



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Principales características de las demencias y padecimientos
psiquiátricos que comprometen la atención brindada por la familia
al adulto mayor**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Brenda Melody Hernandez Rea

Directora: Mtra. **Carlota Josefina García Reyes Lira**

Dictaminadores: Mtro. **Ángel Fernando Villalva Sánchez**

Lic. **María Estela de los Remedios Flores Ortiz**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi Madre

Por apoyarme y guiarme en el camino que forjé, te estoy eternamente agradecida, nunca habrá palabras que no haya dicho, ni flores que no haya dado y nunca habrá día en el que no piense en ti.

“Cuando muere, todo el mundo debe dejar algo detrás, decía mi abuelo. Un hijo, un libro, un cuadro, una casa, una pared levantada o un par de zapatos. O un jardín plantado. Algo que tu mano tocará de un modo especial, de modo que tu alma tenga algún sitio adonde ir cuando tú mueras, y cuando la gente mire ese árbol, o esa flor, que tú plantaste, tú estarás allí. No importa lo que hagas – decía – en tanto que cambies algo respecto a cómo era antes de tocarlo, convirtiéndolo en algo que sea como tú después de que separes de ello tus manos. La diferencia entre el hombre que se limita a cortar el césped y un auténtico jardinero está en el tacto. El cortador de césped igual podría no haber estado allí. El jardinero estará allí para siempre.”

-Rad Bradbury

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introducción | 1 |
| 2. Antecedentes | 2 |
| 3. Características y causas principales de las demencias | |
| 3.1 Definición de demencia..... | 9 |
| 3.2 Causas principales de las demencias..... | 9 |
| 3.3 Factores de riesgo..... | 12 |
| 4. Prevalencia | |
| 4.1 Prevalencia mundial..... | 13 |
| 4.2 Prevalencia en México..... | 19 |
| 5. Incidencia | |
| 5.1 Incidencia mundial..... | 21 |
| 5.2 Incidencia en México..... | 25 |
| 6. Diagnóstico | |
| 6.1 Etiología..... | 26 |
| 6.2 Criterio diagnóstico según el DSM-V..... | 27 |
| 6.3 Pruebas que complementan el diagnóstico..... | 32 |
| 6.4 Algoritmo diagnóstico..... | 34 |
| 6.5 La familia ante el diagnóstico..... | 36 |
| 7. Cuidadores | |
| 7.1 Características del cuidador formal e informal..... | 37 |
| 7.2 Perfil del cuidador informal..... | 39 |
| 7.3 Principales tareas del cuidador..... | 40 |
| 7.4 Factores que afectan la calidad de vida del cuidador..... | 41 |
| 7.4.1 Familia..... | 42 |
| 7.4.2 Estado de Salud..... | 44 |
| 7.4.3 Estado psicológico..... | 45 |
| 7.5 Estrategias del cuidador informal..... | 46 |
| 7.6 Apoyo a los cuidadores informales..... | 48 |
| 8. Propuestas principales y planes de acción | |
| 8.1 Exposición del problema actual | 50 |
| 8.2 Sensibilización de la vejez como un proceso natural e infalible | 52 |
| 8.3 Importancia de los cuidadores informales | 54 |
| 8.4 Centros de salud al apoyo de los cuidadores..... | 55 |
| 8.5 Planes de apoyo gubernamentales..... | 56 |
| 9. Conclusiones | 57 |
| 10. Referencias | 59 |

1. Introducción

En el vasto campo de la psicología, existen muchos temas que aún no han sido de gran notoriedad, pero que siguen siendo un área de interés y que están relacionados con la vida cotidiana sin importar edad, género, raza o religión. Esta tesina fue elaborada para brindar un panorama de una situación la cual actualmente no genera una problemática, pero con el transcurso del tiempo ésta generará un gran impacto no solo nacional sino mundial.

La psicología se ha visto involucrada en todos los ciclos y etapas en la vida de los seres humanos, pero en este texto encontraremos material específicamente recopilado sobre el envejecimiento que tiene un impacto mundial cada vez mayor. La prolongación de vida, llámese resultado o consecuencia de muchos factores que se desarrollaron a lo largo de la historia humana, principalmente después de la revolución industrial y el énfasis del cuidado de la salud.

Los problemas demenciales y trastornos psiquiátricos, no son realmente nuevos. A lo largo de la historia humana se encuentran textos y huellas que indican que algo les sucedía a las personas en la vejez, apuntando que la persona estaba completamente fuera de sí. Clasificado como locura, algunas veces como brujería y algunas otras como imbecilidad, estos trastornos tuvieron que pasar muchos años desapercibidos e ignorados, hasta que la ciencia, la tecnología y el conocimiento pudieran tener los medios para descubrir qué era lo que pasaba realmente en el cuerpo y el organismo.

Las demencias suelen presentarse en los primeros años a la adultez mayor (60-65), pero no es el caso de los padecimientos psiquiátricos. La pregunta del por qué es importante estudiar y comprender las demencias puede ser de gran importancia. Sin embargo, la humanidad es reconocida por vivir en conjunto de sus semejantes; entonces estos problemas no pueden verse de forma aislada. Es cierto que el adulto mayor afectado necesita de los cuidados y ayuda de quienes conviven con él por lo

que el principal objetivo de este trabajo es describir e identificar algunas de las principales características de las demencias, y padecimientos psiquiátricos que pueden comprometer y demandar la atención brindada por la familia al adulto mayor, según se reporta en la literatura

2 Antecedentes

El ciclo del ser humano, como cualquier ser vivo sufre transformaciones constantes, cambios irreversibles físicos y mentales. A lo largo de la vida los órganos cumplen sus funciones hasta deteriorarse progresivamente; el cuerpo, las cogniciones, los órganos y sistemas pierden la vigorosidad de la vida adulta. Ahora el organismo sufre una transformación, cumplido su objetivo se prepara lentamente para morir. La vejez es una realidad sin importar raza, género, nacionalidad, estatus socioeconómico etc. Se ha de esperar que todos los humanos lleguen a esta gran transición y, como es natural; muchas problemáticas pueden interferir en la calidad de vida y en la percepción de la misma. Una de ellas que ha acompañado aunado al surgimiento de la humanidad es la demencia.

En la literatura griega la posición de los ancianos era considerada como muy desventajosa. Minois (1987) resume: esa vejez maldita y patética de las tragedias, vejez ridícula y repulsiva de las comedias; vejez contradictoria y ambigua de los filósofos. Estos últimos han reflexionado con frecuencia sobre el misterio del envejecimiento". Encontrado en la literatura romana, en el texto de "*De la vejez*", escrito por Circeron, describe:

...pobre de la vejez que tiene que defenderse con palabras. Porque ni las canas ni las arengas pueden proporcionar autoridad de repente, sino que es la vida anterior vivida honestamente la que recoge los últimos frutos de la autoridad. (p. 12)

Muchos autores consideraban y caracterizaban a la vejez como una "enfermedad incurable", personas decréptas e impotentes. El Derecho romano tipificaba la figura jurídica del "pater familias" que concedía a los ancianos un poder tal que se

catalogaría como tiránico. La familia tenía un carácter extendido, pues los lazos jurídicos eran más que los naturales. La patria potestad regía no sólo a causa del nacimiento del mismo padre, sino incluso por adopción o matrimonio. El parentesco se origina y transmitía por vía masculina. El "pater familia" concentraba todo el poder y no daba cuentas de su proceder. Era vitalicio y su autoridad ilimitada, podía disponer hasta de la vida de un integrante de su familia.

Esta autoridad desorbitada del "pater familia" produjo consecuencias predecibles durante la República. Un sistema semejante va aumentando su dominio a medida que pasan los años, al igual que incrementa el número de componentes de la comunidad familiar. La concentración del poder establece una relación intergeneracional tan asimétrica que genera conflictos y concluye en verdadero odio a los viejos. La "mater familia" jugaba un papel secundario, pero, en general, gozaba de la simpatía y conveniencia de la prole. Logra así una influencia en el tirano doméstico. La mujer vieja sola fue brutalmente desdeñada (Trejo, 2001).

El término "demencia" fue usado por diversos autores a lo largo de la historia. Etimológicamente la palabra "demencia" está compuesta por el prefijo de (ausencia), menthe (mente) y por el sufijo ia (condición o estado). Seguramente es muy adecuado para las fases finales, pero en definitiva no refleja lo que ocurre en las primeras etapas de la mayoría de las enfermedades que causan demencia (Nirtini y Dozzi, 2012). El sentido ha ido evolucionando, en el siglo I A.C., el poeta romano Lucrecio lo usó en su obra *De rerum natura* con el sentido de "locura" o "delirio". Cicerón, contemporáneo de Lucrecio, usó el término de demencia tanto como sinónimo de locura como para referirse a una pérdida de memoria en la ancianidad debida a una enfermedad

La denominada "Edad Oscura" o "Alta Edad Media", del siglo V al X, es la época de la brutalidad y del predominio de la fuerza. En semejante ámbito cultural no es difícil imaginar el destino de los débiles, lugar que les corresponde a los viejos. Para la Iglesia no constituye un grupo específico sino están en el conjunto de los desvalidos. Serán acogidos temporalmente en los hospitales y monasterios, para luego

reencontrarse con la persistente realidad de sus miserias. Así, la palabra demencia aparece en Francia por primera vez en 1381 para referirse a locura o extravagancia (citado en Slachevsky y Oyarzo, 2008).

Rabbit y Lowe (2000) enfatizan que la peste negra mató a un tercio de la población de Europa en tres años. Semejante hecatombe originó consecuencias de todo orden: políticas, económicas, demográficas, culturales. Las epidemias se sucedieron intermitentemente durante un siglo, manteniendo un nivel de inestabilidad social de todo tipo. Contraste violento entre la crueldad y una religiosidad rígida y fanática. La hoguera "depuradora" se extendió como la conocida cacería de brujas.

Las pulgas, portadoras de la "Yersinia pestis", fueron caritativas con los viejos. La peste mató preferentemente a niños y jóvenes. Se produjo un fuerte incremento de ancianos entre 1350 y 1450. La desintegración parcial de la familia provocada por la peste se tradujo en un reagrupamiento de familias extendidas, lo cual permitió la supervivencia de los desposeídos. Los ancianos, en ocasiones, se convierten en patriarcas. Su mantenimiento les quedó frecuentemente asegurado. La vinculación entre las generaciones se vio facilitada. Aunque de nuevo, durante el siglo XV, se presentó el problema de la falta de mujeres casaderas y la alta diferencia de edad entre cónyuges y las respectivas secuelas sociales de aquello, la peste favoreció a los viejos que ganaron posición social, política y económica.

Hablando del siglo XV tras siglos de encierro en pequeñas ciudades amuralladas y pestilentes, ahogados de miedos, violencias y miserias, las personas rechazaron sin disimulo la vejez, como todo aquello que representaba fealdad, decrepitud y decadencia. Fueron quizás, los tiempos más agresivos contra los ancianos, pero más aún contra las ancianas. Citando en este sentir a Erasmo; en su "Elogio a la locura" dice:

Pero lo que verdaderamente resulta más divertido es ver a ciertas viejas, tan decrepitas y enfermizas como si se hubieran escapado de los infiernos, gritar a todas las horas "viva la vida", estar todavía "en celo", como dicen los

griegos, seducir a precio de oro a un nuevo Faón, arreglar constantemente su rostro con afeites, plantarse durante horas frente a un espejo, depilarse las partes pudibundas; enseñar con complacencia sus senos blandos y marchitos, estimular con temblorosa voz el amor lánguido, banquetear, mezclarse en la danza de los jóvenes, escribir palabras tiernas y enviar regalitos a sus enamorados. (p. 132-133)

Una menor violencia durante el siglo XVI permite a los varones llegar a edades más avanzadas. En los medios aristocráticos acontece lo mismo con las mujeres, rompiendo con lo que había sido la tradición de seguro a consecuencia de una mejor higiene en la atención de los partos en ese medio social. Es probable que la actitud de cortesanos y humanistas respecto a la vejez era solo una postura literaria, pues en la realidad cotidiana la relación era más benevolente (Grasso y Gonzalo, 2016).

En el siglo XVII (edad Moderna), es el punto en la historia del hombre donde aparecieron prácticas y saberes referidos al proceso de salud-enfermedad en una dimensión colectiva, siendo producidas las nociones de población, estado y colectivo. Cuando se da inicio al desarrollo de la era industrial y comercial, los viajes comenzaron a diseminar enfermedades, entonces el hombre se enfrentó a un problema que fue pensado de forma colectiva, lo que determinó la especialización del saber diferenciándolo de la medicina individual. Del siglo XVI al XVIII se va constituyendo la salud pública como un tópico específico del conocimiento. Entonces a la salud pública le interesaba cómo hacer que las epidemias no mataran a la población, habiendo fenómenos que se manifestaban en distintas poblaciones, afectando a los individuos (Abecasis, 2002). Siguiendo con la línea de desarrollo en los temas de las enfermedades y salud. Hubo un incremento en cuanto al interés de mantener la salud de las poblaciones y de los individuos.

El desarrollo comercial desencadenó una serie de tecnologías que le permitían vivir más cómodamente al ser humano. Eventualmente el desarrollo de estas tecnologías fue comercializado, afectando notablemente la vida de los humanos. La esperanza de vida de un bebé recién-nacido era solo 21 años, y tenía un 36% de

probabilidad de morir antes de cumplir un año. Sin embargo, una vez cumplido los 10 años podía esperar llegar hasta los 44, y entre los que llegaban a 20 un buen porcentaje podían vivir hasta casi los 50. Por supuesto, había gente que vivía más de 80 años, pero solo 1 de cada 1000. Desde el Imperio Romano hasta el siglo XVIII, la esperanza de vida era parecida, susceptible a fluctuaciones dependiendo de factores como la cosecha, conflictos armados, condiciones higiénicas y brotes de peste (HMD, 2012).

Se tienen datos de que el vocablo puede venir del alemán “Wanh” en el antiguo alemán es wan (vacío, Vano), emparentado con el gótico “vans” (falta, vacío), y del latín “vanus” (vacío). Del mismo tronco indogermánico deriva la palabra alemana “Wüste” (desierto) y Sinn (sentido), que en el alemán antiguo significa “marcha”, camino de los pensamientos, por lo que la palabra “wahnsinn” podría significar “sentido de vacío”, sin embargo, su traducción literal es “locura, delirio o enajenación” (Jurado, Mataró y Pueyo, 2013).

Hacia fines del siglo XVIII los trastornos cognitivos ya habían sido claramente identificados, existía una excelente descripción semiológica de los principales síntomas y signos de estos trastornos y se identificó la existencia de un deterioro asociado a la edad, que se atribuía a una rigidez de las fibras nerviosas, aunque no se diferenciaban aún como entidades autónomas los trastornos cognitivos congénitos de los adquiridos. En 1771 Boissier de Sauvages, en su *Nosographie Méthodique*, menciona 12 tipos de imbecilidad entre las cuales destaca la imbecilidad del anciano (“l’imbécilité du vieillard”), también denominada estado pueril, idiocia o locura senil. Según Boissier, se explica porque la rigidez de las fibras nerviosas los ancianos son menos sensibles a los estímulos externos. En cambio usa el término “demencia” para referirse a diversos cuadros que abarcaban tanto a la imbecilidad como a la idiocia, la debilidad mental y la locura.

En el siglo XIX el modo de vida se ve completamente modificado por las tendencias europeas, y vanguardistas que aseguran un nuevo modo de vida y un modo diferente de producción. Estamos hablando de la llegada de la revolución industrial. Cuando este modo de vida se extiende desde Europa hacia América. La Revolución

Industrial produjo cambios importantes en la vida de millones de personas. Muchas comenzaron a trabajar en fábricas y muchas de ellas eran niños. En las primeras fábricas inglesas esos niños eran menores de siete años, obligados a trabajar entre doce y quince horas todos los días de la semana. Las mujeres de la época ya contribuían con la economía de la familia, ya sea haciendo trabajos domésticos, tareas textiles o agrícolas y trabajando en las minas. La Revolución Industrial determinó cambios estructurales en las actividades laborales, económicas, sociales, políticas. Se constituyó sobre la base de una estructura comercial, que priorizaba los intereses económicos de los burgueses. Debido a que este no fue un proceso lineal u organizado para el beneficio de todos los habitantes, surgieron ciertas diferencias.

Trejo (2001) describe que la Revolución Industrial, el éxodo rural, el desarrollo urbano y los descubrimientos científicos aumentaron la esperanza de vida, pero mantuvo los beneficios solo para los más acaudalados. La figura de la viuda aún devaluada y, el segundo matrimonio apenas considerado por aquellos días, ha dejado un gran contingente de ancianas abandonadas en asilos y casas de la Misericordia. En la segunda mitad del Siglo XIX el envejecimiento empieza a ser considerado una etapa de la vida marcada por pérdidas, dependencia, soledad y discapacidad. El descuido y la indiferencia para con las personas de edad que tuvieron lugar en ese momento, coinciden con el auge del capitalismo, cuya lógica está impulsada por la búsqueda exacerbada de beneficios, el consumo y la producción de riquezas.

El sistema político y económico fue modificado, y como resultado varios cambios se implementaron hasta eventualmente el asentamiento del sistema capitalista en varios países del mundo. Entonces hablamos del siglo XX, el sistema capitalista clasificó la población longeva como improductiva y la desvinculó de la dinámica social. La ausencia de actividad profesional representó una pérdida significativa del valor atribuido a la persona que no entró en la lógica de producción y consumo. En este contexto la edad adulta es la más valorada, porque es precisamente el momento en que la participación en la producción de riqueza a través del trabajo es la predominante. Las personas de edad son quienes no toman parte en el proceso

de producción y empiezan a gozar de los beneficios concedidos por el Estado. Fue en este contexto que la vejez se había convertido en una categoría cultural, rodeada de imágenes negativas asociadas con disminución física y la falta de un rol social.

Desde ese momento hasta la modernidad, cambios relevantes han surgido y consigo han traído un millar de descubrimientos y avances. Trejo (2001) señala tres características relevantes se manifiestan hoy en día; por una lado el pluralismo (coexistir una pluralidad de tendencias políticas, económicas o de otro tipo en el marco de una asociación, una comunidad o una sociedad), el abigarramiento en grandes “megapolis” en las cuales nunca antes cohabitaron tantas generaciones simultáneamente (subproducto del aumento de la esperanza de vida); ni tampoco, nunca antes habían morado tan cercanamente seres de las más diversas estirpes, costumbres y creencias. Finalmente, el advenimiento de la tecnociencia, cuya preponderancia nos ha conducido a su veneración y también a su temor. La nueva condición de vida creadas por la tecnociencia no sólo ha envejecido a los pueblos, sino que ahora el grupo etario de mayor velocidad de crecimiento entre las sociedades.

El concepto actual de demencia se construyó a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX bajo un paradigma cognitivo, las demencias consistirían sólo en trastornos irreversibles de las funciones intelectuales. Este paradigma inhibió el estudio de los trastornos no cognitivos de las demencias y el estudio de la interfase entre demencias y enfermedades psiquiátricas (Slachevsky y Oyarzo ,2008).

Diversos factores han transformado radicalmente nuestras vidas, y los adultos mayores van ganando terreno en cuanto se habla de población mundial. Desde los años sesenta muchos científicos y organizaciones mundiales han enfatizado la importancia a los adultos mayores se han encontrado factores que antes eran desconocidos como la demencia y otras enfermedades que se hacen presentes con el avance de la edad.

3. Características y causas principales de la demencia

3.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017) la demencia se define como un síndrome -generalmente de naturaleza crónica o progresiva- caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

3.2 Causas principales

La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares. La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. A menudo hay una falta de concienciación y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención. El impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico.

La sociedad alemana de Alzheimer (Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft) (2016), Indica que aproximadamente el 80% de todas las demencias son causadas primeramente por enfermedades cerebrales en las cuales las células nerviosas se pierden gradualmente por razones desconocidas (enfermedades neurodegenerativas) (ver figura 1). Las enfermedades más comunes son la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Lewy y las enfermedades del cerebro

que involucran al lóbulo frontal (degeneración frontotemporal). La segunda causa son las enfermedades de los vasos sanguíneos del cerebro (cerebro vascular), que a menudo se asocian con la enfermedad de Alzheimer, especialmente en los adultos mayores.

Causas más comunes de demencia

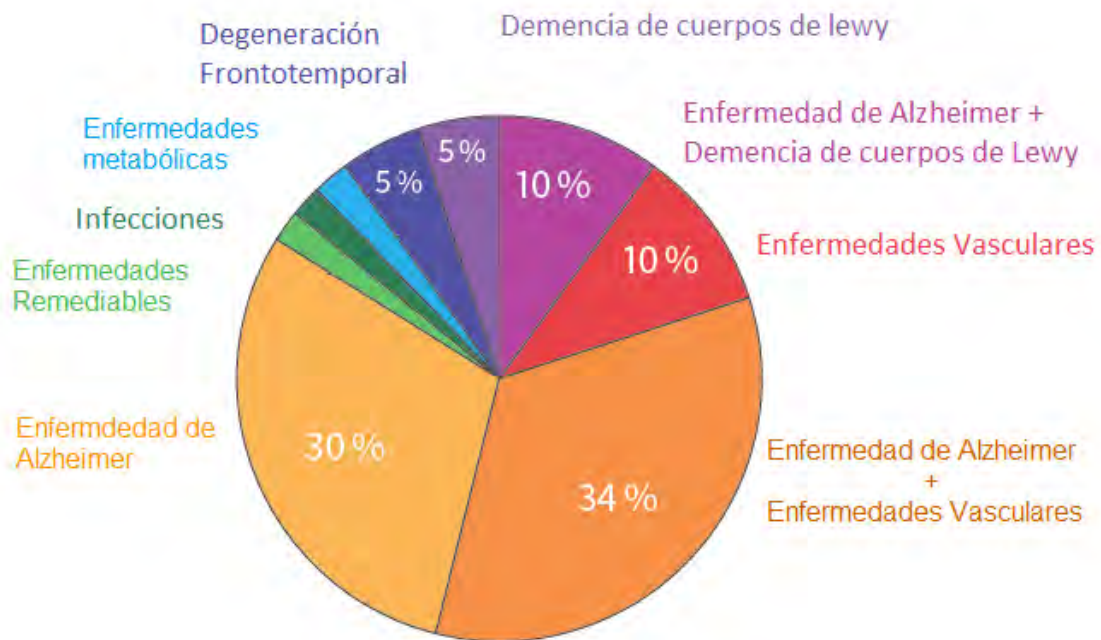


Fig. 1 Gráfica de las causas más comunes de demencias reportadas en los casos por año Recuperado del manual Demenz Das wichtigste, (2015).

Si los síntomas de la enfermedad Alzheimer están presentes, y se suscitan antes, son más pronunciados en edades más avanzadas (ver figura 2 y 3). Además, hay muchas otras causas de demencia, algunas son raras. Entre estos se incluyen algunos trastornos neurológicos, enfermedades metabólicas, infecciones, lesiones cerebrales, tumores, hemorragias, deficiencias vitamínicas y hormonales, así como obstrucciones en el flujo del líquido nervioso del cerebro (líquido cefalorraquídeo). Sólo en casos muy raros (menos del 2 %) es remediable, de modo que el rendimiento cerebral puede ser mejorado o restaurado.

Demencias en hombres

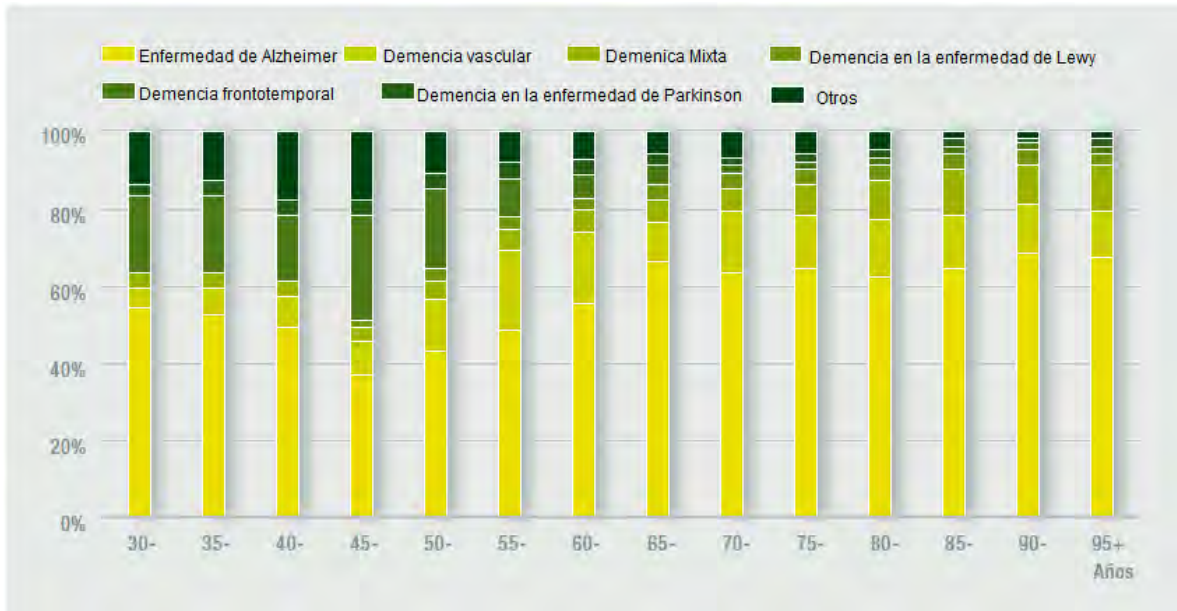


Fig 2. Tipos de demencia más comunes en hombres según la edad Recuperado de World Health Organization, *Dementia a public health priority*

Demencias en mujeres

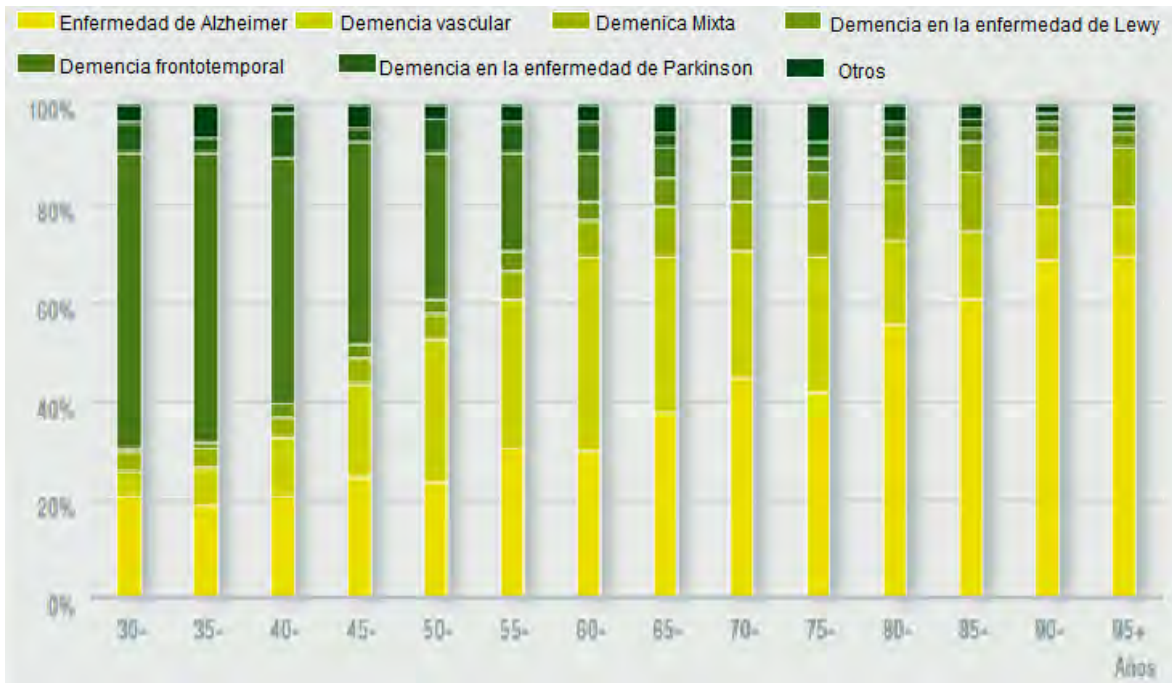


Fig 3. Tipos de demencia más comunes en mujeres según la edad Recuperado de World Health Organization, *Dementia a public health priority*.

3.3 Factores de riesgo

Según el Simposio de Medicina Geriátrica (2014) con el fin de facilitar una intervención más adecuada, los FR pueden clasificarse en aquellos de tipo intrínseco y extrínseco. Dentro de los factores intrínsecos es poco lo que se puede hacer al no poder ser controlados en el corto o mediano plazo, pues esto depende de las modificaciones celulares y moleculares que surgieran con el paso del tiempo el conocerlos, nos puede orientar a identificar de manera temprana los casos de EA.

Tabla 1. Tipos de factores

| Factores intrínsecos | | Factores extrínsecos | |
|--|--|-----------------------------|---|
| Edad | La edad puede ser un factor de riesgo por sí sola o reflejar el efecto del tiempo durante el que influyen otros factores. La edad es el mayor factor de riesgo para Enfermedad de Alzheimer, Demencia vascular, pero otras demencias menos frecuentes | Factores de riesgo vascular | Haber sufrido un accidente vascular cerebral (AVC) previamente a la demencia es un criterio diagnóstico de Demencia Vascular. Sin embargo, un AVC también aumenta el riesgo de padecer Enfermedad de Alzheimer y demencia en general. |
| Sexo femenino | Varios estudios relacionan el sexo femenino con mayor riesgo de padecer demencia, especialmente Enfermedad de Alzheimer, aunque otros no observan dicha asociación hasta edades muy avanzadas. En cuanto a la DV, el riesgo es superior en hombres en todos los grupos de edad, reduciéndose las diferencias también en los de mayor edad. | Hipertensión Arterial (HTA) | la relación entre HTA y demencia es compleja. Datos del proyecto Kungsholmen, un estudio poblacional de cohortes sueco, mostraron que tanto una HTA sistólica elevada, como una HTA sistólica se asocian a mayor riesgo de Enfermedad de Alzheimer y de demencia en general, en la misma población. |
| Antecedentes de familiares con demencias | Los familiares de primer grado de pacientes con Enfermedad de Alzheimer tienen entre un 10 y un 30% más probabilidades de desarrollar la enfermedad. Es posible que cuando la demencia en los familiares afectados se inicia después de los 75-80 años esta historia familiar no entrañe un riesgo aumentado. | Diabetes | Un estudio prospectivo en enfermeros halló que la duración de la Diabetes se asociaba a un menor rendimiento cognitivo basal y a un aumento de riesgo de deterioro cognitivo y que el tratamiento de la Diabetes reducía este riesgo. |
| | | Tabaquismo | Relacionado con el estilo de vida |
| Factores genéticos relacionados con la Enfermedad de Alzheimer | La enfermedad de Alzheimer de origen genético representa sólo el 0,5-1% de los casos. Sólo un 10% de casos de inicio presenil se debe a mutaciones poco frecuentes de alta penetrancia | Obesidad | Relacionada con el peso y el estilo de vida |

4. Prevalencia

4.1 Prevalencia mundial

La prevalencia es definida por Fratiglioni, De Ronchi y Agüero-Torres (1999) como la ocurrencia de una enfermedad que puede ser medida como la proporción de individuos afectados por esa enfermedad en una población definida en instante específico.

Rodríguez et al. (2008) señalan que en el 2005 la “Alzheimer's Disease International” (ADI) encargó a un grupo internacional de expertos que revisara todos los datos disponibles y llegara a un consenso sobre la prevalencia de la demencia en 14 regiones del mundo. Los resultados sugieren que entre 24 y 26 millones de personas viven con demencia en todo el mundo, con 4 y 6 millones de nuevos casos cada año. La tendencia a una prevalencia más baja se suscitó en las regiones menos desarrolladas que en los entornos desarrollados, al menos en el África subsahariana y Asia meridional.

Según Niño et al. (2006) en el mundo la enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia, afecta aproximadamente a 10 % de las personas mayores de 65 años y a la mitad de las personas mayores de 85 años, ocupando la tercera posición en cuanto a gastos sociales y económicos con un total de 18 millones de afectados. Se estima un incremento de 34 millones en el año 2025. En el 2000, en un estudio colaborativo de 12 autores de diversos países, demuestran que la prevalencia de la demencia es mayor en las mujeres que en los hombres, la diferencia es particularmente aparente en los grupos de mayor edad. La alta prevalencia de la demencia entre las mujeres fue muy evidente en análisis de estudios colaborativos previos, también reportado en otros estudios. Reflejan muchas diferencias en las encuestas entre hombres y mujeres. Estudios de caso de la demencia han estudiado las diferencias debido al sexo, y aún existen muchas

posibles hipótesis para explicar esas diferencias incluyendo factores endocrinos y factores genéticos (Lobo et al. 2000).

Población por continente y tipo de demencia principal

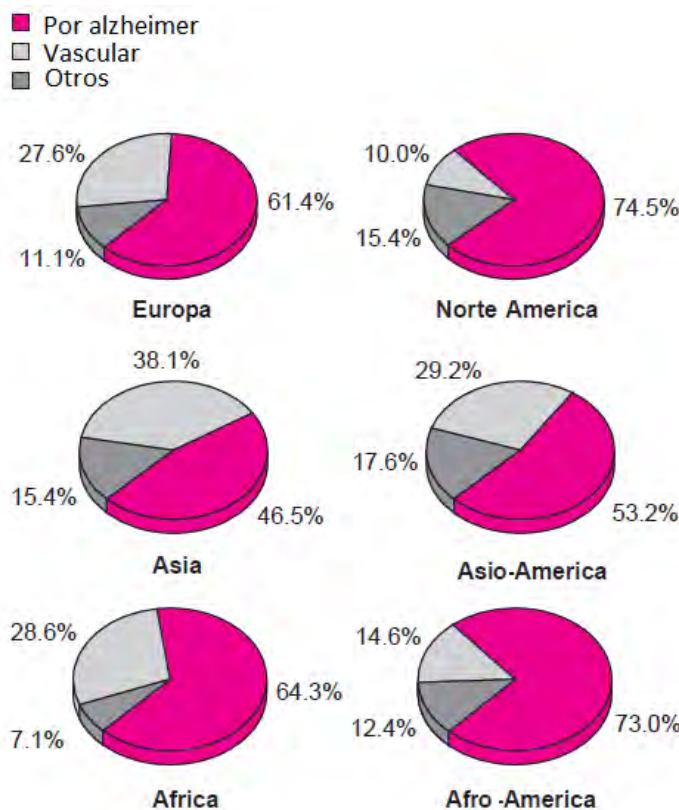


Fig. 4 proporción de la población con algún tipo de demencia según la región. Recuperado de Fratiglioni, De Ronchi y Agüero-Torres, 1999.

En el 2000, en el mismo estudio de Lobo et al (2000) estudio hecho en varios países de Europa, se encontró una gran variación de la prevalencia en la demencia por causas vasculares a lo largo de una recolección de estudios. La prevalencia tuvo un rango de 0.0% a 0.8% en las edades de 65 a 69 años, y de 2% a 8.3% a la edad de 90 años o más. De hecho, el número de individuos en los grupos más viejos es bastante pequeño; la probabilidad de que existan diferencias geográficas en la prevalencia de demencia vascular es real (ver figura 4). Un obstáculo en la comparación de estos datos son los diferentes criterios utilizados para clasificar la demencia.

Considerando que no todos los países europeos se incluyeron en este análisis, la similitud general tanto en las estimaciones de prevalencia como en el patrón de edad en diferentes regiones geográficas sugiere que en la actualidad aproximadamente 1.018.931 hombres y 2.267.063 mujeres de 65 años de edad o más y que viven en la Unión Europea tienen demencia.

Un estudio por continentes, dirigido por Fratiglioni, De Ronchi y Agüero-Torres (1999) señaló que la demencia en América del Norte (Canadá y Estados Unidos), la población arriba de los 65 años presentó en un 50-60% un tipo de demencia. La población africana presentó del 5 al 10 % en la población de adultos y la población asiática, presentó una prevalencia del 25 al 35 %. En cuanto al tipo de demencia varió dependiendo de las regiones, tipo de etnia, cultura y raza (figura 5), presenta las tasas de prevalencia de demencia en el año de 1999.

Taza global de prevalencia en 1999

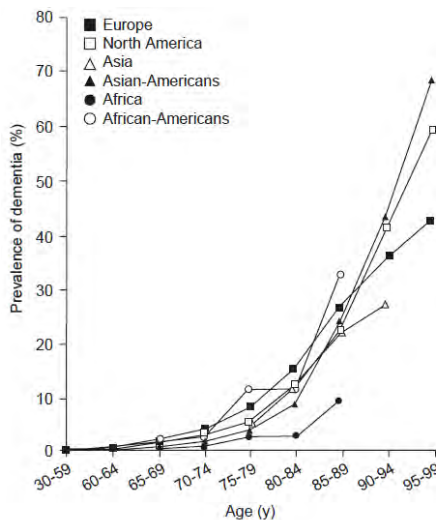


Fig. 5 Tazas de prevalencia, por cada 100 personas en diferentes continentes. Datos recabados de América del Norte, Europa, Asia y África. Recuperado de Fratiglioni, De Ronchi y Agüero-Torres, 1999.

Según la OMS (2013) estimó que, en el año 2000, 23.4 millones de personas vivían con una demencia, y diferentes estimaciones, entre 2% y 10% de todos los casos de demencia comienzan antes de los 65 años. La prevalencia se duplica con cada intervalo de 5 años después de los 65 años de edad. En 2011, se calculó que, a nivel mundial, 35.600 millones de personas vivían con demencia y diversos estudios

epidemiológicos indican que se espera que este número aumente de manera alarmante. Se estima que la cifra casi se duplicará cada 20 años, 65.7 millones en 2030 y 115.4 millones en 2050. La mayoría de estas personas estarán viviendo en países de ingresos bajos y medianos (PIBM).

La demencia es una de las mayores causas de discapacidad en la vejez, se le atribuye 11,9% de los años vividos con discapacidad a causa de una enfermedad no transmisible. En países de ingresos altos y PIBM, la demencia es la causa principal de dependencia (necesidad de cuidados) y discapacidad entre las personas mayores. En 2010 el costo mundial estimado de la demencia fue de \$604.000 millones de dólares estadounidenses. El costo de la atención médica directa solo constituye el 16% del costo mundial. En países de ingresos bajos y medianos la mayoría de los costos se deben a la atención informal.

En el estudio de Llibre (2008) se estudiaron específicamente países en desarrollo como China, México, Cuba, India, Venezuela, República Dominicana y Perú, comparando con los criterios de medianos ingresos y bajos ingresos. Los hallazgos demuestran que la prevalencia de la demencia es fuertemente dependiente de la edad para ambos criterios, y las estimaciones sugirieron una duplicación con cada incremento de 7 a 5 años en la edad. La prevalencia de la demencia era sistemáticamente menor en los hombres que en las mujeres. El efecto de la educación predominó sobre los que estudiaron, a aquellos que no, aunque los activos, más que la educación, se asoció de manera inversamente independiente con la prevalencia de la demencia en el México rural en comparación con la India urbana. La edad, el sexo y la educación tuvo un pequeño efecto sobre las diferencias de prevalencia entre los sitios. De alguna forma la prevalencia es mayor en Cuba y en República Dominicana que en China y Perú.

Se demostró que en realidad la prevalencia en América Latina, especialmente zonas urbanas, es bastante similar a los datos extraídos con Europa, y en la América rural, y la zona de la India, la prevalencia si es diferente, y es mucho más baja. En este estudio se localizó que había menos hombres, sugiriendo que las razones se debían

a que eran las cabezas de la casa, estaban mejor educados y ese hallazgo podría explicarse por una mortalidad asociada a una edad más avanzada en entornos menos desarrollados. Estudios de Nigeria y Brasil sugirieron riesgos de mortalidad especialmente altos para las personas con demencia. Finalmente, no hubo en realidad una diferencia entre aquellas regiones con un ingreso bajo y mediano, lo cual no evoca a un factor de ingresos como causa de alguna demencia. Las diferencias de prevalencia entre los países desarrollados y en desarrollo podrían no ser tan grandes como se pensaba anteriormente.

La Alzheimer's Disease International (2015) reveló que hay casi 900 millones de personas de 60 años o más que viven en todo el mundo. El aumento de la esperanza de vida está contribuyendo a un rápido aumento de este número, y se asocia con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas como la demencia. Entre 2015 y 2050 se prevé que el número de personas mayores que viven en países de ingresos más altos aumentará en un 56%, en comparación con el 138% en los países de ingresos medios altos, el 185% en los países de ingresos medios bajos y el 239% (un aumento de más del triple) en los países de ingresos bajos. Las personas mayores constituyen también una proporción cada vez mayor de la población total, ya que el aumento de la esperanza de vida va acompañado de una disminución de las tasas de fecundidad en la mayoría de los países.

Las estimaciones regionales de la prevalencia de la demencia en personas de 60 años o más oscilan actualmente entre el 4,7% en Europa central y el 8,7% en África septentrional y Oriente Medio, aunque todas las demás estimaciones regionales se sitúan en una banda relativamente estrecha entre el 5,6% y el 7,6%. En comparación con las estimaciones de 2009 las estimaciones de prevalencia son más elevadas en Asia oriental y África (ver figura 6). La prevalencia estimada para todas las personas de 60 años o más, normalizada según la estructura demográfica de Europa occidental, puede compararse directamente entre las 21 regiones de la carga mundial de morbilidad (Global Burden Disease; GBD en inglés) entre 2009 y 2015.

Prevalencia estimada para la población mundial mayor de 60 años

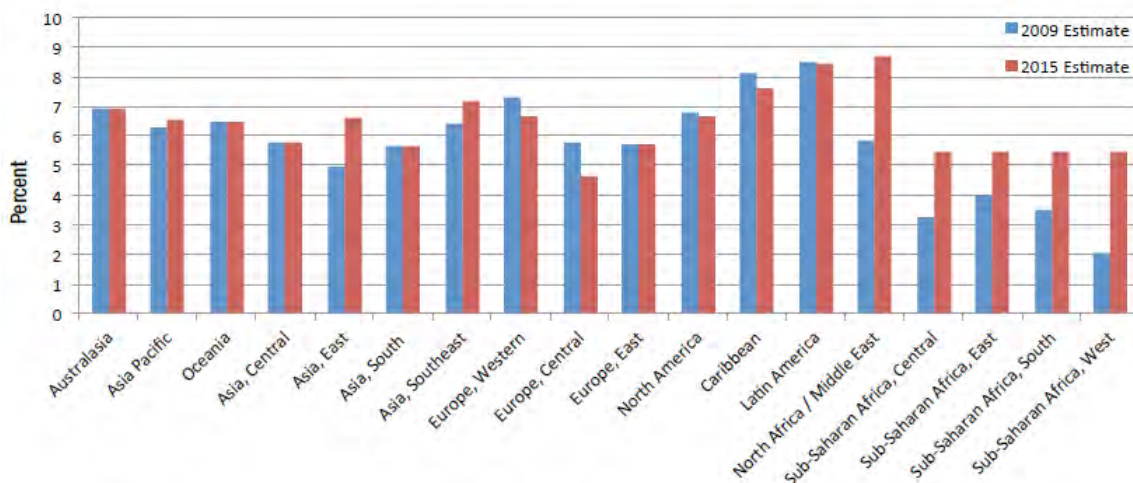


Fig. 6. Prevalencia estimada de la demencia en aquellos cuya edad es de 60 o mayor estandarizada para la población de Europa del este por carga mundial de morbilidad. Recuperado de Reporte mundial de Alzheimer, 2015.

Según las estimaciones revisadas para 2015 Asia oriental es la región del mundo en la que más personas viven con demencia (9,8 millones), seguida de Europa occidental (7,4 millones). Estas regiones son seguidas de cerca por Asia meridional (5,1 millones) y América del Norte (4,8 millones). A nivel nacional diez países albergan a más de un millón de personas con demencia en 2015, y China es el país con el mayor número (9,5 millones). Se prevé que gran parte del aumento proyectado en el número de personas que viven con demencia se produzca en los países de ingresos bajos y medios.

En el reporte de Prince (2016) con respecto a las tendencias globales, señala que la prevalencia de la demencia aumenta exponencialmente con la edad en todas las regiones. La prevalencia se duplica con cada 5.5 años de edad en América del Norte, 5.7 años en Asia Pacífico, 5.9 años en América Latina, 6.3 años en Asia Oriental, 6.5 años en Europa Occidental y Central, 6.6 años en Asia Meridional, 6.9 años en Australasia, 7.2 años en el Caribe y África Subsahariana, y 10.6 años en el Sudeste Asiático. Se observó en su estudio que un efecto independiente y significativo del género en cinco regiones: Asia oriental, Asia meridional, el Caribe, Europa occidental y América Latina. En las que la prevalencia prevista para los hombres era entre un 14% y un 32% inferior a la de las mujeres. Se descubrió que

la interacción entre la edad y el género, con una tendencia en todas las regiones en cuanto a la prevalencia entre hombres y mujeres aumenta con la edad, pero esto sólo fue estadísticamente significativo en las regiones de Asia Pacífico y América Latina.

4.2 Prevalencia en México

En México en el año 2000 se publicó la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). Este ha aportado información específica sobre el tema, insumo básico para la construcción de políticas públicas. Dicha encuesta suministró también las bases conceptuales para el desarrollo del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Una de las decisiones de política pública en esos últimos años en el tema del envejecimiento fue la creación del Instituto Nacional de Geriátría (INGER) en mayo de 2012. Entidad única en su género en América Latina, el INGER fundamenta su labor en la obtención de evidencia científica a través de la investigación en diversos ámbitos, así como en la formación y capacitación continua de los profesionales de la salud. En este reporte se encuentra una cronología de creación de entidades (ver figura 7) (Manrique et al. 2013).

Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad.
México, 1930-2050

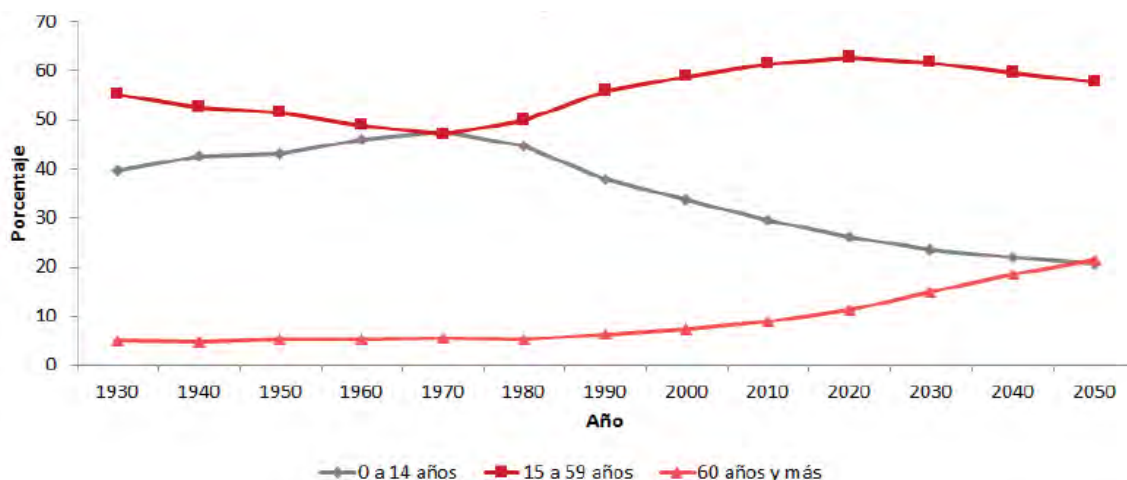


Fig. 7 Cronología de la política en salud y envejecimiento en México, Recuperado del manual *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*, 2016.

Con un señalamiento notable, México es un país aun en desarrollo, se estimaba que en México en el 2006 habitaban de 500 mil a 700 mil pacientes con demencia y quizá no estuvo diagnosticado ni un 25 % de la población. Esto se atribuyó a que el médico de primer contacto, así como otros especialistas sub-diagnostican e incluso ignoraron este padecimiento (Alanis, Garza y González, 2008).

Desde 1970 y hasta 2050, la población infantil tiende a disminuir mientras que la población adulta aumenta progresivamente. En 2016 en México, la población de 60 años y más es mayor que la población menor de cinco años, y para 2050 el número de personas mayores superará al grupo de jóvenes (ver figura 8). En 1990, las personas de 60 años representaron menos de 6% del total de la población mexicana, 8.9% en 2010; en contraste, para 2050 serán 21.5%. No solo la variabilidad de la población se ve afectada debido a la tecnología y métodos de innovación, la esperanza de vida también crece.

En 2015 la esperanza de vida al nacer en México es 5.3 años más elevada para las mujeres en relación con los hombres. Es cierto que la esperanza de vida seguirá incrementándose en los siguientes años, estas ganancias no serán tan marcadas como en el pasado. En 1930 la esperanza de vida al nacer era de 36.9 años, para el año 2000 ya se había duplicado a 73.2 años, y se espera que para 2050 sea de 79.4 años, apenas 8% más de lo que se tenía en 2000 (Gutiérrez et al., 2016).

Cronología de la política en salud

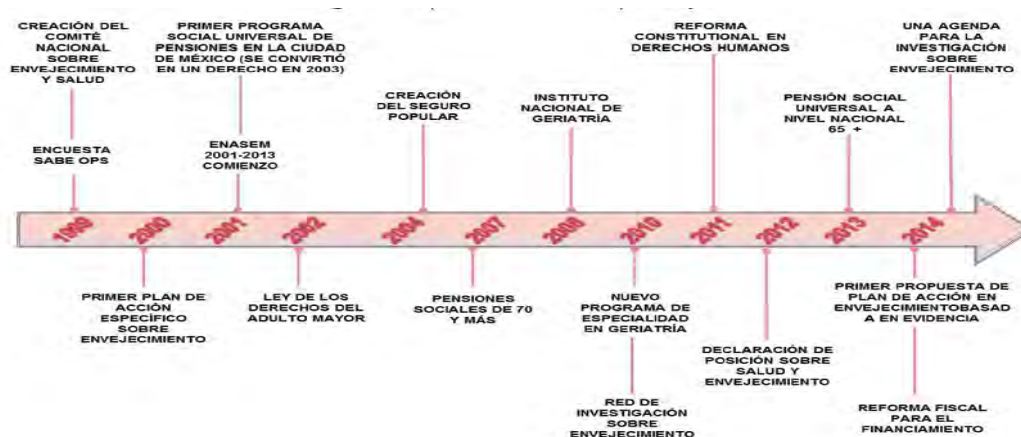


Fig. 8 Cronología mostrada en las políticas de salud pública en México desde 1999. Recuperado de *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*, 2014.

En el plan de acción para el Alzheimer y otras demencias en México en 2014 se estima que 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 (Instituto nacional de Geriatria, 2014).

5. Incidencia

5.1 Incidencia Mundial

La incidencia se define como el número de nuevos casos que desarrollan un padecimiento en una población de individuos durante un intervalo de tiempo definido (Fratiglioni, De Ronchi, Agüero-Torres, 1999).

Tasa exponencial de crecimiento en Mexico para el 2050

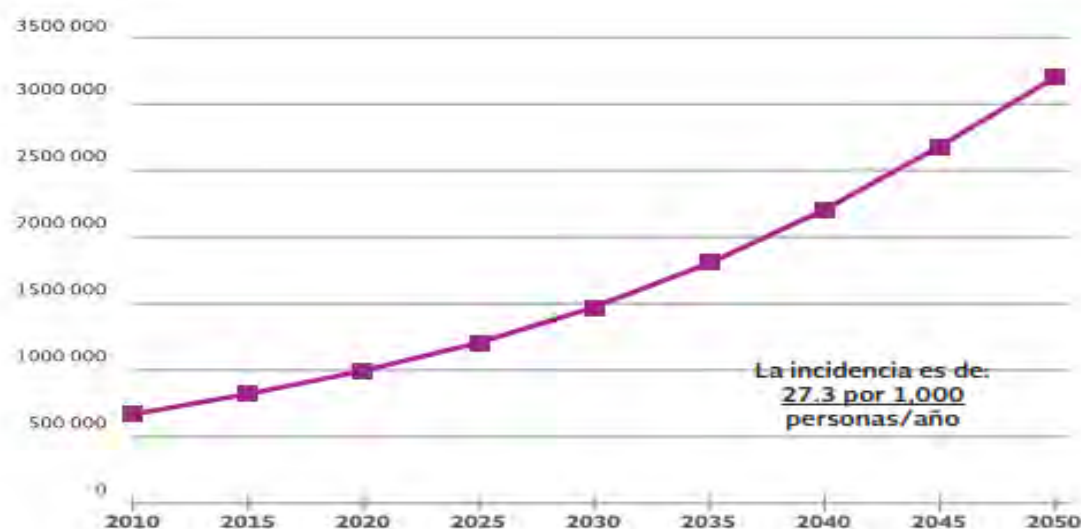


Fig. 9 Proyección del número de personas afectadas por demencia en México 2010-2050, Recuperado de Plan de acción, México 2014.

En el año 1999 se reportó en la literatura que hay una gran variabilidad de la demencia dependiendo las zonas geográficas. Durante un año había 1 persona por cada 1000 que sufría de algún tipo de demencia con una edad entre los 60 a los 65; cuando la población era mayor a 95 años este número incrementaba un promedio de 90 nuevos casos en un año (ver figura 9). Estudios en Alemania mostraron que estos niveles eran mucho más elevados de 85 a 89 un 116 por cada 1000 (Deutsche

Alzheimer Gesellschaft, 2016). Los estudios estadounidenses reportaron una menor incidencia que en los reportes europeos y en los reportes asiáticos los niveles de incidencia fueron muy elevados siendo el alzhéimer uno de los principales tipos (ver figura 10) (Fratiglioni, De Ronchi, Agüero-Torres, 1999).

Tasa de incidencia comparando a Estados Unidos y Asia

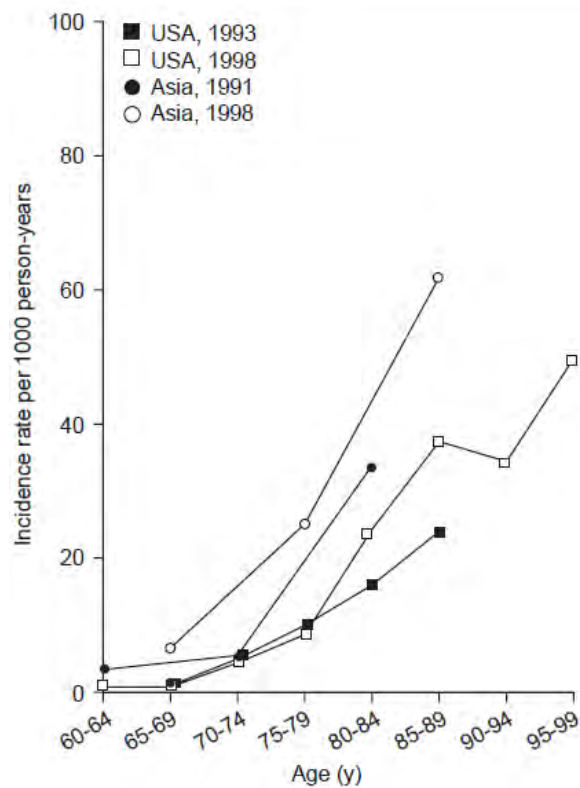


Fig. 10 Tasas de incidencia de la demencia por 1000 años/persona en estudios americanos y asiáticos. Recuperado de Fratiglioni, De Ronchi, Agüero-Torres, 1999.

Los estudios habían intentado abordar la cuestión de si la demencia es un trastorno relacionado con la edad o el envejecimiento de los datos de incidencia, no estaba claro si el aumento exponencial de la frecuencia de demencia con la edad continuaba incluso en las edades avanzadas como una característica inevitable del envejecimiento. En 2011 se estimaron más de 9,9 millones de nuevos casos de demencia cada año en todo el mundo, lo que implicó un nuevo caso cada 3,2 segundos. Estas estimaciones fueron casi un 30% superiores al número anual de nuevos casos estimado para 2010 en el informe OMS/ADI de 2012 (7,7 millones de

nuevos casos, uno cada 4,2 segundos). La distribución regional de los nuevos casos de demencia es de 4,9 millones (49% del total) en Asia, de 2,5 millones (25%) en Europa, de 1,7 millones (18%) en América y de 0,8 millones (8%) en África (ver tabla 2). La incidencia global de la demencia en los países de ingresos bajos y medios fue sólo un 10% menor (ver figura 11), según reporta la World Alzheimer Disease, (2015).

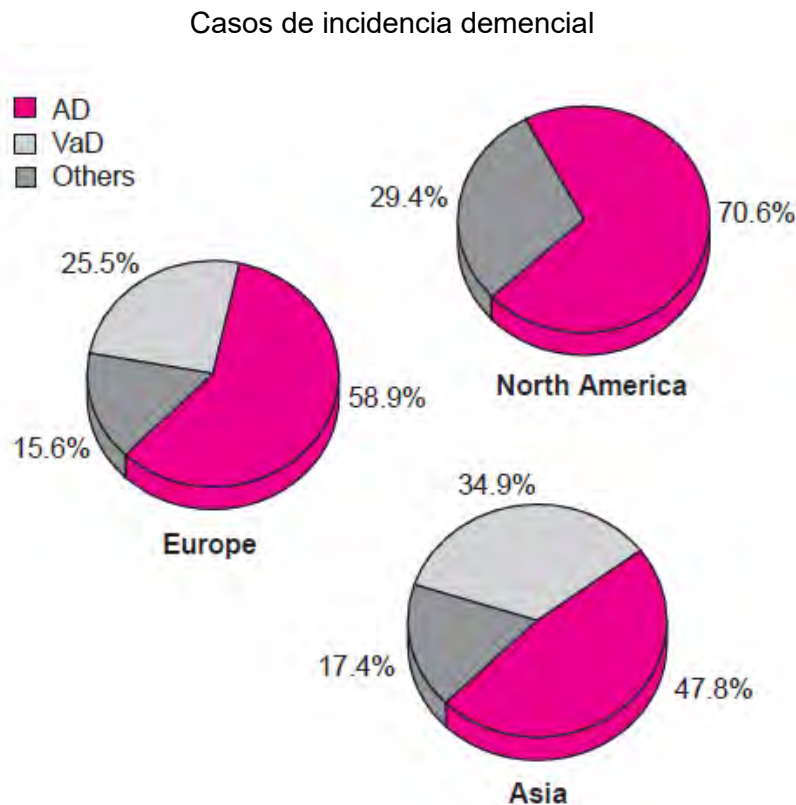


Fig. 11. Proporción de diferentes tipos de demencia desórdenes en diferentes países, datos agrupados de Europa, Asia y Estados Unidos. AD = enfermedad de Alzheimer; VaD = enfermedad vascular. *Recuperado de Fratiglioni, De Ronchi, Agüero-Torres, 1999*

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas (2015) reporta que la incidencia de la demencia aumenta exponencialmente con la edad. En los gráficos se aprecia cómo se duplica cada 6,2 años, y que 3,9 de cada 1000 personas contraen la enfermedad a la edad de 60-64, mientras que esta cifra sube hasta 104,8 de cada 1000 personas a la edad de más de 90 años. Se debe notar que hace algunos años se había señalado en el pasado que la incidencia de la demencia tendería a

disminuir después de los 90 años. Sin embargo, un estudio reciente en el suroeste francés reporta cómo la incidencia de demencia se incrementa de 2 por 1,000 sujetos de 65 a 69 años a 74 por 1,000 en los mayores de 90.

Tabla 2.

Estimado anual de incidencia por contiene

| Region | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85-89 | 90+ | Total |
|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|------------------|
| Australasia | 5,302 | 7,963 | 9,970 | 13,142 | 15,871 | 16,734 | 16,098 | 85,081 |
| Asia Pacific High Income | 39,964 | 68,251 | 95,253 | 135,498 | 175,788 | 168,684 | 136,890 | 820,329 |
| Oceania | 952 | 1,059 | 1,140 | 1,115 | 895 | 505 | 307 | 5,973 |
| Asia Central | 13,845 | 11,839 | 10,615 | 17,134 | 12,287 | 7,805 | 4,243 | 77,767 |
| Asia East | 374,859 | 355,070 | 343,826 | 362,013 | 312,414 | 176,473 | 74,229 | 1,998,885 |
| Asia South | 248,166 | 238,021 | 245,465 | 229,362 | 173,095 | 98,859 | 55,871 | 1,288,840 |
| Asia Southeast | 105,806 | 99,019 | 100,042 | 102,452 | 85,281 | 57,518 | 36,835 | 586,953 |
| ASIA | 788,893 | 781,223 | 806,311 | 860,715 | 775,632 | 526,580 | 324,474 | 4,863,827 |
| Europe Central | 24,550 | 32,715 | 39,657 | 61,567 | 77,122 | 65,186 | 46,693 | 347,489 |
| Europe Eastern | 41,880 | 45,376 | 54,177 | 117,578 | 97,717 | 94,641 | 55,523 | 506,891 |
| Europe Western | 77,053 | 121,116 | 169,166 | 266,762 | 339,361 | 343,308 | 305,006 | 1,621,773 |
| EUROPE | 143,483 | 199,207 | 263,000 | 445,907 | 514,200 | 503,135 | 407,221 | 2,476,154 |
| North America High Income | 80,601 | 110,721 | 131,327 | 159,018 | 189,253 | 185,889 | 147,345 | 1,004,154 |
| Caribbean | 7,893 | 8,953 | 10,857 | 12,187 | 11,118 | 8,148 | 6,846 | 66,001 |
| Latin America Andean | 7,967 | 9,003 | 10,283 | 11,202 | 9,863 | 6,302 | 2,822 | 57,442 |
| Latin America Central | 37,194 | 40,078 | 45,438 | 45,695 | 42,095 | 29,051 | 14,507 | 254,059 |
| Latin America Southern | 12,577 | 15,517 | 18,717 | 20,695 | 20,592 | 15,549 | 7,873 | 111,520 |
| Latin America Tropical | 36,707 | 40,754 | 43,609 | 47,986 | 41,267 | 31,747 | 19,290 | 261,361 |
| THE AMERICAS | 182,939 | 225,026 | 260,231 | 296,784 | 314,187 | 276,687 | 198,683 | 1,754,536 |
| North Africa / Middle East | 70,550 | 66,606 | 67,520 | 68,282 | 57,115 | 29,324 | 12,140 | 371,538 |
| Sub-Saharan Africa Central | 8,904 | 9,352 | 9,115 | 7,827 | 5,285 | 2,430 | 816 | 43,729 |
| Sub-Saharan Africa East | 35,780 | 38,398 | 37,179 | 33,648 | 25,931 | 13,126 | 5,103 | 189,165 |
| Sub-Saharan Africa Southern | 10,863 | 11,324 | 10,775 | 10,358 | 8,161 | 6,512 | 1,719 | 59,713 |
| Sub-Saharan Africa West | 33,931 | 35,414 | 33,779 | 27,014 | 16,159 | 6,173 | 1,492 | 153,962 |
| AFRICA | 160,030 | 161,095 | 158,368 | 147,129 | 112,651 | 57,563 | 21,271 | 818,106 |
| WORLD TOTAL | 1,275,345 | 1,366,550 | 1,487,911 | 1,750,534 | 1,716,669 | 1,363,965 | 951,650 | 9,912,623 |

Estimado del número anual de incidencia en casos de demencia, por edad grupo y región del mundo
 Recuperado del manual World Alzheimer Report 2015

5.2 Incidencia en México

En México la incidencia de demencia se estima en 30.4 casos por cada 1000 personas al año. Las mujeres mayores pierden 7.2 años de vida por discapacidad por esta enfermedad, en tanto los hombres pierden 5.2 años (Gutiérrez et al. 2017). Un estudio similar reporta que los datos obtenidos para la incidencia de la demencia en México fueron de 16.9 por 1,000 personas/año para la región urbana y de 34.2 por 1,000 personas/año para la región rural, con un promedio de 25.55 por 1,000 personas/año (ver figura 12). Estos resultados han sido confirmados por los datos de incidencia obtenidos a través de la ENASEM, donde se estima una incidencia de la demencia de 27.3 casos por 1,000 personas/año a nivel nacional en personas adultas mayores de 60 años (Gutiérrez y Arrieta., 2015).

Incidencia estimada por región global

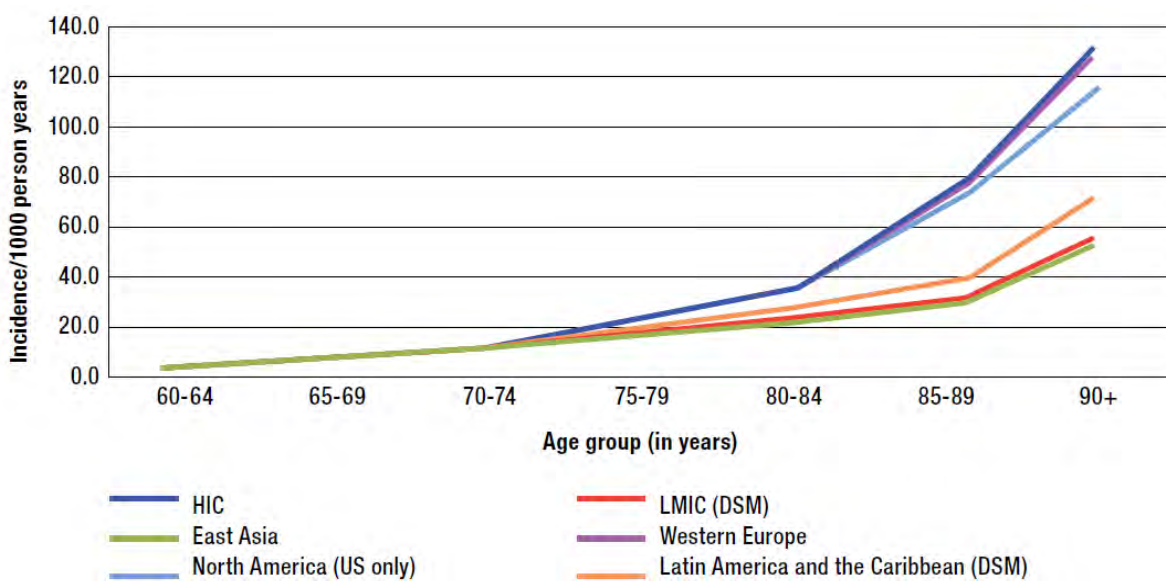


Fig. 12 Incidencia anual estimada por edad de la demencia en el 2011. Recuperado del reporte mundial de Alzheimer, 2015.

Las estimaciones reportadas de prevalencia e incidencia no varían realmente. Existe un incremento significativo reportado desde el año 2000 hasta la actualidad, en algunos estudios sugieren que ambas pudieron haber disminuido, sin embargo, las estimaciones niegan que la prevalencia de la demencia e incidencia tienda a disminuir en los próximos años. Cabe destacar que mucha de la literatura recabada, presenta mismas referencias y varios reportes están basados en los reportes de la Organización Mundial de la Salud.

6. Diagnóstico

Las consecuencias de la existencia de una variedad de esquemas de clasificación diagnóstica son mal comprendidas. El uso de criterios diferentes puede llevar a conclusiones diagnósticas diferentes. En una encuesta realizada a 1045 personas de 70 años de edad o más, en cuyo caso la identificación se basó en una entrevista, Henderson (citado en Erkinjuntii et al. 2017) informaron que 3.2 por ciento recibió un diagnóstico de demencia cuando se utilizaron los criterios de la décima revisión de la CIE (ICD-10) y 7.3 por ciento cuando se utilizaron los criterios de la tercera edición revisada del DSM tercera edición (Erkinjuntii et al. 2017).

El diagnóstico es importante por varias razones. Explica la capacidad reducida y los cambios en el comportamiento de las personas afectadas y, por lo tanto, puede tener un efecto de alivio. Puede revelar una enfermedad tratable como causa de deterioro cognitivo y cambios en el comportamiento. El diagnóstico es un prerrequisito para el plan de tratamiento y facilita el acceso a las opciones de ayuda. El diagnóstico también es una base para una mayor planificación de la vida (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2016)

La afectación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer supone una sintomatología con mayor facilidad para ser explorada y categorizada. El 'paradigma cognitivo' obviaba que los síntomas neuropsiquiátricos son consustanciales al proceso y que pueden darse de forma precoz. En 1999 la Asociación Psicogeriatría Internacional (IPA) reclamó la atención acerca de la importancia de los denominados "*síntomas psicológicos y conductuales de demencia (SPCD)*", remarcando su relevancia en la sintomatología clínica de la enfermedad y como causa de sufrimiento del paciente y sus familiares (López y Agüera, 2015).

Los avances en neurociencias han permitido indagar en el origen de las demencias. El estudio del depósito de beta amiloide esta sustancia que se deposita entre las células de distintos tejidos y órganos del cuerpo en una situación patológica en las placas seniles y de la proteína tau que está relacionada justamente con su unión a

los microtúbulos, debido a que el pegado contribuye a la estabilidad y permite el movimiento de cargas sobre ellos, ya sea desde el soma hacia el axón o viceversa. Han sido dos de las líneas preferentes de investigación en los últimos años. El estudio de las monjas demostró la contribución de la neuropatología vascular a la expresión de la neuropatología tipo Alzheimer. Conforme se avanzaba en el estudio de las enfermedades neurodegenerativas ha aparecido la necesidad de perfilar unos criterios diagnósticos de consenso para uniformizar la práctica médica (López y Agüera, 2015).

6.1 Etiología

Para plantear un síndrome demencial se requiere la presencia de un deterioro adquirido (de etiología cerebral) de una o más funciones cognitivas y/o del comportamiento que interfiera de manera significativa con las actividades de la vida diaria, es decir, se traduzca en una disminución de la autonomía o autovalencia del paciente, (Slachevsky y Oyarzo, 2008). Según el DSM-V (2013) presenta una tabla de etiologías, (Ver fig. 13).

| Etiologías Descritas en el DSM-V | | | |
|--|--|--|--|
| Subtipo etiológico | Código médico etiológico asociado para el trastorno neurocognitivo mayor | Código del trastorno neurocognitivo mayor | Código de trastorno neurocognitivo leve |
| Enfermedad de Alzheimer | Probable: 331.0 (G30.9) Posible: código médico no adicional | Probable: 294.1x (F02.8x) Posible: 331.9 (G31.9) ^C | 331.83 (G31.84) (No use código adicional para la enfermedad de Alzheimer.) |
| Degeneración del lóbulo Frontotemporal | Probable: 331.19 (G31.09) Posible: código médico no adicional | Probable: 294.1x (F02.8x) Posible: 331.9 (G31.9) ^C | 331.83 (G31.84) (No use código adicional para enfermedad frontotemporal.) |
| Enfermedad por cuerpos de Lewey | Probable: 331.82 (G31.83) Posible: código médico no adicional | Probable: 294.1x (F02.8x) Posible: 331.9 (G31.9) ^C | 331.83 (G31.84) (No use código adicional para la enfermedad de los cuerpos de Lewey.) |
| Enfermedad vascular | Posible: código médico no adicional | Probable: 290.40 (F01.5x) Posible: 331.9 (G31.9) ^C | 331.83 (G31.84) (No use código adicional para enfermedades vasculares.) |

Fig. 13 Código basado en etiología médica. Recuperado de DSM-V

6.2 Criterio diagnóstico según el DSM-V

En el estudio publicado por Dickerson (2017) esclarece que en 2011 se publicaron nuevos criterios diagnósticos para la enfermedad de Alzheimer (AD) variante conductual de la demencia frontotemporal (DFT), y la Afasia Progresiva Primaria. Se publicó una nueva declaración consensuada sobre el Deterioro Cognitivo Vascular. Todos estos criterios enfatizan el valor de la neuroimagenología estructural y funcional/molecular (incluyendo no sólo los marcadores biológicos amiloideos, tau y los marcadores del líquido cefalorraquídeo) para aumentar la confianza diagnóstica o la especificidad. Aunque estos criterios están en gran parte dirigidos a las comunidades de investigación clínica que estudian estas enfermedades, también sirven como guía para los médicos clínicos en ejercicio. Estos informes enfatizan elementos que pueden ser resumidos como las dos metas principales del practicante:

- 1) comenzar estableciendo una hipótesis diagnóstica basada en una evaluación clínica cuidadosa enfatizando la historia y el examen incluyendo pruebas cognitivas en el consultorio que pueden ser complementadas con pruebas neuropsicológicas formales.
- 2) realizar pruebas diagnósticas juiciosamente para probar esta hipótesis.

Existen dos criterios diagnósticos, el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y el CIE-10. En su versión más reciente del DSM-V (2013) esta los cataloga como desordenes neurocognitivos mayores y leves (ver tabla 3), y también se encuentra un diagnóstico más detallado para las enfermedades demenciales más comunes (ver tabla 4).

Slachevsky y Oyarzo (2008) diferenciaban que los criterios del DSM-IV considerando el trastorno de memoria como el principal síntoma de las demencias, lo que, si bien es válido para la enfermedad de Alzheimer (EA), no se ajusta al patrón de presentación de otras demencias en las que la memoria está preservada, como las demencias frontotemporales (DFT).

Tabla 3. tipos y características de desórdenes neurocognitivos

| Desórdenes neurocognitivos mayores |
|--|
| <p>Evidencia de deterioro cognitivo significativo de un nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, motor perceptivo o cognición social) basado en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación del individuo, de un informante informado o del médico clínico que tenga una disminución significativa de la función cognitiva 2. Un deterioro sustancial en el rendimiento cognitivo, preferiblemente documentado por la estandarización de los procesos cognitivos. Pruebas neuropsicológicas o, en su ausencia, otra prueba clínica de evaluación cuantificada. <ol style="list-style-type: none"> (a) Los déficits cognitivos interfieren con la independencia en las actividades diarias (es decir, como mínimo, requiriendo ayuda con actividades instrumentales complejas de la vida diaria tales como pagar facturas o administrar medicamentos). (b) Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirio |
| Desórdenes neurocognitivos leves |
| <p>Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de desempeño en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, motor perceptivo o cognición social) basado en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación del individuo, de un informante bien informado, o del médico clínico de que ha habido una leve disminución en la función cognitiva. 2. Un deterioro moderado en el rendimiento cognitivo, preferiblemente documentado mediante pruebas neuropsicológicas estandarizadas o, en su defecto, otra evaluación clínica cuantificada. <ol style="list-style-type: none"> a) Los déficits cognitivos no interfieren con la capacidad de independencia en las actividades diarias (es decir, actividades instrumentales complejas de la vida diaria tales como el pago de cuentas o el manejo de medicamentos se conservan, pero puede ser necesario un mayor esfuerzo, estrategias compensatorias o acomodación). b) Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirio. c) Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia). |

Diferencias definidas entre el diagnóstico de desórdenes cognitivos mayores y leves. *Recuperado del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V).*

Tabla 4. Diagnóstico de Desórdenes neurocognitivos

| TIPO | Diagnóstico de desórdenes neurocognitivos mayores | Diagnóstico de desórdenes neurocognitivos leves |
|--|--|--|
| Debido a Alzheimer | <p>Evidencia de una mutación genética causal de la enfermedad de Alzheimer a partir de antecedentes familiares o pruebas genéticas.</p> <p>Están presentes los tres siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Evidencia clara de deterioro en la memoria y el aprendizaje y al menos otro dominio cognitivo (basado en una historia detallada o pruebas neuropsicológicas seriadas). b) Disminución progresiva y gradual de la cognición, sin mesetas extendidas. c) Ninguna evidencia de etiología mixta (es decir, ausencia de otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, u otra enfermedad o condición neurológica, mental o sistémica que pueda contribuir al deterioro cognitivo). | <p>La enfermedad de Alzheimer probable se diagnostica si hay evidencia de una mutación genética causal de la enfermedad de Alzheimer, ya sea por pruebas genéticas o antecedentes familiares.</p> <p>La posible enfermedad de Alzheimer se diagnostica si no hay evidencia de una mutación genética causal de la enfermedad de Alzheimer debido a pruebas genéticas o antecedentes familiares, y están presentes los tres siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Evidencia clara del deterioro de la memoria y el aprendizaje. b) Disminución progresiva y gradual de la cognición, sin mesetas extendidas. c) Ninguna evidencia de etiología mixta (es decir, ausencia de otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, u otra enfermedad o condición neurológica o sistémica que pueda contribuir al deterioro cognitivo). |
| Debido a desorden fronto-temporal | <p>La perturbación tiene un inicio insidioso y una progresión gradual.</p> <p>1. Variante de comportamiento;</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tres o más de los siguientes síntomas conductuales: <ul style="list-style-type: none"> i. Desinhibición conductual. ii. Apatía o inercia. iii. Pérdida de simpatía o empatía. iv. Comportamiento perseverativo, estereotipado o compulsivo/ritualista. v. Hiperoralidad y cambios en la dieta. b. Disminución prominente en la cognición social y/o habilidades ejecutivas. <p>2. Variante de idioma:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Disminución prominente en la habilidad del lenguaje, en forma de producción del habla, palabra encontrar, nombrar objetos, gramática o comprensión de palabras. b) Ahorro relativo de aprendizaje y memoria y función perceptual-motor. c) La perturbación no se explica mejor por enfermedad cerebrovascular, otra neurodegenerativa enfermedad, los efectos de una sustancia u otra enfermedad mental, neurológica o trastorno sistémico | |
| Debido a cuerpos de Lewis | <p>El trastorno se encuentra con una combinación de características diagnósticas básicas y características diagnósticas sugerentes para el trastorno neurocognitivo probable o posible con cuerpos de Lewy.</p> | |

| | |
|---|---|
| | <p>Para el probable trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy, el individuo tiene dos características principales, o una característica sugerente con una o más características principales.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Características principales de diagnóstico: <ol style="list-style-type: none"> a. Cognición fluctuante con variaciones pronunciadas en la atención y el estado de alerta. b. Alucinaciones visuales recurrentes, bien formadas y detalladas. c. Rasgos espontáneos del parkinsonismo, con un inicio posterior al desarrollo del deterioro cognitivo. 2. Características de diagnóstico sugerentes; <ol style="list-style-type: none"> a. Cumple con los criterios para el trastorno del sueño de movimiento ocular rápido. b. Sensibilidad neuroléptica severa. |
| <p>Debido a accidente vascular</p> | <p>Las características clínicas son consistentes con una etiología vascular, como sugiere cualquiera de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El inicio de los déficits cognitivos está temporalmente relacionado con uno o más eventos cerebrovasculares. 2. La evidencia del declive es prominente en la atención compleja (incluyendo la velocidad de procesamiento) y la función ejecutiva frontal. <p>Existen pruebas de la presencia de enfermedades cerebrovasculares por antecedentes, examen físico y/o neuroimagenología consideradas suficientes para explicar los déficits neurocognitivos.</p> |

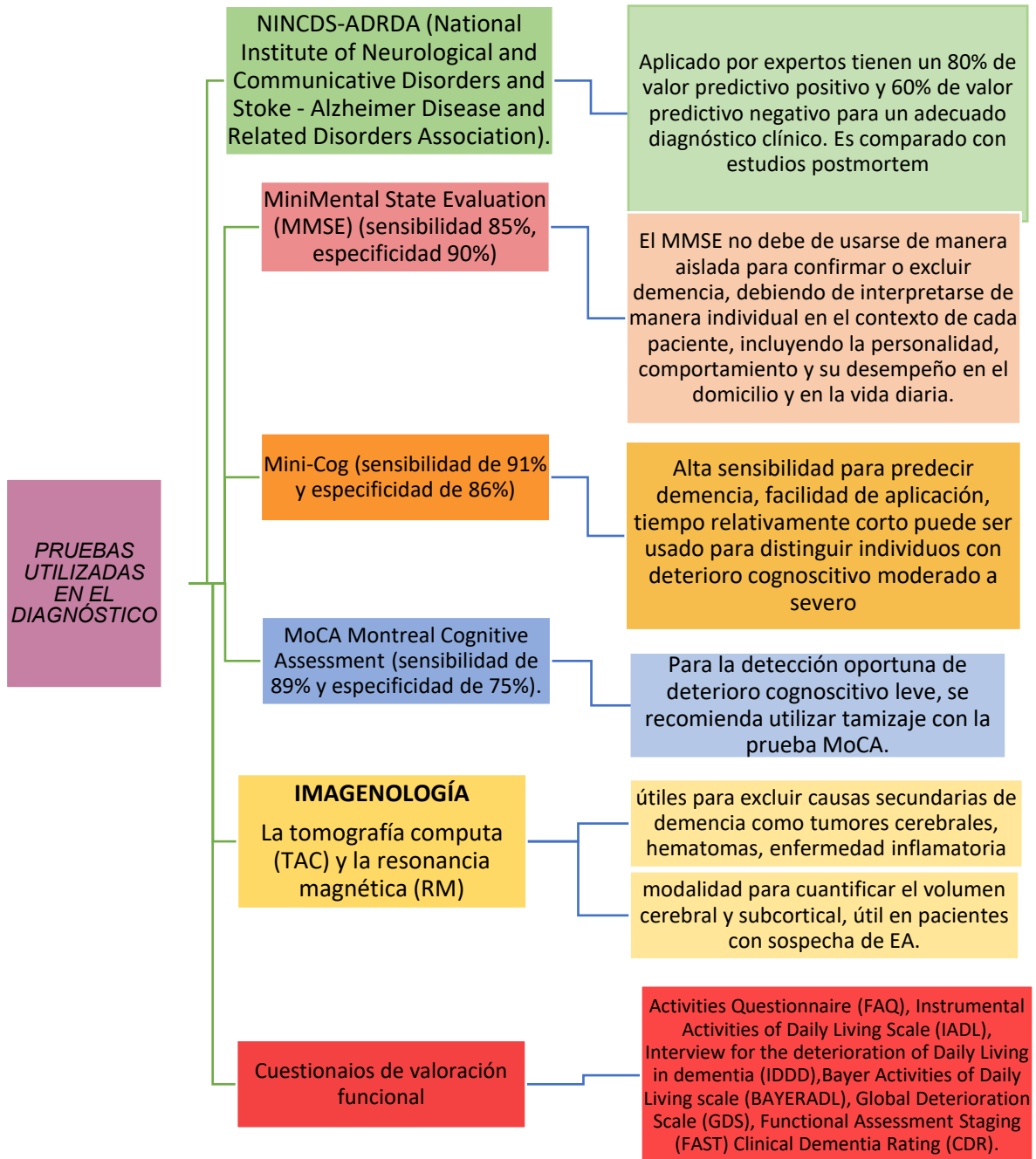
Diagnóstico específico según el tipo de demencia catalogado en el DSM-V. *Recuperado del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V).*

Según la décima edición de la CIE (OMS, 1992), la demencia es un síndrome que se caracteriza por agrupar diversos síntomas que caracterizan a una determinada enfermedad o bien describe al grupo de fenómenos propios de una situación específica y es debido a una enfermedad cerebral de naturaleza crónica o progresiva, con déficits de múltiples funciones superiores (memoria, pensamiento, orientación, comprensión, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio, entre otras). En esta clasificación el déficit se acompaña de deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación, produciendo un deterioro intelectual apreciable que repercute en las actividades cotidianas (asearse, vestirse, comer o funciones excretoras). Según López y Agüera (2015) estos criterios se basan en el deterioro de la memoria y el pensamiento suficiente para interferir en la vida cotidiana como requisito primordial para el diagnóstico y la afectación de otras funciones cognitivas.

6.3 Pruebas que complementan el diagnóstico

De acuerdo a la guía práctica clínica del diagnóstico y tratamiento del Alzheimer, emitido por el IMSS (2017) y la Guía práctica clínica del SNS (2011) se extrajo la siguiente información referente al diagnóstico de demencias (esquema 1).

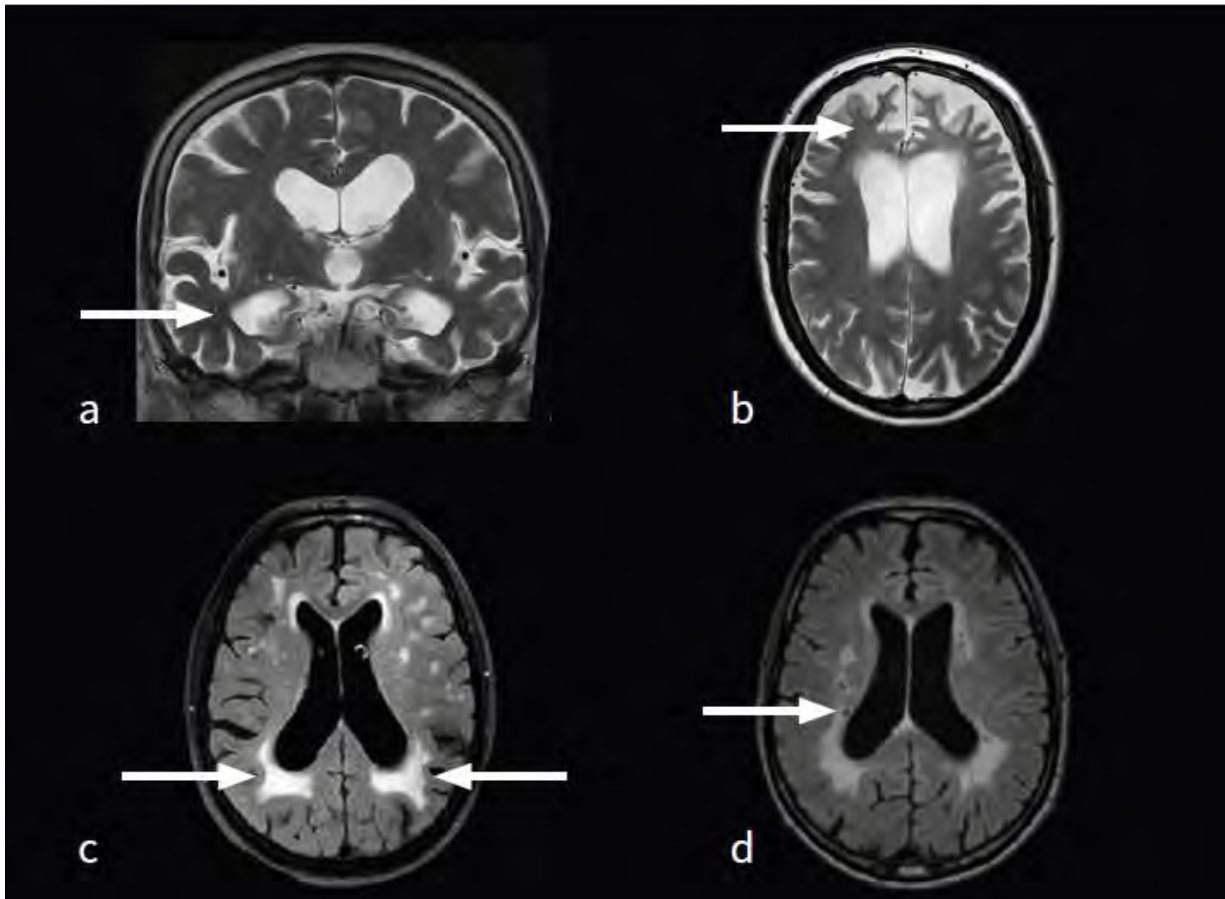
Esquema 1. Pruebas que apoyan el diagnóstico



Esq. 1 Pruebas encontradas que apoyan y complementan a un diagnóstico de demencia

Como una ayuda extra, los procedimientos de imagenología el diagnóstico involucra un procedimiento imagenológico para la visualización del cerebro, como la tomografía computarizada, la resonancia magnética. Esto permite la detección, así como las consecuencias de los trastornos circulatorios, pero también la visualización de contracción de ciertas secciones del cerebro como resultado de la pérdida de neuronas (imagen 1).

Resonancias Magnéticas según el daño en distintos tipos de problemas demenciales



Img. 1 imágenes de resonancias

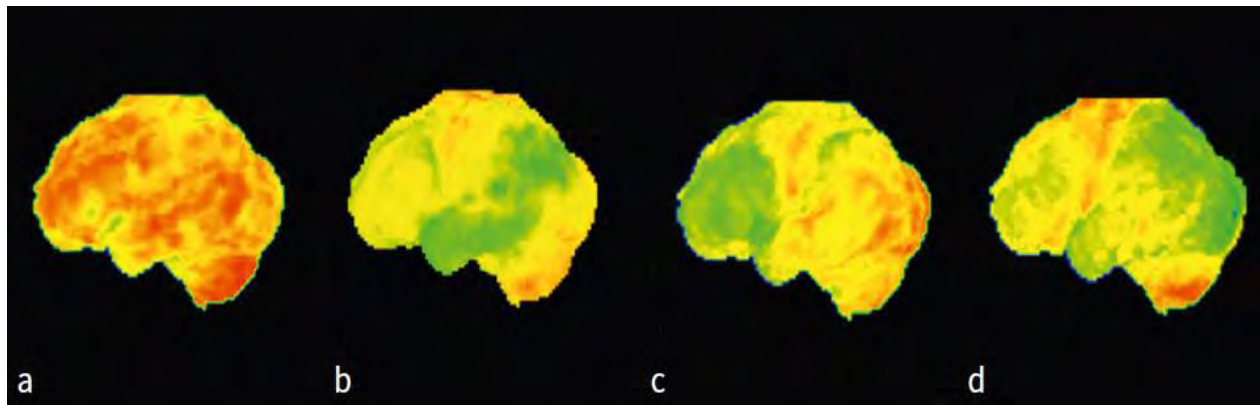
- a) Reducción del lóbulo temporal en la enfermedad de Alzheimer
- b) Retracción del lóbulo frontal durante la degeneración frontotemporal
- c) Daño a las conexiones de fibra en el caso de la enfermedad de los vasos sanguíneos pequeños
- d) microinfarto en caso de enfermedad de los pequeños vasos sanguíneos

Recuperado del manual Demenz Das wichtigste, (2015).

El examen del metabolismo cerebral con tomografía por emisión de positrones y la visualización de los depósitos proteicos en el cerebro, con la misma técnica no forman parte del diagnóstico de rutina en todos los países (ver imagen 2). Sin embargo, ambos métodos son adecuados para detectar la localización del daño a

las células nerviosas con ayuda a conocer el metabolismo de glucosa, es decir además de ver donde hay daño, se observa que áreas del cerebro tienen menor metabolismo, y por lo tanto la naturaleza de la enfermedad subyacente (Kurz et al. 2015; DAG)

Representación del metabolismo en computadora



Img. 2 representación del metabolismo de las células nerviosas. Rojo y amarillo: alta actividad; verde: baja actividad

- a) Resultados normales
- b) Enfermedad de Alzheimer
- c) Degeneración frontotemporal
- d) Enfermedad de cuerpos de Lewey

Recuperado del manual Demenz Das wichtigste, (2015).

Existen pruebas algorítmicas, según el manual de diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo del adulto mayor (2012) estos son pasos sistematizados basados en evidencia, principalmente científica-estadística, en los cuales los pasos sugeridos llevan al mayor porcentaje de éxito en el diagnóstico expresado en sensibilidad y especificidad, permiten obtener diagnóstico y en muchas ocasiones clasificar y estadificar enfermedades, lo que permite ofrecer el mejor tratamiento basado en evidencias científico-estadísticas.

6.4 Algoritmo diagnóstico

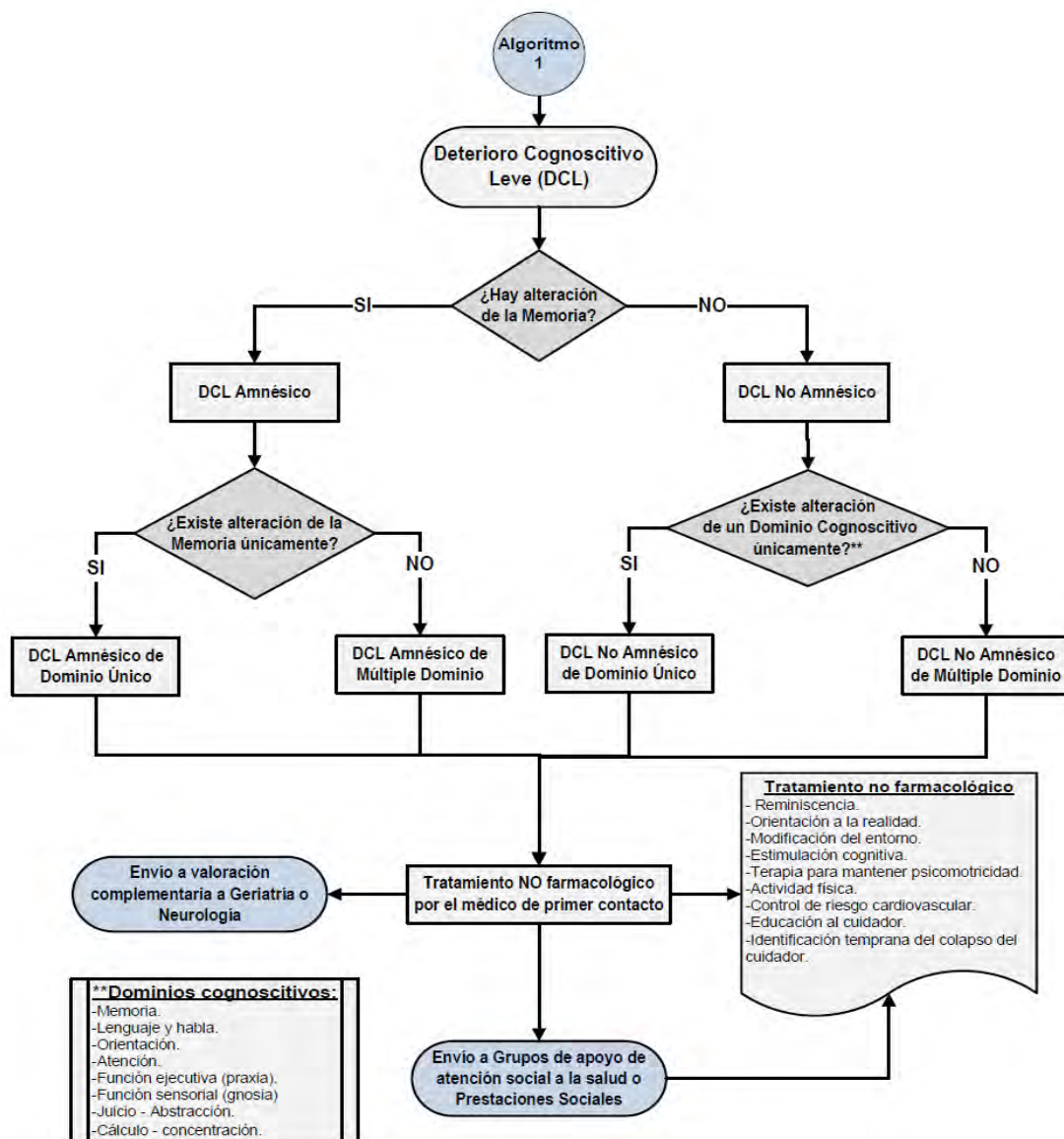
La evaluación cognoscitiva se debe realizar a todos los adultos mayores en el primer nivel de atención rutinariamente por lo menos una vez al año en busca de deterioro cognoscitivo a través de una prueba de tamizaje (Algoritmo 1). El deterioro

cognoscitivo leve se clasifica de acuerdo a la presencia o no de alteración de la memoria acompañada en otro dominio cognoscitivo (Algoritmo 2):

1. Deterioro cognoscitivo amnésico de dominio único.
2. Deterioro cognoscitivo amnésico de múltiples dominios.
3. Deterioro cognoscitivo no amnésico de dominio único.
4. Deterioro cognoscitivo no amnésico de múltiples dominios.

Cabe mencionar que este algoritmo presentado, se utiliza únicamente para el diagnóstico de deterioro cognoscitivo leve (ver imagen 3).

Esquema de algoritmo para el diagnóstico



Img 3. Algoritmo de diagnóstico cognitivo leve. Recuperado del manual Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor (2012).

6.5 La familia ante el diagnóstico

Una vez que existe una resolución sobre la enfermedad o el padecimiento, los familiares, tanto como los pacientes tienen derecho a conocer su diagnóstico, pero también el derecho a permanecer incierto. Ellos pueden decidir si los familiares u otros cuidadores deben ser informados. Es siempre útil involucrar a los familiares en el reconocimiento del padecimiento. En el caso de los pacientes que no pueden comprender la información sobre la enfermedad, informarse una opinión sobre las opciones de tratamiento y actuar en consecuencia en el tratamiento médico (DAG, 2016).

Los enfermos con demencias pueden presentar múltiples trastornos conductuales. Entre ellos podemos señalar los derivados de sus defectos básicos de juicio, memoria y afectividad, delirios, depresiones, desorientación e inquietud motora. La pérdida de la memoria y el juicio los lleva a cometer errores, a descuidar sus obligaciones, a olvidar sus compromisos. La mayoría de los pacientes no tiene noción de sus defectos y cuando se intenta corregirlos se enojan, se sienten atacados y rechazan las sugerencias de sus familiares. Al mismo tiempo la apatía puede hacerlos indiferentes frente a las consecuencias de sus actos, y las reacciones emocionales excesivas pueden llevarlos a crisis de rabia o de angustia frente a las críticas o fracasos (Jurado, Mataro y Pueyó, 2013).

Según Donoso (2007) al comienzo, antes del diagnóstico, existen conflictos con el paciente. Se le critica por descuidado, por cometer errores y como el paciente rechaza esas acusaciones se llega a situaciones muy tensas. Cuando se conoce el diagnóstico puede existir rechazo, y se buscan otras opiniones cambiando una y otra vez de médico. Al aceptar el diagnóstico se siente angustia por el futuro, temor a la herencia en algunos casos, culpa por no haberse dado cuenta antes. La persona que cuida al paciente generalmente es la esposa o una hija, con menor frecuencia es un hombre. Esa persona debe sacrificar su vida personal, hacerse

responsable de los accidentes que puede sufrir el paciente, tolerar sus trastornos conductuales, estar disponible durante las 24 horas de cada día.

Al ampliar el panorama el aspecto de la vejez se proyecta en la espera de tener un aumento masivo en la población de adultos mayores. El trato y cuidado de los adultos mayores se ve comprometido por el sistema de salud que deberá ser modificado para una población tan amplia, esto conlleva una re-esquemización de varios proyectos y planes. Con los datos arrojados en cuanto a la incidencia, es bastante alarmante que el número de casos de pacientes con demencia se multiplique cada vez más. La demencia es un elemento que prevalecerá en la vida de muchos futuros adultos mayores, por ello se deben tomar serias medidas preventivas enfatizando y exhibiendo la realidad proyectada, así como formar profesionistas que se enfoquen en la profundización, la prevención, el tratamiento, el cuidado, y otras áreas.

7. Cuidadores

7.1 características de los cuidadores formales e informales

Dentro de la familia no todos asumen de igual manera el cuidado de sus enfermos. A los miembros que ocupan la máxima responsabilidad en el cuidado se les denomina "cuidadores". Se ha definido al cuidador como "aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales" (Espín, 2008). Este trabajo ha sido enfatizado al apoyo comprometido por la familia hacia el cuidado del adulto mayor.

Cuando hablamos de cuidados tenemos que diferenciar los cuidados formales a cargo del sistema de salud y del apoyo social, de los cuidados informales brindados por los cuidadores familiares, el entorno social y familiar (Citado en Banchemo y Mihoff, 2017). Los cuidados formales serían aquellos que son brindados por personal remunerado.

Espinoza y Jofre (2012) definen "cuidado informal" a un sistema informal de prestación de cuidados no remunerado a personas dependientes, por parte de familiares, amigos u otras personas, conformando un verdadero sistema oculto de cuidados. Espín (2008) sugiere que los cuidadores se afectan en el orden físico, psicológico y socioeconómico, lo que en conjunto conlleva a una "carga" que interfiere en el manejo adecuado del enfermo y en la propia evolución de la enfermedad, provocando al mismo tiempo el empeoramiento de la calidad de vida del cuidador. La familia realiza el 80 % del trabajo que requiere el cuidado del paciente con demencia y supone un importante "colchón" en la demanda de cuidados y servicios sanitarios, pero en contrapartida sufre la importante carga emocional y de trabajo que supone este cuidado.

Según la Asociación de Alzheimer (2016) reporta en un estudio de estados Unidos, que el 83% de la ayuda proporcionada a adultos mayores proviene de familiares, amigos u otros cuidadores no remunerados. Las tres razones principales por las que los cuidadores deciden proporcionar cuidado y asistencia a una persona con enfermedad de Alzheimer (figura 14) en todo Estados Unidos son: el deseo de mantener a la persona en casa, proximidad a la persona con demencia y obligación percibida del cuidador como relativo o pareja.

RAZONES PRINCIPALES

■ mantener en casa ■ proximidad ■ obligación percibida ■

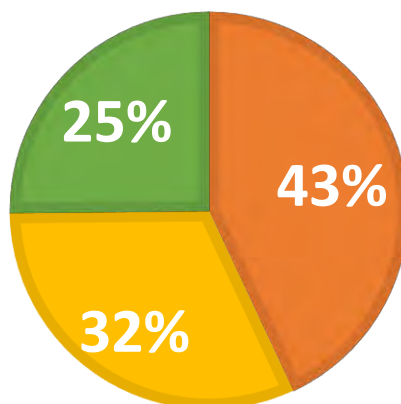


Fig. 14 Gráfica de razones principales para proporcionar cuidado en adultos mayores en cuidadores informales

Hay ciertos rasgos que caracterizan el cuidado informal y que afectan directamente su visibilidad y reconocimiento social. Se trata de un trabajo no remunerado sin precio en el mercado, y esto se confunde con una carencia de valor. El cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco, perteneciente al terreno de lo privado; se trata de “asuntos de familia”, en los que el resto de la sociedad no se implica (Espinoza, Jofre, 2012). Se estima que hasta en un 88% del total de cuidados prestados corresponde a cuidados de tipo informal. El 68% de las personas con discapacidad recibe apoyo por parte de su familia (Espín 2008).

Existen múltiples estudios que han arrojado un perfil del "cuidador principal" del paciente con demencia reporta Espín (2008), también se han realizado mediciones de la carga y de otras alteraciones que con frecuencia sufren estos cuidadores. Los resultados de la mayoría de ellos coinciden en los diferentes países y regiones. Por ejemplo, se ha visto que por lo general las hijas son cuidadoras que se encuentran en la edad mediana de la vida, que tienen a su vez múltiples obligaciones sociales, laborales y familiares que le provocan alteraciones de diferentes tipos. Los cuidadores informales de ancianos con demencia presentan altos niveles de depresión y ansiedad y en un elevado porcentaje de casos morbilidad psiquiátrica apreciable.

7.2 Perfil de los cuidadores

Las responsabilidades del cuidado de una persona con demencia a menudo recaen en las mujeres. Aproximadamente dos tercios de los cuidadores son mujeres. Más específicamente, más de un tercio de los cuidadores de la demencia son hijas. Es más común que las esposas proporcionen cuidados informales a un esposo que viceversa. Banchemo y Mihoff (2017) señalan que es frecuente encontrarnos con que las personas mayores no sólo son receptoras de cuidados sino también proveedoras de tales cuidados, constituyéndose en un “recurso muy preciado” a la hora de desarrollar dicha función.

Las hijas cuidadoras proporcionan, en promedio, 102 horas al mes, mientras que los hijos proporcionan 80 horas al mes. De acuerdo con la Encuesta de Mujeres y Alzheimer de la Asociación de Alzheimer (2014) más del doble de las mujeres cuidadoras que los hombres reportaron haber pasado de 21 a 60 horas por semana prestando cuidado, y dos veces y media más de lo que muchos reportaron viviendo con la persona con demencia a tiempo completo Asociación de Alzheimer (2016).

Los cuidadores que son mujeres pueden experimentar niveles levemente más altos de carga, depresión y deterioro de la salud que los hombres, con evidencia que sugiere que estas diferencias surgen porque las mujeres tienden a pasar más tiempo cuidando, asumen más tareas de cuidado y son más propensas a cuidar a alguien con un mayor número de problemas de comportamiento (Espinoza y Jofre, 2012). El cuidar también implica dar apoyo emocional y social, entendiendo éste como la provisión instrumental y/o expresiva, real y percibida, aportada por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

Los estudios desarrollados en Chile como en el extranjero, establecen un perfil de los cuidadores/as informales similar al encontrado en la población en estudio, caracterizados por ser mujeres, entre 35 y 64 años de edad, con educación básica completa o incompleta, dedicados a las labores del hogar (Espinoza y Jofre, 2012). Ese mismo estudio demostró que la mayoría de los cuidadores informales presentan alteraciones de salud, lo que es coincidente con los datos encontrados en este estudio, fue reportado que el 63% de los encuestados presentaban alguna patología.

7.3 Principales tareas del cuidador

Aunque el cuidado proporcionado por los miembros de la familia de las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias es algo similar a la ayuda proporcionada por los cuidadores de personas con otras afecciones, los cuidadores

de demencia tienden a prestar una asistencia más amplia, algunas de las tareas que debe desarrollar un cuidador son las siguientes (ver tabla 5).

| Tareas del cuidador |
|--|
| Ayudar con las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL, por sus siglas en inglés), como las tareas domésticas, las compras, la preparación de comidas, el suministro de transporte, los arreglos para las citas con el médico, la administración de finanzas y asuntos legales y la contestación al teléfono. |
| Ayudar a la persona a tomar los medicamentos correctamente, ya sea mediante recordatorios o administración directa de medicamentos. |
| Ayudar a la persona a cumplir con las recomendaciones de tratamiento para la demencia u otras condiciones médicas. |
| Ayudar con las actividades personales de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés), como bañarse, vestirse, arreglarse y alimentarse y ayudar a la persona a caminar, trasladarse de la cama a la silla, usar el baño y manejar la incontinencia. |
| Controlar los síntomas conductuales de la enfermedad como el comportamiento agresivo, vagabundeo, estado de ánimo depresivo, agitación, ansiedad, actividad repetitiva y trastornos nocturnos. |
| Encontrar y utilizar servicios de apoyo tales como grupos de apoyo y programas de servicio diurno para adultos. |
| Hacer arreglos para el pago en el hogar, hogar de ancianos o cuidado de vida asistido. |

Tabla 5. Tareas que desempeña el cuidador

Tareas más comunes que desempeña un cuidador informal de paciente demencial

7.4 Factores que afectan la calidad de vida del cuidador

Según Espinoza y Jofre (2012) la sobrecarga del cuidador comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas enfermas, afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional. De carácter multifactorial, la sobrecarga del cuidador involucra: el aislamiento social, sobrecarga de actividades tanto en casa como fuera de ella, alteración del comportamiento de los familiares que reciben cuidados, la idea de ser “responsables” exclusivos de su familiar, dificultades financieras, abandono de empleo por parte del cuidador, entre otras.

Los cuidadores suelen experimentar efectos negativos porque pueden llegar a sentir una pérdida de autonomía, la aparición de nuevas obligaciones y asumir responsabilidad por la salud paciente (Moreno, Arango y Rogers, 2010). Ellos tienen que dedicar una gran parte de su tiempo al cuidado del paciente, aproximadamente un 43% a un 80% de su tiempo es dedicado a la persona.

7.4.1 Familia

La familia es descrita como una unidad interactiva, que está compuesta por distintas partes que ejercen interacciones recíprocas (Eguiluz, 2003). También en la familia cada miembro funciona de manera diferenciada, es decir, como un individuo que además de estar unido a los otros miembros deber crecer como una persona independiente y autónoma. La familia es un conjunto de personas que interactúa en el día a día para sobrevivir, siendo realmente su funcionamiento adecuado para que puedan desenvolverse positivamente. Es importante tener en cuenta que la familia se forma de diversas maneras, debido a los cambios de la sociedad, las transiciones de ciclos de vida y las crisis que pueden darse, por lo tanto, está en constante transformación (Goldenberg y Goldenberg, 2013).

Las familias poseen roles, algunos de estos roles son el rol de padre, madre, hermanos y el rol de hijos. Existen otros roles que son establecidos por cada familia, por ejemplo, el rol del cuidador, el rol de quien debe mantener económicamente a la familia, el rol de ama de casa, entre otros. Estos roles generan una estructura en la familia que les permite en muchos casos funcionar adecuadamente; pero en otras ocasiones puede ser disfuncional (Brugués, 2016).

El funcionamiento de la familia y sus roles son realmente importantes, así como el conocer la experiencia subjetiva de cada miembro con respecto a los roles que deben cumplir en su familia, la oportunidad de conocer a mayor profundidad los efectos de la intervención tanto en la estructura de la familia como en la repartición de roles, nos ayudan a comprender qué tipo de dinámicas se llevan a cabo en el trascurso de eventos que liga a la familia al cuidado de un adulto mayor con alguna

enfermedad demencial. El rol que se funge durante la vida familiar puede facilitar el trabajo, suponiendo que los roles eran bastantes flexibles y existía una comunicación abierta entre los miembros, pero también puede dificultar la tarea de los cuidadores, pues es posible que la dinámica familiar haya sido estricta y solo se haya seguido el modelo donde los padres eran figuras muy fuertes de autoridad.

Muchas veces los otros familiares se limitan a criticar o dar consejos, esto obliga a preocuparse de un modo especial del cuidador principal, a insistir en que el cuidado del enfermo debe ser compartido, a que todos tienen derecho a su vida personal. Cuando no colaboran todos los familiares pueden aparecer profundas divisiones entre ellos.

Tabla 6. Comparación de tareas desempeñadas por los cuidadores y la familia

| Tareas desempeñadas por el cuidador | Tareas desempeñadas por la familia |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar con las actividades instrumentales de la vida diaria • Ayudar a la persona a tomar los medicamentos correctamente • Ayudar con las actividades personales de la vida diaria • Controlar los síntomas conductuales de la enfermedad • Encontrar y utilizar servicios de apoyo | <ul style="list-style-type: none"> • Contratar y supervisar a otras personas que proveen cuidado. • Encontrar y utilizar servicios de apoyo • Crear red de apoyo familiar para evitar el sobrecargo de tareas o estrés. • Establecer una de comunicación, paciente - familia – red de apoyo. • Que la familia entienda el proceso por el que se está pasando y puede ejercer la función cuidadora |

Comparación de las tareas principales que debe desarrollar específicamente el cuidador y la familia

7.4.2 Estado de salud

Para algunos cuidadores, las exigencias del cuidado pueden causar una disminución en su propia salud. La evidencia sugiere que el estrés de la provisión de atención de la demencia aumenta la susceptibilidad de los cuidadores a las enfermedades y complicaciones de salud. También se ha demostrado que los trastornos del sueño, que pueden ocurrir con frecuencia cuando se cuida a un familiar con enfermedad de Alzheimer u otra demencia, y ha influido negativamente en la salud de los cuidadores familiares. Los cuidadores de personas con

enfermedad de Alzheimer y otras demencias también son más propensos a indicar un alto grado de tensión física (Asociación Americana de Alzheimer, 2016).

La carga generada por proporcionar cuidados ha sido identificada por Mangone et al. (2000) como un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador. Asumir el rol de cuidador no es inofensivo. Es posible desarrollar un fenómeno de "sobrecarga" por la tarea asumida, Banchemo y Mihoff (2017) estipulan diversas variables:

- 1) Desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social
- 2) Deterioro familiar, relacionadas a dinámicas culposas, rabiosas y manipuladoras
- 3) Ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes.

Esto apunta hacia la necesidad de velar por la salud de los cuidadores que se encuentran en una edad que se caracteriza por la aparición de enfermedades crónicas (ver figura 15) las cuales están asociadas al estrés y en este caso la carga que genera el cuidado y la vulnerabilidad que presentan pudiera llevarlos a padecer afecciones físicas y psicológicas.

Problemas de tipo físico potenciales que pueden enfrentar los cuidadores

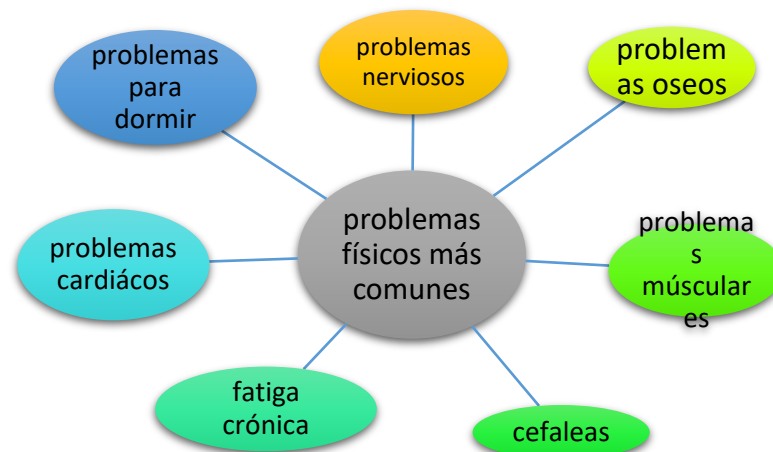


Fig. 15 Enfermedades crónicas más comunes relacionadas al estrés en cuidadores informales

7.4.3 Estado psicológico

Una mayor sobrecarga deteriora la salud mental, social y física del cuidador, presentando con mayor frecuencia trastornos ansioso-depresivos, mayor aislamiento social, empeoramiento de la situación económica familiar, mayor morbilidad general e incluso mayor mortalidad, que en población no sobrecargada. Además, el cuidador tiende a no buscar ayuda médica, postergándose y priorizando los problemas de su familiar dependiente, manteniendo la mayoría de sus propias patologías sin diagnosticar, tornándose casi "invisible" para el sistema de salud (Banchemo y Mihoff, 2017).

En el estudio de Espín realizado en 2008 se remarcó que muchos de los cuidadores reportan con respecto a la afectación psicológica, la angustia, el miedo y la desesperanza fueron los sentimientos negativos que más experimentaban los cuidadores, aunque también la mayoría sintieron ira y sentimiento de soledad. La repercusión psicológica del cuidado de una persona mayor dependiente no se limitó a la depresión y a la ansiedad, que fueron las alteraciones más estudiadas, también se encontró que experimentan sentimientos negativos que les resulta difícil manejar (ver figura 16). Así, por ejemplo, en el estudio de Espín (2008) encuentra en 42,0 % de los cuidadores, la aparición de tristeza y deseos de llorar, 32,0 % confiesa tener sentimientos de culpabilidad si no se encontraban al lado del paciente. Las reacciones emocionales adversas encontradas fueron: ansiedad (58,0 %), depresión (50,0 %), miedo (35,0 %), frustración (32,0 %), resentimiento (29,0 %), impaciencia (25,0 %) y culpabilidad (10,0 %), las cuales se encontraban sin diagnosticar y sin tratar.

Banchemo y Mihoff (2012) esclarecen la dimensión afectiva del cuidado, es decir aquellos aspectos psicológicos y emocionales que están en juego en la relación cuidador-cuidado. Esta relación es muy particular y refiere a una modalidad de vínculo afectivo de gran proximidad e intimidad. De esta manera, se evidencia como el "ser cuidador" para las personas mayores cuidadoras formaría parte de su

identidad, existiendo una trayectoria de cuidados muy llamativa de los cuidadores de este estudio la mitad cumplieron esta función anteriormente lo que hablaría de que la función de cuidado no sólo es una tarea adjudicada sino también asumida, posiblemente porque otorgaría reconocimiento (status) lo cual quizás en esta población cobraría mayor significación por su situación de doble exclusión al ser “viejos”.

Los beneficios del cuidado manifestados por los cuidadores según Calderón (2011) vemos como se llena ese vacío el cual representaría un no lugar familiar o social, que estaría cargado de necesidad de afecto, reconocimiento y contención. Dichas necesidades ubicarían a la persona mayor cuidadora en un lugar de considerable vulnerabilidad y de riesgo para su salud.

Problemas de tipo psicológico que pueden enfrentar los cuidadores



Fig. 16 síntomas más comunes relacionadas al estrés en cuidadores informales

7.5 Estrategias de los cuidadores informales

La creación de redes u asociaciones de familiares o cuidadores de personas con trastorno mental es relevante porque la discapacidad asociada a los trastornos emocionales y del comportamiento es superior a la observada para las enfermedades crónicas y en este orden de ideas una persona con discapacidad de

acuerdo al grado de severidad de la misma va a depender y a demandar cuidados de otros (Calderón, 2011). La importancia de estas organizaciones está en que a través de ellas los cuidadores o familiares pueden recibir información sobre la enfermedad, sobre los planes de tratamiento, grupos entre iguales o grupos de ayuda mutua y estrategias necesarias para afrontar las dificultades que supone la convivencia con un familiar.

Entre las variables que más se estudian actualmente, así como su repercusión en la carga, están las estrategias de afrontamiento. Los cuidadores participantes en este estudio utilizaron estrategias de búsqueda de apoyo externo solicitando la ayuda de otras personas, tanto familiares como no familiares y un número de cuidadores buscaba información acerca de la enfermedad de su familiar. Se observó que los cuidadores no utilizaban estrategias de apoyo interno para afrontar el cuidado. Un estudio plantea que los cuidadores utilizan una combinación de afrontamiento centrado en la emoción y en el problema en lo referente al comportamiento del paciente. La respuesta más común es "desear que la situación no existiera" e "intentar ver las cosas de otra manera (Espín, 2008).

Por lo que toca al cuidador que deberá de tener cuidado sobre sí mismo, es necesario que busque la manera de preservar espacios físicos y de tiempo en los cuales descanse del cuidado que le proporciona a su paciente. Igualmente estar atento a la eventual aparición de síntomas, que en un momento dado requerirán de tratamiento específico a cargo de un psicólogo o psiquiatra (Ugalde, 2010). Es necesario incorporar a los programas de intervención psicológica con cuidadores, la forma de identificar y manejar de una manera adecuada estos sentimientos, que interfieren en el cuidado y dañan la calidad de vida, tanto del cuidador como del receptor de cuidados (Espín, 2008). La estrategia de afrontamiento más utilizada en él estudio de Espín (2008) fue la búsqueda de ayuda por parte de familiares (42,5 %), seguida de la búsqueda de ayuda de otras personas (29,5 %) y por último, la búsqueda de información en el 28,0 %.

Espinoza y Jofre (2012) destacan que el nivel de sobrecarga del cuidador, el apoyo social percibido y la capacidad de agencia de autocuidado son indicadores que deben ser utilizados para la valoración de los cuidadores informales, en términos de las consecuencias que les produce la tarea de cuidar, para planificar actividades de apoyo a los cuidadores que permitan diseñar estrategias de ayuda y abordar en forma precoz dificultades, tanto en la calidad de vida como en la labor de cuidar.

7.6 Apoyo a los cuidadores informales

En datos de estudios internacionales Corral Ruiz (Citado en Banchemo y Mihoff, 2017) aclara el escaso apoyo recibido y las formas de resolver el requerimiento de acuerdo al nivel socioeconómico en tanto solo un 6,5% de las personas cuidadoras de familiares dependientes reciben ayuda de las administraciones públicas y que las familias de estratos sociales más altos suelen resolver sus necesidades de apoyo en el ámbito de los cuidados formales privados de atención (fundamentalmente mediante empleadas/os domésticas) mientras que las capas sociales más bajas no pueden pagar cuidados de sustitución y es la familia la que los asume a su exclusivo cargo.

Entre los resultados de las afectaciones de índole socioeconómica, se observó que los problemas económicos y los conflictos familiares, eran una constante en una de las mayores preocupaciones. Otra característica que sí coincide con otros estudios nacionales e internacionales es que alrededor de la mitad de los cuidadores mantienen vínculo laboral. Muchos no continúan laborando y a veces se jubilan antes de lo previsto por tener que asumir esta tarea, pero otros siguen trabajando por razones económicas y/o profesionales (Espín, 2008). Esta situación amplía la diversidad de tareas y el esfuerzo que deben realizar, lo que requiere de una buena planificación del tiempo. Otro estudio muestra que cerca de la mitad de los cuidadores seguían trabajando, el 9 % había dejado de hacerlo por la necesidad de cuidar al anciano y el 20 % había tenido que alterar sus esquemas laborales

Existen otras variables que se enmarcan en lo socioeconómico que también se afectan con el cuidado de una persona dependiente, se trata de los ingresos monetarios, la vida social, laboral y familiar y el empleo del tiempo libre. Un estudio plantea que las principales consecuencias de la atención a familiares mayores dependientes eran la restricción en el tiempo libre y en actividades sociales, las cargas económicas y las dificultades laborales, entre otras (Calderón, 2011).

Una de las mayores afectaciones derivadas del cuidado del adulto mayor dependiente, eran los conflictos familiares, lo cual coincide con los resultados de otras investigaciones realizadas y superado sólo por la poca disponibilidad de tiempo libre. Si bien la familia es la principal proveedora de cuidados y tanto sus miembros como el propio anciano desea permanecer en ella y obtener de esta toda la atención, cuando llega el momento en que pierde su autonomía y su capacidad para valerse, no dejan de suscitarse contradicciones y en algunos casos de carácter severo, debido a una serie de cambios que debe asumir la familia para lo cual pocas veces está preparada, (Espinoza y Jofre, 2012).

Espín (2008) menciona que ocurre la "inversión de roles", produciéndose un cambio en la dirección en la que se produce el cuidado habitual de padres e hijos, lo cual requiere de un cambio de mentalidad respecto al tipo de relación padres-hijos y exige del cuidador un esfuerzo de adaptación. El cuidado de la persona mayor dependiente implica muchas tareas, tiempo y dedicación, que en ocasiones la pareja o los hijos del cuidador le reclaman a este. Otro elemento que incide en la aparición de este problema es la percepción del cuidador de que no recibe apoyo suficiente tanto en recursos, en ayuda, y desde el punto de vista moral, por parte del resto de la familia. La satisfacción de las necesidades personales es otro aspecto que se ve afectado, el cuidador poco a poco va centrando su vida en el cuidado del enfermo y se va olvidando de sí mismo.

Calderón (2011) enfatiza que en cuanto al sistema de seguridad social menos de la cuarta parte de los pacientes son del régimen vinculado, siendo este un alto

porcentaje que no se esperaría de acuerdo a las políticas de ampliación de cobertura del sistema actual de salud. Solo menos de dos cuartas partes de los cuidadores reconoce que ha recibido alguna clase de orientación o explicación por parte del personal de salud sobre la enfermedad, cuando una amplia lista de estudios ha señalado que “las intervenciones psicoeducativas a los cuidadores han demostrado una mejora significativa en la carga que soportan los cuidadores y en la satisfacción percibida por el propio cuidador”. Es de resaltar que la mayoría de cuidadores cuidan al paciente desde el diagnóstico de la enfermedad y gran parte le dedican al paciente más de 12 horas diarias al cuidado. Es posible afirmar que tanto los pacientes como los cuidadores comparten condiciones de pobreza, insalubridad, dificultades de vivienda, dificultades en acceso a salud, dificultades laborales (citado en Calderón, 2011).

Según la declaración de Rio, llevada a cabo en el 2013, se hacía un gran hincapié a que los gobiernos a que cumplieran sus compromisos en el Plan de Acción y a que establecieran metas y objetivos nacionales y regionales dentro del Marco de Desarrollo de las Naciones Unidas para el período posterior a 2015, de manera que el cultivo de una cultura de atención a lo largo de toda la vida se convirtiese en una prioridad para el desarrollo internacional y en que la cultura del cuidado debía extenderse hasta el final del curso de la vida, a través de la promoción del cuidado paliativo que se entendido como el completo alivio y la prevención del sufrimiento físico, psicosocial y espiritual mientras la persona estuviese viva.

8. Propuestas principales y planes de acción



México actualmente lleva a cabo un plan de acción, integrado por varias instituciones, esta tiene como objetivo 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.

8.1 Exposición del problema actual

Mucha de la literatura recabada, enfatiza notablemente que muchas personas no muestran un gran interés por el tópico en cuanto se trata del envejecimiento. Varios problemas actuales en un país como lo es México se refieren a problemas como lo son la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebro-vasculares, estas enfermedades se relacionan directamente con la población, pues está claro que no solo los adultos sufren de estas enfermedades, muchos de los menores también sufren de este tipo de padecimientos.

Estos son factores de riesgo considerados para desarrollar algún problema al envejecer son los que actualmente padece la mayoría de la población lo cual indica que, entonces es probable el desarrollo de estos tipos de demencia señalados anteriormente, por alguno de los factores de riesgo que muchos mexicanos padecen en su vida cotidiana.

Estos problemas son vistos aislados al presente pero las consecuencias son una realidad a la que la población se tendrá que enfrentar en la vejez. Esta estigmatización en algunas ocasiones es impensable, la sociedad mexicana no está dispuesta ni preparada para tocar este tema, pues se es vista como una sociedad joven y vitalizada, pero esta cultura tiene edad y está envejeciendo.

Dentro de la promoción de estrategias en el plan de acción de México 2014, se encuentra:

- 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. Por medio de las líneas de acción:

- Promover el combate a la discriminación en todos los ámbitos.
- Informar a las personas mayores en situación de desventaja sobre sus derechos y darles conocer las formas de acceder a los servicios y lugares adecuados en caso de necesidad, en particular al ser víctimas de maltrato o discriminación...(p.18)

Sin embargo, esta promoción de estrategias no especifica qué tipo de discriminación y a qué tipo de población está dirigido. Considerando que más como un problema de discriminación, es esencial un programa donde se exprese abiertamente el tema de la vejez, como un tema de interés para el cual hay que prepararse y verlo de forma natural. De esta forma la gente se puede concientizar aún más sobre la calidad y el estilo de vida que desea tener no sólo en su vida diaria; sino a lo largo de ella.

8.2 Sensibilización de la vejez como un proceso natural e infalible

Muchos de los textos utilizados, abordan la vejez, desde un punto económico, social, productivo o como un problema de salud. Los textos están enfocados principalmente a abordar el problema que causa el ser un adulto mayor. Sin embargo, algo que cabe mencionar es que muchos de ellos no tocan el tema de la percepción socio-cultural en México, no es la misma percepción que se tiene en Japón, en Chile o en Uruguay sobre la vejez, la que se tiene específicamente en México, y como hemos remarcado.

La imagen que se construye sobre la vejez es producto histórico-cultural que refleja imaginarios diferentes que son contruidos desde la sociedad y las instituciones, como es por ejemplo la imagen de la vejez como un momento de descanso después de años de aporte laboral o, desde otro lado, la imagen de la vejez como dependencia y pobreza. Estas caras de la vejez son ante todo el resultado de la construcción social a partir de la edad

“...bajo el *ethos* de la modernidad, el éxito, la competitividad, velocidad y agresividad, son claramente identificados con la juventud y las personas de

la tercera edad son presentadas como anacrónicas (Rodríguez, 1979). Esta visión no distingue de clase social, raza, o color de piel; retiro e inutilidad, quedan entrelazados a la imagen de la vejez, y trasforma los prejuicios, en hechos casi irrefutables (Acevedo y Bruno, 2016). (p.17)

La vejez o ser adulto mayor es un tema casi tabú, muchos jóvenes y adultos evitan a toda costa el tema del envejecimiento, y la relación del porque muchos productos anti-envejecimiento son tan populares en nuestra cultura. La realidad es que la vejez es totalmente estigmatizada por todas las edades, y en algunos casos es peor que tener una enfermedad terminal. La percepción de la vejez en adultos mayores por otro lado, no se ve como algo negativo o positivo ya que ésta depende mucho más de la persona y de su historia, según reporta el estudio de Garay y Avalos (2009) sobre la autopercepción de la vejez en los adultos mayores en México.

...se hace necesario cada vez más cambiar los estereotipos negativos sobre la vejez, cuestión que implica un esfuerzo conjunto de individuos tanto en las familias como en los que otorgan los servicios a la población adulta mayor y por supuesto en la sociedad. Se deben de generar programas intervinientes que orienten a los individuos sobre los cambios naturales que impone la edad tanto física como socialmente, de manera que tenga conocimiento de la realidad que le tocará vivir y que se tenga un menor impacto en su autopercepción. (p.56)

Entonces, la revisión cualitativa de la percepción es un tema bastante importante, que nos lleva a cambiar totalmente el ángulo con que se mira ser adulto mayor en México, y estos cambios se podrían realizar desde la infancia, la adolescencia, la madurez y cualquier otra etapa, así se lograría una normalización; como en muchas culturas se es admirada y respetada la figura del adulto mayor. El plan de acción México 2014 propone:

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. (p15)

8.3 Importancia de los cuidadores informales

En la trayectoria de investigación referente a las demencias, muy pocas veces son mencionados el gran papel que deben de desempeñar los cuidadores. Mucho se habla de cuidadores formales, quienes reciben un entrenamiento especial para poder tratar y apoyar a las personas que necesitan de los cuidados, sin mencionar que casi todos trabajan para el sector salud u otros particulares. Pero la gran mayoría de las familias de adultos mayores con algún tipo de demencia, no pueden costearse un cuidador profesional, por lo cual ellos mismos deben encargarse de cuidar y cubrir las demandas que requiere el adulto.

En los avances reportados en el plan de acción, se impartieron 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. Esta consistió en un diplomado en Alzheimer y otras demencias y las conferencias interactivas realizadas en el marco del XIX Congreso Nacional de Alzheimer. Esta fue atendida por 180 profesionistas en el área de la salud y se reporta haber cumplido con los objetivos de sensibilizar al personal sobre las necesidades de los pacientes y sus familias. El taller fue dirigido únicamente a profesionales de la salud.

8.4 Centros de salud al apoyo de los cuidadores

Exponer que el cuidador informal necesita de un gran apoyo interno y externo es vital para mantener la salud y un buen estado de ambas partes, la AMAES (Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares) en 1991 fomentó la creación de grupos de apoyo, asociaciones estatales e instituciones de Alzheimer. Una de las principales actividades promovidas por las asociaciones de Alzheimer u otro tipo de enfermedades, 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.

La fundación Alzheimer México es un grupo supervisado por el área de Psicología. Se dirige a familiares, cuidadores y profesionales. Su objetivo es dar un espacio de escucha y ayuda. La dinámica que se desarrolla es una charla dirigida por algún invitado experto sobre temas de interés para el cuidador, como son: higiene del enfermo, técnicas de contención del enfermo agitado y agresivo, problemas familiares, demencia, consejos financieros, el derecho a descansar y divertirse del cuidador, entre muchos otros temas de interés. Este es un espacio para la exposición de diversas temáticas para los familiares donde se centra en escuchar los problemas de quien necesita ayuda o consejo. Aquí intervienen los cuidadores primarios, que tienen con frecuencia la mejor respuesta a los problemas. Se organizan dinámicas grupales para propiciar la interrelación de los cuidadores y contribuir a que el enfermo y la familia tengan una mejor atención y, consecuentemente, más calidad de vida.

Este taller es impartido por una institución privada, la oferta es al parecer a todo público, sin embargo, no tiene las especificaciones si en realidad cualquier persona que necesite ingresar a este grupo de apoyo lo pueda hacer. El gobierno tiene la intención de crear este tipo de redes para que los cuidadores puedan ser asesorados, pero no ha existido un gran avance en los últimos 4 años desde que el plan de acción fue emitido. Pero como propuesta estas redes de apoyo pueden ser brindadas en las casas delegacionales o incluso en los centros más comunes de salud como el ISSSTE y el IMSS. Porque es cierto que existen promotores de apoyo gerontológico para prevención y otras áreas. Sin embargo, la realidad indica que estos grupos están en horarios muy dispersos o que este tipo de actividades son nulas en los institutos de salud.

8.5 Planes de apoyo gubernamentales

Se ingresó a la página oficial del Instituto Nacional de Geriátrica, a la Federación Mexicana de Alzheimer, al Instituto Nacional de Salud Pública y al Instituto de Neurología y neurocirugía. Ninguno ha reportado hasta la fecha algún proyecto relacionado a los cuidadores y/o capacitaciones de adultos mayores.

Únicamente el INAPAM en 2017 reportó varios objetivos alcanzados. Pero ninguno relacionado con cuidadores.

En cuanto a programas de capacitación, existen varios cursos que promueve el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México (IAAM), este programa está dirigido a mujeres y hombres que realizan actividades de cuidado en el domicilio de las personas adultas mayores derechohabientes de la pensión alimentaria. Las personas son familiares de adultos que reciben la pensión alimentaria, pero también puede ser tomado para todo aquel que esté interesado en el cuidado de los adultos mayores. El programa que brinda esta institución no tiene costo alguno, para que esté al alcance de cualquier condición socioeconómica. Este taller está estructurado en dos cursos por semestre. Y no tiene cupo limitado, este se imparte en las 16 delegaciones de la ciudad.

En cuanto a lo económico, la secretaria de trabajo y fomento al empleo, destina 1433 pesos como beca mensual a los cuidadores que se capacitan en el cuidado de adultos mayores. Durante la capacitación las cuidadoras aprendieron los principales padecimientos y síndromes geriátricos de las personas mayores y cómo identificar cuando es necesaria la atención médica; la problemática general que existe alrededor de las personas mayores; prevención y cuidados a nivel social, rehabilitatorio y nutricional. Así como el autocuidado físico, psicológico, emocional y familiar; los derechos de las personas mayores y herramientas necesarias para utilizar su conocimiento del cuidado como un servicio que puede proporcionarles empleo o autoempleo remunerado.

Aunque el curso ofrece varios programas y se enfoca en las principales necesidades, este no está realmente enfocado con padecimientos psiquiátricos o demenciales. El problema que estamos señalando, no va enfocado al cuidado de los adultos mayores, sino al cuidado y riesgos que implica para los mismos cuidadores.

9. Conclusiones

La meta principal de este trabajo fue identificar varias características de los padecimientos que sufren millones de personas en el mundo. El objetivo de este trabajo pudo describir y localizar algunas de las principales características de las demencias y padecimientos psiquiátricos que comprometen a muchas familias a brindar cuidados a sus adultos mayores, así como la identificación de esta enfermedad que ha tenido un crecimiento exponencial en los últimos años, está ganando terreno en este mundo lleno de enfermedades y otros problemas que afectan la calidad de vida en la vejez. Ser adulto mayor en muchas culturas es significado de estar enfermo y tener alguna discapacidad. Sin embargo, crear conciencia de que este problema puede llevar a un camino muy diferente y que la transición a la muerte puede ser visto de una forma natural e indolora debe ser explorado y entender a la muerte como una etapa más de un ciclo vital.

El punto más destacable de este trabajo no fue únicamente conocer las características de este padecimiento. Lo que se busca destacar es que el adulto mayor está rodeado por gente con la que suele convivir, la mayor parte de los casos es su propia familia. Esta enfermedad es realmente demandante y no se busca enfatizar la atención hacía la persona afectada; en su medio y en su núcleo familiar todas las personas que conviven de forma cercana, son quienes cuidarán y dedicarán mucho de su tiempo al adulto. Este trabajo busca más allá de dar los rasgos, busca sensibilizar y dar a conocer más información a más gente pues en específico este tipo de enfermedad no es realmente predecible y cualquiera de nosotros puede enfrentarse a este tipo de conflictos.

Finalmente, como profesionalista de la salud considero que la tarea apenas empieza y estamos a tiempo de poder mejorar el futuro que nos depara, puede que sea ambiciosa la idea de que la vejez se vea como una etapa buena, de relajación, de reivindicación, de autodescubrimiento, de cierre de ciclos y sin tabúes de prepararse para la muerte no solo de seres queridos, sino también de la propia, además de realizar mayor investigación de los factores que podrían prevenir enfermedades neurodegenerativas y el mismo modo desarrollar tratamientos que pueden beneficiar a pacientes que pueden desarrollar enfermedades de este tipo. La población mundial está envejeciendo, algo que no solo pasa en México y los estigmas que hemos encontrado no pueden ser un obstáculo una vez que han sido identificados. Es esencial trabajar con todo tipo de poblaciones, pero la población de adultos mayores es una de las que más se ha visto afectada y muchas veces dejada de lado por otros problemas sanitarios más importantes.

La cultura del cuidado, es uno de los principales objetivos para que la persona mayor pueda vivir en óptimas condiciones de vida, y por supuesto el cuidador que provee el servicio, pueda desenvolverse en su vida cotidiana con el apoyo de familiares amigos o vecinos. Esta red de apoyo promueve una cultura del cuidado sana, donde cada parte que este expuesta tenga las herramientas necesarias para actuar, y la carga emocional, social, física y psicológica puedan ser aliviadas. Uno de los objetivos próximos es lograr esto antes del 2050, que hasta ahí se ha enfatizado la estimación de la población. El objetivo es lograr que pueda cambiar, pues esto en algún punto de nuestras vidas puede convertirse en una situación así.

Es humano envejecer y por lo tanto no importa la condición económica, social o cultural, cualquier persona puede afrontar esta situación. La cultura del cuidado debe de estar al alcance de todos eliminando las barreras económicas, para cuidar a los futuros adultos mayores o a los actuales adultos mayores. Así brindar un buen cuidado de forma segura a nuestros abuelos, a nuestros padres o relativos, y esperar también que algún día seamos cuidados de forma y condición óptima, y esto mejore y prevalezca con los años.

10. Referencias

- Abecasis, C. (2002). Material curricular: Breve historia de la salud pública. *Área de tecnología en salud*, Universidad Nacional del Rosario. Recuperado de: http://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/2976/mod_resource/content/0/1_Breve_historia_de_la_Salud_Publica_protegido.pdf.
- Acevedo, J., y Bruno, F. (2016). Vejez y sociedad en México: las visiones construidas desde las Ciencias Sociales, *Forum Sociológico*, 29(1453). doi: 10.4000/sociologico.1453
- Alanis, G., Garza, J., y González, A. (2008). Prevalencia de Demencia en pacientes Geriátricos. *Aportaciones Originales*. 46(1), 27-32.
- Alzheimer Disease International. (2015). The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Recuperado de: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>
- Alzheimer's Association. (2016) Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimer's & Dementia* 2016;12(4).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*.
- Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares [AMAES]. (2018). Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Alz-10.pdf>
- Banchero, S., y Mihoff, M. (2017). Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva. *Psicología, conocimiento y sociedad*. 7(1) 7-35.
- Boissier, F. (1771). Nosologie méthodique, dans laquelle les maladies sont rangées par classes, suivant le système de Sydenham, & l'ordre des botanistes. Recuperado de: https://www.psychanalyse.com/pdf/MEDECINE_DIVERS_nosographie_nosologie.pdf
- Brugues, V. (2016). *Terapia familiar estructural para familias con padres con demencia*. (Proyecto de investigación), Universidad de San Francisco de Quito. Quito, Ecuador.

- Calderon, A. V. (2011). Características de los cuidadores de enfermos mentales en Neiva, diciembre 2010 y enero 2011. *Revista facultad de Salud*. 3(1): 43-53
- Cierceron, M, T. (2005). De La vejez. Madrid, España: Arteprint. Impresores digitales S. L. L. Recuperado de: <https://omegalfa.es/downloadfile.php?file=libros/de-la-vejez-bilingue.pdf>
- Declaración de Rio. (2013). Beyond Prevention and Treatment: Developing a Culture of Care in response to the Longevity Revolution. Recuperado de: <http://ilcbrazil.org/news/the-rio-declaration-developing-a-culture-of-care-in-response-to-the-longevity-revolution/>
- Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. (2016). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Recuperado de: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf
- Dickerson, B. (2017). *The role of functional neuroimaging in the evaluation of patients with cognitive/behavioral impairment of Dementia*. (Reporte). Alzheimer Disease Research Center. Boston. Estados Unidos.
- Donoso, A. (2007). Que deben saber los familiares de los pacientes con demencia. Recuperado de: https://www.gerontologia.uchile.cl/docs/don_1.pdf
- Eguiluz, L. (2003). Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico. Mexico, Ciudad de México: Editorial Pax Mexico.
- Erkinjuntii, T., Østbye, T., Steenhus, R., y Hachinsky, V. (2017). The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia. *The new England Journal of Medicine*. 337(23), 1667-1674.
- Espín, M. A. (2008). *Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia*. (Investigación). Escuela Latinoamericana de Medicina. La Habana, Cuba.
- Espinoza, B., Rodríguez, A., Moreno, K. M., Acosta, I., Sosa, A.L., Gutiérrez, L. M., Y Téllez, M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Publica*. 55(2), s323-s331.

- Espinoza, K. y Jofre, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y cuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*. 18(2), 23-30.
- Fratiglioni, L., De Ronchi, D., y Agüero-Torres, H. (1999). Worldwide prevalence and incidence of dementia, *Aids international limited*. 15 (5): 365-375
- Global Burden Disease. (2010). The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *The Journal of Alzheimer's Association*. 6(2), 98-103. Doi: 10.1016/j.jalz.2010.01.010
- Garay, S., y Avalos, R (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Kairós*. 12(1), 39-58.
- Gutiérrez, L. M., Agudelo, M., Giraldo, L., y Hernan, H. (2017). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. (reporte). México: Instituto Nacional De Geriatria.
- Gutiérrez, L. M. (2016). *Diagnóstico actual del problema*. México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"
- Gutiérrez, L. M. y Arrieta, I. (2015). Demencias en México: la necesidad de un Plan de Acción. *Gaceta Médica de México*. 151, 667-673.
- Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (2013). *Family therapy: An overview*. Belmont, Estados Unidos: Brookscole.
- Grasso, L., y Gonzalo, M. (2016). Prevalencia de las Demencias del tipo Alzheimer, Demencias Vasculares y otras Demencias del DSM-IV y del ICD-10 en la República Argentina. *Revista neurológica de Argentina*. Junio: 2015.
- Instituto Nacional de Geriatria. (2013). *Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud*. México: Primera Edición.
- INAPAM. (2017). Informe Anual de Actividades 2017.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer*. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-393-10. Recuperado de: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). *Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención*. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-144-08.
- Instituto nacional de Geriátrica. (2014). *Plan de acción Alzheimer y otras demencias*. México: Primera edición.
- Jurado, A., Mataró, M., y Pueyo, R. (2013). *Neuropsicología de las enfermedades neurodegenerativas*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Kurz, A., Freter, H., Saxl, S., y Nickel, E. (2015). Demenz Das Wichtigste (2). Recuperado de: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/das_wichtigste_ueber_alzheimer_und_demenzen.pdf
- Llibre Rodriguez, J., Ferri, C., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K., Krishnamoorthy, E., Salas, A., Sosa, L., Acosta, I., Dewey, M., Gaona, C., Jotheeswaran, A., Rodríguez, D., Rodríguez, G., Kumar, P., Valhuerdi, A., y Prince, M. (2008). Dementia Research Group. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet*. 372(9637),464-74.
- Lobo, A., Launer, L., Fratiglioni, L., Andersen, K., Di Carlo, A., Breteler, M., Copeland, J., Dartigues, J., Jagger, C., Martinez-Lage, J., Soininen, H., y Hofman, A. (2000). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group*. 54(11), s4-s9.
- López, J., y Agüera, L. F. (2015). *Unidad de Investigación Proyecto Alzheimer*; Instituto de Salud Carlos III. Madrid, España: CIBERSAM.
- Mangone, C., Arizaga L., Allegri, F., y Ollari, J. (2000). La demencia en Latinoamérica. *Revista de neurología argentina*. 5(3). 108-112.
- Manrique B, Mundo, V., Moreno, K., Sosa, A., y Salinas, A. (2013). *Resultados estatales del perfil epidemiológico de los adultos mayores en México*. (Documento de trabajo). INGER, México: Ciudad de México.

- Minois G. (1987). *Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento*. Madrid, España: Nevea.
- Moreno, J., Arango, J., y Rogers, H. (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. *Psicología Desde el Caribe*, 26(1), 35-48.
- Niño, G., Marroquín, J., y Garza, A. (2006). Prevalencia de Demencia en pacientes Geriátricos. *Aportaciones Originales*. 46 (1), 27-32.
- Nitrini, R., y Dozzi, S. A. (2012). Demencia: definición y Clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 12(1), 75-98.
- OMS. (2013). Draft global action plan on the public health response to dementia, OMS.
- OMS. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025. OMS. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/
- OMS. (1992). *La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Décima Revisión (CIE-10). Publicación Científica No. 554. Recuperado de: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
- Prince, M., Ali, C. G., Prina, M., Guerchete, M., Albanese, E., y Wu, Y. (2016). Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia *Alzheimer's Research & Therapy*. 8(23), 2-13.
- Rabbitt, P., y Lowe, C., (2000). Patterns of cognitive ageing. *Psychol Res*. 63(3-4): 308-316.
- Rodríguez, J. (1979). Perspectiva sociológica de la vejez. *ReiS*, 7, 77-97.
- Rotterdam. E. (2016). Elogio a la locura. México, Ciudad de México. Océano Expres

- Slachevsky, A., y Oyarzo, F. (2008). *Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en Tratado de neuropsicología Clínica*. Buenos Aires, Argentina: Librería Akadia editorial.
- Simposio de Medicina Geriátrica. (2014). *Demencias una visión panorámica*. Universidad De San Luis Potosí. San Luis Potosí, México.
- Trejo, C., (2001). El viejo en la historia. *Acta Bioethica*, 7(1). 107-119.
- Ugalde, O. (2010). *Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos geriátricos*. Instituto de Psiquiatría "Ramon de la Fuente Muñiz". México, Ciudad De México. Guías Clínicas Para la atención de trastornos mentales.