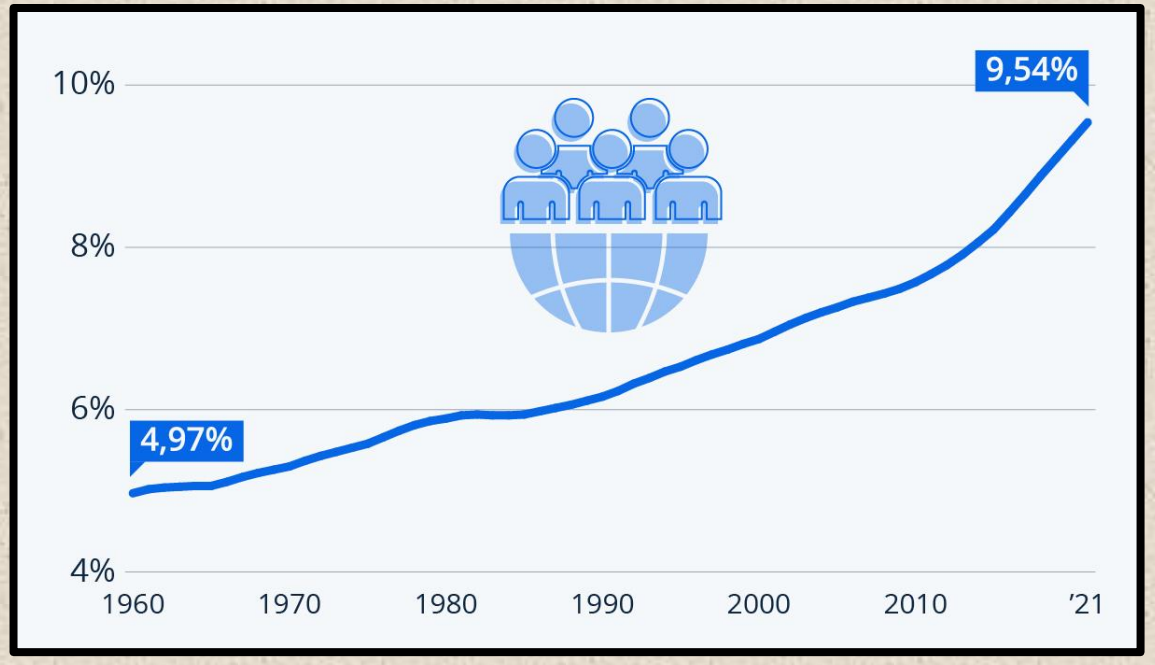
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:
TERAPIAS ALTERNATIVAS

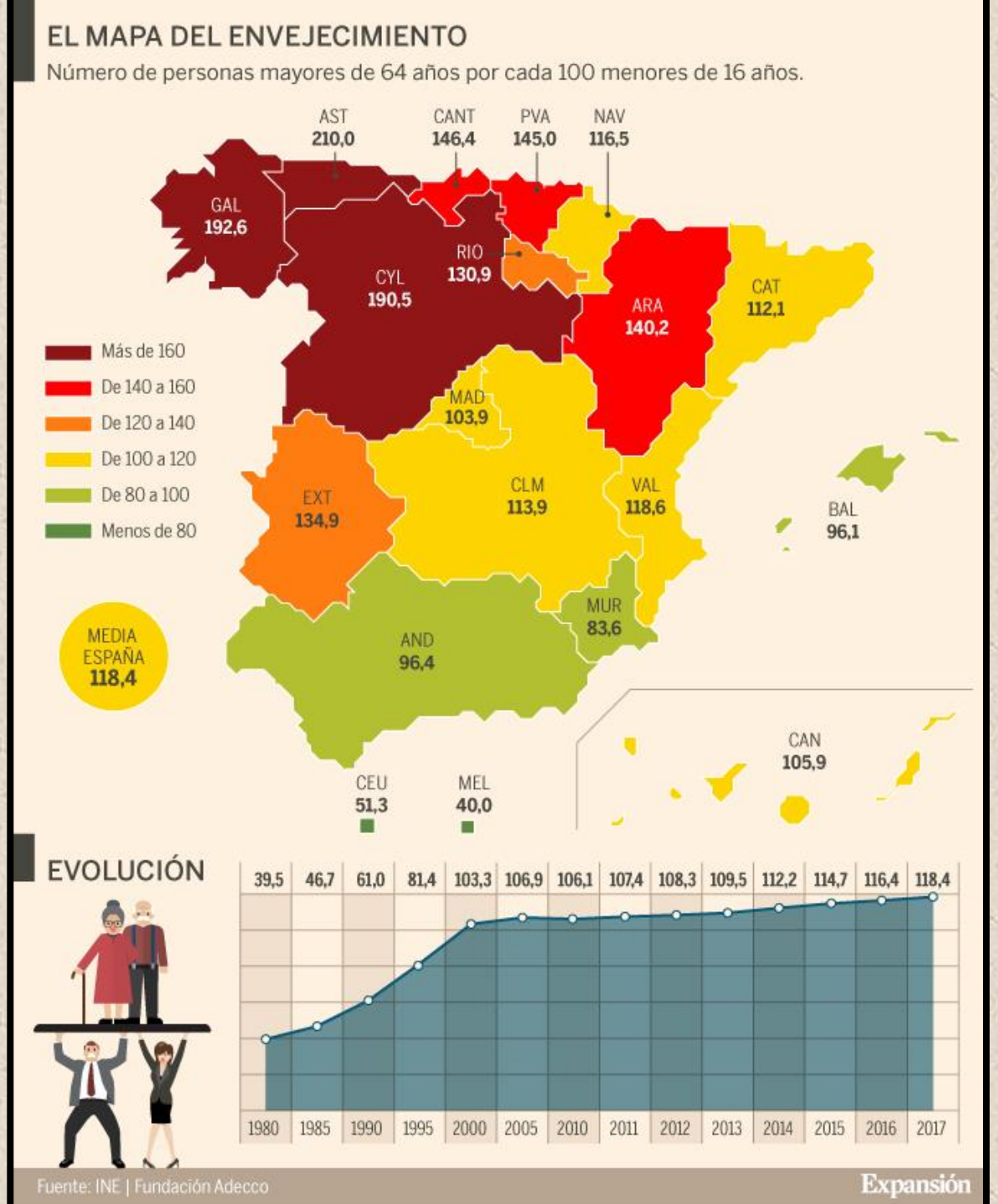
VICTORIA MUÑOZ EMBUENA
~R5 M. INTERNA~

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población mundial es un proceso sin precedentes en la historia de la humanidad y una fuente de complejidad para la provisión de asistencia sanitaria y social desde la perspectiva de salud pública.

El aumento de la longevidad y la supervivencia ha provocado un incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas y una compresión de la morbilidad en edades avanzadas.





¿QUÉ ES LA DEMENCIA?

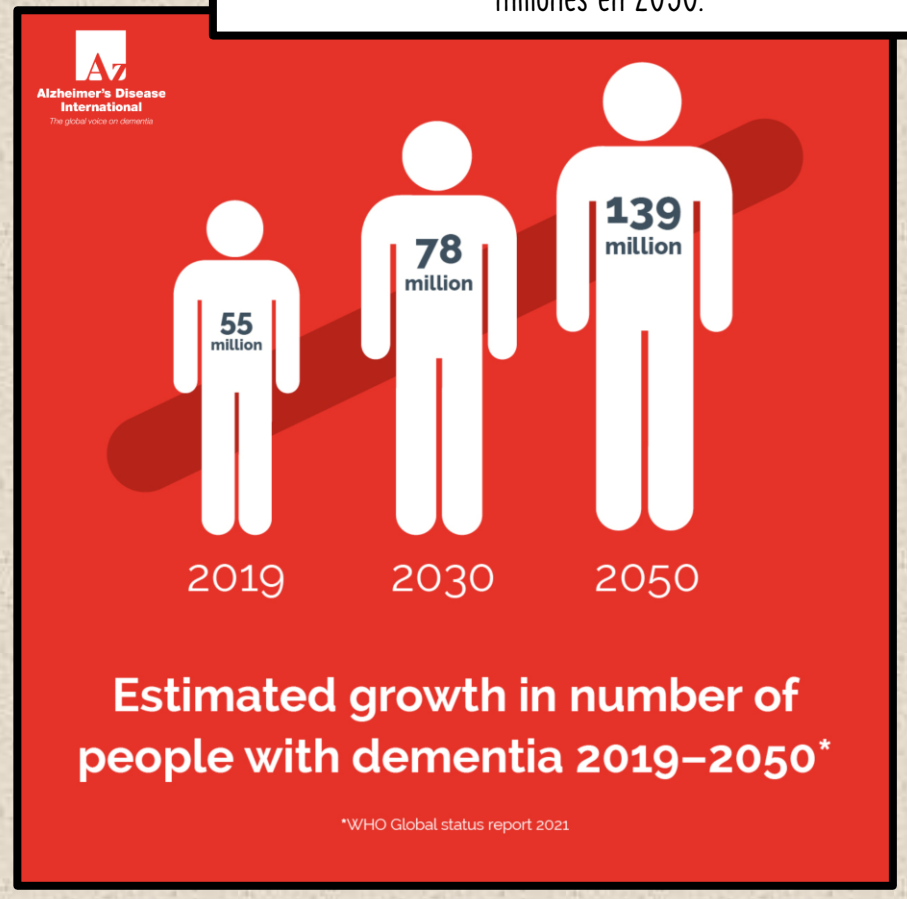
La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que provoca una alteración de la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

La prevalencia de demencia se sitúa, dependiendo de la zona geográfica, entre el 5-8% para mayores de 60 años

Muestra un patrón de crecimiento exponencial con la edad, doblándose cada cinco años

Predominio del sexo femenino

En el 2020, había más de 55 millones de personas en todo el mundo que convivían con la demencia. Este número casi se duplicará cada 20 años, llegando a 78 millones en 2030 y 139 millones en 2050.



Alzheimer's Disease International

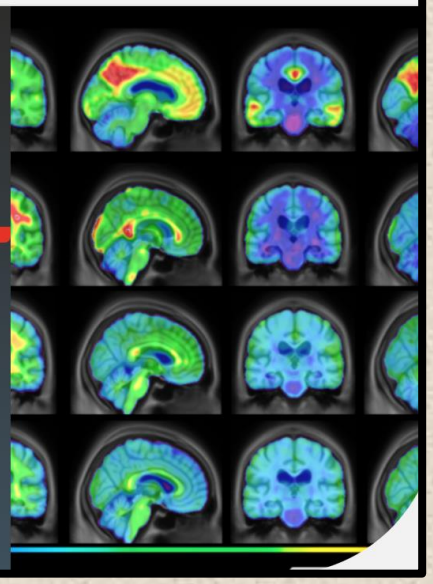
Home | Health & Care Professionals | About us | Donate

About Alzheimer's & Dementia | What we do | Our members | Reports & resources | News & events | Get involved

World Alzheimer Report 2021

Journey through the diagnosis of dementia

The World Alzheimer Report 2021 includes over 50 essays from leading experts from around the world and is supported by findings from 3 key global surveys, which received responses from 1,111 clinicians, 2,325 people with dementia and carers, and over 100 national Alzheimer and dementia associations.



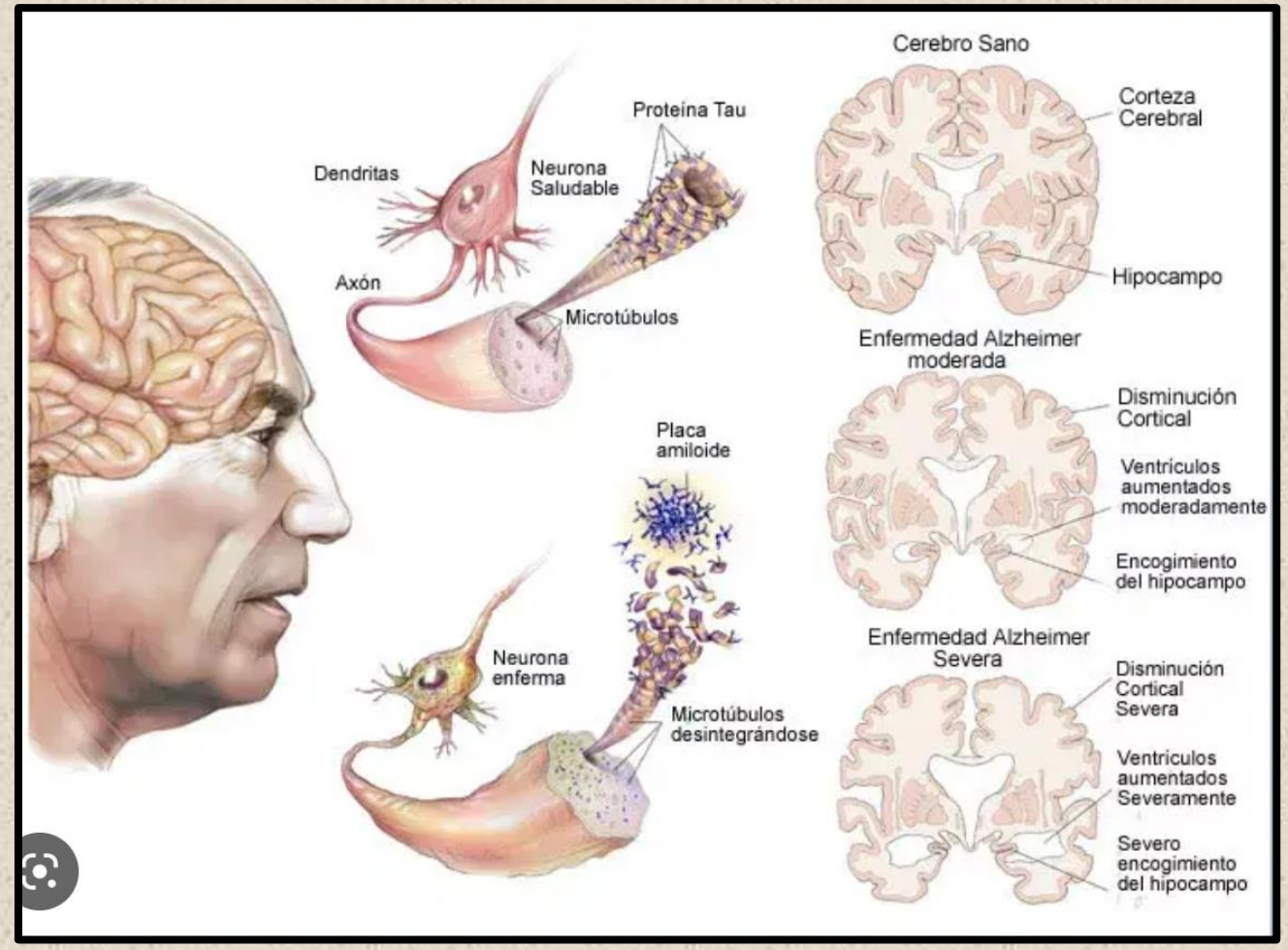
https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2021/

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia en las personas mayores de 65 años.

Los distintos subtipos se caracterizan por un cuadro clínico con síntomas comunes que difieren en su etiología, edad, forma de presentación, curso clínico y trastornos asociados.

La característica distintiva de la enfermedad de Alzheimer es la presencia de proteínas beta-amiloide y tau que se acumulan en el cerebro hasta el punto de interferir con las funciones cognitivas normales.

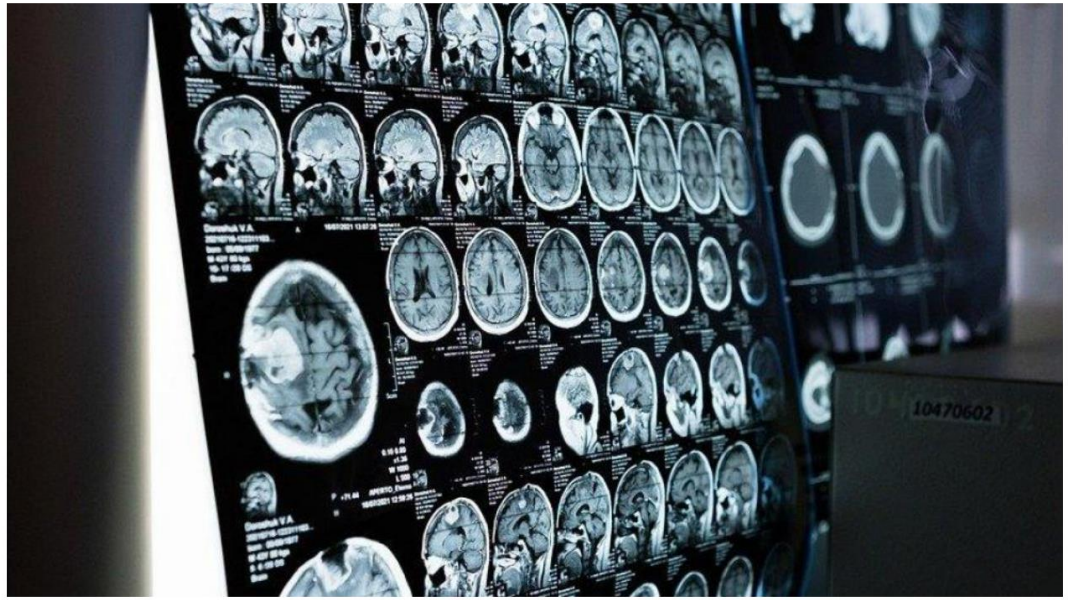
Esto generalmente se manifiesta con cambios en la memoria, el pensamiento abstracto, el juicio, el comportamiento, el estado de ánimo y las emociones y, en última instancia, interfiere con el control físico del cuerpo.



Diagnostican el caso de Alzhéimer más precoz jamás registrado en un joven de 19 años

20MINUTOS / NOTICIA / 16.02.2023 - 18:11H

- A los 17 años comenzó a sufrir problemas de memoria a corto plazo: no se acordaba de si había comido.
- Un hombre se enfrenta a tres años de prisión por estafar a sus padres con alzhéimer.



Resonancia magnética del cerebro. / PIXABAY

BLOGS DE 20MINUTOS

¿QUÉ FUE DE?

Elementos para la historia. Las bufandas de fútbol

VEINTE SEGUNDOS

La peor afrenta a Goya es llamar al premio Ídem «cabezón»

LA CRÓNICA VERDE

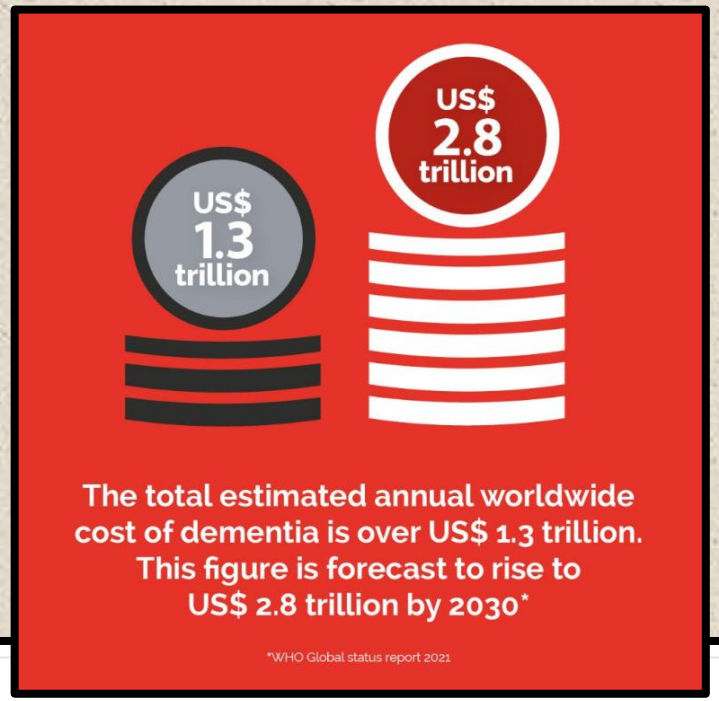
Ya llegaron las cigüeñas: 10 curiosidades que no sabías de ellas

XX SIGLOS

El crimen de los Sagardía, una verdad oculta por la Guerra Civil que busca justicia en la ficción

https://www.20minutos.es/noticia/5101987/0/caso-alzheimer-mas-precoz-joven-19-anos/

Coste global de la demencia



US$1.3 Trillion

Worldwide cost of dementia

14th

Largest economy if dementia was a country

FACTORES DE RIESGO

En algunos países, las cohortes actuales de personas de 65 años o más son cognitivamente más sanas que sus predecesoras.

Se han propuesto distintas hipótesis plausibles para explicar una disminución de la incidencia de demencia, como la mejoría en el control de los factores de riesgo cardiovasculares, un mayor nivel educativo de las nuevas generaciones, cambios en los estilos de vida, caracterizados por un mayor nivel de actividad física, adopción de dietas más saludables y abandono de hábitos tóxicos como el tabaquismo.

De acuerdo con el actual estado de la cuestión sobre los factores de riesgo y protección, hay diversos factores de riesgo potencialmente modificables y sobre los cuales se han empezado a diseñar estudios para determinar la eficacia que pueden tener distintas estrategias de prevención primaria y secundaria

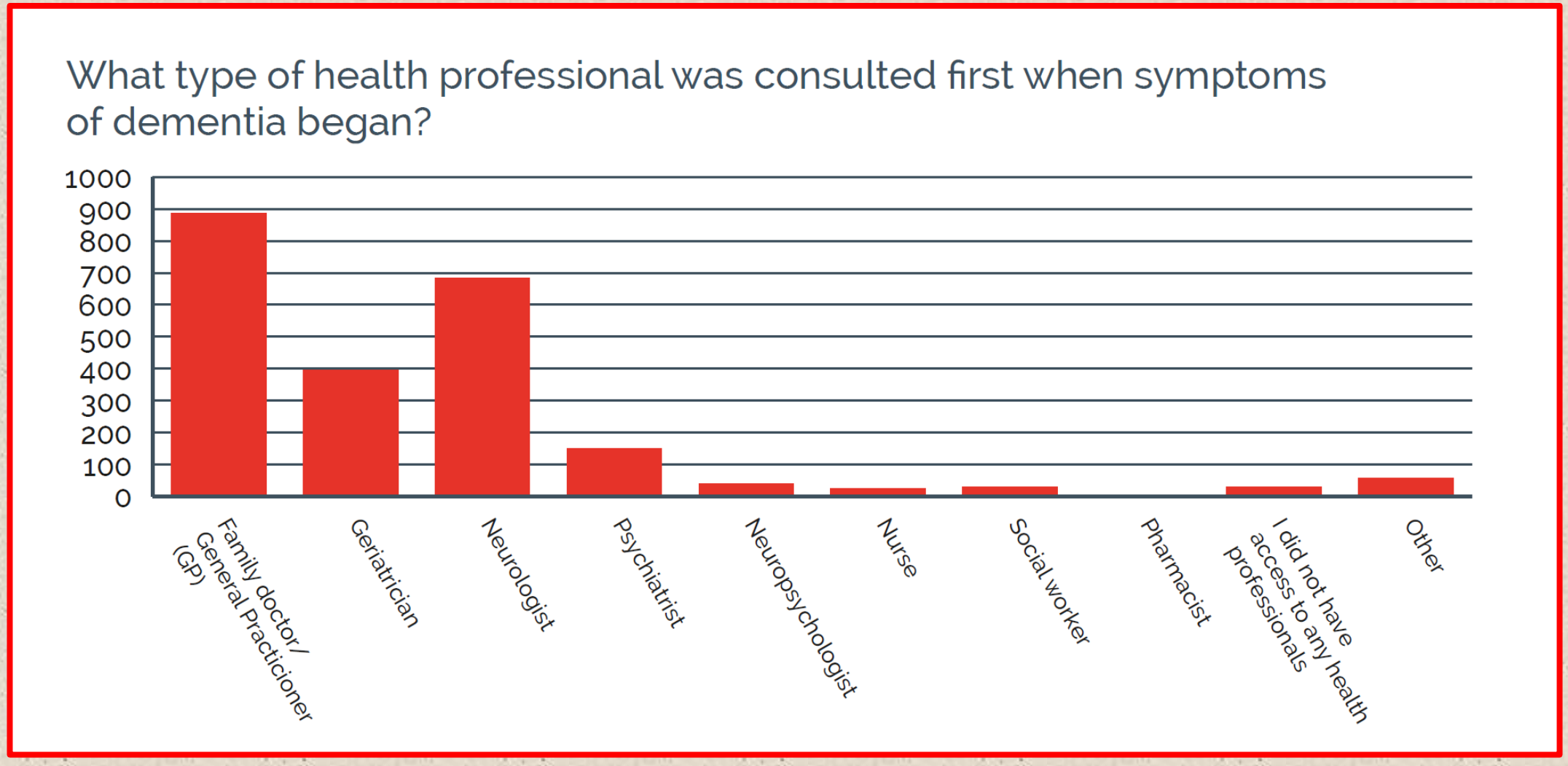
		Modificable	No modificable
Demográficos	Edad		×
	Sexo		×
	Escolaridad	×	
Genéticos	PSN1, PSN2, ApoE ε4		×
Médicos	Diabetes	×	
	Obesidad	×	
	Hipertensión	×	
	Pérdida de audición	×	
	Depresión	×	
Estilo de vida	Tabaco	×	
	Alcohol	×	
	Actividad física	×	
	Dieta	×	
	Actividad intelectual	×	
	Interacción social	×	
Reducción del riesgo atribuible		35%	65%

Muchas de las enfermedades que causan demencia presentan síntomas similares...

CLÍNICA

...pero para cada enfermedad y cada persona afectada, estos síntomas pueden presentarse de diferentes maneras.

DIAGNÓSTICO



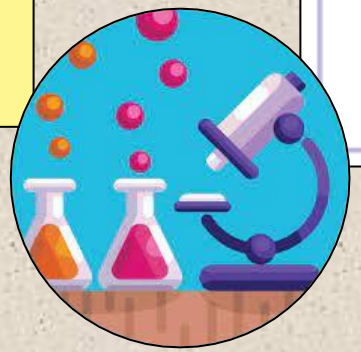
El diagnóstico de la EA es probabilístico, ya que el fenotipo clínico sólo puede ser confirmado patológicamente en estudios post mórtem que certifiquen los cambios característicos.

Por ello, actualmente el diagnóstico de demencia en la EA es clínico (neurológico, psiquiátrico y neuropsicológico), y comprende 5 pasos:

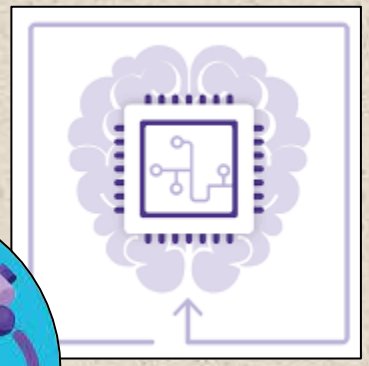
Entrevista al paciente y a un informante fiable.

Examen físico

Evaluación neurocognitiva.



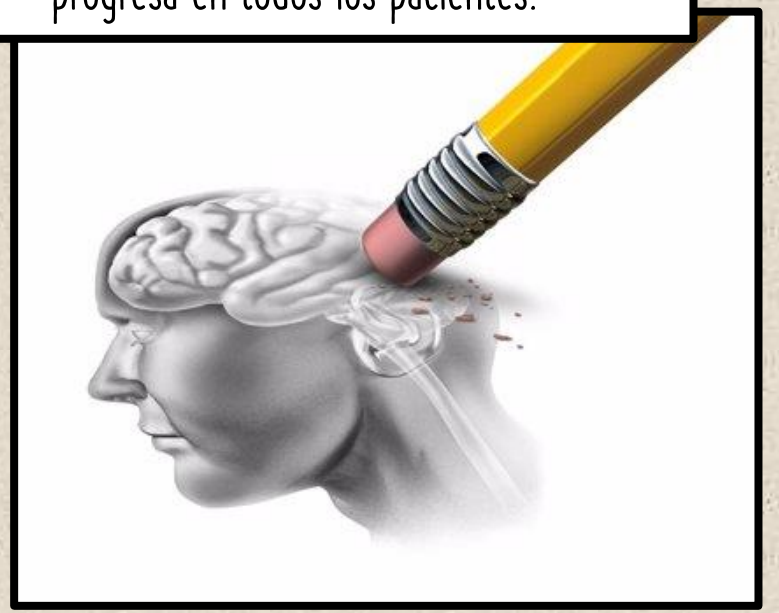
Pruebas de laboratorio



Estudios de neuroimagen

TRATAMIENTO

Si bien hay tratamientos disponibles que pueden mejorar algunos síntomas de la enfermedad, no hay cura y la enfermedad inevitablemente progresa en todos los pacientes.



La base del tratamiento actual de la enfermedad de Alzheimer (EA) implica el manejo farmacológico y no farmacológico y la planificación de la atención basada en la psicoeducación centrada en el paciente, el establecimiento de objetivos compartidos y la toma de decisiones tomadas entre el médico y la díada paciente-cuidador.

Cuando se combinan, los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos pueden mitigar significativamente los síntomas y reducir la progresión clínica y la carga de atención.

ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

Patient-caregiver dyad-centered evaluation, diagnosis and disclosure, and care planning processes
• Timely detection of symptoms, accurate assessment and diagnosis, iterative psychoeduction, and appropriate disclosure.
• Shared goal setting for diagnostic, disclosure and management processes; sustained psychoeducation and tailoring of a proactive care plan to patient-caregiver dyad.
Nonpharmacological management: interventions and behavioral approaches and strategies:
• Psychoeducation including regarding AD dementia in general and effects on cognition, function and behaviors, dementia care, expectations, "the progression and regression model of aging and dementia."
• Behavioral approaches and strategies–both general and targeted to the patient-caregiver dyad; these include simplification of environment, establishing routines, providing a safe, calm, and consistent care environment, utilizing strategies such as interacting calmly, redirection to pleasurable activities and environment, reassurance, providing only necessary information in a manner that the patient can appreciate (i.e., in simple language and small chunks) and at the appropriate time, "benign therapeutic fibbing" and "never saying no" (unless immediate safety is concerned) to "allow the moment to pass."
• Establishing and fostering support networks for the patient and caregivers.
• Identifying and monitoring health and safety risks for patient and others, advance planning for medical, legal, and financial decision-making and needs (e.g., stove, weapon, and driving safety; falling prey to fraud or poor work or financial decision making).
• Caring for caregivers, including caregiver support and respite care.
Pharmacological management:
• Elimination of redundant and inappropriate medications (Beers's criteria);
• Treating underlying medical and psychiatric conditions, and associated symptoms that can exacerbate cognitive-behavioral impairment/dementia (e.g., dehydration, pain, constipation, infections, electrolyte and metabolic derangements, anxiety, depression, psychosis).
• Prescription of stage-appropriate FDA-approved AD medications (ChEI's: donepezil, rivastigmine, galantamine; NMDA-antagonist: memantine) as monotherapy or add-on-dual combination therapy (ChEI + memantine).
Pragmatic modifications to sustain alliance, adherence and well-being of patient-caregiver dyad
• Flexibility to modify care plan according to important changes in the patient-caregiver dyad.
• Forging and sustaining a therapeutic alliance.
• Promoting the safety, health and well-being of the patient and her/his caregivers.
• Adopting a pragmatic approach to ongoing care that includes establishing and simplifying care routines where possible, modifying the environment to suit the patient-caregiver dyad, and consideration of patient and caregiver preferences, capacity, environment and resources in devising and implementing care plans.

Abbreviations: AD, Alzheimer's disease; ChEI, cholinesterase-inhibitors; FDA, Food and Drug Administration; NMDA, N-methyl-d-aspartate.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los medicamentos para la enfermedad de Alzheimer aprobados por la FDA (los inhibidores de la colinesterasa -donepezilo, rivastigmina- y el antagonista del NMDA -memantina-), cuando se utilizan como parte de un plan de atención integral, aunque generalmente se consideran medicamentos sintomáticos, pueden proporcionar modestos efectos de "modificación del curso de la enfermedad" al mejorar la cognición y reducir la pérdida de independencia.

ADUCANUMAB

Aducanumab es un anticuerpo dirigido por beta amiloide indicado para tratar la enfermedad de Alzheimer (leve). Está aprobado bajo la vía de aprobación acelerada, que brinda a los pacientes con una enfermedad grave un acceso más temprano a los medicamentos cuando existe una expectativa de beneficio clínico a pesar de cierta incertidumbre.

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) ha rechazado la autorización de comercialización del aducanumab

SALUD

Aducanumab: un nuevo escándalo salpica al fármaco que prometía revolucionar el alzhéimer

Un informe del Congreso de EEUU acusa a la farmacéutica de poner un precio "injustificadamente alto" y a la FDA de irregularidades para aprobarlo.

4 enero, 2023 - 02:48

GUARDAR

EN: ALZHEIMER ESTADOS UNIDOS INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Marcos Domínguez

https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20230104/aducanumab-escandalo-salpica-farmaco-prometia-revolucionar-alzheimer/730927130_0.html

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Los trastornos del comportamiento pueden afectar profundamente a los pacientes con demencia, así como a sus familias y cuidadores. El reconocimiento y tratamiento de los delirios, las alucinaciones, la depresión, la agitación, la agresión y los trastornos del sueño son aspectos importantes del cuidado de los pacientes con demencia.

Uno o más de estos síntomas se observan en el 60 al 90% de los pacientes con demencia y la prevalencia aumenta con la gravedad de la enfermedad.

La presencia de síntomas neuropsiquiátricos conduce a un mayor deterioro funcional en pacientes con demencia y deterioro cognitivo. Estos comportamientos a menudo aceleran o conducen a que el paciente sea internado en una residencia de ancianos.

La agitación y otras anomalías del comportamiento pueden surgir de una variedad de causas subyacentes, y la identificación de la génesis del comportamiento anormal es fundamental para un tratamiento eficaz.

¡El tratamiento de primera línea para los síntomas neuropsiquiátricos y las conductas problemáticas no es farmacológico!
e implica psicoeducación, identificación de desencadenantes e implementación de intervenciones conductuales y ambientales.

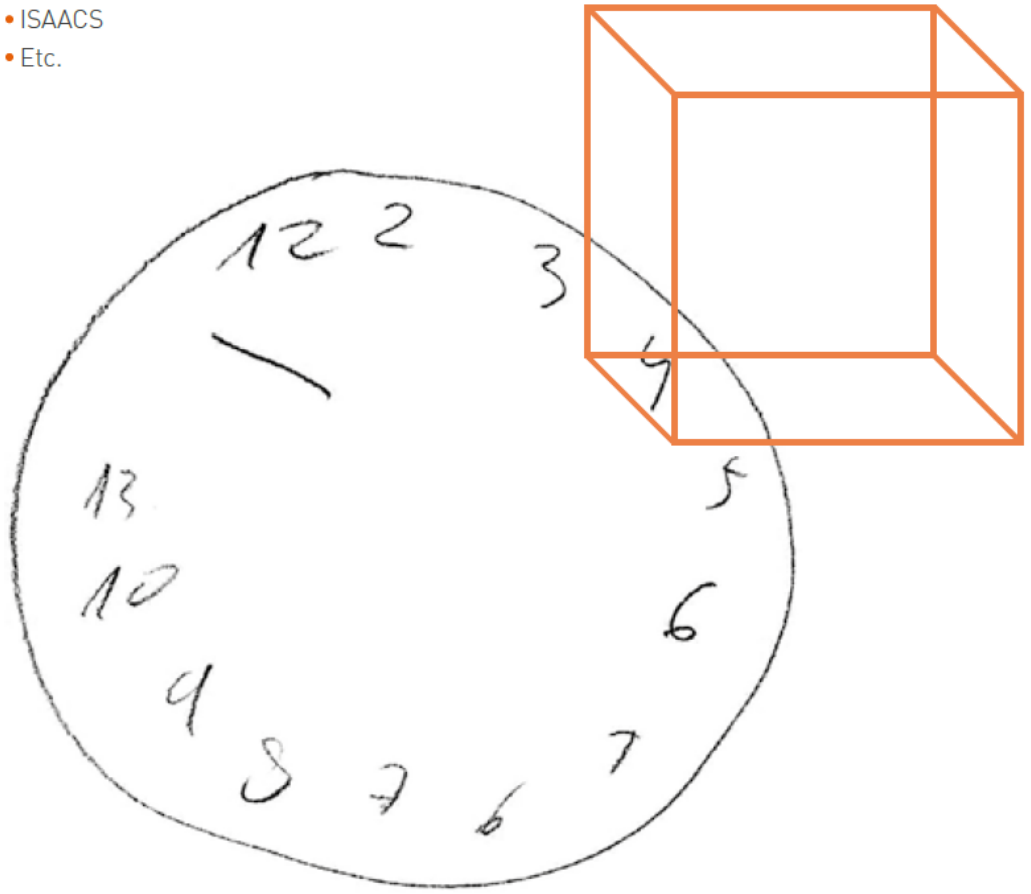
1. Estimulación cognitiva:

orientación a la realidad, reminiscencias, atención y praxias, lenguaje/lectoescritura, memoria, cálculo y funciones ejecutivas. Manejo de las alteraciones de conducta y de regulación emocional.

Dentro de los objetivos generales de la Estimulación Cognitiva encontramos los siguientes:

- Mejorar su calidad de vida.
- Potenciar su autonomía, y con ello su autoestima.
- Mantener sus capacidades mentales el máximo tiempo posible.
- Evitar reacciones psicológicas anómalas.
- Facilitar su interacción con el entorno físico y humano.
- Disminuir la ansiedad y la confusión.
- Orientarle a la realidad.
- Evitar que se desconecte del mundo que le rodea adaptándole funcionalmente.
- Estimular su propia identidad.
- Estimular todas las capacidades mentales superiores: memoria, cálculo, atención, praxias, funciones ejecutivas, lenguaje y lectoescritura

- Test del Dibujo del Reloj (CDT) (TDR), T@M y Fototest para los estadíos leves
- Miniexamen cognoscitivo de Lobo para estadíos moderados
- Test SPMSQ de Pfeiffer
- Test 7 minutos
- Test CAMDEX
- SET-TEST de Isaacs
- ADAS
- ISAACS
- Etc.

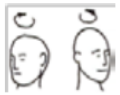


2. Psicomotricidad y fisioterapia

Dentro de los objetivos generales de Psicomotricidad y fisioterapia encontramos los siguientes:

- Ejercitar el tono muscular y el control postural. Enlentecer la atrofia muscular.
- Ejercitar la capacidad de marcha y equilibrio.
- Entrenar la lateralidad, la coordinación perceptivo-motora y los movimientos disociados
- Estimular la motricidad fina y gruesa.
- Estimular la organización espacial y reforzar la orientación temporal, espacial y el reconocimiento del entorno.
- Estimular el sentido del ritmo y las estructuras rítmicas.
- Evitar el sedentarismo.
- Ejercitar la capacidad cardiorrespiratoria.
- Enlentecer la pérdida de masa ósea y ejercitar la flexibilidad de las articulaciones.
- Mejorar el rango articular, fuerza, flexibilidad y resistencia generales.

ANEXO: Tabla de ejercicios

	INSTRUCCIÓN	APROXIMACIÓN AL ENFERMO	REPETICIONES	GRÁFICO
1. CABEZA	Inclinar adelante y atrás	Decimos sí con la cabeza, miramos al cielo y al suelo	Contamos 5 adelante y 5 atrás alternativamente	
	Girar a izquierda y derecha	Decimos no con la cabeza, miramos a un lado y a otro	Contamos 5 a la izquierda y 5 a la derecha alternativamente	
	Acercamos la oreja al hombro	Bailamos la canción con la cabeza	Contamos 5 a la izquierda y 5 a la derecha alternativamente	
2. MANOS	Unir y separar los dedos con la mano abierta	La mano es grande y después pequeña	Contamos 5 para abrir y 5 para cerrar	
	Abrir y cerrar, primero una y luego otra alternativamente	Abrimos y cerramos las manos como ordeñando, agarramos la cuerda para subir	Contamos 5 con la mano izquierda y 5 con la derecha	
3. BRAZOS	Flexionar los dos brazos con los codos pegados al tronco	Cogemos alto de los hombros con las manos y lo tiramos al suelo	Lo repetimos 10 veces	
	Igual que en el anterior, primero con un brazos y después con el otro alternativamente	Damos golpes al tambor	Contamos 5 con el izquierdo y 5 con el derecho	
	Subir los brazos por encima de la cabeza hasta hacerse tocar ambas manos, pasando por posición brazos en cruz	Matamos la mosca que vuela sobre la cabeza	Contamos hasta 10	
	Subir una mano por encima de la cabeza con brazos estirados y después la otra, alternativamente	Cogemos la manzana del árbol y la echamos al cesto Saluda con la izquierda y después con la derecha	Contamos 5 con la izquierda y 5 con la derecha, alternativamente	
	Subir ambas manos por delante del cuerpo con brazos estirados hasta situarlos por encima de la cabeza	Asustamos a los pájaros para que vuelen, subimos la ropa al altillo	Contamos hasta 10	
	Manos en el pecho, codos a la altura del hombro, abrir y cerrar brazos	Abrimos la ventana	Contamos hasta 10	

4. CINTURA	Sentados, giramos muy despacio el tronco a izquierda y derecha	Miramos qué hay detrás, primero por un lado y luego por otro	Contamos 5 a la izquierda y 5 a la derecha	
	Sentados, cogemos el balón de la izquierda de la silla y lo pasamos a la derecha, y viceversa	Cambiamos el balón de lado	Contamos 5 a la izquierda y 5 a la derecha	
	Sentados, nos agarramos a los brazos o los bordes de la silla y nos inclinamos hacia delante	Nos asomamos al balcón	Contamos hasta 5	
5. PIERNAS	Agarrados al respaldo de la silla, subir una rodilla y otra alternativamente	Caminamos como los caballos Caminamos en la nieve	Contamos 5 con la izquierda y 5 con la derecha alternativamente	
	Agarrados al respaldo de la silla, subir el pie hacia atrás, acercándolo al glúteo, doblando las rodillas alternando uno y otro pie	Damos una coz Nos limpiamos bien los pies en el felpudo	Contamos 5 con la izquierda y 5 con la derecha, alternativamente	
	Agarrados al respaldo de la silla, abrir una pierna dejándola en el aire, hacia un lado, alternando una y otra con las piernas estiradas	Hay tormenta y muchas olas, y en el barco, nos agarramos para no caernos	Contamos 5 a la izquierda y 5 a la derecha, alternativamente	
6. PIES	Ponerse de puntillas, agarrados al respaldo de la silla	Nos ponemos de puntillas Hemos crecido No quiero hacer ruido con los pies	Contamos hasta 10	
	Sentados, elevar las punteras de los pies, apoyándose en el talón	Le damos al pedal de la máquina de coser	Contamos hasta 10	
	Abrir y cerrar las punteras de los pies	Aplaudir con los pies	Contamos hasta 10	

3. Actividades de la vida diaria:

actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Dentro de los objetivos generales de AVD encontramos los siguientes:

- Mantener la independencia de la persona retrasando la aparición de dependencia.
- Mantener todas las funciones físicas y cognitivas de la persona.
- Retardar la sobrecarga del cuidador.
- Mejorar el estado emocional de la persona, promoviendo una buena autoestima y un sentimiento de utilidad.
- Mejorar la calidad de vida de la persona con enfermedad de Alzheimer y el cuidador.
- Mantener a la persona conectada con el mundo que le rodea, actuando como un sujeto activo.

- HIGIENE BUCO-DENTAL: Se realizará esta actividad de manera individual y diariamente después del almuerzo.
- VESTIDO/DESVESTIDO: Distribución en grupos pequeños, separados por género, trabajaremos de modo real el vestido/desvestido. Practicaremos con prendas para el tronco y para las extremidades, al igual que con el calzado. Para ello, entrenaremos con botones, cremalleras, calzadores,... hasta ver qué producto de apoyo es el más adecuado para cada usuario en el caso de tener que utilizar alguno. Otra forma de trabajar será clasificando la ropa según la temporada y doblarla y guardarla ordenadamente donde corresponda.
- PONTE GUAPA/O: Con las personas que mantengan la capacidad de arreglarse entrenaremos su estética, cuidando el resultado adecuado, evitando un acabado exagerado que pudiera ridiculizar a la persona.
- ASEO PERSONAL: Mediante grupos pequeños, a través de mímica y role playing se escenificarán secuencias cotidianas relacionadas con el aseo.
- TAREAS DEL HOGAR: A través de grupos pequeños, cada semana realizaremos una tarea del hogar con participación de todo el grupo.
- HOY COCINAMOS NOSOTROS: Entre todos los asistentes a las terapias se elaborará una receta sencilla. Se darán previamente unas pautas y se procederá a la manipulación de alimentos para la elaboración de la receta. Aprovecharemos esta actividad para practicar la importancia de la higiene en la cocina (manos siempre limpias, lavar alimentos,...) así como, el reconocimiento del menaje dentro de una cocina.
- MANEJO DEL DINERO: Lo trabajaremos a través de fichas (de tachado, de relación, con juegos del euro y a través de role playing), simulando que vamos a distintos establecimientos intercambiando los papeles de comprador y vendedor.
- USO DEL TELÉFONO: Haremos uso de fichas donde los usuarios marcarán los números que aparecen en ella. A través de una guía telefónica tendrán que buscar lo que se les indique y marcar los números.

4. Acompañamiento familiar y psicoeducación:

grupos de ayuda mutua.

En cuanto a los beneficios individuales, las personas presentan diversas ventajas gracias a la participación dentro de un Grupo de Ayuda Mutua:

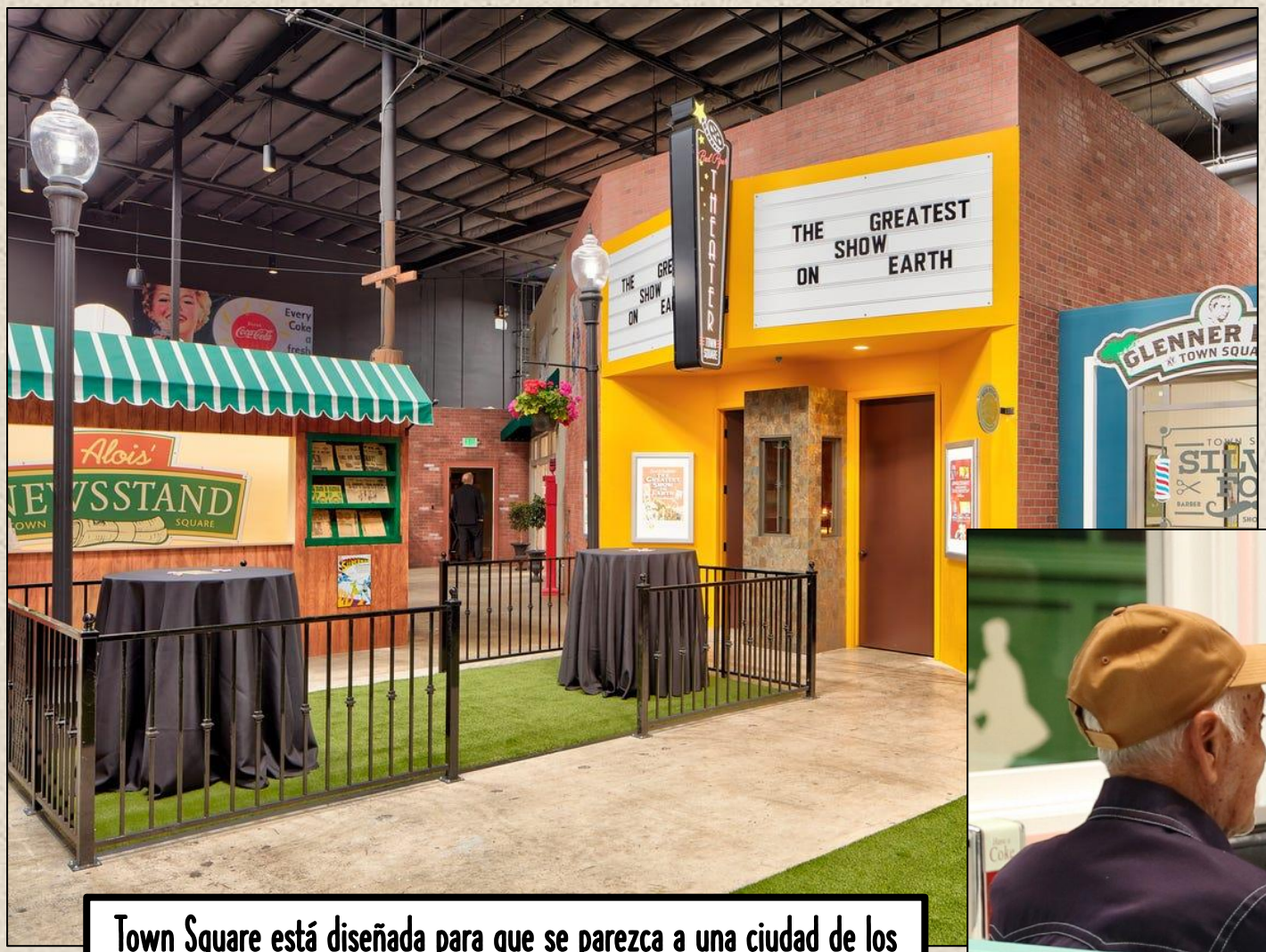
- Obtención de información y conocimientos acerca de su enfermedad o problemática, que les ayuda favorablemente en el afrontamiento.
- Practicar habilidades sociales de vínculo con el grupo.
- Incremento de su capacidad para enfrentarse a situaciones difíciles.
- Dentro del grupo hay diferentes tareas que son repartidas a cada uno de sus miembros, lo cual hace que asuman y compartan responsabilidades que pueden utilizar en un futuro.
- Gracias al GAM, los componentes del grupo salen del aislamiento y la soledad.
- Ampliación de la capacidad de participación social y de solidaridad con diversos movimientos sociales. Aquellas personas que hayan experimentado cualquier hábito positivo son más solidarias y participan mucho más dentro de la sociedad.
- Proporcionar seguridad y apoyo para una correcta aceptación de su nueva situación e intentar sensibilizar a la sociedad.

En 1982, el Dr. George G. Glenner y Joy Glenner crearon el primer programa de atención diurna para adultos del país específicamente para personas con la enfermedad de Alzheimer. En 2019, crearon TOWN SQUARE, el primer centro de terapia de reminiscencia para personas con demencia en los EE. UU.

El centro ha sido diseñado para facilitar la Terapia de Reminiscencia Inmersiva y llevar a sus participantes a una época en la que sus recuerdos son más fuertes. Se ha demostrado que la terapia de reminiscencia reduce la agitación, mejora el estado de ánimo y mejora la calidad del sueño.

Se observa una reducción de la agitación y una mejora en el estado de ánimo y en la calidad del sueño.

Los participantes rotan a través de una serie de actividades de inmersión, como jugar al bingo, una cena retro o el diseño de ropa. Todas las actividades mantienen sus mentes y cuerpos activos.



Town Square está diseñada para que se parezca a una ciudad de los años 50, con el fin de reflejar la época en la que la mayoría de los participantes eran jóvenes adultos. La réplica del pueblo se encuentra dentro de un edificio de 1.858 m2 en Chula Vista, California.

Hogeweyk, la ciudad para los enfermos de Alzheimer

POR NORTEHISPANA SEGUROS | 18 JUNIO, 2019

¿Te ha gustado este artículo?

Puntuación: 5 basado en 1 valoraciones

Hogeweyk es una residencia para personas con demencia situada en Weesp, al sureste de Amsterdam.

La residencia fue construida como una pequeña ciudad con 64 viviendas y sus 150 habitantes pueden moverse libremente por los bares, supermercados, y hasta casinos que hay allí. Pero además, tiene otra particularidad: todas esas tiendas son ficticias y son atendidas por los 250 enfermeros que trabajan allí, quienes simulan ser cajeros de supermercados, mozos o empleados del bingo.

En su interior, la vida se organiza de tal manera que permite a sus habitantes relacionarse entre sí con la sensación de independencia similar a la que disfrutaban antes de padecer la enfermedad. Sin embargo, la residencia les ofrece toda la ayuda y suministro que necesitan: lavar, cocinar, hacer la compra, etc.

La gran diferenciación de Hogeweyk con respecto a otras residencias es que sus habitantes disponen de total libertad y autonomía, favoreciendo la socialización, un aspecto crucial para pacientes con Alzheimer o demencia senil.

El bienestar social de Hogeweyk reduce los síntomas del Alzheimer:

Antes de que Hogeweyk se convirtiera en esta entrañable ciudad, el 50% de sus pacientes recibía medicamentos antipsicóticos, mientras que después de implantar el proyecto esta cifra se redujo al 8%.

¿Cuánto cuesta Hogeweyk?

Esta ciudad necesita 6.000 euros al mes por cada residente para mantenerse. Sin embargo, no todos sus habitantes aportan esta cantidad, ya que el proyecto está subvencionado por el gobierno de Holanda, parcialmente o en su totalidad, dependiendo de los recursos de cada residente.

¿Podría implantarse una residencia como Hogeweyk en España? ¿Utopía o realidad?

Hasta la fecha, sigue siendo una excelente propuesta para mejorar la vida de personas con Alzheimer que tarde o temprano podría materializarse.

1. De Hogeweyk, Países Bajos
2. Tönebön am See, Alemania
3. Bryghuset Svendborg Dementia Town, Dinamarca
4. Village Landais Alzheimer, Francia
5. Carpe Diem Dementia Village, Noruega
6. Dahlia, Suiza
7. Richmond Villages Willaston, Reino Unido
8. CareBright Community, Irlanda
9. Il Paese Ritrovato, Italia
10. Villaggio Emmanuele F.M.Emanuele, Italia
11. Månstorps Ängar, Suecia
12. The Langley Village, Canadá
13. Nikisa Village, India
14. Camilus MedHaven Dementia Village, Filipinas
15. Korongee Village, Australia
16. The CARE Village, Nueva Zelanda

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Alireza Atri, Current and Future Treatments in Alzheimer's Disease, Seminars in Neurology Vol. 39 No. 2/2019.
- ✓ Daniel Press, Stephanie S Buss, Treatment of Alzheimer disease, UpToDate, disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-alzheimer-disease?search=aducanumab&source=search_result&selectedTitle=2~5&usage_type=default&display_rank=1
- ✓ Josep Garre-Olmo, Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Rev Neurol 2018; 66 (11): 377-386.
- ✓ Terapias no farmacológicas en las asociaciones de familiares de personas con Alzheimer, Guías metodológicas de implantación, disponible en: https://www.ceafa.es/files/2017/08/ManualTNF-2.pdf
- ✓ Tratamiento no Farmacológico, Fundación Alzheimer España.
- ✓ World Alzheimer Report 2021, Alzheimer´s Disease International.

GRACIAS