



TARJETA + CUIDADO

PROGRAMA DE MEJORA EN LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS Y A LAS PERSONAS QUE LES CUIDAN

Antonio Sagués Amadó¹

Juan Manuel Espinosa Almendro²

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Resumen

La tarjeta +cuidado es un instrumento de discriminación positiva para las personas afectas de enfermedad de Alzheimer y a las personas cuidadoras que se propone en el contexto del Plan Andaluz de Alzheimer (2007-2010).

La tarjeta establece medidas para mejorar la atención y la accesibilidad al sistema sanitario. Estas medidas básicamente consisten en la personalización de la atención contando con profesionales de referencia, la facilitación y mejora del acceso de paciente y personas cuidadoras a los centros asistenciales, el acercamiento del material de apoyo al domicilio, favoreciendo el acompañamiento familiar en urgencias, durante la realización de pruebas complementarias así como durante la estancia hospitalaria.

De igual manera, esta tarjeta tiene en cuenta la atención a los requerimientos básicos de la persona cuidadora durante las estancias hospitalarias (acompañamiento, confort y manutención). Entre las diferentes acciones a las que da opción +cuidado se destaca también las recomendaciones a realizar para prevenir el Síndrome Confusional Agudo, problema concurrente de alta prevalencia en esta enfermedad.

El objetivo es que la Tarjeta + Cuidado llegue a todas las personas cuidadoras de pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

El proceso de implantación de la Tarjeta se inició y generalizó a principios de año (aunque de forma dispar en provincias y distritos sanitarios).

En el total de tarjetas +cuidado, 10495 (a fecha 2-09-09) son para personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer, siendo 8765 tarjetas las correspondientes a mujeres, lo que supone el 83,52% y 1691 a hombres que a su vez suponen el 16,48%. Lo que evidencia que la mujer soporta mayoritariamente la labor de los cuidados, aunque esta enfermedad es tan terrible que no pocos hombres se ven en la necesidad de tener que cuidar a sus esposas o madres.

(1) Jefe de Servicio de Atención Socio Sanitaria. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

(2) Director del Plan Andaluz de Alzheimer. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Destacamos que:

- La Tarjeta +Cuidado parte de la experiencia acumulada en el Plan de Mejora de la Atención a Cuidadoras de Grandes Discapacitados.
- Es una iniciativa singular y única en relación a las personas afectas de Alzheimer y a las personas cuidadoras en el conjunto de sistemas sanitarios conocidos.

Introducción

La demencia es un síndrome plurietiológico caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, de carácter orgánico, sin alteración del nivel de conciencia¹. El deterioro intelectual, por lo general crónico, afecta a las capacidades intelectuales del sujeto de tal forma que llega a interferir en las actividades sociolaborales habituales².

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo de demencia más frecuente; es de causa desconocida y provoca un tipo de demencia marcada por un deterioro progresivo e irreversible de las funciones cognitivas que ataca el cerebro y genera como consecuencias limitaciones de la memoria, el razonamiento y el comportamiento. Es la cuarta causa de mortalidad entre los adultos, después de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y el ataque cerebral. A pesar de que afecta mayoritariamente a personas mayores de 65 años, también es posible su aparición en edades cada vez más tempranas³.

La prevalencia está íntimamente ligada al envejecimiento poblacional. En 1998 el Instituto de Estadística de Andalucía publicó la proyección de la población andaluza para el periodo 1998 – 2051, del estudio publicado se destaca que:

- En el año 2001 la previsión de hombres mayores de 65 años era de 441.340 y el de mujeres mayores de 65 años de 610.839. El total ascendería a 1.052.179.
- Si las previsiones se calculan para el año 2011, los hombres mayores de 65 años, serán 511.018 y el número de mujeres mayores de 65 años será de 706.965. Por lo tanto, el número total de hombres y mujeres será de 1.217.983.

El incremento del número de personas mayores de 65 años, en el tramo comprendido entre 1996 y 2011, se cifraría en 266.824 personas.

Con estos datos estadísticos, y tomando como referencia los índices de prevalencia de la demencia del estudio EURODEM (Euro-Demencia)⁴, se deduce que:

- El número de personas afectadas por la EA en el año 2001 en Andalucía era de 69.398, de las cuales 38.210 tenían diagnosticada la enfermedad y 22.926 estarían en una fase media-moderada.
- Si nos trasladamos ahora al año 2011, las previsiones serían:

Hombres con demencia: 34.214. Mujeres: 68.612. Total de personas con demencia: 96.026, de las que padecerían la EA 52.878, y estarían en la fase media-moderada 31.726.

Es una enfermedad devastadora tanto para las personas que la padecen como para sus familiares y se la ha denominado "la epidemia silenciosa del siglo XXI". Los avances actuales en las posibilidades terapéuticas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, no han conseguido mitigar los esfuerzos que deben realizar las familias cuidadoras en su acción de cuidados, por ello se hace preciso poner en marcha y evaluar intervenciones sobre las personas cuidadoras que puedan disminuir la carga que estos cuidados suponen⁵.

Cooperación con el movimiento asociativo, grupos de afectados

En Andalucía, con la publicación del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas⁶, las personas afectas de EA y las personas que le cuidan adquieren una consideración especial, realizándose una discriminación positiva por las cargas y renuncias que generan esta patología, esta consideración se refleja en planes de atención especial tanto de la Consejería de Salud³ como de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social⁷.

Una de las líneas de avance que han supuesto un hito en nuestra comunidad ha sido la de trabajar conjuntamente con el tejido asociativo

En pocos años las asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFA's) han transformado la asistencia a este colectivo pasando de la información a la acción.

El tejido asociativo representado por la ConFEAFA representa las inquietudes y expectativas del colectivo de personas afectadas y personas que le cuidan de toda la geografía andaluza.

A fin de profundizar aun más en las expectativas, presentamos un resumen de aquellas que son de mayor importancia y además realizadas por un grupo externo a la confederación y a la Consejería⁸ (Anexo 2)

Anexo 2.- Expectativas de personas cuidadoras de pacientes con demencia

- Respuesta a mi demanda sin demora.
- Facilidad de acceso físico y telefónico con identificación del interlocutor.
- Visitas suficientes en duración y número, y adecuadas a la situación del paciente.
- Atención domiciliaria, adaptada a las necesidades de los cuidadores.
- Cobertura asegurada las 24 horas del día y los 365 días del año.
- Ayuda en los cuidados adecuada a las necesidades de cada paciente.
- Existencia de circuito específico para la atención hospitalaria de la demencia.
- Facilitar el acceso de mi cuidador al área hospitalaria en la que me encuentre como paciente.
- Utilización de una habitación de uso individual (compartida con el cuidador).
- Derecho a acceder a los servicios sociales comunitarios y/o especializados.
- Trámites administrativos claros, y de respuesta ágil: creación de la ventanilla única.
- Comunicación comprensible, cordial y sensible a las circunstancias.

- Información completa y multiprofesional, continuada y comprensible.
- Aplicación del consentimiento informado.
- Profesionales prestigiados y competentes técnica y humanamente.
- Atención sociosanitaria protocolizada en cada fase de la enfermedad.
- Existencia de un registro único e informatizado, que integre historia y datos estadísticos.
- Coordinación entre Atención Primaria y Especializada de las redes sanitarias y de servicios sociales.
- Agilidad para la evaluación inicial y el diagnóstico de la enfermedad.
- Evaluación periódica de la evolución y de los distintos tratamientos.
- Atención a la dependencia.
- Cobertura terapéutica (farmacológica, no farmacológica, dietética, ortoprotésica, etc.).
- Creación de unidades especializadas específicas para atender a la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

El costo de los cuidados

La mayor parte de la atención que reciben las personas con EA y que además se encuentran en situación de dependencia proviene del *Sistema Informal*. Tan solo un 6,5 % de ellas la reciben de los servicios sociales. Dentro del sistema informal, destaca el ámbito doméstico, que ofrece el 88% del cuidado global que precisan las personas con algún grado de necesidad de cuidados de salud, siendo las mujeres, sobre todo aquellas que ejercen la función de ama de casa, las principales proveedoras de estos cuidados, lo que lleva a un importante debate relacionado con las desigualdades de género y de acceso a los sistemas de cuidado.⁹

La contribución global del sistema doméstico a los cuidados de salud se considera, por su magnitud y su importancia social, como un “*gigante silencioso*” o “*sistema invisible de atención a la salud*”, que sólo es considerado si falta o falla y que se mantiene en el ámbito “íntimo” de las relaciones familiares, lo que perpetúa su invisibilidad¹⁰.

Por otra parte, las personas cuidadoras son las intermediarias e interlocutoras entre las personas a las que cuidan y el propio *sistema formal*. Son ellas las que valoran la necesidad de consultar con profesionales y las que generan la demanda de servicios cuando consideran que la situación sobrepasa sus propios recursos. Por eso, es necesario que, desde el sistema formal, se les preste reconocimiento y atención protocolizada, debiendo darse una buena interacción entre ellas y los equipos profesionales, para que puedan ejercer su labor de cuidados en las mejores condiciones¹¹.

Además, en los últimos años, se viene produciendo un cambio en los perfiles de las personas cuidadoras, tradicionalmente mujeres con un vínculo familiar, que están siendo sustituidas en muchas ocasiones por

personas inmigrantes. A esto hay que añadir que según el estudio “*Cuidado a la dependencia e inmigración*” publicado por el IMSERSO en 2005¹², casi un 10 por ciento de la población española desea recibir atenciones en su propio domicilio por parte de una persona a la que pagará para que le preste ayuda.

Desigualdades, experiencias de nuestro entorno

La intervención pretende aminorar las desigualdades en salud que se generan por padecer esta enfermedad y sobretodo, por ejercer la acción de cuidar, entendemos que el concepto de desigualdades en salud alude al impacto que tienen sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población los factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja. La reducción de las desigualdades constituye un objetivo central en la estrategia de la OMS Salud 21 para la región europea¹³.

En España¹⁴, el informe de la comisión científica para el estudio de las desigualdades no condujo a acciones inmediatas, aunque promovió la atención académica y profesional

El análisis de situación realizado para la elaboración del II Plan Andaluz de Alzheimer¹⁵, Plan elaborado coordinadamente entre la Consejería de Salud, la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social y la ConFEAFA, da como resultado algunos datos a tener en cuenta:

- El fenómeno denominado “envejecimiento del envejecimiento”, las poblaciones de personas mayores de 80 años son cada vez más numerosas.
- El envejecimiento en Andalucía está ligado preferentemente al sexo femenino. Esta circunstancia incide en lo que se ha dado en llamar la feminización del envejecimiento.
- El destacado papel que actualmente está desempeñando la mujer como cuidadora.
- Los estudios demográficos demuestran que la población de personas mayores está más concentrada en los núcleos de población menores.
- La persona mayor siempre se empobrece económicamente, el paso de la vida activa a la jubilada o a la viudez genera una importante pérdida de capacidad adquisitiva.

Se realiza un análisis bibliográfico para conocer experiencias similares en nuestro entorno, y exclusivamente encontramos una experiencia en la C.A de Canarias¹⁶, en la Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, en la que se regula el acompañamiento de las personas afectas de EA por la persona cuidadora.

Intervención institucional

Introducción.

Desde la Consejería de Salud se plantea un abordaje proactivo, con medidas concretas que faciliten la atención sanitaria a este colectivo especial de personas con Alzheimer y otras demencias.

Esta iniciativa tiene como referente el Decreto 137/ 2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas, y Plan de Atención a Cuidadoras de Andalucía implantado en el año 2005.

Igualmente, la Ley 12/2007 para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía establece en su Capítulo IV sección 1ª en el artículo 41.5 reconoce: *“Se impulsarán las medidas necesarias para apoyar a las personas cuidadoras de personas dependientes, especialmente en materias de accesibilidad a los servicios y prestaciones complementarias del sistema Sanitario Público de Andalucía, y se proporcionará formación adecuada para mejorar el cuidado a las personas dependientes a su cargo”*.

En este marco de intervención se plantea el proyecto denominado “Tarjeta-+Cuidados” que en líneas generales pretende dar cobertura en el ámbito práctico a la necesidad de discriminación positiva de las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias y sus familias.

Objetivo general.

- Mejorar la atención y la accesibilidad al sistema sanitario de las personas afectas de Alzheimer y otras Demencias y a las personas que las cuidan.

Objetivos específicos.

- Personalización de la atención.
- Garantizar el respeto a la autonomía del paciente, a la intimidad y a la confidencialidad.
- Realizar actuaciones de prevención y promoción de la salud.

Propuesta.

Creación de una tarjeta de identificación, denominada “+**cuidado**”, como puente de relación entre el SSPA y las personas afectas de Alzheimer y otras Demencias, y las personas cuidadoras. Esta tarjeta se encuentra contemplada en el Plan de Alzheimer 2007-2010 y parte de la necesidad sentida por las personas afectas y sus familiares, transmitida por la CONFEAFA.

La tarjeta tendrá como denominador común a la Familia Cuidadora, a cuyos miembros identificados como responsables familiares de los cuidados habituales se les asignará un código personal que adscribirá al NUHSA de la persona necesitada de atención.

Las medidas de discriminación positiva se iniciarán en el momento de la identificación de las personas cuidadoras, tras su inclusión en el Plan.

Esta tarjeta no incorporará ningún elemento que permita reconocer fuera del ámbito estricto sanitario el problema de salud de la persona referida, si bien servirá para centrar la atención y para desarrollar las medidas de discriminación positiva que se hayan acordado.

Medidas específicas para la atención a los pacientes con alzheimer

Consideraciones previas:

1. La propuesta la lleva a cabo el sistema sanitario y su desarrollo implica por entero al SSPA.
2. Se hace absolutamente necesaria la cooperación intersectorial (Servicios Sociales, Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, Instituto Andaluz de Servicios Sociales, etc.) para conseguir un abordaje holístico del problema

Consideraciones generales:

- a) El diagnóstico será realizado por un facultativo según los criterios PAI Demencias.
- b) Será necesaria la identificación del paciente y de las personas que le cuidan.
- c) La inclusión en el Proyecto se realizará tras la valoración de la propuesta por la Comisión de Evaluación creada en cada Centro de Salud para tal fin.
- d) La inclusión en el Proyecto y la obtención de la tarjeta facilitará:
 - Mejora de la accesibilidad al sistema sociosanitario.
 - Personalización de la atención.
 - Promoción de la visita domiciliaria.
 - Fomento de redes de apoyo social formal e informal.
 - Coordinación interinstitucional con los recursos que están implicados en la intervención, ya sean públicos o privados.
 - Acto único administrativo.
 - Preferencia en citas.

Medidas de discriminación positiva

Personalización:

Las personas diagnosticadas de EA tendrán un profesional de referencia en los diferentes niveles asistenciales:

- Atención Primaria: medicina de familia, enfermería de familia, enfermería gestora de casos, trabajo social y responsable de la unidad de atención ciudadana.
- Hospital: medicina hospitalaria, enfermería hospitalaria, enfermería supervisora de planta, enfermería gestora de casos, trabajo social y responsable de la unidad de atención al ciudadano donde habitualmente ingrese la persona enferma.

Respeto a los Principios Básicos:

1. Respeto a la Autonomía del paciente:

- Normas básicas mínimas que regulan la capacidad de las personas (Documento de Sitges^{17, 18}).
- Respeto a la toma de decisiones en los primeros estadios de la enfermedad, confrontando la capacidad de la toma de decisiones de las personas afectas con los familiares más cercanos.
- Ofrecimiento y facilitación de la realización de declaración de voluntades anticipadas, con inclusión de su preferencia en cuanto a la decisión de formar parte en ensayos clínicos con medicamentos en las fases más avanzadas.
- Informar y orientar sobre el procedimiento de reconocimiento del grado de dependencia según establece la Ley.
- Negociación y aceptación de las personas representantes para estadios avanzados de la enfermedad.
- Respeto a la toma de decisiones respecto a la realización de estudios diagnósticos, procedimientos terapéuticos o intervenciones quirúrgicas por motivos ajenos a la demencia.
- Justificación en la historia clínica, en las situaciones que se consideren precisa la contención mecánica de los pacientes (Guía de buenas prácticas^{19, 20}).
- Justificación en la historia clínica, en las situaciones que se consideren precisa la aplicación de una SNG o de una gastrostomía (Guía de buenas prácticas²¹).

2. Respeto a la intimidad y la confidencialidad:

- Habitación individual, siempre que sea posible.
- Box en urgencias que permitan la intimidad.
- Consultas que favorezcan la intimidad.

3. Respeto a la seguridad y al deber de no abandono del paciente:

- Promover la ubicación más idónea del paciente en función de sus preferencias, la evolución de la enfermedad, las características y apoyos sociales y la familia:
 - Domicilio.
 - Instituciones sanitarias.
 - Centros sociosanitarios.
- Todos los pacientes mantendrán un profesional de referencia en los diferentes estadios de la enfermedad, sea cual sea la ubicación en la que se encuentre.

Promover las actividades preventivas:

4. Ofertar el catálogo de actividades preventivas en función de la fase en la que la persona se encuentre:

- Fomentar la captación del examen de salud para mayores de 65 años²².
- Programa de Vacunaciones de Andalucía.
- Atención bucodental.
- Rehabilitación física y fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Estimulación cognitiva.

5. Prevenir las situaciones de maltrato, claudicación de cuidados y/o deterioro familiar. Elaboración de protocolos y programas de intervención intersectoriales encaminados a la prevención de estas situaciones.

6. Desarrollar Planes de Actividades Preventivas en pacientes con EA especialmente dirigidos a las estancias de las personas afectas en las urgencias hospitalarias y durante los ingresos hospitalarios a fin de prevenir complicaciones evitables (SCA, inmovilismo, incontinencias, malnutrición, UPP, desarraigo familiar y social, etc).

7. Fomentar la realización de talleres para las personas cuidadoras sobre Técnicas de cuidados básicos y apoyo y afrontamiento para la enfermedad :

- Atención Primaria.
- Atención Hospitalaria.

5. Cooperación intersectorial en aspectos de promoción de la salud. Colaboración con otras instituciones en programas de envejecimiento activo y hábitos de vida saludables.

Mejora de la Atención

1. Atención primaria:

- a. Realizar una valoración integral y establecer un plan de cuidados específico de las personas afectadas y sus familias. Adecuar la cobertura horaria de la atención domiciliaria.

- b. Proporcionar material de apoyo en el domicilio, que facilite el cuidado y prevenga lesiones de las personas cuidadoras.
 - c. Mejorar el acceso de pacientes y sus personas cuidadoras al personal profesional de los Centros de Salud.
2. Atención especial durante la estancia en Urgencias:
- a. Actividades encaminadas a prevenir el SCA.
 - b. Permitir el acompañamiento familiar.
 - c. Identificación de la persona cuidadora familiar.
 - d. Espacios reservados.
 - e. Atender a los requerimientos básicos (comida, eliminación, luz...).
 - f. Respeto a decisiones de pacientes y familiares. Ojo a sujeción física y a sedación para “tranquilización” durante estancia en urgencias u hospital.

3. Atención especial durante el ingreso hospitalario:

Las condiciones físicas, mentales y sociales en las que se encuentran estas personas hacen que la asistencia al hospital o centro de especialidades suponga en muchas ocasiones un trastorno importante para el paciente y para la persona cuidadora por el traslado, largas esperas, alteración de horarios, petición de permisos en el trabajo, ausencia prolongada del hogar, etc.

Evitar la permanencia absoluta en cama siempre que sea posible por las circunstancias clínicas.

Permitir el acompañamiento.

Medidas de confort en la habitación, si es posible individual.

Respeto a las decisiones.

6.- IMPLANTACIÓN: CIRCUITOS, SITUACIÓN ACTUAL.

- Se emitirán 30.000 tarjetas en blanco que se distribuirán a los 33 Distritos del Servicio Andaluz de Salud, y que estos deben hacer llegar a los centros de Atención Primaria.
- Se identificará a la persona cuidadora de pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Demencias, independientemente tipo de demencia y del estadio de la enfermedad en la que se encuentren, y se incluirán dentro de dicho Plan.
- Se podrán beneficiar del Plan todas las personas cuidadoras habituales de personas con demencia.
- La aplicación informática asignará un Nº de Identificación de la Persona, y permitirá relacionar a la persona enferma con quienes realizan los cuidados habituales.
- A las personas cuidadoras de pacientes con demencia a los que se entregue la tarjeta +Cuidado se les informará de las medidas de discriminación positiva recogidas en el Proyecto Alzheimer

7.- DATOS ACTUALES DE REPARTO DE TARJETAS

- Los datos disponibles actualmente (31-8-09) muestran que se han repartido un total de 29835 tarjetas a personas cuidadoras de grandes discapacitados, de las que el 35,17% (10495) son personas cuidadoras de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Los datos confirman el sesgo de género existente en relación con la labor de los cuidados, así el 83,52% (8765 tarjetas) pertenecen a mujeres cuidadoras y el 16,48% (1691 tarjetas) pertenecen a hombres

¹ García de Blas F et al: Demencias, En Atención a las Personas Mayores, GdT de Atención al Mayor de la semFYC. semFYC ED, Barcelona 2004.

² Sociedad Española de Neurología. Guías en demencia. Barcelona: Masson, 2000

³ Plan Andaluz de Alzheimer Consejería de Salud. Plan Andaluz de Alzheimer. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/ciudadano/planapoyo/alzheimer1.pdf>

⁴ Hofman A et al, The Prevalence of Dementia in Europe: A collaborative Study of 1980-1990 Findings. International Journal of Epidemiology, vol 20, nº 3, 1991

⁵ Acton GJ, Kang J. Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: a meta-analysis. Res Nurs Health 2001; 24 (5): 349-360.

⁶ Decreto 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo a las familias andaluzas. BOJA núm 52, de 4 de mayo de 2002. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/ciudadano/planapoyo/decreto.pdf>

⁷ Plan Andaluz de Servicios Sociales para Alzheimer

COMPLETAR

⁸ Atención domiciliar a ancianos con demencia: opinión de sus cuidadores. Escuela Andaluza de salud Pública. Proyecto FIS 98/0653

⁹ García-Calvente MM. Cuidados de salud, género y desigualdad [editorial]. Comunidad 2002; 5: 3-4. Disponible en <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/editorial.pdf>

¹⁰ La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. Gac Sanit 2001; 15: 498-505. Disponible en <http://www.easp.es/sespas/docuword/gs156498.pdf>

¹¹ García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Gutiérrez-Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie Monografías, nº27; 1999

¹² Cuidado a la Dependencia e Inmigración. Informe de resultados. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMERSO), 2005. ISBN: 84-8446-080-0. Disponible en <http://www.seg-social.es/imerso/documentacion/cuidadodepinmi.pdf>

¹³ Health 21. The health for all policy framework for the WHO region. Copenhagen: World Health Organization, 1999.

¹⁴ Elía Díez^a; Rosana Peirò. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2004;18(Supl 1):158-67.

¹⁵ II Plan Andaluz de Alzheimer **COMPLETAR**

¹⁶ Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, En: [http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidadscs66_3alzheimerpdfAlzheimer\(1\).pdf](http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidadscs66_3alzheimerpdfAlzheimer(1).pdf)

¹⁷ Boada M y Robles A, Análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: "Documento Sitges", Ed Glosa, Barcelona 2005.

¹⁸ Orientaciones para la evaluación de la capacidad. Comité de ética asistencial, Corporació Parc taulí, Sabadell, 2003, <http://www.cspt.es/webcsptcastella/consellprof/cea/defaultcast.htm>

¹⁹ Guía de Buenas prácticas de la sociedad andaluza de geriatría, pendiente de publicación.

²⁰ Protocolo DE contención mecánica, Complex Hospitalari de Mallorca, GESMA, Palma de mallorca, 2005.

²¹ Alba P, Cantarel G, Cuadras F, Dieste G et al, Guía para las decisiones clínicas en relación con la nutrición artificial. Corporación Parc Taulí, Sabadell, 2000. <http://www.cspt.es/webcsptcastella/consellprof/cea/defaultcast.htm>

²² Salud65: Examen de salud para mayores de 65 años. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2008.