

Demencias en México: la necesidad de un Plan de Acción

Luis Miguel Gutiérrez-Robledo^{1*} e Isabel Arrieta-Cruz²

¹Dirección General y ²Departamento de Investigación Básica, Instituto Nacional de Geriátría. Secretaría de Salud. México, D.F., México

Resumen

La demencia es uno de los factores que más contribuyen a la discapacidad y a la dependencia en las personas adultas mayores. La enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo de demencia más frecuente y actualmente se conoce que existe una prevalencia del 7.3% y una incidencia de 273 (1,000 personas/año) de la población adulta mayor mexicana para la EA. Estudios en población mexicana han determinado que la presencia de EA es más evidente en las mujeres asociadas y el riesgo de padecer la EA se incrementa con la presencia de síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular y depresión. La proyección del número de mexicanos afectados por la EA para el 2050 alcanzará la cifra de más de 3.5 millones, por lo que el impacto en el sistema de salud será severo. El Instituto Nacional de Geriátría de la Secretaría de Salud en México ha impulsado la creación de una primera propuesta para el Plan de Acción Alzheimer y otras demencias (PAA). El objetivo central del Plan es el promover el bienestar de las personas con EA y enfermedades afines y sus familiares, mediante el fortalecimiento de la respuesta del Sistema de Salud Mexicano, en sinergia con todas las instituciones responsables.

PALABRAS CLAVE: Demencia. México. Plan Nacional. Adultos mayores. Enfermedad de Alzheimer. Sistema de Salud.

Abstract

Dementia is one of the facts than most contributes to the disability and dependence in elderly people. Alzheimer's disease is the cause more common of dementia in the world. In Mexico, the prevalence of Alzheimer's disease is 7.3% and incidence of 273 per 1,000 people/year. Mexican population studies have determined that Alzheimer's disease is highly associated to women and their risk to develop it is increased with metabolic syndrome, cardiovascular disease, or depression. The projections are that there will be 3.5 million elderly people affected by Alzheimer's disease by 2050 in Mexico; this will have a major impact on the healthcare system. The National Institute of Geriatrics from Mexico's Ministry of Health has released a first proposal for a National Alzheimer and Other Dementias' Plan. The central aim of this plan is to promote the well being of people affected by Alzheimer's disease and their families through of the strengthening of the Mexican healthcare system and the support of other responsible institutions. (Gac Med Mex. 2015;151:667-73)

Corresponding author: Luis Miguel Gutiérrez Robledo, luis.gutierrez@salud.gob.mx

KEY WORDS: Dementia. Mexico. National Plan. Elderly people. Alzheimer's disease. Health system.

Correspondencia:

*Luis Miguel Gutiérrez-Robledo
Dirección General
Instituto Nacional de Geriátría
Blvd. Adolfo Ruiz Cortines, 2767
Col. San Jerónimo Lídice, Del. La Magdalena Contreras
CP. 10200, México, D.F., México
E-mail: luis.gutierrez@salud.gob.mx

Fecha de recepción: 02-09-2015
Fecha de aceptación: 17-09-2015

La demencia: un problema de salud pública mundial

La prevalencia mundial de la dependencia en las personas adultas mayores es del 13%. Esta cifra refleja la transformación de los requerimientos mundiales para su cuidado debido al acelerado envejecimiento de la población. Se estima que entre los años 2010 y 2050, el número total de personas dependientes a nivel mundial casi se duplicará, pasando de 349 millones a 613 millones, y más de un tercio de estas personas (de 101 a 277 millones) serán personas adultas mayores. El incremento del número de personas adultas mayores dependientes es desproporcionadamente mayor en países emergentes y en vías de desarrollo.

En México, el trabajo no remunerado en salud (TNS) es un rubro que representa el 19% del PIB de salud según el reporte de la cuenta nacional de salud de 2011. Este TNS refleja la carga económica de los cuidados en nuestro país.

¿Y por qué abrir esta discusión refiriéndonos a la dependencia? Pues en virtud de que el principal determinante de la misma, en la edad avanzada, es la demencia. Si ya los cuidados a largo plazo de las personas mayores dependientes son un enorme reto para cualquier sistema de salud, mucho más considerando las necesidades particulares de aquellos con deterioro cognitivo mayor, como se le denomina ahora a la demencia. Las personas afectadas por esta condición requieren de cuidados especializados y de personal capacitado para su atención. Ello, más allá de la naturaleza del padecimiento, debido a la comorbilidad que presentan y que suele contribuir a la discapacidad y dependencia y al incremento en el costo de su atención y cuidado.

De acuerdo al reporte de la carga global de la enfermedad, se estima que la demencia contribuyó con el 12% de años vividos con discapacidad en personas mayores de 60 años. Esto es más que lo que contribuyen las enfermedades cardiovasculares (9%), o musculoesqueléticas (8%) y el cáncer (4%)¹. Por lo que el impacto económico mundial por el cuidado de la demencia alcanza los 604 billones de dólares, lo que equivale casi a la mitad del producto interno bruto total de México².

La EA es un padecimiento crónico, neurodegenerativo y progresivo caracterizado por alteraciones en los procesos cognitivos, la conducta y el estado de ánimo; generador de discapacidad y dependencia en quienes la padecen. La EA es el tipo de demencia

más frecuente que afecta a las personas mayores. De acuerdo con el reporte mundial sobre la EA, en el año 2010, cerca de 35 millones de personas adultas mayores en el mundo la sufren. Se estima que para el año 2030 esta cifra se incremente a 66 millones para alcanzar una cifra de 115 millones de personas afectadas para el 2050. Esto significa que se presenta un nuevo caso de demencia cada 4 segundos³. Para el 2020, se estima que el 60% de las personas afectadas con la EA vivirán en países en desarrollo, alcanzando hasta el 71% de todos los casos para el año 2040⁴. La prevalencia mundial estimada para la demencia en personas adultas mayores oscila entre el 5 y el 7%, distribuida en cuatro regiones mundiales. En el caso de la región de Latinoamérica, la prevalencia alcanza el 8% superando regiones económicamente más desarrolladas, como América del Norte o Europa occidental².

La elevada prevalencia y el impacto económico de la enfermedad en las familias y los cuidadores, así como el estigma y la exclusión social que se derivan de ella, representan un importante reto para la salud pública. Fue por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la organización internacional de la EA (ADI, por sus siglas en inglés) desarrollaron en 2012 de manera conjunta el informe titulado «Demencia: una prioridad de salud pública»⁵. Los conceptos centrales del informe son:

- Con un apoyo apropiado, las personas afectadas por la demencia pueden y deben tener la posibilidad de seguir participando y de contribuir a la sociedad, así como gozar de una buena calidad de vida.
- Los cuidadores primarios necesitan un apoyo adecuado por parte de los sistemas financieros, legales, sociales y de salud.
- Los países deben incluir a la demencia en sus agendas de salud pública, a través de la coordinación entre los distintos sectores.
- Las personas con demencia y sus cuidadores deben estar involucrados en la formulación de políticas, planes, leyes y servicios relacionados con el tema.
- Debe promoverse y difundirse la información de la enfermedad hacia la sociedad.
- Deben mejorar las actitudes públicas y de los profesionales hacia la demencia y su comprensión de la misma.
- Hay que invertir en sistemas sociales y de salud para mejorar la atención de las personas con demencia y sus cuidadores.

- Debe incrementarse la investigación básica, clínica y social que favorezca la detección temprana y oportuna.

Como reflejo del impacto global de la EA, durante la pasada Cumbre de Líderes Mundiales del G8, realizada en el Reino Unido en 2013, se emitió una convocatoria, para construir un esfuerzo internacional que aborde el problema de la demencia⁶. Los puntos sobresalientes de dicha declaratoria son:

- Promover el mejoramiento en la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores mientras se reduce la carga emocional y financiera.
- Identificar una cura para la demencia antes del año 2025.
- Compartir información sobre la investigación financiada para este fin e identificar áreas prioritarias estratégicas para la colaboración y cooperación entre las naciones.
- Desarrollar un plan de acción coordinado de investigación internacional que identifique el estado actual de la ciencia en este campo para identificar brechas y oportunidades que permitan generar un plan conjunto de trabajo.
- Acceso a la información sobre la investigación en demencia, respetando y protegiendo la privacidad de los individuos y los lineamientos legales y políticos de los países en los cuales se lleva a cabo esta investigación.
- Trabajar conjuntamente con la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) para considerar los cambios necesarios para promover y acelerar el descubrimiento de una cura.
- Reconocer a las demencias como una amenaza creciente para la salud global y apoyar a los países para fortalecer los sistemas de asistencia social y salud para mejorar los servicios y cuidados de las personas con demencia.
- Trabajar conjuntamente con las Naciones Unidas sobre los derechos humanos para las personas mayores afectadas por la demencia.
- Mejorar las intervenciones de prevención, cuidado y tratamiento de la demencia.
- Involucrar a la sociedad civil para continuar con los esfuerzos globales para reducir el estigma, la exclusión y el miedo asociados a este padecimiento.

EA y otras demencias en México

En la actualidad hay más de 13 millones de adultos mayores de 60 años en México, en este contexto,

una amenaza significativa para la calidad de vida y la autonomía de nuestros mayores es la discapacidad que genera la demencia. Algunos de los factores de riesgo sociodemográficos para la aparición de la demencia son: la desventaja social, el analfabetismo, que propician la exposición temprana a factores de riesgo que alteran el proceso biológico del envejecimiento y la multimorbilidad, en particular cardiovascular y metabólica (diabetes). Por otra parte, el acceso limitado a los sistemas de salud y la calidad de atención médica heterogénea a este respecto propician un diagnóstico tardío; y la ausencia de un sistema de cuidados a largo plazo hace que la carga de los cuidados recaiga totalmente sobre las familias.

El primer estudio nacional sobre prevalencia del deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores se efectuó a partir de los datos del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) en el año 2001. En aquel entonces, un 7% de la población mexicana presentaba deterioro cognoscitivo menor y 3.3% deterioro cognoscitivo mayor, con dependencia funcional. La prevalencia fue mayor entre las mujeres, y mayor a mayor edad. Los factores más claramente asociados fueron: el analfabetismo, la diabetes, la enfermedad cerebrovascular, cardíaca y la depresión⁷. Los resultados obtenidos 6 años más tarde por el Grupo de Investigación de Demencia 10/66, de la ADI, muestran una prevalencia sensiblemente mayor. Este grupo de investigación realizó encuestas poblacionales de prevalencia de la demencia de 2003 a 2007 en 14 áreas de diez países de ingresos bajos y medios (Brasil, China, Cuba, República Dominicana, India, México, Nigeria, Perú, Puerto Rico y Venezuela). La metodología para la evaluación fue rigurosamente estandarizada para asegurar su comparabilidad. En cada centro se evaluaron entre 1,000 y 3,000 personas. Los estudios tienen la misma información básica, establecida mediante evaluaciones validadas transculturalmente (diagnóstico de la demencia y subtipos, trastornos mentales, salud física, demografía, antropometría, cuestionarios generales sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, discapacidad/funcionamiento, utilización de los servicios de salud, planificación de la atención y la provisión de cuidados, y agotamiento del cuidador o cuidadora). El resultado final es un recurso único de información directamente comparable, proveniente de 21,000 adultos mayores de los tres continentes. La información obtenida en estos estudios ha permitido establecer la prevalencia de la demencia en México para el área urbana de 7.4% y para la región rural de 7.3%⁸. En 2010 se completó

una fase de incidencia en la que se hizo el seguimiento de los participantes entre 3-5 años después del inicio del estudio en China, Cuba, República Dominicana, México, Perú y Venezuela. Esta fase del proyecto incluyó a más de 12,000 personas mayores y más de 35,000 personas-año de seguimiento, convirtiéndolo en el estudio más grande sobre la incidencia de la demencia y los factores de riesgo asociados jamás realizado. Los datos obtenidos de este estudio para la incidencia de la demencia en México fueron de 16.9 por 1,000 personas/año para la región urbana y de 34.2 por 1,000 personas/año para la región rural, con un promedio de 25.55 por 1,000 personas/año⁹. Estos resultados han sido confirmados por los datos de incidencia obtenidos a través de la ENASEM, donde se estima una incidencia de la demencia de 27.3 casos por 1,000 personas/año a nivel nacional en personas adultas mayores de 60 años. Los factores de riesgo de demencia incidente identificados en esta cohorte son, en orden de importancia decreciente: el deterioro funcional instrumental preexistente, la presencia de diabetes, el deterioro sensorial (auditivo y/o visual), la depresión, la edad y el sexo femenino¹⁰. Por otra parte actualmente contamos también, por primera vez, con datos de prevalencia procedentes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). Esta encuesta confirma, ahora a nivel nacional, las cifras de prevalencia encontradas en la Ciudad de México y el Estado de Morelos en el estudio 10/66, así como los factores asociados¹¹.

Los factores de riesgo más significativos asociados con el desarrollo de la EA en adultos mayores en México son la presencia de diabetes y el síndrome metabólico. Un estudio de casos y controles realizado en 270 pacientes adultos mayores mexicanos mostró que entre los pacientes con EA, la probabilidad de tener síndrome metabólico fue casi siete veces más elevada que con pacientes que no tienen demencia¹². El factor de riesgo genómico más fuertemente asociado con la EA es la presencia del alelo de la apolipoproteína $\epsilon 4$ (*APOE- $\epsilon 4$*). Los estudios disponibles demuestran que los hispanos de origen mexicano y los mexicanos mismos son menos propensos a llevar un alelo *APOE- $\epsilon 4$* y tienen menos riesgo de EA asociada al alelo $\epsilon 4$ que los blancos no hispanos. Estos hallazgos son consistentes con publicaciones previas, que informan de frecuencias de alelo *APOE- $\epsilon 4$* similares entre los hispanos y los caucásicos, y además encuentran una asociación significativa entre el genotipo *APOE* y EA para los caucásicos, pero no para los hispanos^{13,14}. Esta aparente paradoja podría explicarse por el mayor peso relativo

de otros factores de riesgo muy prevalentes en esta población, como es el caso de la desventaja social¹⁴.

La necesidad de un PAA en México

El impacto económico que representa el gasto por el TNS que se deriva del cuidado de las personas afectadas por la demencia en el continente americano es de aproximadamente 236 billones de dólares. En el caso de México, el costo total per cápita estimado es de \$6,157 dólares para el cuidado de una persona con demencia. La proporción de pacientes con demencia que requieren atención especializada es del 40% del total de los afectados. El gasto de bolsillo catastrófico alcanza hasta al 60% de las familias que asumen el cuidado de una persona afectada por la demencia¹⁵.

De acuerdo con los datos presentados sobre la prevalencia de la demencia en México, se estima que en 2014 existen 860,000 personas afectadas en el país. La proyección del número de mexicanos afectados por demencia para el año 2050 alcanzará la alarmante cifra de más de 3.5 millones, por lo que el impacto de esta enfermedad en los sistemas económico, social y de salud será aún más grave. El impacto económico que tiene el cuidado de una persona afectada con la EA, la falta de una cura que evite el deterioro progresivo, la discapacidad y la dependencia; la fuerte carga física y emocional para la familia y los cuidadores, así como las limitaciones prevalentes en el sistema de salud a este respecto nos confrontan frecuentemente con dilemas éticos. El primer reto que se plantea a este respecto es: ¿cómo vivir bien con demencia? Es decir, ¿cómo vivir con dignidad y calidad de vida para quien padece la enfermedad y quienes lo rodean? Y a ello se sigue: ¿cómo responder a las necesidades que determina esta enfermedad tan sólo con los recursos médicos, familiares y sociales con los que contamos?

Por otra parte, en los últimos años venimos acumulando evidencia respecto a que es posible prevenir, o al menos diferir, la incidencia de estos padecimientos. Es destacable que la prevalencia de la demencia y el deterioro cognitivo en algunos países occidentales ahora es menor de lo esperado, posiblemente como resultado de cambios en el estilo de vida y la reducción de factores de riesgo cardiovascular, aunque esto puede no necesariamente significar que se reducirán sustancialmente las tendencias mundiales en la carga de la demencia. También se ha estimado que aproximadamente la mitad de los casos de la EA en todo el mundo podría ser atribuible a factores de riesgo conocidos. Tomar acción inmediata sobre los factores

de riesgo conocidos quizás podría prevenir hasta una quinta parte de nuevos casos previstos para el año 2025. La prevención de la demencia no sólo evitaría el sufrimiento sino que también ahorraría enormes sumas de dinero. El avance científico ha arrojado pruebas suficientes para justificar una acción inmediata. Actualmente están en curso, y deben multiplicarse, los ensayos dirigidos a personas en riesgo de desarrollar demencia con una variedad de intervenciones: ejercicio; control glicémico, incluyendo el tratamiento de la diabetes; tratamiento de la depresión; tratamiento de la hipertensión arterial; vitaminas del grupo B; ácidos grasos omega-3; entrenamiento cognitivo, y actividades sociales.

Las políticas de salud pública deben animar a la gente de edad para dejar de fumar, hacer ejercicio, comer dietas ricas en frutas y verduras y pescado (dieta mediterránea), evitar convertirse en obesas y diabéticas, evitar el consumo excesivo de alcohol y tratar la hipertensión arterial. En otras palabras: adoptar un estilo de vida saludable puede ayudar a alejar a la demencia como se hace para otras enfermedades.

Por todo lo anterior, el Instituto Nacional de Geriátrica de la Secretaría de Salud en México junto con la sociedad civil organizada interesada en mejorar la atención integral de los mexicanos que padecen algún tipo de demencia han impulsado la creación de una primera propuesta para el PAA¹⁶.

El objetivo central del PAA es el promover el bienestar de las personas con EA y enfermedades afines y sus familiares, mediante el fortalecimiento de la respuesta del Sistema de Salud Mexicano, en sinergia

con todas las instituciones responsables. Para cumplir con este objetivo, se han determinado cuatro líneas rectoras: 1) incrementar la toma de conciencia sobre el problema; 2) desestigmatizar; 3) promover el bienestar tanto de las personas afectadas, como de sus familias, y 4) priorizar la atención a esta condición.

Para realizarse con éxito, se requiere de un trabajo interinstitucional concienzudo y coordinado, de manera que la acción concertada de los organismos de salud pública, el sector de desarrollo social y la sociedad civil organizada lo fortalezcan y enriquezcan para enfrentar con eficacia los efectos nocivos de esta enfermedad, favoreciendo a la vez una mayor calidad de vida a nivel individual y una mayor visibilidad social de este padecimiento.

Para asegurar el éxito de los objetivos del PAA propuesto, se ha formulado una propuesta factible, sin duplicidad de recursos y orientada a las necesidades específicas de la población mexicana. Para lograr esto, el PAA se ha alineado con dos de las metas nacionales: México Incluyente y México con Educación de Calidad, que forman parte del Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018) del Gobierno Federal. También, el PAA se ha alineado con los objetivos del Programa Sectorial de Salud (2013-2018), a través de: a) consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; b) asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, y c) asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.

Las estrategias y acciones específicas propuestas en el PAA aparecen en la tabla 1.

Tabla 1. Estrategias y acciones específicas propuestas en el PAA

Estrategias	Acciones
1. Prevención y promoción de la salud mental	<ul style="list-style-type: none"> - Considerar a la demencia como un problema de salud pública relevante. - Concientizar a la población para favorecer la movilización en torno a la demencia. - Fortalecer las campañas de prevención contra la diabetes, obesidad, hipertensión e inactividad física para reducir factores de riesgo asociados a la demencia. - Integrar a la sociedad civil, instituciones privadas y a la industria en la lucha contra la demencia. - Promover el cuidado de la salud mental en todas las etapas del desarrollo humano.
2. Asegurar el acceso a servicios de calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Disponer de recursos humanos, materiales y financieros acordes al número de pacientes con demencia en los tres niveles de atención a la salud. - Mejorar la calidad de la atención geriátrica, neurológica y psiquiátrica para lograr un manejo médico integral en etapas avanzadas de la enfermedad. - Fortalecer la atención a nivel comunitario y familiar con una visión ambulatoria integral, no hospitalaria, para el cuidado de largo plazo de los pacientes con demencia a través de programas de rehabilitación específicos. - Establecimiento, crecimiento, mantenimiento y regulación de los centros de día como una alternativa para el manejo integral del paciente con demencia en etapas tempranas de la enfermedad. - Destinar el tercer nivel de atención para el estudio y manejo de los casos difíciles para el adecuado diagnóstico diferencial y final.

(Continúa)

Tabla 1. Estrategias y acciones específicas propuestas en el PAA (continuación)

Estrategias	Acciones
3. Diagnóstico y tratamiento oportunos de las personas afectadas por la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar un modelo de atención integral que responda a las actividades de cada nivel dentro del sistema nacional de salud en nuestro país. - Fortalecer la formación y capacitación de profesionales de la salud, principalmente en el primer nivel de atención, para detectar a personas afectadas en etapas tempranas de la enfermedad. - Disminuir el impacto de la discapacidad y la dependencia a nivel individual, familiar y económico. - Elaborar un modelo de capacitación, evaluación y atención para cuidadores primarios y familiares. - Generación de una red de comunicación interinstitucional en línea, entre profesionales de la salud para la actualización y retroalimentación de personal dedicado a la atención de este padecimiento. - Identificar a través de un catálogo actualizado todos los recursos humanos, materiales y financieros con que cuenta cada institución pública que atiende a pacientes con demencia para hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles.
4. Formación de recursos humanos específicos y suficientes	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar sostenidamente el número de especialistas para dar atención a los pacientes con demencia, en concordancia con las necesidades del país. - Implementar programas de capacitación permanente para la actualización de los profesionales de la salud y personal no profesional. - Impulsar la inclusión de contenidos sobre envejecimiento durante la formación de pregrado y posgrado de todos los profesionales de la salud, con énfasis en los temas de demencia. - Impulsar estrategias de avanzada en la capacitación de recursos humanos, aprovechando las nuevas tecnologías de la información y la colaboración interinstitucional. - Creación de becas para la formación de profesionales de la salud no médicos especializados en atención del adulto mayor con demencia. - Impulsar la orientación familiar para un mejor cuidado y manejo de sus familiares afectados por la demencia.
5. Promoción del respeto a los derechos humanos de las personas afectadas con demencia y de sus cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> - Promover el combate a la discriminación en todos los ámbitos. - Informar a las personas mayores en situación de desventaja sobre sus derechos y darles a conocer las formas de acceder a los servicios y lugares adecuados en caso de necesidad, en particular al ser víctimas de maltrato o discriminación. - Tratar a los cuidadores informales como socios que requieren apoyo. - Incorporar a las organizaciones civiles continuamente en las actividades de las instituciones públicas y privadas con la finalidad de ampliar la difusión.
6. Incrementar la investigación sobre la demencia	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir a la investigación sobre envejecimiento con énfasis en estudios de investigación aplicada para mejorar los tratamientos y la cura de la enfermedad como prioridad en las demandas de los fondos sectoriales de investigación. - Favorecer la vinculación interinstitucional con grupos científicos nacionales e internacionales en torno a la enfermedad. - Incrementar y fortalecer la investigación en el tema, a través de las colaboraciones entre los distintos grupos científicos que conforman la Red Temática Conacyt: Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social, en todo el país. - Impulsar la investigación en salud pública en torno al tema del envejecimiento, con particular énfasis en el tema de la demencia, por parte de instituciones académicas y científicas. - Desarrollar nuevas fuentes de información para la construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica permanente para el monitoreo de los casos de demencia en México. - Establecimiento de una red de colaboración interinstitucional para el diagnóstico molecular, clínico y de imagenología de la enfermedad que sea de alcance nacional.
7. Evaluar periódicamente la efectividad de las acciones propuestas	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de un Grupo Consultivo que evalúe la pertinencia y la viabilidad de las acciones propuestas, así como los mecanismos para ejecutarlas. - Generación de herramientas de evaluación para medir el impacto de las acciones implementadas.
8. Cuidados a largo plazo en las últimas etapas de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de programas y capacitación para familiares y personal de salud en cuidados paliativos. - Programas educativos sobre los derechos de las personas al final de la vida, incluir temas como testamentos y voluntades anticipadas. - Adaptación del domicilio con un entorno seguro. - Facilidades al cuidador primario familiar, para tiempo y formas de cuidado. - Asistencia legal, social y financiera para evitar abuso, violencia o negligencia en el cuidado de la persona con demencia. - Programas de apoyo psicológico y espiritual. - Programas de subsidios para apoyo o de bajo costo para funeral y compra de medicamentos esenciales en la atención paliativa domiciliaria. Por ejemplo, control del dolor. - Establecer equipos de salud multidisciplinarios en cuidados paliativos, para evitar ingresos innecesarios al hospital. - Apoyo financiero sobre todo para personas afectadas de escasos recursos económicos. - Creación de unidades de respiro o descanso para cuidadores primarios.

En suma: La EA y otras afecciones relacionadas progresan inexorablemente con la edad. A partir de los 85 años de edad una mujer de cada 4 y un hombre de cada 5 se ven afectados; en total, se estima que más de 800,000 mexicanos sufren de alguno de estos padecimientos. La OMS la reconoce como una prioridad en salud *pública en países de ingresos* medios como el nuestro.

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

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

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

Si bien nuestro interés se dirige, sobre todo, a las personas afectadas por este flagelo, a quienes debemos respeto y excelencia en el cuidado bajo cualquier circunstancia; nos preocupan también los miembros de sus familias, quienes les apoyan en el día a día con afecto, valor y frecuentemente a costa de grandes sacrificios. También nos preocupan los integrantes de los servicios de salud, cuya competencia, profesionalismo y dedicación son elementos clave para la ejecución exitosa del Plan de Acción, y para quienes hemos desarrollado programas específicos de formación¹⁷. El concurso de las organizaciones no gubernamentales

dedicadas a la atención de estas personas, bajo la égida de la Federación Mexicana de Alzheimer, es también clave, pues sus miembros aportan generosamente su tiempo y energía; y también lo son los investigadores, quienes impulsados por la visión de futuros éxitos terapéuticos, luchan por alcanzar una mejor comprensión de la enfermedad en todas sus formas.

Bibliografía

1. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
2. Alzheimer's disease international (ADI) Policy Brief for Heads of Government: The Global Impact of Dementia. Alzheimer's disease International. London, UK; 2013. <http://www.alz.co.uk/research/GloballImpactDementia2013.pdf>.
3. Prince M, Prina M, Guerchet M. World Alzheimer Report 2013: Journey of Caring. An analysis of long-term care for dementia. Alzheimer's Disease International. London, UK; 2013.
4. Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005;366:2112-7.
5. World Health Organization: Dementia: A Public Health Priority. Washington, DC.; 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf.
6. Global Action against Dementia. G8 Dementia Summit, UK; 2013 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265869/2901668_G8_DementiaSummitDeclaration_acc.pdf.
7. Mejía-Arango S, Miguel-James A, Villa A, et al. Cognitive impairment and associated factors in older adults in Mexico. *Salud Publica Mex*. 2007;49:S475-81.
8. Llibre JJ, Ferri CP, Acosta D, et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet*. 2008;372:464-74.
9. Prince M, Acosta D, Ferri CP, et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Lancet*. 2012;380:50-8.
10. Mejía-Arango S, Gutiérrez LM. Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study. *J Aging Health*. 2011;23:1050-74.
11. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Publica Mex*. 2013;55 Supl2:S323-31.
12. García-Lara JM, Aguilar-Navarro S, Gutiérrez-Robledo LM, et al. The metabolic syndrome, diabetes, and Alzheimer's disease. *Rev Invest Clin*. 2010;62:343-9.
13. Villalpando-Berumen JM, Mejía-Arango S, Aguilar-Salinas CA, et al. Apolipoprotein E epsilon4, Alzheimer's disease, and cognitive performance in elderly Mexican Mestizos. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:677-82.
14. Campos M, Edland SD, Peavy GM. Exploratory study of apolipoprotein E ε4 genotype and risk of Alzheimer's disease in Mexican Hispanics. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61:1038-4.
15. ADI/Bupa report, Dementia in the Americas: Current and future cost and prevalence of Alzheimer's disease and other dementias, London, UK; 2013. <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americas-SPANISH.pdf>.
16. Gutiérrez Robledo LM, Arrieta Cruz I. Plan de acción Alzheimer y otras demencias, México. Instituto Nacional de Geriátrica/Secretaría de Salud. http://inger.gob.mx/biblioteca/geriatria/acervo/pdf/plan_alzheimer_WEB.pdf México. 2014.
17. Diplomado Alzheimer y otras demencias (en línea). http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/noticias/diplomado_alzheimer_linea.html.