



PLAN DE ACCIÓN ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS, MÉXICO 2014



PLAN DE
ACCIÓN
ALZHEIMER
Y OTRAS
DEMENCIAS
MÉXICO 2014

Plan de acción Alzheimer y otras demencias. México. 2014

Primera edición, México, 2014

© 2014, Instituto Nacional de Geriatria

Coordinadores:

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Isabel Arrieta Cruz

Fotografía: Héctor Efrén Lara Dávila, Sandra Luna Pérez,

Víctor Vargas, Valeria Carrasco Gómez

Agradecemos a la Alzheimer México, I.A.P., las facilidades para tomar fotografías en sus instalaciones para ilustrar esta publicación.

Cuidado editorial: Sandra Luna Pérez

Diseño: Héctor Efrén Lara Dávila

Instituto Nacional de Geriatria

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Director General

Héctor Gutiérrez Ávila

Director de Investigación

Flor María Ávila Fematt

Directora de Enseñanza y Divulgación

Adolfo Ruiz Cortines 2767, Col. San Jerónimo Lídice

Del. La Magdalena Contreras, México, D.F., 10200

www.geriatria.salud.gob.mx

contacto.geriatria@salud.gob.mx

Este material puede ser copiado, reproducido, modificado y distribuido por cualquier medio físico o electrónico, sólo sujeto a los términos y condiciones establecidos en la Open Publication License, v. 1.0 o posterior (<http://www.opencontent.org/openpub/>). Está prohibida la distribución de versiones sustantivamente modificadas de este documento sin la autorización explícita de los propietarios de los derechos. La distribución del trabajo o derivados de éste en cualquier libro estándar (impreso) está prohibida a menos que se obtenga con anticipación el permiso de los propietarios de los derechos. Los derechos comerciales siguen siendo propiedad del autor.

Favor de citar de la siguiente manera: Gutiérrez Robledo LM y Arrieta Cruz I (coords.)(2014). Plan de acción Alzheimer y otras demencias. México. 2014. México: Instituto Nacional de Geriatria/Secretaría de Salud.

GRUPO DE TRABAJO

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

Luis Miguel Gutiérrez Robledo, *director general*

Flor María Ávila Fematt, *directora de Enseñanza y Divulgación*

Investigadores: Isabel Arrieta Cruz, Pedro Arroyo Acevedo, María de Lourdes Ávila Alva, Rocío Magallón Mariné, Mario Ulises Pérez Zepeda, Gabriela Ríos Cázares, Oscar Rosas Carrasco, Sara Torres Castro, Jazmín Teresa Pozos López.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA “MANUEL VELASCO SUÁREZ”

Teresita Corona Vázquez, *directora general*

Ana Luisa Sosa Ortiz, *jefa de la Clínica de Cognición y Conducta*

Zoila Trujillo de los Santos, *jefa de la Clínica de Geriatría*

Investigadores: Isaac Acosta Castillo, Tirso Zúñiga Santamaría

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

María Elena Medina Mora Icaza, *directora general*

Oscar Ugalde Hernández, *jefe de la Clínica de Psicogeriatría*

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Aracely Escalante Jasso, *directora general*

Sergio Salvador Valdés Rojas, *director de Gerontología*

Luz Esther Rangel López, *coordinadora de la Clínica de la Memoria*

FEDERACIÓN MEXICANA DE ALZHEIMER A.C.

Fundación Familiares de Alzheimer Aguascalientes, A.C.: Bertha Dora Quezada Sánchez. *Centro de Alzheimer de la Laguna, A.C.:* María de los Ángeles Mijares Solares, Blanca Inés Martínez. *Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C.:* Rosa María Farrés González Saravia, Maité González Cosío. *Alzheimer México, I.A.P.:* Lilia Groues, Regina Altena. *Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar”, A.C.:* Maribel M. Millán Pérez. *Fundación Alzheimer León “Alguien con quien contar A.C.–Instituto de la Memoria:* María Eugenia Ileana Hernández González. *Alzheimer Celaya, I.A.P.:* Bertha Margarita Torres. *Asociación Guerrerense de Alzheimer y Enfermedades Similares:* Lilia Mendoza Martínez. *Asociación Michoacana de Alzheimer y Similares, I.A.P.:* Alfonso González León. *Asociación Morelense de Alzheimer, A.C.:* Adela Hernández Galván. *Asociación Alzheimer Monterrey, A.C.:* Tere Villarreal de Dillon. *Asociación Poblana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C.:* Sergio Juárez R. *Asociación Vallense de Alzheimer:* Elia Lyne de Méndez. *Asociación Potosina de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C.:* Guadalupe del Pozo Chávez. *Asociación Alzheimer Los Mochis, I.A.P.:* Edmundo Yeomans Martínez. *Estancia Dorita Ojeda I.A.P.:* Nora Elisa Ojeda Parada. *Asociación Guaymense Alzheimer, I.A.P.:* Miguel Ángel Pérez Ríos. *Asociación Sonorense de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C.:* Yolanda García Pequeño. *Asociación Reynosense de Alzheimer, A.C.:* Alejandro González Ortega A. *Asociación Alzheimer Tampico-Madero, A.C.:* Nora Eneyda de la Garza de Acevedo. *Grupo de Apoyo Hispano del Valle de Texas:* Laura Matos.

DEDICATORIA

La enfermedad de Alzheimer y otras afecciones relacionadas progresan inexorablemente con la edad. A partir de los 85 años de edad, una mujer de cada 4 y un hombre de cada 5 se ven afectados por ellas; en total, se estima que más de 800 mil mexicanos sufren hoy alguno estos padecimientos. Es así que la Organización Mundial de la Salud la reconoce como una prioridad en Salud Pública.

Frente al triple desafío científico, médico y social que ello representa, los Institutos Nacionales de Salud –encabezados en este caso por el Instituto Nacional de Geriátrica–, el Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores y la Federación Mexicana de Alzheimer han preparado este Plan de Acción para enfrentar estas enfermedades con medios específicos.

Enfocado en la persona enferma y su familia, el Plan tiene por objeto promover un esfuerzo sin precedentes en la prevención, la promoción del diagnóstico precoz y el apoyo a los pacientes y sus cuidadores.

Durante nuestro trabajo en la preparación del Plan, nunca olvidamos a aquellos por cuyo bienestar lo venimos desarrollando: las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias relacionadas y sus familias. Todos los miembros del grupo de trabajo dedicamos una parte significativa de nuestros esfuerzos cotidianos a estos pacientes, por lo cual no hay exageración al decir que nos afecta también y por ello recomendamos un abordaje profundamente humanístico y compasivo, centrado en la persona y preocupado por la calidad de la atención.

Por lo tanto, dedicamos este reporte en primer lugar y sobre todo, a las personas afectadas por este flagelo –a quienes debemos respeto y excelencia en el cuidado bajo cualquier circunstancia–, así como a los miembros de sus familias, quienes les apoyan en el día a día con afecto, valor y frecuentemente a costa de grandes sacrificios.

También lo dedicamos a todos los integrantes de los servicios de salud, cuyo profesionalismo y dedicación son elementos clave para la ejecución del Plan de Acción; y a las organizaciones no gubernamentales involucradas en la atención a estas personas, bajo la égida de la Federación Mexicana de Alzheimer, cuyos miembros aportan generosamente su tiempo y energía; y también a los investigadores que, impulsados por la visión de futuros éxitos terapéuticos, luchan por alcanzar una mejor comprensión de la enfermedad en todas sus formas.

CONTENIDO

I. Lucha mundial contra las demencias	7
II. Qué es la enfermedad de Alzheimer	18
III. Epidemiología de las demencias en México	34
IV. La necesidad de crear un Plan de Acción Alzheimer y otras demencias en México	38
V. Objetivos Del Plan De Acción	48
VI. Estrategias Y Acciones Específicas Propuestas Para El Plan De Acción Alzheimer Y Otras Demencias	53
VII. El Plan De Acción Alzheimer Y Otras Demencias Dentro De Los Planes Y Programas Nacionales	63
VIII. Avances	71





I

LUCHA
MUNDIAL
CONTRA
LAS
DEMENCIAS





La población mundial está envejeciendo aceleradamente, lo que se debe en gran parte a la mejoría en la atención de la salud durante el último siglo, traducida en vidas más largas y saludables. Sin embargo, este logro también ha tenido como resultado un aumento en el número de personas con enfermedades no transmisibles, incluida la demencia.

Las proyecciones de prevalencia e incidencia indican que el número de personas con este padecimiento continuará creciendo –particularmente entre los más ancianos– y que los países en proceso de transición demográfica son los que experimentarán el mayor aumento de casos. Se ha estimado que, a nivel global, en 2010 vivían 35.6 millones de personas con demencia, y se prevé que esta cifra se duplicará cada 20 años, alcanzando 65.7 millones en 2030 y 115.4 millones en 2050. Anualmente, el número total de nuevos casos de demencia en el mundo es de casi 7.7 millones, lo que significa un nuevo caso cada cuatro segundos.

115.4
MILLONES
2050
LOS CASOS DE DEMENCIA SE

DUPLICAN
CADA 20 AÑOS

65.7
MILLONES
2030

35.6
MILLONES
2010



En 2010, el costo total estimado de la demencia fue de 604 mil millones de dólares al año. En los países de ingresos altos, la atención informal (45%) y la atención formal (40%) representan la mayor parte del costo, mientras que la contribución proporcional del costo médico directo (15%) es mucho menor. En cambio, en los países de ingresos bajos y medianos, los costos sociales directos son pequeños mientras que predominan los costos de los cuidados informales (por ejemplo, los cuidados no remunerados provistos por familiares). Los cambios demográficos poblacionales en muchos países de ingresos bajos y medianos podrían llevar a que, en las próximas décadas, disminuya la disponibilidad inmediata de los miembros de la familia para brindar este tipo de cuidados.

Por otro lado, todavía son incipientes las investigaciones para identificar factores de riesgo modificables de la demencia. Mientras tanto, la prevención primaria debe enfocarse en aquellas metas sugeridas por los datos actuales, tales como contrarrestar los factores de riesgo para enfermedades vasculares, incluyendo diabetes, hipertensión y obesidad, así como, a mediana edad, consumo de tabaco e inactividad física.

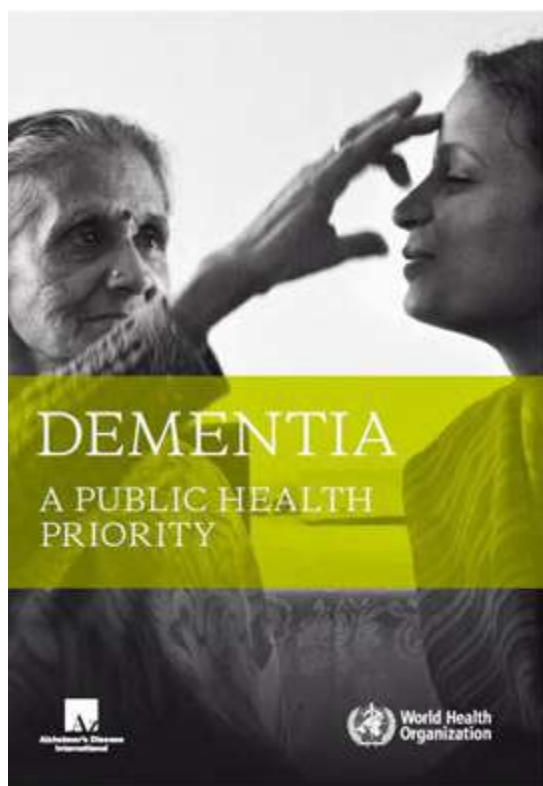
En 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés), el cual incluyó a la demencia como una afección prioritaria. En 2011, en la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas para la prevención y control de enfermedades no transmisibles, se adoptó una Declaración Política que admitía que “la carga mundial de las enfermedades no transmisibles constituye uno de los mayores retos para el desarrollo en el siglo XXI”; también reconoció que los “trastornos mentales y neurológicos, incluyendo la enfermedad de Alzheimer, son una causa importante de morbilidad y contribuyen a la carga mundial de las enfermedades no transmisibles”.¹

COLOCAR A LA **DEMENCIA** EN LA AGENDA DE LA **SALUD PÚBLICA**

La alta prevalencia mundial y el impacto económico de la demencia en las familias, los cuidadores y las comunidades, así como el estigma y la exclusión social asociados, plantean un importante reto para la salud pública. La comunidad sanitaria mundial ha reconocido la necesidad de tomar medidas y de colocar a la demencia en la agenda de la salud pública.



La Organización Mundial de la Salud y la Alzheimer's Disease International (ADI), organización no gubernamental internacional relacionada oficialmente con la OMS, desarrollaron en 2013 de manera conjunta, el informe *Demencia: una prioridad de salud pública*,² (Figura 1.1) con el propósito de crear conciencia sobre la demencia como una prioridad de salud pública, articular un enfoque de salud pública y abogar por que se tomen medidas a nivel nacional e internacional basándose en los principios de evidencia, equidad, inclusión e integración.



LA DEMENCIA EMERGE COMO UNA PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA MUNDIAL

Fig. 1. 1 Portada del reporte publicado conjuntamente por OMS y ADI para declarar a la demencia como una prioridad mundial de salud pública.

Los puntos centrales del informe *Demencia: una prioridad de salud pública* son:

- Las personas viven durante muchos años después de la aparición de los síntomas de la demencia. Con un apoyo apropiado, muchos pueden y deben tener la posibilidad de **seguir participando** y de **contribuir a la sociedad**, así como gozar de una buena calidad de vida.
- La demencia es agotadora para los **cuidadores**, quienes necesitan un **apoyo adecuado** por parte de los sistemas financieros, legales, sociales y de salud.
- Los países deben **incluir a la demencia en sus agendas de salud pública**. Se requiere



EL MOMENTO DE ACTUAR ES AHORA

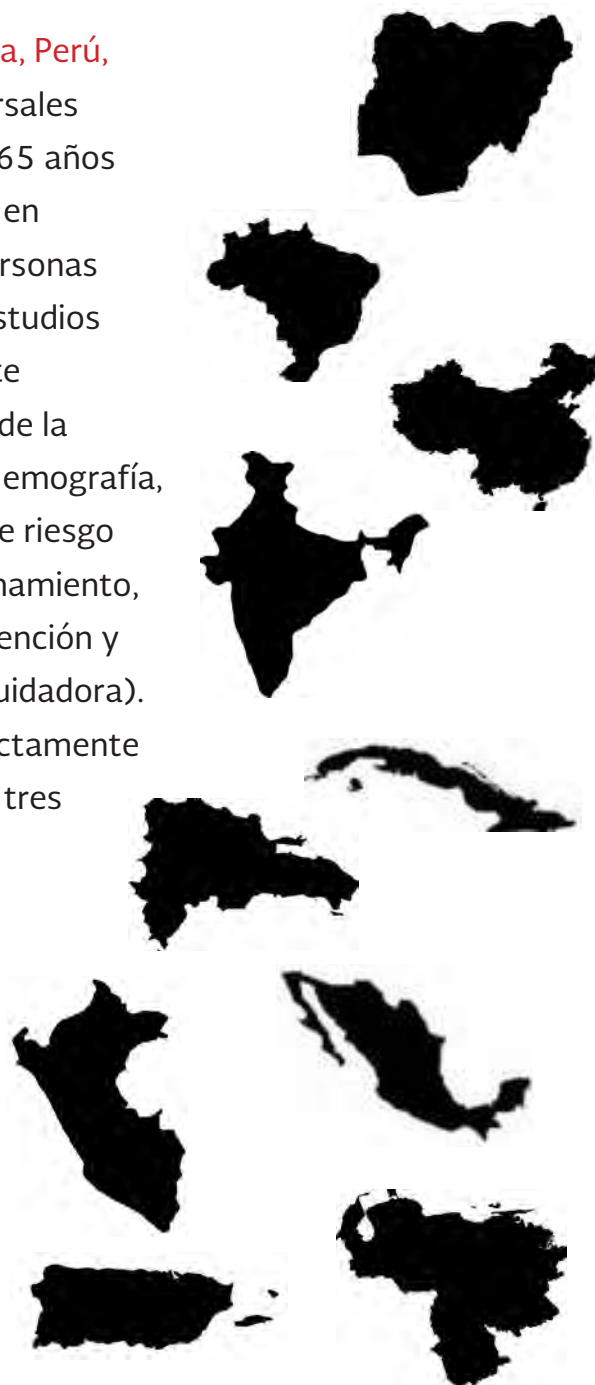
coordinación y una acción sostenida entre los distintos niveles y con todas las partes interesadas internacional, regional, nacional y localmente.

- Las personas con demencia y sus cuidadores a menudo tienen una perspectiva única sobre su condición y sobre la vida. Por ello deben estar involucrados en la formulación de políticas, planes, leyes y servicios relacionados con el tema.
- Actuemos ya. ¿Cómo?
 - Promoviendo una *sociedad amigable* hacia la demencia a nivel mundial;
 - Haciendo que la demencia sea una *prioridad de salud pública* y de atención social en todo el mundo;
 - Mejorando las actitudes *públicas y de los profesionales* hacia la demencia y su comprensión de la misma;
 - Invirtiendo en sistemas sociales y de salud para *mejorar la atención* de las personas con demencia y sus cuidadores;
 - Aumentando la prioridad que se da a la demencia en la *agenda de investigación* de salud pública.



El Grupo de Investigación de Demencia 10/66, de la ADI, realizó encuestas poblacionales de prevalencia de la demencia (2003-2007) en 14 áreas de captación de diez países de ingresos bajos y medios (**Brasil, China, Cuba, República Dominicana, India, México, Nigeria, Perú, Puerto Rico y Venezuela**). Se hicieron encuestas transversales comprensivas de una fase entre todos los residentes de 65 años y más, en áreas de captación definidas geográficamente en cada centro con una muestra de entre 1 000 y 3 000 personas (generalmente 2 000) en los países mencionados. Los estudios tienen la misma información básica, establecida mediante evaluaciones validadas transculturalmente (diagnóstico de la demencia y subtipos, trastornos mentales, salud física, demografía, antropometría, cuestionarios generales sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, discapacidad/funcionamiento, utilización de los servicios de salud, planificación de la atención y la provisión de cuidados, y agotamiento del cuidador o cuidadora). El resultado final es un recurso único de información directamente comparable, proveniente de 21 000 adultos mayores de tres continentes.

En 2010 se completó una fase de incidencia en la que se hizo el seguimiento de los participantes entre 3-5 años después del inicio del estudio en China, Cuba, República Dominicana, México, Perú y Venezuela. Esta fase del proyecto incluyó a más de 12 000 personas mayores y más de 35 000 personas-año de seguimiento, convirtiéndolo en el estudio más grande jamás realizado sobre la incidencia de la demencia y los factores de riesgo asociados.



Se creó un archivo de acceso público para la comunidad académica y legislativa. Entre las investigaciones poblacionales se halla un estudio controlado aleatorio sobre la intervención de los cuidadores de personas con demencia y sus familiares, “Ayudando a los cuidadores a cuidar” (“Helping Carers to Care”). El trabajo del Grupo de Investigación de Demencia 10/66 está descrito en detalle en la página web del grupo: <http://www.alz.co.uk/1066>



Durante la pasada Cumbre de Líderes Mundiales del G8 (Reino Unido, 2013) –que reunió a los países desarrollados de mayor importancia política del orbe: Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón, Reino Unido y Rusia– se lanzó una declaratoria del compromiso asumido por esas naciones para construir un esfuerzo internacional que aborde el problema de la demencia, basado en el ya mencionado informe *Demencia: una prioridad de salud pública*.



INNOVACIÓN **CURA** INFORMACIÓN **TERAPIA** CALIDAD DE VIDA **INVESTIGACIÓN** CUIDADORES **COLABORACIÓN**

Los puntos sobresalientes de dicha declaratoria son:³

- Promover una mayor innovación para el mejoramiento en la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores mientras se reduce la carga emocional y financiera.
- La necesidad de identificar una cura o terapia para la demencia cuya meta sea el año 2025, así como aumentar colectiva y significativamente los fondos para la investigación orientada a ese objetivo.
- Trabajar conjuntamente, compartiendo **información** sobre la **investigación** financiada para este fin e identificar áreas prioritarias estratégicas para la **colaboración** y cooperación entre las naciones.
- Desarrollar un **plan de acción coordinado de investigación internacional** que identifique el estado actual de la ciencia en este campo para identificar brechas y oportunidades que permita generar un plan conjunto de trabajo.
- Alentar el acceso a la información sobre la investigación en demencia, respetando y protegiendo la **privacidad** de los individuos y los **lineamientos legales y políticos** de los países en los cuales se lleva a cabo esta investigación.



- Trabajar conjuntamente con la Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo (OCED) para considerar los cambios necesarios para promover y acelerar el descubrimiento y la investigación y su transformación para hacer más eficiente el cuidado y los servicios.
- Sostener una serie de **foros de alto nivel** durante 2014 enfocados a: 1) inversión del impacto social; 2) nuevos cuidados y modelos de prevención; 3) relación industria-academia; 4) diseñar modelos y programas; 5) crear centros de día con servicios especializados con atención de 24 horas los 365 días del año.
- Identificar a las demencias como una amenaza en aumento para la salud global y apoyar a los países para **fortalecer los sistemas de cuidado social y salud** para mejorar los servicios y cuidados de personas con demencia.
- Trabajar conjuntamente con las Naciones Unidas sobre los **derechos humanos** para las personas mayores afectadas por la demencia.
- Hacer un llamado a todos los sectores para tratar a las personas afectadas por demencias con **respeto y dignidad**, e incrementar su contribución a la prevención, cuidado y tratamiento de la demencia.
- Promover la cultura sobre el tema con base en los derechos humanos en todas las edades.
- Hacer un llamado a la sociedad civil para continuar con los esfuerzos globales para **reducir el estigma, la exclusión y el miedo** asociados a este padecimiento.
- **Reunirse nuevamente** en los Estados Unidos, en febrero de 2015, con otros expertos mundiales, incluyendo a la OMS y la OCED para la revisión en el progreso de lo que se ha hecho en la agenda propuesta.



Referencias

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 16 de septiembre de 2011. [<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>]
2. WHO. Dementia: A public health priority. Washington, DC: 2012.
3. Global Action against Dementia. G8 Dementia Summit, UK: 2013.





II

QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



La demencia es un síndrome, por lo general de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro adquirido de las funciones cognitivas –incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y/o el juicio)– lo suficientemente grave como para causar interferencia con las actividades de la vida diaria.

La clasificación de las demencias se puede hacer a partir de distintos aspectos; la forma más común es por su etiología:

a) **Degenerativa:** incluye la enfermedad de Alzheimer (EA), la Degeneración Lobar Frontotemporal (DLFT), la demencia con cuerpos de Lewy (DCLw) y la demencia asociada a Enfermedad de Parkinson (DEP), entre otras.

b) **Vascular:** puede deberse a enfermedad vascular difusa (por múltiples infartos de vasos grandes o pequeños, hipóxico-isquémica, por un infarto venoso, hemorrágica) o a enfermedad vascular focal (por infartos estratégicos en región temporal mesial, tálamo o caudado, entre otros).

c) **Mixta:** se refiere principalmente a la coexistencia de EA y de demencia vascular (DV).

d) **Otras:** es secundaria a tumores, traumatismos, infecciones, enfermedades desmielinizantes, trastornos metabólicos (como hipo e hipertiroidismo, deficiencia de vitaminas B1, B12 y ácido fólico, anoxia, etc.), enfermedades por depósito, estatus epiléptico, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, hidrocefalia normotensa, entre otros.^{1,2}



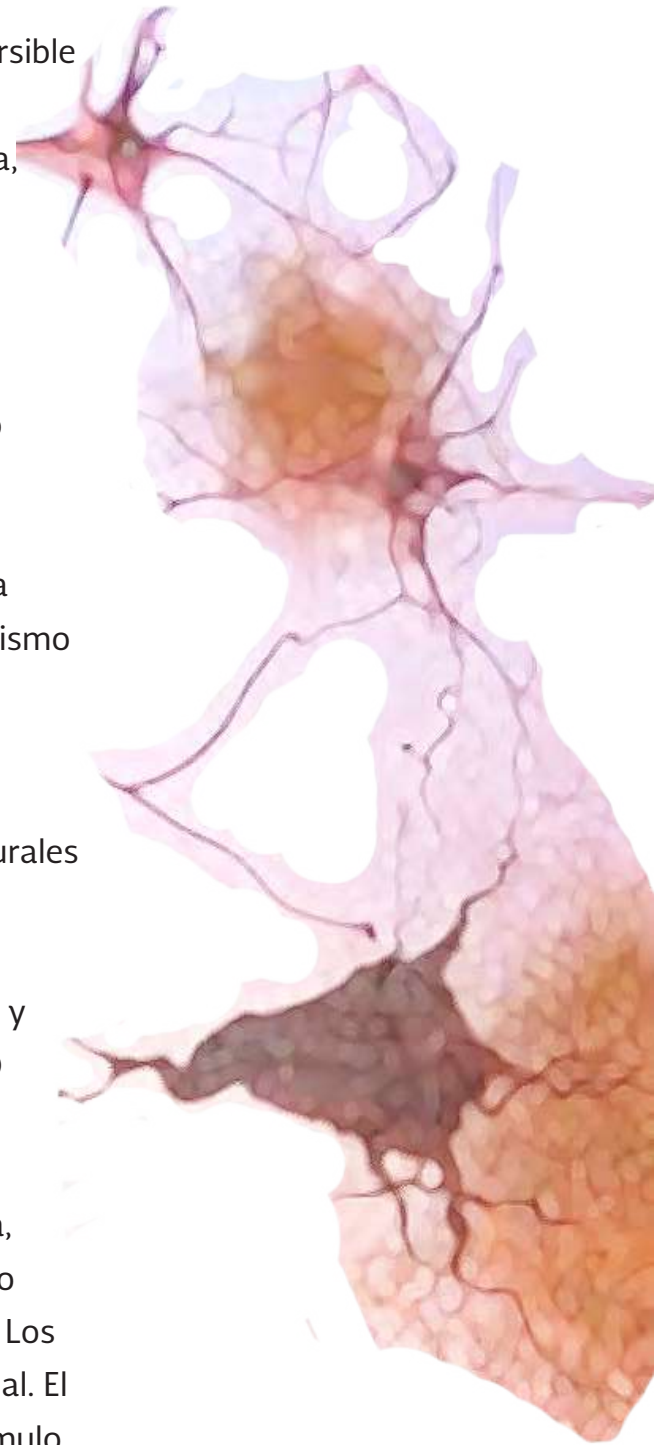
LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ES LA CAUSA MÁS COMÚN DE DEMENCIA EN EL MUNDO

Es un trastorno neurodegenerativo, progresivo e irreversible cuya principal manifestación clínica es la afectación de la memoria, y que se acompaña de alteraciones de la conducta, problemas de comunicación y razonamiento que impiden la realización de actividades de la vida diaria.

Fisiopatología

Se han identificado diversas alteraciones moleculares, como la acumulación de proteínas mal conformadas (en forma de placas amiloides y ovillos neurofibrilares) que en conjunto ocasionan daño oxidativo y una reacción inflamatoria, con la consecuente disfunción sináptica y alteración en el metabolismo neuronal. Estas alteraciones ocasionan el desenlace final de neurodegeneración y muerte neuronal.

Los péptidos de beta amiloide ($A\beta$) son productos naturales del metabolismo que consisten en fragmentos de 36 a 42 aminoácidos. La proteína precursora de amiloide (PPA) es fragmentada a través de acciones enzimáticas secuenciales y conducida a una vía amiloidogénica (formación de amiloide) y una vía no amiloidogénica. La vía amiloidogénica requiere de la actividad de la BACE1 (*Beta-site amyloid precursor protein-cleaving enzyme 1*), además de la gamma-secretasa, lo que favorece el acúmulo de péptidos no solubles. La vía no amiloidogénica requiere de la actividad de la alfa-secretasa. Los péptidos de $A\beta$ -42 tienden a la agregación y al daño neuronal. El desequilibrio entre la producción y la eliminación causa acúmulo



de A β , que se agrega en forma de oligómeros, se unen y forman fibrillas, luego láminas y finalmente depósitos de placa amiloide. Esto ocasiona alteración en la integridad neuronal, alteración en la actividad de las redes neurales y disminución de la actividad sináptica.^{3,4}

En condiciones normales, la proteína Tau promueve el ensamblaje y estabilidad de los microtúbulos y favorece el transporte axonal. La actividad de algunas cinasas y la disminución de la fosfatasa, provocan la hiperfosforilación de la proteína Tau. La forma hiperfosforilada de Tau es insoluble, tiene poca afinidad por los microtúbulos y se agrega en forma de filamentos helicoidales, que forman ovillos neurofibrilares; provocando citotoxicidad y teniendo como desenlace el deterioro cognoscitivo progresivo. El número de ovillos neurofibrilares es un marcador patológico de la severidad de la EA.⁵

Se han identificado otros mecanismos de neurodegeneración en la EA entre los que destacan disfunción sináptica, disfunción mitocondrial, alteraciones en la insulina, alteraciones vasculares e inflamación.⁶⁻⁹

Los hallazgos histopatológicos característicos de la EA incluyen las placas amiloides y los ovillos neurofibrilares, localizados en las estructuras mediales de los lóbulos temporales.

Factores de riesgo

Actualmente, se han identificado diversos factores de riesgo, así como de protección, relacionados con el desarrollo de demencia, específicamente de EA y demencia vascular (tablas 1 y 2).

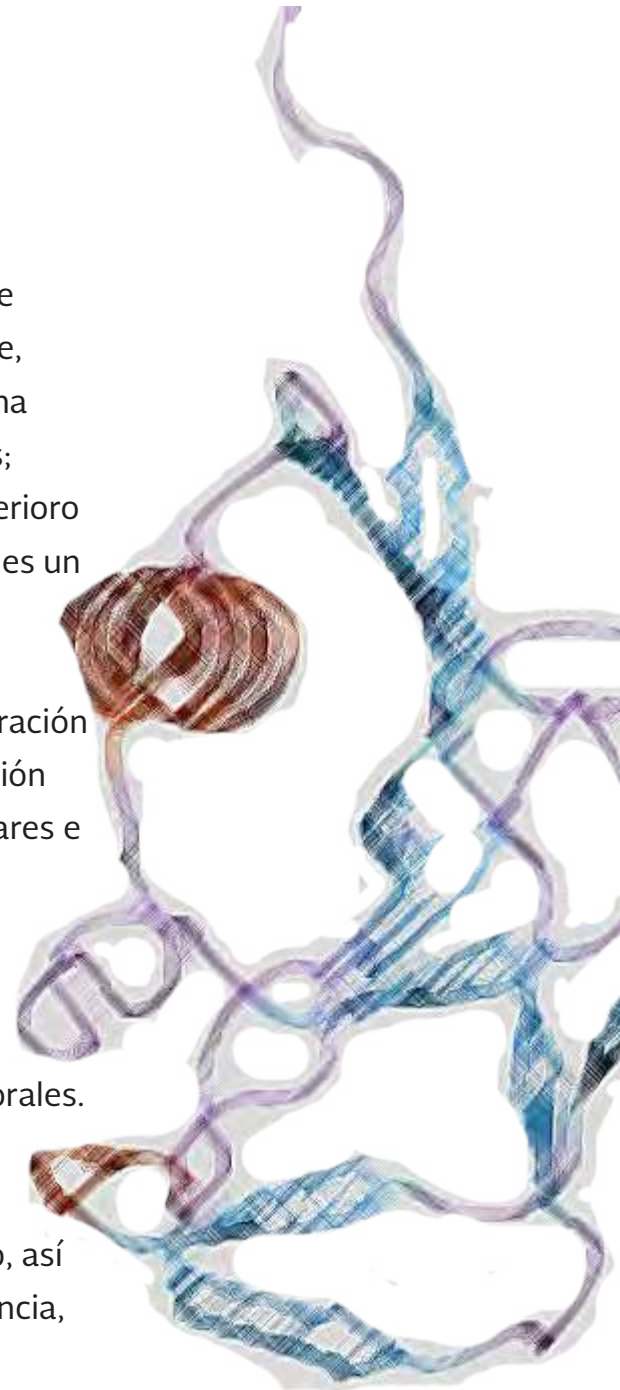


TABLA 1. FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y DEMENCIA VASCULAR.

Factores de riesgo	Demencia	EA	DV
Edad	+	+	+
Sexo femenino	-	+	-
Historia familiar	-	+	-
Baja escolaridad	+	+	+
APOEε4	-	+	-
Hipercolesterolemia (mediana edad)	+	+	-
DM	+	+	+
HTA	-	-	+
Tabaquismo	+/-	+	+/-
IMC bajo (mediana edad)	+	+	+
Obesidad	+	+	-
FA	+	-	-
Ateroesclerosis carotídea	+	+	-
Insuficiencia cardiaca	+	+	-
TCE	+/-	+/-	-
IRC	+	-	+
↑Homocisteína en sangre	+	+	-
↓ Vitamina D	-	-	-
Depresión	+	+	+
↑ PCR	+	-	-
↑ IL-1 y FNTα	-	+	-

+ Evidencia. - No evidencia. +/- Evidencia contradictoria. EA: Enfermedad de Alzheimer. DV: Demencia vascular. APOE: apolipoproteína E. DM: diabetes mellitus. HTA: hipertensión arterial. IMC: índice de masa corporal. FA: fibrilación auricular. TCE: trauma craneoencefálico. IRC: insuficiencia renal crónica. PCR: proteína C reactiva. IL-1: interleucina 1. FNTα: factor de necrosis tumoral alfa.

TABLA 2. FACTORES DE PROTECCIÓN PARA DEMENCIA, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y DEMENCIA VASCULAR.

Factor protector	Demencia	EA	DV
APOEε2	-	+	-
Dieta mediterránea	-	+	-
Actividad física	+	+	-
Alta escolaridad	+	-	-
Actividades de estimulación cognoscitiva	+	-	-
Control de factores de riesgo vascular (adulto joven)	+	-	-
Consumo moderado alcohol	+	+	+/-
Antioxidantes	-	-	-
Uso de antihipertensivos	+	-	+
Terapia hormonal	-	-	-
AINE	-	-	-
Estatinas	+	+	-
Ginkgo biloba	-	-	-

+ Evidencia. - No evidencia. +/- Evidencia contradictoria. EA: Enfermedad de Alzheimer. DV: Demencia vascular. APOE: apolipoproteína E. AINE: antiinflamatorios no esteroideos.



Después de los 65 años, la incidencia de demencia y de EA se duplica cada 5 años.¹⁰ La EA se incrementa más de tres veces en aquellos sujetos que tienen al menos un familiar de primer grado con demencia.¹¹ La EA tiene dos formas de presentación:

- La EA de **inicio temprano**: inicia antes de los 60 años; ocurre en menos de 1% de los casos. Patrón hereditario autosómico dominante, se asocia con mutaciones en los genes que alteran la producción, la agregación o la eliminación de A β : gen de la proteína precursora de amiloide, gen de la presenilina 1 y gen de la presenilina 2.

- La EA de **inicio tardío**: inicia a partir de los 60 años; ocurre en 99% de los casos. Se relaciona con la presencia del gen de la apolipoproteína E-épsilon 4 [APOE ϵ 4].^{12,13}

La asociación más fuerte entre los factores de riesgo cardiovascular (como hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, tabaquismo y obesidad, entre otros) y el desarrollo de deterioro cognoscitivo se ha encontrado en estudios que identifican los factores de riesgo a mediana edad más que en la edad avanzada. Al parecer, además, el riesgo es acumulativo.¹⁴ De igual forma, se ha demostrado que el adecuado control de factores de riesgo cardiovascular desde la etapa de adulto joven tiene un mayor efecto protector que cuando este control se limita a la etapa del adulto mayor.¹⁵

Mantener niveles de actividad física adecuada (más de 3 veces por semana, o 150 minutos a la semana) y el consumo de la llamada “dieta mediterránea” (frutas y vegetales frescos, granos enteros, productos del mar y aceite de olivo) han demostrado reducir el riesgo de desarrollar demencia.¹⁶



Diagnóstico

Los objetivos de la evaluación son establecer si la demencia está presente, caracterizar las áreas de cognición afectadas, establecer la gravedad y las consecuencias funcionales, además de determinar la probable etiología.

Es recomendable realizar la evaluación por lo menos en dos visitas. Durante la primera debe obtenerse una historia detallada, un examen físico y cognoscitivo, una entrevista con los familiares y solicitar pruebas básicas de laboratorio y neuroimagen estructural. La segunda visita generalmente consiste en una reunión informativa con el paciente y sus familiares, para presentar y discutir el diagnóstico y los factores etiológicos, revisar las opciones de tratamiento médico y desarrollar un plan de manejo global; en ese momento se abordan temas como los asuntos financieros, los medicamentos, los asuntos legales, la información sobre los recursos sociales y comunitarios disponibles, el pronóstico a mediano y largo plazo, entre otros.^{17,18}

Evaluación clínica

Muchos pacientes con demencia no perciben sus déficits y tienden a negar la existencia de un problema. Al inicio de la evolución de la EA, pueden preservar las habilidades sociales e interpersonales, e incluso son capaces de llevar una conversación superficial sin mostrar signos evidentes de deterioro, salvo el contenido superficial de su discurso; a menudo tienden a dirigir la conversación hacia experiencias que sí pueden recordar en detalle.¹⁷



La clave para obtener una historia precisa es entrevistar a un informante cercano. Es mejor si el encuentro se realiza cuando el paciente no está presente, con el fin de evitar discusiones cuando el cuidador describe los problemas. La entrevista con el informante debe caracterizar la cognición del paciente, la conducta y la funcionalidad para desarrollar un cuadro detallado y ayudar en el diagnóstico y la estadificación. Aunque la historia cognoscitiva general se centra en la memoria, algunos pacientes pueden presentar otros dominios afectados como el lenguaje, las funciones ejecutivas (juicio, planeación, razonamiento, etc.) o las habilidades visuoespaciales (tabla 3).



TABLA 3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS QUE DISTINGUEN A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS.²¹

Tipo de demencia	Manifestaciones clínicas
Enfermedad de Alzheimer	Alteración en memoria, lenguaje y habilidades visuoespaciales, indiferencia, ideas delirantes, agitación.
Demencia vascular	Inicio abrupto, deterioro escalonado, disfunción ejecutiva, trastorno de la marcha.
Degeneración Lobar Frontotemporal	Relativa preservación de la memoria y habilidades visuoespaciales, cambios de personalidad y conducta, disfunción ejecutiva, excesos en algunas actividades como comer y beber.
Demencia con cuerpos de Lewy	Alucinaciones visuales, ideas delirantes, síntomas extrapiramidales, fluctuación del estado mental, sensibilidad a antipsicóticos.

Los síntomas que apuntan a un problema de memoria incluyen comentarios repetitivos, dificultades para recordar fechas importantes, olvidos sobre acontecimientos vividos y detalles de las conversaciones. Los problemas del lenguaje inicialmente incluyen dificultades para encontrar palabras, recordar nombres de personas u objetos. Conforme avanza la demencia, los pacientes usan frases cortas, circunloquios, parafasias o tienen errores en la pronunciación de las palabras. Las alteraciones en las funciones ejecutivas incluyen dificultades para iniciar actividades, hacer planes, realizar tareas complicadas o seguir correctamente procesos que implican varios pasos. Los pacientes con problemas visuoespaciales presentan dificultad para usar las manos en actividades de coordinación fina (escribir en un teclado o tejer), o calculan mal dónde están los objetos en el espacio.



El curso de la EA y de otras demencias neurodegenerativas es gradual y relativamente lento, a lo largo de años. En etapas iniciales, los pacientes pueden tener errores ocasionales; sin embargo, con el tiempo éstos serán más frecuentes. La DV puede mostrar un deterioro escalonado, el antecedente de un evento vascular cerebral o de ataques isquémicos transitorios aumenta la probabilidad de este diagnóstico, pero no es esencial. Un deterioro cognoscitivo rápido con un curso subagudo a lo largo de semanas o meses plantea la posibilidad de otras entidades diagnósticas.¹⁷

Es necesario valorar si el problema representa un cambio consistente respecto al nivel previo de función. Se debe cuestionar al familiar sobre el desempeño en las actividades de la vida diaria y alteraciones en la conducta. **En una demencia temprana, el deterioro funcional afecta sobre todo las funciones instrumentadas de la vida diaria** como finanzas, transporte, atención normal a aficiones y la habilidad de aprender cosas nuevas.¹⁸

Es importante preguntar sobre los antecedentes del paciente, identificar factores de riesgo y protección, además de las comorbilidades tratables. La historia social debe centrarse en la presencia de un cuidador primario y la existencia de una red de apoyo. Es necesario tomar en cuenta las alteraciones en la visión y audición, el antecedente de trastornos psiquiátricos, el uso de medicamentos (principalmente aquellos con actividad anticolinérgica o efecto sedante) que puedan jugar un papel en el deterioro cognoscitivo.^{17,18}

El examen neurocognoscitivo documenta el desempeño de la memoria y otros dominios cognoscitivos y ayuda a estadificar la gravedad de la demencia. Las pruebas cognoscitivas generales proporcionan una aproximación breve y estructurada, y son ampliamente utilizadas para tamizaje en la práctica médica general.

El Examen Mínimo del Estado Mental (*Mini-Mental State Examination, MMSE*) evalúa la memoria (aprender y recordar tres palabras), la orientación, la memoria de trabajo, el lenguaje y habilidades visuoespaciales; es una prueba corta, de fácil aplicación, con una moderada sensibilidad para el diagnóstico de demencia, es útil en la estadificación y seguimiento de la progresión; sin embargo, le falta sensibilidad para detectar deterioro cognoscitivo leve o demencia leve, además de que la edad avanzada y la baja escolaridad pueden confundir los resultados y dar falsos positivos. Existen otras pruebas útiles como la prueba del reloj y la Evaluación Cognoscitiva de



Montreal (MoCA), entre otras. Las pruebas neuropsicológicas formales aportan información detallada de dominios cognoscitivos específicos, dando una imagen más clara de las fortalezas y debilidades del paciente.¹⁷

En una persona con EA, se espera que el resto de la exploración neurológica sea normal. Dicha exploración puede revelar hallazgos focales consistentes con un evento vascular cerebral, o signos de parkinsonismo que pueden apuntar a una demencia con cuerpos de Lewy (DCLw).¹⁷

Laboratorio, neuroimagen y marcadores biológicos

A todo paciente con sospecha de demencia se le deben realizar pruebas iniciales de laboratorio para descartar causas reversibles de pérdida de memoria (lo que ocurre en menos de 1% de los casos).¹⁹ Se recomienda medir rutinariamente los niveles de vitamina B12 y hormona estimulante de tiroides (TSH), realizar una biometría hemática completa, niveles séricos de folatos, pruebas de función hepática, pruebas de función renal, glucosa y electrolitos séricos completos. Si el paciente tiene factores de riesgo, se deben agregar pruebas serológicas para sífilis y virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Las pruebas genéticas para EA, incluyendo el gen de la APOE, no están recomendadas.^{17,20,21}

Se recomienda realizar un estudio de imagen cerebral estructural de rutina, preferentemente la Resonancia Magnética (IRM) por tener mayor resolución.^{20,21}

La anomalía más común en las enfermedades neurodegenerativas es la pérdida de volumen cerebral; en la EA se observa en los lóbulos temporales mediales (especialmente hipocampo y corteza entorrinal), frontal y occipital; en la DLFT es evidente en la corteza frontal



ventromedial, en las regiones fronto-orbitales posteriores, en la ínsula y en la corteza cingulada anterior; mientras que en la DCLw se observa atrofia difusa. En la DV, la IRM en secuencia T2/FLAIR es muy sensible a lesión por isquemia tanto de pequeños como de grandes vasos.²²

La neuroimagen funcional –como la tomografía computada por emisión de fotones simples (SPECT) o la tomografía por emisión de positrones (PET)– permite medir la actividad cerebral relacionada con el procesamiento cognoscitivo; si bien su utilidad en la investigación ha quedado demostrada, en la práctica clínica no está clara pues depende de factores como su disponibilidad y costo y la falta de un tratamiento eficaz.¹⁹

Los biomarcadores para la EA se pueden clasificar en 2 categorías:

1) Marcadores de acumulación de A β : medición de A β 1-42 en líquido cefalorraquídeo (LCR) y evidencia de depósitos de A β por PET con componente B de Pittsburgh.

2) Marcadores de daño neuronal o neurodegeneración: proteína Tau fosforilada, proteína Tau total, imagen de disfunción sináptica PET con fluorodeoxiglucosa.

La combinación de Tau fosforilada elevada con A β 1-42 bajo en LCR es el perfil característico de la EA;²³ sin embargo, actualmente están disponibles principalmente con fines de investigación.^{17,24}



Criterios diagnósticos

En 2011, el National Institute on Aging y la Alzheimer Association publicaron los nuevos criterios diagnósticos de EA,²⁴ que sustituyen a los publicados en 1984 por la National Institute of Neurologic, Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA).²⁴ Estos nuevos criterios mantienen las categorías previas, como las características centrales de la demencia por cualquier causa, la EA posible y probable, e incorporan el uso de biomarcadores a la práctica clínica generando nuevas categorías.²⁵



Tratamiento

La mayoría de los pacientes con demencia serán tratados por el médico de primer contacto; abordaje complejo debido a que es una entidad progresiva y que evoluciona a lo largo de 5 a 10 años.²⁶ La decisión de iniciar y mantener el tratamiento debe tomarse de forma individualizada, teniendo en cuenta las preferencias y expectativas del paciente y sus familiares, además de los beneficios esperados frente a los posibles efectos adversos y el costo del tratamiento farmacológico.





Se cuenta con algunos fármacos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la EA, ya que han demostrado cierta eficacia en el control de los síntomas cognoscitivos y conductuales:

1. Los inhibidores de la colinesterasa (IChE); donepezilo, rivastigmina y galantamina; todos aprobados para EA leve y moderada, y el donepezilo además para severa.
2. La memantina, un antagonista no competitivo de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA), aprobada para la EA moderada y severa.

El ginkgo biloba, la cerebrolisina, las estatinas, los antiinflamatorios no esteroideos, las vitaminas y los antioxidantes se han utilizado para el manejo y prevención del deterioro cognoscitivo; sin embargo, no están aprobados ya que no han demostrado su eficacia. Actualmente están en estudio múltiples fármacos dirigidos a combatir el depósito de A β y proteína Tau.^{27,28}

Los síntomas neuropsiquiátricos (agitación, agresividad, psicosis, trastornos del sueño, vagabundeo, conducta sexual inapropiada, síntomas depresivos) son frecuentes en estos padecimientos,²⁹ el pilar del manejo son las medidas no farmacológicas, como la orientación familiar, identificar factores asociados, tomar medidas de higiene del sueño implementar mecanismos de seguridad para el paciente, entre otras. Los IChE y la memantina tienen un beneficio modesto; los antipsicóticos como risperidona o quetiapina son eficaces para la agitación y psicosis, con efectos adversos serios, por lo que se deben utilizar con precaución.²⁷

Referencias

1. Kelley RE, Minagar A. Memory Complaints and Dementia. *Med Clin N Am* 2009; 93:389–406.
2. Molinuevo JL, Peña-Casanova J, Grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones. Barcelona: Sociedad Española de Neurología (SEN); 2009. Guía N° 8.
3. Querfurth HW, LaFerla FM. Alzheimer's Disease. *N Engl J Med* 2010;362:329–344.
4. Tanzi RE, Bertram L. Twenty years of the Alzheimer's disease amyloid hypothesis: a genetic perspective. *Cell* 2005;120:545–55.
5. Santacruz K, Lewis J, Spire T, et al. Tau suppression in a neurodegenerative mouse model improves memory function. *Science* 2005;309:476–81.
6. Nunomura A, Perry G, Aliev G, et al. Oxidative damage is the earliest event in Alzheimer disease. *J Neuropathol Exp Neurol* 2001;60:759–67.
7. Everenz JB, McMillan PJ, et al. Reduced hippocampal insulin-degrading enzyme in late-onset Alzheimer's disease is associated with the apolipoprotein E-epsilon4 allele. *Am J Pathol* 2003;162:313–9.
8. Greenberg SM, Gurol ME, Rosand J, Smith EE. Amyloid angiopathy-related vascular cognitive impairment. *Stroke* 2004;35:Suppl 1:2616–9.
9. Akiyama H, Barger S, Barnum S, et al. Inflammation and Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* 2000;21:383–421.
10. Jorm AF, Jolley D. The incidence of dementia: a meta-analysis. *Neurology*. 1998;51(3):728.
11. Van Duijn CM, Clayton D, Chandra V, et al. Familial aggregation of Alzheimer's disease and related disorders: a collaborative re-analysis of case-control studies. *Int J Epidemiol*. 1991;20 Suppl 2:S13.
12. Hsiung GY, Sadovnick AD. Genetics and dementia: risk factors, diagnosis and management. *Alzheimers Dement* 2007;3:418–27.
13. Myers RH, Schaefer EJ, Wilson PW, et al. Apolipoprotein E epsilon4 association with dementia in a population-based study: The Framingham study. *Neurology*. 1996;46(3):673.
14. Whitmer RA, Sidney S, Selby J, et al. Midlife cardiovascular risk factors and risk of dementia in late life. *Neurology*. 2005;64:277–281.
15. Deschaintre Y, Richard F, Leys D, et al. Treatment of vascular risk factors is associated with slower decline in Alzheimer disease. *Neurology* 2009;73(9):674–80.





16. Scarmeas N, Stern Y, Tang MX, et al. Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 2006;59(6):912–21.
17. Galasko D. The Diagnostic Evaluation of a Patient With Dementia. *Continuum (Minneap Minn)* 2013;19(2):397–410.
18. Feldman HH, Jacova C, Robillard A, et al. Diagnosis and treatment of dementia: Diagnosis. *CMAJ* 2008;178(7):825–36.
19. Simmons BB, Hartmann B, DeJoseph D. Evaluation of Suspected Dementia. *Am Fam Physician.* 2011;84(8):895–902.
20. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56(9): 1143Y1153.
21. American Geriatrics Society. A guide to dementia diagnosis and treatment. <http://dementia.americangeriatrics.org/> . Accessed August 22, 2010.
22. Tartaglia MC, Vitali P, Migliaccio R, et al. Neuroimaging in dementia. *Continuum Lifelong Learning Neurol* 2010;16(2):153–175.
23. Sperling R, Johnson K. Biomarkers of Alzheimer Disease: Current and Future Applications to Diagnostic Criteria. *Continuum (Minneap Minn)* 2013;19(2):325–338.
24. McKhann G, Drachman D, Folsterin M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of the department of health and human services task force. *Neurology* 1984;47:113–1124.
25. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's Disease: recommendations from the National Institute of Aging and the Alzheimer's Association Workgroup. *Alzheimer's and Dementia* 2011;7(3):263–269.
26. Hogan DB, Bailey P, Black S, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 4. Approach to management of mild to moderate dementia. *CMAJ* 2008;179(8):787–93.
27. Aisen PS, Cummings J, Schneider LS. Symptomatic and Nonamyloid/Tau Based Pharmacologic Treatment for Alzheimer Disease. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2012;2:a006395.
28. Schneider LS. Alzheimer Disease Pharmacologic Treatment and Treatment Research. *Continuum (Minneap Minn)* 2013;19(2):339–357.
29. Peters KR, Rockwood K, Black SE, et al. Characterizing neuropsychiatric symptoms in subjects referred to dementia clinics. *Neurology* 2006;66:523.



III

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DEMENCIAS EN MÉXICO



En México ya se cuenta con información epidemiológica sobre la frecuencia de demencias y deterioro cognoscitivo no demencial (DCND) en adultos mayores.¹⁻⁴ La ENSANUT 2012 por primera vez incluyó una sección para población de 60 años y más,⁴ la cual evaluó la frecuencia de DCND y demencias.

Las prevalencias para demencia encontradas por ENSANUT 2012 (7.9%) son equiparables a otros estudios (figura 3.1). Al comparar los datos epidemiológicos disponibles es evidente la similitud de las prevalencias en el rubro de las demencias.

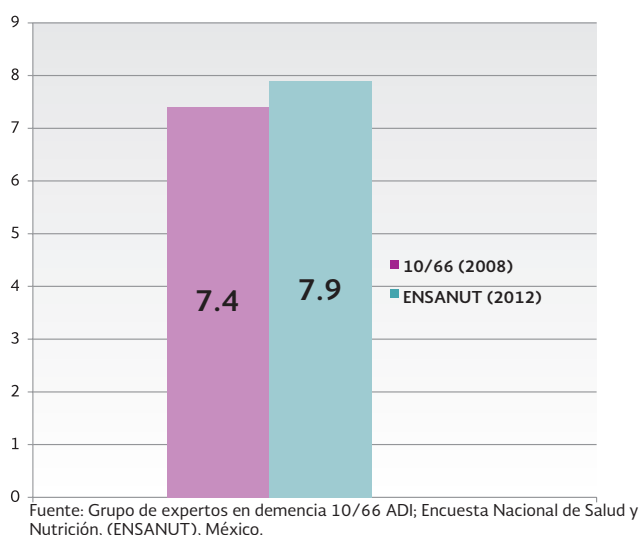
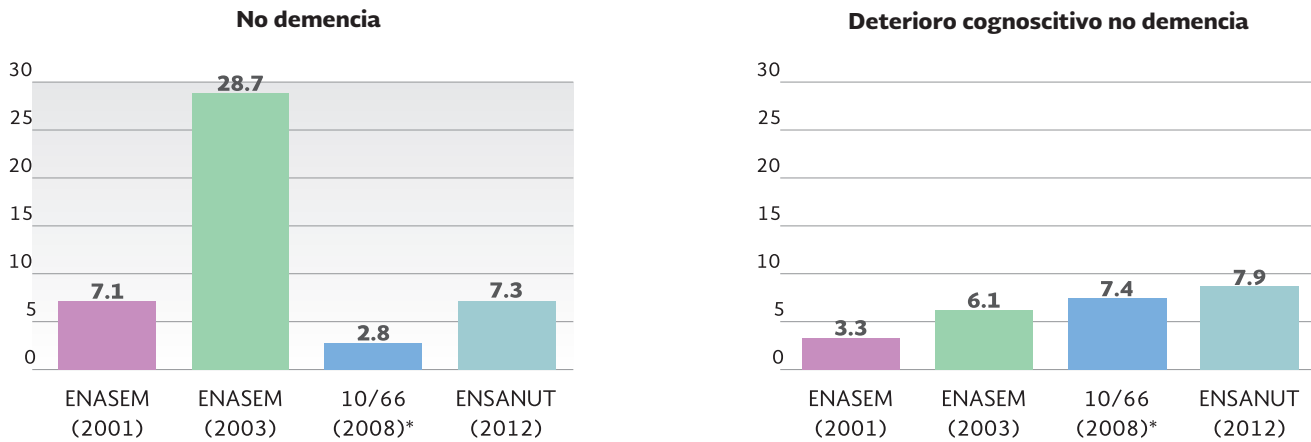


Figura 3.1. Prevalencias ajustadas para la demencia en México.

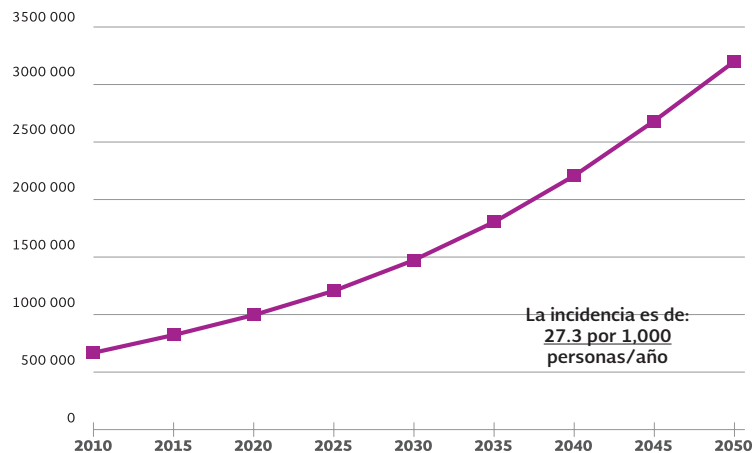
Las diferencias entre la prevalencia para DCND fue de 7.3% y para las demencias de 7.9%, de acuerdo con los últimos datos reportados en la ENSANUT 2012. Al ajustar por sexo, grupos de edad y escolaridad, área de residencia y nivel socioeconómico, se encontró, en general, un incremento en la prevalencia para las demencias con el paso del tiempo al comparar la prevalencia actual reportada por ENSANUT 2012 con otros estudios poblacionales previamente evaluados (figura 3.2).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. México. ENASEM, 10/66, ENSANUT.

Figura 3.2. Prevalencias de deterioro cognoscitivo no demencial y demencia en México.

De acuerdo con los datos presentados sobre prevalencia de la demencia en México, se estima que en 2014 existen 860 000 personas con este padecimiento en el país. La proyección del número de mexicanos afectados por demencia para 2050 alcanzará la alarmante cifra de más de 3.5 millones, por lo que el impacto de esta enfermedad en los sistemas económico, social y de salud será severo (figura 3.3).



Fuente: Sosa AL., et al. Grupo de Investigación 10/66, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" y la Alzheimer's Disease International 2012.

Figura 3.3. Proyección del número de sujetos afectados por demencia en México, 2010-2050.





Referencias

1. Mejia-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study. *J Aging Health*. 2011;23(7):1050-74. Epub 2011/09/29. doi: 10.1177/0898264311421199.
2. Sosa AL, Albanese E, Stephan BC, Dewey M, Acosta D, Ferri CP, et al. Prevalence, distribution, and impact of mild cognitive impairment in Latin America, China, and India: a 10/66 population-based study. *PLoS Med*. 2012;9(2):e1001170. Epub 2012/02/22. doi: 10.1371/journal.pmed.1001170.
3. 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;372(9637):464-74. Epub 2008/07/29. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61002-8.
4. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah- Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales. 2012.





IV

LA NECESIDAD
DE CREAR UN
PLAN DE ACCIÓN
ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS
EN MÉXICO



El envejecimiento de la población como un fenómeno generalizado constituye un motivo de celebración y es fiel reflejo de la mejora en las condiciones de vida de la población y de la acción eficaz de los sistemas de salud y de protección social. Ello ha favorecido un significativo incremento en la esperanza de vida al nacer que ubica a México –con 76 años en promedio– en el lugar 47 entre 195 naciones.



Fuente: OMS. Estadísticas sanitarias mundiales, 2014.

Figura 4.1. Esperanza de vida al nacer en el mundo.





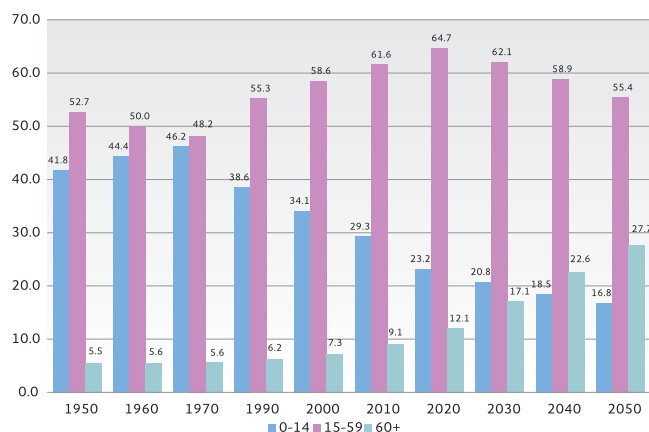
Es en este contexto de un **envejecimiento poblacional acelerado, predominantemente femenino y con más de la mitad de los adultos mayores con 70 años o más**, que hoy es necesario actuar, con la prioridad de garantizar el respeto a los derechos humanos y la protección a la salud. Ante este panorama, la Academia Nacional de Medicina, la Universidad Nacional Autónoma de México y el entonces Instituto de Geriátrica publicaron en 2012 un documento de postura titulado *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*.



Continuando esos esfuerzos y en virtud de que tiene entre sus atribuciones apoyar a la Secretaría de Salud en la elaboración y ejecución de los programas sectoriales, el Instituto Nacional de Geriátrica convocó –junto con la Academia– al foro de consulta Envejecimiento y salud: investigación para un plan de acción, realizado el 10 de abril de 2013. Ahí se presentó la información actualizada sobre el envejecimiento, la vejez y la salud en México, obtenida a partir de diferentes fuentes de información, destacando la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición –ENSANUT– 2012 y las encuestas estatales sobre Salud y Bienestar en el Envejecimiento –SABE–, con la finalidad de contribuir a la formulación del nuevo Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud 2012-2018.¹



En la actualidad hay más de 10 millones de adultos mayores de 60 años y más en México. Adicionalmente, **el país tiene más individuos mayores de 60 años que niños menores de 5** y las proyecciones indican que el fenómeno del envejecimiento demográfico es irreversible (figura 4.1). En este contexto, una amenaza a la salud y la autonomía de los ancianos es la discapacidad: recientemente se ha documentado un incremento en el número de adultos mayores que la padece. De hecho, el envejecimiento de la población ejerce una influencia muy importante en las tendencias nacionales y mundiales de la discapacidad.



Fuente: González González C y Ham Chande R. Datos obtenidos del INEGI y de los Censos de Población 1950 - 1970, 1990, 2000 y 2010 así como de las Proyecciones Nacionales de Población. México 2013.

Figura 4.1. Población mexicana por grupo de edad 1950-2050.

A nivel mundial, 31.7% del total de los años vividos con discapacidad son atribuidos a condiciones neuropsiquiátricas.² Entre los adultos mayores, la depresión y la demencia son los principales factores que contribuyen a este fenómeno. La demencia contribuye a 11.9% de los años vividos con discapacidad por enfermedades crónicas, siendo de mayor proporción que los correspondientes a eventos vasculares cerebrales (10.1%), enfermedad cardiovascular (5.3%) y cáncer (2.5%).³



La propuesta para crear el Plan de Acción Alzheimer y Otras Demencias –impulsada por el Instituto Nacional de Geriátría y la sociedad civil organizada interesada en mejorar la atención integral de los mexicanos que padecen algún tipo de demencia– es la culminación de una serie de iniciativas originadas en 1986 y que son vigentes debido a la creciente incidencia de este padecimiento.



Los hechos más relevantes en la construcción de la propuesta para el Plan de Acción son:



1986: Se forma el primer grupo de apoyo para familiares de pacientes con la enfermedad de Alzheimer en la Ciudad de México.

1988: Se crea la **Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares**, A.C. (AMAES), que ese mismo año ingresa a la Alzheimer’s Disease International (ADI).



2002: Se celebra la Primera Reunión Nacional de Asociaciones y se constituye la **Federación Mexicana de Alzheimer** (FEDMA).



2002: SE FUNDA FEDMA

2003: Se constituye la Asociación Alzheimer Iberoamérica, que incluye a los países latinoamericanos y el Caribe y a España. México es miembro fundador.



2006: Inician las reuniones anuales del Grupo de Expertos en Demencia; especialistas en Neurología, Psiquiatría y Geriátría discuten avances científicos y médicos en el diagnóstico y tratamiento de la demencia.



2011: Con motivo de la celebración del Día Mundial del Alzheimer, el titular de la Secretaría de Salud, Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg, comisiona al director general del entonces Instituto de Geriátría, Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, para que, junto con las asociaciones civiles, elabore el **Plan de Acción Alzheimer** ante la evidencia del creciente y acelerado número de mexicanos afectados por algún tipo de demencia.



2012: La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara a la demencia como **prioridad de salud pública**.

2012: La senadora Lisbeth Hernández Lecuona (PRI) presenta en el Senado un punto de acuerdo por el que se recomienda y exhorta al titular del Poder Ejecutivo a girar instrucciones a la Secretaría de Salud para que **se adopten las medidas e instrumentos necesarios para la atención del Alzheimer en la población mexicana** y se implementen los programas y políticas de calidad en su prevención y tratamiento.

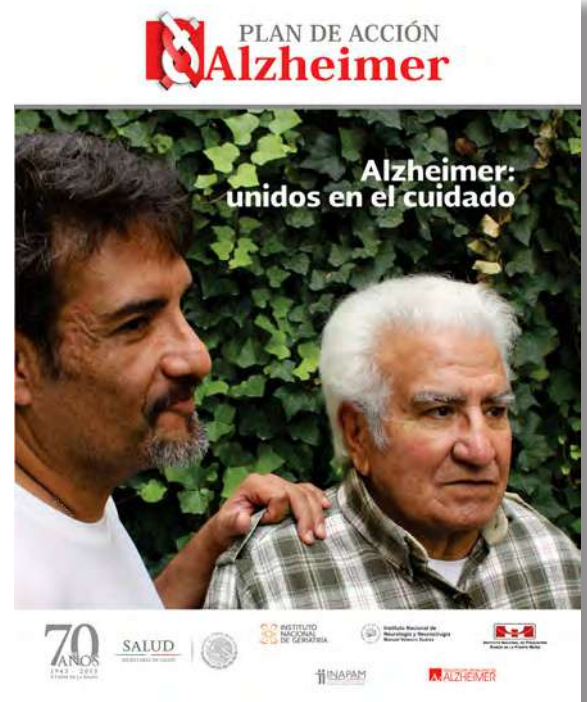
2012: Se firma una carta de intención para promover la colaboración entre el Instituto Nacional de Geriátría y la Federación Mexicana de Alzheimer, y continuar con la propuesta de creación del Plan de Acción.



**2012: INGER Y FEDMA
FIRMAN CARTA DE
INTENCIÓN**



2013: Se suscribe una carta de intención a favor de la creación de un Plan de Acción Específico por parte de los titulares de los Institutos Nacionales de Geriátría, de Neurología y Neurocirugía, de Psiquiatría y de las Personas Adultas Mayores, así como por la Federación Mexicana de Alzheimer. Manifiestan su intención de **luchar conjunta y organizadamente** contra los efectos negativos y devastadores de la enfermedad de Alzheimer en nuestro país.



Importancia de las asociaciones civiles para los pacientes con enfermedad Alzheimer u otras demencias y sus familias*

Cuando una familia recibe la noticia de que alguno de sus integrantes padece demencia, aparecen dudas, sentimientos encontrados e incertidumbre. A ello se suman las dificultades para manejar los síntomas de la enfermedad: alteraciones cognoscitivas, conductuales y anímicas, incremento gradual de la dependencia. Lamentablemente, el médico no siempre cuenta con tiempo suficiente para dar solución a esas situaciones. Es entonces cuando las asociaciones civiles de Alzheimer cumplen una función importantísima.

En México, como en todo el mundo, las asociaciones civiles en pro de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias han surgido para dar respuesta al vacío de información y a las limitadas posibilidades de atención para estos padecimientos. Así fue como

en 1988 un grupo de familiares y profesionales de la salud integraron en la Ciudad de México la primera organización de Alzheimer en el país, sin fines de lucro, secundada por muchas otras que hoy conforman la Federación Mexicana de Alzheimer, A. C.

Los cuidadores a menudo carecen de información básica y capacitación adecuada para atender eficientemente a paciente. Ante las alteraciones cognoscitivas, psiquiátricas y conductuales de éste, el cuidador primario experimenta emociones negativas como enojo, culpa, frustración, vergüenza y tristeza, entre otras. Cuando esto se suma al desgaste que implica el cuidado y a los problemas familiares o económicos, ocasiona en el cuidador la aparición de enfermedades nuevas o la agudización de las ya existentes, ansiedad, depresión y los sínto-

mas del síndrome de sobrecarga. La integridad del enfermo también puede estar en riesgo si la persona que lo atiende desconoce el adecuado manejo de sus alteraciones o si demerita la calidad del cuidado debido a la sobrecarga que sufre.

Afortunadamente, la forma en que la familia enfrenta la demencia de uno de sus miembros cambia radicalmente al integrarse a una asociación de Alzheimer, pues ahí tiene acceso a información, capacitación y apoyo gratuito o a muy bajo costo. Una de las principales actividades promovidas por las asociaciones de Alzheimer son los grupos de apoyo (también llamados de autoayuda o de ayuda mutua), donde los familiares comparten no sólo problemas y preocupaciones, sino también emociones y sentimientos. En este sentido, estos grupos tienen dos propósitos básicos: proporcionar información sobre la enfermedad y su manejo y brindar apoyo emocional mutuo.

Otras funciones importantes de las asociaciones son:

- Difusión de información y sensibilización sobre las demencias.
- Establecimiento de redes de apoyo con instituciones, profesionales y servicios para la atención del paciente.
- Formación de recursos humanos a través de talleres, cursos y congresos.
- Servicios de atención directa al paciente en centros diurnos o de estancia permanente.
- Colaboración y participación en investigaciones relacionadas con la búsqueda de alternativas de atención no farmacológica para el paciente y apoyo al cuidador.

De este modo, las organizaciones de Alzheimer son la respuesta de la sociedad civil al grave problema que representan las demencias y, además, son actores clave en la generación de soluciones.

Historia de las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer en México

Las asociaciones de Alzheimer suelen tener como antecedente a un grupo de apoyo. La Lic. Lilia Mendoza, una de las fundadoras del movimiento Alzheimer en México, cuenta que este primer grupo surgió en 1986 en los pasillos de un hospital del ISSSTE, cuando familiares de personas diagnosticadas con demencia, de forma natural comenzaron a platicar entre sí sobre los problemas que enfrentaban día a día. Estas reuniones se fueron sistematizando hasta consolidar el primer grupo de apoyo en México, coordinado por ella misma y por la Dra. Rosalía Rodríguez y la Lic. Marcela Fera. En aquel momento la enfermedad de Alzheimer era prácticamente desconocida y la información al respecto en español era nula.

El 13 de noviembre del mismo año se conformó la primera mesa ejecutiva para luego crearse la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A. C. (AMAES), formalizada ante notario en 1988. En las ciudades de Guadalajara y Monterrey surgieron grupos de apoyo, pero no lograron consolidarse como asociaciones. En 1988, durante el 4° Congreso Internacional de la Alzheimer's Disease International (ADI), realizado en Australia, México se integró a esta importante organización; dos años más tarde la Ciudad de México fue sede del 6° Congreso, donde se presentaron 110 ponencias de 24 países.

Como pionera, la AMAES fomentó la creación de grupos de apoyo, asociaciones estatales e instituciones de Alzheimer. Así, en 1991 apoyó la creación de la Fundación Alzheimer "Francisco Espinoza", inaugurando en Jurica, Querétaro, el primer centro diurno para estos pacientes del país. El segundo centro fue creado por ellos mismos en la Ciudad de México.

* Texto elaborado por Adela Hernández Galván, vicepresidenta de FEDMA y representante de la Asociación Morelense de Alzheimer; Sara Torres Castro, Instituto Nacional de Geriátría; Rosa María Farrés González Saravia, secretaria de FEDMA y representante de la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C.; y Alfonso González León, presidente de FEDMA y representante de la Asociación Michoacana de Alzheimer y Similares, I. A. P.

En esta década se formaron grupos de apoyo en ciudades como Hermosillo, Reynosa, Puebla, Ciudad Valles y San Luis Potosí; en 1992 surgió en Hermosillo, Sonora, la primera Asociación Estatal de Alzheimer, seguida por muchas otras.

Para entonces hospitales como el ISSSTE y algunos Institutos Nacionales de Salud (el de Neurología y Neurocirugía, el de Ciencias Médicas y Nutrición y el de Psiquiatría) también albergaban a grupos de apoyo que a la fecha siguen vigentes.

Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA)

En los siguientes años se formaron asociaciones estatales y grupos de apoyo en Sonora, Tamaulipas, Nuevo León, Michoacán, San Luis Potosí, Puebla, Morelos, Oaxaca, Querétaro e Hidalgo. Si bien todos ellos asumieron como líder a AMAES, se hizo necesario contar con una organización que los representara legalmente. Fue así que en 2002 se creó la Federación Mexicana de Alzheimer A. C. (FEDMA), que actualmente tiene registradas a 21 asociaciones estatales y a 46 grupos de apoyo, la mayoría integrados formalmente a ella.

Sede de los Congresos Nacionales de Alzheimer en México

Las reuniones nacionales de asociaciones y grupos de apoyo han sido fundamentales en la consolidación del movimiento Alzheimer en nuestro país. De 1996 a 2014 se han realizado 19 de ellas, actualmente con la denominación de Congreso Nacional.

Misión de FEDMA

Es una asociación no lucrativa de carácter asistencial privado. Su propósito principal es promover el trabajo organizado de la sociedad civil (a través de sus asociaciones estatales afiliadas) para beneficio de las personas que sufren cualquier tipo de demencia, así como proporcionar orientación, capacitación y apoyo a sus familiares y cuidadores en todos los estados de la República Mexicana. El fin último de la FEDMA es defender los derechos de las personas con demencia para mejorar, en lo posible, su calidad de vida y la de su entorno.

AÑO	Número de Congreso	Lugar
1996	I	México, Distrito Federal
1997	II	Reynosa, Tamaulipas
1998	III	Hermosillo, Sonora
1999	IV (V Reunión Latinoamericana)	Oaxaca, Oaxaca
2000	V	Monterrey, Nuevo León
2001	VI	San Luis Potosí, San Luis Potosí
2002	VII	Pachuca, Hidalgo
2003	VIII	Tampico, Tamaulipas
2004	IX (IX Reunión Latinoamericana Cuba)	Cuernavaca, Morelos
2005	X	Torreón, Coahuila
2006	XI	Puebla, Puebla
2007	XII	León, Guanajuato
2008	XIII	Morelia, Michoacán
2009	XIV	Puebla, Puebla
2010	XV	Tampico, Tamaulipas
2011	XVI	Ciudad Obregón, Sonora
2012	XVII	Aguascalientes, Aguascalientes
2013	XVIII	Monterrey, Nuevo León
2014	XIX	México, Distrito Federal

Visión de FEDMA

Será, en el mediano plazo (5 años), la organización rectora a nivel nacional de la labor altruista en favor de las personas con demencia. A largo plazo (10 años) habrá contribuido a la generación de investigación sociomédica sobre la demencia y habrá desarrollado modelos para la creación de asociaciones y grupos de apoyo, así como para la atención especializada de personas con demencia. Estos modelos serán viables y replicables en cada una de las entidades federativas de nuestra nación. En este plazo habremos ganado la confianza de cada sector social mediante el trabajo ético, comprometido y transparente en el logro de nuestros objetivos.

Objetivos

- Difundir información sobre demencias y Enfermedad de Alzheimer e incrementar la conciencia pública sobre el problema de salud mental que representan las demencias.
- Contribuir a la generación de políticas públicas y de salud en beneficio de las personas con demencia.
- Fortalecer a las diferentes asociaciones estatales y grupos de apoyo afiliados.
- Estrechar la relación con organismos nacionales e Internacionales relacionados con las áreas de geriatría, gerontología y demencias.

- Participar en congresos y foros nacionales e internacionales relacionados con las áreas de geriatría, gerontología y demencias.
- Participar y/o apoyar la realización de investigaciones científicas en el campo de las demencias.
- Apoyar la organización del Congreso Nacional Anual.

Servicios que ofrecen las asociaciones de Alzheimer

- Al enfermo: Centros de día con talleres de estimulación cognitiva, talleres de psicomotricidad y fisioterapia, talleres de música, talleres de actividades manuales.
- A la familia: Información sobre la enfermedad de Alzheimer, asesoría legal, médica, psicológica y social. Talleres de formación sobre demencias, facilitación de apoyo psicológico a los cuidadores mediante grupos de ayuda mutua. Trámites para instituciones y otros.
- A la comunidad: Información por medio de páginas web, llamadas telefónicas, concientización y sensibilización en los medios de comunicación. Involucramiento de los diferentes sectores de la sociedad. Concientización política.

Referencias

1. Gutiérrez Robledo LM y Lezana Fernández MA (coords.). Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Serie: Cuadernillos de salud pública. México: Instituto Nacional de Geriatría, 2013.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006; 3(11):e442. Epub 2006/11/30. doi:10.1371/journal.pmed.0030442.
3. International Alzheimer's Disease. World Alzheimer Report. ADI UK: 2009:50.



V

OBJETIVOS DEL
PLAN DE ACCIÓN





Cerca de 860 000 mexicanos están actualmente afectados con algún tipo de demencia, la mayoría de ellos con insuficiente acceso a servicios de salud integrales adecuados, atendidos por cuidadores sin orientación ni capacitación, lo que tiene efectos adversos en la salud y en la economía no sólo de los pacientes, sino también de sus familias y cuidadores primarios. Para dar respuestas viables a esta situación, el Plan de acción Alzheimer y otras demencias se plantea los siguientes objetivos.

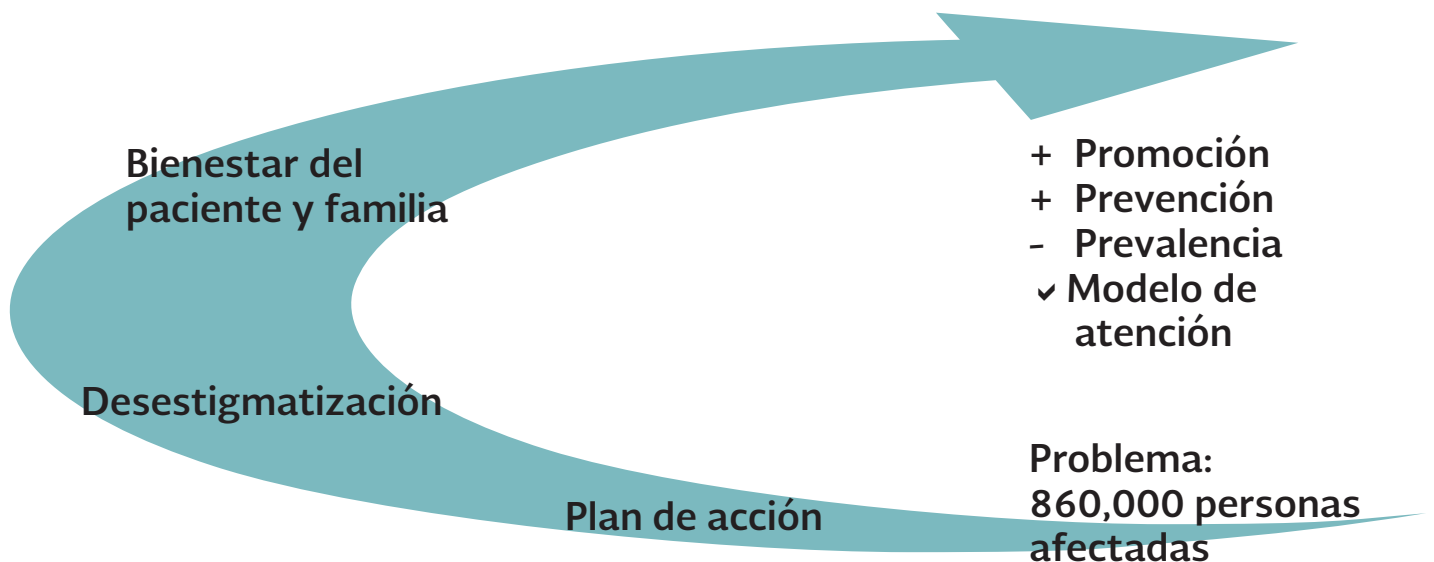


Figura 5.1. El Plan de Acción Alzheimer y otras demencias es factible con los recursos disponibles.

OBJETIVO CENTRAL DEL PLAN DE ACCIÓN ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS:

- Promover el bienestar de las personas con Enfermedad de Alzheimer y enfermedades afines y sus familiares, mediante el fortalecimiento de la respuesta del Sistema de Salud Mexicano, en sinergia con todas las instituciones responsables.



Objetivos particulares

DESESTIGMATIZAR

- a) Promover una mayor toma de conciencia sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias para reducir o, mejor aún, **eliminar el estigma y los estereotipos negativos** asociados con ellas, lo que redundará en una mayor aceptación de las personas afectadas por este problema.



INFORMAR

- b) Incrementar el acceso a la **información confiable y actualizada** sobre la enfermedad tanto para los profesionales de la salud, como para los familiares, los cuidadores y el público general con el propósito último de que los pacientes puedan vivir bien con la demencia.

ATENCIÓN INTEGRAL

- c) Desarrollar un **modelo de atención integral** acorde a las necesidades y características del país,.

INVESTIGAR

- d) Incentivar el desarrollo de investigación de calidad en **todas las disciplinas** para comprender mejor el proceso de la enfermedad de Alzheimer y sus diversas implicaciones.

CAPACITAR

- e) Mejorar la **capacitación de los profesionales de la salud y los cuidadores** para que logren un manejo más eficiente de la enfermedad.

PREVENIR



f) Fortalecer los programas de **promoción y prevención** para el control de enfermedades crónicas y otros factores de riesgo para la enfermedad, disminuyendo así la aparición de nuevos casos.

BIENESTAR

g) Mejorar el bienestar de las personas con enfermedad de Alzheimer y sus familias, a través de servicios de salud con menor costo de atención y una mayor **corresponsabilidad en salud**.

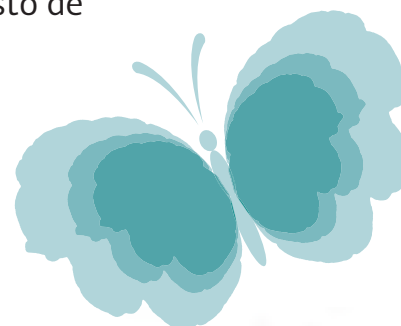


Figura 5.2. La puesta en marcha de las acciones propuestas resultará en una mejor calidad de vida para los pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Colaboración interinstitucional

El Plan de Acción Alzheimer y otras demencias requiere del trabajo interinstitucional permanente, de tal modo que organismos de salud pública, la sociedad civil y la propia industria lo fortalezcan y enriquezcan para enfrentar con eficacia los efectos negativos de esta enfermedad, impactando positivamente tanto la calidad de vida individual como la visión colectiva y social de este padecimiento. La presente propuesta fue elaborada por un grupo de trabajo integrado por las siguientes instituciones.



Figura 5.3. La puesta en marcha de las acciones propuestas resultará en una mejor calidad de vida para los pacientes con enfermedad de Alzheimer.





VI

ESTRATEGIAS
Y ACCIONES
ESPECÍFICAS
PROPUESTAS
PARA EL PLAN
DE ACCIÓN
ALZHEIMER
Y OTRAS
DEMENCIAS



ESTRATEGIA 1. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

El número de personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer y el grave impacto de este padecimiento hacen necesaria una política pública de promoción de la salud mental con perspectiva de curso de vida y considerando los factores de riesgo conocidos, para incentivar el envejecimiento activo y saludable. Ello ayudará a prevenir –o al menos retrasar– la aparición de esta y otras afecciones propias de este grupo de edad. (PROSESA: Estrategia

1.1, línea de acción 1.1.8.; Estrategia 1.7., líneas de acción 1.7.1. a la 1.7.7)

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Líneas de acción:

- 1.1. Considerar a la demencia como un **problema de salud pública** relevante.
- 1.2. Concientizar a la población para favorecer la **movilización** en torno a la demencia.
- 1.3. Fortalecer las campañas de **prevención** contra la diabetes, obesidad, hipertensión e inactividad física para reducir factores de riesgo asociados a la demencia.
- 1.4. **Integrar** a la sociedad civil, instituciones privadas y a la industria en la lucha contra la demencia.
- 1.5. Promover el **cuidado de la salud mental** en todas las etapas del desarrollo humano.



ESTRATEGIA 2. ASEGURAR EL ACCESO A SERVICIOS DE CALIDAD

Es necesario mejorar el acceso a servicios con calidad en los ámbitos de atención primaria a la salud, así como en el segundo y el tercer nivel de atención. (PROSESA: Estrategia

2.4, líneas de acción: 2.4.1., 2.4.3., 2.4.5., y 2.4.6)

Líneas de acción:

- 2.1. Disponer de **recursos humanos, materiales y financieros** acordes al número de pacientes con demencia en los tres niveles de atención a la salud.
- 2.2. Mejorar la calidad de la atención geriátrica, neurológica y psiquiátrica para lograr un **manejo médico integral** en etapas avanzadas de la enfermedad.
- 2.3. Fortalecer la atención a nivel comunitario y familiar con una **visión ambulatoria integral, no hospitalaria**, para el cuidado de largo plazo de los pacientes con demencia a través de programas de rehabilitación específicos.
- 2.4. Establecimiento, crecimiento, mantenimiento y regulación de los **centros de día** como una alternativa para el manejo integral del paciente con demencia en etapas tempranas de la enfermedad.
- 2.5. Destinar el tercer nivel de atención para el estudio y manejo de los casos difíciles para el adecuado **diagnóstico diferencial y final**.



ACCESO A SERVICIOS DE CALIDAD



ESTRATEGIA 3. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNOS DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA ENFERMEDAD

El retraso en el diagnóstico afecta gravemente el curso de la enfermedad e impacta en la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. Es necesario aplicar con eficiencia los recursos hoy disponibles para realizar una evaluación integral y multidisciplinaria que permita identificar los casos oportunamente mediante el uso adecuado de instrumentos de tamizaje vigentes. *(PROSESA: Estrategia 1.7, línea de acción 1.7.4;*

Estrategia 2.4, líneas de acción 2.4.2 y 2.4.4)

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNOS

Líneas de acción:

- 3.1. Elaborar un **modelo de atención integral** que responda a las actividades de cada nivel dentro del sistema nacional de salud en nuestro país.
- 3.2. Fortalecer la **formación y capacitación de profesionales** de la salud, principalmente en el primer nivel de atención, para detectar a personas afectadas en etapas tempranas de la enfermedad.
- 3.3. Disminuir el impacto **de la discapacidad y la dependencia** a nivel individual, familiar y económico.
- 3.4. Elaborar un modelo de **capacitación, evaluación y atención** para cuidadores primarios y familiares.
- 3.5. Generar una **red de comunicación interinstitucional** en línea, entre profesionales de la salud para la actualización y retroalimentación de personal dedicado a la atención de este padecimiento.
- 3.6. Identificar, a través de un catálogo actualizado, todos los **recursos humanos, materiales y financieros** con que cuenta cada institución pública que atiende pacientes con demencia para hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles.



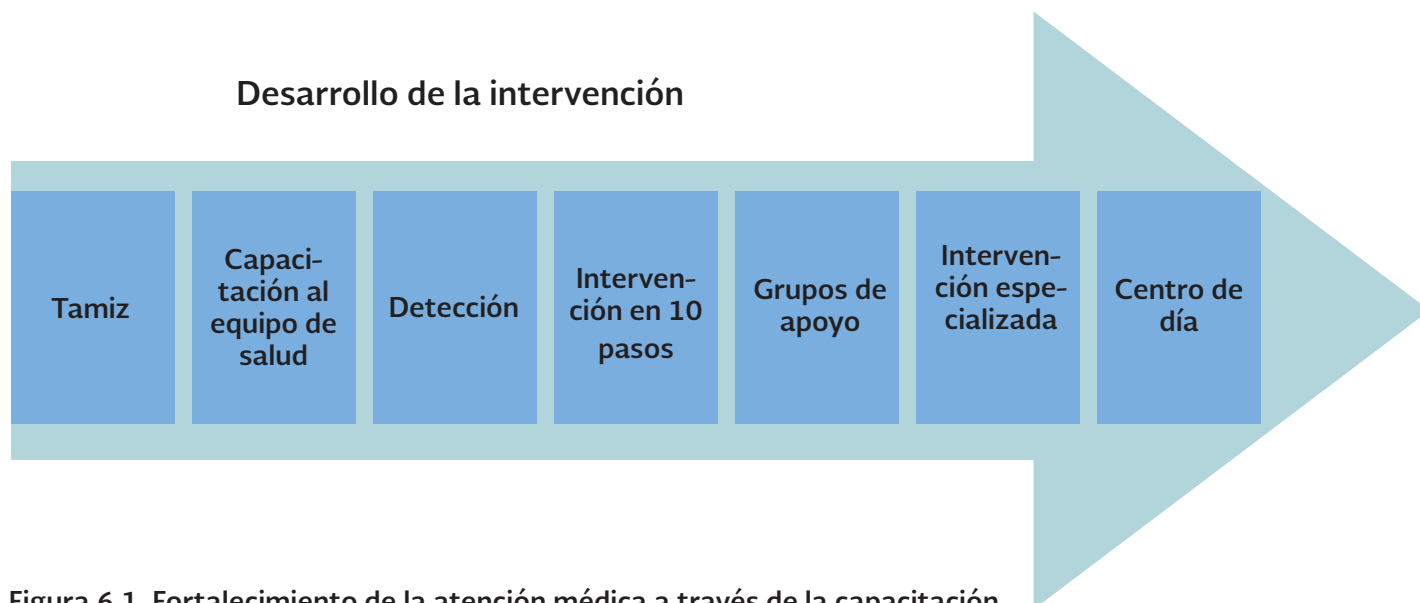
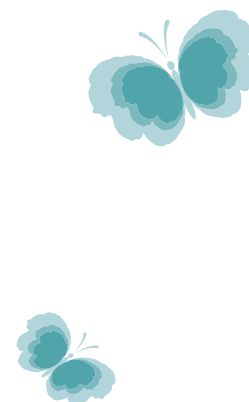


Figura 6.1. Fortalecimiento de la atención médica a través de la capacitación.

ESTRATEGIA 4. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS ESPECÍFICOS Y SUFICIENTES

Las características de estos padecimientos generan necesidades de atención muy particulares que, en ciertos niveles, requieren de personal calificado y especializado, organizado en equipos multidisciplinarios con participación de especialistas, rehabilitadores, cuidadores y familiares. Para ello se requieren programas de capacitación y formación en todos los niveles de atención (con énfasis en el primero) que serán desarrollados por los grupos de trabajo participantes bajo la coordinación del Instituto Nacional de Geriátría. *(PROSESA: Estrategia 5.1, líneas de acción 5.1.1. a la 5.1.10)*



FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Líneas de acción:

- 4.1. Incrementar sostenidamente el número de **especialistas** para dar atención a los pacientes con demencia, en concordancia con las necesidades del país.
- 4.2. Implementar programas de **capacitación permanente** para la actualización de los profesionales de la salud y personal no profesional.
- 4.3. Impulsar la inclusión de **contenidos sobre envejecimiento** durante la formación de pregrado y **posgrado** de todos los profesionales de la salud, con énfasis en los temas de demencia.
- 4.4. Impulsar estrategias de avanzada en la capacitación de recursos humanos, aprovechando las **nuevas tecnologías** de la información y la **colaboración interinstitucional**.
- 4.5. Creación de becas para la **formación de profesionales de la salud no médicos** especializados en atención del adulto mayor con demencia.
- 4.6. Impulsar la **orientación familiar** para un mejor cuidado y manejo de sus familiares afectados por la demencia.



Figura 6.2. Materiales de apoyo para cuidadores elaborados por profesionales de la salud.

ESTRATEGIA 5. PROMOCIÓN DEL RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS AFECTADAS CON DEMENCIA Y DE SUS CUIDADORES

Concientizar e informar a la sociedad que la demencia es un problema de salud pública, que puede afectar a cualquier persona, sin distinción alguna, y que genera cambios profundos en las vidas de quienes la padecen. El reconocimiento y el apoyo a los cuidadores profesionales y familiares es vital para mantener el cuidado con calidad de los pacientes. *(PROSESA: Estrategia 1.7, línea de acción 1.7.2)*

Líneas de acción:

- 5.1. Promover el **combate a la discriminación** en todos los ámbitos.
- 5.2. Informar a las personas mayores en situación de desventaja sobre sus **derechos** y darles a conocer las formas de acceder a los servicios y lugares adecuados en caso de necesidad, en particular al ser víctimas de maltrato o discriminación.
- 5.3. Tratar a los **cuidadores informales como socios** que requieren apoyo.
- 5.4. Incorporar a las **organizaciones civiles** continuamente en las actividades de las instituciones públicas y privadas con la finalidad de ampliar la difusión.

RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOS



ESTRATEGIA 6. INCREMENTAR LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA DEMENCIA

Incentivar la investigación nacional (básica, clínica, epidemiológica y social) sobre esta enfermedad es primordial para generar nuevos conocimientos que propicien un mejor manejo de la enfermedad para optimizar la calidad de vida de los familiares y de los personas con demencia. *(PROSESA: Estrategia 5.4, líneas de acción 5.4.1. a la 5.4.9)*

Líneas de acción:

- 6.1. Incluir a la investigación sobre envejecimiento con énfasis en **estudios de investigación aplicada** para mejorar los tratamientos y la cura de la enfermedad como prioridad en las demandas de los fondos sectoriales de investigación.
- 6.2. Favorecer la **vinculación interinstitucional** con grupos científicos nacionales e internacionales en torno a la enfermedad.
- 6.3. Incrementar y fortalecer la investigación en el tema, a través de las colaboraciones entre los distintos grupos científicos que conforman la Red Temática Conacyt: **Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social**, en todo el país.
- 6.4. Impulsar la **investigación en salud pública** en torno al tema del envejecimiento, con particular énfasis en el tema de la demencia, por parte de instituciones académicas y científicas.
- 6.5. Desarrollar nuevas fuentes de información para la construcción de un **sistema de vigilancia epidemiológica** permanente para el monitoreo de los casos de demencia en México.
- 6.6. Establecimiento de una red de colaboración interinstitucional para el **diagnóstico molecular, clínico** y de imagenología de la enfermedad que sea de alcance nacional.

INVESTIGACIÓN SOBRE DEMENCIAS



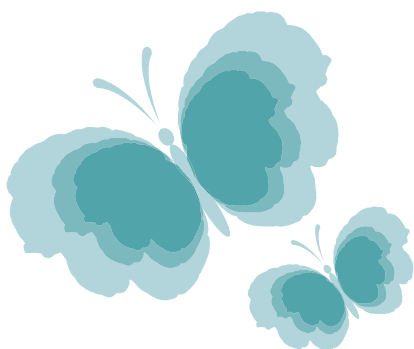
ESTRATEGIA 7. EVALUAR PERIÓDICAMENTE LA EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES PROPUESTAS

El establecimiento de un Plan de Acción Específico de Alzheimer y otras demencias hará necesaria la evaluación continua del impacto de cada una de las acciones propuestas a través de los indicadores que hayan de establecerse.

Líneas de acción:

- 7.1. Creación de un **grupo consultivo** que evalúe la pertinencia y la viabilidad de las acciones propuestas, así como los mecanismos para ejecutarlas.
- 7.2. Generación de herramientas de evaluación para **medir el impacto de las acciones** implementadas.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES



ESTRATEGIA 8. CUIDADOS A LARGO PLAZO EN LAS ÚLTIMAS ETAPAS DE LA ENFERMEDAD

Las personas mayores afectadas con alguna demencia, requieren de una atención a largo plazo y en un ambiente familiar, rodeadas de sus recuerdos. Esta atención representa un costo humano y económico severo, especialmente en la etapa avanzada o final. Por esta razón, se necesita de nuevos programas o servicios para una atención paliativa domiciliaria integral.

Líneas de acción

- 8.1. Creación de programas y capacitación, para familiares y personal de salud en **cuidados paliativos**.
- 8.2. Programas educativos sobre los derechos de las personas al final de la vida, incluir temas como testamentos y **voluntades anticipadas**.
- 8.3. Adaptación del domicilio con un **entorno seguro**.
- 8.4. Facilidades al **cuidador** primario familiar, para tiempo y formas de cuidado.
- 8.5. **Asistencia legal, social y financiera** para evitar abuso, violencia o negligencia en el cuidado de la persona con demencia.
- 8.6. Programas de **apoyo psicológico y espiritual**.
- 8.7. Programas de **subsidio** o de bajo costo para funeral y compra de medicamentos esenciales en la atención paliativa domiciliaria (por ejemplo, para el control del dolor).
- 8.8. Establecer **equipos de salud multidisciplinarios** en cuidados paliativos, para evitar ingresos innecesarios al hospital.
- 8.9. **Apoyo financiero**, sobre todo para personas afectadas de escasos recursos económicos.
- 8.10. Creación de unidades de **respiro o descanso** para cuidadores primarios.

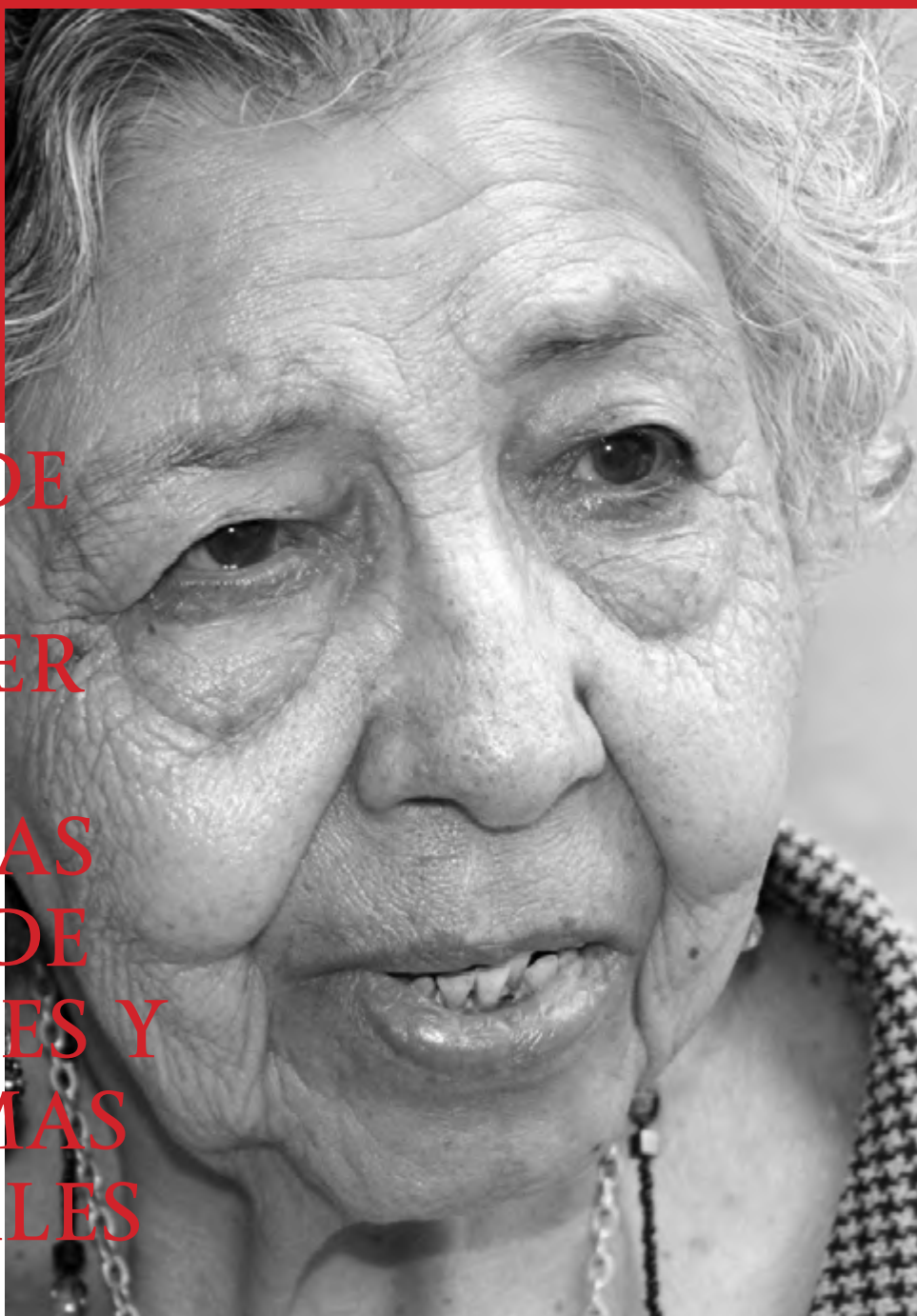
CUIDADOS A LARGO PLAZO





VII

EL PLAN DE
ACCIÓN
ALZHEIMER
Y OTRAS
DEMENCIAS
DENTRO DE
LOS PLANES Y
PROGRAMAS
NACIONALES



EL PND COMO PLATAFORMA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN ALZHEIMER

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 es un documento de trabajo que rige la programación y presupuestación de toda la Administración Pública Federal. Así, de acuerdo con la Ley de Planeación, todos los Programas Sectoriales, Especiales, Institucionales y Regionales que definen las acciones del gobierno, deberán elaborarse en congruencia con el PND, cuyo objetivo central es llevar a México a su máximo potencial, para lo cual propone cinco metas nacionales: I. México en Paz; II. México Incluyente; III. México con Educación de Calidad; IV. México Próspero; y V. México con Responsabilidad Global



PLAN NACIONAL
DE DESARROLLO
2013 - 2018
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018 como plataforma para la construcción del Plan de Acción Alzheimer y otras demencias

En ese sentido, el Plan de Acción Alzheimer y otras demencias propuesto aquí se insertaría en dos metas nacionales: México Incluyente y México con Educación de Calidad.

II. Un México Incluyente para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, que garantice el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos.

III. Un México con Educación de Calidad para garantizar un desarrollo integral de todos los mexicanos. Se buscará incentivar una mayor y más efectiva inversión en ciencia y tecnología que alimente el desarrollo del capital humano nacional.

Alineamiento del Plan de Acción Alzheimer con el Programa Sectorial de Salud



El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Prosesa), en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo, establece los siguientes objetivos:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades;
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad;
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país;
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud;
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El Plan de Acción Alzheimer y otras demencias aquí propuesto se alinea y enriquece a partir de los objetivos primero, segundo y quinto del Prosesa, los cuales se detallan a continuación, junto con sus estrategias y líneas de acción respectivas.



PROSESA. OBJETIVO 1. CONSOLIDAR LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.

El PND 2013-2018 establece como eje prioritario para el mejoramiento de la salud la promoción, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, siempre con perspectiva de género, apegado a criterios éticos y respondiendo al mosaico multicultural que caracteriza al país. En el país se debe transitar de ver la salud como cura de enfermedades a un concepto integral asociado a estilos de vida saludables.

Estrategia 1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.

Línea de acción:

1.1.8. Promover las estrategias de prevención y promoción de la salud mental.

Estrategia 1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Líneas de acción:

- 1.7.1. Implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales.
- 1.7.2. Cerrar brechas de género en comunidades que garantice envejecimiento saludable.
- 1.7.3. Fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportuno de factores de riesgo cardiovascular y de padecimientos con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos, osteoporosis, caídas y atención odontológica.
- 1.7.4. Ampliar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en materia de salud mental.
- 1.7.5. Incrementar las acciones de promoción de la salud para lograr el autocuidado y cuidado de sí mismas, en las personas adultas mayores.
- 1.7.6. Fortalecer la acción institucional y social organizada para la atención comunitaria de las personas adultas mayores.
- 1.7.7. Instrumentar mecanismos para asegurar que los adultos mayores que reciben la Pensión Universal colaboren con la corresponsabilidad en salud.

ACTITUDES Y
CONDUCTAS
SALUDABLES Y
CORRESPONSABLES

ENVEJECIMIENTO
ACTIVO Y
SALUDABLE, CON
DIGNIDAD

PROSESA. **OBJETIVO 2.** ASEGURAR EL ACCESO EFECTIVO A SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD.

La protección financiera que hoy otorga el Sistema Nacional de Salud debe traducirse en mejores resultados de salud. El Estado deberá instrumentar todas las herramientas a su alcance para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar su sexo, edad, lugar de residencia o condición laboral. En este sentido, se revisarán las acciones emprendidas en los años anteriores y se consolidarán aquellas que han dado resultados, pero se deberán de adecuar profundamente las que no han sido eficaces.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE, CON DIGNIDAD

Estrategia 2.4. Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.

Líneas de acción:

- 2.4.1. Priorizar la implementación de modelos comunitarios y familiares de atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.
- 2.4.2. Reforzar el diagnóstico y la atención integral de los trastornos mentales y del comportamiento en todos los niveles de atención.
- 2.4.3. Fortalecer la cobertura de atención a los trastornos mentales con enfoque familiar, comunitario y respeto a los derechos humanos.
- 2.4.4. Impulsar la atención integral de enfermos con trastornos mentales para lograr su reinserción social y productiva.

ATENCIÓN INTEGRAL Y REINSERCIÓN SOCIAL



- 2.4.5. Incorporar gradualmente los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica con la red de servicios de salud.
- 2.4.6. Impulsar modelos de atención no institucionales de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.



PROSESA. **OBJETIVO 5.** ASEGURAR LA GENERACIÓN Y EL USO EFECTIVO DE LOS RECURSOS EN SALUD.

Los retos que hoy enfrenta el sector público en materia de recursos financieros, materiales y humanos para la salud deberán ser abordados elevando la eficiencia y la calidad del gasto en salud. Por ello, este objetivo apunta a impulsar un sector salud eficiente, con mecanismos que permitan mejorar su desempeño y la calidad de los servicios; con esquemas sectoriales de planeación y evaluación del desempeño; que impulse la innovación y la investigación científica; que simplifique la normatividad y trámites gubernamentales y rinda cuentas de manera clara y oportuna a la ciudadanía.

Estrategia 5.1. Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud

Líneas de acción:

- 5.1.1. Establecer los criterios para el crecimiento responsable y ordenado de los recursos humanos.
- 5.1.2. Impulsar la formación de los recursos humanos alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y cultural.
- 5.1.3. Impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud.

FORMACIÓN
Y GESTIÓN
DE RECURSOS
HUMANOS EN
SALUD

- 5.1.4. Promover la capacitación para mejorar los procesos de atención en salud, gerenciales y de apoyo administrativo.
- 5.1.5. Participar en la elaboración de criterios y lineamientos de acreditación de las instituciones educativas conjuntamente con las instituciones correspondientes.
- 5.1.6. Contribuir a la integración de contenidos básicos de género, derechos humanos e interculturalidad en la formación de profesionales.
- 5.1.7. Impulsar la capacitación en salud pública, salud ocupacional, gestión y calidad de servicios del personal de salud.
- 5.1.8. Consolidar los mecanismos interinstitucionales de colaboración para la formación de recursos humanos.
- 5.1.9. Evaluar la aplicación de las políticas nacionales de formación y capacitación de recursos humanos.
- 5.1.10. Promover la contratación de recursos humanos alineados con un modelo enfocado en la atención primaria.



Estrategia 5.4. Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población.

Líneas de acción:

- 5.4.1. Incrementar la inversión pública en investigación científica, innovación y desarrollo tecnológico en salud.
- 5.4.2. Priorizar la investigación sobre temas relevantes, estratégicos o emergentes en salud.
- 5.4.3. Articular esfuerzos en el Sistema Nacional de Salud para promover nuevos descubrimientos que favorezcan una atención más efectiva.
- 5.4.4. Promover la inversión y corresponsabilidad del sector privado para la investigación científica y el desarrollo tecnológico en salud.

INNOVACIÓN E
INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA Y
TECNOLÓGICA

- 5.4.5. Promover financiamiento y cooperación internacionales para investigación científica y desarrollo tecnológico en el país.
- 5.4.6. Fortalecer la infraestructura de los centros de investigación en salud, en el ámbito regional y local.
- 5.4.7. Gestionar convenios para compartir infraestructura entre instituciones e investigadores, con el fin de aprovechar la capacidad disponible.
- 5.4.8. Promover la vinculación de las instituciones y centros de investigación con los sectores público, social y privado.
- 5.4.9. Fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos.





VIII

AVANCES





1. PROPUESTA DE MAPA FUNCIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON DEMENCIA

(Plan de Acción Alzheimer, PAA: estrategia 3, línea de acción 3.1)

Desde 2013, el Instituto Nacional de Geriátría elabora, junto con un grupo de expertos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, el Instituto Nacional de Psiquiatría, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores y de la Federación Mexicana de Alzheimer, el mapa funcional de la persona adulta mayor con demencia con el fin de **identificar las principales funciones que debe realizar el profesional que trabaja con el anciano** para mejorar la calidad de vida de éste y de su familia.

El objetivo general de este mapa funcional es promover la calidad de vida de la persona adulta mayor (PAM) con demencia y de sus cuidadores y/o familiares, mediante acciones específicas (figura 8.1).

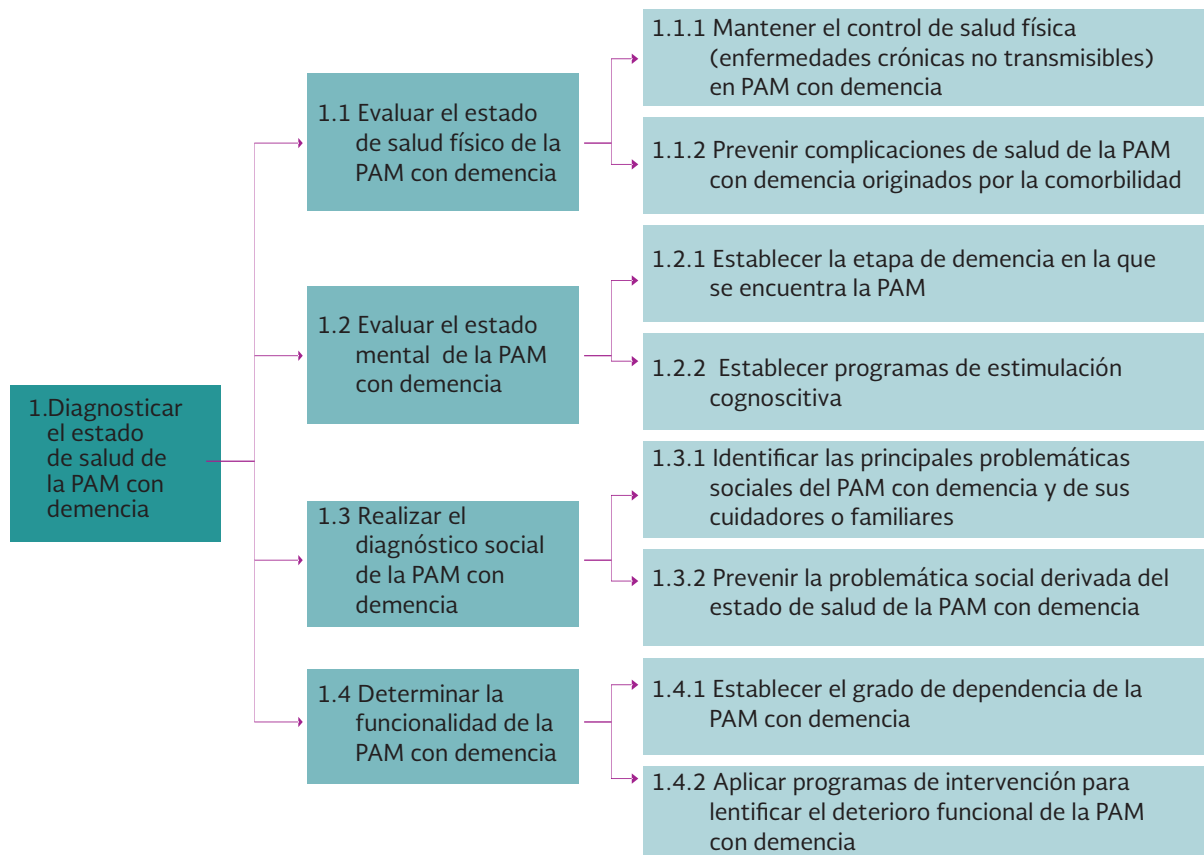


Figura 8.1. Diagnosticar el estado de salud de la PAM con demencia.

Este mapa funcional –aún en proceso de elaboración y aprobación– se construye a partir de un **enfoque interdisciplinario**. Así, en términos de la **salud física**, el profesional ha de mantener bajo control las enfermedades crónicas no transmisibles y prevenir las complicaciones originadas por la comorbilidad. A su vez, la evaluación del **estado mental** –que contempla aspectos cognoscitivos y emocionales– permite reconocer en qué etapa de la enfermedad se encuentra el paciente y determinar los programas de intervención adecuados para mejorar su calidad de vida. El **diagnóstico social**, por su parte, identifica las problemáticas sociales y hace posible la prevención de problemas derivados del estado de salud de la persona con demencia. Finalmente, también es clave determinar la **funcionalidad** de la PAM con demencia.

A manera de ejemplo, se muestra un esquema de cómo se analizó uno de los objetivos –el de preservar la salud integral de la PAM con deterioro cognoscitivo en estadio leve y moderado–; para ello se contemplaron las necesidades clínicas, la atención terapéutica, el sistema de apoyo social y la toma de decisiones (figura 8.2). Como ya se dijo, este mapa funcional todavía no se ha concluido, por lo que aquí sólo se presentan algunos aspectos relevantes en su proceso de elaboración.

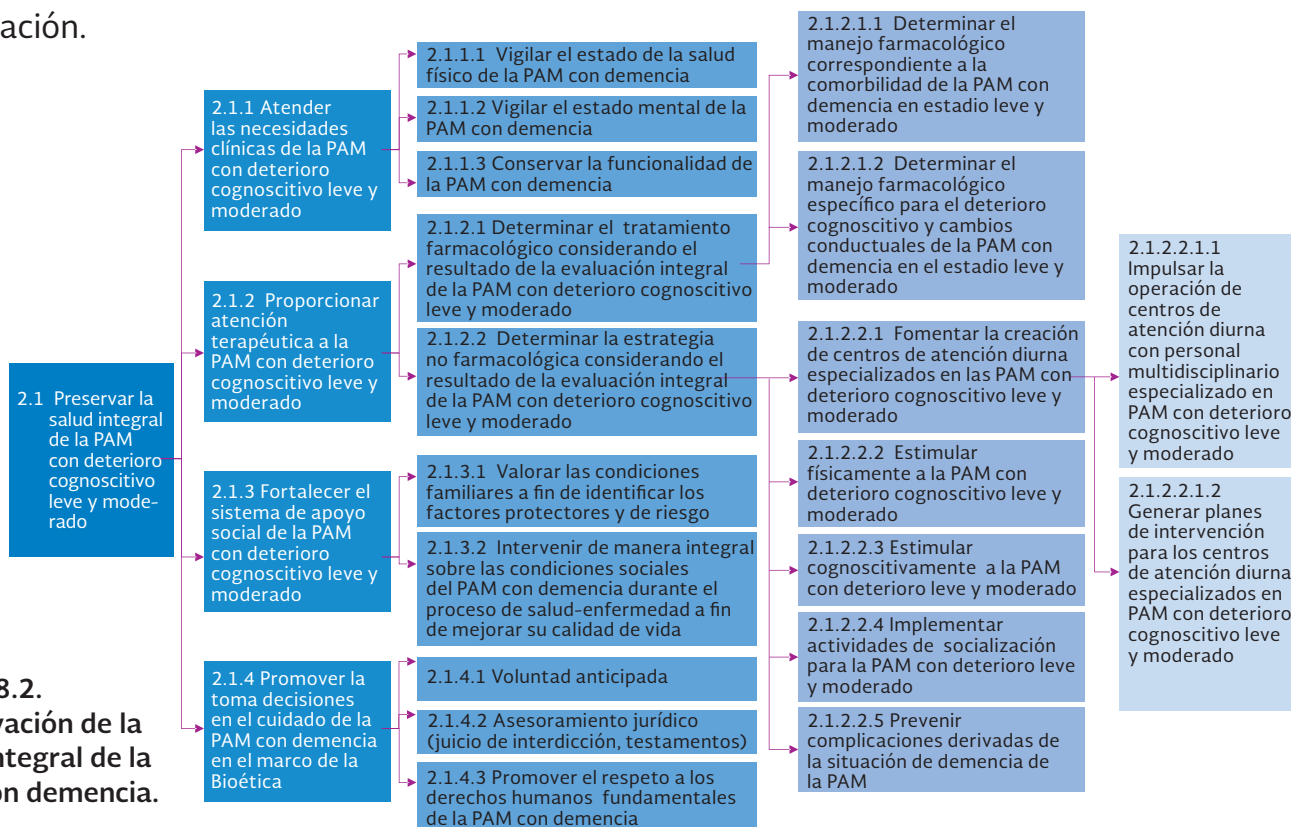


Figura 8.2.
Preservación de la salud integral de la PAM con demencia.

2. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DEMENCIA Y SUS FAMILIAS

(PAA: estrategia 4, línea de acción 4.2)

El Instituto Nacional de Geriátría ha iniciado estrategias de capacitación dirigidas al personal que labora en el primer nivel de atención con el objetivo de desarrollar competencias basadas en la evidencia científica que permitan una atención adecuada de las personas adultas mayores con demencia y sus familiares. Dichas estrategias son, inicialmente, el diplomado en Alzheimer y otras demencias y las conferencias interactivas realizadas en el marco del XIX Congreso Nacional de Alzheimer.



Diplomado en Alzheimer y otras demencias

En la primera etapa de una estrategia de largo plazo, se diseñó un diplomado virtual con enfoque interdisciplinario, acompañado por tutores expertos en el tema, con una duración de 160 horas, divididas en cuatro módulos (tabla 8.1), con un manual como material de apoyo. El diplomado ha iniciado en julio de 2014, con 180 profesionistas que laboran en el primer nivel de atención del Sector Salud, en México. La propuesta es avanzar y consolidar esta estrategia educativa a nivel nacional durante los primeros 18 meses para luego convertirla, en el mediano plazo, en un referente regional en América Latina, al abrirse la posibilidad de llevarla a otros países.



Tabla 8.1 Módulos y competencias del Diplomado en Alzheimer y otras demencias.

Competencia general: Aplicar estrategias para la atención integral de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias y sus familiares, en el primer nivel de atención bajo un enfoque multidisciplinario.				
MÓDULOS	I. BASES CONCEPTUALES	II. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	III. INTERVENCIONES INTEGRALES	IV. RECURSOS PSICOSOCIALES Y SANITARIOS EN LA COMUNIDAD
Competencia básica	Comprender las bases conceptuales, preventivas y epidemiológicas de las demencias para reconocerlas como un problema de salud pública. Identificar los factores de riesgo y protección de las demencias y su relevancia con el fin de incluirlos en estrategias de prevención.	Analizar la información registrada de la evaluación integral en el primer nivel de atención para mejorar el diagnóstico inicial y plantear intervenciones oportunas.	Diseñar las estrategias de atención integral considerando los aspectos del paciente, el cuidador y su familia con el fin de mejorar su calidad de vida.	Proponer un plan de trabajo comunitario para la atención de personas con demencia considerando modelos de intervención integral y fundamentos éticos y legales.
Unidades temáticas	1. Conceptos básicos 2. Factores de riesgo y protección 3. Epidemiología	1. Evaluación general del paciente 2. Evaluación integral	1. Manejo Farmacológico 2. Manejo no farmacológico 3. Cuidados básicos 4. Intervención para el cuidador y la familia	1. Modelos de intervención comunitaria 2. Aspectos éticos y legales

Conferencias interactivas

El Instituto Nacional de Geriátría, en colaboración con investigadores del Laboratorio de Demencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, diseñó cuatro conferencias interactivas dirigidas a personal médico y de áreas afines del primer nivel de atención, impartidas en el marco del XIX Congreso Nacional Alzheimer 2014.

Las conferencias dirigidas al personal médico buscaron sensibilizar a éste sobre la problemática de las demencias y mejorar sus competencias en aspectos de diagnóstico y tratamiento, prevención a familiares, referencia y contrarreferencia oportunas, así como la prevención de iatrogenias y complicaciones.



A su vez, las conferencias diseñadas para personal de áreas afines cumplieron con los objetivos de sensibilizar al personal sobre las necesidades de los pacientes y sus familias, fortalecer las competencias para identificar posibles casos y hacer la referencia oportuna, así como capacitar a los cuidadores de los pacientes.

El propósito de las mencionadas estrategias de capacitación y formación de recursos humanos es consolidar, por parte del Instituto Nacional de Geriátrica, un modelo de atención con calidad y seguridad que contribuya al bienestar de la población de adultos mayores en México.

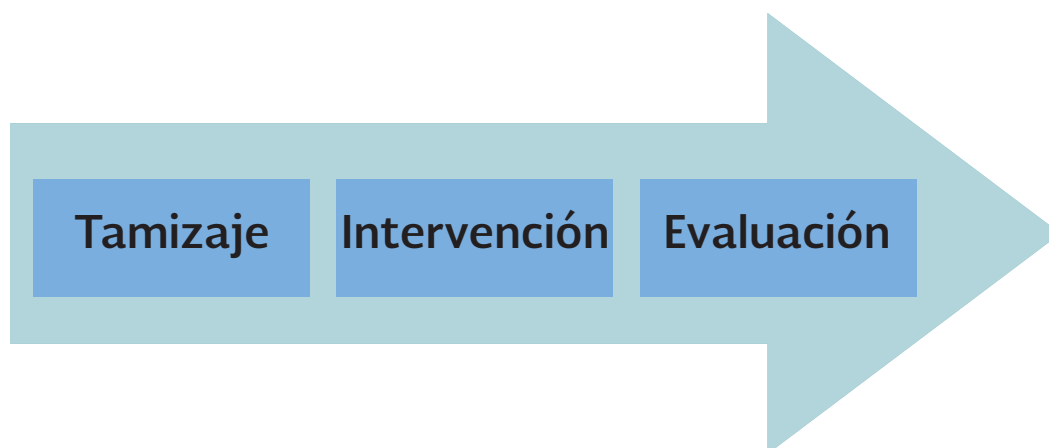
3. VALIDACIÓN DE UN TAMIZ PARA LA DETECCIÓN DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN ADULTOS MAYORES

(PAA: estrategia 6, línea de acción 6.4).

Si bien existen en México escalas y guías de atención validadas que identifican deterioro cognoscitivo, lo cierto es que los profesionales de la atención primaria necesitan herramientas sencillas y rápidas para detectar de manera oportuna el deterioro cognoscitivo, particularmente en adultos mayores.

En este sentido, la validación de un tamiz de detección oportuna en adultos mayores de deterioro cognoscitivo y de Alzheimer en etapas tempranas permitirá impactar positivamente en la salud de las personas afectadas, en sus familias y en sus cuidadores primarios, así como en los costos generados en servicios de salud. El propósito es generar estándares de atención que promuevan el bienestar de los ancianos con deterioro cognoscitivo en sus diferentes grados, y de sus familiares y/o cuidadores.





Objetivo del tamiz: Innovar en los servicios de primer nivel de atención con un instrumento validado que identifique oportunamente un problema de salud mental prioritario en la población adulta mayor, y que favorezca la respuesta a los requerimientos específicos de las personas evaluadas.

Metodología: Se realizó un estudio transversal, de validación. Se seleccionó a adultos mayores de 65 años con y sin deterioro cognitivo de la comunidad. Se realizó una estandarización de los especialistas (neurólogos, psiquiatras) por un experto en demencias. Las valoraciones clínicas se realizaron en el domicilio de las personas. El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula del programa para el análisis epidemiológico de datos tabulados (EPIDAT), versión 3.1, con los siguientes estimadores, basados en los valores del Mini-Cog previamente hallados:¹ sensibilidad, 99%; especificidad, 93%; prevalencia de la enfermedad en la población mexicana, 8%,² nivel de confianza, 95%; precisión, 4%.





Primera etapa. Descripción de la población de estudio: Se realizó un censo en la Unidad Independencia de la Ciudad de México para identificar a adultos mayores de 65 años. Se realizó el análisis descriptivo de 258 datos completos, 72 hombres y 185 mujeres. El 52% correspondió a personas de entre 70 y 79 años, mientras que el 48% restante correspondió a personas de 80 o más. En general se identificaron sujetos con escolaridad promedio mayor a lo reportado para estos grupos de edad, pues 60% tiene concluido al menos un año de educación secundaria y la escolaridad nula se encontró en sólo 3%. Las categorías de estado civil más frecuentes fueron casado (36%) y viudo (43%). Se identificaron 15% de personas con síntomas depresivos, 13% con limitaciones en al menos una de las actividades básicas de la vida diaria y 23% con al menos una limitación en las actividades instrumentales. De los 258 ancianos evaluados, 17% presentó deterioro en la función cognitiva y aproximadamente 7% problemas de demencia.

Segunda etapa. Evaluaciones clínicas por especialistas: Se realizará una encuesta en los domicilios de los adultos mayores con el propósito de identificar deterioro cognoscitivo y demencia con profesionales de la salud previamente capacitados. Posteriormente se realizará en el Laboratorio de Demencias del Instituto Nacional de Neurología la estandarización de un grupo de seis especialistas dirigido por una experta en demencias. Consecuentemente se realizarán las evaluaciones clínicas en el domicilio de los adultos mayores. El presente estudio se encuentra en la fase de ejecución de la segunda etapa; sus resultados y conclusiones finales se darán a conocer a finales de 2014.





Referencias

1. Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(11):1021-7.
2. Llibre Rodriguez JJ, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, Krishnamoorthy ES, Salas A, Sosa AL, Acosta I, Dewey ME, Gaona C, Jotheeswaran AT, Li S, Rodriguez D, Rodriguez G, Kumar PS, Valhuerdi A, Prince M; 10/66 Dementia Research Group. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet*. 2008;372(9637):464-74.

