



**Alzheimer's Disease
International**

Informe Mundial sobre el Alzheimer

2009

Resumen ejecutivo



Prólogo

El envejecimiento demográfico es un proceso de alcance mundial que demuestra los éxitos de los avances en asistencia sanitaria a lo largo del siglo pasado. Muchas personas viven ahora más tiempo y con un estilo de vida más saludable y por ello la población mundial tiene una mayor proporción de personas de edad avanzada. Todos estamos de acuerdo en que el envejecimiento, trae consigo algunos retos. Muchas reuniones internacionales han tratado este tema y adoptado declaraciones, por ejemplo el Plan Internacional de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento en el 2002.

Un efecto claramente negativo del envejecimiento es el incremento significativo en el número de personas con el mal de Alzheimer y demencias relacionadas. La federación Alzheimer's Disease International, (ADI), ha encargado este informe para apoyar a asociaciones de Alzheimer en todo el mundo a trabajar con sus gobiernos en las estrategias de mejora de la calidad de vida de las personas con demencia y de sus cuidadores, así como para incrementar los esfuerzos de investigación. Para fomentar el desarrollo de estas estrategias nacionales, es importante que la Organización Mundial de la Salud haga de la demencia una prioridad sanitaria a nivel mundial. Si un país se dedica a apoyar o estimular la investigación médica, su cartera podría incluir la financiación de la investigación de la enfermedad de Alzheimer en una proporción que concuerde con la carga de la enfermedad para el país.

Para aclarar por qué esto es importante y urgente, queríamos reunir información actualizada sobre la prevalencia y el impacto de la enfermedad y ofrecer un marco para soluciones. Algunas experiencias recientes han sido alentadoras. En 2004, Australia fue el primer país en hacer de la demencia una prioridad sanitaria nacional, y se han iniciado estrategias nacionales para la demencia en Francia, Corea del Sur, Inglaterra, Noruega

y Países Bajos. También queremos hacer hincapié en una iniciativa muy reciente de la Comisión Europea como primer plan internacional de acción sobre la demencia.

Este informe ofrece una visión general y un análisis de la situación, basados en los datos de investigación disponibles actualmente. El Informe Anual sobre el Alzheimer 2009, confirma que existen millones de personas que padecen Alzheimer u otra demencia. Este Informe y todos los anteriores estudios, indican que se espera que el número actual de personas que sufren demencia aumente a una velocidad alarmante. ADI cree que este Informe ofrece las mejores estimaciones disponibles sobre la prevalencia de la demencia a nivel mundial. Los científicos que trabajan para ADI utilizaron meta-análisis que crean estimaciones para todas las regiones del mundo, según se explica en la versión completa del Informe. ADI no presenta estimaciones para países individuales y entiende que pueden ser preferibles estudios diferentes para determinar las cifras de prevalencia nacional. ADI fomenta la investigación sobre la prevalencia nacional del Alzheimer en países individuales; el uso de estos resultados locales puede ser más exacto.

Es evidente que se necesita más investigación sobre la prevalencia y el impacto de la enfermedad. Por tanto, ADI creará informes de seguimiento, empezando por los datos económicos en el 2010. Esperamos que esto estimule a todos los implicados: gobiernos, responsables de establecer políticas de salud, profesionales sanitarios y asociaciones de Alzheimer, para trabajar juntos en más y mejores soluciones para la demencia. Con un nuevo caso de demencia en el mundo cada siete segundos no hay tiempo que perder.

Daisy Acosta

Presidente
Alzheimer's Disease
International

Marc Wortmann

Director Ejecutivo
Alzheimer's Disease
International

Editores

Martin Prince
Jim Jackson

Grupo científico

Cleusa P Ferri
Renata Sousa
Emiliano Albanese
Wagner S Ribeiro
Mina Honyashiki

Fotos: Cathy Greenblat
www.cathygreenblat.com
Design: Julian Howell

Grupo de apoyo de ADI

Daisy Acosta (República Dominicana)
Marco Blom (Países Bajos)
Scott Dudgeon (Canadá)
Niles Frantz (EEUU)
Angela Geiger (EEUU)
Sabine Jansen (Alemania)
Andrew Ketteringham (Reino Unido)
Lindsay Kinnaird (Escocia)
Birgitta Martensson (Suiza)
Glenn Rees (Australia)
Frank Schaper (Australia)
Mike Splaine (EEUU)
Tami Tamitegama (Sri Lanka)
Krister Westerlund (Suecia)
Marc Wortmann (ADI)

ADI desea dar las gracias a todos aquellos que han contribuido económicamente:

George Vradenburg Foundation
Geoffrey Beene Foundation – www.geoffreybeene.com/alzheimers.html
Alzheimer's Association – www.alz.org
Alzheimer's Australia – www.alzheimers.org.au
Alzheimer's Australia WA – www.alzheimers.asn.au
Alzheimer Scotland – www.alzscot.org
Alzheimer's Society – www.alzheimers.org.uk
Association Alzheimer Suisse – www.alz.ch
Alzheimerföreningen i Sverige – www.alzheimerforeningen.se
Deutsche Alzheimer Gesellschaft – www.deutsche-alzheimer.de
Stichting Alzheimer Nederland – www.alzheimer-nederland.nl

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL
INFORME MUNDIAL SOBRE EL ALZHEIMER 2009
RESUMEN EJECUTIVO

Contenido

El incremento de la demencia	2
Alzheimer's Disease International	2
Recomendaciones	3
Visión general de la investigación	4
Métodos	6
Resultados	6
Cálculo de números de personas con demencia	7
Relaciones entre el Alzheimer y otras demencias y la mortalidad y la morbilidad	9
Añadir años a la vida y vida a los años	10
El coste mundial de la demencia	11
Asistencia	12
Consecuencias de la asistencia	14
Del reconocimiento a la acción	15
Conclusiones	16
Futuras direcciones	16
Documentación	17
Definiciones de país de renta baja, país de renta media y país de renta alta	17
Bibliografía	18

Imagen de portada

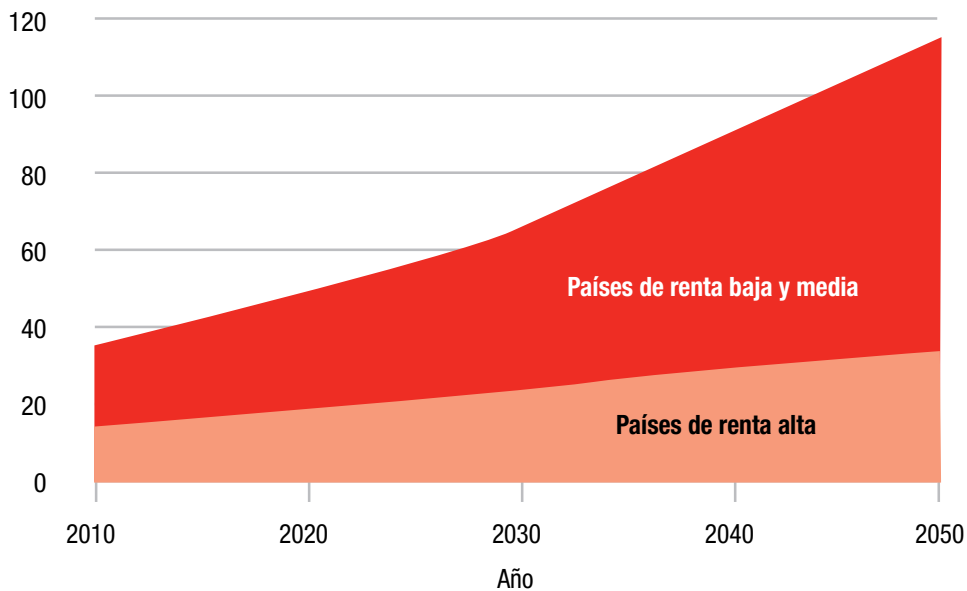
A esta participante en el centro de asistencia diaria ARDSI (Sociedad de Alzheimer y enfermedades relacionadas de India) en Cochin, India, le diagnosticaron demencia a los 68 años y al principio era atendida en casa por familiares y empleados domésticos. Su conducta agresiva se convirtió en un problema, y la inscribieron en el centro de asistencia diaria. En el centro conversa, cuenta historias y se beneficia de los miembros del personal capacitado y voluntarios, como Geetha, que son comprensivos y amables.

El incremento de la demencia

Se estima que 35,6 millones de personas en todo el mundo padecerán demencia en 2010. Se calcula que esta cifra casi se duplique cada 20 años, hasta los 65,7 millones en 2030, y los 115,4 millones en 2050. Gran parte de este crecimiento se puede atribuir claramente al incremento en el número de personas con demencia en países de renta baja y media.

Estas cifras constituyen un motivo de preocupación, pero es más preocupante aun, el impacto que la enfermedad de Alzheimer y otras demencias ejercen sobre las sociedades; puede considerarse una epidemia que crece al mismo tiempo que encanece la población en todo el mundo. El poco reconocimiento, el subdiagnóstico y el estigma, son causas importantes de problemas para las personas con demencia y sus familiares, en países y comunidades de todos los tamaños y de todos los niveles de renta.

Figura 1 **El crecimiento en números de personas con demencia (en millones) en países de renta baja, media y alta**



Alzheimer's Disease International

Alzheimer's Disease International (ADI) es la organización coordinadora de las asociaciones del Alzheimer en todo el mundo. Nuestro objetivo es ayudar a establecer y fortalecer las asociaciones del Alzheimer en todo el mundo, aumentar la concienciación sobre la enfermedad de Alzheimer y todas las demás causas de demencia.



Recomendaciones

- 1 La Organización Mundial de la Salud (OMS) debería declarar la demencia como una prioridad sanitaria mundial.**
- 2 Los gobiernos nacionales deberían declarar la demencia como prioridad sanitaria y desarrollar estrategias nacionales de prestación de servicios y apoyo a las personas con demencia y a sus familias.**
- 3 Los países de renta baja y media deberían crear estrategias para la demencia basándose primero en la mejora de la asistencia sanitaria básica y de otros servicios a la comunidad.**
- 4 Los países de renta alta deberían desarrollar planes de acción sobre la demencia a nivel nacional con asignaciones de recursos.**
- 5 Desarrollar servicios que reflejen la naturaleza progresiva de la demencia.**
- 6 Distribuir servicios con el principio central de maximización de la cobertura y de garantía de la igualdad de acceso, para beneficiar a las personas con demencia independientemente de su edad, género, medios económicos, discapacidad, y lugar de residencia rural o urbano.**
- 7 Crear colaboración entre gobiernos, personas con demencia, sus cuidadores y sus asociaciones contra el Alzheimer, y otras organizaciones no gubernamentales y organismos profesionales de asistencia sanitaria importantes.**
- 8 Es necesario financiar más la investigación y centrarla en las causas de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, tratamientos farmacológicos y psicosociales, la prevalencia e impacto de la demencia, y la prevención de la demencia.**



Esta fotografía fue tomada en el 88^{avo} cumpleaños de Doña Hagamima. Su enfermedad de Alzheimer no le impidió responder con gran emoción cuando le cantaron 'Cumpleaños feliz'.

Visión general de la investigación

La enfermedad de Alzheimer y otras demencias han sido identificadas adecuadamente en todos los países, culturas y razas en las que se ha llevado a cabo una investigación sistemática. Sin embargo, los niveles de concienciación varían enormemente. Alzheimer's Disease International, (ADI), ha identificado una creciente concienciación sobre la demencia entre la población mundial y entre los trabajadores sanitarios como una prioridad a escala mundial ^(A11).

En países con renta baja y media en concreto, existe una falta de concienciación sobre el Alzheimer y otras demencias como enfermedades. Más bien se consideran una parte normal del envejecimiento ^(A9,12,13). Esta falta general de concienciación tiene importantes consecuencias.

- Las personas afectadas no buscan ayuda en servicios oficiales de atención médica ^(A13).
- La formación estructurada en la identificación y control de la demencia es escasa o nula en todos los niveles del servicio de salud.
- No existen circunscripciones para ejercer presión sobre el gobierno o los responsables de establecer políticas de salud, para que ofrezcan más servicios receptivos de atención a personas con demencia.
- Aunque los familiares son los principales cuidadores, deben actuar con muy poco apoyo y comprensión por parte de otras personas o agencias.

Las personas con Alzheimer y otras demencias suelen estar específicamente excluidas de la asistencia en residencias, si existen, y se les suele denegar el acceso a instalaciones hospitalarias ^(A13). Las alteraciones en la conducta, comunes entre las personas con demencia, suelen ser especialmente mal comprendidas, causando estigma, culpa y malestar en los cuidadores ^(A14).

El problema de la escasa concienciación, no se limita a los países de renta baja y media. Por ejemplo, la Estrategia Nacional para la Demencia del Reino Unido, hace hincapié en el estigma (evitando hablar sobre el problema) y dos falsas creencias (que la demencia forma parte normal del envejecimiento y que no se puede hacer nada) como principales factores vinculados a la inactividad en la búsqueda o prestación de ayuda ^(A15). En el Reino Unido, la gente suele esperar tres años antes de informar a su médico sobre los síntomas de demencia, el 70% de los cuidadores declaran no ser conscientes de los síntomas de demencia antes del diagnóstico y el 58% de los cuidadores creen que los síntomas forman parte normal del envejecimiento ^(A16). Sólo el 31% de los médicos de atención primaria creen tener suficiente formación para diagnosticar y controlar la demencia ^(A17).

A las necesidades sanitarias de los ancianos se les ha dado poca prioridad en las políticas de salud pública a nivel mundial. Esto está cambiando actualmente, debido en parte al hecho de que el envejecimiento demográfico (el 'encanecimiento' de la población) se está produciendo más rápidamente de lo previsto en un principio para todas las regiones del mundo, especialmente China, India y Latinoamérica ^(B2). En los siguientes 30 años hasta 2020, el sector de la población en edad avanzada habrá incrementado un 200% en los países de renta baja y media en comparación con el 68% en el mundo desarrollado ^(B3). (Ver página 18 para las definiciones de países de renta baja, media y alta.) Con este incremento, las enfermedades crónicas no contagiosas adquieren más y más importancia en los países de renta baja y media. Las enfermedades crónicas constituyen ya la principal causa de muerte en todas las regiones del mundo excepto en África Subsahariana ^(B5).

En 2004, ADI convocó a un equipo de expertos internacionales para que reexaminaran los indicios a nivel mundial de prevalencia de la demencia y que calcularan la prevalencia de la demencia en cada región del mundo, los números actuales de personas afectadas, y los incrementos previstos para el futuro. Los resultados se publicaron en *The Lancet* en 2005. Según este artículo, en el 2001, 24,2 millones de personas padecían demencia en todo el mundo, y 4,6 millones de nuevos casos se desarrollaban anualmente ^(B6) (similar al índice global de accidentes cerebrovasculares no fatales) ^(B7). Dos tercios de toda la población con

demencia viven en países de renta baja y media. Se preveía que las cifras se duplicarían cada 20 años hasta superar los 80 millones en 2040, incrementando más bruscamente en países de renta baja y media que en países de renta alta.

Sin embargo, un número de factores apuntaban hacia la necesidad de actualizar los cálculos de prevalencia. Las estimaciones iniciales para la prevalencia de la demencia de *Lancet*/ADI fueron realizadas para 2001, con previsiones para 2020 y 2040. Dado que faltaban los datos de prevalencia en muchas regiones del mundo, y que eran inconsistentes en otros países con escasos estudios y estimaciones que oscilaban mucho, estas estimaciones se consideraron como 'provisionales' ^(B6). Existía una especial escasez de estudios epidemiológicos publicados en Latinoamérica ^(B20-22), Rusia, Oriente Medio e Indonesia. Como consecuencia, se confió en el cálculo consensual realizado por el panel de expertos internacionales en el desarrollo de las estimaciones. Desde la creación de las estimaciones de referencia, se ha producido un rápido crecimiento a nivel mundial de la población de edad avanzada, la que se encuentra a riesgo de padecer demencia.

Asimismo, la base evidencial a nivel mundial se ha incrementado de forma considerable. Se han producido nuevos estudios en España ^(B23,24), Italia ^(B25) y Estados Unidos ^(B26), así como una explosión de estudios en países de renta baja y media y otras regiones y grupos antes raramente representados en las publicaciones. Estos estudios incluyen los del Grupo de Investigación sobre la Demencia 10/66 de ADI en Brasil, Cuba, República Dominicana, Perú, México, Venezuela, India, China ^(B13,27), y nuevos estudios sobre Prevalencia en Brasil ^(B28), Perú ^(B29), Cuba ^(B30), Venezuela ^(B31), China ^(B32), Corea ^(B33), India ^(B34), Tailandia ^(B35), Australia (población indígena) ^(B36), Guam ^(B37), Polonia ^(B38) y Turquía ^(B39). Además, la actualización del informe sobre la Carga Mundial de Morbilidad (GBD) elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) supone un impulso para volver a consultar las publicaciones y evaluar en qué medida es posible (en algunas o en todas las regiones), resumir las pruebas de prevalencia de la demencia llevando a cabo meta-análisis de los datos disponibles, en vez de confiar en la opinión consensuada de los expertos.

Las diferencias de enfoque entre las primeras estimaciones de *Lancet*/ADI y las nuevas estimaciones derivadas de este informe están resumidas en la Tabla 1.

Tabla 1

Principales diferencias de enfoque entre las estimaciones de *Lancet*/ADI y las estimaciones actuales

	<i>Lancet</i> /ADI	Revisión actual
Estrategia de búsqueda	El tiempo y los recursos limitados no permitieron una revisión completamente sistemática	Revisión completamente sistemática, con criterios de inclusión/exclusión, términos de búsqueda especificados, bases de datos múltiples
Subdivisiones regionales	Estimaciones realizadas para las 14 regiones del mundo de la OMS	Estimaciones realizadas para las 21 regiones de Carga Mundial de Morbilidad de la OMS
Método de creación de estimaciones regionales	Estimaciones regionales creadas a partir del consenso de expertos con la metodología Delphi guiados por todas las evidencias disponibles	Estimaciones regionales creadas, donde fue posible, a partir de meta-análisis cuantitativos
Estratificación de estimaciones de prevalencia	Prevalencia por edad en franjas de cinco años hasta los 85 y más	Prevalencia por edad y género en bandas de cinco años hasta los 90 y más
Año base	2001	2010
Proyecciones futuras	2020/2040	2020/2030/2040/2050

Métodos

La metodología utilizada viene detallada en el informe completo y se puede encontrar en Internet en www.alz.co.uk/worldreport. 135 publicaciones que describen los 147 estudios utilizados.

La tabla 2 ofrece un resumen del tamaño de la población de edad avanzada según las regiones de Carga Mundial de Morbilidad (GBD) y el número de las poblaciones estudiadas.

Resultados

La base evidencial resultó suficiente en términos de números, calidad de estudios, y cobertura, para realizar meta-análisis en 11 de las 21 regiones de la Carga Mundial de Morbilidad: Europa Occidental, Norteamérica, Latinoamérica (combinando las regiones andinas, centrales, meridionales y tropicales de Latinoamérica), los países de renta alta de Asia Pacífico, Australasia, Asia Oriental, el Sudeste Asiático y Asia Meridional.

La prevalencia estimada para las personas de 60 años o más, estandarizada a Europa Occidental, puede ser comparada directamente entre las 21 regiones GBD (Carga Mundial de Morbilidad) (Figura 2). Existe una variación cuádruple en la prevalencia global, desde el 2,07% (África Subsahariana, Oriente) hasta el 8,50% (Latinoamérica). Sin embargo, la mayor

Tabla 2 **Cobertura, por regiones, con respecto al tamaño de la población de edad avanzada**

Region	Población mayor de 60 (en millones)	Número de estudios aptos sobre la prevalencia de la demencia	Número de estudios/población de 10 millones	Población total estudiada	Población total estudiada/población en millones
ASIA	406,6	73	1,7	193924	477
Australasia	4,8	4	8,3	2223	462
Asia Pacífico, Países de renta alta	46,6	22	4,7	31201	669
Asia central	7,2	0	0,0	0	0
Asia oriental	171,6	34	2,0	142402	830
Asia meridional	124,6	7	0,6	11905	96
Sudeste Asiático	51,2	5	1,0	4164	81
Oceanía	0,5	1	20,3	2029	4116
EUROPA	160,2	61	3,8	80882	504
Europa occidental	97,3	56	5,8	79043	813
Europa central	23,6	4	0,8	1839	78
Europa del Este	39,3	1	0,3	Desconocido	-
LAS AMÉRICAS	120,7	28	2,3	85053	705
Norteamérica	63,7	13	2,0	38205	600
Caribe	5,1	4	7,9	24425	4831
Latinoamérica andina	4,5	3	6,7	3465	769
Latinoamérica central	19,5	4	2,0	6344	325
Latinoamérica meridional	8,7	1	1,1	4689	537
Latinoamérica tropical	19,2	3	1,6	5925	308
AFRICA	71,2	5	0,7	6593	93
Norte de África/Oriente Medio	31,1	2	0,6	3019	97
África Subsahariana central	3,9	0	0,0	0	0
África Subsahariana oriental	16,0	0	0,0	0	0
África Subsahariana meridional	4,7	1	2,1	150	32
África Subsahariana occidental	15,3	2	1,3	3424	223

parte de los índices de prevalencia estimados permanecen en una franja entre el 5% y el 7%. La fuente de variación más importante es claramente la baja prevalencia estimada para las cuatro regiones del África Subsahariana.

Cálculo de números de personas con demencia

Una vez aplicadas las estimaciones de prevalencia por edad y género a las previsiones de Naciones Unidas para la población, se estima que 35,6 millones de personas en todo el mundo sufrirán de demencia en 2010. Se calcula que esta cifra casi se duplique cada 20 años, hasta los 65,7 millones en 2030, y los 115,4 millones en 2050. Gran parte de este crecimiento se puede atribuir claramente al incremento en los números de personas con demencia en países de renta baja y media (Figura 1, página 2). Se espera que en 2010, el 57,7% de toda la población con demencia vivirá en países de renta baja y media, alcanzando el 63,4% en 2030 y el 70,5% en 2050.

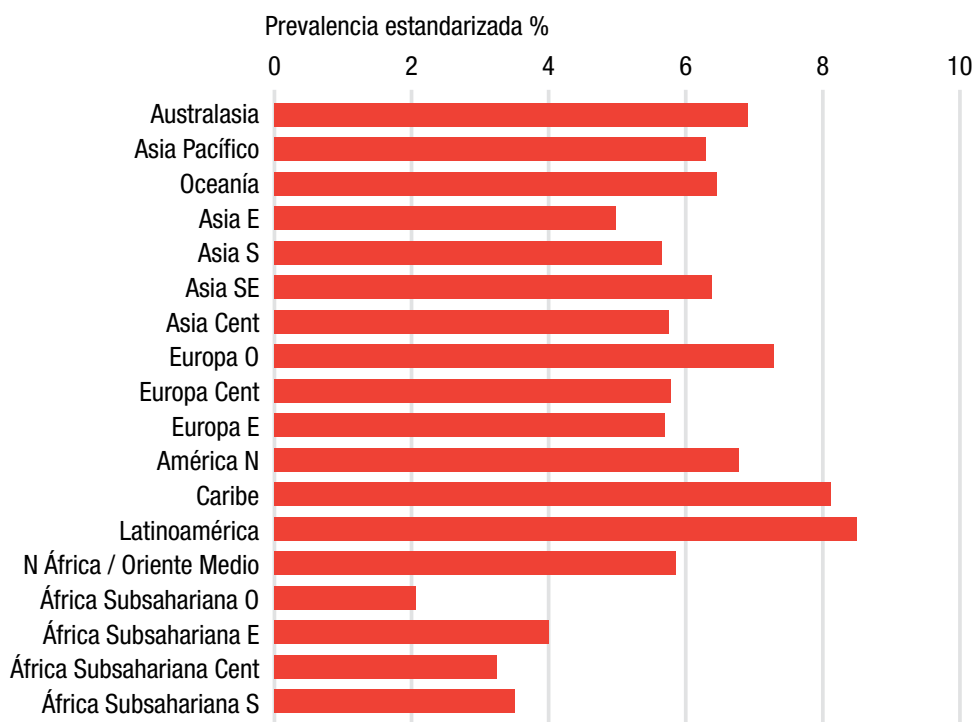
Las estimaciones actualizadas para 2020 (48,1 millones) y 2040 (90,3 millones) se pueden comparar directamente con las anteriores estimaciones consensuales de *Lancet*/ADI de 42,7 millones para 2020 y 82,0 millones para 2040. Las nuevas estimaciones son aproximadamente un 10% más altas.

Las anteriores previsiones para el incremento de población con demencia indicaban que las regiones mundiales se dividían en tres grupos amplios:

- Las regiones desarrolladas partían de una cifra base elevada, y experimentarían un incremento proporcional moderado.
- Latinoamérica y África partían de una cifra base baja, y experimentarían un incremento particularmente rápido en las cifras.
- India, China, y otros países vecinos del Sudeste Asiático y Asia Pacífico partían de una cifra base elevada, y experimentarían un crecimiento relativamente rápido.

Figura 2

Prevalencia estimada de la demencia en personas de 60 años o mayores, estandarizada a la población de Europa Occidental por región GBD (Carga Mundial de Morbilidad)



Un patrón similar se observa en las últimas previsiones; estos cambios vienen producidos principalmente por el crecimiento de la población y el envejecimiento demográfico. Se espera que durante los siguientes 20 años, los números de personas con demencia incrementen en un 40% en Europa, un 63% en Norteamérica, un 77% en el cono sur de Latinoamérica y un 89% en los países desarrollados de Asia Pacífico. En contraste, se espera un incremento porcentual del 117% en Asia oriental, del 107% en Asia meridional, 134-146% en el resto de Latinoamérica y 125% en Norteamérica y Oriente medio. Ver la tabla 3.

Tabla 3

Población total mayor de 60, prevalencia preliminar estimada para la demencia (2010), número estimado de personas con demencia (2010, 2030 y 2050) e incrementos proporcionales (2010-2030 y 2010-2050) por región mundial GBD (Carga Mundial de Morbilidad)

Región GBD (Carga Mundial de Morbilidad)	Población mayor de 60 (millones)	Prevalencia preliminar estimada (%)	Número de personas con demencia (millones)			Incrementos proporcionales (%)	
	2010	2010	2010	2030	2050	2010-2030	2010-2050
ASIA	406,55	3,9	15,94	33,04	60,92	107	282
Australasia	4,82	6,4	0,31	0,53	0,79	71	157
Asia Pacífico	46,63	6,1	2,83	5,36	7,03	89	148
Oceanía	0,49	4,0	0,02	0,04	0,10	100	400
Asia central	7,16	4,6	0,33	0,56	1,19	70	261
Asia oriental	171,61	3,2	5,49	11,93	22,54	117	311
Asia meridional	124,61	3,6	4,48	9,31	18,12	108	304
Sudeste asiático	51,22	4,8	2,48	5,30	11,13	114	349
EUROPA	160,18	6,2	9,95	13,95	18,65	40	87
Europa occidental	97,27	7,2	6,98	10,03	13,44	44	93
Europa central	23,61	4,7	1,10	1,57	2,10	43	91
Europa oriental	39,30	4,8	1,87	2,36	3,10	26	66
LAS AMÉRICAS	120,74	6,5	7,82	14,78	27,08	89	246
Norteamérica	63,67	6,9	4,38	7,13	11,01	63	151
Caribe	5,06	6,5	0,33	0,62	1,04	88	215
Latinoamérica andina	4,51	5,6	0,25	0,59	1,29	136	416
Latinoamérica central	19,54	6,1	1,19	2,79	6,37	134	435
Latinoamérica meridional	8,74	7,0	0,61	1,08	1,83	77	200
Latinoamérica tropical	19,23	5,5	1,05	2,58	5,54	146	428
ÁFRICA	71,07	2,6	1,86	3,92	8,74	111	370
Norte de África / Oriente Medio	31,11	3,7	1,15	2,59	6,19	125	438
África Subsahariana central	3,93	1,8	0,07	0,12	0,24	71	243
África Subsahariana oriental	16,03	2,3	0,36	0,69	1,38	92	283
África Subsahariana meridional	4,66	2,1	0,10	0,17	0,20	70	100
África Subsahariana occidental	15,33	1,2	0,18	0,35	0,72	94	300
MUNDO	758,54	4,7	35,56	65,69	115,38	85	225

Relaciones entre el Alzheimer y otras demencias y la mortalidad y la morbilidad

Una revisión sistemática de la literatura sobre el trastorno cognitivo, la demencia y la mortalidad ha demostrado que existe un riesgo relativo ligeramente alto, de 2,63, para el efecto de la demencia y una relación dosis-respuesta entre el nivel de trastorno cognitivo y mortalidad creciente^(C4). Los dos estudios sobre demencia y mortalidad realizados en países de renta baja y media han registrado tamaños de efecto algo mayores: 5,16 en Brasil^(C5) y 2,83 en Nigeria^(C6).

Según las últimas cifras disponibles de carga de morbilidad mundial (para 2004), el Alzheimer y otras demencias contribuyen un 0,8% a todos los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) en todo el mundo, un 1,6% de años vividos con discapacidad y 0,2% de años de vida perdida^(C2). Como la demencia es principalmente una enfermedad que afecta a personas de edad avanzada, la contribución proporcional es mucho mayor entre las personas de 60 años o más: 4,1% de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), 11,3% de años vividos con discapacidad y 0,9% de años de vida perdidos. Un hallazgo clave en el informe sobre carga mundial de morbilidad es que las enfermedades crónicas no contagiosas se están convirtiendo rápidamente en las causas predominantes de las deficiencias en la salud en regiones en desarrollo, salvo en el África Subsahariana^(B5).

El informe de la carga mundial de morbilidad indica que el Alzheimer y otras demencias son las principales causas de la discapacidad en años posteriores. Las personas de edad avanzada son particularmente propensas a desarrollar múltiples enfermedades crónicas. Estas condiciones interactúan de forma compleja para crear dificultades en la realización de importantes tareas y actividades (discapacidad) y en la determinación de las necesidades de asistencia (dependencia). La demencia ejerce un impacto desproporcionado en la capacidad de autonomía. En los países desarrollados, donde se dispone ampliamente de la atención institucionalizada a largo plazo, el inicio del deterioro cognitivo suele ser el precipitante de la institucionalización del paciente, mientras que los pacientes con discapacidades severas derivadas del deterioro físico siguen siendo atendidos en casa por servicios comunitarios. Hasta tres cuartos o más de los residentes de hogares geriátricos padecen demencia^(C7), y las estimaciones de la proporción de personas con demencia que viven en cuidados residenciales varían entre un tercio^(C7) y la mitad^(C10,11).

Existe una gran cantidad de publicaciones en países desarrollados sobre los factores asociados con la institucionalización entre personas mayores. En un meta-análisis de 77 estudios comunitarios longitudinales realizados en EEUU^(C12), el deterioro cognitivo había sido por mucho, el indicador de salud más significativo de institucionalización, incrementando 2,5 veces el riesgo. En comparación, el aumento de riesgo de institucionalización asociado con el cáncer (1,15), la hipertensión (1,04) y la diabetes (1,35)



Una buena atención sanitaria en un grupo implica una asistencia individualizada. El personal del centro de asistencia diurna de Cochin, India, comprende la necesidad de encontrar actividades significativas para los participantes, dados su historial y sus capacidades actuales. A esta mujer, antes profesora de matemáticas, le gusta escribir números en papel o en la pizarra. El centro compró una pizarra para ayudarle a sentirse en conexión con su pasado, y experimentar viejos placeres.

fue modesto, mientras que no se encontró conexión entre la institucionalización y las enfermedades cardiovasculares, la artritis y las enfermedades pulmonares.

En países con renta baja y media la asistencia residencial no suele estar disponible, y la asistencia sanitaria la suelen ofrecer los familiares en casa.

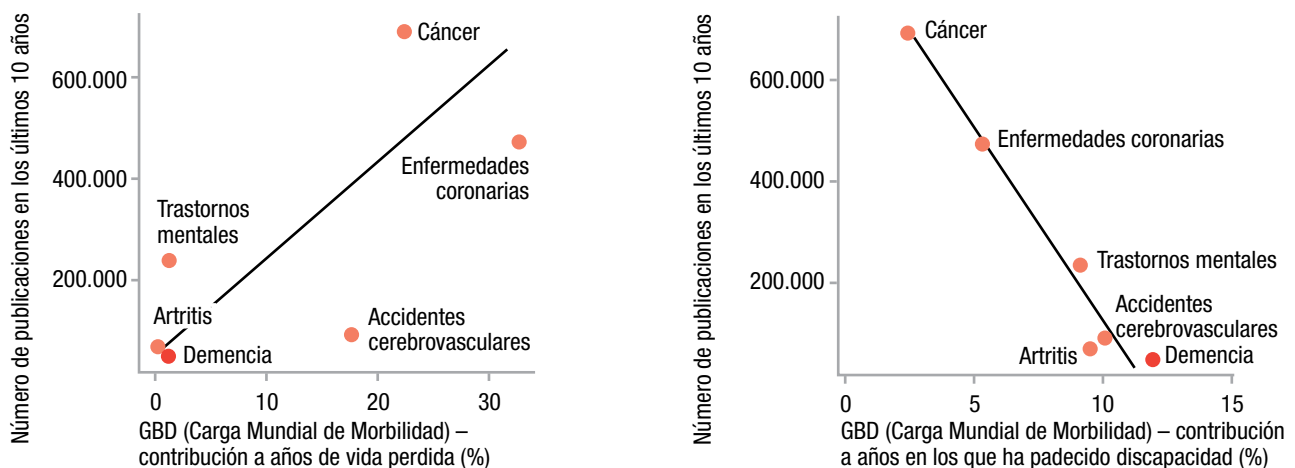
Añadir años a la vida y vida a los años

Diferentes enfermedades crónicas parecen ejercer impactos claramente diferentes en la discapacidad y la mortalidad. Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer contribuyen mucho más a la mortalidad que a la discapacidad ^(C2). Los tratamientos exitosos de estas enfermedades pueden añadir años a la vida. El impacto de la demencia se percibe mucho más a lo largo de los años en los que se padece la discapacidad. Las intervenciones pueden prevenir o retrasar la discapacidad, añadiendo 'vida a los años'. En la práctica, ¿Cómo los responsables de establecer políticas de salud y los médicos deciden distribuir los recursos entre estas prioridades?

Este es un ejemplo extraído de un país: En el Reino Unido, se gasta mucho más en la atención sanitaria de enfermedades cardiovasculares y el cáncer que en la atención sanitaria de la demencia. Se ha calculado que el gasto anual del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) en el tratamiento de enfermedades coronarias y la hipertensión alcanza los 4,3 mil millones de libras (6,9 mil millones de dólares). Además, 2,3 mil millones de libras (3,7 mil millones de dólares) se invierten en el tratamiento del derrame cerebral (Instituto de Actuarios). Se ha estimado que el coste de la asistencia oncológica en el Reino Unido alcanza 2,1 mil millones de libras (3,4 mil millones de dólares), pero esta cifra es baja en comparación con las normas internacionales; el 10% de todo el gasto en asistencia sanitaria en el Reino Unido comparado con el 40% estimado para EEUU ^(C17). Según el último informe del Reino Unido sobre la Demencia, se calcula que el gasto del NHS en el tratamiento de la demencia es de sólo 1,4 mil millones de libras (2,2 mil millones de dólares) ^(C7).

Otro índice de la prioridad en relación con diferentes enfermedades crónicas es el esfuerzo de investigación invertido en cada una. En Estados Unidos, según el Instituto Nacional de Salud el gasto de investigación en 2008 fue de 5,6 mil millones de dólares para el cáncer, 2,3 mil millones de dólares para enfermedades cardiovasculares y derrame cerebral, y 0,4 mil millones para la demencia. A nivel internacional, los esfuerzos de investigación se pueden analizar fácilmente a través de las publicaciones sobre investigación incluidas en Índice Medicus. Una búsqueda realizada por PubMed/Medline para los últimos 10 años identificó 701.876 publicaciones sobre el cáncer, 476.487 sobre enfermedades coronarias, 233.872 sobre trastornos mentales, 87.973 sobre el derrame cerebral, 64.080 sobre la artritis y 44.168 sobre la demencia.

Figura 3 **Correlación del esfuerzo de investigación (publicaciones en los 10 últimos años) con las contribuciones a la mortalidad (años de vida perdida) y a la discapacidad (años vividos con discapacidad), para las seis enfermedades crónicas más importantes**



La correlación entre el esfuerzo de investigación (número de publicaciones), contribución a la mortalidad (años de vida perdida) y la contribución a la discapacidad (años vividos con discapacidad) viene representada en la Figura 3. Es evidente que existe una correlación inversa entre la contribución de estas enfermedades crónicas a los años vividos con discapacidad y el esfuerzo de investigación. Cuanto más alto es el nivel de discapacidad de la enfermedad, menor ha sido el esfuerzo de investigación. Por otro lado, existe una fuerte correlación positiva entre los años de vida perdida y el esfuerzo de investigación; cuando más grande sea la contribución de la enfermedad a la mortalidad, mayor es el esfuerzo de investigación.

El coste mundial de la demencia

Un grupo de investigación del Instituto Karolinska de Suecia ha intentado calcular el coste mundial de la demencia en 2005^(C23,C40). Este coste asciende a 315 mil millones de dólares al año, de los que 227 mil millones (72% del total mundial) es invertido por países de renta alta y 88 mil millones (28% del total) por países de renta baja y media. El desglose estimado de estos costes viene ilustrado en la Figura 4. Se puede ver que la asistencia informal (familiar) se utiliza con más frecuencia en países pobres en recursos, donde los servicios sanitarios o sociales formales disponibles son escasos. La asistencia informal asciende al 56% de los costes en países de renta baja, al 42% en países de renta media, y al 31% en países de renta alta^(C41). Los costes anuales por persona con demencia oscilaban entre los 1.521 dólares para países de renta baja, y los 4.588 dólares en países de renta media y los 17.964 dólares en países de renta alta.

Los costes de asistencia para la demencia se están incrementando rápidamente en países de renta baja y media^(C23). Sin embargo, la falta de información sobre los costes directos del Alzheimer y otras demencias supone una importante limitación a la hora de evaluar costes en los países de renta baja y media. Sin embargo, las razones atribuidas al incremento de los costes que se han presentado son:

- El rápido incremento en el número de personas con demencia en estas regiones
- Incrementos importantes en los salarios medios, utilizados para calcular el coste de oportunidad o el coste de restitución de la asistencia informal
- Costes muy altos por cuenta propia en asistencia sanitaria declarados por algunos países de renta media^(C38)

Se ha trabajado muy poco en la evaluación de los costes económicos de la demencia en países de renta baja o media. Existen varias razones para esto, incluida la escasez de

Miles de millones de dólares

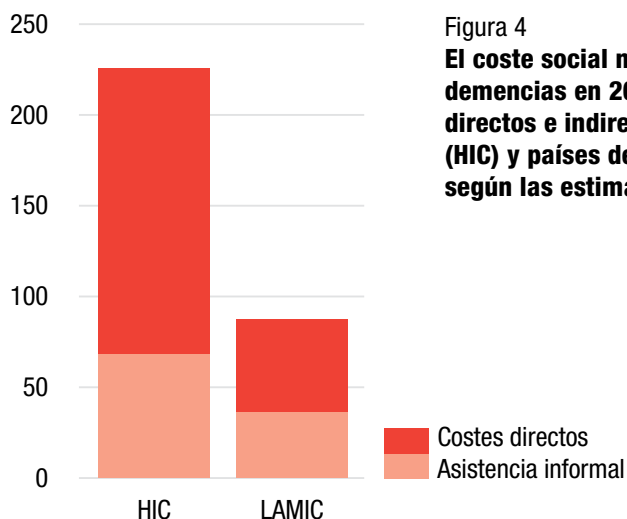


Figura 4

El coste social mundial del Alzheimer y otras demencias en 2005, atribuidos a costes directos e indirectos, en países de renta alta (HIC) y países de renta baja y media (LAMIC), según las estimaciones de Wimo et al^(C23)

economistas con formación sanitaria, la baja prioridad concedida a la demencia, y el estado de los servicios escasamente desarrollados para las personas con demencia; sin embargo, el obstáculo fundamental ha sido la falta de conjuntos de datos disponibles^(C36). Dado que las necesidades de los frágiles ancianos pronto llegará a dominar los presupuestos para la asistencia sanitaria y social en estas regiones, se necesitarán más datos urgentemente.

Asistencia

En todo el mundo, la familia sigue siendo la piedra angular de la asistencia a personas mayores que han perdido su capacidad de autonomía. En los países desarrollados, muchos de los cuales tienen sistemas integrales de atención sanitaria y social, suelen pasarse por alto el papel de las familias y su necesidad de apoyo. En los países en vías de desarrollo, la fiabilidad y universalidad del sistema de asistencia familiar suelen estar sobrevaloradas^(C18,19).

Todas las personas con demencia experimentan al menos algún grado de discapacidad funcional. Esto no implica que todas ellas necesiten asistencia. Las necesidades de asistencia fueron evaluadas por el entrevistador para todos los participantes en los estudios poblacionales del Grupo 10/66 de Investigación de la Demencia en Latinoamérica, India y China; las necesidades de asistencia entre las personas con demencia (CDR 1 o superior) vienen resumidas en la Figura 5. En la mayoría de los centros, entre el 50 y el 70% de las personas con Alzheimer y otras demencias fueron calificadas como en necesidad de asistencia, y la mayoría de los que necesitan asistencia necesitaban 'mucho asistencia'. Las necesidades de esta variaron según el nivel de demencia, siendo dicho nivel del 30% en personas con demencia leve, del 69% en personas con demencia moderada, y del 88% en pacientes con demencia severa.

El estudio preliminar multicentro del Grupo 10/66 de Investigación de la Demencia incluía 706 cuidadores de pacientes con Alzheimer y otras demencias en Latinoamérica, India y China^(C21). El estudio EURO CARE incluía a 280 cuidadores de sus cónyuges de 14 países europeos^(C22). En ambos estudios, y a lo largo de casi todos los entornos, la mayoría de los cuidadores eran mujeres. En Europa, el 85% o más de las parejas (una padecía Alzheimer u



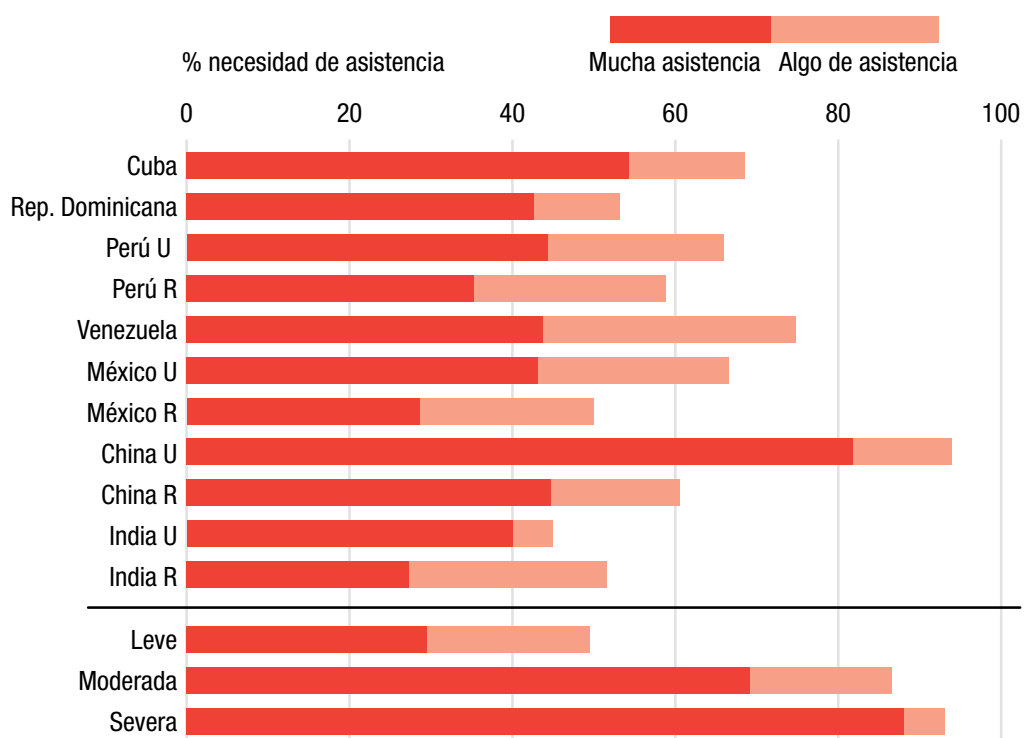
Daphne y su madre, Lara, visitaron a la madre de Lara, Margie, para celebrar el Día de Acción de Gracias en la comunidad de Ancianos con Alzheimer de Silverado en Houston, Texas. A Daphne le entristeció la pérdida de habilidades de comunicación verbal de Margie. Lara convenció a Daphne para que le hablara sobre el recital de piano que iba a ofrecer al día siguiente. Después de haber realizado la conexión, Margie expresó con señas no verbales que había oído la historia de su bisnieta.

otra demencia, y la otra la cuidaba) vivían solas. En contraste, las personas con Alzheimer u otras demencias incluidas en los informes preliminares del 10/66 solían vivir en familias numerosas; entre un cuarto y la mitad de los hogares comprendían tres generaciones ^(C21), incluyendo niños menores de 16. Los arreglos de cuidado de las personas con demencia, y las características de sus cuidadores también fueron analizadas en los estudios poblacionales del Grupo 10/66 de Investigación de la Demencia, en los que 1345 personas con demencia fueron analizadas en 11 centros de Latinoamérica, China e India. Vivir solos o con un cónyuge era algo fuera de lo común, la norma era vivir con hijos y/o hijos políticos adultos, a menudo también, con hijos menores de 16. Sin embargo, en la China urbana más de un tercio de las personas con demencia vivían sólo con su cónyuge. En todos los centros fuera de la China rural, una mayoría aplastante de cuidadores eran mujeres, normalmente hijas o nueras que cuidaban de uno de los padres. Sólo en China era el cónyuge el que se identificaba normalmente como el cuidador principal.

Una reciente revisión de las publicaciones ^(C23), identificó 27 estudios, de los cuales una mayoría aplastante provenía de países con renta alta, que ofrecían información sobre el tiempo invertido en la asistencia. Los cuidadores de personas con Alzheimer y otras demencias pasaban una media de 1,6 horas al día asistiendo en actividades personales esenciales de la vida diaria (que incluyen bañarse, vestirse, arreglarse, asearse y comer). Al incluir el tiempo invertido en la asistencia en las actividades instrumentales de la vida diaria (como cocinar, hacer la compra, hacer la colada, gestionar la economía doméstica) esta cifra se incrementó hasta las 3,7 horas, y cuando la supervisión general se tenía también en cuenta, la inversión media en asistencia era de 7,4 horas al día.

Figura 5

La prevalencia de necesidades de asistencia entre las personas con demencia (Estudios poblacionales del Grupo 10/66 de Investigación de la Demencia, publicación de datos 2.2) U = Urbano R = Rural



Consecuencias de la asistencia

Las consecuencias negativas de la asistencia han sido estudiadas de forma exhaustiva. Sin embargo, la mayoría de los familiares y amigos que prestan asistencia informal se enorgullecen de su papel, y perciben muchas ventajas. En Canadá, el 80% de una muestra representativa a nivel nacional de los cuidadores de personas con demencia fueron capaces de identificar aspectos positivos cuando se les pidió que lo hicieran ^(C24). Estos incluyeron compañía (23%), satisfacción (13%), disfrute (13%), aportación de calidad de vida (6%) e importancia (6%). No obstante, los cuidadores de personas con demencia experimentan también altos niveles de presión, morbilidad psicológica y, posiblemente, una salud física deteriorada.

En EEUU, más del 40% de los familiares y otros cuidadores no remunerados de personas con demencia describen el estrés emocional como alto o muy alto. Curiosamente, en los países de renta baja y media ^(C28), aunque formar parte de familias numerosas atenúa ligeramente la tensión experimentada por el cuidador principal, las redes de asistencia en familias numerosas tradicionales ofrecían poca protección; los niveles de tensión en el cuidador seguían siendo, en general, tan altos como los registrados en el proyecto europeo EURO CARE ^(C22).

Muchos estudios han presentado altos niveles de morbilidad psicológica entre los cuidadores de personas con demencia, de un 40 a un 75% en EURO CARE ^(C22), con el mismo rango de prevalencia observado en 21 de los 24 centros pilotos de 10/66 ^(C28). Una revisión sistemática reciente identificó 10 estudios que evaluaban la prevalencia de trastornos depresivos importantes entre los cuidadores de personas con demencia utilizando entrevistas clínicas estructuradas, que variaban entre el 15 y el 32% ^(C29). En seis de estos estudios, la prevalencia de la depresión severa era comparada con una muestra control, siendo la prevalencia en los cuidadores entre 2,8 y 38,7 veces mayor.



Risas y buenos momentos son importantes para todos, pero a veces las personas con demencia no los tienen. Este cuidador en una unidad del Alzheimer de Kyoto sabía cómo traer humor, risas, y cómo levantar el ánimo a las personas con las que trabajaba.

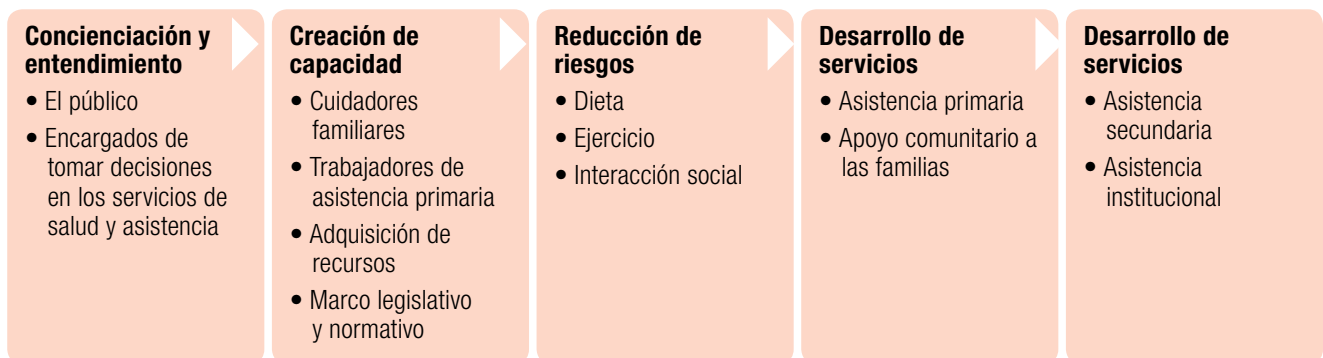
Del reconocimiento a la acción

En algunos países, como Australia, Francia, Corea del Sur e Inglaterra, la demencia es ahora una prioridad sanitaria y se han lanzado planes de acción. Los elementos claves de estos planes son suscitar una concienciación entre el público general y profesionales sanitarios; mejorar el diagnóstico, el tratamiento y los servicios de asistencia a largo plazo; incrementar la capacidad de los sistemas de asistencia sanitaria para responder al reto de la 'epidemia de la demencia'.

ADI ha desarrollado un modelo de acción de siete fases para planificar los servicios de asistencia a personas con demencia y un enfoque progresivo para países con recursos limitados. Estos son los pasos prácticos que todos los gobiernos pueden seguir para mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores.

En la Figura 6 se ilustra un acercamiento progresivo para países de renta baja y media. Presta especial atención a la concienciación y el entendimiento y a partir de ahí, pasa a la reducción del riesgo y los asuntos subyacentes de creación de capacidad y desarrollo de recursos. El desarrollo de los servicios comienza por la asistencia primaria antes de considerar la asistencia secundaria, ya que será más equitativo y beneficiará a más personas con demencia y a sus familiares. Tiene el potencial de prevenir y, al menos, retrasar la necesidad de servicios institucionales caros que pocas familias pueden permitirse. En países donde la financiación de la asistencia sanitaria está severamente restringida, es esencial comenzar con las iniciativas que tengan el máximo impacto en el mayor número de personas posible.

Figura 6 **Un abordaje progresivo al desarrollo de servicios para la demencia**



Aunque la suscitación de la concienciación puede parecer algo independiente, en la práctica debería considerarse paralelamente a la creación de capacidad, ya que cuando cuando se suscita la concienciación, surgirán expectativas a las que los servicios de salud y asistencia serán capaces de responder de algún modo. Al mejorar la capacidad de los trabajadores de asistencia primaria de ofrecer información, asesoramiento y la formación que permitirán a los cuidadores familiares mejorar sus habilidades de asistencia y por tanto minimizar la presión ejercida sobre ellos, se da el primer paso en avanzar hacia el desarrollo de servicios para la demencia.

Conclusiones

Las estimaciones detalladas presentadas constituyen la mejor base disponible actualmente para la adopción de medidas, la planificación y la asignación de recursos sanitarios y de bienestar.

En países con renta alta, el número de personas con Alzheimer y otras demencias seguirán aumentando – especialmente entre las de edad más avanzada. La provisión y financiación de medidas para satisfacer las necesidades de asistencia a largo plazo de personas con Alzheimer u otra demencia, incluido el apoyo a los familiares que cuidan de ellas, es una prioridad política cada vez más urgente. Las necesidades de asistencia sanitaria y social de las altas cifras en rápido crecimiento de personas mayores frágiles y dependientes deberían constituir también una cuestión de gran preocupación para los responsables de las tomas de decisiones en países de renta baja y media.

Estos cambios demográficos y el creciente impacto de la demencia hacen imperativo que los gobiernos tomen medidas urgentes para mejorar los servicios de asistencia a personas con demencia en sus propios países. Tanto el modelo de siete fases para la planificación de los servicios para personas con demencia como el abordaje progresivo al desarrollo de dichos servicios propuesto por Alzheimer's Disease International ofrecen marcos que permiten que esto ocurra. Haciendo de la demencia una prioridad sanitaria mundial, la OMS ofrecería el liderazgo y la estimulación para que los gobiernos nacionales tomen las medidas necesarias.

Si las políticas gubernamentales se formulan y se planifican de acuerdo a las proyecciones descritas en este informe, se podría predecir el cambio inevitable en el gasto de recursos para personas de edad avanzada y mitigar así sus consecuencias ^(B1). Si, como al parecer sucede, los patrones de morbilidad y mortalidad de vida temprana y tardía, convergen con los del Occidente desarrollado, los índices de prevalencia del Alzheimer y otras demencias harán lo mismo. Asimismo, dada la asunción de que el índice de prevalencia permanece constante, las implicaciones de los índices de crecimiento en los números de personas con Alzheimer y otras demencias en regiones en vías de desarrollo podrían ser subestimadas de forma significativa.

Los esfuerzos de mejora de la calidad y disponibilidad de la asistencia, así como los esfuerzos para encontrar tratamientos más efectivos contra el Alzheimer y otras demencias, deberían combinarse con la inversión urgente en medidas de prevención primaria de la enfermedad. Se requiere más investigación para identificar los factores de riesgo modificables para el Alzheimer y otras demencias. Mientras tanto, la prevención primaria debería centrarse en los objetivos sugeridos por las pruebas actuales: factores de riesgo para enfermedades vasculares, incluida la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes tipo II y la hiperlipidemia.

Futuras direcciones

Es necesario realizar esfuerzos en todas las regiones del mundo para monitorizar las tendencias en los índices de incidencia y de prevalencia del Alzheimer y otras demencias. Las estimaciones se actualizarán de forma regular en futuros informes emitidos por ADI. La base evidencial actual ofrece un punto de referencia sólido. Una imagen más clara de la incidencia y la prevalencia mundial del Alzheimer y otras demencias emergerá a medida que se acumulen más pruebas en las regiones que actualmente tienen poca representación.

Documentación

En beneficio de la transparencia y la colaboración científica internacional, toda la documentación para esta revisión se encuentra disponible en www.alz.co.uk/worldreport, incluidos los archivos de datos con las características del estudio y los datos de prevalencia extraídos.

El Informe Mundial sobre el Alzheimer 2009 completo con materiales de apoyo, del que ésta es una versión condensada, también se puede encontrar en www.alz.co.uk/worldreport.

Definiciones de país de renta baja, país de renta media y país de renta alta

El principal criterio del Banco Mundial para clasificar las economías es la renta nacional bruta (RNB) per capita. Anteriormente se denominaba producto nacional bruto (GNP).

- **Regiones geográficas:** Las clasificaciones y los datos presentados para las regiones geográficas son exclusivamente las economías de renta baja y media. Las economías de renta baja y media se denominan a veces economías en vías de desarrollo. La clasificación por renta no refleja necesariamente el estado de desarrollo.
- **Grupo de renta:** Las economías se dividen según el RNB per capita de 2008 en los siguientes grupos. Las clasificaciones de renta se establecen todos los años el 1 de julio.
 - Renta baja: 975 dólares o menos
 - Renta media-baja: de 976 a 3.855 dólares
 - Renta media-alta: de 3.856 a 11.905 dólares
 - Renta alta: de 11.906 o más

Las Regiones de Carga Global de Morbilidad incluidas en el meta-análisis: (ver página 6)

- Asia
 - Australasia
 - Asia Pacífico, países de renta alta
 - Asia oriental
 - Asia meridional
 - Sudeste asiático
- Europa
 - Europa occidental
- Las Américas
 - Norteamérica
 - Latinoamérica (cuatro regiones)



Jacqueline en una sesión de terapia de reminiscencia, 2008, Niza, Francia. La terapia de reminiscencia se basa en la evocación de viejos recuerdos y autobiografías. Compartir estos recuerdos en grupo, a veces con la ayuda de fotografías y otros objetos, ayuda a promover los intercambios sociales, y mediante esta comunicación se mejora la calidad de vida de las personas con demencia y de los familiares que las cuidan.

Bibliografía

Para ser consistentes, hemos mantenido los números de referencia de la versión completa del Informe Mundial sobre el Alzheimer 2009 con un prefijo que indica el capítulo. Estos números están detallados aquí en el orden en que se citaron en el Resumen Ejecutivo.

- A11 Graham N, Brodaty H. Alzheimer's Disease International. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1997;12(7):691-2.
- A9 Shaji KS, Smitha K, Praveen Lal K, Prince M. Caregivers Of Patients With Alzheimer's Disease : A Qualitative Study From The Indian 10/66 Dementia Research Network. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2002;18:1-6.
- A12 Cohen L. Toward an anthropology of senility: anger, weakness, and Alzheimer's in Banaras, India. *Med Anthropol Q* 1995;9(3):314-34.
- A13 Patel V, Prince M. Ageing and mental health in a developing country: who cares? Qualitative studies from Goa, India. *Psychological Medicine* 2001;31(1):29-38.
- A14 Ferri CP, Ames D, Prince M. Behavioral and psychological symptoms of dementia in developing countries. *Int Psychogeriatr* 2004 December;16(4):441-59.
- A15 Department of Health. *Living well with dementia. A National Dementia Strategy*. London, UK: Department of Health; 2009.
- A16 Eisai Inc / Pfizer. *Facing Dementia Survey*. London: Eisai Inc and Pfizer; 2004.
- A17 National Audit Office. *Improving services and support for people with dementia*. London: TSO; 2007.
- B2 *World Population Prospects: The 2002 Revision – Highlights*. New York: United Nations; 2003.
- B3 *The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. The Harvard School of Public Health, Harvard University Press; 1996.
- B5 Fuster V, Voute J. MDGs: chronic diseases are not on the agenda. *Lancet*, 2005 October 29;366(9496):1512-4.
- B6 Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005 December 17;366(9503):2112-7.
- B7 *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. Geneva: World Health Organization; 2004.
- B20 Herrera E Jr, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2002 April;16(2):103-8.
- B21 Nitrini R, Caramelli P, Herrera E Jr, Bahia VS, Caixeta LF, Radanovic M et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2004 October;18(4):241-6.
- B22 Rosselli D, Ardila A, Pradilla G, Morillo L, Bautista L, Rey O et al. [The Mini-Mental State Examination as a selected diagnostic test for dementia: a Colombian population study. GENECO]. *Rev Neurol* 2000 March 1;30(5):428-32.
- B10 Hendrie HC, Osuntokun BO, Hall KS, Ogunniyi AO, Hui SL, Unverzagt FW et al. Prevalence of Alzheimer's disease and dementia in two communities: Nigerian Africans and African Americans. *Am J Psychiatry* 1995;152:1485-92.
- B23 Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, De-la-Camara C, Ventura T et al. Prevalence of dementia in a southern European population in two different time periods: the ZARADEMP Project. *Acta Psychiatr Scand* 2007 October;116(4):299-307.
- B24 Fernandez M, Castro-Flores J, Perez-de las HS, Mandaluniz-Lekumberri A, Gordejuela M, Zarranz J. [Prevalence of dementia in the elderly aged above 65 in a district in the Basque Country]. *Rev Neurol* 2008 January 16;46(2):89-96.
- B25 Francesconi P, Roti L, Casotto V, Lauretani F, Lamponi M, Bandinelli S et al. [Prevalence of dementia in Tuscany: results from four population-based epidemiological studies]. *Epidemiol Prev* 2006 July;30(4-5):237-44.
- B26 Plassman BL, Langa KM, Fisher GG, Heeringa SG, Weir DR, Ofstedal MB et al. Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology* 2007;29(1-2):125-32.
- B13 Llibre Rodriguez JJ, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population based cross-sectional survey. *Lancet* 2008 August 9;372(9637):464-74.
- B27 Scazufca M, Menezes PR, Vallada HP, Crepaldi AL, Pastor-Valero M, Coutinho LM et al. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in Sao Paulo, Brazil. *Int Psychogeriatr* 2008 April;20(2):394-405.

- B28 Bottino CM, Azevedo D, Jr., Tatsch M, Hototian SR, Moscoso MA, Folquitto J et al. Estimate of dementia prevalence in a community sample from Sao Paulo, Brazil. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008;26(4):291-9.
- B29 Custodio N. *Prevalencia de demencia en una comunidad urbana de Lima: Un estudio puerta a puerta.* (Abstract). Santo Domingo, Republica Dominicana, XII Congreso Panamericano de Neurologia; 2007.
- B30 Llibre JJ, Fernández Y, Marcheco B, Contreras N, López AM, Ote M. Prevalence of Dementia and Alzheimer's Disease in a Havana Municipality: A Community-Based Study among Elderly Residents. *MEDICC Review* 2009;11(2):29-35.
- B31 Molero AE, Pino-Ramirez G, Maestre GE. High prevalence of dementia in a Caribbean population. *Neuroepidemiology* 2007;29(1-2):107-12.
- B32 Zhang ZX, Zahner GE, Roman GC, Liu XH, Wu CB, Hong Z et al. Sociodemographic variation of dementia subtypes in china: Methodology and results of a prevalence study in Beijing, Chengdu, Shanghai, and Xian. *Neuroepidemiology* 2006;27(4):177-87.
- B33 Jhoo JH, Kim KW, Huh Y, Lee SB, Park JH, Lee JJ et al. Prevalence of dementia and its subtypes in an elderly urban Korean population: results from the Korean Longitudinal Study on Health And Aging (KLoSHA). *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008;26(3):270-6.
- B34 Shaji S, Bose S, Verghese A. Prevalence of dementia in an urban population in Kerala, India. *Br J Psychiatry* 2005 February;186:136-40.
- B35 Wangtongkum S, Sucharitkul P, Silprasert N, Inthrachak R. Prevalence of dementia among population age over 45 years in Chiang Mai, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2008 November;91(11):1685-90.
- B36 Smith K, Flicker L, Lautenschlager NT, Almeida OP, Atkinson D, Dwyer A et al. High prevalence of dementia and cognitive impairment in Indigenous Australians. *Neurology* 2008 November 4;71(19):1470-3.
- B37 Galasko D, Salmon D, Gamst A, Olichney J, Thal LJ, Silbert L et al. Prevalence of dementia in Chamorros on Guam: relationship to age, gender, education, and APOE. *Neurology* 2007 May 22;68(21):1772-81.
- B38 Bdzan LB, Turczynski J, Szabert K. [Prevalence of dementia in a rural population]. *Psychiatr Pol* 2007 March;41(2):181-8.
- B39 Gurvit H, Emre M, Tinaz S, Bilgic B, Hanagasi H, Sahin H et al. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2008 February;23(1):67-76.
- C2 *The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.* The Harvard School of Public Health, Harvard University Press; 1996.
- C4 Dewey ME, Saz P. Dementia, cognitive impairment and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001 August;16(8):751-61.
- C5 Nitri R, Caramelli P, Herrera E Jr, de C, I, Bahia VS, Anghinah R et al. Mortality from dementia in a community-dwelling Brazilian population. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005 March;20(3):247-53.
- C6 Perkins AJ, Hui SL, Ogunniyi A, Gureje O, Baiyewu O, Unverzagt FW et al. Risk of mortality for dementia in a developing country: the Yoruba in Nigeria. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2002 June;17(6):566-73.
- C7 Knapp, M. and Prince M. *Dementia UK – A report into the prevalence and cost of dementia* prepared by the Personal Social Services Research Unit (PSSRU) at the London School of Economics and the Institute of Psychiatry at King's College London, for the Alzheimer's Society. THE FULL REPORT. London: The Alzheimer's Society; 2007.
- C10 Canadian Study of Health and Ageing. Canadian study of health and aging: study methods and prevalence of dementia. *CMAJ* 1994 March 15;150(6):899-913.
- C11 Macdonald A, Cooper B. Long-term care and dementia services: an impending crisis. *Age Ageing* 2007 January;36(1):16-22.
- C12 Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatr* 2007;7:13.
- C17 Bosanquet N, Sikora K. The economics of cancer care in the UK. *Lancet Oncol* 2004 September;5(9):568-74.
- C23 Wimo A, Winblad B, Jonsson L. An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimer's and Dementia* 2007;3(3):81-91.
- C40 Wimo A, Jonsson L, Winblad B. An estimate of the worldwide prevalence and direct costs of dementia in 2003. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;21(3):175-81.
- C42 Prince M, Livingston G, Katona C. Mental health care for the elderly in low income countries: a health systems approach. *World Psychiatry* 2007 February;6(1):5-13.

- C41 Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol* 2008 September;7(9):812-26.
- C38 Allegri RF, Butman J, Arizaga RL, Machnicki G, Serrano C, Taragano FE et al. Economic impact of dementia in developing countries: an evaluation of costs of Alzheimer-type dementia in Argentina. *Int Psychogeriatr* 2007 August;19(4):705-18.
- C36 Shah A, Murthy S, Suh GK. Is mental health economics important in geriatric psychiatry in developing countries? *Int J Geriatr Psychiatry* 2002 August;17(8):758-64.
- C18 Tout K. *Ageing in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press; 1989.
- C19 Prince M, Acosta D, Albanese E, Arizaga R, Ferri CP, Guerra M et al. Ageing and dementia in low and middle income countries - Using research to engage with public and policy makers. *Int Rev Psychiatry* 2008 August;20(4):332-43.
- C21 10/66 Dementia Research Group. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004 February;19(2):170-7.
- C22 Schneider J, Murray J, Banerjee S, Mann A. EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I--Factors associated with carer burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1999;14(8):651-61.
- C24 Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002 February;17(2):184-8.
- C28 Prince M. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004 February;19(2):170-7.
- C29 Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging Ment Health* 2005 July;9(4):325-30.
- B1 Kalache A. Ageing is a Third World Problem Too. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1991;6:617-8.



Len y Bette llevan 63 años casados. Él cuidaba de ella en su casa de Ohio, EEUU en sus primeros años de dificultades cognitivas, hasta que sus divagaciones y otros problemas llevaron tanto a su médico como a sus hijos a recomendar su ingreso en una institución. A Len le consumen sus pérdidas y las de Bette: 'Lo he dejado todo en casa tal y como solía estar, como si ella hubiera vuelto a casa. Pero a la larga sé que no es verdad. La he perdido. Ella está aquí pero la he perdido. Daría mi estrella de bronce si alguien pudiera devolvérmela'.

Alzheimer's Disease International:
The International Federation of
Alzheimer's Disease and Related
Disorders Societies, Inc. ha sido
constituida en Illinois, EEUU, y es
una organización 501(c)(3) sin ánimo
de lucro

Alzheimer's Disease International
64 Great Suffolk Street
Londres SE1 0BL
Reino Unido
Tel: +44 20 79810880
Fax: +44 20 79282357
www.alz.co.uk



**Alzheimer's Disease
International**