unidades de Memoria en el Sistema Público, que trabajen en Red con los Centros de Atención Primaria con el objetivo de facilitar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con demencia.
3. Incorporar los trastornos por demencia al sistema de Garantías Explícitas en Salud para garantizar la oportunidad diagnóstica y el derecho al tratamiento, asegurando así:
 - El diagnóstico oportuno de las demencias en la atención primaria y la confirmación diagnóstica por especialistas según criterios de derivación debidamente establecidos.
 - El tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes y sus familiares de acuerdo a la evidencia científica comprobada.
4. Procurar adecuados servicios de apoyo a los pacientes y sus familias que aseguren la continuidad de los cuidados durante las diferentes etapas de la enfermedad, permitiendo el acceso oportuno a:
 - Centros de día para los pacientes
 - Asistencia y cuidadores domiciliarios
 - Hogares protegidos
 - Residencias de larga estadía
5. Asegurar la formación y tratamiento de los cuidadores informales no remunerados de los pacientes con demencias.
6. Asegurar cuidados de fin de vida y cuidados paliativos

Eje 2: Fomentar la investigación en demencias y formar recursos humanos capacitados para la atención de los pacientes y sus cuidadores.

1. Fortalecer la investigación interdisciplinaria en enfermedad de Alzheimer y otras demencias, desde la investigación básica hasta la investigación en ciencias sociales.
 - Crear un Centro Nacional de investigación en Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.
 - Crear un fondo estatal para la investigación en enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
 - Impulsar la cooperación público-privada para fomentar la investigación.
 - Fomentar la colaboración internacional para la investigación en Alzheimer y otras demencias.
 - Estimular la formación de investigadores en neurociencias básicas, neuropsicología, neuroimagenología, epidemiología y aspectos socio-sanitarios de la enfermedad

2. Formar y capacitar recursos humanos en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con demencia.
 - Formación de nuevos recursos humanos:
 - Neuropsicólogos.
 - Personal de la salud no médico (cuidadores, auxiliares de enfermería, asistente social, etc.).
 - Médicos en general, mediante una mejora en la formación en demencia en la carrera de medicina.
 - Profesiones de la salud no médicos (enfermeras, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, fonoaudiólogos).
 - Capacitación o formación continua de recursos humanos ya existentes.
 - Capacitación de cuidadores en la atención de pacientes con demencia.
 - Capacitación en demencias de los profesionales no médicos y no médicos de los diferentes niveles de la Red Asistencial con énfasis en la Atención Primaria.
 - Capacitación de recursos humanos no sanitarios que intervienen con pacientes con demencia, tales como abogados, asistentes sociales, arquitectos etc.

Eje 3: Fomentar la prevención de la enfermedad de Alzheimer y enfermedades relacionadas.

1. Realizar campañas de prevención.
2. Impulsar un envejecimiento activo.
3. Fortalecer la prevención y tratamiento de factores de riesgo cardiovascular.

Eje 4: Crear conciencia en la población de la importancia de las demencias e impulsar la solidaridad y una reflexión ética en torno a las demencias.

1. Educar sobre los primeros síntomas de las demencias y la importancia de la consulta precoz.
2. Impulsar una reflexión ética en torno a las demencias con el objetivo de destigmatizar estas enfermedades, aumentar su visibilidad y dignificar al paciente aquejado de una demencia.
3. Favorecer la creación de redes de apoyo ciudadano para los pacientes y sus familias.
4. Reconocer públicamente el rol social del cuidador.
5. Desarrollar medidas de apoyo y soporte al cuidador.

7 Gradualidad en la Implementación del Plan

Entendemos que estos objetivos son ambiciosos y solo son alcanzables a largo plazo; sin embargo el desarrollo e implementación de un Plan Nacional para el Alzheimer y otras Demencias, guiado por los ejes indicados, es una medida imprescindible para disminuir el impacto de estas enfermedades en nuestro país y permitir que los pacientes con demencia y sus familias mejoren su calidad de vida y puedan ejercer el derecho a una vida digna.

La implementación de un Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias requiere diseñar un Plan de Acción que contemple etapas de implementación sucesivas incluyendo Programas Pilotos en comunas o regiones.

8 Declaración de conflictos de interés

Los autores de este documento no recibieron honorarios para su redacción.

La Dra. Paulina Arriagada ha recibido financiamiento de la industria farmacéutica para asistencia a seminarios y congresos nacionales e internacionales.

La Dra. Andrea Slachevsky ha recibido financiamiento de la industria farmacéutica para asistencia a seminarios y congresos nacionales e internacionales y honorarios de la industria farmacéutica por participación en ensayos farmacológicos y conferencias dictadas.

Raúl Rojas no tiene conflictos de intereses que declarar.

Jorge Maturana no tiene conflictos de intereses que declarar.

9 Referencias

1. Alzheimer's Association (1999). Who Cares? Families Caring for Persons with Alzheimer's Disease.
2. Behrens, M. (2007). Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de las demencias. Santiago, Ediciones Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. .
3. Boeve, B., J. McCormick, et al. (2003). "Mild cognitive impairment in the oldest old." Neurology **60**(3): 477-480.
4. Brodaty, H., A. Green, et al. (2003). "Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia." J Am Geriatr Soc **51**(5): 657-664.
5. Brookmeyer, R., S. Gray, et al. (1998). "Projections of Alzheimer's disease in the United States and the public health impact of delaying disease onset." American journal of public health **88**(9): 1337-1342.
6. Dartigues, J. F., C. Helmer, et al. (2002). "[Alzheimer's disease: a public health problem: yes, but a priority?]." Rev Neurol (Paris) **158**(3): 311-315.
7. ENS Chile 2009-2010 (2010). Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010 Santiago.
8. Fuentes, P., A. Donoso, et al. (2006). Guías Clínicas de Trastornos Cognitivos y Demencias en el Adulto Mayor, Ministerio de Salud de Chile.
9. González, F., C. Massad, et al. (2009). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, SENAMA.
10. Hein, C., S. Sourdet, et al. (2011). "[Key points of the follow-up plan in the care of Alzheimer's disease patients]." Rev Med Interne **32**(3): 154-158.
11. Hentschel, F., M. Damian, et al. (2004). "[Effects of extended clinical diagnostics on the diagnostic spectrum of an outpatient memory clinic]." Z Gerontol Geriatr **37**(2): 145-154.
12. Janssen (2001). CHS Survey Data.
13. Koch, T., S. Iliffe, et al. (2012). "The potential of case management for people with dementia: a commentary." International journal of geriatric psychiatry.
14. Kukull, W. A. and M. Ganguli (2000). "Epidemiology of dementia: concepts and overview." Neurol Clin **18**(4): 923-950.
15. Lobo, A., L. J. Launer, et al. (2000). "Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group." Neurology **54**(11 Suppl 5): S4-9.
16. Logiudice, D., W. Waltrowicz, et al. (1999). "Do memory clinics improve the quality of life of carers? A randomized pilot trial." International journal of geriatric psychiatry **14**(8): 626-632.
17. Lopez, O. L., J. T. Becker, et al. (2009). "Long-term effects of the concomitant use of memantine with cholinesterase inhibition in Alzheimer disease." Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry **80**(6): 600-607.
18. Luce, A., I. McKeith, et al. (2001). "How do memory clinics compare with traditional old age psychiatry services?" Int J Geriatr Psychiatry **16**(9): 837-845.

19. Ministerio de Salud de Chile (2007). Estudio Carga de Enfermedad y Carga Atribuible 2007. Santiago.
20. MINSAL (2001). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago, Ministerio de Salud.
21. NICE (2006). National Institute for Clinical Excellence. Technology Appraisal Guidance 19.
22. Nouchi, F. (1994). Le Monde.
23. Olazaran, J., B. Reisberg, et al. (2010). "Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy." Dementia and geriatric cognitive disorders **30**(2): 161-178.
24. Pinquart, M. and S. Sorensen (2006). "Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects?" Int Psychogeriatr **18**(4): 577-595.
25. Ritchie, K. and S. Lovestone (2002). "The dementias." Lancet **360**(9347): 1759-1766.
26. Slachevsky, A., M. Budinich, et al. (2010). Determinants of burden and health related quality of life in a sample of Chilean primary caregivers of patients with Alzheimer's disease and other dementias: cross-sectional study. Alzheimer's Association International Conference on Alzheimer's Disease 2010. Honolulu, Hawaii.
27. Somme, D., H. Trouve, et al. (2012). "Analysis of case management programs for patients with dementia: A systematic review." Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association.
28. Spector, A., M. Orrell, et al. (2012). "A systematic review of 'knowledge of dementia' outcome measures." Ageing Res Rev **11**(1): 67-77.
29. Spector, A., M. Orrell, et al. (2010). "Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia." International journal of geriatric psychiatry **25**(12): 1253-1258.
30. Vernooij-Dassen, M., I. Draskovic, et al. (2011). "Cognitive reframing for carers of people with dementia." Cochrane Database Syst Rev(11): CD005318.
31. Wimo, A. and M. Prince (2010). World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia. London, Alzheimer's Disease International (ADI).
32. Wimo, A., B. Winblad, et al. (2010). "The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009." Alzheimers Dement **6**(2): 98-103.