



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ACATLÁN**

El Modelo Clínica de la Memoria, del Inapam,
un esfuerzo para no olvidar

Tesina y examen profesional

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
Licenciado en Periodismo y Comunicación Colectiva

PRESENTA

José Cleofas Arenas Zamarripa

Mtro. J. Daniel Mendoza Estrada

Asesor: _____



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 universidad, institución que me proporcionó las herramientas necesarias para el desempeño de una actividad noble y con visión humanista. Sin su ayuda, quizá mi destino no hubiera sido lo que es.

A mis hijos, José Antonio y Eduardo de Jesús, quienes me animaron a concluir un proyecto que inicié antes de que ellos nacieran. Su amor, generosidad, paciencia, ejemplo y entusiasmo, fueron decisivos para materializar este objetivo.

A mi madre, por su amor y ejemplo de vida. Ella ha sido, sin saberlo, promotora y protagonista de este trabajo, y lamento que hoy su deterioro cognitivo le impida verlo terminado. También a mi padre, por lo que involuntariamente me enseñó antes de partir.

A Carmen, por su amor, emoción y generosidad infinitas; por su interés y apoyo hacia un propósito que hizo suyo, por su impulso para avanzar aún en los momentos difíciles, y por no quitar *el dedo del renglón*. También por aplaudir y celebrar cada paso de este andar.

A Mariana, por esa generosidad que, según creo, es herencia materna; por su amabilidad y entusiasmo.

A mi asesor de tesis, por su acompañamiento, consejos y recomendaciones una y otra vez, tantas como fueron necesarias para mantener la calidad de este texto.

A mis maestros y a mis compañeros de carrera, y también los del ámbito profesional. De todos aprendí.

A los personajes que, voluntariamente o de manera fortuita, tienen un lugar en estas páginas. Ellos me dieron mucho y por eso, les dejo afecto y gratitud.

Índice

Introducción	1
Antecedentes	15
1. El envejecimiento en México, “como te ves, me vi; como me ves, te verás”	19
1.1. Descripción cuantitativa de la población adulta mayor en México	22
1.2. Estados del país con mayor porcentaje de adultos mayores	26
1.3. Breve repaso de la política pública sobre envejecimiento en México	33
2. Alzheimer y otras demencias, un reto para el país	41
2.1. Qué son las demencias y cómo se identifican	43
2.2. No todo el deterioro cognitivo es Alzheimer	48
2.3. Cuántos tipos de Alzheimer se conocen y cuáles son sus características	54
2.4. Cómo se debe tratar el deterioro cognitivo en personas adultas mayores	59
2.5. Los cuidadores de personas adultas mayores con deterioro cognitivo y Alzheimer	65
3. El modelo Clínica de la Memoria, del Inapam, un ejemplo de geriatría aplicada	70
3.1. Antecedentes y surgimiento del modelo Clínica de la Memoria	71
3.2. Cómo funciona y cómo se tiene acceso al servicio de la Clínica de la Memoria	73
3.3. Qué resultados tiene el modelo	76
3.4. Perspectivas del modelo Clínica de la Memoria	82
4. Recomendaciones para familiares de personas con Alzheimer	85
4.1. Mientras unos quieren olvidar, otros se empeñan en recordar	95
4.2. El reto de ser cuidador	98

Conclusiones	103
Fuentes consultadas	112
Anexos	116

Introducción

Objetivo general. Explorar las características de la Clínica de la Memoria, del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), un modelo de atención geriátrica que atiende a personas con deterioro cognitivo, principalmente Alzheimer.

El trabajo incluye una descripción de los diversos tipos de demencia entre personas mayores, sobre todo, Alzheimer, una de las más comunes, la cual se presenta, principalmente, en personas mayores de 60 años.

La información, recabada entre septiembre de 2017 y diciembre de 2018, proviene de documentos especializados y de entrevistas con expertos y personas vinculadas con pacientes afectadas por esas enfermedades. Esta fue la base para este trabajo, con las características del reportaje demostrativo, su metodología y estructura, según la definición de Vicente Leñero y Carlos Marín. (Leñero, 1986).

Justificación. México experimenta un acelerado proceso de envejecimiento, según opinan expertos en el tema. De acuerdo con el Conapo, (Consejo Nacional de Población, 2015) actualmente hay 12.4 millones de personas mayores de 60 años, cifra equivalente al 10 por ciento del total, que se calcula en 124 millones, en 2017. Y se prevé que en 2050 habrá más personas mayores de 60 años que menores de 15, según el Dr. Sergio Valdés y Rojas, director de Atención Geriátrica del Inapam.

Los retos que ese fenómeno representa para el país, la sociedad, y los propios adultos mayores, comprenden aspectos diversos como salud, trabajo, pensiones y familia. Y todo parece indicar que no estamos preparados para proporcionar atención integral de calidad a este sector de la población, considerado como uno de los más vulnerables.

Sin embargo, en el discurso oficial, los adultos mayores son los depositarios de la experiencia, del saber y pilares de la familia. Por tanto, es necesario procurarles una

vida decorosa, atenderlos, cuidarlos; proveerlos de los medios necesarios para una vejez sana, activa y digna, lo cual no siempre sucede.

El ámbito familiar constituye para ellos otro dilema, pues cuando no colaboran con las actividades cotidianas, ni contribuyen económicamente, o de plano son improductivos, se convierten en una carga difícil de sobrellevar. Eso ocasiona que, en muchos casos, se les margine, ignore, maltrate y, hasta se les despoje de sus bienes o beneficios, según han documentado diversas instituciones, entre ellas el Inapam.

La situación para este sector de la población se complica, pues no hay un entendimiento, o comprensión cabal de lo que significa envejecer. Incluso, los propios adultos mayores tienen dificultad para asumir su condición, para aceptar los cambios biológicos que eso conlleva y adaptarse a su nueva realidad con dignidad y con el pleno respeto de sus derechos.

Esfuerzo importante

El esfuerzo que realiza el Inapam es importante. Su labor, como organismo rector de la política pública sobre envejecimiento en México, ha sido fundamental en los años recientes para reposicionar a los adultos mayores en la sociedad, como sujetos de derecho y no como objetos del asistencialismo.

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, el marco normativo que le da sustento al Inapam, constituye hoy en día un instrumento valioso para la defensa de los adultos mayores. Sin embargo, aún falta mucho por hacer para que ese sector conozca y ejerza esos derechos; hay muchas personas que no conocen la ley que los protege y otras, conociéndola, no la ejercen por diversos motivos.

Otro aspecto del envejecimiento, quizá el más dramático y tema central de este trabajo, es la pérdida de la memoria. Cuando eso sucede, la situación de los adultos

mayores en la familia se complica enormemente: pierden su situación espacio temporal, no saben quiénes son ni dónde están, se deprimen y se ponen agresivos.

Todo eso supone la necesidad de disponer de una o más personas especializadas en el cuidado y atención de personas adultas mayores con deterioro cognitivo, sea éste leve, moderado o severo. En cualquier caso, son los especialistas quienes tienen las herramientas necesarias para procurar calidad de vida a los pacientes con esa enfermedad.

Sin embargo, hay muy pocos cuidadores profesionales, lo cual agrava la situación de los adultos mayores, especialmente de quienes tienen deterioro cognitivo, y de sus familiares, pues alteran sus actividades cotidianas para atender a sus pacientes. Y muchas veces, sin herramientas teórico prácticas necesarias para esa labor.

Sombrío panorama

Ese panorama es aún más sombrío cuando se revisan las cifras. Según el Instituto Nacional de Geriátría (INGER), actualmente hay en México unas 800 mil personas con deterioro cognitivo. (Vitela, 2018, pág. 2)

Precisa que hay cerca de 80 demencias conocidas, pero no todas son Alzheimer. Sin embargo, seis de cada diez demencias tienen relación directa con ese padecimiento, el cual no tiene cura, por el momento. Además, es poco lo que se conoce acerca de sus causas, evolución y tratamiento.

A casi 100 años de que se diagnosticó el primer caso, los avances de la ciencia en su conocimiento y tratamiento son magros. Por tanto, lo único que puede hacerse hoy en día, es tratar de prevenirlo, con un estilo de vida sano, atenderlo cuando ya se manifestó, y tratarlo con algunos medicamentos que han probado cierta eficacia, aunque con efectos colaterales.

Es en este aspecto donde cobra especial relevancia la Clínica de la Memoria del Inapam. Se trata de un modelo de atención geriátrico que se ha desarrollado en los últimos quince años, mediante la investigación y atención especializada de pacientes con deterioro cognitivo. Todo lo aprendido se aplica a nuevos pacientes, para ir descubriendo cómo se comporta la enfermedad y cómo se puede abordar.

El modelo, a cargo de la doctora Luz Esther Rangel López, su coordinadora, pretende entender la enfermedad, aprender a prevenirla, tratarla y, en muchos casos, revertirla, por medio de su estudio y la atención de pacientes con ese padecimiento, según expuso el Dr. Sergio Salvador Valdés y Rojas, director de Atención Geriátrica del Inapam, en entrevista con este reportero (Valdés y Rojas, 2017)

El concepto del modelo ha dado como resultado el desarrollo de técnicas, patrones y tratamientos que pueden replicarse en instituciones públicas o privadas, interesadas en atender el problema de manera integral.

Labor discreta, pero eficaz

Hasta mediados de 2017, el modelo Clínica de la Memoria del Inapam, ubicado en la Ciudad de México, era el único de su tipo en el país. Desde finales de ese año, se replicó con mucho éxito en Guanajuato, donde ya funciona otro similar.

El trabajo que realiza la Clínica de la Memoria, es discreto, pero eficaz. Coloca en el centro de sus actividades a los pacientes con deterioro cognitivo, y a su alrededor, a familiares y cuidadores involucrados directamente en su atención.

El resultado es una comprensión del padecimiento cada vez más adecuada; sus formas de abordaje, la atención de calidad hacia las personas con la enfermedad de una manera profesional, humana. Involucra, además, a especialistas y a la sociedad.

Esas labores son relevantes si consideramos que para atender a los más de 12 millones de adultos mayores que hay en México tenemos unos 400 mil geriatras registrados, según Valdés y Rojas, o unos 600 mil, de acuerdo con cálculos del doctor Luis Miguel Gutiérrez Robledo, director del Instituto Nacional de Geriatria (Inger). (Vitela, 2018).

A esas cifras habría que añadir el hecho de que es muy reducido el número de cuidadores profesionales, especializados en la atención de personas adultas mayores con deterioro cognitivo. La cifra real no se conoce con exactitud.

Pero sí se sabe que la gran mayoría de los cuidadores que atienden a pacientes con esa enfermedad son familiares directos o personas cercanas a ellos sin información o capacitación alguna. En muchos casos, paciente y familiares ignoran que tienen deterioro cognitivo, pues no se les ha diagnosticado ni tienen acceso a un servicio médico que pueda orientarlos sobre el tema.

En otros casos, las actividades cotidianas de la familia, sean éstas el trabajo, la escuela, el negocio, o cualquier otra, limitan o impiden llevar a los pacientes a un servicio especializado de diagnóstico, de modo que cuando comienzan a presentar los primeros síntomas, simplemente se les aísla, ignora o relega, como una molestia producto de la “chochez” o “de la edad”. Esto constituye una forma de maltrato y discriminación, de la que no se es totalmente consciente.

Entre olvidos

Si no se conocen los síntomas, el diagnóstico se dificulta, y el tratamiento se complica o simplemente no existe. Los olvidos pueden ser normales hasta cierto punto, pero hay un grado en el que no se puede ignorar y es importante acudir con un especialista que valore a la persona adulta mayor, para saber cuál es su condición real.

“Si olvidamos las llaves, no hay mucho problema. Eso le puede suceder a cualquiera. El verdadero problema es cuando no sabemos para qué sirven las llaves” explicó Rangel López. Ese puede ser un indicio del deterioro cognitivo de los pacientes, y una señal de alarma sobre lo que sucede en su cerebro, señaló la especialista.

Nuestra búsqueda de información sobre el tema ha sido intensa; concluimos que, en efecto, hay mucha información disponible, pero la gran mayoría está dirigida a especialistas, y muy poca, destinada a población abierta, donde también se necesita. Esa es una labor importante del profesional del periodismo y la comunicación

Por tanto, este esfuerzo, que forma parte del ámbito individual del profesional, pretende acercar esa información a pacientes, familiares y cuidadores, de manera concisa, convencido de que una información de calidad, oportuna, suficiente, ayudará a la sociedad a tomar mejores decisiones. Ese es el propósito de este trabajo.

Periodismo y política

El periodismo es una actividad política, influye decisivamente en la función pública y privada. En muchos casos, es un contrapeso que equilibra a los poderes gubernamentales, inhibe abusos, injusticias, corrupción; promueve la transparencia, así como las buenas prácticas en la vida nacional.

José Ramón Santillán (Santillán Buelna, 2008) considera que “El periódico, en sentido, es constructor de opinión que busca influir en el proceso de toma de decisiones en el sistema político, de allí que ha de ser considerado como un verdadero actor político” (p. 6). Es por eso que, en México, se le ha dado en llamar el *Cuarto Poder*, considerando que nuestro sistema republicano de gobierno comprende tres poderes, el Legislativo, el Judicial y el Ejecutivo.

Puede ser una verdad de Perogrullo decir que el periodista es la persona que ejerce el periodismo. La necesidad de precisarlo se desprende del hecho de que hay quienes se dicen periodistas, pero no lo son. Otros, que sí lo son, no se comportan como tales.

En México, la práctica periodística entraña numerosas dificultades y riesgos. Con frecuencia, los periodistas están solos y expuestos, pues ni las instituciones ni la sociedad civil, se ocupan de darles protección en el desempeño de sus actividades, tal como lo documenta la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, organismo que creó un micro sitio en su página web, con material sobre ese tema. (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2018).

Periodismo y poder

Por otra parte, hay periodistas que prefieren acomodarse junto al poder político, pues de ese modo no se exponen a los riesgos de la crítica. En otros casos, la preparación de los periodistas es deficiente o nula, lo cual redundará en una ética profesional también deficiente o inexistente.

Otro aspecto relevante es el ingreso de los periodistas. En 2018, un reportero percibía siete mil 88 pesos mensuales, de acuerdo con el tabulador de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. (Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, 2018)

Ese ingreso resulta claramente insuficiente para un reportero, sea empírico o profesional de la información, con formación universitaria y experiencia en el desempeño de la actividad, sobre todo si consideramos que tiene la responsabilidad de recabar la información que difundirá el medio para el que trabaja.

Esas circunstancias tienen que ver con la forma en que se ha desarrollado el periodismo en México. Un factor importante en esta evolución es la práctica

empírica de la profesión, pues la carrera de periodismo comenzó a impartirse en las universidades a finales de la década de los 50 del siglo pasado.

Las empresas periodísticas

Otro factor decisivo en la forma de ejercer el periodismo, son las empresas periodísticas, su origen, naturaleza y finalidad. Los medios de comunicación en México son, en muchos casos, empresas privadas dedicadas a la venta de información y publicidad con fines lucrativos, donde los periodistas son asalariados, sujetos a las políticas empresariales de la institución.

Un ejemplo es el *Diario de Yucatán*, editado en Mérida, en la década de los 80, por Compañía Tipográfica Yucateca. Entonces, sus reporteros, redactores, fotógrafos, editores y, en general, el personal de Redacción, así como su personal operativo, eran asalariados. Como detalle curioso, tenía una marcada preferencia por el PAN y una fobia hacia el PRI, además de que mantenía una relación estrecha y casi cómplice con los representantes de la Iglesia Católica.

Para dar idea de su influencia, en 1985 ese periódico, entonces de nueve secciones y 94 páginas, vendía un promedio de 70 mil ejemplares diarios en la Península de Yucatán, pagados desde el día anterior y, a diferencia de sus competidores, no aceptaba devoluciones. *La Biblia de Yucatán*, le llamaban y era ejemplo de una empresa rica con trabajadores pobres.

Por otra parte, en los medios electrónicos, que son concesiones otorgadas a empresas privadas, hay lectores de noticias que se dicen periodistas, pero tienen dificultades para reportear o cubrir eventos como conferencias de prensa o enfrentamientos armados.

Otro de los malos hábitos presentes entre muchos periodistas es la apropiación del lenguaje de sus fuentes. Por ejemplo, quien cubre la fuente económica adopta el

lenguaje de los economistas e incurre en expresiones como: "...el índice equis registró un ´crecimiento negativo´". El crecimiento, por definición, es positivo.

O quien cubre la fuente policiaca: "...el cadáver, del sexo masculino ´tenía aliento alcohólico´ y presentaba ´policontusiones´ en el occipital izquierdo, producto de un objeto contundente..."

Periodismo crítico

¿Qué hacer frente a ese panorama para el periodismo? Lo deseable sería, en primer lugar, que las instituciones de educación superior preparen mejor a los estudiantes de periodismo, con la idea de formar emprendedores, no empleados y, fomentar de ese modo, medios verdaderamente independientes.

Está comprobado que cuando el financiamiento de los medios de comunicación se diversifica, se reducen sus compromisos y se ejerce un periodismo más crítico, con libertad y en mejores condiciones. Ejemplos de eso pueden ser el diario *La Jornada* y la revista *Proceso*, organizados como cooperativas de producción, donde sus trabajadores son parte de los inversionistas.

Recientemente, el portal *Aristegui Noticias*, se constituyó como un ejemplo de emprendimiento de un grupo de periodistas encabezados por su directora, Carmen Aristegui, quien en aras de realizar un periodismo independiente, creó esa opción informativa apoyada en el público al que se dirige, luego que la despidieron de *Televisa Radio* primero y de *MVS Radio*, posteriormente, por su postura editorial, como documentó Wilbert Torre en su libro, *El Despido* (Torre, 2015).

La Internet constituye hoy en día una opción importante desde el punto de vista informativo y del ejercicio periodístico. Aunque los intentos de regularlo o limitar sus actividades no han prosperado, se enfrenta a otra amenaza: las *fake news*, que producen numerosas pifias, como documentó en su momento el portal electrónico *Verificado 2018* (Verificado 2018, 2018).

Ese portal, que cerró luego de cumplir su propósito, es un esfuerzo inédito en el que participaron más de 60 medios serios de todo el país, interesados en evidenciar la información falsa y difundir sólo información confirmada, durante el período preelectoral y electoral en México. El acervo del sitio sigue intacto en su página.

Podemos afirmar que el periodismo es una actividad política. Así lo demuestran la labor de los reporteros, al gestionar y obtener información socialmente útil, y sus medios al publicarla, con lo cual influyen en la sociedad y en las instituciones públicas y privadas de una localidad.

Sin embargo, si queremos hacer más periodismo que política, debemos privilegiar la información. Si queremos hacer más política que periodismo, pues para eso están los partidos.

El reportaje

Este es uno de los géneros periodísticos informativos más completos; comparte esta cualidad con la nota informativa, principalmente, aunque tiene elementos de opinión como la columna, la crónica y el editorial, entre otros, lo cual lo convierte en uno de los más ricos, desde el punto de vista informativo. Así lo consideran Vicente Leñero y Carlos Marín en el texto citado (Leñero, 1986).

Su estructura es única, aunque comparte algunos aspectos con otros géneros. Tiene el rigor de la nota informativa, pero con un estilo más ameno y sencillo; se apoya en ciertas figuras literarias como la novela, que le dan soltura y libertad.

Su vigencia está sujeta a la forma y estilo del periodista; tiene la capacidad de revivir o retomar temas pasados de interés informativo, enriqueciéndolos con aspectos actuales o con mayor profusión de elementos informativos.

Su extensión es variable, según las características y profundidad del tema que se aborde. Los hay de una cuartilla y otros de cientos de páginas, hasta conformar un libro estructurado. Sin embargo, una novela bien puede ser un reportaje de largo aliento, siempre que contenga la estructura del género.

El ejemplo más socorrido hasta hace unos años en las universidades y escuelas de periodismo es, *A Sangre Fría*, de Truman Capote, un trabajo de investigación que narra el crimen de una familia, que conmocionó a los habitantes de una pequeña localidad conservadora norteamericana, a finales de la década de los años 50 del siglo pasado. Los homicidas resultaron ser dos delincuentes medrosos y torpes, a quienes se localiza, aprehende y juzga, tiempo después de haber cometido su fechoría.

Muertos en Homún, de Hernán Casares Cámara, es un reportaje publicado en el *Diario de Yucatán*, a fines de los 80, que narra la odisea, extravío y muerte de una pareja de campesinos mayas en el monte, quienes no pudieron regresar a su hogar y sucumbieron a las inclemencias del tiempo, la sed y el hambre. Sus cuerpos fueron hallados por policías estatales que realizaban patrullajes en la zona.

Olfato periodístico

¿Qué es lo que hace especial a ese trabajo? Su valor radica en varios elementos, entre ellos el *olfato periodístico* del autor, la investigación y desarrollo del tema. Hernán, de origen yucateco, había estudiado en la Ciudad de México, donde trabajó en algunos medios capitalinos.

Interesado en regresar “a la tierra”, como suelen denominar a su estado los yucatecos, obtuvo trabajo en el *Diario de Yucatán*. Los directivos lo contrataron y asignaron la labor de alimentar una sección de reportajes especiales, algo innovador para la época y la región.

Hernán leyó una nota, con el mismo título de su texto, en la sección policiaca del periódico. La nota no excedía de un párrafo y sólo daba cuenta del hallazgo de los cadáveres en el monte, por parte de los policías estatales y punto.

Ninguno de los reporteros que tenía asignados, presuntamente los mejores del periódico, le compró la idea de elaborar un reportaje a partir de una nota insignificante, proveniente de un boletín mal hecho, de la policía local, algo que por demás era común, y por común, irrelevante.

Era como decía el maestro Jaime Alejo Castillo, a sus alumnos de escuela de periodismo *Carlos Septién*. “Si un perro muerde a un niño, no es nota. Pero si un niño muerde a un perro, eso sí es noticia”.

Esa expresión se atribuye a Charles A. Dana, quien en 1982 dijo, “Cuando un perro muerde a un hombre...”, según consigna Javier Ibarrola en su texto, *La Noticia*. (Ibarrola, 1986).

Luego de repartir órdenes de información a sus reporteros, Hernán -Olaf, le apodaban sus pupilos, por su semejanza con el personaje de caricatura-, tomó su bloc de notas, y salió hacia Homún, una localidad agrícola, distante unos 55 kilómetros de Mérida, con población preponderantemente maya, dedicada al cultivo de maíz de temporal.

Hizo lo que todo reportero debe hacer, investigar, preguntar, tomar notas, ir atando cabos para hilar una investigación sólida, darle una estructura y presentarla en correcto español. Se entrevistó con familiares, amigos, autoridades municipales, ejidales; vecinos y hasta con el párroco. En muchos casos, los curas son los depositarios de la vida y obra de los habitantes de la localidad donde ejercen su ministerio.

La conclusión que dio origen al trabajo de Hernán era simple. La pareja de ancianos -eran ancianos, un dato que no tenía la nota policiaca-, acostumbraba salir de madrugada a cuidar su milpa. Era un matrimonio de ejidatarios que se había quedado solo, pues sus hijos, empujados por el hambre y la necesidad, habían emigrado a Mérida, donde trabajaban y habían formado su familia.

En su *sabucán* -nombre maya que se le da a una especie de morral, con cordón para colgarse entre el cuello y el hombro, elaborado con fibra de henequén-, los ancianos llevaban su *pozol* para desayunar en la parcela.

Entre las doce y la una de la tarde, antes de que el sol cayera a plomo, y luego de terminar el desyerbe, limpieza y cuidado de la milpa, regresaban a su casa para preparar la comida, descansar y tomar el fresco.

Los testimonios que recogió el reportero indicaban que la pareja se volvía cada vez más olvidadiza; dependían uno del otro para casi todo, envejecían juntos, pero, al mismo tiempo, iban perdiendo memoria, sentido de la orientación y del paso del tiempo.

El fatídico día de su muerte -cito de memoria-, olvidaron el rumbo de regreso, caminaron en busca de la vereda que los llevaría hasta el hogar, pero se extraviaron una y otra vez. Habrían pasado al menos dos noches fuera de casa, pero nadie en el pueblo notó su ausencia.

Sin agua, comida y abrigo se fatigaron; el sol inclemente del “Mayab Eterno”¹, y las húmedas noches sin abrigo, hicieron el resto. Cansados, desorientados y solitarios, optaron por acostarse abrazados entre la maleza, dispuestos a esperar el inevitable fin de sus vidas. Allí los encontró la muerte y, días más tarde, en estado de descomposición, los policías.

¹ El “Mayab Eterno” es una expresión del Popol Vuh, libro sagrado de los mayas de Yucatán, que describe a los hombres como una creación divina a partir del maíz amarillo, que es su sustento.

El valor del reportaje

Ese trabajo nos recuerda dos cosas. La primera, que la importancia de la información no se agota con su publicación; siempre podemos rescatar, actualizar y enriquecer uno o varios de sus aspectos para darle vigencia y poner el acento en temas no explorados suficientemente.

Y la segunda, que lo cotidiano, por trivial que parezca, siempre tendrá aspectos importantes para llamar la atención de las autoridades o de la sociedad civil, encaminados a mejorar la calidad de vida de una comunidad, o de un país.

La trascendencia de la información no la define el azar, la establecen la destreza del periodista en su investigación y la forma en que la presente, así como su oportunidad y veracidad. Hablamos, una vez más, en este caso, de la información socialmente útil.

La nota policiaca pudo haberse quedado en las planas del periódico, y oculta en sus archivos. Sin embargo, la visión del reportero descubrió, entre otras cosas, que esa pareja estaba casi abandonada por su familia, que la comunidad no reparaba mucho en su presencia o ausencia, y que las autoridades, municipales o estatales, no disponían de servicios de salud, albergue y atenciones suficientes para personas como ellos.

¿Cuántos ancianos más tendrían que morir en Homún, en esas condiciones, para que las autoridades atiendan esa necesidad? Esa es una de las preguntas que habría que responder y, al mismo tiempo, tomarla como punto de partida para elaborar una segunda pieza informativa. Dicho de otro modo, “esa es otra historia”.

Antecedentes

En 1930 México tenía 12 millones 545 mil 671 habitantes. Sólo el cinco por ciento de esa población tenía más de 60 años en aquella época. Actualmente, hay 124 millones de mexicanos, de los cuales más de 12.4 millones son personas adultas mayores, según el Conapo (Consejo Nacional de Población, 2015). Ese segmento constituye el 10 por ciento del total, el doble que hace 87 años.

Esto significa que la pirámide demográfica, que tenía en su base a la población más joven en las décadas de los 60 y 70, del siglo pasado, está cambiando; se está adelgazando. Ahora hay más personas mayores de sesenta años, en tanto que los menores de 15 cada vez son menos.

Esa pirámide se adelgaza desde su base y se engrosa en medio y en la cúspide. Y según las cifras de diversos organismos dedicados al estudio y análisis del envejecimiento en México, eso constituye ya una tendencia irreversible.

Proyecciones del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), confirman que en 2050 habrá más personas mayores de 60 años, que menores de 15. Por tanto, debemos asumir ya, que México es un país con cada vez mayor población envejecida.

Este panorama plantea muchas dudas. Por ejemplo, ¿estamos preparados para atender un *boom* de adultos mayores, con todas las exigencias que eso implica, y de asegurarles calidad de vida en esa etapa de su existencia?

¿Toman en cuenta nuestras ciudades la infraestructura urbana, de transporte y de otras muchas instalaciones y mobiliario, las necesidades de personas que, en muchos casos se mueven con dificultad y caminan con bastón o en silla de ruedas?

¿Nuestros sistemas de pensiones tienen la capacidad de respuesta suficiente para atender la demanda de una población cada vez más numerosa, que llega a la edad

de jubilación y merece una pensión decorosa para, por lo menos otros 20 o 25 años más de vida?

¿Tienen los sistemas de seguridad social, de salud del país, públicos y privados, la capacidad suficiente para atender las demandas de este sector de la población en materia de salud, medicamentos, tratamientos para enfermedades degenerativas, como la diabetes e hipertensión, por citar sólo dos de ellas?

¿Disponemos del número suficiente de especialistas en geriatría y gerontología para entender y atender adecuadamente a la población adulta mayor? O, ¿acaso estamos por lo menos empezando a preparar a esos especialistas ahora mismo?

Déficit de geriatras

En entrevista con este reportero, Valdés y Rojas, (Valdés y Rojas, 2017), reiteró que hay poco más de 400 geriatras en el país, cifra claramente insuficiente para atender a los 12.4 millones de personas adultas mayores que tiene México actualmente.

En suma, ¿están preparadas la sociedad y la familia promedio mexicana, para tener, cuidar y atender a una o más personas adultas mayores, quienes requieren cuidados, alimentación y actividades especiales, dada su avanzada edad?

Un tema que se desprende de esas dudas, es la atención de la salud mental de las personas adultas mayores, pues esta área es quizá una de las menos exploradas por la medicina hoy en día, y una de las menos comprendidas por la familia, la sociedad y el Estado.

Como muchas otras enfermedades características de las personas en edad avanzada, las relacionadas con la mente también son silenciosas, progresivas e irreversibles, y la más destructiva es el deterioro cognitivo, relacionado con la

enfermedad de Alzheimer. Se calcula que seis de las diez demencias más conocidas, están relacionadas con ese padecimiento.

Su importancia radica en el hecho de que el deterioro cognitivo sea consecuencia natural degenerativa del cerebro, o sea, específicamente Alzheimer, aleja al adulto mayor de su familia y demás personas cercanas, lo aísla y lo hace proclive a depresión, maltrato, incomprensión y, en suma, una multitud de factores que propician la muerte con enormes sufrimientos en personas que viven en esas condiciones.

Esa situación se agrava cuando la familia, la comunidad o las redes de apoyo social en las que el adulto mayor finca su vida cotidiana, ignoran que la persona tiene ese padecimiento. A eso le siguen la incomprensión, el maltrato, el ostracismo, el olvido, el abandono y, la muerte, como consecuencia última en el enfermo.

No es equivocado afirmar que vivimos en nuestra mente. Así lo afirma Rangel López, (Rangel López, 2017) en entrevista con este reportero. “Nuestro cerebro controla todos los movimientos de nuestro organismo, voluntarios e involuntarios. Pero también es en el cerebro donde radican nuestras emociones, nuestros sueños y, en suma, la esencia de quienes somos”.

Cuando perdemos la mente, lo perdemos todo: emociones, recuerdos, familia, amigos, pasado, presente, hábitos, gustos, etcétera. Dejamos de ser quien solíamos ser y nos convertimos en extraños para otros y para nosotros mismos. Para abordar el tema desde una perspectiva más objetiva, entrevistamos a expertos y consultamos literatura variada, que nos trazara el rumbo de esta investigación periodística.

También exponemos el tema desde la perspectiva de la cuidadora de una persona adulta mayor con deterioro cognitivo. Alma Cano Moga, (Cano Moga, 2018), usuaria

de la Clínica de la Memoria, del Inapam, quien en entrevista nos compartió, lo que significa tener a un familiar con esa enfermedad.

Capítulo 1. El envejecimiento en México, “como te ves, me vi; como me ves, te verás”

Con el propósito de establecer una transversalidad entre generaciones, el Inapam tiene, en su página de Internet, una sección denominada Blog Nueva Generación. En ese apartado publica un texto, dirigido a niños y jóvenes, titulado, *Vivir para Contarla*, el cual reproducimos íntegro a continuación, como testimonio de envejecimiento en una persona ilustre, un escritor afamado:

¿Cuántos años podrías vivir?

La esperanza de vida se refiere al número de años que, en promedio, se espera que viva una persona después de nacer. Una esperanza de vida alta indica un mejor desarrollo económico y social entre la población.

En México, la esperanza de vida ha crecido notablemente, En 1930 las personas vivían, en promedio, 34 años; en 1970 ese promedio llegó a 61; en 2000, fue de 74 y, en 2014 era de casi 75 años.

¿Quién vive más, los hombres o las mujeres? Las mujeres viven generalmente más años que los hombres. En 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y, para el masculino de 33.

Al 2010 este indicador fue de 77 años para mujeres y 71 para los hombres y, en 2014, se ubicó en poco más de 77 años, casi igual para las mujeres, y en 72 años para los hombres.

El subtítulo de esta nota recuerda el primero de los tres libros autobiográficos del escritor colombiano Gabriel García Márquez, quien murió en 2014, a los 87 años de edad y, ya como adulto mayor, contó la historia de su infancia y juventud, entre 1927, año en el que nació, y 1950. El libro se centra en la familia, la escuela y sus primeros años como periodista y escritor. (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2015).

Alzheimer, entre los olvidos y las demencias

No todas las demencias son Alzheimer, ni todos los olvidos son demencias. “El problema no es olvidar las llaves, eso le sucede a cualquiera; el problema es olvidar para qué sirven las llaves”, reiteró en entrevista la doctora Luz Esther Rangel López, coordinadora de la Clínica de la Memoria, del Inapam.

La profesional ha dedicado muchos años de su vida al estudio de las demencias, y es pionera, junto con otros especialistas, en el desarrollo del proyecto Clínica de la Memoria, en su ejecución y desarrollo, hasta convertirla en lo que es hoy en día: un modelo de atención geriátrica y punta de lanza para el estudio serio y sistemático de las demencias en el país.

La demencia tiene un impacto físico, psicológico, social y económico en cuidadores, familia y sociedad; afecta la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, afirma Valdés y Rojas, director de Atención Geriátrica, del Inapam, organismo rector de la política pública sobre envejecimiento en México.

“En México más de 800 mil personas tienen deterioro cognitivo”: Inapam

Cuando una familia recibe la noticia de que alguno de los integrantes padece demencia, surgen dudas, sentimientos encontrados e incertidumbre. A esto se suman las dificultades para aminorar los síntomas de la enfermedad, y el aumento gradual de la dependencia.

Durante su participación en el foro *Plan de Acción Alzheimer y otras Demencias*, que se celebró en el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), con motivo del Día Mundial del Alzheimer, -21 de septiembre de 2016-, Valdés y Rojas fue contundente: “En México más de 800 mil personas tienen deterioro cognitivo”. (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2016).

Por si esto fuera poco, las dificultades para identificar, diagnosticar y tratar alguna de las principales demencias conocidas, es enorme. Aunque no se ajusta

estrictamente a ninguna de las llamadas enfermedades silenciosas, su aparición y avance son casi imperceptibles.

“La demencia tipo Alzheimer se caracteriza por un deterioro cognitivo y funcional progresivo, y por modificaciones en el estado de ánimo. También por alteraciones psicóticas y conductuales, como consecuencia de los depósitos de beta amiloide en las neuronas y por degeneración neurofibrilar. También por la pérdida neuronal y atrofia cerebral”, señaló la Dra. Luz Esther Rangel López, coordinadora de la Clínica de la Memoria, del Instituto, escribió Jazmín Jardón. (jardón, 2019) en la revista digital *El Asertivo*.

En otro texto, publicado por la misma revista en junio 20 de 2016, en la *Sección Vida y Salud*, la autora incluye opiniones de Valdés y Rojas, quien señaló que “los padecimientos relacionados con la memoria son enfermedades crónicas no transmisibles. Esa es la denominación correcta, aclaró, pues de su adecuada comprensión, depende el comportamiento que tengamos frente a ella”.

“Las enfermedades mentales no se notan...”

–Muchas de las enfermedades comunes, tienen manifestaciones claras, como la gripa o las infecciones. Las enfermedades mentales no se notan al principio, ni a simple vista. Es hasta que han avanzado notoriamente cuando las percibimos con claridad –señaló Valdés y Rojas.

“Por tanto, las personas con padecimientos mentales no entienden; los que debemos entender somos nosotros, los familiares, amigos o cuidadores”, precisó el Dr. Ángel García Leppe, psicólogo de la Clínica de la Memoria del Inapam.

–Debo comprender que mi familiar ha perdido el control sobre sí mismo, debo entender que la parte sana y enferma conviven indiscriminadamente. Asimismo, darme cuenta que él ya no tiene regreso y que cada vez va a necesitar más de mí.

–Algo muy importante es no sentirnos culpables de la situación –precisó. Simplemente, somos responsables del papel que desempeñamos en esas circunstancias.

“La aparición de demencias en adultos mayores, no debe de ser una tragedia, sino un cambio de estilo de vida, informaron especialistas del Inapam, (durante) las jornadas de orientación sobre enfermedades mentales y sus características”, reportó en esa fecha, la autora del texto.

“El propósito de estas pláticas, proporcionadas por expertos del Instituto, consiste en dar herramientas de apoyo a las personas que conviven de manera continua, con personas adultas mayores con afectaciones mentales, tales como las demencias, y entre ellas, el Alzheimer”, agregó.

Estudios recientes elaborados por especialistas, entre los que se cuenta Rangel López, concluyen que seis de las diez demencias conocidas, tienen relación con el Alzheimer, pero no en todos los casos es posible determinar que se trata de ese padecimiento.

En muchos casos, el Alzheimer se confunde con el deterioro cognitivo, producto natural del envejecimiento de las personas. Es decir, a medida que avanza el envejecimiento, el deterioro cognitivo se acentúa. Es uno de los rasgos característicos del envejecimiento, pero no constituye una condición necesaria de éste.

1.1. Descripción cuantitativa de la población adulta mayor en México.

México es un país de contrastes. Incluso hay quien afirma que en realidad hay tres Méxicos, el del Norte, progresista y moderno; el del Sur, agrícola, con menos desarrollo y con una geografía diversa con respecto a aquel, y el Centro, predominantemente urbano y donde conviven la riqueza y la pobreza más extremas.

La historia, geografía y esos entornos tan diversos influyen de manera decisiva en las condiciones de vida de la población, por una parte. Y por la otra, sus hábitos,

costumbres y cultura comunitaria, completan el cuadro que explica por qué hay unas regiones y estados más envejecidos que otros. Es decir, el país no envejece parejo.

Por tanto, lo más lógico es que el Inapam, como organismo rector de la política pública sobre envejecimiento en México, entienda esta circunstancia y atienda a cada región, según sus características, pero al parecer no es así.

“El rendimiento desigual entre delegaciones es un aspecto muy debatido, pero para explicarlo hay que ir a las condiciones particulares de cada localidad, el personal con el que cuenta cada representación y el grado de colaboración que tienen el gobernador y los presidentes municipales con el Inapam”, expuso el director de Programas Estatales, del Instituto, durante un foro celebrado el 17 de mayo de 2016, en la Ciudad de México, según consigna el propio Inapam (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2016), en su página web de esa fecha.

“Las delegaciones del Inapam en los estados, constituyen la columna vertebral de la institución. Sus titulares son los encargados de llevar a estados, municipios y comunidades los programas y actividades del instituto, en favor de su población adulta mayor, señaló Joel Clímaco Toledo, director de Programas Estatales de la institución, y responsable directo del buen funcionamiento de esas oficinas”, según el texto consultado.

“Por su parte, los delegados expusieron cómo por medio del esfuerzo, entusiasmo y persistencia han logrado llevar adelante los programas del Instituto y establecer una mejor coordinación con las autoridades estatales y municipales para llevar numerosos beneficios a los adultos mayores de esas localidades y, al mismo tiempo impulsar las políticas del Inapam sobre envejecimiento en México.

“Las consejeras, entre las que estaba su presidenta, María Eugenia, *Kena*, Moreno, tomaron nota de la información que se les proporcionó y refrendaron su compromiso de seguir apoyando las actividades del Inapam, en favor de las personas adultas mayores del país”, concluye el documento.

País desigual, índice de envejecimiento desigual

De acuerdo con el documento titulado “Índice de envejecimiento nacional y por entidad federativa, 1990-2030”, elaborado por el Conapo, el índice de envejecimiento nacional promediado es de 27.52 por ciento, pero sus proyecciones para 2030, sitúan esa cifra en 43.34 por ciento, lo cual equivale a un crecimiento superior al 55 por ciento en sólo 12 años.

Esto confirmaría la tesis de que “México es un país que envejece rápidamente”, según lo expresó en entrevista, el Dr. Sergio Salvador Valdés y Rojas, director de Atención Geriátrica del Inapam.

Entrevistado por Jaime Núñez, conductor de Radio Fórmula, el 28 de agosto de 2016, Valdés y Rojas consideró que, "efectivamente hay un bono demográfico que viene detrás un grupo de personas entre los 25, 30 hasta los 50 años que están engrosando la pirámide poblacional y que para el 2050, será un grupo importante de adultos mayores" (Radio Fórmula, 2018).

Aseguró que “en México la población envejece de manera acelerada, más rápida que lo que sucedió en países europeos, por lo que el nuestro es un país envejecido, en virtud de que el 10.03 por ciento (...) lo conforma ese sector...”. Y fue más lejos, pues planteó la necesidad de que esa población tenga un “envejecimiento saludable”.

Puso como ejemplo que ese proceso en personas de 50 años, dependerá de su estilo de vida, “...de tener una alimentación adecuada, hacer ejercicio, socializar y, sobre todo, ahorrar cuando se es joven, en virtud de que las pensiones, las jubilaciones que estamos viviendo ahora, pues no alcanzan para toda esa población que viene, la esperanza de vida está entre los 74 a 75 años y dos menos para la mujer, para el año 2050 podemos alcanzar una esperanza de vida entre los 84 o 85 años o un poco más”.

“...alrededor del 85 por ciento de la población actual de los adultos mayores está en buenas condiciones, hay hipertensos, diabéticos que están controlados, hay un

porcentaje menor que requiere de una atención, pero actualmente el gobierno impulsa varios programas para apoyarlos con tratamientos, "´ eso hará que se tenga gente longeva´", expuso el especialista.

Las cifras del Conapo (Consejo Nacional de Población, 2015), confirman que con el aumento en la esperanza de vida, crece el porcentaje de población adulta mayor, de modo que su proporción "joven", ubicada en el rango de entre 60 y 64 años, tiende a ser muy numerosa desde 1990, cuando se levantaron los primeros registros, se conserva la tendencia en 2018 y se mantiene, incluso en las proyecciones hasta 2030.

El porcentaje de personas adultas mayores de 60 a 64 años era, en 1990, de 32.45 por ciento. En 2018 se situó en 31.96 puntos porcentuales, y se prevé que en 2030 se mantenga en 30.82 por ciento con respecto al total. Esto es, un tercio del total para ese rango de edad, en un lapso de 40 años. (Consejo Nacional de Población, 2015).

Lógicamente, a mayor edad, menor expectativa de vida, lo que se refleja en el rango que va de los 65 a los 69 años, el porcentaje decrece, pero muy poco. En 1990 era de 24.65; en 2018 se situó en 23.97, y las proyecciones a 2030 indican que estará en 24.31 por ciento, con base en la misma fuente.

En el siguiente rango de edad, de 70 a 74 años, las cifras caen hasta 17.04 para 1990; aumenta a 17.27 para 2018 y crecerá un poco más en 2030 para situarse en 18.18 por ciento. A esa edad, la mayor parte de los adultos mayores siguen siendo funcionales y su dependencia de algún cuidador, sea éste un familiar o alguien externo, es muy reducida, se indica en el documento referido.

Sin embargo, hay una reducción muy marcada en el rango de 80 a 84 años de edad, pues es aquí donde los porcentajes bajan dramáticamente hasta un dígito. Para 1990 había un 8.10 por ciento de adultos mayores de ese rango; 7.69 en 2018 y se espera que baje a 7.48, en 2030.

Es en este rango de edad en el que surgen limitaciones entre este sector. Hay disminución visual, auditiva, de marcha o de otro tipo; aparecen o se agudizan las enfermedades crónicas controlables, como la diabetes y la hipertensión y alguna de las demencias conocidas, aunque no en todos los casos.

1.2. Estados del país con mayor porcentaje de adultos mayores

Para el Conapo (Consejo Nacional de Población, 2015), el envejecimiento es un proceso gradual, adaptativo e innegable, de complejas implicaciones, que se origina a partir de los efectos determinados por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado a lo largo de la vida del individuo, en un ambiente determinado que con el tiempo ocurre en todo ser vivo.

A partir de esta definición, tratamos de entender el proceso de las cinco entidades del país que mayor número de adultos mayores tienen, las cuales son, el estado de México, en primer lugar, con un millón 742 mil 740 personas, según proyecciones del Consejo.

En segundo lugar, según la misma fuente, está la Ciudad de México, con un millón 292 mil 170 mayores de 60 años, seguida por Veracruz, con un millón 22 mil 373 personas; Jalisco, con 882 mil 358, y Puebla, con 655 mil 714 personas adultas mayores.

En contraste, según el mismo documento, las cinco entidades federativas con menos personas adultas mayores son, Baja California Sur, con 69 mil 72 personas; Colima, con 81 mil 637; Campeche, con 93 mil 196; Quintana Roo, con 111 mil 716, y Tlaxcala, con 127 mil 557 personas mayores de 60 años.

La explicación de este fenómeno, estaría en factores socioeconómicos, culturales y políticos. Por ejemplo, la Ciudad de México está convertida, desde hace décadas, en un polo de desarrollo, que constituye un gran atractivo para personas provenientes de diversos estados, quienes buscan mejor calidad de vida, y un hogar.

Desde el punto de vista demográfico, y de acuerdo con el Conapo, otras causas del envejecimiento del país son, las bajas tasas de mortalidad y de fecundidad, lo cual ha propiciado que la población alcance edades que años atrás resultaban impensables, según establece ese organismo en su página web.

Añade que la presencia de mayores proporciones de población en edades avanzadas, donde la baja mortalidad y el aumento de la esperanza de vida estén presentes, se atribuyen principalmente a los avances en materia de salud, a los hallazgos para la atención de enfermedades en la niñez, que permiten tener un comienzo saludable. Y en la adultez, que permiten la atención de enfermedades existentes.

Progreso económico

Por otra parte, la condición de capital política y económica de la Ciudad de México, como parte de república federal en la ley, pero centralista en los hechos, la hace atractiva para las corrientes migratorias que ven en ella opciones de progreso económico y de acceso a mejores condiciones en materia de vivienda, servicios, educación, salud y empleo, entre otros.

La incapacidad de la urbe, para responder a una demanda creciente y acelerada de servicios, dio como consecuencia el surgimiento de las llamadas “ciudades dormitorio” en la periferia o zona conurbada, como también se conoce a ciertas regiones de los municipios mexiquenses que colindan con la Ciudad de México.

Entre ellos están el oriente de Tlalnepantla, colindante con el norte de la Ciudad de México; Chalco, Los Reyes La Paz, Chimalhuacán, y Ciudad Netzahualcóyotl, al oriente de la ciudad, en la salida a Puebla. Naucalpan, Huixquilucan y Atizapán de Zaragoza, al Norponiente, y más al Norte, Ecatepec, Tultitlán, y Coacalco, y hacia el Poniente, gran parte de la salida a Querétaro.

El desmesurado crecimiento poblacional de la zona metropolitana, se produjo, principalmente, entre las décadas de los 50 a los 90, del siglo pasado, por dos vías,

la primera y más numerosa, los asentamientos irregulares en tierra ejidal, vendida ilegalmente por campesinos y acaparadores.

Ante la invasión de colonos asentados en casas levantadas con madera y cartón, la autoridad del estado de México, durante esas cuatro décadas, emprendió un agresivo programa de regularización para, ante los riesgos de hacinamiento, insalubridad y condiciones precarias de vida, llevar servicios a las personas en esos lugares.

Así se formaron los hoy densamente poblados municipios de Chimalhuacán, Netzahualcóyotl, Ecatepec, Tecámac, Chalco Solidaridad, los Reyes La Paz, Atizapán y Naucalpan.

La segunda fue mediante el surgimiento de fraccionamientos vendidos por empresas inmobiliarias y bancos que descuidaron en sus diseños, zonas de amortiguamiento, de servicios, transporte y esparcimiento.

Esto dio como resultado fraccionamientos con altísima densidad demográfica, en Atizapán de Zaragoza, Los Reyes La Paz, Coacalco, Ecatepec Tecámac y Cuautitlán Izcalli.

Las corrientes migratorias que ocuparon esas tierras, ilegalmente o en fraccionamientos más o menos planificados, comenzaron a llegar en la década de los 50 del siglo pasado. Si tenían entonces unos 30 años de edad, muchos de ellos ya habrían fallecido o tienen entre 90 y 100, pero sus hijos, nacidos ya en esos lugares, andan sobre los 50 y 60 años.

Es decir, esos asentamientos tienen una población muy envejecida, con una tercera generación de entre 15 y 30 años. Eso explica las razones por las cuales el Estado de México es la primera entidad con más adultos mayores en el país.

En ambos casos hay un fenómeno de explosión demográfica acelerada, compuesta por los nacimientos, y en otra proporción, por los movimientos migratorios que han

saturado esos centros urbanos. El número de personas mayores de 60 años en estas localidades del centro del país, es proporcional a su número de habitantes.

Según el Inegi, “México atraviesa por un intenso proceso de urbanización que tuvo su origen en el impulso del Estado a la industrialización en el lapso de 1940 a 1970 y que dio lugar a una fuerte migración interna en el país en ese periodo, la secuela de este cambio todavía se aprecia en la estructura por edad de los 18.3 millones de personas que en el 2000 residían en una entidad distinta de donde nacieron, donde 11% de los migrantes tienen 60 años o más.

“En este mismo sentido destaca que 28.3% de la población de 60 años o más vive fuera de su lugar de nacimiento. El efecto que ha tenido la migración en la estructura por edad de la población también se advierte en un envejecimiento relativo de las localidades rurales, las cuales son origen de cuantiosos contingentes de población que se desplazan de sus comunidades principalmente en búsqueda de actividades económicas más rentables y con mayores remuneraciones a la mano de obra” (Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2005, págs. 6,7).

Veracruz, por ejemplo, tendría las mismas características, aunque por causas aún más diversas. Desde el punto de vista geopolítico, Veracruz fue uno de los primeros puntos de contacto entre Europa y América hace ya más de 500 años. Esto es, una de las ciudades mexicanas más antiguas. Por tanto, es lógico que tenga una proporción de habitantes notoriamente mayor que otras localidades y, en consecuencia, más adultos mayores.

Desde el punto de vista económico, Veracruz tiene uno de los puertos más importantes y de mayor tráfico de mercancías del país. Por tanto, también ha sido, tradicionalmente, un importante polo de desarrollo para la economía local y regional, así como un atractivo para mano de obra migrante nacional e internacional.

Polos de Desarrollo

Explicación similar tendrían Jalisco y Puebla, entidades que ocupan el cuarto y quinto lugar, respectivamente, en materia de envejecimiento. Esos dos estados se

han convertido, con los años, en polos de desarrollo industrial y centros regionales de servicios educativos, financieros y de salud.

En contraste, los estados más jóvenes, o menos envejecidos, comparten también algunas características comunes. Por ejemplo, la erección de los territorios de Baja California Sur y de Quintana Roo como estados de la Federación, se produjo en 1974. Es decir, tienen 44 años en su calidad de entidades federativas.

En los dos casos, hablamos de “territorios” distantes del centro del país, poco poblados y con actividades económicas preponderantemente primarias, en el caso de Baja California Sur. El desarrollo económico y crecimiento acelerado lo captó su vecino del norte, Baja California.

En el caso de Quintana Roo, el crecimiento acelerado, motivado por la actividad económica se registró muy recientemente, entre las décadas de los 70 y los 80, en el municipio de Benito Juárez, mejor conocido como Cancún, al norte de la entidad, donde la actividad preponderante es el turismo.

La inmensa mayoría de los habitantes de Cancún, procedentes del resto del país, y del extranjero, llegó a edad muy temprana, atraída por el *boom* turístico en las décadas de los 80 y 90 del siglo pasado. El desarrollo acelerado de ese polo turístico, comenzó a principios de los 70.

La “juventud” de Colima, Campeche y Tlaxcala, respectivamente, tienen otra explicación, a partir de la cercanía de polos de desarrollo vecinos, que captan más migrantes e impiden su crecimiento demográfico acelerado. En el primer caso está la cercanía con la ciudad de Guadalajara, en el segundo, con Mérida y, en el tercero, con Puebla, capital.

Si el envejecimiento se produce de manera desigual, ¿en qué condiciones está la situación de los especialistas en el tema, capaces de atender a estas personas?

Valdés y Rojas recordó que en México hay sólo 400 geriatras para atender a los 12.4 millones de adultos mayores que hay en México, según la entrevista referida.

(Valdés y Rojas, 2017). Si su distribución fuera equitativa, a cada uno de esos especialistas le correspondería atender a unos 31 mil adultos mayores, cosa imposible, a todas luces.

Otro especialista el Dr. Gutiérrez Robledo, afirma que hay 600 geriatras en el país. Y prende focos rojos cuando añade, justamente, que esos profesionales no están distribuidos equitativamente, ni atienden las localidades con más número de adultos mayores.

Según *Reforma*, “En México hay registrados sólo 600 geriatras, de los cuales ni siquiera la tercera parte trabaja en el sector público, además de que su distribución geográfica es muy desigual, alertó Luis Miguel Gutiérrez Robledo”. (Vitela, 2018).

Junto a la nota, se publica la foto de un paciente adulto mayor en una cama de hospital y como pie de foto una infografía en la que se lee “Distribución porcentual de la población derechohabiente de 60 y más años, por institución. IMSS, 42.7; Seguro Popular, 40.9; ISSSTE, 10.1; Seguro privado, 2.3; Pemex, Defensa o Marina, 1.6; ISSSTE estatal, 1.2; Otra, 1.2”. Cita como fuente la Encuesta Intercensal 2015, del Inegi.

Prosigue la nota de *Reforma*:

“La consecuencia, advirtió el director del Instituto Nacional de Geriátrica (INGer), es que la mínima disponibilidad de servicios especializados provoca ineficiencia en la atención de personas mayores frágiles.

“Indicó que un estudio del INGer reveló que dos tercios de las hospitalizaciones son potencialmente evitables con una adecuada atención geriátrica.

“Detalló que es muy común que un adulto mayor que ingresa con una fractura de cadera y que idealmente debería llegar al quirófano no sea evaluado con celeridad.

"Se le inmoviliza en cama hasta que hay tiempo quirúrgico, hasta que se consigue la prótesis. Pueden haber pasado, a veces semanas, con lo cual se complica su

situación y a la hora que queremos mandarlo a la calle para que se rehabilite ya no es posible", lamentó Gutiérrez Robledo. (Vitela, 2018).

–Si se contara con un sistema eficiente que reconociera el problema y tuviera un abordaje proactivo –sostuvo, se lograría que a las 48 horas el adulto mayor estuviera operado y caminando en el corto plazo. Además, hay complicaciones inherentes a los procedimientos invasivos que precipitan un deterioro en cascada en adultos mayores frágiles cuando no se reconoce oportunamente esa condición.

"En adultos mayores frágiles cualquier procedimiento invasivo, desde una sonda uretral hasta una cirugía, pueden tener consecuencias inesperadas por la misma vulnerabilidad", apuntó.

El envejecimiento de la población, advirtió Gutiérrez Robledo, ya es una realidad dentro del sistema de salud: "La población del ISSSTE hoy en día tiene la proporción de personas mayores que tendrá el país en su conjunto dentro de 30 años, es decir, 20 por ciento. Hoy es 10 por ciento (en el país); se va a duplicar en poco menos de 30 años", detalló.

Pablo Kuri, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, confirmó que en las unidades médicas públicas sólo hay 168 consultorios de geriatría y 166 camas de hospitalización dedicadas a esta especialidad. "Tenemos que hacer algo", urgió tras reconocer que esto es uno de los principales retos que debe enfrentar el sistema nacional de salud.

En este aspecto, la respuesta a una de las preguntas planteadas en la introducción de este trabajo es negativa. No disponemos del número suficiente de especialistas en geriatría y gerontología para entender y atender adecuadamente a la población adulta mayor.

Podríamos establecer dos conclusiones preliminares en este subcapítulo. Una: sería deseable que las instituciones educativas públicas y privadas del país tuvieran como prioridad en sus planes de estudio la formación de más geriatras y gerontólogos.

Dos, que las instituciones públicas y privadas de salud, incentiven a los profesionales de esas ramas de la medicina a ejercer su profesión en las localidades con mayor número de personas adultas mayores. Estas medidas podrían ayudar a mitigar la enorme falta de profesionales especializados en la atención de las personas adultas mayores.

1.3. Breve repaso de la política pública sobre envejecimiento en México

El Inapam es, por ley, el organismo dedicado al establecimiento de la política pública de envejecimiento en México. Desde su creación, en agosto de 1979, se pensó como una institución al servicio de las personas adultas mayores, aunque su función no estaba definida claramente. Entonces, se llamó Instituto Nacional de la Senectud, (Insen).

El propio organismo, en su página web cuenta su historia en una nota publicada el 22 de agosto de 2016, con el título “Inapam, 37 años al servicio de los adultos mayores de México” (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2018).

“El Inapam está de fiesta. Y con él los adultos mayores del país, pues un día como hoy, hace 37 años, se creó, mediante un decreto presidencial, el Instituto Nacional de la Senectud (Insen), dependiente de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública. Era el año de 1979.

“En enero de 2002 se publicó en el Diario Oficial el decreto por el cual el Insen pasa a formar parte de la Secretaría de Desarrollo Social, cambiando su nombre a Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (Inaplen), con la idea de que los adultos mayores son fuente de experiencia y testimonio vivo de valores y virtudes en plenitud.

“El 25 de junio del mismo año, se publicó en el Diario Oficial, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, la cual le dio nombre al actual Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, con lo cual el organismo reafirmó su posición rectora y coordinadora en asuntos de vejez y envejecimiento.”

Esto indica que el Instituto es muy joven, con tan sólo 37 años de existencia. Pero, además, su carácter de organismo rector de la política pública sobre envejecimiento en México es aún más reciente, data de 2002, cuando por medio de otro decreto, cambia a Instituto Nacional de Adultos en Plenitud y, seis meses después, se constituye como lo que es actualmente, el Inapam. Es decir, tiene sólo 16 años como organismo rector de la política pública sobre envejecimiento.

La Tarjeta Inapam

“En octubre de 1980, el Insen recibió por primera vez presupuesto propio y con eso, rentó una casa en la colonia Nápoles, donde instaló sus oficinas. A finales de ese año se inició el programa de afiliación de personas de 60 años y más. Los afiliados reciben una credencial que les da acceso a descuentos en diversos servicios y algunos bienes, además de que es un medio de identificación bien aceptado,” relata la misma nota en la página del Instituto.

“Actualmente, el Inapam, como rector de la política nacional sobre envejecimiento, atiende a más de 10 millones de personas adultas mayores. Su objetivo es coordinar, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella. Además, promueve el desarrollo integral de las personas adultas mayores, mediante empleo, ocupación, retribuciones, asistencia y oportunidades para mejorar su calidad de vida”, señala la publicación.

De acuerdo con esa información, 21 de sus 37 años de vida estuvieron dedicados a la labor asistencialista, y sólo los últimos 16 los ha dedicado a formular política pública sobre envejecimiento. Así parece confirmarlo la información publicada en su página web sobre los inicios del Instituto:

“El envejecimiento de la población mexicana es uno de los mayores retos del gobierno federal y, por tanto, del Instituto. Los avances tecnológicos y de la medicina aumentaron la esperanza de vida en la segunda mitad del siglo XX, que pasó de 36 años, en 1950, a 74 en 2000.

“Se espera que en las próximas décadas continúe su incremento hasta alcanzar 80 años, en el 2050. Según el Consejo Nacional de Población (Conapo), la esperanza de vida de las mujeres en 2011 fue de 77.9 años, y de 73 para los hombres. En 2050 será de 83.6 y 79.0, respectivamente.

“Las primeras acciones en beneficio de las personas mayores fueron, otorgar servicios de atención médica, establecer convenios con diversos organismos e instituciones, y promover actividades culturales, recreativas y manualidades”.

Pero, según su estatuto orgánico (Diario Oficial de la Federación, 2014), el Inapam tiene entre sus atribuciones:

XXIV. Establecer reuniones con instituciones afines, nacionales e internacionales, para intercambiar experiencias que permitan orientar las acciones y programas en busca de nuevas alternativas de atención;

XXV. Promover y difundir las acciones y programas de atención integral a favor de los adultos mayores, así como los resultados de las investigaciones sobre la vejez y su participación social, política y económica;

XXVI. Promover la participación de los adultos mayores en todas las áreas de la vida pública, a fin de que sean copartícipes y protagonistas de su propio cambio;

XXVII. Promover, fomentar y difundir en las actuales y nuevas generaciones, una cultura de protección, comprensión, cariño y respeto a los adultos mayores en un clima de interrelación generacional, a través de los medios masivos de comunicación;

XXVIII. Elaborar y proponer al titular del Poder Ejecutivo Federal los proyectos legislativos en materia de adultos mayores, que contribuyan a su desarrollo humano integral, y...

Este documento reemplaza al anterior estatuto, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de diciembre, de 2004, según se lee en el Artículo segundo transitorio, del mismo documento:

“Transitorios

“Primero...

“Segundo. - Se abroga el Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de diciembre de 2004.

“Tercero...”

Si nos atenemos a ese marco legal, el Instituto tendría que poner más énfasis en la normatividad y menos en sus actividades asistenciales, tales como los servicios del Centro de Atención Integral (CAI), ubicado en Av. Universidad 150, en la Ciudad de México, lo cual le genera una disyuntiva, pues la población identifica, demanda y se beneficia de esos servicios.

“Centro de Atención Integral Inapam

“Servicios de atención médica de primer nivel; apoya la detección, el control y el seguimiento de las enfermedades comunes en las personas adultas mayores (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2016).

“Este servicio lo ofrecen profesionales en diferentes disciplinas médicas y servicios de laboratorio y gabinete, en el Centro de Atención Integral (CAI) del Inapam en la Ciudad de México.

“Avenida Universidad No. 150, Col. Narvarte, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México. Teléfonos 56-69-17-76. Responsable: Dr. Rodolfo Ávila Lombera

“Servicios que se otorgan:

“Medicina general, Cardiología, Geriátría, Otorrinolaringología, Dermatología, Ginecología, Reumatología, Ortopedia, Psicología, Odontología, Nutrición, Gabinete de ultrasonido, Gabinete de Audiología, Electrocardiografía, Trabajo Social, Audiología (sólo los miércoles).

“Requisitos: Tarjeta Inapam. Carnet de citas del Inapam (a partir de la segunda cita)”.

Este es sólo un ejemplo. En un documento denominado, *Diagnóstico del Programa Servicios a Grupos con Necesidades Especiales a cargo del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores*, elaborado en 2015, el Instituto describe sus actividades de la siguiente manera:

Actualmente, el Inapam proporciona apoyos alineados con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM), mediante 4 ejes: Rectoría, Empleo u ocupación/retribuciones justas; Asistencia y Oportunidades para alcanzar el bienestar y calidad de vida. Su finalidad es garantizar el desarrollo integral de las personas adultas mayores.” (Sedesol, 2015). Y las expone en un cuadro de la siguiente manera:

Tabla. Clasificación por tipo de apoyo que otorga INAPAM			
Rectoría	Empleo u ocupación/ Retribuciones justas	Asistencia	Oportunidades para alcanzar bienestar y calidad de vida
Documentos de fomento a los derechos de las PAM	Desarrollo comunitario	Atención médica general especializada y estudios de laboratorio y gabinete	Turismo y recreación
Formación y educación del personal en temas de envejecimiento y vejez	Vinculación productiva	Servicios gerontológicos en unidades especiales	Baile anual
Convenios para fomentar los derechos sociales de las PAM		Servicios en delegaciones	Juegos (nacionales, estatales y municipales)
Registro único de centros de asistencia		Servicios psicológicos	Actividades en clubes
Visitas de diagnóstico y seguimiento a las unidades		Atención jurídica a las PAM	
Credenciales de afiliación			
Campañas de sensibilización hacia el adulto mayor			

Fuente: Elaboración propia con datos de INAPAM. Tomado de www.gob.mx/inapam

En la primera columna de ese cuadro, el Inapam define claramente los siete aspectos de rectoría que tiene a cargo: a) Documentos de fomento a los derechos de las personas adultas mayores, b) Formación y educación del personal en temas de envejecimiento y vejez, c). Convenios para fomentar los derechos sociales de las personas adultas mayores, d). Registro único de centros de asistencia, e) Visitas de diagnóstico y seguimiento a las unidades f), Credenciales de afiliación, y g). Campañas de sensibilización hacia el adulto mayor.

Empero, en la tercera columna, correspondiente al rubro de asistencia, el Instituto describe los cinco servicios que aún proporciona a población abierta, mayor de 60 años con tarjeta Inapam:

- a) Atención médica general especializada y estudios de laboratorio y gabinete,
- b) Servicios gerontológicos en unidades especiales,
- c) Servicios en delegaciones,
- d) Servicios psicológicos, y
- e) Atención jurídica a personas adultas mayores.

Una de las razones que explican la coexistencia de funciones de Rectoría y la oferta de servicios es la creación y posterior desarrollo del Instituto. No se concibió como un instituto autónomo, sino sujeto, desde su nacimiento, a lo que se denomina “cabeza de sector”.

Desde su creación y hasta junio de 2002, el Inapam perteneció al Sector Salud. Esa era su cabeza de sector, En ese año, cuando adquiere su nombre y forma actuales, se le colocó en el sector Desarrollo Social, de modo que hoy en día, ese instituto constituye uno de los nueve organismos sectorizados de la Sedesol.

Sin embargo, muchas de las actividades “heredadas” del Insen-Inaplen, se siguen proporcionando, tal es el caso de los servicios de salud que ya se comentaron líneas arriba. Para conciliar esa situación y asumir sus funciones de rectoría, se decidió reorientar el rubro de servicios a cargo del Instituto. De aquí surgió la idea de convertirlos en lo que hoy se conoce como modelos de atención geriátrica. El *Modelo Clínica de la Memoria* es uno de ellos, y de ahí su denominación actual.

Otros son, los albergues, en los que se recibe a personas adultas mayores con ciertas características, por ejemplo, que no tengan familiares ni nadie que pueda hacerse cargo de ellas.

Como puede percibirse, la actividad preponderante del Instituto en ese aspecto, está concentrada en la Ciudad de México. Por tanto, es muy recomendable que, así como se replicaron dos de sus modelos en Guanajuato, y uno en Oaxaca, se intensifique su adopción en más estados del país, ya sea a cargo de particulares o de los gobiernos estatales y municipales.

Otros modelos

Las Casas de día y los Centros culturales, son otros dos modelos. En las primeras se recibe a personas mayores que no pueden permanecer solas en sus casas, y los segundos, son lugares a donde acuden los adultos mayores interesados en aprender y actividades artísticas, culturales y manualidades. En todos los casos, los candidatos deben reunir ciertos requisitos para ingresar.

El Inapam tiene un *Modelo Clínica de la Memoria* en la Ciudad de México. Recientemente se replicó el modelo en la ciudad de Guanajuato, lo cual constituye el primero exitoso replicado del concepto original.

Además, el Inapam tiene un Centro de Atención Integral, seis albergues, cuatro de ellos en la Ciudad de México, uno en Guanajuato y otro en Oaxaca, y siete centros culturales, todos ellos en la capital del país.

De ese modo, el Instituto puede seguir proporcionando esos servicios, pero con la modalidad aplicada, es decir, involucrando investigación, documentación y réplica de dichos modelos, como parte de su labor de rectoría, prevista en su estatuto orgánico.

Capítulo 2. Alzheimer y otras demencias, un reto para el país

“No hay tratamiento que cure la demencia”, sentenció el doctor Carlos D’Hyver De Las Deses De Juillac y Wiechers, (D Hyver, 2016), especialista de la Facultad de Medicina de la UNAM, durante una ponencia titulada *Tratamiento Farmacológico de la Demencia*, presentada en el auditorio del Inapam, el 21 de septiembre de 2016, con motivo de la celebración del Día Mundial del Alzheimer..

Y enlista algunas de las características que pueden presentar las personas con el padecimiento, de manera más recurrente:

- “La enfermedad sigue avanzando.
- “El curso de la misma puede ser más lento, con un manejo adecuado.
- “Lleva a la incapacidad y necesidad de soporte o ayuda para la realización de las actividades diarias:

“Primero para las instrumentales.

“Secundariamente para las básicas.

- “Acaba con la muerte por falla en el control fisiológico, si no es que antes se producen complicaciones como caídas con fracturas, infecciones, etc.”

Por sus características, también podría decirse que el Alzheimer es una enfermedad silenciosa. Sus síntomas son difíciles de detectar para quien no está familiarizado con el padecimiento, pues se confunden fácilmente con otros problemas, o simplemente se esconden detrás de olvidos que no son graves, ni llaman la atención.

Además, se calcula que, en los próximos 15 años, cerca de 22 millones de personas en México, podrían presentar uno o más síntomas de esta enfermedad. Hoy en día, una de cada 10 personas mayores de 65 años la padece.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 37 millones de personas en el mundo viven con alguna demencia, la gran mayoría causada por Alzheimer, o relacionada con ella.

Entre olvidos y demencias

En un trabajo publicado por la revista electrónica *Diario de la Tercera Edad*, (Diario de la Tercera Edad, 2018) el 17 de mayo de 2018, firmado por Susana Sánchez, se expone:

De los más de 12 millones de personas mayores mexicanos de 60 años -esta población puede ser superior a esta cifra- cerca de 800 mil presentan en México algún tipo de demencia y aproximadamente ocho de cada 10 padecen Alzheimer.

Su atención es un desafío para la medicina pública mexicana. Especialmente cuando en el país el número de especialistas en geriatría no pasan de unos 600 expertos.

El tratamiento y el cuidado de estos enfermos ha llegado a estimarse en unos 20 mil pesos mensuales, aproximadamente mil dólares al tipo de cambio actual, una cantidad inaccesible para la mayoría de las familias mexicanas con enfermos con ese tipo de padecimiento.

El doctor (Adrián) Martínez Ruiz (uno de los expertos del Instituto Nacional de Geriatría), dijo que los pacientes con Alzheimer pueden presentar además síntomas neuropsiquiátricos, como depresión, ansiedad, alucinaciones, ideas delirantes, alteraciones del sueño, de apetito y de psicomotricidad.

El especialista en geriatría expuso que la enfermedad es incurable. Sin embargo, consideró que si se administra tratamiento farmacológico para atender los problemas cognitivos, el cual se combina con terapias grupales y manualidades, se pueden disminuir los síntomas neuropsiquiátricos.

En suma, el panorama expuesto por los expertos para los próximos años es muy preocupante, pero es aún más sombrío si consideramos que hasta el momento no hay una cura para esa enfermedad, pese a que sus síntomas se describieron por primera vez hace ya más de 100 años.

Sin embargo, la esperanza es alentadora para los adultos mayores de hoy, para quienes ya llegaron a la mal llamada *tercera edad* o la rebasaron, y para los que están próximos a cumplir 60 años. Las investigaciones sobre el padecimiento parecen estar muy cerca de encontrar un remedio o, al menos, un paliativo, según se pudo averiguar.

2.1. Qué son las demencias y cómo se identifican

En el mismo trabajo citado líneas arriba, el Dr. D´Hiver (D Hyver, 2016) describe los aspectos que caracterizan las manifestaciones de las demencias.

A. La presencia de los múltiples déficits cognoscitivos se manifiesta por:

1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

a) Afasia (alteración del lenguaje)

b) Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)

c) Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)

d) Alteración de la ejecución (por ejemplo, planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social, y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.

D. Los déficits cognoscitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

1. Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (por ejemplo, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, Corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)
2. Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B2 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
3. Enfermedades inducidas por sustancias

E. Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje uno (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

Deterioro Severo Mental.

Demencias

A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y,
2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

El Dr. D'Hiver es coordinador de Geriátría en la Facultad de Medicina de la UNAM. Su investigación es parte del Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez (SUIEV), de la propia Facultad. Además, forma parte del Consejo Nacional de Coordinación Interinstitucional del Inapam, que reúne a más de 54 instituciones públicas y privadas, de la Academia, de la sociedad civil, y sesiona seis veces al año. El Dr. Valdés y Rojas, es el coordinador de ese Consejo.

El especialista también presentó ese material el 23 de noviembre de 2016, como parte de las conferencias que se expusieron en el evento denominado *Encuentro México y el Mundo, Envejecimiento y Vejez, Nuevos Retos*, (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2016), que reunió a numerosos expertos nacionales e internacionales, durante cinco días, en instalaciones de la Secretaría de Relaciones Exteriores, en el centro de la Ciudad de México.

Allí, reiteró que, si bien, el Alzheimer no tiene cura hasta el momento, sí hay medicamentos que pueden aminorar sus efectos y, en algunos casos, funcionar como paliativos. Con el título, *Alzheimer, invitado obligado en un foro internacional sobre vejez*, la página del Inapam del 24 de noviembre de 2016, da cuenta de ese evento, de la siguiente forma:

Ciudad de México, 24 de noviembre. Un paciente con Alzheimer puede olvidarlo todo, pero siempre recordará que lo aman. Esto es una de las premisas fundamentales en la atención y cuidado de los adultos mayores, pues de ella se desprenden la paciencia y la constancia, que deben caracterizar a nuestros cuidadores, señaló la doctora Regina Altena, especialista de Alzheimer México, una institución de Asistencia Privada.

Este padecimiento fue tema ineludible la tarde de ayer miércoles, durante el primer día de trabajos del Encuentro México y el Mundo, Envejecimiento y Vejez, nuevos retos, evento internacional organizado por el Inapam.

Más allá de los medicamentos que se usan habitualmente para paliar algunos de sus efectos, considerando que el padecimiento no tiene cura, hasta el momento, como estableció claramente el Dr. Carlos D´Hyver de las Deses, el afecto familiar y social juega un papel fundamental en la atención del paciente con este padecimiento.

–Hemos tenido mucho éxito con pacientes de Alzheimer, a los cuales se les proporciona una atención muy personalizada, con dedicación y numerosas actividades que los mantienen ocupados, activos y atentos. Eso ayuda a retrasar las manifestaciones del padecimiento, más que cualquier medicamento –señaló la especialista.

Al referirse a los medicamentos usados en la atención del padecimiento, D´Hyver, fue muy puntual. No hay cura para el Alzheimer, y de los numerosos medicamentos que se utilizan para tratarlo y aminorar sus efectos, sólo cuatro han demostrado su utilidad, pero todos tienen efectos colaterales que complican otros aspectos de la salud de los pacientes, lo cual pone en duda su prescripción.

–Esto no significa que no haya investigación –aclaró, hay muchos laboratorios ahora mismo haciendo diversos protocolos de investigación, con sus propios intereses y avances, pero ninguno tiene, hasta el momento, un resultado tangible, capaz de paliar y menos, de curar la enfermedad.

Por otra parte, a modo de prólogo, la novela gráfica *No te quiero olvidar, ... pero podría hacerlo*, (Instituto Nacional de Geriátría, 2012), define brevemente en qué consiste el padecimiento:

“El Alzheimer es un tipo de demencia, esto significa que quien lo padece se enfrenta al deterioro progresivo e irreversible de sus facultades mentales. El primer indicio es el trastorno de conducta en el enfermo, quien no tiene el control sobre sus acciones, pues su cerebro ya no las ejecuta como lo hacía antes.

“Al inicio, las personas con Alzheimer manifiestan síntomas que pueden variar de una a otra persona en intensidad, gravedad y tiempo de avance. Estas señales

suelen ser: pérdida de memoria, pérdida de habilidades intelectuales y desorientación.”

Esa novela gráfica, editada en 2012 y registrada por el Instituto Nacional de Geriátrica, dependiente de la Secretaría de Salud, fue desarrollada, según su propia presentación, “...por un equipo de especialistas geriatras, psicogeriatras, psicólogos, enfermeras y cuidadores de pacientes con demencia, investigadores en ciencias médicas y un equipo editorial especializado en novelas gráficas. El propósito de esta obra es desarrollar en los lectores un interés en el tema, sensibilizarlos para la búsqueda de atención en los servicios de salud, la identificación oportuna y el apoyo psicosocial del deterioro cognoscitivo y el Alzheimer.”

Alzheimer para todos

Otra publicación, denominada, boletín *Alzheimer para Todos*, editado en 2013, por la Fundación Ortiz Moreno, (Fundación Ortiz Moreno, 2013), con sede en Monterrey, Nuevo León, que resume, como su título lo indica, *Las 10 Señales de Alarma*, aspectos preventivos más importantes de la enfermedad:

1. Pérdida de memoria que afecta las habilidades y el desempeño en el trabajo.
2. Dificultad para llevar a cabo tareas cotidianas.
3. Problemas de lenguaje.
4. Desorientación en el tiempo y el espacio.
5. Pobreza o disminución del juicio.
6. Problemas de pensamiento abstracto.
7. Colocar objetos en lugares que no corresponden
8. Cambios en el estado de ánimo o de conducta
9. Cambios en la personalidad.
10. Pérdida de iniciativa.”

Y en su editorial señala:

“...Nuestra comunidad, nuestra sociedad está muy poco enterada acerca de esta enfermedad. Y aunque cada vez se hacen más esfuerzos por difundir lo que es el

Alzheimer; por llegar a más lugares, también es cierto es que muy pocos participan y hay poca gente preparada para crear conciencia.

“Por eso, esta publicación: “Alzheimer para todos”, (publica) artículos variados con un lenguaje sencillo enfocado a familiares, cuidadores, personal de enfermería, trabajadores sociales, estudiantes de medicina, psicología, gente joven y niños que en su casa tienen a un familiar con algún tipo de demencia.

“Actuar a tiempo siempre será importante. No olvides que aún hay mucho por hacer por la gente que ya no pueden recordar, y que, aunque tal vez no puedan ellos saber quiénes somos, nosotros sí sabemos quiénes son ellos, y que aún nos necesitan. Espero que esta publicación pueda ayudar en algo para crear conciencia y estar más cerca de nuestros seres queridos.

“Federico Ortiz–Moreno.

Presidente”

En suma, mientras no haya una cura efectiva para este padecimiento y, sobre todo, sin efectos colaterales severos, las opciones de atención para personas con deterioro cognitivo o con alguna de las demencias ya identificadas, son los cuidados paliativos, algunos medicamentos y, sobre todo, el amor, pues los enfermos pueden olvidarlo todo, menos el amor que reciben de quienes los rodean, como señaló la doctora Regina Altena.

2.2. No todo el deterioro cognitivo es Alzheimer

Es mucho lo que se ha avanzado en el conocimiento de las demencias y del Alzheimer, en especial, lo que ha derivado en que muchos términos que antes tenían connotación negativa, como es el caso de la demencia hoy están en el vocabulario cotidiano de las personas.

Actualmente, una de sus acepciones se usa para describir un padecimiento que tiene ciertas características, ello ha permitido tener una mayor comprensión de la enfermedad y, en consecuencia, contribuir a la mejora de la calidad de vida de quienes la padecen.

En palabras de la Rangel López, (Rangel López, 2017), durante una entrevista, que concedió a este reportero, “ni todos los adultos mayores son dementes, ni todos los dementes son adultos mayores”. Otros especialistas coinciden con ella en que la edad es un factor de riesgo para desarrollar Alzheimer, pero no es el único ni el más importante.

“Tenemos casos de personas que han iniciado el padecimiento a los 65 años, muy temprano. Ellos tienen un factor de riesgo muy importante, que es la genética, son pocos, pero no por eso menos trágicos.

–Y otro grupo de demencias muy importante es el de las de tipo vascular, como hipertensión, diabetes mellitus; otras cardiopatías, trastornos de la tiroides, dislipidemias, que son colesterol y triglicéridos altos –entre otras.

–Esos son factores de riesgo, pero eso no significa que necesariamente las personas vayan a desarrollar la enfermedad –señaló la especialista.

Esas consideraciones tienen mucha similitud con las opiniones de Valdés y Rojas, (Valdés y Rojas, 2017), quien en diversos foros ha señalado que el envejecimiento exitoso tiene mucho que ver con un buen estilo de vida de las personas durante etapas previas al envejecimiento.

“...los padecimientos relacionados con la memoria son enfermedades crónicas no transmisibles. Esa es la denominación correcta, aclaró, pues de su adecuada comprensión depende el comportamiento que tengamos frente a ella”, expuso.

Jornadas de Orientación

Durante su participación en un evento denominado Jornadas de Orientación sobre Enfermedades Mentales y sus Características, dirigidas a cuidadores de adultos mayores de personas con padecimientos mentales y sus familiares, organizadas por el Inapam, (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2016), Valdés y Rojas expuso:

“–Muchas de las enfermedades comunes –prosiguió–, tienen manifestaciones claras, como la gripa o las infecciones. Las enfermedades mentales no se notan al

principio, ni a simple vista. Es hasta que han avanzado notoriamente cuando las percibimos con claridad.

“–Por tanto, las personas con padecimientos mentales no entienden; los que debemos entender somos nosotros, los familiares, amigos o cuidadores”.

En el mismo evento, el Dr. Ángel García Leppe, psicólogo de la Clínica de la Memoria, del Inapam, aclaró que algo muy importante es no sentirnos culpables de la situación. Simplemente, somos responsables del papel que desempeñamos en esas circunstancias.

“–Debo comprender que mi familiar ha perdido el control sobre sí mismo, debo entender que la parte sana y enferma conviven indiscriminadamente. Asimismo, darme cuenta que él ya no tiene regreso y que cada vez va a necesitar más de mí –precisó.”

Por su parte, el Dr. Armando Pichardo Fuster, (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2014), director de Geriatria Clínica, de la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria, describió “cómo los adultos mayores que no tuvieron condiciones adecuadas desde su niñez, ni cuidados preventivos a lo largo de su vida, son más vulnerables a la declinación de facultades con el paso de los años.

Esos conceptos fueron parte de una exposición que tituló *La Fragilidad en el Adulto Mayor*, como parte del evento denominado *Foro Alzheimer*, organizado por el Inapam, el 12 de diciembre de 2014. En ese evento, Pichardo Fuster dijo:

“En contraste, aquellas personas que desde el período perinatal recibieron oportunamente sus vacunas, se alimentaron adecuadamente y mantuvieron una vida sana durante su niñez, juventud y madurez, tienen un envejecimiento exitoso, activo, saludable y digno. Incluso, fallecen en mejores condiciones que aquellos que no tuvieron esas condiciones, ni se cuidaron”.

Plan de Acción

–Por tanto, el envejecimiento exitoso es un asunto de cultura, de calidad de vida y también de condiciones familiares, laborales y sociales favorables y adecuadas, según cada etapa de la vida –afirmó Pichardo Fuster.

Por cierto, en ese evento, se firmó el pronunciamiento del Plan de Acción Alzheimer y otras Demencias, México 2014, para atender ese problema en México. Por parte del Inapam rubricó el documento la entonces directora del Instituto, Aracely Escalante Jasso.

Para Adrián Martínez, (Secretaría de Salud, 2016), médico psiquiatra e investigador en Ciencias Médicas, del Instituto Nacional de Geriátría (Inger), “la demencia está relacionada con alteraciones en la función cognitiva, es decir, en la memoria a corto plazo, aunque también afecta la capacidad para pensar y razonar, así como la pérdida de habilidades para realizar las actividades diarias”.

Por medio de un comunicado, publicado en la página web de la Secretaría de Salud, el 30 de julio de 2016, Martínez expuso que “los signos y síntomas de la demencia aparecen cuando las neuronas (células nerviosas) que estaban sanas, dejan de funcionar debido a la acumulación de dos proteínas: beta amiloide y la proteína Tau, lo que genera una pérdida en las conexiones con otras células cerebrales y mueren”.

Las demencias se presentan sobre todo en mayores de 65 años de edad, y de cada 10 personas que las padecen, ocho son de tipo Alzheimer, aseguró. De los 11 millones de adultos mayores de 65 años el nueve por ciento sufre algún tipo de demencia.

Existen demencias no degenerativas como la demencia vascular y las infecciones en el cerebro, que pueden generar deterioro cognitivo secundario, pero una vez que se controla la infección desaparece la demencia.

Con relación a la demencia vascular, precisó que se debe a infartos en el cerebro, que provocan falta de irrigación sanguínea y, en consecuencia, muerte neuronal.

Indicó que se trata de una de las pocas demencias que se pueden prevenir evitando o controlando los factores de riesgo vasculares como la hipertensión arterial, hipercolesterolemia o la diabetes mellitus, para reducir así las posibilidades de padecerla en el futuro.

Los síntomas para detectar una demencia son: alteraciones en la memoria a corto plazo, aunque este síntoma puede acompañarse de pérdida de iniciativa, ansiedad, depresión, cambios de humor y comportamiento, además de negación a realizar ciertas actividades, entre otros.

Otro factor de riesgo para desarrollar una demencia es el antecedente familiar, ya que puede existir cierta predisposición genética a padecerla.

Para contrarrestar la demencia, el deporte puede ayudar a mantener la función cognitiva, así como una dieta rica en omega 3. Asimismo, las actividades que estimulan la memoria como la lectura, algunos juegos de mesa y tocar instrumentos musicales.

Otro estudio sobre el tema, publicado por la revista electrónica Mediline Plus (Medilineplus, 2018), en Estados Unidos, alojada en la Biblioteca Nacional de Medicina de ese país, traducida al español, señala que:

La demencia no es lo mismo que el deterioro cognitivo relacionado con la edad. Esto ocurre cuando ciertas áreas del pensamiento, el recordar y procesar información, se vuelven más lentas al envejecer, pero la inteligencia permanece inalterada. A diferencia de la demencia, la pérdida de memoria relacionada con la edad no es incapacitante.

Los olvidos ocasionales son normales en personas mayores. Si bien la demencia es más común con la edad avanzada, (...) no es una parte inevitable del envejecimiento. Muchas personas viven hasta los 90 años o más sin ningún signo de demencia.

La demencia tampoco es lo mismo que el delirio, que generalmente es una complicación a corto plazo de una afección médica y que, por lo general, se puede tratar con éxito. Los signos y los síntomas de la demencia se producen cuando las neuronas (células nerviosas), que alguna vez estuvieron sanas, dejan de funcionar, pierden sus conexiones con otras células cerebrales y mueren...

El deterioro cognitivo leve es una etapa entre los cambios cognitivos normales que pueden ocurrir con la edad y los síntomas más graves que indican demencia. Los síntomas de deterioro cognitivo leve pueden incluir problemas con el pensamiento, el juicio, la memoria y el lenguaje, pero la pérdida no interfiere significativamente con la capacidad de manejar las actividades cotidianas.

Los síntomas de deterioro cognitivo leve incluyen pérdida leve de memoria, dificultad para planear u organizar, dificultad para encontrar las palabras adecuadas, pérdida frecuente o extravío de cosas, y olvido de nombres, conversaciones y eventos.

Las personas que tienen deterioro cognitivo leve pueden tener mayor riesgo de tener la enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia con el paso del tiempo, particularmente si el grado de deterioro de la memoria es significativo, pero el deterioro cognitivo leve no siempre progresa a demencia. Los síntomas pueden permanecer estables durante varios años e incluso mejorar con el tiempo en algunas personas.

Es frecuente tener más de una causa de demencia. Muchas personas con esta afección tienen la enfermedad de Alzheimer y uno o más trastornos estrechamente relacionados (...) con la enfermedad de Alzheimer.

Los investigadores aún intentan comprender los procesos subyacentes implicados en las demencias. Los científicos tienen algunas teorías sobre los mecanismos que pueden llevar a diferentes formas de demencia, pero se

necesita realizar más investigaciones para comprender mejor si estos mecanismos están implicados y cómo.

2.3. Cuántos tipos de Alzheimer se conocen y cuáles son sus características

Con el curso de los años, los investigadores han determinado diversos tipos de demencias, entre ellas las que se clasifican como Alzheimer, aunque como hemos dicho aquí, seis de cada diez demencias están relacionadas con ese mal.

En entrevista, Valdés y Rojas (Valdés y Rojas, 2017), señaló que, “Es importante que conozcamos cómo diagnosticar oportunamente y cómo tratar de forma adecuada la cuestión del deterioro cognitivo, entiéndase Alzheimer o demencia de tipo vascular, o multifactorial, que son las dos demencias más frecuentes que estamos viendo actualmente.

“No hay tratamiento específico para esto, entonces mucho requiere del cuidado de la familia, de las instituciones, para esas personas”. La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia en los mayores de 65 años. A medida que el mal progresa, mayor es la pérdida de memoria y de otras características cognitivas.

Los problemas pueden incluir deambular y perderse, tener dificultad para manejar el dinero y pagar facturas, repetir preguntas, tomar más tiempo para completar las tareas diarias normales y sufrir cambios en la personalidad y el comportamiento.

Los investigadores no han encontrado un gen que sea el único responsable de la enfermedad de Alzheimer. El panorama se complica si consideramos que hay unos 80 tipos de demencia, unos más conocidos que otros, según la doctora Rangel López.

La revista electrónica Mediline Plus (Medilineplus, 2018), ya referida, describe las características de los más frecuentes, y por tanto más conocidos. Estos son:

Trastornos frontotemporales. Son formas de demencia causadas por una familia de enfermedades cerebrales neurodegenerativas llamadas colectivamente degeneración lobular frontotemporal. Afectan principalmente a los lóbulos frontales y temporales del cerebro, en lugar de la reducción y

atrofia generalizada del tejido cerebral que se observa en la enfermedad de Alzheimer.

Afasia progresiva primaria. Implica cambios en la capacidad de hablar, comprender y expresar pensamientos o palabras, escribir y leer. Muchas personas con afasia progresiva primaria, aunque no todas, desarrollan síntomas de demencia. Los problemas con la memoria, el razonamiento y el juicio no son evidentes al principio, pero pueden desarrollarse y progresar con el tiempo.

Otros tipos de trastornos frontotemporales incluyen: La degeneración corticobasal, que consiste en la pérdida progresiva de células nerviosas y la atrofia de áreas específicas del cerebro, que pueden afectar la memoria, el comportamiento, el pensamiento, el lenguaje y el movimiento.

Enfermedad de Pick se caracteriza por masas de proteínas TAU, que se acumulan dentro de las células nerviosas, lo que hace que se vean más grandes o en forma de globo.

Por lo general ocurre junto con la demencia frontotemporal con variante conductual, y a veces con la afasia progresiva primaria. Algunos síntomas son similares a los de la enfermedad de Alzheimer, entre ellos, la pérdida del habla, el comportamiento inapropiado y problemas con el pensamiento.

Parálisis supranuclear progresiva. Es una enfermedad cerebral que puede causar problemas con el pensamiento, la memoria, el comportamiento, la resolución de problemas y los cambios de criterio. También afecta el control de los movimientos oculares, el estado de ánimo, el habla, la deglución, la visión, la concentración y el lenguaje.

Demencias con presencia de cuerpos de Lewy. Estas están entre las demencias que se dan con más frecuencia, después de la enfermedad de Alzheimer y la vascular. Por lo general, comienzan después de los 50 años, pero pueden ocurrir antes. Implican depósitos anormales de proteínas en forma de globo, dentro de las células nerviosas.

Demencia por enfermedad de Parkinson puede ocurrir en las personas que tienen esa enfermedad y afectar la memoria, el juicio social, el lenguaje o el razonamiento.

Las formas de deterioro cognitivo y demencia de origen vascular se asocian a la pérdida progresiva de la memoria y otras funciones cognitivas causadas por una lesión o enfermedad en el cerebro. Sus síntomas pueden ser difíciles de distinguir y se caracterizan por problemas de organización, atención, lentitud en el pensamiento y resolución de problemas son más notorios en el deterioro cognitivo.

La demencia multiinfarto, que es el resultado de muchos accidentes cerebrovasculares (infartos) pequeños y minis (ataques isquémicos transitorios). Dependiendo de la región del cerebro afectada, se pueden ver afectados el lenguaje u otras funciones. El riesgo de demencia es significativamente mayor en alguien que ha tenido un accidente cerebrovascular.

Demencia vascular subcortical, anteriormente llamada enfermedad de Binswanger, que implica un daño microscópico extenso a los vasos sanguíneos pequeños y las fibras nerviosas que componen la sustancia blanca. Algunos lo consideran una forma agresiva de demencia multiinfarto.

Angiopátia amiloidea cerebral, que es una acumulación de placas amiloides en las paredes de los vasos sanguíneos del cerebro. Generalmente se diagnostica cuando se descubren pequeñas hemorragias en el cerebro a través de la resonancia magnética.

Neuropatología de los trastornos neurodegenerativos. Se cree que las diferentes formas de demencia relacionada con la edad, así como muchas enfermedades neurodegenerativas relacionadas con la edad, son causadas por cambios en varias proteínas.

Estas enfermedades se llaman "proteinopatías" porque involucran la acumulación anormal de proteínas específicas en el cerebro. Se ha

descubierto que las mutaciones en los genes que proporcionan instrucciones para producir estas proteínas causan demencias hereditarias.

La hidrocefalia de presión normal es una acumulación anormal de líquido cefalorraquídeo en el cerebro. Las personas mayores con este trastorno por lo general tienen problemas para caminar y para controlar la vejiga antes de la aparición de la demencia.

Enfermedad argirofílica granulosa es una enfermedad degenerativa frecuente de aparición tardía, que afecta las regiones del cerebro involucradas en la memoria y las emociones. Causa deterioro cognitivo y cambios en la memoria y el comportamiento, y dificultad para encontrar las palabras adecuadas.

Encefalopatía traumática crónica. La causa una lesión cerebral traumática en algunas personas que han tenido varias conmociones cerebrales. Las personas con encefalopatía traumática crónica pueden presentar demencia, coordinación deficiente, dificultad para hablar y otros síntomas similares a los que se observan en la enfermedad de Parkinson 20 años o más después de la lesión.

Enfermedad de Huntington. Es una enfermedad cerebral progresiva y hereditaria que afecta el criterio, la memoria, la capacidad de planificación y organización y otras funciones cognitivas. Los síntomas generalmente comienzan alrededor de los 30 o 40 años e incluyen movimientos anormales e incontrolables, así como problemas para caminar y falta de coordinación.

También hay demencia asociada con el VIH puede ocurrir en personas que tienen el virus de la inmunodeficiencia humana. Este tipo de demencia daña la sustancia blanca del cerebro y está asociada con problemas de memoria, aislamiento social y dificultad para concentrarse.

Para diagnosticar la demencia, los médicos evalúan si la persona tiene una afección tratable, como función tiroidea anormal, carencia de ciertas vitaminas o hidrocefalia

de presión normal. La detección temprana es importante, ya que se pueden tratar algunas de las causas.

En otros casos, el diagnóstico se realiza postmortem, por medio de intervenciones al cerebro de personas fallecidas, comparados con cerebros de personas que murieron con órganos aparentemente sanos.

Banco Nacional de Cerebros

En este aspecto, el Banco Nacional de Cerebros, del Instituto Politécnico Nacional, juega un papel muy importante; constituye una ayuda invaluable para entender el padecimiento.

En una nota firmada por Verenise Sánchez (Verenise, 2015), titulada ‘El cerebro que estudia el origen del Alzheimer’, publicada el 17 de mayo de 2015, por la Agencia Informativa Conacyt, se da cuenta de las características del Banco Nacional de Cerebros y sus objetivos:

“Actualmente, José Luna Muñoz es el coordinador del Banco Nacional de Cerebros y recientemente publicó en la revista *Frontiers* -la publicación más importante de neurología- un estudio que sugiere lo que podría ser el origen del Alzheimer, enfermedad que a pesar de que tiene más de 100 años que fue descrita, aún no se sabe lo que la origina.

“En el estudio publicado, Luna Muñoz y su equipo de colaboradores del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados, del Instituto Politécnico Nacional, sugiere que la concentración de las proteínas anormales que se agregan en el cerebro de las personas con la enfermedad de Alzheimer es, en un primer momento, un mecanismo de defensa de las neuronas, que después se convierte en una patología que las mata.

“Luna Muñoz propuso a las autoridades directivas del Cinvestav que este banco se transformara en el Banco Nacional de Cerebros. ‘Esta transformación favoreció la realización de convenios con hospitales del interior de la República Mexicana para la donación de encéfalos’, explicó.

“De esta manera, se logró pasar de un acervo de 17 cerebros, que se consiguieron durante los primeros 20 años del banco, a más de 350 en los últimos tres años”, precisó.

2.4. Cómo se debe tratar el deterioro cognitivo en personas adultas mayores

“Cuando el olvido deja de ser un dato, para convertirse en un diagnóstico, tenemos un serio problema”, explicó en entrevista Valdés y Rojas, (Valdés y Rojas, 2017).

Dos de los problemas más recurrentes que afectan a las personas adultas mayores con demencia son, el padecimiento en sí mismo, debido a sus manifestaciones y grado de afección, y la incompreensión de la familia. En el primer caso, los síntomas de la enfermedad resultan desconcertantes para el paciente e intolerantes para la familia y demás personas de su entorno cercano e, incluso, para algunos cuidadores, pues ninguno dispone de los elementos necesarios para entender y atender correctamente al paciente.

Alma Cano, (Cano Moga, 2018), reconoció, en entrevista con este reportero, que es difícil no maltratar a un adulto mayor con deterioro cognitivo. “Y aunque quisiera no decirlo, pero es una realidad, llega un momento en el que la situación lo rebasa a uno y es entonces cuando sucede”. Ella cuida a un paciente con deterioro cognitivo en su casa.

–Se habla de la tolerancia, de la paciencia en el cuidado de las personas con este tipo de padecimientos. Pero si hay un deterioro cognitivo y no se tienen paciencia ni tolerancia, ¿se abre la puerta a la posibilidad del maltrato por parte del cuidador, sea no familiar del paciente? –se le preguntó.

–Sí, lamentablemente sí. Realmente, esa situación puede ser inevitable –dijo.

–Después de que una persona pregunta ochenta veces o cien veces lo mismo, y a medida que avanza, la memoria a corto plazo cada vez es menos, menos, menos. Y una pregunta se puede repetir, repetir, o de repente inquietarse tanto que pasen horas y la persona sigue en lo mismo –explicó.

–Ahí, es la destreza y el conocimiento lo que se necesita para sacar a la persona de ese estado. Pero también sucede que a veces uno no lo logra debido a la misma tensión o nerviosismo, en otros casos porque tenemos que salir rápido o por cualquier otra circunstancia.

–Desde su perspectiva, como una cuidadora fortuita, ¿qué puede hacerse para que se conozca más esta circunstancia y cada vez más personas sepan qué hacer si llegan a estar ante una situación como esta? –se le preguntó.

–Me parece que lo más importante es que haya una detección temprana e ir favoreciendo actividades como el monitoreo; estar muy atentos y muy cercanos al paciente para comprender cómo va viviendo esos estados.

–Si hay más familiares, pues que participen en las actividades de cuidado y cercanía con el paciente, que interactúen con él constantemente, de manera que haya una estrecha comunicación con la persona que tiene el deterioro. Y que los demás miembros de la familia o de los círculos cercanos de la persona enferma participen más en sus cuidados y atención.

Ejercicios mentales

–Creo que ese aspecto es muy importante, además de los ejercicios que acostumbre hacer el paciente, ya sea sudoku o algún otro. El sudoku en especial a mí me funcionó un tiempo bien con mi paciente, porque requiere un esfuerzo mayor de su parte y eso ayuda mucho.

–Ese es un elemento ejercicio muy recomendable, más allá de los ejercicios de las sopas de letras, pues el ejercicio de los números requiere un esfuerzo mayor para resolver y eso funciona bien. Aquí la dificultad radica en la constancia que pueda haber en ese tipo de ejercicios por parte del paciente.

–Mi experiencia con este tipo de ejercicios es que sí llegan a frenar un poco el avance de la enfermedad, llegan a detenerlo un poco, pero para que funciones, es necesaria la constancia, ya sea en la resolución de sopa de letras diarias, constantes, o sudoku, también diario y constante –precisó.

¿Perder la memoria y estar vivo, o no perderla y morir?

Luego de adentrarse en el tema y de platicar con especialistas y recibir testimonios de personas que conviven con el padecimiento, es inevitable reflexionar sobre la línea tan delgada que separa la situación de vivir con demencia y la muerte.

Cuando fallece una persona cercana, familiar o amistad, alguien con quien hemos compartido parte de nuestra vida, sobreviene el luto, el dolor por la pérdida y luego la resignación. Todo esto suele verse como algo natural e inevitable.

Pero cuando se pierde la memoria, la situación se torna más compleja, porque la persona en vida está como extraviada, ausente, indiferente a su entorno y a quienes la rodean. Si el deterioro es grave, sobrevienen episodios de agresividad en el enfermo y hasta acusaciones infundadas de robo, cuando es él o ella, quienes han cambiado de lugar cosas, dinero, ropa y numerosos objetos más.

Es decir, su cuerpo, su figura, su presencia entre nosotros es cotidiana, pero sin los recuerdos, las emociones, la lucidez, ni el conocimiento. Todo esto constituye una pérdida irrecuperable e irreparable, pero sobre todo el conocimiento.

Hoy en día, en plena “era de la información”, es común lamentar la pérdida accidental de datos en aditamentos de memoria electrónica, ya sea un el disco duro de una computadora, una unidad de almacenamiento externo o la popular USB (Universal Serial Bus), por sus siglas en inglés.

Imaginemos la tragedia que significa que una persona pierda su memoria, su identidad, sus recuerdos y el conocimiento y experiencias que acumuló a lo largo de muchos años. Puede ser que, en algunos casos, muy pocos, las personas decidan escribir sus memorias y crear un acervo escrito de conocimientos.

Aun así, la pérdida es irreparable, pues las emociones no se pueden transmitir por medios distintos a la personalidad del sujeto. Las emociones de las personas son únicas, porque cada persona las siente y vive de manera diferente.

El filósofo español, José Ortega y Gasset (Ortega y Gasset, 1942), comprendió claramente la importancia de la memoria como acervo, y éste, como la necesidad

de documentar el conocimiento para impedir que se pierda, pues en tal caso, sería necesario empezar de cero y recabar nuevamente el conocimiento perdido.

Conservar el conocimiento

Y lo expone de la siguiente manera: “Cabe decir que el tigre de hoy no es más ni menos tigre que el de hace mil años: estrena ser tigre, es siempre un primer tigre. Pero el individuo humano no estrena humanidad. Encuentra, desde luego en su circunstancia, otros hombres y la sociedad que en ellos se produce. De aquí que su humanidad, la que en él comienza a desarrollarse, parte de otra que ya se desarrolló y llegó a su culminación”. El filósofo expuso así, una idea muy interesante sobre la memoria, la conservación del conocimiento y la importancia de la comunicación humana como el medio de conservar ese acervo.

Parafraseando al filósofo, el individuo que nace hoy no necesita inventar la rueda. Alguien ya la inventó por él y con ese conocimiento, puede continuar aprendiendo para procurar su desarrollo y el de la sociedad en la que vive. De esa magnitud es la importancia del conocimiento humano.

Es por eso que, como señala Valdés (Valdés y Rojas, 2017), perder la memoria puede llegar a convertirse en una tragedia, por la magnitud de la pérdida.

El experto señaló, en la entrevista con este reportero:

“Cuando el olvido se hace frecuente, cuando la persona está sufriendo olvidos, hace su propio diagnóstico y dice, ‘algo me está pasando, se me están olvidando las cosas’. Los recuerdos se hacen difusos y se aferran a que algo pase y que la familia se dé cuenta.

“Si la familia percibe que algo está pasando con su paciente y recurre a una valoración, o a los servicios médicos, entonces se determina esta parte y se establece el mecanismo para abordar la enfermedad.

“¿Cuán acentuado esté el deterioro?, no lo sabemos. Hablamos de un deterioro leve, moderado o severo. En esos tres rangos, pero eso lo determinan los especialistas”.

País envejecido

–Doctor, ¿sabe usted o tiene algún pronóstico el Inapam, o su Clínica de la Memoria cuántas personas en el futuro tendrán deterioro cognitivo? Es decir, si tenemos 12 millones de adultos mayores, y esa cantidad tiende a aumentar, porque somos un país envejecido, ¿cuántos de esos adultos mayores empezarán a serlo en los próximos años, y cuántos de ellos presentarán deterioro cognitivo? –se le preguntó.

–Esa es una enfermedad que va en aumento –explicó–. Va aumentando en la medida que aumenta la edad y otros factores que la favorecen. Suponemos que, a más edad, pues habrá mayor deterioro cognitivo.

–A los 80, a los 90 años de edad habrá más condiciones que favorecen la aparición de la enfermedad, aunque ciertamente, no todos los mayores tienden a tener deterioro cognitivo.

–Es por eso que se dejó de emplear el término, ya muy antiguo, de demencia senil. No todos los dementes son seniles, como no todos los seniles son dementes. Es por eso que ese término ya no lo utilizamos. Lo cambiamos por multifactorial o vascular, que es el más apropiado –señaló.

–Uno de los factores que más favorece la aparición de las demencias entre las personas adultas mayores, es la falta de estimulación cerebral. Si estas personas tienen poca estimulación, es más factible que desarrollen el padecimiento, y esto incluye a quienes están en los centros gerontológicos, viviendo ahí.

–Ellos también van a presentar un mayor deterioro cognitivo si no se les integra a actividades en las que socialicen y tengan ocupada su mente en ejercicios diversos que representen esfuerzo por pensar, por recordar y, en suma, por ejercitar el cerebro.

–Por otra parte, hay personas que tuvieron poca educación o no accedieron a oportunidades escolares. Esos son los que tienen más riesgo; tenemos adultos mayores de 80, 90 años de edad, que no cursaron ni la primaria completa, y es ahí donde vemos cómo el deterioro cognitivo se acentúa.

–Eso indica que la falta de escolaridad en la niñez, en la juventud, puede contribuir a desarrollar el padecimiento, pues no se ejercitó la mente, ni hubo más actividad cerebral en edades tempranas.

–Ahí tenemos una ventana de oportunidad para prevenir el padecimiento entre quienes hoy son niños y jóvenes y que algún día serán personas adultas mayores –advirtió.

–Es por eso que, para prevenir el surgimiento de la enfermedad, es necesario cuidar la alimentación, desde la niñez, hacer ejercicio y la socialización. Todas estas actividades retrasan el surgimiento del mal, según se ha comprobado por medio de diversos procedimientos –enfaticó.

–Quitando el Alzheimer, porque ese mal de alguna manera tiene fondo genético, pensamos también que va a haber un aumento de casos de demencia en los próximos años, pues como decíamos, está la preeminencia de otros factores, como la educación, la salud, la alimentación, y un largo etcétera que tiene qué ver con el estilo de vida de las personas actualmente –sostuvo.

Pero, ¿qué sucede que los enfermos de hoy, quienes ya tienen el padecimiento, sea con diagnóstico o sin él? La visión de Rangel López y de Alma Cano, es reveladora:

El amor, factor determinante

–El amor es un factor determinante –sostuvo la primera. Los enfermos de alguna demencia pueden olvidarlo todo, pero sienten cuando las personas los aman y eso no lo olvidan fácilmente. Hay que cuidarlos y darles mucho amor.

–Claro que el amor es determinante –aceptó Alma Cano, en entrevista por separado y en momentos y circunstancias diferentes. Pero también la paciencia y, sobre todo, la certeza y la claridad del cuidador acerca de su rol en este aspecto, para evitar que el desgaste que implica su trabajo, termine por acabarlo.

2.5. Los cuidadores de personas adultas mayores con deterioro cognitivo y Alzheimer

La labor de los cuidadores de adultos mayores es más importante de lo que parece. Son pocos, y la mayoría no tiene formación, ni conoce las técnicas de cuidado y atención; ocho de cada diez son mujeres, un alto porcentaje no percibe remuneración por su trabajo, y en muchos casos, también son adultos mayores.

Desde esta perspectiva, podríamos concluir fácilmente que ellos son otro sector de población vulnerable e invisible. Y en realidad lo son. Pero hay más: una gran cantidad de cuidadores son familiares del adulto al que cuidan, y su labor tiene mucho de trabajo voluntario, pues asumieron ese rol cuando se dieron cuenta que era necesario.

En ese caso están, la hija que no se casó, el hijo desempleado o sin destrezas laborales, que se quedó a vivir en el hogar paterno; el familiar, vecino o allegado que, por amor, caridad o razones diversas, asume voluntariamente el rol de cuidador.

Son pocos, realmente pocos, los cuidadores profesionales que se han capacitado para cumplir cabalmente esa labor, que se dedican a ella de manera profesional y perciben una remuneración. Podríamos afirmar que, así como hay un déficit de geriatras en el país, también hay una carencia enorme de cuidadores especializados en personas adultas mayores.

Dimensionando el problema

Si en México hubiera 400 geriatras, como sostiene el Dr. Valdés, o 600, según el Dr. Gutiérrez Robledo, correspondería a cada uno de ellos la atención de 22 mil 300 adultos mayores de 60 años. El propósito de ese cálculo es únicamente para dimensionar el problema; sabemos que la situación es más compleja de lo que parece.

En el mismo sentido, podemos afirmar que la situación se torna dramática si pensamos que, a cada adulto mayor en México, correspondería un cuidador. En tal

caso, habría necesidad de preparar a 13.4 millones de cuidadores para atender a los adultos mayores que tenemos actualmente. Uno en cada caso

Sin embargo, no hay muchas cifras disponibles sobre este rubro, pues no está suficientemente investigado. En muchos casos, la familia considera que el cuidado de sus adultos mayores un tema privado; en otros casos, familiares o allegados que realizan la labor de cuidadores no se asumen como tales, sino como colaboradores obligados por las circunstancias.

Cuidar a los cuidadores

En diversos foros especializados, Valdés y Rojas ha llamado la atención sobre la necesidad de cuidar a los cuidadores, pues no es un lugar común decir que, si no se cuidan, “se queman”. Y entonces, no habrá nadie que los cuide a ellos, ni a sus adultos mayores.

Algunas cifras disponibles sobre el tema, en la página web del Inapam (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2015), indican que: “De acuerdo con diversas investigaciones sustentadas, ocho de cada diez personas que cuidan son mujeres; la mayoría son familiares directos, asumen las tareas domésticas y no tienen empleo remunerado.

Por medio de un comunicado en su página web, el Instituto informa sobre un taller que impartió la psicóloga Griselda Pardavell, titulado “Motivación y gratitud para los cuidadores: Inapam”, en el que pone énfasis en la necesidad de cuidar a los cuidadores de personas adultas mayores con deterioro cognitivo.

“Casi uno de cada tres cuidadores supera los 60 años. Una parte muy importante comparte domicilio con la persona cuidada, y más de la mitad de las personas que cuidan tienen problemas de salud.

“Además, siete de cada diez realizan actividades domésticas, cuidados personales y cuidados sanitarios.

“En esas condiciones, el cuidado como una práctica de salud, implica construir proyectos; se trata de una actividad promotora en la cual medios y fines se definen mutuamente”, expuso la especialista.

Podría sonar a exageración decir que se necesita un cuidador por cada adulto mayor del país, pues muchos de ellos, aproximadamente la mitad, son funcionales, se desempeñan con bastante autonomía y hasta se ocupan en algún empleo o actividad remunerados en condiciones semejantes a las personas de menor edad, jóvenes, incluso.

Sin embargo, en contraste con esta proporción, hay otra cifra casi igual de adultos mayores que tienen algún grado de dependencia, ya sea parcial o total y que no necesariamente tienen deterioro cognitivo. Para ellos, sería suficiente contar con sólo un cuidador.

Pero si pensamos que en 2017 había 800 mil personas mayores identificadas y diagnosticadas con Alzheimer según los doctores Sergio Valdés y Luis Miguel Gutiérrez, expertos del Inapam y del Inger, respectivamente, tendríamos que considerar la necesidad de disponer de dos millones 400 mil cuidadores para atender a esa población diariamente, en tres turnos de ocho horas cada uno.

Todo eso, sin contar a quienes padecen demencia de otro tipo y que también necesitan un cuidador, más los que estando sanos, tienen dificultades de marcha, de coordinación motriz, o viven con algún mal que limita su autonomía.

“Somos nosotros quienes debemos entender”

Como sostiene el Dr. Ángel García Leppe, psicólogo de la Clínica de la Memoria del Inapam, citado en el capítulo uno de este trabajo, “...las personas con problemas padecimientos mentales no entienden; los que debemos entender somos nosotros, los familiares, amigos o cuidadores”.

Para ilustrar el tema de mejor manera, recurrimos a Alma Cano (Cano Moga, 2018), Ella tiene una rutina ordinaria, muy parecida a la de cualquier otra persona en edad productiva, con un trabajo estable, ingresos regulares y numerosas actividades cotidianas.

Sin embargo, el deber moral de cuidar a su familiar con deterioro cognitivo la convierte en alguien singular. Dedicó gran parte de su tiempo libre a la atención de su paciente y, además, se apoyó en una cuidadora profesional que “la cubre” durante el tiempo en que ella está trabajando.

–Tengo un familiar muy cercano con deterioro cognitivo. El trato cotidiano y su atención han resultado para mí todo un aprendizaje, en muchos aspectos –nos contó Alma, cuando le pedimos que nos comentara su experiencia como cuidadora de una persona adulta mayor con deterioro cognitivo.

–Los familiares de adultos mayores con deterioro cognitivo solemos perder de vista que ellos tienen conductas recurrentes a causa de la enfermedad; perdemos de vista que insisten o repiten las mismas cosas debido a su padecimiento.

–Puede ser el caso de una misma palabra, determinadas emociones, enojos repentinos, pérdida de coherencia en algunas frases, o falta de atención. También pensamos que a veces lo hacen a propósito, pero eso no es así.

–Esos son algunos de los aspectos más difíciles de entender cuando uno enfrenta situaciones de ese tipo. También nos olvidamos de que el adulto mayor con deterioro cognitivo es sensible.

Se pierde la memoria, no las emociones

–Las personas con la enfermedad tienen a flor de piel las emociones. Y de repente, pueden estar ausentes o, por la misma falta de atención que ya tiene, lo dejamos de sentir repentinamente, y perdemos de vista el contacto físico con nuestro adulto mayor –dijo.

–Usted habló de los sentimientos. En su experiencia, un adulto mayor con deterioro cognitivo ¿percibe los sentimientos de quien lo cuida? –le preguntamos.

–Sí, sí. El adulto mayor no deja de percibir las emociones, incluso las emociones fuertes son significativas. Por eso es que en este caso debemos procurar entornos favorables y emociones positivas; se pierde la memoria, pero no los sentimientos.

–Debemos fomentar que, pese a su deterioro cognitivo, el paciente conserve amistades, aunque sean pocas. Bueno, regularmente son pocas las que se conservan al final de la vida.

–Entonces, hablamos de un círculo, de lo conveniente que resulta que los adultos mayores conserven o promuevan la formación de redes familiares y sociales, que la familia, en primer lugar, entienda y se acerque a ellos y los trate con mucho afecto, pero, también las amistades. En suma, debemos procurarles compañía de calidad –señaló.

–Eso es muy importante –prosiguió, pues ahí está la ayuda mutua, entre las amistades. Esa ha sido mi experiencia con mi paciente y con otras personas mayores.

–También me ha tocado brindar apoyo de diferente tipo a otras personas, gente de mi confianza, para que apoyen a otras, y esas, a su vez, puedan ayudar a alguien más de muy diversas maneras.

Capítulo 3. El modelo Clínica de la Memoria del Inapam, un ejemplo de geriatría aplicada

Desde su creación, en 1979, el Inapam, entonces Insen, quedó agrupado en el Sector Salud. En 2012, cuando se convirtió en el organismo que es hoy, y se creó la ley que le da sustento, se le agrupó en el sector Desarrollo Social, y se convirtió en uno de los nueve organismos sectorizados de esa dependencia.

Según su página, el Instituto (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2016), recibió por primera vez presupuesto propio inició el programa de afiliación de personas de 60 años y más.

El 25 de junio de 2012 se publicó en el Diario Oficial, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, la cual le dio nombre al Inapam. Así, reafirmó su condición rectora en materia de vejez y envejecimiento.

Sus fundadores lo concibieron como un organismo de servicios integrarles, destinado a personas adultas mayores, pues desde entonces ya se intuía que ese sector de la población necesitaba servicios y atención especializada, en razón de su edad.

Así surgieron diversos servicios, entre los que destaca la Clínica de la Memoria. Otros más que tenían características similares son, el Centro de Atención Integral, Asesoría Jurídica, Estancias de Día, Albergues, e inclusión Laboral, entre otros. Todos ellos en la Ciudad de México.

Al agrupar al Inapam en el sector Desarrollo Social, los servicios que venía proporcionando dejaron de tener sentido, pues quedaron dentro del Sector Salud. Así, las consultas médicas especializadas, están a cargo del IMSS, el ISSSTE, y posteriormente, del Seguro Popular.

Otros organismos, como el DIF, absorbieron los aspectos de albergues o asilos, y la figura de la consejería jurídica, estancias de día, y clubes; la Secretaría del Trabajo se involucró más en el aspecto laboral de adultos mayores. Ante este

panorama, el Inapam optó por conservar los servicios que venía proporcionando, aunque con un giro específico: la creación de modelos de atención gerontológica.

Es decir, como organismo rector de la política pública sobre envejecimiento, el Inapam sería el encargado de establecer cómo se debe proporcionar el servicio médico para adultos mayores, cómo deben funcionar los albergues y qué aspectos deben considerarse en la asesoría jurídica, así como el empleo en este sector de la población. En ese contexto, la Clínica de la Memoria, adaptó sus condiciones de funcionamiento y quedó convertida en otro modelo de atención gerontológica, de modo que ejerce funciones de rectoría en la materia.

3.1. Antecedentes y surgimiento del modelo Clínica de la Memoria del Inapam

Muchas de las cosas que hacemos tienen que ver con situaciones personales. Esto es particularmente intenso en el caso de la doctora Rangel López, (Rangel López, 2017), pues su maestro y personaje central en su inclinación hacia el estudio de la medicina y en especial por la gerontología, fue su padre.

“Fue mi mejor maestro en la medicina, porque yo comencé a trabajar con él desde que estaba estudiando, y fue mi mejor maestro en la cuestión de los trastornos de la conducta y de la memoria”, nos confió.

“Tuve muy buena relación con mis abuelos, con mis abuelos paternos y maternos, y luego sucedió algo. Mi padre, que era médico, era un médico que había estudiado y hablaba inglés y francés, y que tenía mucho trabajo, y comenzó con trastornos leves de la conducta y de la memoria.

“Un día bajó las escaleras a las tres de la mañana, sin pantuflas, con la luz apagada. Se cayó y golpeó en la cabeza, y sufrió un hematoma sutural crónico que requirió una cirugía y posteriormente falleció.

“Hubo necesidad de una cirugía simple y puso de manifiesto algo que ya existía, porque las demencias no se inician cuando hay la manifestación clínica, sino mucho

tiempo atrás. Y recordando acciones que tenía tiempo atrás, él tuvo un accidente, duró menos de dos años.

“Ese es mi punto de vista, desde mi sentimiento. Mi papá decidió que ya había terminado, porque tuvo sus lapsos de conciencia y decía ‘no sé qué me está pasando. Antes era un hombre normal...’ Dejó de ser un hombre sano, médico exitoso y padre amoroso. Era entonces, mi mejor maestro”, reiteró con pesar, la doctora Rangel.

–¿Cómo surge la idea de crear un modelo de atención geriátrica como la Clínica de la Memoria? –le preguntamos.

–En 1999 me incorporé al entonces Insen, el Instituto Nacional de la Senectud. Ya había empezado el departamento de Atención Geriátrica, que estaba a cargo de la doctora María Moreno, con dos geriatras, quienes comenzaron esto de atender a las personas con demencia.

–Cuando yo me incorporé, me dediqué a desarrollar el modelo, de acuerdo con los lineamientos de la atención geriátrica, con el enfoque de las personas que padecen demencia y hacia sus familias.

–Con el transcurso de los años, hemos avanzado en establecer un modelo en que el enfoque principal es la atención a la persona con demencia y a sus familiares. Este es un plus de nuestra consulta, no sólo por tipo de demencia, sino también por incluir a los familiares que son el sostén, el pilar.

–Es decir, no solamente son los tratamientos farmacológicos, sino también el tratamiento médico y la familia; conocer qué son las demencias, y reconocer que los trastornos de conducta y de memoria no son ni parte del envejecimiento ni son por molestar, ni por llamar la atención. Son parte de una enfermedad neurológica. Ahora, hemos perfeccionado el modelo; aplicamos la historia clínica integral, vemos el punto de vista biológico, psicológico, el social y el espiritual.

–Hay un hecho innegable. El número de personas adultas mayores en todo el mundo ha aumentado. Por tanto, también las enfermedades crónicas degenerativas, y dentro de ellas, las demencias, o como se dice ahora, trastornos neurocognitivos.

–La edad es un factor de riesgo para desarrollar demencia y la atención para las personas afectadas tiene un alto costo económico, emocional y social. Entonces, hay una real necesidad de atenderlos, de atender la familia, de modo que todos tengan un servicio de calidad –enfaticó.

3.2. Cómo funciona y cómo se tiene acceso al servicio de la Clínica de la Memoria del Inapam

En la entrevista, Rangel López, tocó diversos temas, como la fundación e inicio de la Clínica que ahora coordina, y las diversas formas de abordar el deterioro cognitivo en personas adultas mayores.

–Las personas con demencia, ahora trastornos neurocognitivos, son víctimas inocentes. Hay enfermedades que se buscan y se encuentran, pero no es su caso. Nadie quiere tener demencia y, al ser víctimas inocentes, merecen todo nuestro apoyo y me refiero a la familia y a la sociedad –reiteró.

–Si alguien tuviera un paciente con este padecimiento, ¿cómo definir que es candidato para acudir a la Clínica de la Memoria? –se le preguntó.

–Hay una primera evaluación por parte de los familiares que conviven con el paciente. Ellos son los que detectan trastornos de conducta y de memoria, y desde cuándo su paciente actúa en forma diferente, con respecto a su conducta habitual –respondió.

–Por ejemplo, si dice que ya se bañó y hace 15 días que no se baña, o los primeros síntomas de pérdida de objetos, o acusar de robo a las familias, o equivocaciones en el dinero, o perderse en lugares conocidos, todo esto son focos rojos, son

síntomas de alarma que el familiar que conoce a la persona puede deducir que algo está pasando –explicó.

La doctora Rangel dijo que cualquier persona puede acudir a la Clínica de la Memoria, siempre que tenga la sospecha de que algo inusitado, en relación con la memoria, le sucede a su familiar. También acuden personas solas, sin familiares, cuando detectan que algo no anda bien con sus pensamientos, pero las más de las veces son los familiares los primeros en detectar que algo está sucediendo con sus pacientes y es entonces cuando acuden a la Clínica, para una primera valoración.

Explicó que en ese establecimiento se recibe a todo tipo de pacientes, independientemente de la seguridad social que tengan. Lo único que se requiere es hacer una cita y acudir en la fecha y hora que se les asigna para aplicar las primeras pruebas diagnósticas.

La familia es fundamental

Añadió que cuando los pacientes llegan solos, se les solicita que den información de algún familiar cercano, que pueda auxiliarlos o hacerse cargo de ellos, en caso necesario, pues la participación de la familia es fundamental.

–Cuando identifican ustedes la necesidad de crear un modelo como este, ¿tienen una visión de cómo ir estructurándolo?

–Sí. Yo soy médico geriatra. Conmigo trabaja, desde hace muchos años, una gericultista técnica y, actualmente, un psicólogo. Somos quienes formamos el equipo, además de los médicos geriatras que vienen desde hace tres años a rotar en nuestro servicio, para conocer el sistema. También nos visita personal de otras profesiones, como psicólogos y neuropsicólogos, para conocer el modelo de manera presencial –añadió.

–En 19 años, ¿qué han aprendido y qué aportación pueden dar a la sociedad en este tiempo?

–Cada paciente es un reto, cada familiar tiene sus propios problemas; tienen una historia de vida. Algo muy importante que hemos aprendido es valorar más allá de conocer quién es la persona, cómo era, cuál es su entorno familiar, qué capacidad tiene la familia de apoyo y algo, si quiere romántico, es amar a un ser humano que padece una enfermedad.

–Y de este modo, la consulta es personal, muy personificada. No damos consulta en general, sino individual, con los familiares. Una es la consulta de tipo biológico que hacemos, más la historia clínica y una batería de pruebas de tamizaje.

–Esas pruebas no son diagnósticas, pero nos permiten establecer una sospecha y de esta manera, la segunda parte de nuestra consulta es solo con los familiares. Afortunadamente, contamos con el apoyo de las autoridades y así, nuestro aprendizaje es en lo cotidiano –señaló.

¿Demencia senil?

–Doctora. ¿Hay alguna evidencia sobre las causas de la enfermedad? Sabemos que no hay cura, pero ¿podemos hablar de otras opciones?

–Yo digo que no es la edad. Antes se definía al padecimiento como *demencia senil*, pero eso ya no es válido; es término fuera de uso, porque ni todos los adultos mayores son dementes, ni todos los dementes son adultos mayores. Tenemos casos de personas que han iniciado con el padecimiento a los 65 años, muy temprano. Ellos tienen un factor de riesgo muy importante, que es la genética, son casos, los menos, pero no por eso menos trágicos.

–Otro grupo de demencia es el de tipo vascular, por alteraciones como hipertensión, diabetes mellitus, otras cardiopatías: trastornos de la tiroides, y dislipidemias, que son colesterol y triglicéridos altos; hay más de 80 tipos clasificados y, como parte de ellas, están las de tipo degenerativo, donde un factor de riesgo es la edad avanzada.

–Otro es la baja escolaridad. Las personas con una actividad neuronal van a acumular neuronas, si se van a hacer estas neuronas y van a tener cerebros más activos entre más actividad neuronal tengan, no solamente por años de escuela, sino de actividad. También eso es muy importante –repuso.

–¿Es correcto hablar de estilos de vida para prevenir el deterioro cognitivo? –fue otra de las preguntas.

–Sí. Son enfermedades que sí se pueden prevenir con estilo de vida saludables. Otros factores de riesgo son los hábitos nocivos del estilo de vida, como tabaquismo alcoholismo, sedentarismo, la actitud ante la vida, que eso es también muy importante.

–Además, están los riesgos laborales. Quienes trabajan con inhalantes, como los despachadores de gasolina, aunque no hay un estudio que los determine, pero sí son proclives a tener enfermedades respiratorias, enfermedades de tipo laboral que son factores de riesgo. Pero eso no significa que, necesariamente, los pacientes vayan a desarrollar la enfermedad –precisó.

3.3. Qué resultados tiene el modelo

El modelo Clínica de la Memoria, del Inapam, ha resultado muy exitoso y tiene avances considerables. Actualmente ya opera un organismo similar en el estado de Guanajuato, y la idea es que haya más, señaló en un foro Rangel López. (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2016)

Durante su participación en el foro *Plan de Acción Alzheimer y otras Demencias*, organizado por el Inapam, celebrado el 23 de septiembre de 2016, con motivo del *Día Mundial del Alzheimer*, Rangel López dijo que, “Nuestro compromiso es replicar el modelo de atención geriátrica de la Clínica de la Memoria, del Inapam, en las diversas unidades operativas”.

De acuerdo con información disponible en la página web, del Inapam, en esa fecha..., “Los avances alcanzados hasta ahora, nos han permitido replicar el modelo

en Guanajuato, donde estamos, justamente, en la etapa de capacitación del personal, mencionó la doctora Rangel...”

“La Federación Mexicana de Alzheimer también tiene un importante rol en la creación de conciencia pública sobre el problema de salud mental que hoy representan las demencias”, señaló.

“El propósito de la federación es tener representación en cada estado del país en el 2021, colaborar con la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y crear una plataforma educativa, afirmó (por su parte), la licenciada Rosa María Farrés de la Federación Mexicana de Alzheimer.

“La acción coordinada de los institutos de la Salud, el Inapam y la Federación Mexicana de Alzheimer mediante el Plan de Acción Alzheimer y otras Demencias tiene como objetivo promover el bienestar de estas personas, así como el de sus familiares mediante el fortalecimiento y la sinergia del trabajo interinstitucional, programas sociales y de cuidado”.

Aceptación del Modelo

Para Rangel López la buena aceptación del modelo, por parte de especialistas, pacientes y familiares, así como los trabajos para replicar el modelo en otros lugares, constituyen prueba suficiente de su éxito.

Y así lo justifica.

“Nuestros adultos mayores de hoy forjaron lo que existe. Nuestra institución se forjó con una adulta mayor y con todo lo que vemos; la ciudad, la escolaridad y esa posibilidad de acceder a una carrera, educación; todo esto es fruto del esfuerzo de muchas personas que iniciaron jóvenes y ahora son viejos o ya murieron, y claro que hay una responsabilidad social”, exclamó en el transcurso de la entrevista referida.

–¿Cómo responde la sociedad, cotidianamente, hacia una persona con deterioro cognitivo? –se le preguntó.

–Desafortunadamente, nuestra cultura rinde culto exagerado a la juventud. Todo lo bueno es joven y bonito. Ahora, la responsabilidad de la familia, de la sociedad, el reconocimiento del apoyo al adulto mayor, y la responsabilidad social, el acceso a la actividad laboral, a la inserción de los sistemas educativos, todo esto tiene que reorientarse hacia el beneficio de las personas mayores –dijo.

–Si un adulto mayor quiere trabajar, ¿hay que dejarlo seguir trabajando, no hay que dejarlo descansar, aunque se piense que ya terminó su etapa productiva? –le insistimos.

–Descansar sí, pero en la tumba fría –respondió la doctora Rangel. Siempre hay la posibilidad de aprender algo. Si el ama de casa está acostumbrada a lavar la ropa, a lavar los trastes, a hacer la comida y hacer la casa, y le dicen “descansa, ya no hagas nada mamacita”, pues se va a deteriorar, ¡cómo no!

–Si tiene demencia y quiere lavar los trastes, pues cómprenle trastes de plástico, de melamina; permítanle seguir viviendo así, viviendo entre comillas –enfaticó.

–Entonces, ¿debemos adaptarnos a los adultos mayores?

–Sí, y las casas y habitaciones y todo. Somos un gran número de adultos mayores y cada vez seremos más.

–Las personas adultas mayores son parte de la sociedad, como lo son los profesionistas, no sólo los médicos, los psicólogos, los trabajadores sociales, los científicos, todos –explicó.

Agregó que, en el tema de las demencias, la ciencia ha tenido progresos notables desde el siglo pasado hasta ahora. Ya se han visto en el microscopio electrónico las neuronas dañadas, la proteína Tau, la Beta Amiloide; ya se sabe cómo se produce.

–Actualmente hay un banco de cerebros en el Instituto Politécnico Nacional. En el Cinvestav, (Centro de Investigación y de Estudios Avanzados), que inició el doctor Mena. Actualmente es el doctor Luna quien lo sigue, para investigar qué sucede a los mexicanos en ese aspecto.

–Además, el Instituto Nacional de Neurología está haciendo investigación con mexicanos, y en el ámbito internacional hay un *boom* en cuestión de investigación neurológica, porque repito, esas enfermedades son muy caras en todos los aspectos.

Medidas preventivas

–Imagínese, por ejemplo, a Ronald Reagan, que tuvo demencia, si no tendría toda la ciencia y todos los recursos a su alcance para detener o curar la enfermedad. Sin embargo, es un hecho que, hasta la fecha, es incurable –reiteró.

–Y en ese sentido, qué hace la Clínica de la Memoria para adoptar medidas preventivas; ¿cómo decirle a la población que, en este momento podría no tener la enfermedad, pero sí podría desarrollarla más adelante?

–Afortunadamente, ya los medios de comunicación han desarrollado programas, entrevistas con especialistas; los laboratorios, documentos, donde toda la población puede consultar información veraz y de fácil acceso.

–Además, en el Sector Salud, en toda su extensión, hay programas de prevención. Eso es muy importante, y en el aspecto de atención de las demencias no es de una sola persona, sino de toda la sociedad. Y los medios de comunicación, afortunadamente, han apoyado.

–Entonces doctora, sin pretender un giro drástico, ¿si a mí se me olvidan las llaves, puedo estar en la posibilidad de tener algún problema de memoria?

–Si tiene factor de riesgo, como diabetes, hipertensión, obesidad o dislipidemia, puede ser un foco rojo. Hay un factor muy importante: personas muy ocupadas que están pensando en mil actividades a la vez, es fácil que se nos olvide dónde dejamos las llaves o el dinero. Eso es fácil. De una manera muy simple. La persona que no tiene demencia pierde las llaves, y la persona que tiene demencia no sabe para qué son esas llaves –precisó.

–O sea, si pierdo las llaves, no me debo preocupar. Pero si no sé para qué sirven, ¿sí me preocupo? –le insistimos.

–¡Claro! Y si se le pierden muy seguido, use una cadenita, como solían hacer los abuelitos –bromeó.

–Y en el plano celular neurológico, ¿cómo se comporta el paciente? Entiendo que también hay una situación neuroquímica...

–Hay cambios en el cerebro que son normales. Con el paso del tiempo se pierden células en el cerebro, se pierden las células de sostén, se mueren las neuronas que son células importantísimas para todas las funciones mentales superiores.

Deterioro neuronal

–Hay una real disminución del volumen del cerebro por la pérdida de sustancia, y hay una menor base de aprovechamiento del oxígeno y la glucosa, y una disminución de producción y aprovechamiento de los neurotransmisores.

–Esto ocurre normalmente e independientemente de todo. Pero en las demencias, lo que sucede es que estas pérdidas se van a magnificar, como consecuencia del cúmulo de proteínas anormales, como la Beta Amiloide, por ejemplo; la proteína Tau. En las personas con demencia se pega a las neuronas y las mata, e interfiere con las funciones neuronales.

–Pero hay algo maravilloso en nuestro cerebro, que es la plasticidad cerebral y la neurogénesis, que es esa posibilidad de que si es estimulado va a generar nuevas conexiones entre neuronas. Esto es mediante una estimulación constante.

–¿Es cierto que las neuronas no se reproducen?, ¿una neurona se muere y no hay remplazo –le preguntamos.

–Es correcto. Pero hay millones y millones que pueden enlazarse; hay neuronas vivas que se van a poner más vivas si hay estimulación, y van a desarrollar nuevos axones, nuevas dendritas, nuevas conexiones que van a permitir que siga

funcionando todo el organismo, que haya respuestas a todas las necesidades de la vida. ¡Esto es maravilloso! –exclamó.

–¿Entonces, si hay actividad cerebral, se reducen los factores de riesgo? O sea, ¿estamos hablando de que el cerebro es como un músculo que si no se ejercita se atrofia?

–Sí. ¡Claro!

–¿Se ha identificado la baja escolaridad como un factor de riesgo, por falta de uso del cerebro, de actividad intelectual? –le insistimos.

–Sí, eso es lo que estoy diciendo. La baja escolaridad sí. Porque no se desarrollan nuevas neuronas. Sí puede haber nuevas neuronas, pero con una baja escolaridad, es menor la posibilidad de una actividad neuronal efectiva.

–Aquí hay otro factor importante, el aspecto familiar. En una ciudad como la nuestra, donde hay poco tiempo y muchas actividades, habrá personas que digan no tener tiempo para cuidar a su adulto mayor. ¿Cómo abordar esa parte?

–Aquí hemos aprendido. Le digo que ha sido un aprendizaje maravilloso, a no satanizar a la familia, a entender su situación, y como nos dijo una hija, “si no trabajo no comemos, y estoy sola con mi madre”. A ver, eso, ¿cómo lo soluciono? Es orientarla para que elimine los factores de riesgo en su casa y que el poco tiempo que tenga disponible, lo aplique, atendiendo a su madre.

Aspectos básicos

–Es muy difícil ante los conflictos familiares, pero no hay que satanizarlos, sino entenderlos y orientarlos en posibles acciones benéficas para la familia, aunque a veces no se pueda.

–Es importante que el tiempo que se les dedique sea tiempo de calidad, vigilar la salud biológica, la administración de medicamentos, y la seguridad, la seguridad es muy importante, y la alimentación, la higiene.

–El baño es un mecanismo psicológico y de riesgo; hay baños que son un riesgo, con pisos derrapantes, donde no hay sujetadores, donde se bañan parados. El mismo hecho de la temperatura, de quitarse la ropa, de entrar a una regadera, a una tina, psicológicamente tiene un significado: el pudor...

Por eso es conveniente vigilar estos cuatro aspectos: alimentación, medicamentos, seguridad e higiene –aclaró.

3.4. Perspectivas del modelo Clínica de la Memoria

El futuro del modelo Clínica de la Memoria es muy promisorio, siempre que se apegue a sus objetivos originales, que consisten en hacer investigación aplicada y dedicada a mejorar las condiciones de vida de las personas con deterioro cognitivo o con alguna demencia, y la de sus familiares.

Tal como lo explica la doctora Rangel, en la entrevista ya referida, el modelo es fácilmente replicable. ¿Qué se necesita?

–Tener ganas de hacerlo –afirma. Nosotros empezamos de la nada, con nuestro conocimiento, con las plumas, solicitando fotocopias; es querer hacerlo. Claro que se necesita personal capacitado, médicos enfermeras, odontólogos, gerontólogos, genetistas, trabajadores sociales... Se puede hacer una clínica de la memoria sin grandes recursos.

–Desde luego que se necesita el apoyo de las autoridades para hacer el material; necesitamos un sueldo, el apoyo de la familia y otras ayudas, como, por ejemplo, de la industria farmacéutica, que nos ayuda, que elabora material de apoyo y bibliográfico.

–Tenemos un sistema, una cadena de favores, documentos informativos que pedimos a los familiares; les damos un documento para que lo reproduzcan, según su generosidad y capacidad económica, y nos entregan el material, a veces engargolado o engrapado, y nosotros se lo entregamos a otras personas.

–Entonces, ¿el trabajo voluntario es un plus del Modelo?

–¡Claro! Pero no tenemos todo el voluntariado que necesitamos; sería maravilloso que lo tuviéramos. Por ejemplo, la computadora que tenemos nos la regaló un familiar.

–En ese sentido, ¿se facilita replicar el modelo?

–Como le digo, con ganas, ni siquiera un mobiliario muy especializado; un espacio, sí. Y conforme crece la clínica crecen las necesidades; un lugar donde puedan trabajar los neuropsicólogos, la enfermera, el médico y necesitamos material donde podamos hacer una exploración física bien hecha.

–¿Tenemos esperanza de que algún día (la enfermedad) sea curable?

–¡Claro! Por eso se hacen investigaciones importantes en muchas instituciones de salud; el Instituto Nacional de Psiquiatría, el de Neurología, de Nutrición, de Cardiología... Es que es un problema mundial, ante la explosión demográfica de viejos que somos.

–Mientras, nosotros seguimos trabajando, con mucho gusto, en la Clínica de la Memoria –enfaticó.

Diversos especialistas en el tema coinciden en que el Alzheimer no tiene cura, no por el momento. Y recomiendan diversos procedimientos, tratamientos y terapias para prevenirlo, retardar su aparición, y frenar su avance en algunos pacientes, así sea mínimamente. Esto es una parte de lo que hace la Clínica de la Memoria, del Inapam.

Memoria emocional

Sin embargo, hay otro aspecto que parece dar muy buenos resultados: es el amor. Según diversas fuentes, el paciente con deterioro cognitivo puede olvidarlo todo, pero no el amor; puede dejar de sentir, de percibir la realidad, pero distingue y siente el amor que recibe y que da. Eso permanece en su mente por mucho más tiempo. Es lo que se ha dado en llamar *La Memoria Emocional*.

En una parte de la entrevista, Rangel López se refirió al tema. Al hablar de su padre, como su mejor maestro, dijo que “en el amor de mi papá, es que me dedico a esto”.

Mucho antes, en mayo de 2015, la doctora Rangel ya había abordado el tema. Fue en su intervención, durante el en XX Congreso de Alzheimer, celebrado en Guaymas, Sonora, donde habló sobre la importancia de las expresiones artísticas como unas valiosas herramientas en el tratamiento de enfermedades mentales. (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2015).

“–El arte de amar también es importante –añadió. Para realizarlo se debe tener dominio de la teoría y de la práctica; los elementos básicos son: conocimiento, cuidado, responsabilidad y respeto. Al trabajar con personas con demencia es indispensable brindar apoyo emocional, apoyo espiritual, e interactuar con amor y empatía.

“–El arte terapia estimula funciones cognitivas (atención, concentración y memoria), ejecutivas, de lenguaje, habilidades motoras, entre otras. Además, disminuye la ansiedad, la apatía, la agitación, la agresividad y contrarresta sentimientos negativos –continuó.

“–La música, por ejemplo, estimula la percepción, las emociones, la memoria, el lenguaje, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, entre otras.

“–La danzaterapia –prosiguió, es una técnica corporal que relaciona arte y la ciencia para las personas con demencia, en el proceso de integración psicofísica. Por medio del movimiento, desarrolla vínculos interpersonales, mejora el estado de ánimo y la coordinación psicomotriz”.

Capítulo 4. Recomendaciones para familiares de personas con Alzheimer

La mayor parte de los cuidadores de personas adultas mayores en México, son familiares de éstos, sean hijos, hermanos, cónyuge y hasta familia política del paciente y, en la mayoría de los casos, no reciben pago alguno por su labor cotidiana.

Según estudios realizados por la Asociación Mexicana de Cuidados Gerontológicos, (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2018), muchos de los cuidadores son familiares, son mujeres y son jubiladas. Esto indica que aún faltan muchos cuidadores –señaló Daniel de Jesús Uribe González, representante de ese organismo

El especialista expuso la importancia de los cuidadores en el marco de la jornada para conmemorar el Día Internacional del Alzheimer, con el lema, *Cuidando al Cuidador*, en la que participaron diez especialistas sobre diversas disciplinas relacionadas con los temas de vejez y envejecimiento.

El evento, organizado por el Inapam, se realizó como parte de la conmemoración de la efeméride, el día 21 de septiembre de cada año, con el propósito de llamar la atención sobre el padecimiento y su atención.

Investigación tardía

–Llegamos tarde a la investigación del tema y todas sus implicaciones. Empezamos a entender los problemas de deterioro cognitivo cuando ya tenemos el problema y debimos empezar antes para prevenir y atender con mejor calidad. Por lo tanto, es urgente agilizar la investigación de la enfermedad, y preparar a más expertos en el tema y a cuidadores profesionales, que tengan la capacidad de atender a estas personas con calidad y calidez –alertó Uribe González.

Por su parte, Rangel López expuso, en el mismo evento, del cual fue su coordinadora, que los cuidadores también son muy importantes, pues los pacientes dependen de ellos, y por eso, es muy importante “cuidar a nuestros cuidadores”.

“–Lo que ya se perdió en el paciente con deterioro cognitivo, ya se perdió. Pero hay que cuidar y conservar lo que aún queda, con el propósito de que estas personas tengan una vida digna y sean vistos como personas –señaló la especialista.

“–A partir del amor, seguimos trabajando por estas personas. Mi papá tuvo esta enfermedad de Alzheimer, confirmada hasta por necropsia –reiteró la especialista, durante su exposición en ese evento, celebrado el 18 de septiembre de 2018, en las instalaciones del Inapam.”

–Las pérdidas de este daño son irreversibles, no hay duda. A la fecha no hay cura, al cien por ciento; la ciencia ha ido avanzando en buscar medicamentos, estudios que puedan predecir algo, pero la verdad es que a la fecha no hay nada que la cure –insistió, ante un numeroso público, compuesto en su mayoría por personas con familiares enfermos con Alzheimer, muchos de los cuales son usuarios de la Clínica de la Memoria, que ella coordina.

Conviene recordar que durante la entrevista que concedió, Rangel López (Rangel López, 2017), expuso que:

–La Clínica de la Memoria, del Inapam es única en su tipo. Con la población civil hemos formado estas instituciones; en el primer nivel de atención atendemos a la persona y a los familiares, es un modelo que nació de la necesidad de nuestra gente. Trabajar en la Clínica de la Memoria ha sido para mí un privilegio –dijo.

La enfermedad no define a la persona

Otra de las especialistas participantes en el mismo evento, la enfermera geriatra y gericultista, Myriam García González, del Departamento de Enseñanza, Investigación e Información del Inapam, enfatizó que el cuidado debe centrarse en la persona con la enfermedad, no en la enfermedad.

–Es decir, debemos enfocarnos en la persona, en sus características, no en la enfermedad. Eso es algo que le sucede a la persona, pero no la define. Cuidar es

hacer algo por alguien, es involucrarnos activamente en el bienestar de alguien, y proceso recíproco; es también una forma de amor.

–Además, debemos tener en cuenta los valores de la persona a la que cuidamos y los propios también, esforzarnos para lograr el su máximo bienestar, cultivando la fe y la esperanza, pues los pacientes son personas que sienten, con emociones, y también tienen derecho de sentirse tristes o enojados.

Revalorar al cuidador

Urgió a revalorar la figura del cuidador, para que su labor no lo consuma, pues su importancia es tanta como la del paciente al que cuida; ambos son importantes y, por tanto, deben tener la ayuda, comprensión y voluntad por parte de la familia y de la sociedad, coincidieron Ángel García Leppe y Corina Espinosa Hernández, integrantes de la Clínica de la Memoria, y del Departamento de Enseñanza, Investigación e Información, del Inapam, respectivamente, durante el mismo evento.

Señalaron que en la medida en que crezca el número de personas con demencia, especialmente con Alzheimer, serán más necesarios los cuidadores especializados, para atender a ese sector de la población, para procurar mejor calidad de vida para unos y otros.

“Con el tiempo y la madurez descubrirás que tienes una mano para ayudarte a ti y otra para ayudar a los demás”, concluyó Corina Hernández.

Por esas razones, el Inapam, junto con otras instituciones especializadas, como el Instituto Nacional de Geriátrica, la UNAM, y organizaciones de la sociedad civil, se han dado a la tarea de formar cada vez más cuidadores especializados para atender a los adultos mayores con deterioro cognitivo, cuyo número crece cada día hasta alcanzar cifras muy preocupantes.

Así lo expone el propio Inapam, (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2012), en una nota de su página web:

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), organismo descentralizado de la Secretaría de Desarrollo Social, llevó a cabo el curso de capacitación "Adultos mayores en un entorno familiar positivo y envejecimiento saludable", impartido por Rocío Magallón Mariné, licenciada en Psicología con maestría y doctorado en Gerontología por la Universidad de Salamanca, España.

El taller forma parte del Programa de Enseñanza que el Instituto realiza anualmente y el cual está dirigido a cuidadores, médicos, enfermeras y toda persona involucrada en la atención de este sector. El objetivo es dar a conocer las acciones que llevan a lograr un ambiente familiar positivo, lo que resulta en un envejecimiento saludable.

La especialista señaló que las expectativas de vida de la población han provocado cambios significativos en la convivencia y en la organización familiar, según cifras del Censo de Población y Vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), en México hay 10.5 millones de personas adultas mayores de 60 años, pero la proyección para el año 2050, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo) es de 33.8 millones, es decir, del 9.2 actual será del 27 por ciento.

Esto lleva a una modificación rotunda de las familias y de la sociedad, que implica que los adultos mayores cambien su conducta, su interacción y logren adaptarse en un entorno intergeneracional en el que su participación, si el ambiente es positivo, sea importante y sea tomado en cuenta.

Factores estresantes

Las personas viven etapas familiares diversas, desde el matrimonio, nacimiento de hijos, hasta el proceso de separación, pérdida de su cónyuge o la disolución, jubilación y soledad los cuales son factores estresantes que provocan depresión y para los cuales la familia se convierte en la fuente principal de apoyo.

Los adultos mayores viven en su mayoría con un familiar. En 6 millones 247 mil 827 hogares, de los 28 millones 159 mil 337 que hay en México, vive un adulto mayor como jefe de familia. De ellos, 2 millones 792 mil 636 hogares están compuestos por el adulto mayor jefe y sus hijos, es decir, la familia nuclear. Otros 2 millones 226 mil 8 son hogares compuestos.

En estos tipos de hogares el adulto mayor se puede enfrentar a problemas en los que no se respeta su toma de decisiones, se les impide participar en situaciones que tienen que ver su patrimonio, con su salud o con su futuro. Los hijos tienen la firmeza de que el abuelo no está capacitado para tomar sus decisiones y entre todos le excluyen de ellas dándole las decisiones ya tomadas.

Al respecto, la doctora Magallón comentó que la base de las relaciones familiares es generar con el adulto mayor fuertes lazos afectivos, de respeto, de comunicación eficiente que permita dialogar y escuchar, así como trabajar en la autoestima de todos los integrantes para fortalecer el apoyo mutuo y la compañía.

Diversos expertos insisten: ¿quién cuida al cuidador? Al día de hoy, no tenemos en México cifras confiables sobre el tema en aspectos tan básicos como, cuántos cuidadores hay en México, dónde están, cuán profesionales son, qué les falta y, sobre todo, cómo se cuidan y quién los cuida a ellos.

“Por tanto –señala el Coneval–, (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2005), al no existir un sistema o políticas nacionales específicas de CLP en México, y considerando las tendencias en estrategias de CLP en el contexto internacional, su análisis debe realizarse considerando las distintas esferas que forman parte de este tipo de atención. Hay dos principales: el cuidado institucional y el cuidado, ya sea formal o informal, que se brinda en el hogar”.

Y añade:

“En cuanto a los cuidados y atención institucional, se deben considerar por una parte las instituciones públicas y por otra las instituciones privadas (lucrativas o no), en éstas últimas se consideran las Instituciones de Asistencia Privada (IAP), asociaciones civiles (A.C.), sociedad civil (S.C.), asociaciones religiosas y sociedades o asociaciones mercantiles. Aunque los servicios privados lucrativos podrían impactar de manera importante en la oferta de servicios para personas mayores, éstos permanecen fuera del alcance de la mayoría por sus altos costos.

“A su vez, las instituciones no lucrativas, con servicios gratuitos o con cuotas mínimas de recuperación, no cubren la creciente demanda. A lo anterior se añade que los recursos públicos que reciben son reducidos y el personal generalmente no tiene la formación ni el entrenamiento necesarios. Dicha falta de recursos genera un desarrollo lento de instituciones de CLP por parte del sector público y de la sociedad civil, hecho que se agrava por la falta de regulación y evaluación. Por ejemplo, el único estudio publicado que evaluó las instituciones de CLP en México data de 1996, reportando severas deficiencias en infraestructura, procesos y resultados (Gutiérrez-Robledo, 1996).²

Alma Cano, (Cano Moga, 2018), dijo, en la entrevista que citamos, que es importante que haya uno o más familiares que puedan desempeñar la función de cuidadores para atender a pacientes con demencia. Pero también formuló otras recomendaciones para tener en cuenta.

–Ese aspecto es un poco complicado, porque depende de cuántas personas integren una familia. Se tienen que valorar muchas cosas en ese sentido; una es tomar cursos de cuidadores, o bien, estar informado acerca de la enfermedad.

–El Instituto Nacional de Geriátrica y el INAPAM son dos de las instituciones que proporcionan cursos para cuidadores, además de que tanto geriatras, como psiquiatras y psicogeriatras, pueden brindar una orientación adecuada para saber qué hacer y cómo tratarlos –señaló.

² Subrayado en el original.

Recomendó pensar en apoyos adicionales, como un cuidador externo, que es lo ideal, tener cuidadores, incluso, no un solo cuidador fijo, sino intercalados, por lo mismo de que el padecimiento es demandante, puede desgastar también a los cuidadores que se contraten.

¿Cuidador, o cuidadores?

–O pueden surgir otro tipo de problemáticas; que el cuidador ya se siente con derechos con respecto a la casa, en cuanto a la familia, que también se han dado ese tipo de problemáticas.

–Digamos, se le delega todo al cuidador y de repente pareciera que el cuidador se vuelve el dueño de casa. Entonces se enfrentan muchos problemas. Por eso yo, de manera personal, y por la experiencia ahorita que he tenido, creo que funciona bien que haya a la mejor dos cuidadores que se puedan intercalar. Creo que eso es conveniente y sano para todos –recomendó.

Esta es la situación en México. Y en España parece ser muy semejante. La exposición de los especialistas citados líneas arriba, coincide como copia al carbón con lo que relata Barredo (Ferro, 2014).

El drama del cuidador

“Con 33 años Pablo A. Barredo (Barcelona, 1974) aparcó su vida para velar por su madre, enferma de Alzheimer. Empezó así un “viaje” de cinco años como cuidador, que acabó en mayo del año pasado cuando su madre falleció, y que fue relatando en el blog “Diario de un Cuidador”, (cuyos inicios se dieron a conocer en el apartado *Tengo un Blog* de la sección de *Participación* de *La Vanguardia.com*).

Como cuidador de un paciente con Alzheimer, Barredo (Ferro, 2014), dio testimonio de la importancia del amor entre el enfermo, sus cuidadores y demás familiares y personas cercanas, y así lo expuso en su blog, primero, y en el libro posterior que se originó a raíz de sus experiencias, las cuales

expone en esta nota del periódico español, *La Vanguardia*, titulada, *Un enfermo de Alzheimer no pierde nunca la memoria emocional*.

“Ahora la bitácora ha tomado forma de libro (Plataforma actual) y Pablo, que desde que murió su madre se dedica al activismo social en todo lo referido a la enfermedad del Alzheimer, está constituyendo una fundación que llevará el nombre del blog y tiene la plataforma en las redes sociales número uno en el mundo para cuidadores no profesionales. Barredo reivindica que se preste más atención a la persona que atiende al enfermo y advierte que un 10% de los cuidadores “se suicidan o acaban institucionalizados”, señala en la entrevista

“—¿Qué ha sacado de positivo?

“He aprendido lo que significa amor incondicional, humildad... Me ha cambiado la escala de valores. He aprendido a adquirir muchísima paciencia. Cuando tienes a tu madre varios meses haciendo de siete a nueve maletas a diario y tú las deshaces por la noche cuando duerme y por la mañana te lo encuentras volviéndolas a hacer... También aprendes a tener empatía.

“—¿Y qué ha sido lo que peor ha llevado?

“Saber que hagas lo que hagas y aunque luches contra la enfermedad nunca le vas a ganar la partida. Eso es lo más duro. Aunque hay que pensar que el enfermo nunca pierde la memoria emocional y eso es muy importante. Igual no saben quién eres, pero su vínculo afectivo siempre sigue ahí. A mi madre, tuvo fibrosis pulmonar, la ingresamos y tuvimos que seguir el protocolo de morfina. Y mientras se quedaba dormida lo último que dijo fue mi nombre dos veces. Y eso te da una especie de satisfacción porque hasta el final me ha tenido como punto de referencia.

“–¿Cómo era su día a día?”

“Para mí las dos herramientas clave son la estimulación cognitiva y el amor. En mi caso fue muy llevable el proceso del cuidado, incluso médicamente conseguí algo que es muy difícil: que mejorara un poquito cognitivamente marcando unos horarios, como con los niños. Lo importante es marcar unas rutinas muy pautadas y no moverse mucho de ese margen. Levantarse, desayunar o dar la medicación a una cierta hora. Salir a dar un paseo es una buena rutina, aunque en invierno es más complicado. Además, en esa estación de año tienen cambios de carácter porque les afecta el tema de la luz.”

Este tema va muy de la mano con el de los cuidadores de personas con Alzheimer, sean profesionales o no.

–¿Qué es lo primero que hay que tener claro cuando alguien decide ser el cuidador de un enfermo de Alzheimer?”

–Es importante contar con apoyos y no querer hacerlo todo uno solo porque eso te va a ir minando a todos los niveles.

–El cuidador prácticamente deja de tener vida ¿A usted le pasó?”

–Sí. El enfermo acaba dependiendo tanto de ti que incluso en el momento en que ya no pueda estar en casa vas a seguir siendo esa figura. Es casi un contrato de por vida. Todo su entorno se va a ir difuminado y acaba quedando tan solo ese vínculo con el cuidador principal que es como su faro, su luz en esas sombras que son el Alzheimer.

–¿Cómo se vive este “irse apagando” del enfermo?”

–El proceso es psicológicamente duro. Es un desgaste psíquico y emocional. Cuando murió mi madre acabé pesando 52 kilos. Ver como esa persona va perdiendo su personalidad poco a poco, que se va olvidando del entorno... Estos enfermos van perdiendo su esencia y se acaban convirtiendo en niños

débiles y desprotegidos. Su universo cada vez se va reduciendo y debes estar cada vez más encima de ellos. La paciencia es la palabra que más tenemos en la boca y cuando crees que ya has aprendido a contar hasta 100, tienes que aprender hasta mil porque cada vez las situaciones son más surrealistas y te llevan a extremos que te exigen más.

–¿Recuerda algún momento especialmente duro?

–La primera vez que me agredió. Es algo que te produce muchísimo desconcierto. En cambio, otro momento que para mí fue muy bonito son las últimas semanas. Mi madre no vivió todo el proceso de Alzheimer debido a que desarrolló una fibrosis pulmonar. Y en un momento de lucidez, me dijo: “Me estoy quedando un poco más por ti” y “No vale la pena que pierdas la salud por mí”. Es ese momento en que se están dando cuenta de lo que le está haciendo pasar la enfermedad.

–Supongo que hay momentos en que se pasa por la cabeza renunciar...

–Hay momentos... Hay gente a las que hay que recomendar que acudan a las asociaciones de familiares o a centros de día porque les pueden ayudar cuidando a los enfermos unas horas. Yo llegué al final de ese proceso literalmente de rodillas, agotado. Y tuve que ir al psicólogo. Mi mayor miedo era no poder llegar al final. Y, aun así, supongo que, por amor incondicional, siempre vas sacando esas fuerzas extras para continuar. Pero es importante que los cuidadores que acaban acudiendo a un ingreso en una residencia no se sientan culpables. Si hay un momento en que el cuidador no está suficientemente bien como para desempeñar esa labor, es mejor dejar al enfermo en manos cualificadas.

–¿Usted se sintió apoyado?

–Soy el pequeño de ocho hermanos... la mayoría de ellos tenían pareja, hijos, trabajos fijos... y eso les imposibilitaba mucho el poder estar ahí día a día. Estaba mi hermana Alicia, que me ha ayudado muchísimo. Pero aun así

siempre le decía “al final del día tú sales por esa puerta, pero el que se queda entre estas cuatro paredes soy yo”.

–¿*El cuidador está descuidado?*

–Te daré un dato. El 10% de los cuidadores, una vez acaban su labor, o se suicidan o acaban institucionalizados. Eso refleja el efecto tan duro que produce la enfermedad sobre el cuidador. Gracias al trabajo que muchos hemos realizado en las redes, se está poniendo un poco más de moda la figura del cuidador, pero hay que sacarla de las sombras. En mi fundación quiero formar desde el minuto cero al cuidador, darles herramientas también de gestión emocional... Es importante que la sociedad empiece a tenerlo en cuenta.

A su vez, Cano Moga, (Cano Moga, 2018), señaló que “Todavía falta mucho por hacer en México, porque precisamente no se entiende la tolerancia o la paciencia que hay que tener con ese tipo de personas. Creo que falta mucho, pero, por lo menos, ya estamos como en ese camino”.

4.1. Mientras unos quieren olvidar, otros se empeñan en recordar

Es urgente prepararnos para entender mejor qué son y cómo se manifiestan las demencias, pues de su comprensión depende la calidad del trato que demos a nuestros enfermos. Y algo también importante, cómo abordar el problema si los enfermos somos nosotros.

Esa es quizá la principal y más inquietante conclusión de este trabajo. Los especialistas nos han dicho que el padecimiento es multifactorial, que incluye estilos de vida saludable, pero también está el factor genético; es decir, quien tenga algún familiar con demencia, puede ser candidato a desarrollarla por la vía hereditaria.

Otro factor importante a considerar, es hasta qué punto los pacientes tienen conciencia de la enfermedad y cómo asumen esa condición, pues de eso depende también la cooperación que demuestre con familiares y cuidadores.

Los olvidos pueden ser algo ordinario, cotidiano; algo que a todos nos sucede una o varias veces al día. Por ejemplo, qué comimos ayer, cómo se llama la persona que nos presentaron apenas hace unas horas, uno o varios productos de la lista del supermercado, o alguna labor que íbamos a realizar, pero que olvidamos. Hasta ahí no hay problema.

Sin embargo, cuando una persona con demencia comienza el día conociendo, aprendiendo todo como algo nuevo, sin memoria de lo que vivió ayer y peor aún, cuando olvida que ya todo se le olvida y no conoce a nadie, surgen el desconcierto, el miedo y la ira. Esa persona está aislada y se siente sola, vulnerable, extraviada, porque no sabe quién es ni dónde está.

Dudas sin respuesta

En este punto, ya sabremos que la respuesta a las dudas planteadas al inicio de este trabajo es, en todos los casos, un no categórico. Esto significa que hay mucho por hacer y debemos comenzar a hacerlo ya; debemos comenzar con nosotros, para influir en la familia, en la sociedad y en las autoridades, en ese orden.

No estamos preparados para atender un *boom* de adultos mayores; nuestras ciudades no toman en cuenta las necesidades de este sector de la población, nuestros sistemas de pensiones no tienen capacidad de respuesta suficiente, tampoco la tienen nuestros sistemas de salud y de seguridad social.

Y lo más preocupante, no disponemos aún de un número suficiente de especialistas en geriatría y gerontología en México, para entender y atender adecuadamente a la población adulta mayor. Ese es el panorama que tenemos al día de hoy en el país.

¿Cómo abordarlo? Con amor, creatividad, imaginación y mucho optimismo. Las personas experimentadas nos aseguran que en cada problema hay una ventana de oportunidad y quizá ésta sea una de ellas.

En nuestro andar cotidiano no hemos visto teléfonos celulares accesibles para personas con debilidad visual o auditiva, con teclas grandes y tonos específicos

para cada función; no hemos visto bastones y otros medios de apoyo de marcha con elementos antiderrapantes, que den confianza y seguridad a los usuarios.

No están muy generalizados los vasos adaptados para personas con mal de Parkinson, ni cucharas y otros utensilios de mesa apropiados para personas con ese y otros padecimientos que les impiden usar las herramientas convencionales.

En el ámbito personal y familiar, Cano Moga agrega:

“...creo que debemos de estar muy atentos a no dejar de perder el contacto físico con la persona que estamos cuidando, a no perder de vista por ejemplo detalles como acariciarle el cabello, tomarlo de la mano o darle un abrazo.

“Estos detalles que pueden parecer en un momento dado insignificantes cobran gran importancia y gran valor para ellos. Yo me di cuenta que la actitud de la persona es muy distinta cuando uno hace este tipo de cosas, o más bien toma este tipo de actitudes con la persona y le dedica mayor atención.

“Por supuesto nos enfrentamos a que estamos trabajando de manera cotidiana y muchas veces uno no tiene el tiempo que requiere una persona con deterioro cognitivo. Nos tenemos que sentar con ella, tenemos que escucharla, tenemos que ser pacientes, y bueno, alguna vez escuché por ahí las horas que uno tiene que pasar cuando enfrenta ese tipo de situaciones.

“Son horas que le dedica uno al adulto mayor, hablando, siendo paciente, teniendo este tipo de detalles y las horas en que están el cuidado doméstico.

“Cura, definitivamente no hay. Lo único que se puede hacer es tener un control; tiempos como estadías, en que no avanza, y bueno, eso es positivo, ¿no? Porque se logra frenar. También interviene mucho el entorno en el que esté el adulto mayor, que sea favorable, que le brinde seguridad, que le brinde estabilidad. Eso ayuda, todo eso ayuda...

4.2. El reto de ser cuidador

Alma Cano, (Cano Moga, 2018), señaló que “Todo lo que se ponga en juego para que el paciente esté mejor es aceptable. Y realmente pues sí, mucho el control está en uno, en uno como cuidador. El problema es eso. A veces aprender a manejar las emociones y controlar y poder dar seguridad y no alterarse. Es todo un reto”, afirmó.

Por tanto, “la formación de cuidadores es un imperativo, como una respuesta ante el proceso de envejecimiento acelerado que vive México”, añade Claudia Soto Morga, jefa del Departamento de Enseñanza, Investigación e Información, del Inapam. (Soto Morga, 2018).

Y abunda en el tema.

–Los cuidadores, como su nombre lo indica, son personas que están a cargo de personas mayores en específico. Tienen que ser muy observadores para atender a las necesidades de las personas mayores; habrá quien no pueda expresarse porque tenga alguna dificultad visual, auditiva, o alguna deficiencia mental.

–No todos los adultos mayores necesitan un cuidador, sólo aquellos que manifiestan alguna deficiencia o necesidad particular. Pero en todos los casos, ser observadores y sensibles son dos atributos indispensables de todo cuidador.

–Hay cualidades que se pueden desarrollar y otras que son inherentes a la persona. Lo técnico se aprende, pero lo otro, la sensibilidad, ya la trae la persona.

–¿Cómo surge la idea de formar cuidadores?

–Nosotros tenemos un programa de capacitación y al final, hacemos una evaluación. En ella, las personas expresan sus necesidades y, en este caso, la necesidad surgió de las personas que participan en ese programa de capacitación. Se trató de una necesidad muy específica para cuidadores, para personas que no tienen cuidadores primarios, ni una formación profesional en ese aspecto.

Demanda insatisfecha

–En 2015 el Inapam comenzó con un curso para cuidadores primarios. El éxito de ese curso fue tal que tuvimos que organizar otro de emergencia. Nuestro plan era hacer uno cada año, pero ante la elevada demanda estamos programando cuatro al año en promedio –recordó.

–El Inapam imparte cursos a las personas interesadas. El único requisito es que la persona no reciba ingresos por esas actividades y, de preferencia, que sea un familiar que cuide un adulto mayor.

–Se trata de un curso básico para los familiares. Esa es una de las características del curso. Pero si una persona tiene una necesidad muy específica de capacitación, como técnicas de movilización, puede recurrir a instituciones especializadas, donde hay una oferta muy amplia.

–Usted habla de cuidadores primarios. ¿Hay otro tipo de cuidadores?

–Los cuidadores primarios no tienen una formación profesional, y son normalmente los familiares que se ven en la necesidad de atender al adulto mayor que empieza a tener esas necesidades de cuidado.

–Están los secundarios, que son más profesionales. El curso de cuidadores del Inapam es un curso básico, es para esas personas que no tienen la preparación, pero que de pronto surge por la convivencia con una persona mayor, surge en ella la necesidad de cuidado.

–¿Por qué los adultos mayores necesitan cuidadores?

–Porque enfrentan procesos de deterioro, de enfermedad, de dependencia. Las actividades de la vida diaria empiezan a ser difíciles, aunque la idea de un cuidador es que motive a la persona mayor a seguir siendo independiente, que no le resuelva todos o cada uno de los aspectos de la vida, que lo motive a que siga activo, que no le afecten las limitaciones y siga adelante.

–Si hablamos de un adulto mayor que tiene limitaciones, digamos de movimiento, se requiere un cuidador que esté fuerte. Si el adulto mayor es autosuficiente y tiene un grado de dependencia menor, no hay mucho problema.

Esperanza de vida

–¿Qué desafíos plantea cuidar a un adulto mayor con deterioro cognitivo?

–La esperanza de vida de estas personas es mayor. Por tanto, el desgaste del cuidador también es mayor, debido a los cambios en la persona a quien se cuida, así como el tiempo de dependencia. Conforme crece la enfermedad aumenta el deterioro y también la exigencia.

–Entonces, es un gran reto atender a una persona que sufre deterioro cognitivo progresivo. Nuestra recomendación es que se involucre toda la familia, que haya varias personas que estén al cuidado del paciente –enfaticó, en coincidencia con la opinión de Alma Cano.

–Hay muchos sistemas de apoyo o de descanso para cuidadores, pues cuando el deterioro es muy grave, o la dependencia es muy alta, también el desgaste del cuidador puede llegar a la incapacidad. La capacitación es permanente, es toda la vida.

–Entonces, hay que buscar otras opciones, por ejemplo, las residencias o los albergues, que también son opciones de cuidado para esta población.

–En el Inapam nos centramos en las necesidades personales del cuidador. Hay otros cursos muy enfocados al desarrollo de técnicas de cuidado, pero nosotros tratamos de enfocarnos más al cuidador, hacia los recursos personales que tienen o pueden desarrollar para mejorar su labor, como manejar su estrés o elaborar duelos pendientes.

–¿Qué otro aspecto aborda el curso de cuidadores?

–Está dividido en tres áreas, el área física, que consiste en los cambios que ocurren con el proceso de envejecimiento, el área psicológica, donde también hablamos de los cambios en ese aspecto, y el área social y al mismo tiempo, también aspectos psicológicos, físicos y sociales del cuidador.

–¿Es cuidar al cuidador?

–Cuidar al cuidador, efectivamente. Es fundamental cuidarse, porque el cuidador requiere fortaleza física y emocional, debido a los cambios que experimentan los adultos mayores, conforme pasa el tiempo. Y más aún, si tienen una enfermedad crónica degenerativa.

–El cuidador necesita estar bien para enfrentar las dificultades, y que no se le reboten. El plus de nuestros cursos consiste en el enfoque hacia el cuidador.

Adultos mayores cuidadores

–Hay cuidadores de adultos mayores, que también son adultos mayores, pero son pocos, son un promedio de cuatro en veinte. La mayoría son mujeres, pues ellas tienen la cultura de vida y con frecuencia se hacen cargo de los cuidados, y no tanto el hombre, aunque ya los hombres empiezan a participar.

–¿Podría generarse un problema de maltrato entre un cuidador y el adulto mayor al que se cuida?

–Sí. A la par del curso que también manejamos la prevención del maltrato, que es otro tema, el de tanatología. Ese es un aspecto que también hay que considerar en este proceso, para que los cuidadores puedan estar mejor preparados en estas áreas y evitar así, situaciones de maltrato.

–¿Podría darse el caso de que un cuidador no sepa que es cuidador?

–Sí, claro. Yo creo que la gente se va dando cuenta de las necesidades de la persona a quien se cuida, y va poco a poco buscando apoyo y qué hacer en ciertas

circunstancias. Si no lo sabe, lo va a preguntar, y a lo mejor, en ese proceso va a darse cuenta de la labor tan importante que desempeña –concluyó.

Hasta aquí, la exposición de los expertos y de un caso práctico del trabajo cotidiano de una cuidadora con un familiar que es, al mismo tiempo, usuaria de la Clínica de la Memoria del Inapam.

Queda claro que el tema no se agota con este texto. Por el contrario, como toda investigación, el punto final puede ser, al mismo tiempo, el punto de partida para una nueva investigación que despeje las incógnitas que surgen a lo largo del trabajo.

Algunas de ellas son, el papel de la ciencia en el diagnóstico de las demencias, la búsqueda de una cura, tratamientos farmacológicos más efectivos, cuidados paliativos de enfermos y, desde luego, la formación de especialistas en geriatría y gerontología, así como de cuidadores primarios y secundarios para personas con esta enfermedad.

También, el diseño y puesta en marcha de una política pública orientada hacia la prevención y tratamiento de las demencias y sus consecuencias para la familia y la sociedad, y los costos que esto implica para quienes conviven con los enfermos.

Y quizá, una de las más importantes, fomentar la réplica del modelo Clínica de la Memoria, a la mayor brevedad, en todos los estados del país, dado el éxito que ha demostrado, y la imperiosa necesidad de atender a la población con demencia en aquellas entidades que aún no disponen de un centro de este tipo.

¿Qué sigue? Las autoridades, la academia, la sociedad civil y la familia, tienen la palabra.

Conclusiones

Este trabajo constituye un esfuerzo de divulgación sobre vejez, envejecimiento y demencia, principalmente Alzheimer, así como los esfuerzos institucionales del Inapam para impulsar la Clínica de la Memoria, un modelo de atención geriátrica pionero en atender a personas con deterioro cognitivo.

Al poner énfasis en esos temas, también pretendemos llamar la atención del Estado, la academia, la sociedad y la familia sobre los adultos mayores, las características del envejecimiento y las demencias que afectan a un sector importante de la población adulta mayor. Nuestro propósito es que cada vez más personas se interesen en esos temas, los comprendan y sepan cómo abordarlos, pues de su comprensión depende un mejor trato hacia las personas adultas mayores.

El envejecimiento es un tema que preocupa cada vez más a la sociedad, a autoridades, estudiosos y expertos en el tema. El número de personas mayores de 60 años –12.4 millones, equivalente al 10 por ciento de la población, en cifras oficiales–, son preocupante, pero sus consecuencias lo son aún más.

Por tanto, el envejecimiento sano, activo y digno, según el discurso oficial, está muy lejos de la realidad. Hoy en día, muchos adultos mayores viven sin pensión decorosa, salud integral garantizada e inclusión social y laboral adecuadas.

Ahora sabemos que el envejecimiento tiene varias etapas, con necesidades específicas en cada una de ellas. Además, no todas las personas envejecen igual, ni presentan los mismos padecimientos al mismo tiempo, especialmente las enfermedades mentales, lo cual complica el problema.

En ese contexto, el Modelo Clínica de la Memoria, constituye un esfuerzo fundamental en el estudio, diagnóstico y atención de las demencias en México, como parte de la política pública del Inapam en materia de envejecimiento.

Sin embargo, ese esfuerzo es aislado y claramente insuficiente, pues carece de personal, infraestructura y recursos. Por tanto, es necesario fortalecerlo y replicarlo en instituciones públicas y privadas relacionadas con la vejez y el envejecimiento.

El relato de Rangel López, fundadora de la Clínica, y una de sus principales impulsoras, refleja una labor solitaria y callada, pero persistente y efectiva, del equipo médico que da vida a ese proyecto y lo sostiene.

Como expone en entrevista, el amor hacia su padre la motivó a explorar, diagnosticar y tratar a las personas con demencia, especialmente con Alzheimer; nos habló de las donaciones públicas y privadas con las que se atienden algunos aspectos de la Clínica, entre ellas, una computadora, y el trabajo voluntario de familiares de los pacientes y amigos del proyecto.

También habló de los avances que registra el modelo, que según dijo, son muy significativos y constituyen, de algún modo, una forma de medicina aplicada, pues se nutre de los hallazgos en el tratamiento de pacientes, los cuales se aplican a nuevos usuarios.

La participación de la familia es una condición imprescindible para que los pacientes califiquen como candidatos al servicio de la Clínica. Esa es otra de las conclusiones de este trabajo: el proceso de envejecimiento no puede ser un fenómeno solitario, aislado, individual e inherente sólo a la persona. En él están involucrados familia, sociedad, instituciones y academia, porque es un tema multifactorial.

El Modelo

Está comprobado que el Modelo constituye un esfuerzo importante de personas e instituciones preocupadas en atender problemas de deterioro cognitivo, como se desprende de las entrevistas con especialistas y un familiar de personas con este padecimiento.

Sin embargo, el problema es mucho más extenso y complejo de lo que parece; toca transversalmente a diversas instituciones. Por tanto, es necesario reforzar la

participación de estos entes en el tratamiento del problema y abordarlo de manera interdisciplinaria, aprovechando los avances y hallazgos de la Clínica.

El Modelo combina sencillez, eficacia y vanguardia en la comprensión y tratamiento de las demencias. Sin embargo, el modo en el que lo expone la doctora Rangel, nos remite a un proyecto con más contenido personal que institucional, lo cual limita su crecimiento, aunque no lo demerita.

Otra de las conclusiones de este trabajo es la urgente necesidad de preparar especialistas, como geriatras y gerontólogos. Pero lo inaplazable es quizá, el aspecto de los cuidadores, un tema asociado íntimamente con el envejecimiento y el deterioro cognitivo, dada la magnitud del problema.

Viñeta cotidiana

Así parece confirmarlo un caso que atestiguamos por casualidad. Se trata de una mujer adulta mayor, de unos 75 años, pelo largo, muy canoso, rostro sumamente arrugado y algo encorvada. Vestía una frazada color gris, unida por el pecho, aparentemente sucia; boca desdentada, con aspecto descuidado y rostro muy cansado. No habían dado aún las nueve de la mañana del 13 de diciembre de 2018.

Sorprendió verla molesta, regañando a cuanta persona se acercaba. En un momento, se levantó de su asiento, junto al pasillo del autobús que nos transportaba, de Puente de Vigas, en Tlalnepantla, Estado de México, hacia la estación del Metro Aquiles Serdán -Cerdán, decía el letrero en el parabrisas del autobús-, en la alcaldía de Azcapotzalco.

Los pasajeros del autobús no salían de su desconcierto. La manera tan sorpresiva en que comenzó su perorata, que luego pasó a reclamos y más tarde a amenazas, nos mantuvo en suspenso, pues no se dirigía hacia alguien en particular. Parecía como rodeada de fantasmas, a quienes combatía con insólita violencia verbal.

Aparentemente iba sola, pues no vimos a acompañante alguno. Mi urgencia por bajar impidió hacer algo por ella, pues tras de mí venían varios pasajeros apresurados, que me urgían para avanzar hacia la única salida que tenía el autobús.

–Esa señora es una persona adulta mayor y al parecer tiene algún padecimiento mental, quizá Alzheimer. Por favor, no la maltrate ni permita que la agredan, busque a alguien que pueda auxiliarla –pedí al conductor, y bajé de prisa.

Su imagen, entre agresiva y angustiada, no me abandonó durante todo el día.

Me recordó la descripción que hicieron los doctores Valdés y Rangel, en entrevista, sobre las personas con deterioro cognitivo, y a las características que Alma Cano expuso sobre su paciente adulta mayor con Alzheimer.

Imaginé la situación de esa señora, con un repentino desconocimiento del entorno, entre personas extrañas y sin saber dónde estaba ni qué hacía en ese camión. O hacia dónde se dirigía, y con qué propósito. Me invadió una mezcla de miedo, pena y dolor.

Con la información disponible, proveniente de las lecturas sobre el tema, y las entrevistas recabadas, fue fácil imaginar lo que quizá sucedía en la mente de esa persona. Pensé en dos aspectos básicos de la vejez y el envejecimiento en México: la cabal comprensión del problema por parte de la sociedad y de la familia, y la urgente necesidad de formar cuidadores primarios para evitar escenas como la que presenciamos ese día. Esta es, otra conclusión obligada de este trabajo.

El tema está también en algunos medios y es motivo de investigación y análisis entre especialistas, quienes coinciden con las conclusiones de este trabajo, como exponemos a continuación.

Aireando el tema

“La provisión de cuidados de largo plazo para adultos mayores en México es escasa y se encuentra fragmentada y sin regulaciones, advierte un análisis del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval)”, según destaca el primer párrafo de una nota del periódico *Reforma*, (Martínez, Atienden sin apoyo a adultos mayores, 2018), del domingo nueve de diciembre de 2018.

Firmada por Martha Martínez, agrega en el segundo párrafo. “No existe una política nacional ni programas específicos, señala, y los que se proveen generalmente son en el hogar, de manera informal, por familiares, vecinos y amigos, sin remuneración, y por lo general con poco o ningún tipo de apoyo.”

Efectivamente, en un trabajo titulado *Qué funciona y qué no en cuidados de largo Plazo para Personas Adultas Mayores*, publicado en diciembre de 2018, el Coneval, (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2005) establece:

“En cuanto a la provisión de Cuidados de Largo Plazo (CLP), en México, ésta es escasa y fragmentada; no hay una política nacional ni programas específicos de CLP; los CLP en México se proveen mayormente en el hogar, de manera informal, por familiares, vecinos y amigos, sin remuneración y por lo general, con poco o ningún tipo de apoyo.

“En México –agrega–, la tendencia actual marca que las personas mayores se mantienen en su hogar y hasta ahora las tasas de institucionalización son bajas. Sin embargo, las bajas tasas de institucionalización no justifican la falta de regulación existente para las instituciones de CLP; actualmente no hay evaluación sistemática de la calidad de la atención, ni de las condiciones ambientales ni de infraestructura de las instituciones, aunado a una falta de información pública accesible a los usuarios potenciales y sus familias.

Añade el Coneval, (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2005), que, “En términos de investigación, es necesario definir la demanda

actual y proyectada de servicios y cuidados que ahora se proveen, incluyendo una estimación actual y proyecciones de la dependencia funcional de los adultos mayores y los costos asociados a esta dependencia, tanto para los servicios de salud como en los hogares, incluyendo una estimación de los recursos financieros, humanos e infraestructura necesarios para operar un sistema, en su totalidad y en etapas de acuerdo a las necesidades más apremiantes”.

El documento del Coneval, de 58 páginas, da puntual cuenta de la situación de las personas adultas mayores con alguna dependencia, y de su necesidad de contar con al menos un cuidador primario, para procurarse una mejor calidad de vida en esa etapa de su existencia. Es por eso que se incorporó a este texto.

El estudio de ese organismo confirma, y esta es otra de las conclusiones, que las interrogantes que se plantearon al inicio de este trabajo, en materia de atención de adultos mayores, están vigentes. Y más aún, siguen sin atención, o se atienden a medias. Además, no llegan a toda la población mayor de 60 años, según obliga la ley de la materia.

El reportaje como género periodístico

Tal como señalamos en otro apartado de este texto, el reportaje constituye una herramienta fundamental del periodismo, (Leñero, 1986), pues nos permite abordar temas extensos y complejos, como el que dio origen a este trabajo. Nos facilitó el abordaje del tema desde diversos ángulos, con libertad y, sobre todo, con la rigurosidad que hace de este texto un trabajo de investigación documental y de campo, serio, oportuno y objetivo, aunque sin las pretensiones de un documento científico.

También pudimos exponer con profundidad el tema, sin pretender agotarlo. De hecho, este trabajo no es una obra terminada, por el contrario, bien puede ser el punto de partida de una investigación más profunda, que ayude a desentrañar los misterios que persisten alrededor de la enfermedad y su tratamiento.

El plan de trabajo que nos propusimos al principio parecía muy ambicioso, pues su estructura preveía aspectos que sólo personas con experiencia y un vasto conocimiento podrían proporcionar.

Por medio de la entrevista, un valioso auxiliar del reportaje, pudimos tener acceso a información de primera mano, proveniente de estudiosos y expertos en el tema, así como de personas que conviven diariamente con la enfermedad y sus manifestaciones. Conviene precisar que esas entrevistas están disponibles en la página personal del autor, en la plataforma *Soundcloud*, por medio de una liga directa a cada una, en la bibliografía, al final de este trabajo.

La entrevista constituye la columna vertebral del texto, pues la información dinámica y más relevante, proviene de entrevistas con tres expertos y una cuidadora. También por medio de la entrevista, como herramienta de investigación de campo, fue posible localizar otras fuentes documentales para complementar este trabajo.

Cuidadores primarios

Todo esto nos proporcionó información útil, vasta, de calidad y de primera mano sobre las tres vertientes del tema, la Clínica de la Memoria, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y la importancia de los cuidadores de adultos mayores.

El de los cuidadores primarios, o cuidados paliativos, es todo un tema. Constituye en sí mismo una justificación muy amplia para abordarlo de manera profunda, seria y urgente, pues descubrimos que hay un desconocimiento enorme sobre el rol que tienen los cuidadores en la familia y en la sociedad.

Su desconocimiento es tal, que hay personas que son cuidadores y no lo saben, no tienen conciencia de eso, y mucho menos han pensado en profesionalizarse. Por eso, el cuidado de los cuidadores es otro gran tema.

El Coneval (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2005), también hace énfasis en este aspecto: “Los CLP institucionales son escasos

y están fragmentados entre diversas instancias. Dentro de la asistencia pública destacan el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) que concentran las pocas instituciones públicas mexicanas de CLP. Ambas instituciones están descentralizadas: es responsabilidad y decisión de las entidades federativas definir los grupos de atención a quienes dan prioridad, los servicios que ofrecen, así como la modalidad de atención.

“Otro problema respecto a las instituciones de CLP en México es la poca información que existe sobre el número de instituciones y las personas que en ellas habitan (de cualquier modalidad: de día, asilos y residencias), sus características y funcionamiento. De igual forma, no hay información sobre los estándares de calidad mínimos que deben cubrir, ya que cada institución decide cómo organizarse, presentando diferencias importantes en materia de infraestructura, funcionamiento, recursos humanos y su perfil, las condiciones de salubridad y seguridad. En consecuencia, se desconocen en gran medida las condiciones de salud y bienestar de las personas que ahí habitan”, precisa el Coneval.

Como puede apreciarse, esta es otra virtud del reportaje como género periodístico: descubrir temas de investigación paralelos, complementarios o adicionales del trabajo inicial. Esto confirma que la investigación que expone este trabajo no se agota con su presentación; es, en muchos casos, el punto de partida de otro trabajo de la misma magnitud que el primero.

Por cierto, cabe señalar que el trabajo del Coneval se publicó en el último trimestre de 2018, casi diez meses después de iniciado este texto y es de destacarse la cita que hace, líneas arriba, del Dr. Gutiérrez Robledo, como uno de los especialistas que abordó el tema en un trabajo de investigación publicado en 1996, el cual cita como uno de los más “recientes”.

El Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, dirige el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER), y es una de las fuentes documentales en las que se apoya este trabajo. Él también forma parte del Consejo Nacional de Coordinación Institucional del

Inapam, que preside el Dr. Sergio Salvador Valdés y Rojas, titular de Atención Geriátrica de ese instituto y uno de los entrevistados principales para la elaboración de este reportaje.

Técnicas para recabar la información

Recurrimos a cuatro técnicas de investigación para recabar la información presentada en este trabajo: la entrevista, la investigación bibliográfica y hemerográfica, páginas web y observación directa.

En todos los casos, la información recabada se sometió a un análisis riguroso para confirmar su veracidad. Posteriormente se presentó de forma sencilla y comprensiva, de modo que fuera accesible tanto para lectores especializados, como para personas que no están familiarizadas con el tema.

Como lo anotamos líneas arriba, la entrevista como género periodístico, y también como técnica de investigación de campo, fue un medio muy útil para obtener información rica, diversa y profusa.

La investigación por medio de Internet, fue otro elemento fundamental de este trabajo. En el primer caso, visitamos el centro de documentación del Inapam, y tuvimos acceso al acervo de la Dirección de Atención Geriátrica del Instituto, así como de su Centro de Capacitación, a cargo de la licenciada Claudia Soto, otra de las entrevistadas.

Las fuentes de Internet fueron, en muchos casos, el punto de partida para la consulta, en páginas web, de periódicos y revistas con información del tema, así como de numerosos organismos públicos, privados, nacionales e internacionales, todos citados en el apartado correspondiente, al final de este trabajo.

Fuentes consultadas

- Cano Moga, A. (8 de Mayo de 2018). Entrevista Alma Cano Cuidadora. (J. C. Zamarripa, Entrevistador) iVox. iVox, Ciudad de México. Obtenido de <https://soundcloud.com/user-535888875/entrevistaalmacanocuidadora/s-P9WWe>
- Capote, T. (1987). *A Sangre Fría*. Ciudad de México: Anagrama.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2018). *Con violencia no hay libertad de expresión*, campaña. Recuperado el 2018, de <http://libertadexpresion.cndh.org.mx>
- Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. (1 de enero de 2018). <https://www.gob.mx/conasami>. Recuperado el 2 de julio de 2018, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/285013/TablaSalariosMinimos-01ene2018.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (15 de Agosto de 2005). www.coneval.org.mx. (Coneval, Editor) Recuperado el 9 de Diciembre de 2018, de www.coneval.org.mx: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/ESEPS/Documents/Guias_practicas/6_Cuidados_de_Largo_Plazo.pdf#search=clp
- Consejo Nacional de Población. (15 de Junio de 2015). *Consejo Nacional de Población*. Obtenido de CONAPO: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/63977/Documento_Metodologico_Proyecciones_Mexico_2010_2050.pdf
- D Hyver, C. (24 de Noviembre de 2016). <http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/>. Obtenido de <http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/>: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/196022/10_DR_CARLOS_D_HYVER_TRATAMIENTO_FARMACOLOGICO_DE_LA_DEMENCIA_1.pdf
- Diario de la Tercera Edad. (17 de marzo de 2018). <http://diariote.mx>. Obtenido de <http://diariote.mx>: <http://diariote.mx/?p=22442>
- Diario Oficial de la Federación. (16 de Junio de 2014). <http://dof.gob.mx>. Obtenido de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5348804&fecha=16/06/2014
- Ferro, L. (3 de Marzo de 2014). Un enfermo de alzheimer no pierde nunca la memoria emocional. (M. Carol, Ed.) *La Vanguardia, versión electrónica*, pág. Versión electrónica. Recuperado el 9 de Septiembre de 2018, de <https://www.lavanguardia.com/vida/20140305/54402012971/un-enfermo-de-alzheimer-no-pierde-nunca-la-memoria-emocional.html>
- Fundación Ortiz Moreno. (30 de Marzo de 2013). http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/alzheimer_todos.pdf. Obtenido de http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/alzheimer_todos.pdf: http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/alzheimer_todos.pdf
- Ibarrola, J. (1986). La Noticia. En I. Javier, *La Noticia* (pág. 116). Ciudad de México: Guernica. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018

- INEGI. (2005). *Los Adultos Mayores en México. Perfil Sociodemográfico al inicio del Siglo XXI*. Ciudad de México: INEGI.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (18 de Septiembre de 2018). *www.gob.mx/inapam*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2018, de *www.gob.mx/inapam*: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/es-urgente-formar-mas-cuidadores-y-cuidarlos-senala-el-inapam?idiom=es>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (30 de enero de 2005). *https://www.inegi.org.mx/*. Obtenido de *www.inegi.org.mx*: <https://www.inegi.org.mx/>
- Instituto Nacional de Geriátria. (30 de Noviembre de 2012). *www.gob.mx/salud*. Obtenido de *www.gob.mx/salud*: http://www.geriatria_2014.salud.gob.mx/descargas/administracion/fotonovela_2014.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (22 de mayo de 2018). *www.gob.mx/inapam*. Obtenido de *Inapam*: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/inapam-37-anos-al-servicio-de-los-adultos-mayores-de-mexico?idiom=es>.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (15 de Junio de 2012). *www.gob.mx/inapam*. Recuperado el 9 de Septiembre de 2018, de *www.gob.mx/inapam*: <https://www.gob.mx/inapam/prensa/adultos-mayores-en-un-entorno-familiar-positivo-76883>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (12 de Diciembre de 2014). *www.gob.mx/inapam*. Recuperado el 2 de Julio de 2018, de *www.gob.mx/inapam*: <https://www.gob.mx/inapam/prensa/nuevo-llamado-a-comprender-las-demencias-en-adultos-mayores?idiom=es>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (15 de julio de 2015). *https://www.gob.mx/inapam*. Recuperado el 15 de abril de 2018, de *https://www.gob.mx/inapam*: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/vivir-para-contarla?idiom=es>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (27 de febrero de 2015). *www.gob.mx/inapam*. Recuperado el 12 de Julio de 2018, de *www.gob.mx/inapam*: <https://www.gob.mx/inapam/prensa/motivacion-y-gratitud-para-los-cuidadores-inapam>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (8 de Mayo de 2015). *www.gob.mx/inapam*. Recuperado el 9 de Septiembre de 2018, de *www.gob.mx/inapam*: <https://www.gob.mx/inapam/prensa/en-un-mar-de-recuerdos-ii?idiom=es>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (26 de Febrero de 2016). *www.gob.mx/inapam*. Obtenido de *www.gob.mx/inapam*: <https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/centro-de-atencion-integral-in>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (24 de Noviembre de 2016). *www.gob.mx/inapam*. Recuperado el 2018, de *www.gob.mx/inapam*: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/alzheimer-invitado-obligado-en-un-foro-internacional-sobre-vejez-83811>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (16 de Agosto de 2016). *www.gob.mx/inapam*. Recuperado el 18 de Agosto de 2018, de

- www.gob.mx/inapam: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/inapam-37-anos-al-servicio-de-los-adultos-mayores-de-mexico?idiom=es>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (23 de Septiembre de 2016). *www.gob.mx/inapam*. Obtenido de [www.gob.mx/inapam: https://www.gob.mx/inapam/prensa/registra-mexico-importantes-avances-en-la-comprension-del-alzheimer-inapam?idiom=es](https://www.gob.mx/inapam/prensa/registra-mexico-importantes-avances-en-la-comprension-del-alzheimer-inapam?idiom=es)
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (23 de Septiembre de 2016). *www.gob.mx/inapam*. Recuperado el 24 de Abril de 2018, de [www.gob.mx/inapam: https://www.gob.mx/inapam/articulos/registra-mexico-importantes-avances-en-la-comprension-del-alzheimer-inapam-68168?idiom=es](https://www.gob.mx/inapam/articulos/registra-mexico-importantes-avances-en-la-comprension-del-alzheimer-inapam-68168?idiom=es)
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (17 de Mayo de 2016). *www.gob.mx/inapam*. Recuperado el 24 de Abril de 2018, de [www.gob.mx/inapam: https://www.gob.mx/inapam/prensa/sus-delegaciones-columna-vertebral-del-inapam?idiom=es](https://www.gob.mx/inapam/prensa/sus-delegaciones-columna-vertebral-del-inapam?idiom=es)
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (20 de Junio de 2016). *www.gob.mx/inapam*. Recuperado el 5 de Julio de 2018, de [www.gob.mx/inapam: https://www.gob.mx/inapam/prensa/nuevo-llamado-a-comprender-las-demencias-en-adultos-mayores?idiom=es](https://www.gob.mx/inapam/prensa/nuevo-llamado-a-comprender-las-demencias-en-adultos-mayores?idiom=es)
- jardón, J. (22 de marzo de 2019). *Alzheimer, enfermedad que es detectada cada tres segundos: Inegi*. Obtenido de El Asertivo: http://www.elasertivo.com/vida-y-salud/alzheimer-enfermedad-que-es-detectada-cada-tres-segundos-inegi/?fbclid=IwAR2p-EUj4ZOTp9lkXsV1RSy9smKN7GS-J0q-WVul_3ojPTwEm5Tjls13TvE.
- Leñero, V. y. (1986). *Manual de Periodismo*. Ciudad de México: Grijalbo.
- Martinez, M. (9 de Diciembre de 2018). Atienden sin apoyo a adultos mayores. *Reforma*, pág. 2. Recuperado el 9 de Diciembre de 2018
- Martinez, M. (9 de diciembre de 2018). Atienden sin apoyo a adultos mayores. *Reforma*, pág. 2.
- Medlineplus. (12 de Mayo de 2018). <https://medlineplus.gov>. Recuperado el 1 de Julio de 2018, de [https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus-spanish&v%3Asources=medlineplus-spanish-bundle&query=demencia+vascular+subcortical](https://medlineplus.gov:https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus-spanish&v%3Asources=medlineplus-spanish-bundle&query=demencia+vascular+subcortical)
- Ortega y Gasset, J. (1942). *Obras Completas* (Vol. V). Madrid, Madrid, España: Revista de Occidente. Recuperado el 19 de Agosto de 2018
- Oseguera, E. L. (2017). *Taller de Lectura y Redacción 2*. Ciudad de México: Grupo Editorial Patria.
- Radio Fórmula. (1 de mayo de 2018). <https://www.radioformula.com.mx>. Obtenido de <https://www.radioformula.com.mx/programas/formula-noticias-con-jaime-nunez/20160828/poblacion-en-mexico-envejece-aceleradamente-inapam-con-jaime-nunez/>
- Rangel López, L. E. (4 de Septiembre de 2017). Dra. Rangel Clínica Memoria. (J. C. Zamarripa, Entrevistador) iVox. iVox, Ciudad de México. Obtenido de <https://soundcloud.com/user-535888875/entrevistadrvaldesinapam/s-FQKV1>.

- Santillán Buelna, J. R. (9 de junio de 2008). Global Media Journal. 6. Recuperado el 2018, de Global Media Journal: http://gmje.mty.itesm.mx/primavera_2008.html
- Secretaría de Salud. (30 de Julio de 2016). *www.gob.mx/salud*. Recuperado el 2 de Junio de 2018, de *www.gob.mx/salud*: <https://www.gob.mx/salud/prensa/las-demencias-se-presentan-principalmente-en-mayores-de-65-anos>
- Sedesol. (15 de Marzo de 2015). *www.gob.mx/Sedesol*. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/175190/Diagnostico_del_Programa_E003.pdf
- Soto Morga, C. V. (20 de Mayo de 2018). Claudia Soto Cuidadores. (J. C. Zamarripa, Entrevistador)
- Torre, W. (2015). *El Despido*. Ciudad de México: Planeta.
- Valdés y Rojas, S. S. (22 de Noviembre de 2017). Entrevista Dr. Valdés Inapam. (J. C. Zamarripa, Entrevistador) iVox. Ciudad de México. Recuperado el 22 de noviembre de 2018, de <https://soundcloud.com/user-535888875/entrevistadrvaldesinapam/s-FQKV1>.
- Verenise, S. (17 de Mayo de 2015). El Cerebro que estudia el origen del Alzheimer. *Agencia Informativa Conacyt*. Ciudad de México, Ciudad de México, México. Recuperado el 30 de Junio de 2018, de *www.conacyt.mx*: <http://www.conacytprensa.mx/index.php/sociedad/personajes/1555-el-cerebro-que-estudia-el-origen-del-alzheimer>
- Verificado 2018. (12 de Marzo de 2018). *Verificado 2018*. (Colectivo, Editor) Obtenido de ¿Qué es Verificado 2018?: <https://verificado.mx/que-es-verificado-2018/>
- Vitela, N. (19 de Mayo de 2018). Alerta Déficit en Geriatria. *Reforma*, pág. 2.
- Vivaldi, M. (2000). *Curso de Redacción*. Madrid, España: Paraninfo.

Anexos

Biografía. Dr. Sergio Salvador Valdés y Rojas, director de Atención Geriátrica del Inapam.

Es egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, con especialidad en:

Medicina Interna.- Hospital General .Dr. Fernando Quiroz G. ISSSTE CP. 3270020

Reumatología.- Centro Médico Nacional 20 de noviembre ISSSTE CP. 3277169

Geriatría.- Centro de Capacitación Golda Meir en la Ciudad de Haifa, Israel CP. 3278869

Formó parte del grupo de trabajo estratégico que evaluó y diseñó el proyecto para la creación del Instituto Nacional de Geriatría.

Representante federal en la Subcomisión Grupos Vulnerables Grupo 2 Adultos Mayores de la SEGOB.

Recertificado por el Consejo Mexicano de Geriatría, A.C. en enero de 2013.

Profesor titular de pregrado y posgrado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México en la materia de Geriatría.

Profesor invitado y Asesor del curso “Atención del Adulto Mayor en la Familia y la Comunidad” que se desarrolla en el Centro de Capacitación Golda Meir en la Ciudad de Haifa, Israel en los años 2010 y 2012.

Profesor invitado del Doctorado en Gerontología en la Universidad de Oviedo en Oviedo, España en 2007, 2012 y 2015.

Profesor del seminario permanente de la Facultad de Medicina de la UNAM “Los Retos del Envejecimiento Saludable”.

Ponente en diversos congresos y cursos nacionales e internacionales relacionados con la especialidad.

Primer lugar del premio de estímulos y recompensas de la Administración Pública Federal con el trabajo titulado “Escuela para Hijos”.

Publicación de ensayos relacionados al tema.

Director de Atención Geriátrica en el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INAPAM).

Coordinador del Consejo de Coordinación Interinstitucional sobre el Tema de Adultos Mayores en el INAPAM

Socio activo de la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatría, A.C.

Socio activo del Colegio de Geriatras de México, A.C.

Socio activo de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística.

Biografía de la Dra. Luz Esther Rangel López, coordinadora de la Clínica de la Memoria, del Inapam

La Dra. Rangel López es médico cirujano por la Universidad Autónoma Metropolitana, y geriatra.

Ha laborado en esa área, en la Secretaría de Salud y, en sus inicios, en el entonces Instituto Nacional de la Senectud, primer antecesor del Inapam, y pionera de los *consejos de ancianos*. También laboró en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Es fundadora y directora del primer *Centro de Atención Diurna para Personas con Demencia* y miembro de la fundación *Alzheimer, alguien con quien contar*.

Es coordinadora de la Clínica de la Memoria, del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Autora de artículos sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Ponente en congresos nacionales e internacionales. Actividades de servicio investigación y docencia con temas relacionados con las demencias.