

PROGRAMA ESPECÍFICO DE DETERIORO INTELLECTUAL Y DEMENCIAS

Documento de Trabajo

Mayo de 2002.



Secretaría de Salud

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Roberto Castañón Romo
Subsecretario de Relaciones Institucionales

Lic. Ma. Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guido Belsasso
Comisionado del Consejo Nacional
Contra las Adicciones

Dr. Eduardo González Pier
Coordinador General de Planeación Estratégica

Dr. Misael Uribe
Coordinador General de
los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Salvador González Gutiérrez
Director General de los Servicios de Salud Mental

Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo
Director General de Comunicación Social

Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias

Primera edición, 2002

D. R.. Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D. F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico
ISBN-----

La información de esta publicación se puede obtener como documento PDF en la página de Internet de la Secretaría de Salud:
www.ssa.gob.mx

Introducción

Primera Parte

Análisis de la Problemática de las Demencias

Capítulo I

Antecedentes históricos

Capítulo II

Conceptos generales de las demencias

- Definición
- Epidemiología
 - Distribución de las demencias en función de la edad, sexo, región y raza
- Factores asociados a la enfermedad
 - Genéticos
 - Biológicos - Ambientales
 - Psicosociales
- Grupos de riesgo
- Diagnóstico
 - Manifestaciones clínicas
 - Síntomas característicos de las demencias
 - Tipos de demencia
 - Tratamiento
 - Evolución
- Comorbilidad

Capítulo III

Diagnóstico situacional

Acciones del Estado para la atención de las demencias

- Infraestructura
- Investigación

- Formación y capacitación de recursos humanos
- Promoción y prevención
- **Detección**
- Diagnóstico y tratamiento
- Normatividad y legislación

Segunda Parte

Plan de Acción

Capítulo IV

Los Retos

Capítulo V

Objetivos

- Objetivo General
- Objetivos Específicos

Capítulo VI

Estrategias, líneas de acción, acciones específicas, metodología y metas.

Capítulo VII

Seguimiento y evaluación

Bibliografía

Apéndices

Miembros del Comité Consultivo Académico de Deterioro Intelectual y Demencias

Directorio de instituciones y organizaciones que atienden a pacientes con deterioro intelectual y demencias

Abreviaturas y acrónimos

Glosario de términos

INTRODUCCIÓN

La demencia es un proceso degenerativo de las células del cerebro. La causa de este problema es *orgánica*, es decir, se debe a un problema físico. Hasta el momento se trata de una enfermedad crónica e incurable, sin embargo, existen varios medicamentos que pueden aliviar algunos síntomas en ciertos casos. Se caracteriza por el deterioro de la capacidad intelectual, básicamente la memoria, la orientación, el reconocimiento de las personas, la capacidad de razonamiento, el habla y las habilidades motoras, presentándose también alteraciones de conducta y de personalidad.

Actualmente, se calcula que en el mundo existen 18 millones de personas con algún tipo de demencia, en donde el 66% de ellas vive en países en vías de desarrollo y se estima que para el año 2025 habrá 35 millones de pacientes con esta enfermedad.

Debido a que es una enfermedad de adultos mayores - entre el 2 y 10% de las personas de 65 años en adelante la padecen - y a que la expectativa de vida en las últimas décadas se ha elevado considerablemente, además de la disfunción que genera en el paciente y en la sociedad, la demencia es considerada actualmente como un problema de salud pública. De hecho, se está convirtiendo en el tercer problema de salud en países desarrollados, detrás de los accidentes cardiovasculares y el cáncer, y a la par de los accidentes cerebrovasculares.

Por otra parte, se trata de una enfermedad que afecta no sólo al paciente sino que la familia también tiene que hacer frente a los estragos que ésta produce, tanto en la dinámica familiar como en su economía, ya que tiene que hacerse responsable de la atención y cuidado del enfermo, así como de proveerle de los medicamentos y cuidados necesarios.

En este contexto es que se hace evidente la gran necesidad de contar con un Programa Específico en Deterioro Intelectual y Demencias que atienda de manera integral este problema, considerando aspectos de epidemiología, detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, educación a familiares y cuidadores; capacitación y actualización tanto a médicos generales, familiares y especialistas, así como que se propicie la formación de grupos de apoyo, además de que se promuevan investigaciones sobre el tema. Este

programa está dirigido a las autoridades administrativas del Sector Salud y a todas aquellas instancias que tengan relación con los diferentes aspectos de la salud mental de los mexicanos. Para la elaboración de este programa se conformó un Comité Consultivo Académico, integrado por especialistas en la materia, que prestan sus servicios tanto en instituciones públicas como privadas; dicho Comité sugirió el contenido y las estrategias que contiene este documento.

El Programa Específico en Deterioro Intelectual y Demencias, responde a la Estrategia 3 del Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006 “Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades”, en donde en la línea de acción 3.2. señala el “Establecimiento de programas específicos para la atención de los trastornos y enfermedades mentales”, de donde se deriva la acción específica 3.2.2. que establece la “Instrumentación y puesta en marcha de los programas específicos sobre los padecimientos psiquiátricos y neurológicos más frecuentes para su aplicación a nivel nacional”.

Este Programa Específico consta de dos partes, la primera de ellas se refiere al análisis de la problemática de las demencias en nuestro país y consta de tres capítulos el primero de ellos contiene los antecedentes; el capítulo dos abarca los conceptos generales de la demencia, su definición, la epidemiología, los factores de riesgo asociados a la enfermedad, el diagnóstico, las manifestaciones clínicas de la demencia, el tratamiento, la evolución y la comorbilidad; el capítulo tres se refiere al diagnóstico situacional en el cual se describen las acciones preventivas, las acciones para el diagnóstico y tratamiento, acciones en investigación, acciones para la formación de recursos humanos, y las acciones de normatividad y legislación. La segunda parte se refiere al Plan de Acción, integrado por cinco capítulos; en donde en el capítulo cuatro se describen los retos, que están vinculados al Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, al Programa Nacional de Salud y al Programa de Acción en Salud Mental de ese mismo período, se contemplan los retos de equidad, de calidad técnica y calidad interpersonal, y el reto de protección financiera; en el capítulo cinco se describen el objetivo general y los objetivos específicos; en el capítulo seis se consignan las estrategias, las líneas de acción, las acciones específicas y las metas y el capítulo seis señala la propuesta de seguimiento y evolución de este Programa.

PRIMERA PARTE

Análisis de la Problemática del Deterioro Intelectual y las Demencias

Capítulo I

Antecedentes históricos

En 1907, Alois Alzheimer se refirió por primera vez a la enfermedad que posteriormente llevaría su nombre. En noviembre de 1901 ingresó a una paciente de 51 años de edad en el Hospital de Frankfurt, Alemania, a causa de una rápida y progresiva pérdida de memoria acompañada de alucinaciones, desorientación temporoespacial, paranoia, trastornos de la conducta y problemas de lenguaje. Fue atendida hasta su muerte, en 1906, por el Dr. Alzheimer, quien después se dedicó a estudiar su cerebro inerte. Meses más tarde presentó sus resultados, que serían los primeros datos que tuvo la humanidad sobre dicha enfermedad. No obstante, la denominación del cuadro clínico fue introducida por Kraepelin en la octava edición del “Manual de Psiquiatría”, en 1910.

Capítulo II

Conceptos Generales de la Demencia

- **Definición**

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV) la demencia se caracteriza por déficit cognoscitivo múltiple que implica un deterioro de la memoria.

Las demencias son también enumeradas de acuerdo con su presumible etiología: demencia debida a una enfermedad médica, demencia inducida por sustancias, p. Ej. debida al abuso de drogas, a medicamentos, o a la exposición a un tóxico, demencia debida a etiologías múltiples o demencia no especificada (si la etiología es indeterminada). Ésta se caracteriza por el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos que incluyen el deterioro de la memoria y que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías (p. Ej. efectos combinados de una enfermedad cerebrovascular o la enfermedad de Alzheimer). Estos trastornos se caracterizan por un cuadro clínico con síntomas comunes, pero se diferencian con base en su etiología.

La demencia se define como un deterioro múltiple de las funciones cognoscitivas, incluida la memoria, sin que exista alteración del estado de conciencia. Entre las funciones que pueden estar alteradas son la inteligencia global, el aprendizaje, el lenguaje, la solución de problemas, la orientación, la percepción, la atención, el juicio, las habilidades sociales y la personalidad.

-Tipos de demencia

➤ **Demencias reversibles**

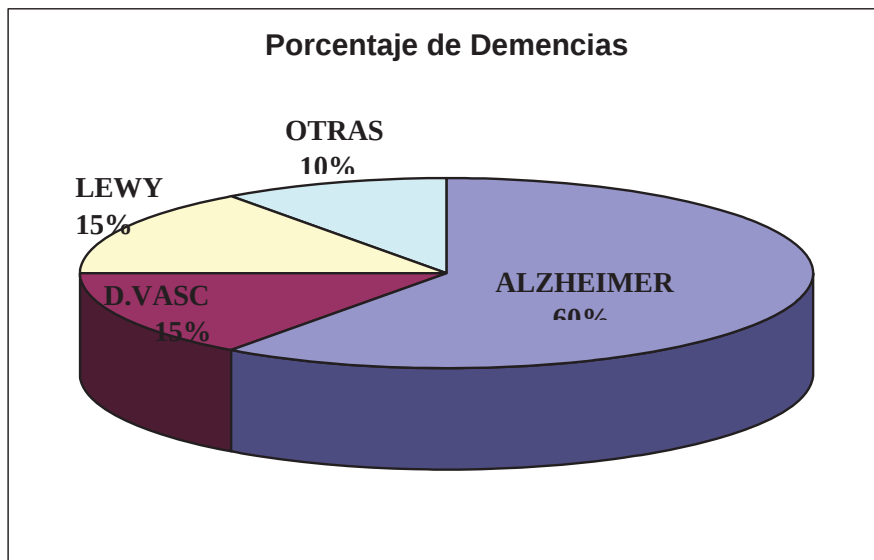
Un estado de alteración cognitiva cuya causa puede ser tratada, no obstante que el padecimiento lleve ya un tiempo de evolución. Las causas más comunes pueden ser trastornos endocrinológicos, como hipotiroidismo, abuso de medicamentos tranquilizantes, y trastornos vitamínicos, especialmente B12 y folatos. Existen procesos neoplásicos que también pueden presentarse como demencias.

En algunos casos, padecimientos depresivos en gente mayor pueden presentarse con síntomas que semejan plenamente a una demencia. Estos también pueden constituir formas reversibles de demencia, como en el caso de depresión mayor.

➤ **Demencias Irreversibles**

Existen diversos tipos de demencias, y cada una tiene una causa y patología distinta. Los más comunes son los siguientes: Enfermedad de Alzheimer, demencia vascular y demencia de cuerpos de Lewy. También hay algunos que son menos comunes, por ejemplo enfermedad de Pick, enfermedad de Binswanger, enfermedad de Parkinson con demencia, y demencia relacionada con el consumo de alcohol. En la **figura 1** se muestran los porcentajes de incidencia de cada una de ellas.

Figura número 1



Fuente.- Adaptado de Resnikoff y Anderson, 2000

➤ **Enfermedad de Alzheimer.**

La enfermedad de Alzheimer (EA) como ya se mencionó, fue nombrada por Alois Alzheimer quien, en 1907, quien describió los cambios específicos, ahora considerados como rasgos de la enfermedad, que se produjeron en el cerebro de una mujer de 51 años fallecida tras cuatro años y medio de discapacidad.

¿Cuáles son estos cambios? El cerebro contiene por lo menos 10 billones de células nerviosas (neuronas) y un número diez veces mayor de células que apoyan a las neuronas. Cada célula nerviosa está conectada con miles de otras neuronas. En personas que sufren de la enfermedad de Alzheimer, las células mueren inicialmente en partes clave del cerebro: la corteza cerebral (sustancia gris), el hipocampo y el núcleo basal de Meynert. Generalmente los síntomas de la enfermedad de Alzheimer se clasifican por etapas.

a) Etapa inicial

La etapa inicial de la Enfermedad de Alzheimer es un tiempo de incertidumbre para el individuo y para la familia. Incluso aun después de haber sido evaluado por un neurólogo, generalmente es muy pronto para decir si el paciente en verdad padece esta enfermedad. Algunas veces la familia se da cuenta que hay algo malo con la persona pero no pueden convencer al individuo de ir con un médico para ser evaluado.

En la etapa inicial, que puede durar varios años, el detonador de la enfermedad no es claro. Es difícil señalar cuándo aparecieron los cambios o los síntomas. El paciente puede verse muy saludable y puede llegar a funcionar socialmente bien. Pueden aparecer algunos problemas en el lenguaje, especialmente el olvido de nombres y sustantivos, pero la persona aun puede sustituir las palabras no recordadas y la familia puede atribuir estos síntomas al envejecimiento natural.

Personas en la etapa inicial de la enfermedad de Alzheimer pueden perderse, olvidar la forma de llegar a su casa después de años de manejar o caminar la misma ruta. Aunque pueden actuar muy bien dentro del ambiente familiar porque pueden presentar largos periodos de lucidez sobre cómo hacer o cómo encontrar las cosas, los problemas pueden aparecer si se mudan o se van de vacaciones. El paciente también puede tomarse más tiempo en realizar las tareas cotidianas. El cocinar puede presentar problemas, al ir perdiendo la persona la habilidad de llevar a cabo tareas secuenciadas o complicadas. Las cuentas pueden ser olvidadas o pagadas varias veces. El paciente puede hacer listas de todo y escribir notas para ayudar a su memoria. La persona sufre un deterioro en la memoria de los eventos recientes.

Estos cambios generalmente provocan reacciones psicológicas – la persona puede sentirse asustada, fuera de control, deprimida, ansiosa o pueden manejar esto

retirándose, apoyándose en rutinas o evitando hacer nuevas cosas -. Puede volverse dependiente de su familia. Algunos pacientes intentan negar los cambios que están sucediendo y enojarse si alguien cuestiona su juicio o trata de evitar que haga algunas tareas como conducir un coche.

b) Etapa intermedia

La etapa intermedia puede durar muchos años y el diagnóstico es mucho más fácil de realizar. El paciente puede necesitar una supervisión constante al ir perdiendo la capacidad de realizar la mayoría de las actividades cotidianas. **La pérdida de memoria es profunda y el juicio se ve significativamente afectado.** Aparecerán progresivamente mayores cambios en el lenguaje presentándose tanto con una pérdida del habla como de las habilidades de comprensión.

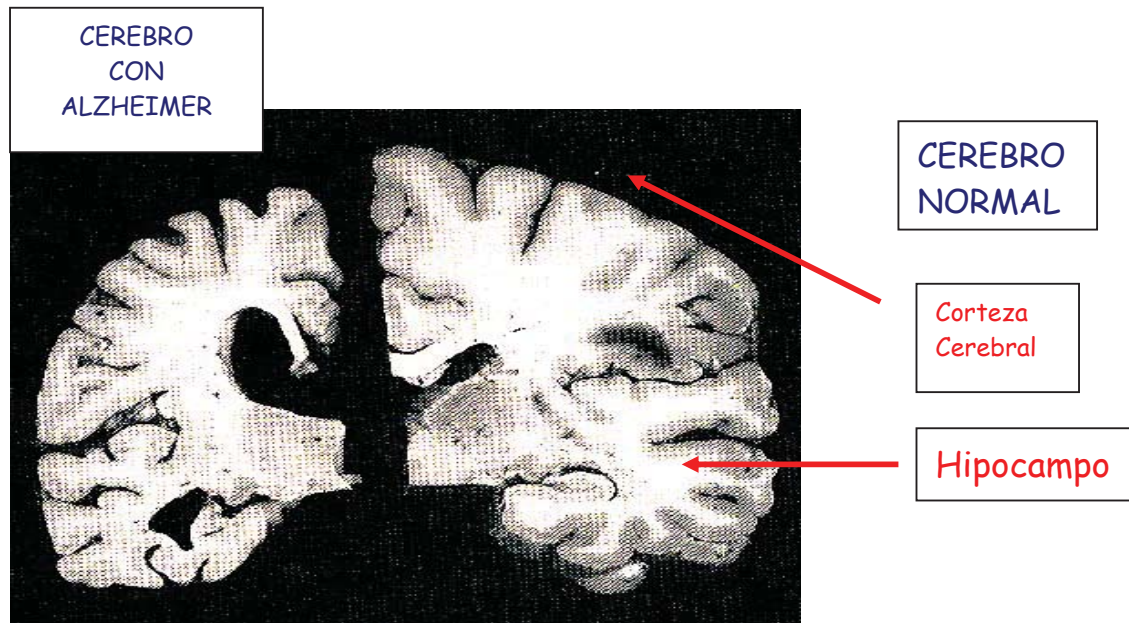
También habrá agnosia (falta de reconocimiento de las cosas familiares) y apraxia (falta de habilidad para realizar acciones). Los pacientes empiezan a tener problemas para reconocer a la familia, a los amigos y pueden haber perdido la habilidad para concentrarse y haber abandonado las actividades familiares como jugar a las cartas o leer. Los pacientes perseveran - hacen la misma pregunta una y otra vez -, o hacen lo mismo durante horas; deambular es muy común y la alimentación y el sueño se ven alterados. Pueden presentar una incontinencia urinaria o fecal.

Problemas conductuales son muy comunes ya que se pierde el control de los impulsos y las formas normales de comportarse. **La persona puede presentar síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios y como resultado se pueden volver hostiles y agresivos.** Los medicamentos pueden ser necesarios para ayudar tanto al paciente como al cuidador a manejar la agitación y la agresión.

c) Etapa final

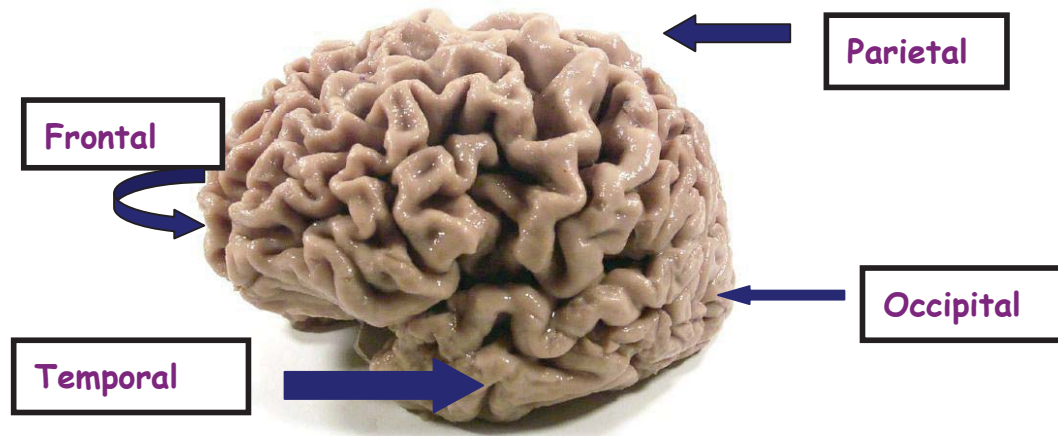
La etapa final puede durar varios años antes de la muerte. Los pacientes pueden ser ya incapaces de hablar o tener una mayor dificultad para hacerlo, algunos sólo murmurarán o gritarán continuamente. Puede haber una gran dificultad para comer y tragar; tal vez ya no sean capaces de reconocerse a sí mismos o al cuidador; el movimiento es incordiando y pueden ocurrir contracturas; existe incontinencia fecal y urinaria; el paciente puede

presentar convulsiones; estará retraído, ido y tal vez duerma mucho. Es muy común que pacientes en la etapa terminal de la Enfermedad de Alzheimer mueran de una infección o de una neumonía.



Aquí es donde las células nerviosas hacen uso de la acetilcolina para comunicarse entre sí. En el paciente con la enfermedad de Alzheimer, la acetilcolina en el cerebro es muy escasa.

Cada hemisferio del cerebro está dividido en cuatro lóbulos: el lóbulo frontal, el lóbulo parietal, el lóbulo temporal y el lóbulo occipital. Aunque todos los lóbulos pueden verse afectados por la enfermedad de Alzheimer, el más es el temporal. Este lóbulo controla muchas funciones importantes, incluyendo el lenguaje, la memoria, las emociones, la concentración y el sentido del tiempo y la individualidad (Gruetzner, 1988).



Dos grandes cambios estructurales que se dan en el cerebro de los pacientes con Alzheimer son las placas seniles y las marañas de neurofibrillas.

➤ **Enfermedad de Parkinson con demencia.**

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurológica que afecta zonas cerebrales que controlan el tono muscular, la precisión de movimientos y la relación del cuerpo entre sí mismo. El sustrato biológico de este síndrome es una disfunción química predominantemente en una estructura llamada la sustancia nigra, la cual se ve disminuida de dopamina.

Clínicamente se presenta en dos variedades. Una en la cual predomina la rigidez y otra en donde predomina el temblor en reposo. Ambas se acompañan de otros signos y síntomas como pueden ser lentitud de los movimientos, baja expresión facial y alteraciones en la marcha.

Hay estudios que han mostrado una frecuencia variable de demencia en la enfermedad de Parkinson. Brown y Marsden (1984), concluyeron que un 30-40% de pacientes con la enfermedad de Parkinson desarrollarán síntomas de demencia. Sin embargo, si se sigue el criterio del DSM-IV para diagnosticar demencia, la incidencia puede ser de un 15-20%. Esta discrepancia puede deberse a falta de precisión en el diagnóstico y a los efectos de medicamentos para la enfermedad de Parkinson.

La edad es un factor muy importante para determinar el riesgo de demencia para la población en general y lo mismo es cierto para quienes sufren de la enfermedad de

Parkinson. Para los pacientes en que la enfermedad comienza antes de los 70 hay un menor riesgo de desarrollar demencia que para los pacientes en quienes comienza después de los 70.

En muchos pacientes con Parkinson los síntomas de demencia parecen seguir un patrón similar: después de un periodo estable con agentes anti-parkinsonianos se desarrolla confusión, alucinaciones de paranoia, alucinaciones visuales y pérdida de la memoria.

Demencia de cuerpos de Lewy.

Tiene patología tanto de la enfermedad de Alzheimer como de la enfermedad de Parkinson. Lo que la hace específica es que hay pocas placas y marañas y que los cuerpos de Lewy específicos de la enfermedad de Parkinson predominen en la corteza cerebral y no en la sustancia nigra.



Hay una declinación cognitiva únicamente en fases tardías. Los estados cognitivos alterados fluctúan con periodos de relativa normalidad. Predominan las alucinaciones visuales recurrentes. Igualmente estos pacientes tienen tendencia a caídas, síncope, pérdida de conciencia transitoria, sensibilidad a neurolepticos, delirios sistematizados, y otros tipos de alucinaciones.

Presentan también signos de Parkinsonismo como rigidez, lentitud en los movimientos, voz débil y poca expresión facial.

➤ Demencia vascular (DV).

Este tipo de demencia es causada por alteraciones en el suministro de nutrientes a las células cerebrales ya sea por infartos cerebrales a nivel local y en forma distante al evento o por bajas en la transfusión de estos nutrientes a las neuronas. Cuando la sangre no llega a las células cerebrales los pacientes sufren un daño que puede ser irreversible. Una de las causas de este tipo de demencia es que el paciente sufre lo comúnmente conocido como Arteriosclerosis (un endurecimiento de las arterias) en su cuerpo en general, que resulta en un taponamiento gradual de los vasos sanguíneos arteriales.

En la demencia vascular, el paciente sufre un deterioro secuencial, como resultado de los episodios de infartos a diferencia de la enfermedad de Alzheimer, donde el deterioro es más progresivo.

El nivel de discapacidad del enfermo depende de la zona del cerebro lesionada por los infartos. La mayoría de los problemas más frecuentes tales como: memoria, aprendizaje, habla, y lenguaje, son consecuencia de las lesiones que se producen en la corteza, la capa más externa del cerebro. Ciertas partes del cerebro, localizadas debajo de la corteza (áreas subcorticales) pueden lesionarse también, ello da lugar a problemas menos evidentes, pero importantes, como es la presencia de dificultades para realizar ciertas tareas de la vida diaria, lentitud, aletargamiento general y pérdida de memoria.

Los problemas de los pacientes tienden a ser menos generales y difundidos que en la enfermedad de Alzheimer; algunas de sus aptitudes se mantendrán íntegras, y con mayor frecuencia que en la E.A. Se sienten frustrados por sus dificultades y sufren arrebatos de intensa emoción.

➤ **Demencias relacionadas con el consumo de alcohol.**

El consumo excesivo de alcohol durante un periodo de muchos años puede ocasionar una serie de problemas que afectan la memoria, el aprendizaje y otras capacidades. Se cree que parte de las dificultades son consecuencia de los problemas nutricionales propios de los alcohólicos. Por ejemplo en la psicosis de Korsakoff algunas partes vitales del sistema de la memoria en el cerebro sufren lesiones debido a la deficiencia de ciertas vitaminas. La persona pierde la mayor parte de su capacidad para aprender cosas nuevas, aunque el resto de sus aptitudes pueden mantenerse relativamente intactas.

El cerebro de los alcohólicos suele presentar un aspecto encogido, especialmente en la zona frontal y estas personas experimentan con frecuencia un cambio intelectual o de personalidad.

➤ **Enfermedad de Binswanger.**

Es similar a la Demencia Vascular y es frecuente que el paciente tenga antecedentes de hipertensión. Los vasos sanguíneos que se taponan y lesionan son los que riegan las regiones más activas del cerebro (materia blanca, frente a la materia gris, localizada en las capas más externas). El enfermo suele sufrir una considerable discapacidad, aunque más como consecuencia del aletargamiento y apatía que le invade, que de la propia pérdida de facultades. A veces, puede mostrarse maniaco y pasar de periodos de apatía a periodos de sobre actividad, desinhibición y euforia. La memoria se ve más afectada y el curso de la enfermedad puede ser bastante lento, con largos periodos de estabilidad entre los distintos episodios de apoplejía.

• **Epidemiología**

En cuanto a los estudios de incidencia de las demencias son escasos los que se refieren a la prevalencia, ya que es necesario dar seguimiento longitudinal y contar con muestras de gran tamaño, en ambos casos la investigación se dificulta, además que la revisión de dichas investigaciones presenta grandes dificultades por la variedad de metodologías utilizadas. La demencia tiene muchas causas, pero la demencia tipo Alzheimer y la vascular en conjunto constituyen el 75% de todos los casos. Otras causas de demencia, que se especifican en el DSM-IV, son la enfermedad de Pick, la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el traumatismo craneoencefálico.

La información que se tiene en Latinoamérica es escasa, no obstante, se han hecho estudios sobre el tema, en uno de ellos, en que participaron Argentina, Chile y Cuba, se reporta que la prevalencia del deterioro cognoscitivo es de 4.5, 9.4 y 7.2% respectivamente. Estos datos se obtuvieron por medio de una evaluación de tamizaje aplicada a tres poblaciones mayores de 60 años, usando una versión adaptada del Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE) de Folstein. En un reporte anterior, Cuba reportó el 5.9% de prevalencia de padecimientos demenciales en personas mayores de 60 años, aunque no se especifica la causa. En Uruguay se detectó 10.7 casos por cada

1,000 habitantes, en la población en general, según el estudio realizado por Sánchez-López M, Mesa G. y col., 1992.

El Grupo Europeo de Demencias (EURODEM) realizó un meta - análisis de la prevalencia de la demencia y describe un crecimiento cuasi - exponencial sobre la prevalencia con respecto a la edad. Actualmente se ha observado que parece haber una tendencia al incremento de la prevalencia que se relaciona no sólo con la edad, sino que el origen pudiera ser multifactorial. Existen estudios anatomopatológicos que reportan la prevalencia de placas seniles y marañas neurofibrilares en los cerebros, que se relacionan con la edad al momento de la muerte.

Tanto en Estados Unidos como en Europa, la mayoría de las demencias corresponden a la Enfermedad de Alzheimer (EA) y menos de un tercio se relacionan con las demencias vasculares o de diferente etiología. Recientemente en Norteamérica se ha cuestionado la existencia de demencia vascular pura en edades avanzadas, basándose en series de autopsias, parece que se ha incrementado la detección de enfermedad de cuerpos de Lewy, lo que podría convertirse en la segunda causa de demencia, después de la E. A.

En un estudio realizado en Rotterdam se indica que el riesgo de padecer demencias se decrementa al rebasar los 85 años y para las mujeres es del doble que para los hombres de 55 años o más (0.33 contra 0.16).

Otro estudio, hecho en el suroeste francés, reporta que la incidencia de demencias se incrementa de 2 por 1,000 en personas de 65 a 69 años y de 7 por 1,000 en sujetos de más de 90 años.

En Suecia se encontró que la incidencia de demencias, en mayores de 85 años, se incrementa y se observó que la mitad de los casos correspondían a un deterioro vascular. Con base en los datos aportados por los suecos, la incidencia para padecer demencia del tipo E. A. es del 25 % para los hombres y del 31.9% para las mujeres. En otros estudios se han matizado los datos y se hace notar la competencia que se establece a lo largo de la vida con otras causas de morbilidad, lo que hace que el riesgo sea más bajo.

En un estudio realizado en Finlandia, con una población de 60 a 78 años, en el cual se utilizaron los criterios de diagnóstico del Grupo de Trabajo del National Institute of Mental Health (NIMH) Work Group, se calculó que las tasas de prevalencia para los criterios de inclusión (deterioro subjetivo y objetivo de la memoria en ausencia de demencia) y de exclusión (evidencia de cualquier trastorno neurológico o médico que explique el deterioro) para el total de la población de estudio, los resultados fueron que la tasa de prevalencia para el deterioro objetivo fue de 38.4%, de este total el 42% corresponde al sexo masculino y el 35.7% al femenino., llama la atención que la prevalencia del trastorno disminuye al avanzar la edad, básicamente, arriba de los 80 años.

Un equipo de investigadores italianos ha podido distinguir con una mejor confiabilidad, entre los sujetos con trastorno de memoria (TMAE) de aquellos con un padecimiento demencial. Esta diferenciación fue posible por medio de una evaluación a un grupo de sujetos con SPECTscan, resonancia magnética nuclear con volumetría del hipocampo y espectrografía de resonancia magnética. Se encontró que las concentraciones de N-acetylaspartato fueron más bajas en E. A. y en TMAE comparados con los controles; en contraste las concentraciones medias de inositol fueron más elevadas en E. A. que en los sujetos con TMAE en situación intermedia. La volumetría hipocámpica por Resonancia Magnética (RNM) mostró disminución tanto en E. A. como en TMAE y finalmente, el SPECTscan con ^{99m}Tc-HMPAO demostró hipoperfusión frontal, temporoparietal y occipital en E.A.

Dichos resultados permitieron diferenciar las dos entidades de sujetos normales y sugieren un continuum en su fisiopatogenia. Este hallazgo contrasta con la conclusión del grupo finlandés ya mencionado y cuyo estudio demostró la estabilidad al través del tiempo en al menos un subgrupo de pacientes.

El grupo alemán de Bayreuther y otro de la Clínica Mayo demostraron por medio de seguimiento de cohortes, el valor predictivo del genotipo ApoE para distinguir entre los que evolucionan hacia el deterioro y los que presentan un padecimiento estable, lo que plantea la perspectiva de una identificación temprana de casos de E.A. para una intervención terapéutica temprana.

Estudios realizados en Japón muestran que es más frecuente la demencia debida a problemas vasculares, lo cual contrasta con otros informes de esa área, en los cuales la prevalencia parece ser menor. En Hong Kong los resultados fueron semejantes.

Los hallazgos reportados por los rusos son contradictorios, por ejemplo, los estudios neuropatológicos indican predominio del Alzheimer contra los estudios que reportan mayor frecuencia de demencia vascular. En Japón se detecta que existe concordancia entre los estudios de prevalencia y los neuropatológicos, en el sentido que la demencia tiene mayor prevalencia. África no reporta sujetos afectados, pero su metodología ha sido cuestionada.

Un elemento más a considerar es la información obtenida de las autopsias, en las series tanto de prevalencia como de incidencia, cabe señalar el riesgo de caer en sesgo cuando se evalúan los datos patológicos si se trata de encontrar casos “puros”, hecho cada vez menos frecuente en edades avanzadas.

En México se estima que el 6% de la población mayor de 60 años padece Alzheimer o algún otro tipo de demencia y en el Distrito Federal se estima que hay 41 mil personas con esta enfermedad, cifra que se incrementará proporcionalmente al aumento de la población adulta, calculando que esta cifra puede duplicarse cada cinco años.

En cuanto a la E. A. los datos no parecen reflejar las cifras esperadas para nuestra distribución de población, por ejemplo, en 1990 se registraron únicamente 111 defunciones por esta enfermedad, de los cuales 56 eran hombres y 55 mujeres. Se ha podido estimar, por medio de métodos indirectos con modelos epidemiológicos, que la prevalencia en México es de alrededor de 5% en personas mayores de 60 años, por lo que se calcula que en nuestro país existen alrededor de 300 mil personas que padecen algún tipo de demencias. Sin embargo, las estimaciones considerando que la población de edad avanzada ha crecido y que la expectativa de vida ha aumentado y siendo el paso del tiempo el principal factor de riesgo para la enfermedad demencial, especialmente para la Enfermedad de Alzheimer, este cálculo inicial está muy por debajo de la realidad actual. Un cálculo conservador nos arroja una existencia de más de 500,000 casos.

- Distribución de las demencias en función de la edad, sexo, región y raza

- Edad

La prevalencia de demencia crece exponencialmente con la edad. En investigaciones que separan la E.A. de la demencia vascular, muestran que la primera se duplica cada 1.5 años, en tanto que en la segunda esto ocurre cada 5.3 años. Este incremento exponencial parece ocurrir por lo menos hasta los 90 años. Es decir, si el crecimiento exponencial continuara, toda persona que viviera lo suficiente tendría algún tipo de demencia.

La proteína beta amiloide (A4) es un componente mayor de las placas seniles. Al investigar el depósito de proteínas A4 en cerebros, Davies y col., 1988, encontraron una tendencia a que este tipo de depósito se incremente con la edad. La prevalencia de A4 aumenta del 19%, en la sexta década de la vida, a 79% en la novena década. Los estudios neuropatológicos sobre cambios neuropatológicos tipo E.A.. muestran que en los cerebros de los pacientes muertos después de los 90 años, hay más una declinación que un aumento en los mismos. Lo anterior podría ser interpretado como un indicativo de que los individuos que viven hasta esas edades constituyen una élite menos proclive a padecer E.A. que la mayoría que muere más joven.

Persiste la impresión de que la incidencia disminuye en la gente muy anciana, en tanto que la prevalencia de la demencia aumenta exponencialmente con la edad, por lo menos hasta los 90 años, este dato se corrobora en el estudio de Mostimer y col., 1981, quienes han señalado que la incidencia de la demencia tendería a disminuir después de los 90 años. Estos autores citan varios estudios neuropatológicos que encuentran una nivelación y hasta declinación de los cambios tipo E.A., después de los 85 años.

Desde el punto de vista práctico, estos hallazgos tienen poco interés debido a que pocas personas superan esta edad. Pero desde el punto de vista teórico, es importante porque se puede considerar la posibilidad de que todos los individuos desarrollarán Alzheimer de vivir lo suficiente, si así fuera, dicha enfermedad pudiera ser considerada más como un componente del envejecimiento que una enfermedad. Por el contrario, si prevalece el concepto de que una parte de la población nunca llegará a desarrollarla, entonces se trataría simplemente de una enfermedad asociada a la edad.

- Sexo

En cuanto a éste, pareciera no existir diferencia en cuanto a la prevalencia. Los resultados son diferentes cuando se investigan tipos específicos de demencias. En este caso las tasas para la E.A. tienden a ser mayores en las mujeres, sucediendo lo contrario en la demencia vascular. En las necropsias no seleccionadas son más frecuentes los cambios alzheimerianos en cerebros de mujeres que de hombres. Las placas seniles tienen mayor prevalencia, así como un incremento definido con relación a la edad de las mujeres. Otros estudios no encuentran diferencias por sexo, en la neuropatología de la E.A. Controlando la edad no hay diferencia por sexo en la frecuencia de placas y ovillos y tampoco en el depósito de proteína amiloide A4.

Los datos de incidencia arrojan datos inconsistentes. Unos señalan diferencias entre los sexos, en tanto que otros muestran mayor incidencia en mujeres y, sólo excepcionalmente, mayor en hombres. Por lo que se refiere a la E. A. se observa que la incidencia tiende a ser superior en las mujeres, sin embargo, otros estudios indican una incidencia similar para ambos sexos.

- Región geográfica

Las variaciones geográficas podrían proporcionar claves importantes para la investigación etiológica de la demencia, según Katzman y R, Kawas C, 1994. Se considera que la E.A. es la más frecuente de las demencias, lo que pudiera no ser así en todas partes del mundo. Esto puede dar claves significativas para la investigación etiológica de las demencias más importantes. Es posible que exista algún factor ambiental, genético o étnico que influye en tales diferencias. La E.A. es más frecuente en Europa Occidental y Norteamérica, en tanto que la demencia vascular predomina en Japón, Rusia y China.

Si se comparan diferentes estudios, desde el punto de vista neurológico, se observa que en Estados Unidos aproximadamente las dos terceras partes de las demencias son debidas a la E.A., una sexta parte a demencias vasculares y otra sexta parte se reporta, a partes iguales, entre demencias parkinsonianas, demencias alcohólicas y por otras

causas. Estudios japoneses, Katzman R, Kawas C., 1995, señalan como más frecuente a la demencia vascular, como ya se mencionó. En China no hay estudios neuropatológicos.

- Raza

Schoenberg y col., 1985, hicieron un estudio al sur de Estados Unidos, con una población de blancos y negros, con un número aproximadamente igual de sujetos y, en la parte clínica, encontraron tasas ajustadas por edad algo más altas en la población negra. Miller y col., 1984, en una investigación neuropatológica encontraron que los cerebros de la gente de raza negra tenían más cantidad de placas y ovillos que los de raza blanca, en el momento de su muerte, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

Debido a las dificultades en los estudios epidemiológicos, conocer con precisión aspectos finos de la epidemiología en estas enfermedades ha sido muy difícil.

• Factores asociados a la enfermedad

La metodología frecuentemente usada para descubrir los factores de riesgo de una enfermedad son los estudios de casos y controles. Por lo que respecta a la demencia, Jorm ha investigado los factores de riesgo de la E. A. y para la demencia multifactorial mediante un meta - análisis de diferentes estudios de caso control. La búsqueda se ha dificultado por el tamaño de los estudios de casos y controles (menos de 100 casos generalmente) y, en consecuencia, carecen de poder estadístico suficiente para analizar los factores de riesgo que son de baja ocurrencia en la población, por eso son pocos los factores que han podido relacionarse en forma estadísticamente significativa con la E. A. Entre los factores asociados con esta enfermedad, se encuentran: los genéticos, los biológicos ambientales y los sociales, los cuales serán descritos a continuación.

- Genéticos

Aunque sigue sin conocerse la causa de la demencia tipo Alzheimer, se han realizado progresos en el conocimiento de la base molecular de los depósitos de amiloide que son la clave neuropatológica de este trastorno. Algunos estudios han indicado que hasta un 40% de los pacientes tienen antecedentes familiares de demencia tipo Alzheimer; por lo tanto, se puede deducir que los factores genéticos desempeñan un papel en el desarrollo de este trastorno, al menos en algunos casos. Avala también la influencia genética, el hecho de que la tasa de concordancia en gemelos monocigóticos es más alta que en gemelos dicigóticos (43% frente a un 8% respectivamente). En algunos casos bien documentados, el trastorno se ha transmitido en familias a través de un gen autosómico dominante, aunque tal transmisión es rara.

La observación neuroanatómica grosera clásica del cerebro de un paciente con Alzheimer es una atrofia difusa, con surcos corticales aplanados y ventrículos cerebrales agrandados. Los hallazgos microscópicos clásicos y patognomónicos son placas seniles, ovillos neurofibrilares, pérdida neuronal (especialmente en el córtex y el hipocampo), pérdida sináptica (quizá hasta el 50% en el córtex) y degeneración granulovascular de las neuronas. Los ovillos neurofibrilares se componen de elementos citoesqueléticos, sobre todo proteína tau fosforilada, aunque también están presentes otras proteínas citoesqueléticas. Los ovillos neurofibrilares no son exclusivos de la enfermedad de Alzheimer, sino que también se encuentran en el Síndrome de Down, la demencia pugilística, en el Complejo demencia – Parkinson de Guam, la enfermedad de Hallervorden - Spatz y en los cerebros de las personas normales según van envejeciendo. Los ovillos neurofibrilares se encuentran normalmente en el córtex, el hipocampo, la sustancia negra y el locus coeruleus.

Los neurotransmisores más implicados en la patofisiología de la enfermedad de Alzheimer son la acetilcolina y la norepinefrina. Se piensa que ambos son hipoactivos en esta enfermedad. Varios estudios realizados con pacientes con enfermedad de Alzheimer apoyan la hipótesis de que existe una degeneración específica de las neuronas colinérgicas de los núcleos basales de Meynert. Otros datos que apoyan el déficit colinérgico en la enfermedad de Alzheimer son aquellos que muestran que hay una disminución en las concentraciones de acetilcolina y acetilcolintransferasa cerebrales. Esta última es la enzima clave para la síntesis de acetilcolina y una reducción en su concentración sugiere una disminución en el número de neuronas

colinérgicas presentes. También apoya esta hipótesis la observación de que antagonistas colinérgicos como la escopolamina y la atropina deterioran las capacidades cognitivas, mientras que los antagonistas colinérgicos, como la fisostigmina y la arecolina[?] las potencian. El examen anatomopatológico de pacientes con Alzheimer demuestra un descenso de las neuronas que contienen norepinefrina en el locus coeruleus, lo que sugiere que exista, a su vez, una menor actividad noradrenérgica. Otros neurotransmisores implicados en la patofisiología de la enfermedad de Alzheimer son los péptidos neuroactivos somatostatina y corticotropina, cuya disminución en esta enfermedad ha sido también publicada.

- Biológicos -ambientales

La edad avanzada es, sin duda, el mayor factor de riesgo para padecer la E. A. La prevalencia se duplica, como ya se ha mencionado, cada cinco años entre los 65 y los 85 años. Los datos en personas debajo de los 65 años y por arriba de los 85 no permiten inferir si esta relación exponencial se mantiene. La tendencia tiende a disminuir en edades extremas.

El pertenecer al sexo femenino, como ya se mencionó, en casi todos los estudios, representa un mayor riesgo para tener Alzheimer, así como ser del sexo masculino para la demencia vascular. La mayor prevalencia en las mujeres podría explicarse por un defecto hormonal en el desarrollo de la enfermedad, lo que se traduciría en consecuencias sanitarias y terapéuticas significativas. Los estudios sobre incidencia son inconsistentes con respecto al sexo, en cambio, los de prevalencia indicaron mayor frecuencia en las mujeres.

La edad avanzada de la madre así como la edad avanzada de los padres al momento del nacimiento del hijo, son los factores de riesgo más significativos para el Síndrome de Down. Esta relación ha sido estudiada con respecto a la E. A.; Cohen y col., reportan una edad materna promedio de 35.5 en pacientes con E. A. y de 27.0 en los controles. La edad del padre ha recibido mucho menos atención y no se ha reportado ninguna asociación.

Los traumatismos craneales repetidos (como ocurre en el boxeo) pueden ser atribuidos a la presencia de demencia. Este tipo de demencia se asocia con la presencia de nudos

neurofibrilares, pero con placas seniles. Rudelli, 1991, reporta la presencia de casos de trauma craneal asociados con la E. A. En otros casos la demencia se inició entre los 0 y 11 años después del trauma y las autopsias mostraron placas y nudos. Pocas investigaciones han demostrado una asociación estadísticamente significativa; de igual manera, no se ha demostrado una asociación estadísticamente significativa en los siguientes padecimientos: diabetes, meningitis, encefalitis, herpes, enfermedades del corazón y úlcera gástrica.

Smallwood, 1983, describe una asociación con la edad avanzada y la apnea del sueño, con la E. A. Otros autores encontraron una asociación en 42% de los casos y sólo en el 5% de los controles. Dicha asociación puede deberse a la privación de oxígeno en el cerebro durante la apnea, ésta puede ser resultado de una degeneración del sistema nervioso. Una tercera explicación puede ser que la apnea fuese un factor contribuyente, pero no determinante.

En cuanto a la cirugía, anestesia general, transfusión sanguínea o trasplante no se han encontrado asociaciones. Murray y col., 1971, encontraron placas y nudos en los cerebros de personas que abusan de las fenacetinas. Estudios caso – control encontraron asociaciones no significativas. En un estudio de caso – control con antitranspirantes, se demostró una asociación en los que contienen aluminio.

De acuerdo a los resultados de estudio de caso - control y a un meta - análisis sobre el tema, se reportó que el efecto protector del tabaco es poco probable, sin embargo, existe controversia al respecto; el Grupo EURODEM ha observado una tendencia hacia la protección contra la E. A. en los fumadores. El efecto encontrado puede ser el resultado de la acción de la nicotina sobre los receptores cerebrales. El tabaquismo es probable que aumente el riesgo de infarto cerebral y, por lo tanto, de demencia vascular, lo que conlleva a un error diagnóstico.

En cuanto al uso de alcohol no hay datos significativos, ya que uno de los criterios de exclusión que la mayoría de las investigaciones caso - control toma en cuenta es el consumo regular. La mala absorción o una dieta inadecuada han sido consideradas como posibles causas de la E. A.

De acuerdo con dos estudios noruegos, el aluminio en el agua para beber se correlaciona con la demencia como causa de muerte, aunque los resultados tienen un valor limitado porque los informes de los certificados de defunción no son muy confiables. En Gales e Inglaterra, Martin y col., 1989, encontraron una mayor incidencia de la E. A. en los distritos con mayores concentraciones de aluminio en el agua para beber.

El estado mental pre - mórbido, con base en el modelo para la demencia propuesto por Roth, 1991, las placas y los nudos se encuentran tanto en personas ancianas normales como en pacientes con la E. A. La enfermedad se manifiesta cuando los cambios neuropatológicos rebasan este umbral crítico. Las manifestaciones de la enfermedad, en sujetos con el mismo grado de lesiones neuropatológicas, varían de acuerdo a su capacidad de adaptación y a su nivel funcional. Esto se basa en los resultados de la investigación longitudinal de La Rue y Jarvik, 1987. Con base en los estudios realizados no se ha demostrado relación alguna. Se estudiaron: tintes, pesticidas, gases para anestesia, rayos X, drogas, solventes, temperaturas extremas, monóxido de carbono, plásticos, metales, compuestos de limpieza y reactivos de laboratorio.

- Psicosociales

La vida sedentaria es más común entre los pacientes con la E. A., lo que podría entenderse como un pródromo de la enfermedad. El nivel de escolaridad es un indicador muy utilizado en los estudios de la demencia y es el más fácil de evaluar. En general, se ha encontrado, en las diferentes investigaciones, que la incapacidad cognoscitiva severa es más común entre gente con menor nivel de escolaridad. Aunque otros investigadores han demostrado que no se presenta asociación con este factor. Se han propuesto algunos mecanismos para explicar esta asociación. El bajo nivel de escolaridad se asocia con condiciones comórbidas más importantes; los sujetos que nacen en familias de bajo nivel socio - económico, con alta frecuencia de desnutrición fetal e infantil, tienen un desarrollo cerebral deficiente y, por lo tanto, un mayor riesgo de desarrollar E. A, por la reducción de la “reserva cerebral”; y las personas que tienen un bajo nivel de escolaridad, probablemente, tienen un bajo nivel de estimulación mental.

La estimulación ambiental en edades avanzadas, según Schaie, 1984, ha demostrado que las actitudes flexibles, el estilo de vida activo y el apoyo familiar estimulan el funcionamiento cognoscitivo en edades avanzadas.

En las investigaciones en las que se han buscado antecedentes de períodos de tensión en pacientes con la E. A., no se han establecido diferencias entre los casos y los controles. Otras investigaciones, como la de Amster y Krauss, 1974, estudiaron 25 casos de demencia y 25 controles, encontrando más situaciones de tensión en los cinco años previos al diagnóstico entre los pacientes dementes. En algunos casos de E. A., la depresión aparece como un síntoma temprano, que con frecuencia precede al diagnóstico. El Grupo EURODEM reporta que una depresión que dura más de diez años, antes del diagnóstico, es un factor de riesgo significativo.

En conclusión, los tres factores de riesgo confirmados para padecer demencia son: edad avanzada, historia familiar de demencia (en especial los casos de inicio temprano) y el Síndrome de Down. Los factores de riesgo probable son: bajo nivel de escolaridad, traumatismo cráneo - encefálico, historia de depresión e historia familiar de Síndrome de Down. Los factores de riesgo probable que necesitan mayor investigación son: sexo, raza, historia familiar de neoplasias, edad materna avanzada, hipotiroidismo, enfermedad cardíaca, apnea del sueño, consumo de alcohol, inactividad física, desnutrición, aluminio en el agua para beber y el uso de antitranspirante.

• Grupos de riesgo

• Diagnóstico

El diagnóstico definitivo de la E.A. se basa en el examen neuropatológico del tejido cerebral obtenido por autopsia. Sin embargo, en la actualidad existen criterios muy bien definidos para su diagnóstico en vida.

El diagnóstico de E. A. se basa en el siguiente protocolo:

Examen clínico multi-sistémico (neurológico, psiquiátrico, geriátrico).

Definición de criterios diagnósticos: DSM-IV, NINCDS-ADRDA, ICD-10.

Evaluación neuropsicológica.

Exámenes de gabinete.

Estudio genético.

En la evaluación, el primer paso consiste en determinar si existe deterioro cognitivo y si éste alcanza criterios de demencia. Para ello debe recordarse siempre que un diagnóstico de demencia no puede hacerse cuando la conciencia está alterada o bajo condiciones que impiden una adecuada evaluación del estado mental.

La evaluación debe perseguir los siguientes objetivos:

1. Establecer un diagnóstico presuntivo claro.
2. Identificar causas tratables de deterioro cognitivo y otras afecciones tratables concurrentes, descartando el delirium como causa de la confusión mental.
3. Precisar las necesidades asistenciales del paciente y de su cuidador primario.

La evaluación del paciente con demencia en el segundo nivel de atención deberá contar con una valoración neuropsicológica completa:

- **Examen neuropsicológico:** debe incluir una batería de pruebas que definan: a) estadio/fase de la enfermedad, Clinical Dementia Rating (CDR), Global Deterioration Scale (GDS), Functional Assessment Scale (FAST); b) deterioro cognitivo, Mini-Mental State Examination (MMSE), Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS), Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD); c) alteraciones conductuales, Escala de Hamilton en Alzheimer's (Hamilton-A/D, Behavioral Assessment in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD); Neuropsychiatric Inventory (NPI); d) capacidad funcional en la vida diaria, Lawton Instrumental Activities of Daily Living (Lawton IADL), Interview for Deterioration in Living Activities in Dementia (IDDD); e) monitorización de funciones cognitivas y no – cognitivas, Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS), Clinician Impression of Change (CIBI) ; y f) riesgo vascular, (Hachinski). En general, la administración de una batería de pruebas neuropsicológicas en la E.A. debiera durar un máximo de 40 - 60 minutos.

El deterioro cognitivo natural de la E. A. en estudios longitudinales medidos con el MMSE es del 10% por año, lo que equivale a una pérdida de 2.5 - 3.5 puntos/año, aunque este deterioro no suele ser lineal sino cuadrático en función del grado de demencia. El deterioro es más lento en las fases leves y severas que en las fases medias, sin influencia aparente de sexo, edad de comienzo o historia familiar de demencia. El deterioro anual medido con el ADAS-Cog es de 10 puntos/año, con una variedad

interindividual importante. Además de las escalas específicas para demencia, se pueden usar diversas pruebas para medida de funciones cognitivas específicas (memoria semántica, episódica, primaria), funciones psicomotrices o trastornos de conducta.

- **Exámenes de laboratorio y gabinete.** El interés de los exámenes de laboratorio en la investigación de las demencias no sólo está en el diagnóstico diferencial, sino fundamentalmente en la identificación de etiologías potencialmente reversibles.

Sabemos que el 5% de pacientes con sospecha de demencia pueden tener anormalidades metabólicas que contribuyan a/o produzcan una disfunción cognitiva.

La toxicidad por drogas puede representar hasta el 10% de los casos estudiados. Entre el 13 y el 28 % de casos presentan causas que pueden ser reversibles, siendo las más frecuentes las metabólicas, la depresión y las drogas.

Usualmente, ciertos exámenes de laboratorio son necesarios en la investigación etiológica de las demencias. Éstos se han dividido en estudios considerados de rutina, aquellos que tienen una indicación precisa y aquellos que sólo se realizan en condiciones excepcionales. Como una guía más para que el clínico pueda decidir de la pertinencia de la ejecución de estos exámenes, en el anexo II se anota no sólo si se recomiendan o no, sino también si el nivel de consenso del grupo de expertos fue alto, intermedio o bajo.

En principio, se sugiere que las pruebas rutinarias sean solicitadas por el médico general o familiar y las de indicación específica, por el especialista. De particular relevancia es la decisión acerca de la indicación de estudios de imagen, principalmente Tomografía Axial Computarizada e Imagen por Resonancia Magnética Nuclear, estudios que si bien la Academia Americana de Neurología considera rutinarios, en nuestro contexto deben efectuarse sólo en presencia de indicaciones precisas y en centros especializados de atención de tercer nivel, según indicaciones del consenso de la Fundación Nacional para la Salud (FUNSALUD). En los estudios de neuroimagen estática (TAC/MRI) y/o funcional (SPECT/PET) en la E.A. se observa una marcada atrofia cortical, con dilatación ventricular y preservación

parcial de estructuras subcorticales. Con la neuroimagen dinámica se detectan déficits funcionales en las regiones fronto - parieto - temporales del neocórtex.

El estudio genético/poligénico (APP21m, PS1, PS2, APOE, cFos, CO-I/II) contribuye a la confirmación diagnóstica molecular ante mortem. El estudio genético constituye hoy la prueba diagnóstica más específica ante mortem, siempre y cuando se genotipa todo el espectro de genes candidatos. Los estudios genéticos deben realizarse bajo un estricto código ético basado en los siguientes principios: voluntariedad, individualidad, confidencialidad, privacidad e inalienabilidad.

El establecimiento de un diagnóstico E. A. basado sólo en parámetros clínicos induce un riesgo de error diagnóstico del 10 - 30%, mientras que la incorporación de un protocolo integrado permite una fiabilidad diagnóstica superior al 95%, aproximándose al 100% de fiabilidad cuando el diagnóstico se completa con un análisis genético, incluyendo todos los genes potencialmente relacionados con la E. A. En la actualidad el diagnóstico molecular está cobrando un gran auge y es técnica de rutina en todos los centros superespecializados. El análisis genético (poligénico) de E. A. permite identificar con gran precisión diagnóstica al 98% de los posibles casos de E. A., mientras que el estudio del genotipo APOE, aunque enormemente sensible, cuando está presente el alelo 4, no es suficientemente específico, pues habría un 40 - 50% de casos de E. A. que no podrían ser identificados con este procedimiento. Esto es particularmente evidente en casos de demencia con genotipo APOE-3/3, el más frecuente en la población general (40 - 60%). Por lo tanto, el diagnóstico molecular de E. A., para ser sensible y específico, requiere incluir en el estudio genético al menos los siguientes genes: PS1, PS2 APOE, APP21 y, opcionalmente c-Fos, C-12.

➤ **Diagnóstico neuropatológico.** La confirmación anatomopatológica postmortem suele hacerse según los criterios de Khachaturian establecidos en 1985 y/o del CERAD (Consortium to Establish a Registry for AD) de 1991, incluyendo un examen macroscópico (grado de atrofia cortical, aumento de tamaño ventricular) y microscópico del cerebro. El criterio histopatológico para el diagnóstico de la E. A. se basa en la presencia de placas seniles o neuríticas y marañas neurofibrilares en áreas específicas del cerebro. Otras lesiones histopatológicas que comúnmente se encuentran en los cambios de los enfermos y que ayudan para el diagnóstico

neuropatológico son las neuritas distróficas (hilillos del neuropilo o neuritas hipertróficas) y la degeneración gránulo - vascular (lesión citológica restringida a las neuronas piramidales del hipocampo).

- Manifestaciones clínicas

Bajo el término de demencia se engloban las condiciones que producen una pérdida progresiva de las funciones mentales como pensar, razonar o aprender. La E. A. es un padecimiento demencial que se caracteriza, en sus etapas iniciales, por una pérdida progresiva de la memoria y, en sus etapas más avanzadas, por un deterioro severo de las funciones intelectuales. A su vez, la demencia es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de las funciones cerebrales superiores, en cuyo curso la conciencia permanece clara.

- Síntomas característicos de las demencias

Es un proceso, habitualmente progresivo y muy rara vez reversible; que interfiere con el desempeño en las actividades de la vida diaria, laborales y sociales. Este deterioro se caracteriza por el trastorno persistente de la memoria y de dos o más funciones psicológicas, a saber: el lenguaje, las praxias, las gnosias, así como la abstracción, el juicio y la conceptualización. Suele acompañarse de cambios en la personalidad y/o en el estado emocional. Si bien la definición formal de la demencia implica un deterioro funcional con repercusión en el desempeño de las actividades de la vida diaria, cualquier declinación con respecto al nivel cognitivo o funcional previas debe de ser motivo de preocupación. En presencia de tales cambios el médico deberá llevar a cabo una primera evaluación, sin que ello signifique que ha de “etiquetar” al sujeto como portador de una demencia.

En lo que concierne específicamente a la Enfermedad de Alzheimer, con el fin de facilitar la comprensión de su evolución, el cuadro clínico ha sido dividido básicamente en tres etapas clínicas: La primera, se caracteriza principalmente por un deterioro notable de la memoria de corto plazo, junto con una disminución de la percepción espacial, de la memoria topográfica y una desorientación en tiempo y espacio. Otros datos clínicos de esta etapa inicial consisten en un deterioro de la concentración y en fatiga acompañada de ansiedad, es frecuente que se observe depresión. La segunda

etapa se caracteriza por un deterioro progresivo de todos los aspectos de la memoria; además se presenta disfasia, dispraxia y agnosia.

En esta segunda etapa también se han observado focos epilépticos en un 5 - 10% de los casos. En cuanto a la afectividad, el paciente se muestra apático, se altera con frecuencia el juicio y la capacidad para el pensamiento abstracto, es común que al final de esta etapa se presente un síndrome psicótico acompañado de ilusiones y alucinaciones. La tercera etapa se caracteriza por gran deterioro de todas las funciones intelectuales; se presenta aumento en el tono muscular, desinhibición y desintegración de la personalidad normal, al grado que los pacientes pueden incluso no reconocer a sus familiares o su propio rostro en un espejo. Otros datos clínicos comunes son la pérdida del control de los esfínteres, la regresión psicomotriz, la disminución de peso y, finalmente, en forma drástica, el paciente termina en un completo estado vegetativo, producido por la severa afección cerebral. La enfermedad concluye en forma inevitable con la muerte en un término aproximado de seis a doce años, con frecuencia producida por enfermedades secundarias, principalmente infecciones renales o pulmonares.

- Tratamiento

La E. A. es un proceso incurable, pero tratable, con intervención farmacológica y no farmacológica. Clásicamente ha habido dos posiciones ante el tratamiento de la E. A.: **a)** nihilismo terapéutico; y **b)** intervencionismo terapéutico.

Los defensores del nihilismo terapéutico basaban su actitud en la ausencia de fármacos curativos. Los intervencionistas preconizaban el uso de psicofármacos en la E.A. para control sintomático de trastornos no-cognitivos. En la actualidad, el abanico de posibilidades se diversifica, y la actitud generalizada es una intervención terapéutica racional e individual en la que convergen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

- **Tratamientos farmacológicos:**

- a)** Tratamiento paliativo (agentes nootropos, neuroprotectores, antioxidantes, vasoactivos). Estos medicamentos no curativos ejercen un efecto neuroprotector frente a factores secundarios que pueden contribuir a acelerar y/o agravar el cuadro clínico de demencia.

- b) Tratamiento sustitutivo (reposición de neurotransmisores deficitarios (acetilcolina, monoaminas, aminoácidos) con precursores, inhibidores de enzimas metabolizantes, agonistas y antagonistas de receptores pre y post - sinápticos. En este grupo se incluyen los primeros fármacos aprobados para el tratamiento de E.A. (THA/tacrina, E-2020/Donepezil), anticolinesterásicos de modesta eficacia que potencian la neurotransmisión colinérgica.
- c) Tratamiento sintomático (antiepilépticos, antidepresivos y antipsicóticos). Estos medicamentos se utilizan para paliar síntomas no - cognitivos. La mayoría de ellos tienden a agravar el deterioro cognitivo, por lo que su uso debe ser prudente y riguroso.
- d) Agentes neuroinmunotróficos (neurotrofinas, inmunomodulares, anti - inflamatorios).
- e) Terapias combinadas de acción multifactorial (asociación de varios fármacos).
- f) Tratamientos etiopatogénicos (reguladores de expresión génica, agentes enzimático reguladores de la expresión y metabolismo de la proteína B-amiloiide, removedores de depósitos amiloideos, agentes antifosforilantes, estabilizadores del citoesqueleto neuronal).

En la actualidad los que más se utilizan en estos pacientes son los sintomáticos, ya que las complicaciones psiquiátricas de la E. A. son frecuentes, tales como el insomnio, la depresión, la ansiedad y hasta los episodios psicóticos observados en la segunda o tercera etapa del padecimiento. En cuanto a medicamentos específicos para la enfermedad sólo se han comercializado los inhibidores selectivos de la acetilcolinesterasa, tales como la rivastigmina y el donepezilo en México. Sin embargo el tratamiento con cada paciente debe ser individualizado teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Lograr conservar el mayor tiempo posible la autonomía, mejorar la autoestima y brindar la mejor calidad de vida posible.

- **Evolución**

Las demencias producen gran deterioro sobre la calidad de vida de los pacientes, así como un gran impacto en la familia, lo que se traduce en una convivencia problemática con costos en distintos niveles. **El mal estado de los enfermos y las dificultades de**

comunicación hacen más difícil el diagnóstico de patologías intercurrentes, lo que hace necesario una vigilancia estricta.

Según la Revista de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD, 1996) los efectos que la demencia tiene sobre la salud van siendo progresivos y van imposibilitando a los enfermos para la vida diaria, entre los problemas más significativos están:

- a) Trastornos de la Movilidad: inestabilidad, caídas y el síndrome de inmovilidad, el cual debe ser atendido por medio de rehabilitación física constante.
- b) Incontinencia Urinaria y Fecal: que tiende a complicar la evolución de la enfermedad y pueden ser causadas por el empleo de fármacos y la inmovilidad.
- c) Las complicaciones respiratorias, el estreñimiento, las trombosis profundas y las úlceras por decúbito suelen acompañar a la inmovilidad, lo que debe ser detectado y atendido de forma oportuna.
- d) Los trastornos de la alimentación: tales como bulimia, anorexia y trastornos de deglución.
- e) Las crisis convulsivo-mioclónicas pueden necesitar atención específica.
- f) Las complicaciones psiquiátricas: depresión, ansiedad, psicosis, agresividad, agitación psicomotriz e insomnio.

Como es de esperarse la sobrevida es más prolongada en los casos leves que en los moderados y severos. Los pacientes con demencia vascular tienen menor sobrevida que los que padecen la E. A., lo que es atribuible a la influencia de patología vascular sobre el estado de salud del individuo. La sobrevida en patologías crónicas ha aumentado dado que las infecciones terminales, por ejemplo, como las neumonías que ahora son tratables.

Actualmente, el tratamiento con antibióticos para las patologías infecciosas tienen grandes resultados, lo que trae como consecuencia adversa la prolongación de la sobrevida en enfermos con patologías crónicas, lo que podría equipararse, en algunos casos, al “fracaso del éxito”. No obstante, Saugstad y Odegard, al estudiar las causas de defunción en un hospital psiquiátrico noruego, encontraron que la enfermedad respiratoria (bronconeumonía) era la causa más frecuente (40 veces más) de muerte en las demencias que en la población general.

El inicio temprano de Alzheimer tiene una progresión más rápida que los casos tardíos, por lo que podría esperarse que la sobrevida fuera menor. Sin embargo, el inicio temprano tiende a prolongar la sobrevida, en comparación con los casos de inicio tardío. No existen estudios que se ocupen de la influencia de la edad sobre el curso de la demencia vascular.

La mortalidad, a un año, de los pacientes con la E. A. es de 13.9% y la tasa de institucionalización, a un año, alcanza el 34%. Las mujeres tienden a vivir más que los hombres, y en los hombres la historia de afección cardiovascular acorta la sobrevida. Actualmente, se acepta que las personas con enfermedad precoz o tardía alcanzan un estado funcional dado, al cabo de un tiempo de evolución similar. La supervivencia es más prolongada, en general, en los casos leves que en los moderados y severos. Por lo regular, la sobrevida calculada a los 14 años del diagnóstico se reduce de 16.6% a 2.4% en la enfermedad de Alzheimer y de 13.3% a 1.7% en la demencia vascular, estos casos tienen menor sobrevida debido, probablemente, a la influencia comórbida de la patología vascular sobre el estado general de salud de los pacientes.

- **Comorbilidad**

Las complicaciones psiquiátricas asociadas a la demencia son: depresión, ansiedad, psicosis, agresividad, agitación psicomotriz e insomnio. En la E. A. , comúnmente, aparece la depresión como un síntoma temprano, además, se ha reportado que en ocasiones la depresión dura más de 10 años antes del diagnóstico de dicha enfermedad, lo cual es un factor de riesgo significativo, sin embargo, la relación entre ambos padecimientos parece ser más compleja y sin ligas causales definidas.

Las consecuencias de la demencia para el funcionamiento cognitivo son conocidas, pero los estados limítrofes entre lo patológico y lo normal no son tan claros. En los últimos

años han proliferado los términos relativos a estos cambios: deterioro de la memoria benignos asociados al envejecimiento, deterioro maligno de la memoria asociado al envejecimiento, deterioro de la memoria asociado al envejecer, cambios cognitivos leves, etc.

Al envejecer, la memoria semántica que permite comprender y expresar el lenguaje se altera poco o nada, así como la fluidez verbal y la memoria episódica o autobiográfica. La inteligencia cristalizada (experiencia) se acrecienta, mientras que la inteligencia fluida (capacidad de adaptación) disminuye ligeramente. En la demencia se extravían el nombre y el contexto y aparecen trastornos de lenguaje, como es la anomia, los errores de sustitución, las paráfrasis semánticas o fonológicas.

Otros signos y síntomas psiquiátricos, además de la psicosis y cambios de personalidad, la depresión y la ansiedad son síntomas importantes en el 40 al 50% de los pacientes con demencia, aunque el síndrome total del trastorno depresivo sólo se presenta en un 10 a 20%. Los pacientes con demencia también es posible que exhiban llanto o risa patológicos, o sea, muestran emociones extremas sin un estímulo aparente.

Los síntomas neurológicos más comunes son: las afasias, apraxias y agnosias, que son consideradas como posibles criterios diagnósticos en el DSM-IV. Otros signos neurológicos, asociados a esta enfermedad, son las convulsiones (10% en pacientes con E. A. y 20% en pacientes con demencia vascular) y los cuadros neurológicos atípicos, como: síndrome del lóbulo parietal no dominante.

En el examen neurológico se pueden encontrar reflejos primitivos (grasping, el hociqueo, el de succión, el pie tónico y reflejos palmomentales) y mioclonías, en un porcentaje del 5 al 10% de los enfermos.

En los pacientes con demencia de tipo vascular se presentan también síntomas neurológicos como: cefalea, somnolencia, sensación de mareo, debilidad, signos neurológicos focales y trastornos del sueño, que se atribuyen, probablemente, a la localización de la enfermedad cerebro vascular. La parálisis pseudobulbar, la disartria y la disfagia son más frecuentes en la demencia vascular que en los otros tipos.

Reacción catastrófica. Estos enfermos con demencia tienen una reducida capacidad para aplicar lo que Kurt Goldstein denominó “actitud abstracta”, es decir, los pacientes tienen problemas para generalizar a partir de un ejemplo concreto, formar conceptos y captar similitudes y diferencias entre éstos. Por otra parte, la capacidad de resolver problemas, razonar con lógica y emitir juicios sensatos está comprometida.

Goldstein describió también una reacción catastrófica caracterizada por una marcada agitación secundaria al conocimiento subjetivo de los propios déficits intelectuales en condiciones estresantes. Los pacientes tienden a compensar sus defectos usando estrategias que evitan mostrar sus fallas de actuación intelectual (por ejemplo, cambian de tema, bromean o distraen al entrevistador). Se presenta bajo control de impulsos en particular en las demencias que afectan el lóbulo temporal, por ejemplo, chistes inadecuados, lenguaje soez, falta de cuidado y aseo personal y desconsideración general por las normas convencionales de la conducta social.

Capítulo III

Diagnóstico situacional

Acciones del Estado para la atención de las demencias

- **Infraestructura**

En nuestro país existe un rezago abismal en el manejo y entendimiento de los padecimientos que cursan con deterioro intelectual. La infraestructura humana y física existente está muy por debajo de los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Algunos grupos aislados, tanto de la sociedad civil como de las instituciones de salud del país, han intentado establecer medidas que subsanen estas deficiencias. No obstante, que no se ha logrado un avance significativo en el pasado, estos grupos han consolidado estructuras que aún cuando por ahora son aisladas, en un futuro pueden servir como modelos para resolver los grandes retos que en materia de salud mental en el área de demencias requiere nuestro país. Algunos de los rubros que vale la pena comentar, son los siguientes:

- **Investigación**

En nuestro país no se ha tenido, en el capítulo de demencias, una cultura consolidada de investigación. No obstante, existen investigadores y grupos que han desarrollado protocolos de gran interés e importancia y, cabe mencionar que estos esfuerzos conjuntos, han logrado hacer investigación clínica que está arrojando los primeros resultados, aunque no se han promocionado lo suficiente para su aplicación práctica.

Existen grupos de investigación en las áreas epidemiológicas de los padecimientos demenciales y de deterioro intelectual, investigaciones en cuanto a instrumentos válidos, culturalmente fuertes para la detección y evaluación de pacientes con deterioro intelectual. Se ha realizado investigación genética de alto nivel, en cuanto a la distribución y presencia de síntomas conductuales y psicológicos en las demencias, así como investigación y aplicación de modelos de atención comunitaria a pacientes y familiares, los cuales viven esta problemática. Pequeños protocolos que están indagando aspectos fisiopatológicos y bioquímicos en los padecimientos demenciales.

En un esfuerzo conjunto, entre el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”, se realizó, entre 1999 y 2000, el primer estudio epidemiológico importante en materia de demencias en nuestro país, estos dos grupos están haciendo investigación en el campo de la neuropatología y la genética. Desde el punto de vista neuropsicológico se han establecido protocolos de investigación para validar pruebas cognitivas en otros idiomas para adaptarlas al español y a nuestra cultura. De igual manera, se desarrolla el Neuropsi y sus derivaciones, como resultado de una investigación a fondo para la detección de trastornos cognitivos en nuestro medio. No obstante, los esfuerzos en la investigación y su importancia, los estudios no han arrojado resultados útiles para la consolidación de una política pública en materia de demencias.

En colaboración con el mundo, México está participando en por lo menos dos estudios a nivel internacional, uno auspiciado por la Asociación Internacional de Alzheimer y el otro como parte del grupo Montevideo. El primero está valorando la epidemiología selectiva de los trastornos demenciales, el efecto de la cultura sobre la incidencia demencial y el segundo está enfocado al estudio de diversos métodos de educación y manejo psico-conductual en las demencias para los países latinoamericanos. México está participando en un estudio internacional que intenta valorar la epidemiología diferencial de los diversos tipos de demencia en diferentes países. Igualmente, con el apoyo de la industria farmacéutica ha habido algunos protocolos de investigación de la utilización práctica de ciertos fármacos para el manejo de trastornos cognitivos en las demencias.

- **Formación y capacitación de recursos humanos**

La situación en este rubro en nuestro país es alarmante. La formación de personal de salud tanto en los grados de licenciatura, de especialidad y subespecialidad, han sido negligentemente atacados a través de muchos años.

Este hecho es de particular importancia en lo relacionado a las carreras de medicina y enfermería. En el ámbito exclusivo de la educación médica de postgrado y subespecialización sólo han existido dos fuerzas que han tratado de atacar esta problemática. La primera se relaciona al curso de Diplomado que se ha impartido en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” para entrenamiento parcial en aspectos

de psicogeriatría, dentro de los cuales las demencias ocupan un lugar importante. El número de graduados de este sistema en sus cuatro años de funcionamiento no rebasa los 50, con una cantidad significativa de médicos extranjeros que llevan el conocimiento a sus países. La otra línea para la formación de recursos humanos la han llevado históricamente las residencias y cursos en geriatría y gerontología. Ninguno de éstos con el tema del trastorno cognitivo como prioritario, más sí como importante. El número de graduados en este sistema, igualmente como en el ámbito de la problemática nacional, es insuficiente. Las escuelas en Neurología y Psiquiatría no han establecido dentro de sus programas atención particular al tema.

La rama de enfermería no ha arrojado mejores resultados. Existen desde hace dos años cursos de especialización impartidos por la Escuela de Enfermería de la UNAM en SiCoPsi, con relativo poco peso en cuanto al número de enfermeras que han tomado este entrenamiento formativo.

- **Promoción y prevención**

Históricamente, las acciones preventivas que se han llevado a cabo en nuestro país han estado en manos de las asociaciones civiles que, desde su fundación en 1988, han lidiado con el problema de las enfermedades demenciales. La Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares y el Fondo de Apoyo para la Enfermedad de Alzheimer han llevado a cabo, como una parte integral de su filosofía, acciones preventivas a través de campañas de difusión y educación pública y, no obstante que los intentos han sido limitados, son pioneros en esta área.

En forma más específica, estas organizaciones han atacado el problema de la prevención en el campo específico de prevenir la comorbilidad en el paciente con demencia, así como la prevención de la carga emocional y patología secundaria en los cuidadores primarios y familiares de pacientes con este tipo de patología. Esto lo han logrado, en una forma muy aislada, pero sustancial a través de la creación de grupos de apoyo en nuestro país y la creación de dos centros de respiro diurnos para pacientes con patología demencial. Igualmente, se han abocado a proporcionar información y asesoría veraz en cuanto al tema de prevención.

- **Detección**

- **Diagnóstico y tratamiento**

Existen grupos muy consolidados que han trabajado arduamente en el establecimiento de guías diagnósticas y de tratamiento para los pacientes con demencia. Los esfuerzos de estos grupos, se han visto limitados severamente por dificultades en la difusión y distribución de sus materiales.

En cuanto al diagnóstico, se han establecido únicamente tres centros de diagnóstico en el territorio nacional, usando como modelo la “Clínica de Memoria”. Dos de éstos se encuentran en funcionamiento desde hace ocho años en Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” y en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”. El tercer centro es manejado en el ámbito privado en la ciudad de Guadalajara. No obstante que estos centros funcionan a su máxima capacidad, no pueden cubrir las necesidades de la población. Una propuesta interesante se llevó a cabo en 1997, cuando un grupo de científicos, auspiciados por FUNSALUD, consensuaron una guía diagnóstica y las bases elementales de tratamiento para los padecimientos demenciales. No obstante el esfuerzo titánico de este grupo el material no tuvo una difusión adecuada y, finalmente, quedó archivado como material de consulta bibliográfica.

En el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” de la ciudad de México, dentro de su unidad de psicogeriatría, se ha intentado desde su creación, un modelo diagnóstico y de tratamiento para pacientes con diversos trastornos demenciales. Desgraciadamente el esfuerzo no ha fructificado cuando los pacientes son referidos o contrarreferidos a niveles de atención primarios o secundarios. De igual manera hace pocos años, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”, abrió una clínica de demencias, para la atención de pacientes y para la investigación.

Una propuesta interesante surgió en 1998, cuando el tema de los síntomas conductuales y psicológicos en las demencias, (SiCoPsi), toma auge en los Estados Unidos y en Europa. Un grupo en México se aboca la tarea de consolidar una técnica de entrenamiento en diagnóstico y tratamiento para este tipo de situaciones que se presentan en todos los casos de demencia. El grupo elabora guías prácticas de manejo

de la diversa problemática conductual y psicológica en las demencias e inicia cursos de entrenamiento a profesionales del cuidado en casa para este tipo de pacientes, con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno inmediato, así como en la reducción de costos de manejo.

- **Normatividad y legislación**

En materia específica relacionada con el tema del deterioro cognitivo y demencias, no ha existido ningún intento sólido en cuanto a normar prácticas y fundamentar legislación al respecto. Los vínculos existentes han estado relacionados básicamente al tema del envejecimiento en general, sin la particularidad específica de trastornos comunes en este grupo de edad. Las normas y leyes existentes relacionadas con aspectos gerontológicos suponen una amplia aplicación, pero sin enfatizar en ninguna condición patológica particular.

Segunda Parte

Plan de Acción

Capítulo IV

Los Retos

La atención del problema de las demencias forma parte de los objetivos que el gobierno se ha planteado en materia de salud, por lo que se busca no sólo propiciar el bienestar de la población, sino también fomentar una cultura de participación ciudadana que se traduzca en mejores condiciones de vida para los mexicanos. Este planteamiento constituye un reto que requiere de un abordaje integral que considere las condiciones actuales del país. Pese a que en los últimos 40 años se ha logrado reducir la mortalidad y la prevalencia de ciertas enfermedades, no ha sucedido lo mismo con los trastornos mentales. Por el contrario, se ha observado un incremento en cierto tipo de patologías como la depresión y las demencias. Ésta última es una enfermedad propia de personas de la tercera edad y, a medida que la expectativa de vida aumenta, es mayor la prevalencia de la demencia y se prevé, por cálculos internacionales, que esta prevalencia se duplicará cada cinco años. En estudios más recientes, realizados en Europa, se ha podido comprobar que la incidencia es del 10.7 por 1000 personas - año (13.1 por 1000 mujeres y 6.9 por 1000 en hombres), con un notable incremento paralelo a la edad (0.9 a los 55-64 años, 25.2 a los 80-84 años y 97.2 en mayores de 95 años) sobre una media de 10.5 por 1000 en la población global mayor de 55 años. En poblaciones occidentales mayores de 80 años la prevalencia de demencia alcanza el 30%, sobrepasando la demencia vascular (46.9%) a la E.A. (43.5%), con tasas de mortalidad a tres años del 42.2% para la E.A. y 66.7% para la demencia vascular.

Por todo lo anterior es que el Estado Mexicano se ha planteado tener un enfoque más amplio e integral que rebase los aspectos técnicos de la enfermedad, sino que además agregue nuevas alternativas a la prevención y la atención de las demencias; por todo esto es que este Programa Específico aborda las demencias no sólo desde su perspectiva clínica sino también desde su perspectiva social e impacto económico, a fin de integrar una estrategia del Estado que atienda el problema en su verdadera dimensión.

El Programa Específico sobre Deterioro Intelectual y Demencias toma como base la misión propuesta por el Consejo Nacional contra las Adicciones, a través del Órgano

Desconcentrado de los Servicios de Salud Mental y en congruencia con los planteamientos del Plan Nacional de Desarrollo, del Programa Nacional de Salud y del Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006, que es:

“Promover y proteger la salud de los mexicanos, mediante la definición y conducción de la política nacional en materia de formación y desarrollo de recursos humanos, investigación, prevención y tratamiento, para la atención de los problemas de salud mental y el control de las adicciones, a fin de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social”.

En México, como en otros países, los problemas de las demencias se vinculan de manera importante con problemas genéticos, sociales, con la desinformación en cuanto a los padecimientos mentales y a la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Además de la situación de desventaja de los grupos vulnerables, la población en su conjunto carece de información suficiente y oportuna para prevenir y atender adecuadamente a los pacientes con demencia; por otra parte, en nuestra cultura, como sucede en muchas otras, se percibe a la demencia como un estigma adicional para el paciente.

Así, los retos del Programa Específico sobre Demencias se han diseñado de manera coordinada y congruente a los del Programa de Acción en Salud Mental, en donde la equidad, la calidad y la protección financiera son los parámetros que guiarán todas las acciones que se proponen.

Reto de equidad

La demencia es un padecimiento incurable, que incapacita al paciente y tiene un impacto muy significativo para los familiares, tanto en el aspecto económico como en el emocional. Actualmente, el número de profesionistas para atender este padecimiento es insuficiente, lo que se hace más evidente en las poblaciones alejadas de los centros urbanos en los que se concentran los especialistas de la salud mental, como son: psiquiatras, geriatras, psicólogos, enfermeras especializadas y trabajadores sociales. Es por ello que los servicios primarios de salud para la atención psiquiátrica que requiere la población asegurada sean provistos de forma ambulatoria y, en el caso particular de las

demencias, se promuevan acciones que apoyen a los pacientes y familiares en momentos críticos de la enfermedad, que sean provistos por personal previamente capacitado, bajo la supervisión de especialistas que trabajan en los niveles más complejos de atención.

El reto de la equidad estará dirigido a lograr un cambio en la atención de las demencias, en donde se presentan desigualdades sociales y regionales, a partir de la atención de grupos de riesgo, la equidad en los servicios y la corresponsabilidad entre el gobierno y la ciudadanía.

- Reto de calidad

Siendo los padecimientos demenciales procesos de desarrollo lento y crónico el capítulo relacionado con aspectos preventivos son sin duda difíciles de abordar. La educación pública con respecto a este tipo de patología, con el propósito de aumentar la conciencia del público en general, son esenciales y parte integral de este programa específico. Tal vez el reto más significativo es el de sensibilizar a los diferentes niveles de atención médica, predominantemente al médico general y familiar y a los equipos paramédicos de asistencia en la comunidad sobre la importancia de la detección temprana de declinación cognitiva, así como la necesidad de hacer un diagnóstico preciso, para poder planear un tratamiento integral comunitario en el que se asistan las necesidades de atención, tanto del paciente como de sus familias.

Existe una forma de padecimiento demencial que sí puede tener medidas preventivas claras y muy específicas. Estas medidas son las que se relacionan con la enfermedad vascular cerebral, con su posible progresión a una demencia vascular. Los programas existentes para el control de riesgo vascular, como el de hipertensión arterial, las hiperlipidemias, el tabaquismo y la promoción de la actividad física en la población en riesgo, deben ser contemplados y, a su vez, el reto implica la vigilancia en el nivel primario. Cuando ya se ha establecido el proceso demencial de origen vascular, las medidas preventivas secundarias, con base al uso de medicamentos para el control del riesgo vascular, se hacen aun más necesarias para evitar, lo más posible, la pérdida de funcionalidad del paciente.

En materia preventiva, es muy importante considerar que los pacientes pueden tener comorbilidad médico-psiquiátrica, con una tendencia progresiva en el curso de su enfermedad a la inmovilidad física, con todas las complicaciones que ésta trae consigo. El reto también implica el sensibilizar a la población y a los equipos sobre el tratamiento integral y a actuar con premura para evitar complicaciones, que en general traen un aumento sustantivo en el costo económico y social del manejo con esta problemática. En este contexto es básico abarcar aspectos que van desde la educación del personal de la salud mental y de los familiares y cuidadores – considerando la necesidad de modificar los programas educativos para los médicos y personal paramédico en los cursos de pregrado y cursos de especialización - hasta desarrollar directrices de investigación que el país requiere en materia de demencias.

Es por ello que los criterios en materia de calidad técnica buscan alcanzar un desempeño que mejore las condiciones de salud de los pacientes con demencia, promoviendo el desarrollo y aplicación de lineamientos de calidad en los procedimientos y normas para la atención integral del padecimiento, la educación y la capacitación del personal, así como la dotación de instrumentos e infraestructura que garanticen un nivel homogéneo en la calidad de los servicios. El énfasis y la orientación de los criterios de calidad serán hacia la creación y consolidación de la atención en las regiones del país y en los grupos socioeconómicos que no cuenten con la atención necesaria. Esto garantizará un trato eficiente a los pacientes y con ello una disminución de la carga social de las demencias. Además, es necesario fomentar acciones que permitan que los pacientes tengan un deterioro y progresión más lento del padecimiento, lo que les permitirá mantener el mayor tiempo posible, en las etapas iniciales de la enfermedad, la autonomía y las funciones para la vida cotidiana, por medio de la prestación de servicios de asistencia en la comunidad.

- Reto de protección financiera

La problemática nacional en cuanto a la infraestructura para la atención integral de la salud mental es enorme. Históricamente ha existido un rezago muy importante en esta área. Las formas empíricas de asistencia ya no tienen cabida en el futuro de nuestra sociedad. Los recursos materiales y financieros necesarios para la aplicación del Programa Específico sobre Deterioro Cognitivo y Demencias requiere de una

consolidación de la interacción intersectorial, tanto a nivel de gobierno como de sociedad civil. Involucrarlos sanamente en beneficio de la población es un reto mayor, donde el protagonismo debe de dejar de ser el móvil, donde la humildad y el verdadero deseo de cambio sean los verdaderos motivos del cambio.

Los pacientes y las familias afectadas por los padecimientos de declinación cognitiva y demencia se encuentran en una posición desfavorable en cuando a la distribución de su gasto con relación a la salud. Siendo enfermedades que predominantemente afectan a la población de edad avanzada, cuando el paciente se encuentra en retiro y con una pensión muy baja, cuando el cónyuge trabaja, necesita dejar de hacerlo para cuidar de su familiar enfermo y la tendencia de los factores sociales y económicos hace que las familias se disuelvan del contexto añejo de la familia unida, hacen que la carga económica de tratamientos a largo plazo se convierta en un imposible.

Los medicamentos en uso actual para el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer son fármacos caros. Su patente todavía tiene una larga vigencia y posiblemente la industria farmacéutica tenga sus reservas para distribuirlo a bajo costo a la población general. Ante esto es necesario que se desarrollen estrategias de manejo de costo efectivas. Una de estas maneras es la educación específica del manejo psico-conductual que los pacientes con enfermedades demenciales necesitan. Los problemas que más aquejan a la familia y a los cuidadores formales es la falta de comprensión de que estos padecimientos presentan síntomas de conducta y psicológicos, que se ha demostrado pueden responder bien a medidas no farmacológicas, pero que requieren de un conocimiento y un entrenamiento muy particular. Si se pudiera educar a enfermeras, cuidadores y familiares en esta área, el costo del tratamiento (generalmente de varios años de duración), se reduciría drásticamente.

Algunos fármacos son de utilidad en la comorbilidad que se presenta en pacientes con demencia y pueden formar parte del arsenal terapéutico de las instituciones públicas. El reto implica en educar al médico de primer contacto en su uso y buen manejo y así disminuir la carga emocional en el paciente y sus familiares, cumpliendo con el objetivo básico del programa, que es el de mejorar la atención de la salud y disminuir la carga económica en la familia y el paciente.

El reto de la protección financiera es, quizá, el más difícil de abordar, pues implica mover fuerzas que en muchos casos están fuera del ámbito y control del sector salud; sin embargo, si el propósito a alcanzar es el bienestar de los mexicanos, este reto debe ser enfrentado de manera enérgica y con la participación de la sociedad. La meta es que toda la población que padezca este trastorno tenga garantizado el tratamiento. En este sentido será necesario revisar los procedimientos y costos de los tratamientos, así como definir criterios para hacer más eficiente y rentable la gestión en salud. Asimismo, se deberán evaluar nuevas opciones de ampliación de cobertura con sistemas de prepago para la atención oportuna cuando se llegan a presentar este tipo de problemáticas.

Resumiendo, la situación actual en nuestro país en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento, formación de recursos humanos e infraestructura ha sido muy deficiente y pobre en cuanto a su verdadero impacto en nuestra sociedad.

Capítulo V

Objetivos

En el Programa Específico en Demencias se definirán los objetivos general y específicos, vinculándolos a los tres retos –equidad, calidad, calidad técnica e interpersonal y protección financiera- para que den respuesta directa los problemas vinculados con las demencias y específicamente con la enfermedad de Alzheimer.

Objetivo general

Desarrollar la infraestructura y programas necesarios para favorecer una óptima calidad de vida de los individuos con padecimientos demenciales y/o deterioro intelectual y de su entorno inmediato, a través del manejo integral del paciente en los tres niveles de atención a la salud y haciendo partícipes de ello a los sectores público, social y privado, así como a la comunidad, la responsabilidad de la aplicación de los programas residirá también en la corresponsabilidad con las entidades federativas incluyendo a los municipios, utilizando para ello los lineamientos y normas generales propuestas en este programa.

Objetivos específicos

Equidad

- Desarrollar medidas encaminadas a fomentar la salud integral del individuo, por medio de los procesos de educación formal, capacitación y actualización, para mejorar la calidad de atención que se proporciona los pacientes con demencia y a sus familiares, por medio de la aplicación de los lineamientos que establece el gobierno para la participación de las diferentes instituciones, públicas y privadas, con la participación de la sociedad civil.

Calidad técnica

- Sensibilizar a los diferentes niveles de atención médica, predominantemente al médico general y familiar, así como al equipo paramédico de asistencia en la comunidad, sobre la importancia de la detección temprana de la declinación cognitiva y la demencia, por medio de un programa de capacitación y actualización.
- Sugerir modificaciones a los programas de licenciatura y posgrado, tanto del médico como de profesiones afines a la salud mental, para proporcionar información sobre las demencias y su atención.
- Hacer un diagnóstico preciso para poder planear un tratamiento integral en el que se asistan las necesidades de atención, tanto del paciente como de su familia, por medio de la formación y promoción de grupos de apoyo, integrando así a la comunidad en general.
- Instrumentar acciones de apoyo para la reinserción social de los pacientes con demencia, en las instituciones que dedican parte de su labor al bienestar del paciente mayor, así como en otras instituciones de la sociedad civil.
- Promover la creación de hospitales de día donde se brinde servicio para la rehabilitación física y social de los pacientes con demencia, dependiendo del estado de progresión de la enfermedad, para proporcionar un respiro a la familia y al cuidador.
- Promover líneas de investigación sobre demencias en los diferentes espacios académicos y hospitalarios.

Calidad interpersonal

- Fomentar un cambio de actitud en el equipo de salud mental de primer nivel, con respecto a la atención de los pacientes con demencia, por medio de campañas de información válida y actualizada sobre las diversas modalidades de ayuda.
- Desarrollar cursos y talleres sobre el manejo de los pacientes con demencia, con un deterioro lento, para informar sobre las acciones que se puede realizar con el objeto de que puedan mantener el mayor tiempo posible su autonomía y sus funciones para la vida cotidiana.

- Crear programas para la reinserción social de aquellos pacientes en etapas iniciales, como apoyo a sus derechos humanos para no ser objeto de discriminación ni abuso por su condición mórbida.

Protección financiera

- Proveer a los hospitales y centros de atención que atienden los problemas de demencia de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para llevar al cabo las funciones que tiene asignadas.
- Proporcionar a los pacientes que no tienen recursos de los medicamentos que necesitan para su tratamiento, por medio de convenios con la industria farmacéutica, para que proporcionen medicamentos a bajo costo.
- Promover la creación de un fideicomiso con aportaciones de los sectores social y privado, para llevar al cabo acciones en materia de capacitación, atención, tratamiento, rehabilitación e investigación en materia de demencias.
- Dar información a enfermeras, familiares y cuidadores, sobre la presencia de síntomas de conducta y psicológicos de los pacientes con demencia, que pueden responder a medidas no farmacológicas y que reducen el costo del tratamiento.

Capítulo VI

Estrategias, líneas de acción, acciones específicas y metas.

El Programa Específico sobre Deterioro Intelectual y Demencias se elaboró en congruencia con el Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006. En la primera parte se describieron los aspectos generales de las demencias así como la situación que enfrenta el país en esta materia y, como resultado de ello, se plantearon los retos que enfrenta el tratamiento de estos padecimientos.

El desarrollo de la segunda parte abarca el planteamiento del objetivo general, de los objetivos específicos, las estrategias, las líneas de acción, acciones específicas y metas. En cuanto a la aplicación de las estrategias se han definido una serie de criterios de política que permiten determinar las prioridades en la operación del programa, las cuales están asociadas a los retos de equidad, calidad y protección financiera que señalan tanto el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, como el Programa Nacional de Salud y el Programa de Acción en Salud Mental de este mismo período.

A partir del diagnóstico y los retos se han definido las líneas de acción, las acciones específicas y las metas de forma coordinada, las que en su conjunto integran una gran estrategia para hacer frente a los problemas de la atención de las demencias en nuestro país.

Los criterios de política en materia de equidad buscan un cambio en el perfil de las desigualdades sociales y regionales, determinando la promoción de una acción diferenciada en el país en prevención y atención a los problemas de las demencias. El énfasis está en las regiones y en los grupos socioeconómicos más vulnerables, con menor cobertura de atención y con una incidencia y prevalencia relevantes relacionadas con este padecimiento; esto será al través de la apertura y la consolidación de la atención en un nivel cercano a la media nacional, que al ser alcanzada estará en posibilidades de preparar un siguiente fase, enfocada a la mejora homogénea y paulatina de la atención a las demencias, en términos cuantitativos y cualitativos. Lo anterior implica un trabajo amplio de evaluación y diagnóstico de la magnitud del problema y de los niveles de infraestructura en el país, lo cual permitirá estimar el déficit y cuantificar los recursos necesarios para aplicar las acciones propuestas en este programa.

Los criterios de política en materia de calidad técnica buscan alcanzar un desempeño consistente que mejore las condiciones de salud de los pacientes con demencia, determinando el desarrollo y aplicación de lineamientos de calidad en los procedimientos y normas, la educación y la capacitación del personal, así como la dotación de instrumentos e infraestructura para la atención del problema, que garanticen un nivel homogéneo en la calidad técnica de los servicios. El énfasis y la orientación de los criterios de calidad serán hacia la creación y/o consolidación de la atención en las regiones del país y a los grupos que no cuentan con la atención necesaria, a fin de llevarlos a un estándar cercano a la media nacional; lo que implica el desarrollo de procedimientos y normas con un sentido creciente y acumulativo, dentro de un proceso gradual de mejora continua para, paulatinamente, aplicar criterios más estrictos.

Los criterios de política en materia de calidad interpersonal buscan garantizar un trato adecuado a los pacientes, para lo cual se busca un cambio de mentalidad – que llegue inclusive a la población en general – a partir del desarrollo y aplicación de programas de capacitación en relaciones interpersonales y sensibilización en relación con los pacientes con este padecimiento. Asimismo, implica el desarrollo de programas de certificación de profesionales y de unidades especializadas, así como un sistema de estímulos y recompensas al desempeño con calidad, programas de seguimiento de desempeño y aplicación de normas, de quejas y recomendaciones sobre la calidad del servicio.

Los criterios de política en materia de protección financiera buscan reducir la inseguridad por sufrir gastos catastróficos y asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud, para lo cual determinan la revisión de los procedimientos y costos asociados a los tratamientos de los problemas de la demencia, así como la definición de estrategias y criterios para hacer más eficiente y rentable la gestión de la salud, y la evaluación de opciones y estrategias de ampliación de cobertura con sistemas de prepago para la atención de las demencias.

Estrategia

1. Prevención diagnóstico y detección.

Hacer presente en las comunidades los servicios de prevención, diagnóstico precoz y detección de los pacientes con deterioro intelectual y demencias, permitirá aumentar la capacidad de intervención de cada entidad federativa en esta materia de acuerdo a sus condiciones locales.

Línea de acción

1.1. Instrumentación y coordinación de acciones para la prevención, diagnóstico oportuno y detección del deterioro intelectual y las demencias.

Acciones específicas

- 1.1.1. Promoción de acciones preventivas específicas para las demencias potencialmente reversibles y acciones de prevención secundaria en las demencias vasculares, en instituciones del sector público, social y privado.
- 1.1.2. Sensibilización del personal de salud mental del primer nivel de atención y de la población general, respecto al concepto tradicional de la vejez.
- 1.1.3. Promoción para la creación de un programa piloto de clínicas de memoria para la detección precoz, al través del empleo de formas de tamizaje y algoritmos de evaluación, referencia y contrarreferencia, en cinco regiones del país.
- 1.1.4. Diseño e instrumentación de los mecanismos para la detección temprana y manejo integral de los pacientes con deterioro intelectual y demencias.
- 1.1.5. Diseño de material didáctico sobre prevención y detección del deterioro intelectual y demencias, para educación a distancia por medios electrónicos.

Metas

- Difundir el Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias en el 100% de las jurisdicciones sanitarias del país.
- Diseño, elaboración y distribución de material didáctico y de difusión para la sensibilización del personal de salud y población general.
- Fundación de cinco clínicas de memoria, como parte de un programa piloto.
- Diseño, elaboración y distribución de una guía para el diagnóstico y la detección temprana y el manejo integral de pacientes con deterioro intelectual y demencias, para el primer nivel de atención, a nivel nacional.

- Diseño, elaboración y distribución de material didáctico sobre prevención y detección del deterioro intelectual y demencias, para educación a distancia por medios electrónicos.

Línea de acción

1.2. Promoción y coordinación de acciones preventivas para reducir el impacto de las demencias y la comorbilidad que se presenta en el paciente y sus cuidadores, en el segundo nivel de atención, en colaboración con los grupos de apoyo.

Acciones específicas

1.2.1. Diseño de material educativo, dirigido a público en general, que contenga información sobre el tema del impacto del deterioro intelectual y las demencias.

1.2.2. Diseño de material educativo videograbado, trípticos y folletos para la capacitación del personal de la salud mental, acerca de la declinación cognitiva, los diferentes tipos de demencias y el manejo psico-conductual.

Metas

- Difusión del material educativo, trípticos y folletos, sobre el tema del impacto de las demencias y el deterioro intelectual, dirigido a médicos y público en general en las 32 entidades federativas.

Estrategia

2. Atención de los pacientes con deterioro intelectual y demencia

La atención integral del deterioro intelectual y las demencias comprende todas aquellas acciones que lleven al mejoramiento de la calidad y disponibilidad de servicios que se brindan a los pacientes y a sus familiares, así como las acciones de capacitación y asesoría a los profesionales de la salud mental.

Línea de acción

2.1. Instrumentación y fortalecimiento de la atención integral y de calidad a los pacientes con deterioro intelectual y demencia, por medio de la unificación de criterios para su tratamiento.

Acciones específicas

2.1.1. Promoción de la unificación de criterios para el tratamiento del deterioro intelectual entre los profesionales de la salud mental en instituciones públicas, sociales y privadas.

2.1.2. Diseño, instrumentación y desarrollo de modelos de atención integral para las demencias y el desarrollo intelectual.

2.1.3. Promoción de servicios comunitarios y de atención domiciliaria para el tratamiento oportuno y adecuado del deterioro intelectual y las demencias, dirigidos a la población en general, que sirvan para minimizar las repercusiones funcionales y alteraciones del comportamiento del paciente.

2.1.4. Promoción y asesoría para el desarrollo de sistemas comunitarios de cuidado a largo plazo para los pacientes con deterioro intelectual y demencia (servicios de respiro, hospitales de día y centros comunitarios).

2.1.5. Instrumentación de mecanismos de asesoría técnica dirigida los profesionales de la salud mental, a través de medios electrónicos, para el manejo integral del paciente con demencia y deterioro intelectual.

Metas

- Incremento de la participación institucional en la atención de las demencias y el deterioro intelectual.
- Establecimiento modelos de atención para los tres niveles de atención.
- Establecimiento de cinco unidades regionales para la atención integral de los pacientes con demencia y sus familiares.
- Establecimiento de una red electrónica entre profesionales de la salud mental, para la asesoría en la materia.

Estrategia

3. Rehabilitación del paciente con demencia

La rehabilitación de los pacientes con deterioro intelectual y demencia es una estrategia que puede llevarse al cabo en aquellos pacientes que aún conservan autonomía y funcionalidad para la vida diaria, por lo que es necesario promover la participación tanto de las instituciones como de grupos de apoyo para mejorar, en lo posible, las condiciones de vida tanto de los pacientes como de los familiares, logrando con ello reducir los costos de atención de estos padecimientos.

3.1. Fomento de las acciones de rehabilitación del paciente con deterioro intelectual y demencia, en las instituciones de los sectores público, social y privado.

Acciones específicas

3.1.1. Promoción, instrumentación y desarrollo de acciones de rehabilitación para preservar la autonomía y limitar las discapacidades, de los pacientes con deterioro intelectual y demencias.

3.1.2. Promover la expansión de la cobertura de la sociedad civil, para la atención de los pacientes con deterioro intelectual y demencias y brindar un apoyo sistemático a sus familias.

Metas

- Establecimiento modelos de atención para la rehabilitación de los pacientes con deterioro intelectual y demencias.
- Incremento del número de organizaciones civiles y de sus recursos para apoyar la atención a pacientes y sus familias.

Estrategia

4. Investigación

El asesorar los proyectos de investigación, por el grupo de expertos del Comité Consultivo Académico de Demencias, permitirá impulsar estudios de calidad en las áreas de epidemiología, clínica y farmacología, tanto a nivel público como privado y permitirá avanzar hacia un mayor conocimiento de las demencias en beneficio de los pacientes y sus familias.

Línea de acción

4.1. Promoción de la investigación en el campo del deterioro intelectual y las demencias.

4.1. Línea de acción

Promover la investigación sobre deterioro intelectual y demencias, en los centros de investigación y educación del país.

Acciones específicas

- 4.1.1. Promoción para la creación de un Centro de Documentación sobre Deterioro Intelectual y Demencias
- 4.1.2. Promoción de la coordinación interinstitucional para elaborar las normas éticas para la investigación sobre deterioro intelectual y demencias.
- 4.1.3. Integración de un grupo, dentro del Comité Consultivo Académico del Programa de Deterioro Intelectual y Demencias, para la selección y evaluación de proyectos de investigación.
- 4.1.4. Elaboración y actualización permanente del directorio de centros de investigación y de investigadores que estén desarrollando estudios sobre deterioro intelectual y demencias en el país.
- 4.1.5. Realización de un inventario de protocolos de investigación sobre deterioro intelectual y demencias que se están llevando al cabo en nuestro país.
- 4.1.6. Promoción de convenios y acuerdos de cooperación y colaboración con la industria farmacéutica del país para el apoyo en los proyectos de investigación en deterioro intelectual y demencias.
- 4.1.7. Fomento a la cultura de la autopsia para realizar investigaciones en materia de deterioro intelectual y demencias.
- 4.1.8. Promover el apoyo para la consolidación de un banco de cerebros de pacientes con trastornos demenciales del Instituto Nacional de Psiquiatría.
- 4.1.9. Promover el apoyo para la creación de un banco de información genética, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
- 4.1.10. Promover la creación del Premio Nacional de Investigación en Demencias, así como la conformación del jurado para la selección de los trabajos, criterios y normas de calificación de los mismos.

Metas

- Creación de un Centro Nacional de Documentación sobre Deterioro Intelectual y Demencias
- Elaborar las normas éticas para la investigación sobre deterioro intelectual y demencias.
- Elaborar los criterios de selección y evaluación de proyectos de investigación en materia de deterioro intelectual y demencias para aplicar en el Comité.

- Elaborar y mantener actualizado un directorio de instituciones de investigación y de investigadores en materia de deterioro intelectual y demencias.
- Elaborar y mantener actualizado un inventario de protocolos de investigación en la materia.
- Fomentar el incremento de apoyo de la industria farmacéutica en los proyectos de investigación en deterioro intelectual y demencias.
- Favorecer el incremento de apoyo a los Institutos de Salud en materia de investigación sobre deterioro intelectual y demencias.
- Entrega del premio Nacional en Deterioro Intelectual y Demencias, durante la celebración del Día Mundial del Alzheimer, dando inicio en el año 2002.

Estrategia

5. Formación y capacitación de recursos humanos

El promover la formación y desarrollo de los recursos humanos especializados en el área del deterioro intelectual y demencias permitirá mejorar la calidad de los servicios que se brindan actualmente, así como fomentar la capacitación y la actualización del personal que ya trabaja con este tipo de pacientes lo que redundará en beneficio de los usuarios y sus familias.

Línea de acción

5.1. Promoción de la enseñanza sobre deterioro intelectual y demencias en la formación de profesionales de la salud y carreras afines, a nivel de licenciatura y de especialización.

.

Acciones específicas

5.1.1. Promoción, organización y seguimiento de convocatorias a las asociaciones de especialistas en materia de deterioro intelectual y demencias, autoridades educativas de universidades públicas y privadas, profesionales de los institutos de educación e institutos nacionales para elaborar propuestas de modificación de los programas educativos en el campo de las demencias.

5.1.2. Elaboración de un estudio diagnóstico sobre los requerimientos para la formación de recursos humanos especializados en materia de deterioro intelectual y demencias, en coordinación con instituciones académicas y de servicio.

5.1.3. Coordinación con instituciones educativas del país para que se integre en la currícula de las carreras de medicina, psicología, enfermería y trabajo social, información sobre el deterioro intelectual y demencias y se brinde la asesoría necesaria sobre el tema en los programas de licenciatura y posgrado.

5.1.4. Elaboración de un libro de texto dirigido a los alumnos las facultades de Medicina, Psicología, Enfermería y Trabajo Social, con la colaboración de los miembros del Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias, con un capítulo sobre este tema.

5.1.5. Diseño, con las autoridades educativas del país, del proceso de servicio social en demencias y establecimiento de las condiciones para su ejecución, por medio de convenios con las asociaciones civiles y grupos de apoyo.

5.1.6. Promoción de programas de estudio universitarios como Diplomados en Demencias, en SiCoPsi y en Trabajo Social Especializado, dirigidos a los médicos y a otros profesionales del área de la salud mental.

Metas

- Incremento del número de programas de enseñanza superior que incorporen contenidos sobre deterioro intelectual y demencias.
- Incremento de la cooperación interinstitucional en la formación de recursos para la atención del deterioro intelectual y demencias.
- Incremento en el acervo intelectual sobre la materia.

Línea de acción

5.2. Promoción y coordinación de programas de capacitación y actualización dirigidos al personal de la salud mental para fortalecer la calidad técnica e interpersonal en los servicios.

Acciones específicas

5.2.1. Diseño de cursos de capacitación con material actualizado y práctico al personal responsable de instrumentar las acciones del Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias, a nivel nacional, con énfasis en el primer nivel de atención.

5.2.2. Diseño de cursos de capacitación para el manejo integral del deterioro intelectual y las demencias, a nivel institucional y comunitario, inicialmente en cinco regiones donde se establecerán clínicas piloto de memoria.

5.2.3. Promoción del curso de SiCoPsi para mejorar la atención del paciente con demencia.

Estrategia

6. Comunicación social

La comunicación social es un instrumento fundamental para el desarrollo del Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias, para que pueda ser difundido tanto a la población en general así como a los trabajadores de la salud mental, utilizando los medios masivos de comunicación disponibles.

Línea de acción

6.1. Instrumentación de acciones en materia de comunicación social para sensibilizar a la comunidad en general así como al personal de la salud mental, sobre el tema del deterioro intelectual y las demencias.

Acciones específicas

6.1.1. Promover la participación de expertos en programas de televisión, radio y prensa nacional para la difusión de conocimiento sobre el tema del deterioro intelectual y demencias, dirigido al público en general.

6.1.2. Construcción de un sistema virtual de información y documentación en materia de deterioro intelectual y demencias.

6.1.3. Diseño y difusión de una página WEB de información con links dirigido a los centros de información mundial en el capítulo de deterioro intelectual y demencias.

6.6.1.4. Difusión del Día Mundial del Alzheimer, el 21 de septiembre de cada año, a través de los medios masivos de comunicación en el nivel nacional, tanto a la población en general como a los profesionales de la salud mental..

Metas

- Incremento del nivel de información de la población general sobre el tema de deterioro intelectual y demencias y sus alternativas de atención.

Estrategia

7. Cooperación internacional

El desarrollo de diversas acciones en investigación, formación de recursos y atención, requieren de promover la participación internacional para mejorar la posición de México en el ámbito internacional.

Línea de acción

7.1. Promover la colaboración con las diferentes organizaciones internacionales que tratan el problema de la demencia, por medio del establecimiento de compromisos bilaterales.

Acciones Específicas

7.1.1. Participación en foros institucionales destinados a la planeación de política pública en temas de atención integral y educación, en el capítulo de las demencias.

7.1.2. Integración de vínculos con la comunidad internacional para la educación al través de la PAHO, OMS, Naciones Unidas, la International Psychogeriatric Association y el Grupo de Montevideo.

7.1.3. Participación activa en los programas existentes de la International Psychogeriatric Association, la Asociación Latino-Americana de Psicogeriatría (Grupo Montevideo) y la Alzheimer Disease International de la ONU, la PAHO, la OMS.

7.1.4. Promoción de la distribución del material educativo existente entre países latinoamericanos.

7.1.5. Promoción para la publicación de un libro dirigido a los médicos generales y la guía de aplicación del SiCoPsi.

7.1.6. Diseño de la estructura y funcionamiento de la sección en declinación cognitiva, como parte del centro nacional de documentación en salud mental, con vinculación directa con organismos internacionales y con el centro de documentación latinoamericano.

Metas

- Incrementar los vínculos internacionales y la participación de México en eventos internacionales sobre la materia.

Estrategia

8. Normatividad y legislación

Preservar los derechos humanos y la dignidad de los pacientes y de sus familias es una de tareas fundamentales de los servicios de salud y requiere del consenso y participación comprometida de la sociedad y las instituciones

Línea de acción

8.1. Fortalecimiento del marco normativo y legislativo en materia de detección, prevención, tratamiento integral y promoción de la salud en pacientes con deterioro intelectual y demencias.

Acciones Específicas

- 8.1.1. Diseño e instrumentación de las propuestas de reforma legal necesarias de salud, en materia de atención al deterioro intelectual y demencias.
- 8.1.2. Establecimiento de las bases de colaboración entre la Secretaría de Salud y las entidades federativas basadas en el marco legal.
- 8.1.3. Revisión análisis y difusión de los derechos de los pacientes y de sus familiares, así como de la legislación existente
- 8.1.4. Revisión, análisis y difusión de los derechos y obligaciones de los proveedores de servicios de salud mental.
- 8.1.5. Promover la legislación para el tratamiento de pacientes con demencias, en cuanto a tratamiento voluntario, tratamiento no voluntario, corte de honor, interdicción, responsabilidad tutorial y de las autoridades ministeriales en pacientes incapacitados.
- 8.1.6. Participación en los Comités de normatividad en salud mental de la SSA en el campo del programa de deterioro intelectual y demencias.

Metas

- Incrementar el conocimiento sobre la legislación vigente en materia de atención al deterioro intelectual y demencias.
- Elaborar reglas de operación para la consulta externa, hospital de día, unidades geriátricas, asilos, etc.

Estrategia

9. Acciones para la coordinación del programa

En la atención de la salud mental la coordinación y colaboración entre instituciones y sociedad es indispensable para lograr optimizar los recursos, brindar una atención de mayor calidad y propiciar la solidaridad y corresponsabilidad.

9.1. Fortalecer la coordinación interinstitucional con el sector público, social y privado a nivel nacional, para la operación del Programa Específico de Demencias.

Acciones Específicas

9.1.1. Realización de un diagnóstico nacional de la situación en materia de atención al deterioro intelectual y demencias que incluya un inventario de los recursos físicos y humanos en los niveles locales.

9.1.2. Promoción para la vinculación y coordinación entre las instituciones del sector salud (ISSSTE, DIF, SSA, INSEN, etc.) y las asociaciones civiles (AMAES, FAEA, etc.) para establecer mecanismos de seguimiento al programa.

9.1.3. Creación de un sistema de información y comunicación entre las entidades federativas y la Secretaría de Salud a través de medios electrónicos para dar seguimiento a las acciones y metas planeadas en el Programa Específico de Demencias.

9.1.4. Instrumentación de los mecanismos de asesoría y desarrollo de las actividades del Programa en las entidades federativas y en coordinación con las organizaciones civiles.

9.1.5. Apoyo a las asociaciones civiles, tales como: AMAES, la Universidad de Alzheimer, etc., en cuanto a su papel educativo y de apoyo a la comunidad, en lo que respecta a los padecimientos demenciales, para la formación de unidades locales y ampliar el voluntariado.

9.1.6. Apoyo a la regionalización de AMAES, por medio de los representantes locales del Programa Específico de Demencia.

Metas

- Un estudio diagnóstico situacional a nivel nacional sobre los recursos para la atención del deterioro intelectual y las demencias.
- Designación de un representante local para la coordinación del programa a nivel nacional.

- Inicio o incremento de la cobertura de atención en las 32 entidades federativas.

Estrategia

10. Financiamiento

La atención del deterioro intelectual y de las demencias implican una importante carga económica para las familias por la cronicidad y tipo de cuidados que requieren los pacientes, por lo que es importante la búsqueda de mecanismos para protegerlas financieramente.

Línea de acción

10.1. Promoción para la creación de estructuras locales de financiamiento del programa en cada entidad.

Acciones específicas

10.1.1. Promover entre la población general la cultura de la protección financiera en materia de salud mental.

10.1.2. Promover la incorporación del Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias en la oferta futura de servicios del seguro popular

10.1.3. Integración del Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias al proceso de creación del Fideicomiso para apoyar a pacientes de bajos recursos con enfermedades mentales.

Metas

- Establecer una campaña permanente sobre protección financiera.
- Incorporar al seguro popular a los pacientes con deterioro intelectual y demencias y que no cuenten con servicios de seguridad social.

Capítulo VII

Seguimiento y evaluación

El seguimiento y la evaluación de las acciones dentro de un programa son los dos componentes básicos que cierran el ciclo de todo proceso de planeación y garantizan que las estrategias alcancen los objetivos propuestos, a la vez que permiten reorientarlos cuando las circunstancias así lo requieren; el seguimiento y la evaluación permiten contrastar lo hecho con lo que se planeó y programó hacer originalmente, lo que obliga a que ejecución y evaluación sean dos procesos que se llevan a cabo de manera paralela y se complementan uno al otro.

El PASM identifica tres componentes básicos del esquema integral de evaluación que, aplicados al Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias tendrán las siguientes características:

- a) Evaluación del desempeño. Una de las principales responsabilidades del CONADIC en materia de salud mental, consiste en medir el grado de cumplimiento de los objetivos y metas del Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias en cuanto a mejorar las condiciones de la población afectada, al prevenir, atender, rehabilitar y reintegrar a enfermos mentales a su comunidad, ofreciendo un trato adecuado y garantizando seguridad financiera; este componente mide el impacto de la estrategia en los cambios en la salud mental de la población.
- b) Evaluación de programa y servicios. Consiste en la evaluación de los objetivos intermedios, entendidos éstos como los instrumentos y procesos de la estrategia para alcanzar los objetivos finales de bienestar de la población en materia de salud mental. Este componente mide la efectividad de los programas desde la perspectiva de su operación y funcionamiento, así como la capacidad de contribuir a los objetivos finales de la estrategia en salud mental.
- c) Sistema Nacional de Indicadores. Consiste en índices de referencia seleccionados por su relevancia, estandarización, capacidad de reflejar claramente una situación y de establecer comparaciones, para lo cual se consideran tres tipos: cobertura, capacidad del

sistema y capacidad de los administradores. Este componente permite medir el desempeño del Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias en términos cuantitativos y de manera comparativa con otros índices, reflejando los niveles de efectividad de la estrategia independientemente de los resultados absolutos.

Además de estos indicadores, una de las líneas de acción de este Programa, es el diseño y aplicación de un conjunto de indicadores específicos para los servicios especializados tanto locales como otros derivados de compromisos internacionales

Evaluación del desempeño

Para la evaluación del desempeño del Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias se contempla un mecanismo paralelo de promoción del Programa e inicio del sistema de evaluación con un carácter gradual, a través del cual, a la vez que se promuevan e implanten los criterios técnicos y de servicios en materia de salud mental en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud Mental, se inicie un proceso de evaluación del impacto en la salud de la población. Tres meses después del inicio de la aplicación del modelo se recuperan los formatos de evaluación del impacto en la población, empezando a construir con esto un mecanismo de seguimiento evaluación que se repetirá tres meses después.

La información obtenida a través de los formatos estaría relacionada con la capacidad del Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias para lograr la reintegración de los pacientes con trastornos mentales, en diversos niveles de tratamiento y recuperación. Asociado a esto, se estarían evaluando también el desempeño del personal, a las instituciones de salud mental y el nivel de satisfacción del personal, por la vía de cuestionarios y entrevistas con familiares de pacientes, llevados a cabo por equipos de supervisión. Se estima que en el plazo de dos a tres años se tendrá información inicial suficiente para medir el impacto del Modelo Integral en Salud Mental.

Evaluación de programa y servicios

Para la evaluación de los programa y servicios se partirá de la definición de los programas operativos anuales, buscando que se incorporen acciones específicas sobre

promoción del Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias, seguimiento de su impacto, acciones en materia de capacitación, investigación, administración y ampliación de la infraestructura, formulación de Normatividad, coordinación interinstitucional y otros.

La evaluación de estas acciones, se llevará a cabo de acuerdo con las normas que para tal efecto se marcan en los mismos programas operativos y Normatividad presupuestal. Los resultados de la evaluación de programas y servicios, tendrán a su vez un impacto en la medición del desempeño en el inciso anterior, en cuanto a asignación de recursos y su correcta aplicación.

Sistema Nacional de Indicadores

De los indicadores identificados en el PNS, que permiten medir el impacto del Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias, se señalan a continuación aquellos que de manera directa se refieren a los propósitos de este Programa:

1. Índice de desempeño global del sistema de salud. Logro del sistema en cuanto a condiciones de salud mental, trato adecuado y protección financiera en relación de gasto efectuado.
2. Esperanza de vida productiva. Años que en promedio pueden vivir los hombres y mujeres con enfermedades mentales graves o discapacitantes una vez integrados a su comunidad.
3. Índice de trato adecuado. Capacidad de respuesta del Sistema de Salud Mental con respecto a dignidad, autonomía, confidencialidad, atención pronta, calidad, acceso a redes de apoyo y elección de proveedor.
4. Protección financiera. Porcentaje de familias que tuvieron gastos catastróficos para la atención de salud mental en un periodo determinado.
5. Abasto de los diez medicamentos esenciales. Porcentaje de unidades médicas especializadas que cuenta con un abasto mínimo del 90%.
6. Proyecto de coinversión en infraestructura publica en salud. Inversión en millones de pesos respecto a otras partidas presupuestales.

7. Certificación de unidades de salud. Porcentaje de unidades de salud mental certificadas respecto a otras variable.
8. Reuniones de las asambleas estatales y Nacional de Salud. Porcentaje de reuniones respecto a otras variables.

Para cada uno de estos índices se definirán los criterios y metodología para su captura, su periodicidad y fuentes, así como para su comparación y evaluación

BIBLIOGRAFIA

- 1) Albert SM, Del Castillo-Castaneda C, Sano M, et al. Quality of life in patients with Alzheimer's disease as reported by patient proxies. *J Am Geriatr Sc* (1996) **44**:1342-1347.
- 2) Alzheimer's disease as reported by patient proxies. *J Am Geriatr Sc* (1996) **44**: 1342-1347.
- 3) Alexopoulos, G. S. and R. C. Abrams (1991). "Depression in Alzheimer's disease". *Psychiatric Clinics of North America* **14**(2).
- 4) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. Washington DC: APA (1994).
- 5) Aronson, M.K. Patients and families: Impact and long-term management Implications. In M.K. Aronson (ed) *Understanding and coping with Alzheimer's Disease* 1988.
- 6) Barclay, L L., (1993) Vascular dementia. In LL Barclay (ed.) *Clinical Geriatric Neurology* Philadelphia: Lea and Febiger.
- 7) Bartol MA Nonverbal communication in patients with Alzheimer's Disease *Journal of Gerontological Nursing* 1979; 5: 21-31.
- 8) Baum CM, Edwards DF, Morrow-Howell N. Identification and measurements of productive behaviors in senile dementia of the Alzheimer type. *Gerontologist* (1993) **33**: 403-408.
- 9) Binetti, G., A. Padovani, et al. (1995). "Delusions and dementia: clinical and CT correlates." *Acta Neurol Scand* **91**(4): 271-5.
- 10) Blessed G, Tomlinson B E, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in cerebral gray matter of elderly subjects. *Br. J. Psychiatry* (1968) **114**; 797-811.
- 11) Bobinski M, Wegiel J. Tarnawski M., et al. Relationships between regional neuronal loss and neurofibrillary changes in the hippocampal formation and duration and severity of Alzheimer's disease. *J Neuropathol Exp Neurol* (1997) **56**: 414-420.
- 12) Bridges-Parlet, S., D. Knopman, et al. (1997). "Withdrawal of neuroleptic medications from institutionalized dementia patients: results of a double-blind, baseline-treatment-controlled pilot

study." *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* **10**(3): 119-26.

- 13) Brodarty H, Hadzi-Pavlovic D., Psychosocial effects on carers of living with persons with dementia. *Aust. NZ. Journal Psychiatry* 1990; 24: 351-361.
- 14) Burgio LD, Fisher SE Application of psychosocial interventions for treating behavioral and psychological symptoms of dementia. *International psychogeriatrics* 2000; 12 (suppl. 1): 351-358.
- 15) Burns A, Misidentifications. *Int. Psychogeriatrics* 1996; **8 (suppl 3)**: 393-397.
- 16) Burns A. Behavioral and psychological symptoms of dementia and caregiver burden.
- 17) Burns, A., Jacoby, r., and Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease III: Disorders of mood. *Brit. Journal of Psychiatry*. 1990; 157: 81-86.
- 18) Carswell A, Eastwood R. Activities of Daily Living, cognitive impairment and social function in community residents with Alzheimer's disease. *Can J Occup Ther* (1993) **60**: 130-136.
- 19) Chemerinski, E., G. Petracca, *et al.* (1998). "Prevalence and correlates of anxiety in Alzheimer's disease". *Depress Anxiety* 7 (4): 166-70.
- 20) Chemerinski, E., G. Petracca, *et al.* (1998). "Prevalence and correlates of aggressive behavior in Alzheimer's disease." *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* **10**(4): 421-5.
- 21) Cheston, R. and Bender, M. (1999) *Understanding Dementia. The Man with the Worried Eyes*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- 22) Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behavior in the elderly. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1986; 36: 711-721.
- 23) Cohen-Mansfield J., Marx MS, Rosental AS. A description of agitation in a nursing home. *J. Gerontology* 1989; 44: M77-M84.
- 24) Cohen-Mansfield, J. (1996). "Conceptualization of agitation: Results based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior Mapping Instrument." *International Psychogeriatrics* 8(Suppl 3).
- 25) Consensus Group. (1998). "Treatment of agitation in older persons with dementia." *Postgrad Med Spec* No: 1-88.

- 26) Cummings J.L., Vascular subcortical dementia: clinical aspects *Dementia* 1994; 5: 177-180.
- 27) Cummings, J.L., and Victoroff, J.L. Noncognitive neuropsychiatric syndromes in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology*. 1990; 13: 140-158.
- 28) De Deyn, P. P., K. Rabheru, *et al.* (1999). "A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia." *Neurology* 53(5): 946-955.
- 29) Deutch LH, Bylmsa FW, Rovner BW, *et.al.* Psychosis and physical aggression in probable Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry* 1994; 148: 1159-1163.
- 30) Devanand DP, Jacobs DM, Tang MX, *et.al.* The course of psychopathology in mild to moderate Alzheimers disease. *Archives Geriatric Psychiatry*, 1997; 54: 257-263.
- 31) Devanand, D. P., K. Marder, *et al.* (1998). "A randomized, placebo-controlled dose-comparison trial of haloperidol for psychosis and disruptive behaviors in Alzheimer's disease." *American Journal of Psychiatry* 155(11): 1512-20.
- 32) Dippel RL, Hutton JT. Caring for the Alzheimer Patient. (1996) Prometheus Books, New York, USA.
- 33) Dura JR, Stokenberg KW, Kiecolt-Galser JK. Anxiety and depressive disorders in adult children caring for demented parents *Psychol. Aging* 1991; 6: 467-473.
- 34) Eriksson, S. (1996). "Vascular dementia and Alzheimer's disease: should we be studying both within the same study?" *International Psychogeriatrics* 8(Suppl 3): 443-5; discussion 447-8.
- 35) Ferm L. Behavioral activities in demented geriatric patients. *Gerontol Clin* (1974) 16: 185-194.
- 36) Ferris SH, Mackell JA, Mohs R, *et al.* A multicenter evaluation of new treatment efficacy instruments for Alzheimer's disease clinical trials: overview and general results. *Alzheimer's Dis Assoc Disord* (1997) 11 (suppl 2) s1-s12.
- 37) Fiel, N. The Validation Breakthrough (1993). Health Professions Press Inc., Baltimore, Md. USA.
- 38) Finkel, S. I., J. Costa e Silva, *et al* (1996). "Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus

statement on current knowledge and implications for research and treatment." *International Psychogeriatrics* **8**(Suppl 3): 497-500.

- 39) Finkel, S. I., J. S. Lyons, *et al.* (1995). "A randomized, placebo-controlled trial of thiothixene in agitated, demented nursing home patients." *International Journal of Geriatric Psychiatry* **10**(2): 129-136.
- 40) Folsom, J.C. Reality orientation for the elderly mental patient. *Journal Geriatr. Psych.* 1968; 1: 291-307.
- 41) Folstein, MF, Folstein, SE, and McHugh, PR Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. of Psych. Research* 1975; 12:1989 – 1998.
- 42) Forstl, H., C. Besthorn, *et al.* (1994). "Delusional misidentification in Alzheimer's disease: a summary of clinical and biological aspects." *Psychopathology* **27**(3-5): 194-9.
- 43) Franssen E., Kluger A., Torossian C., *et al.* The neurologic syndrome of severe Alzheimer's disease: relationships to functional decline. *Arch Neurol* (1993) **50**: 1029-1039.
- 44) Franssen E., Reisberg B, Kluger A., *et al.* Cognitive Independent neurologic symptom in normal aging and probable Alzheimer's disease. *Arch Neurol* (1991) **48**: 148-154.
- 45) Galasko D, Edland SD, Morris JC, *et al.* The Consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD). Part XI. Clinical milestones in patients with Alzheimer's disease followed over 3 years. *Neurology* (1995) **45**: 1451-1455.
- 46) Gauthier L. Evolutive profile of activities of daily living (ADL) in individuals with definite Alzheimer's disease (AD). En: Research day program and Abstracts, McGill Centre for studies in Aging and the Bloomfeld Centre for research in Aging. (1988). 28.
- 47) GauthierL., Gauthier S. Assessment of functional changes in Alzheimer's disease. *Neuroepidemiology* (1990) **9**: 183-188.
- 48) Gelinas I, Gauthier S, Cyrus PA, *et al.* The efficacy of metrifonate in enhancing the ability of Alzheimer's disease patients to perform basic and instrumental activities of daily living. *Neurology*. (1998) **50**: A90-A91.
- 49) George LK, Gwyther LP. Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults *Gerontologist* 1986; 26: 253-259.

- 50) Gibb, WRG and Luthert PJ. Dementia in Parkinson's Disease and Lewy Body Disease. In A Burns and R Levy (eds.) *Dementia* 1994. London, Chapman and Hall.
- 51) Gilley, DW, Wilson RS, Beckett LA, Evans DA. Psychotic symptoms and physically aggressive behavior in Alzheimer's disease. *J. Am. Geriatric Soc.* 1997; 45: 1074-1079.
- 52) Gilley, D. W., R. S. Wilson, *et al.* (1997). "Psychotic symptoms and physically aggressive behavior in Alzheimer's disease." *Journal of the American Geriatrics Society* 45 (9): 1074-9.
- 53) Gormley, N. and M. R. Rizwan (1998). "Prevalence and clinical correlates of psychotic symptoms in Alzheimer's disease." *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13(6): 410-4.
- 54) Gottfries, C.-G. (1997). Depression and Alzheimer's disease. Alzheimer disease: From molecular biology to therapy. E. Robert E. Becker, E. Ezio Giacobini and *et al.*, Boston, MA, USA: 495-499.
- 55) Goudie, F., and Stokes, G. Dealing with confusion. *Nursing Times* 1989; Sept. 20th, 38.
- 56) Green CR, MohsRC, Schmeidler J, *et al.* Functional decline in Alzheimer's disease: a longitudinal study. *J Am Geriatr Soc* (1993) 41: 654-661.
- 57) Grossman, F. (1998). "A review of anticonvulsants in treating agitated demented elderly patients." *Pharmacotherapy* 18(3): 600-6.
- 58) Gruetzner, H. (1988) *Alzheimer's: A caregivers guide and sourcebook*. New York: Wiley.
- 59) Harwood, D. G., R. L. Ownby, *et al.* (1998). "The behavioral pathology in Alzheimer's Disease Scale (BEHAVE-AD): factor structure among community-dwelling Alzheimer's disease patients." *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13(11): 793-800.
- 60) Haupt, M. (1996). "Emotional lability, intrusiveness, and catastrophic reactions." *International Psychogeriatrics* 8(Suppl 3).
- 61) Haupt, M., M. Janner, *et al.* (1998). "Presentation and stability of noncognitive symptom patterns in patients with Alzheimer disease." *Alzheimer Dis Assoc Disord* 12(4): 323-9.

- 62) Herrmann, N. (1998). "Valproic acid treatment of agitation in dementia." *Can J Psychiatry* **43**(1): 69-72.
- 63) Hershey LA, JaffeDF, Greenough PG, et al. Validation of cognitive and functional assessment instruments in vascular dementia *Int J Psychiatry Med* (1987) **17**: 183-192.
- 64) Hirono, N., E. Mori, *et al.* (1998). "Alteration of regional cerebral glucose utilization with delusions in Alzheimer's disease." *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences* **10**(4): 433-9.
- 65) Hirono, N., E. Mori, *et al.* (1998). "Frontal lobe hypometabolism and depression in Alzheimer's disease." *Neurology* **50**(2): 380-3.
- 66) Hodges, J.R. (1994) Pick's disease. In *Dementia* A. Burns and R. Levy (eds.) London: Chapman and Hall.
- 67) Hodges, J.R., Patterson, K., Oxbury, S., and Funnell, E. Semantic dementia: progressive fluent aphasia with temporal lobe atrophy. *Brain* 1992; 115: 1786-806.
- 68) Holden, U.P. and Woods, R.T. (1988) Reality orientation: Psychological approaches to the confused elderly (2nd edn.) Edinburgh: Churchill Livingstone.
- 69) Holmes, C., M. J. Arranz, *et al.* (1998). "5-HT_{2A} and 5-HT_{2C} receptor polymorphisms and psychopathology in late onset Alzheimer's disease." *Hum Mol Genet* **7**(9): 1507-9.
- 70) Hope RA, Fairburn CG. The nature of wandering in dementia: a community-based study. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1990; 5: 239-245.
- 71) Hoyne, JB., Fallin, D., and Mullan, MJ. Research update in dementia. In SB Hoffman and M Kaplan (eds) *Special care programs for people with dementia*. Baltimore: Health Professions Press.
- 72) Jeste, D. V., E. Rockwell, *et al.* (1999). "Conventional vs. newer antipsychotics in elderly patients." *American Journal of Geriatric Psychiatry* **7**(1): 70-6.
- 73) Katz, DI., Alexander, MP., and Mandell, AM., Dementia following strokes in the mesencephalon and diencephalon. *Archives of Neurology* 1987; 44: 1127-1133.
- 74) Katz, I. R., D. V. Jeste, *et al.* (1999). "Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated

with dementia: a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group." *Journal of Clinical Psychiatry* **60**(2): 107-15.

- 75) Kaufer, D. I., J. L. Cummings, *et al.* (1996). "Effect of tacrine on behavioral symptoms in Alzheimer's disease: an open-label study." *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* **9**(1): 1-6.
- 76) Kumar V, Cameron AM, Amrein R. Experience with RIM-B Lazabemide in Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* (1998) **19**: S80.
- 77) Kunik, M. E., A. L. Snow-Turek, *et al.* (1999). "Contribution of psychosis and depression to behavioral disturbances in geropsychiatric inpatients with dementia." *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* **54**(3): M157-61.
- 78) Langland RM, Panicucci CL. Effects of touch on communication with elderly confused clients. *Journal of Gerontological Nursing* 1982; 8: 152-155.
- 79) Lauterbach, E. C., J. L. Cummings, *et al.* (1998). "Neuropsychiatric correlates and treatment of lenticulostriatal diseases: A review of the literature and overview of research opportunities in Huntington's, Wilson's, and Fahr's diseases: A report of the ANPA Committee on Research." *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences* **10**(3).
- 80) Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* (1969). **9**: 179-186.
- 81) Lehninger, F.W., Ravindran, V.L., and Stewart, J.T. Management strategies for problem behaviours in the patient with dementia. *Geriatrics*. 1998; 53: 55-56, 66-68, 71-75.
- 82) Levy ML, Cummings JL, Fairbanks LA *et al.* Longitudinal assessment of symptoms of depression, agitation and psychosis in 181 patients with Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry* 1996; **153**: 1438-1443.
- 83) Levy ML, Cummings JL, Fairbanks LA *et al.* Longitudinal assessment of symptoms of depression, agitation and psychosis in 181 patients with Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry* 1996; **153**: 1438-1443.
- 84) Levy, M. L., J. L. Cummings, *et al.* (1999). "Neuropsychiatric symptoms and cholinergic therapy for Alzheimer's disease". *Gerontology* **45**(Suppl 1): 15-22.

- 85) Lindau, M., O. Almkvist, *et al.* (1998). "Cognitive and behavioral differentiation of frontal lobe degeneration of the non-Alzheimer type and Alzheimer's disease". *Dement Geriatr Cogn Disord* **9**(4): 205-13.
- 86) Mace NL, Rabins PV. The 36-hour day (1991) Warner Books, New York, USA.
- 87) McKeith I, Fairbairn A, Perry R, *et al.* Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of the Lewy body type. *Brit. Med. J.* 1992; **305**: 673-678.
- 88) McKeith I, Fairbairn A, Perry R, *et al.* Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of the Lewy body type. *Brit. Med. J.* 1992; **305**: 673-678.
- 89) McKeith, I. (1994) The differential diagnosis of dementia. In *Dementia* A. Burns and R. Levy (eds.) London: Chapman Hall.
- 90) McKeith, I., A. Fairbairn, *et al.* (1992). "Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of Lewy body type [see comments]." *BMJ* (Clinical Research Ed.) **305**(6855): 673-8.
- 91) McKhann G, Drachman D, Folstein M, *et al.* Clinical Diagnosis of Alzheimer's Disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group Under the auspice of the Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* (1984) **34**: 393-394.
- 92) Mega, M. S., J. L. Cummings, *et al.* (1996). "The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease." *Neurology* **46**(1): 130-5.
- 93) Meins, W., A. Frey, *et al.* (1998). "Premorbid personality traits in Alzheimer's disease: do they predispose to noncognitive behavioral symptoms?" *International Psychogeriatrics* **10**(4): 369-78.
- 94) Mendez, M. F., K. M. Perryman, *et al.* (1997). "Compulsive behaviors as presenting symptoms of frontotemporal dementia." *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* **10**(4): 154-7.
- 95) Mendez, M. F., K. M. Perryman, *et al.* (1998). "Behavioral differences between frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: a comparison on the BEHAVE-AD rating scale." *International Psychogeriatrics* **10**(2): 155-62.
- 96) Miller, B. L., A. Darby, *et al.* (1997). "Aggressive, socially disruptive and antisocial behaviour associated with frontotemporal dementia." *Br J Psychiatry* **170**: 150-4.

- 97) Mittelman MS, Ferris SH, Steinberg G, et al. An intervention that delays institutionalization of Alzheimer's disease patients: treatment of spouse-caregivers. *Gerontologist* (1993) **33**: 730-740.
- 98) Mittelman MS. Effect of support and counseling on caregivers of patients with Alzheimer's disease. *International psychogeriatrics* 2000; 12 (suppl. 1): 341-346.
- 99) Morris, J. C., P. A. Cyrus, et al. (1998). "Metrifonate benefits cognitive, behavioral, and global function in patients with Alzheimer's disease [see comments]." *Neurology* **50**(5): 1222-30. New York: Charles Scribner's Sons.
- 100) Morrow, SL, Allen, SC and Campbell, BW. Enhancing quality of life in AIDS-related dementia. *Psychotherapy* 1997; 32:3. 324-332.
- 101) Morton, I. and Bleathman, C. Reality orientaiton: does it matter whether its Tuesday or Friday? *Nursing Times* (1988) 84(6): 25-7.
- 102) Nyth, A. L., C. G. Gottfries, et al. (1992). "A controlled multicenter clinical study of citalopram and placebo in elderly depressed patients with and without concomitant dementia." *Acta Psychiatr Scand* **86**(2): 138-45.
- 103) O'Donnell, B. F., D. A. Drachman, et al. (1992). "Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalization in dementia." *J Geriatr Psychiatry Neurol* **5**(1): 45-52.
- 104) Pollack R. (1988) Dealing with the emotional turmoil of Alzheimer's disease. In M.K. Aronson (ed.) *Understanding Alzheimer disease* New York: Charles Scribners Sons.
- 105) Reisberg B, Borenstein J, Franssen E, et.al. Remediable behavioral symptomatology in Alzheimer's Disease. *Hospital Community Psychiatry* 1986; **37**: 1199-1201.
- 106) Reisberg B, Borenstein J, Franssen E, et.al. Remediable behavioral symptomatology in Alzheimer's Disease. *Hospital Community Psychiatry* 1986; 37: 1199-1201.
- 107) Reisberg B, Ferris SH, Franssen E, et al. Mortality and temporal course of probable Alzheimer's disease: a five-year prospective study. *Int Psychogeriatr* (1996) **8**: 291-311.
- 108) Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, et al. The Global Detrioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* (1982) **139**: 623-629.

- 109) Reisberg B. Dementia: a systematic approach to identifying reversible causes. *Geriatrics* (1986) **16**: 185-194.
- 110) Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacol Bull* (1988) **24**: 653-659.
- 111) Reisberg, B., S. H. Ferris, *et al.* (1996). "Mortality and temporal course of probable Alzheimer's disease: A 5-year prospective study." *International Psychogeriatrics* **8**(2).
- 112) Resnikoff D y Anderson R. Manual de Instrucción en SiCopsi. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F. (2000)
- 113) Ross, G., Abbot, R.D., Petrovitch, H., Masaki, K.H., Murdaugh, C., Trockman, C., Curb, J.D., and White, L.R. Frequency and characteristics of silent dementia among elderly Japanese-American men: The Honolulu-Asia aging study. *Journal of the American Medical Association* (1997) **277**: 800-805.
- 114) Sano M, Ernesto C, Thomas RG, *et al.* A controlled trial of selegiline, alpha tocopherol, or both as treatment for Alzheimer's disease. *N. Eng J Med* (1997). **336**: 1216-1222.
- 115) Schneider, L. S., J. A. Severson, *et al.* (1988). "Platelet tritiated imipramine binding and MAO activity in Alzheimer's disease patients with agitation and delusions." *Psychiatry Res* **25**(3): 311-22.
- 116) Schneider, L. S., V. E. Pollock, *et al.* (1990). "A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia." *Journal of the American Geriatrics Society* **38**(5): 553-63.
- 117) Schulz R, O'Brien, AT, Bookwala J, *et al.* Psychiatric and physical morbidity effects of Alzheimer's Disease caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist* 1995; **35**: 771-791.
- 118) Sclan SG, Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's Disease, validity and ordenality. *Int. Psychogeriatr* (1992) **4**(Suppl 1): 55-69.
- 119) Shankle, W. R., K. A. Nielson, *et al.* (1995). "Low-dose propranolol reduces aggression and agitation resembling that associated with orbitofrontal dysfunction in elderly demented patients." *Alzheimer Dis Assoc Disord* **9**(4): 233-7.
- 120) Sheridan C, Failure-free activities for the Alzheimer's patient (1987) Cottage Books, San Francisco, USA.

- 121) Skurla E., Rogers JC., Sunderland T. Direct assessment of activities of daily living in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* (1988) **36**: 97-103.
- 122) Spiegel R. Brunner C, Ermini-Funfschilling D, et al. A new behavioral assessment scale out and in-patients: the NOSGER (Nurses Observation Scale for Geriatric Patients). *J Am Geriatr Soc* (1991) **39**: 339-347.
- 123) Sultzer, D. L., H. S. Levin, *et al.* (1993). "A comparison of psychiatric symptoms in vascular dementia and Alzheimer's disease." *American Journal of Psychiatry* **150**(12): 1806-12.
- 124) Sultzer, D. L., K. F. Gray, *et al.* (1997). "A double-blind comparison of trazodone and haloperidol for treatment of agitation in patients with dementia." *American Journal of Geriatric Psychiatry* **5**(1): 60-9.
- 125) Swearer JM. Behavioral disturbances in dementia In: Handbook of dementing illnesses. Morris JC (ed) New York; Marcel Decker, Inc. 1994.
- 126) Swearer JM. Behavioral disturbances in dementia In: Handbook of dementing illnesses. Morris JC (ed) New York; Marcel Decker, Inc. 1994.
- 127) Sweet, R. A., V. L. Nimgaonkar, *et al.* (1998). "Dopamine receptor genetic variation, psychosis, and aggression in Alzheimer disease." *Arch Neurol* **55**(10): 1335-40.
- 128) Tariot, P. N. and L. Blazina (1994). The psychopathology of dementia. Handbook of dementing illnesses. J. C. Morris. New York, Dekker: xxiii, 657.
- 129) Tariot, P. N., R. Erb, *et al.* (1998). "Efficacy and tolerability of carbamazepine for agitation and aggression in dementia." *American Journal of Psychiatry* **155**(1).
- 130) Teri L. Borson S. Kiyac HA, et al. Behavioral disturbance, cognitive dysfunction and functional skills. Prevalence and relationship with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* (1989) **37**: 109-116.
- 131) Teri, L. and D. Gallagher-Thompson (1991). "Cognitive-behavioral interventions for treatment of depression in Alzheimer's patients." *Gerontologist* **31**(3).
- 132) Teri, L., and Reifler, V.V., (1987) Depression and dementia. In L. Carstensen and B. Edelstein (eds.) Handbook of clinical gerontology. New York: Raven Press.

- 133) Teri, L., R. G. Logsdon, *et al.* (1997). "Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial." *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences & Social Sciences* 52(4).
- 134) Teunisse S, Derix MMA, Van Crevel H. Assessing the severity of dementia. Patient and caregiver. *Arch Neurol* (1991) 48: 274-277.
- 135) Tierney MC, Fisher RH, Lewis AJ, *et al.* The NINCDA-ADRDA Work group Criteria for the clinical diagnosis of probable Alzheimer's disease: a clinicopathologic study of 57 cases. *Neurology* (1988) 38: 359-364.
- 136) Turner, R. S., R. D. Chervin, *et al.* (1997). "Probable diffuse Lewy body disease presenting as REM sleep behavior disorder." *Neurology* 49(2): 523-7.
- 137) Van Reekum, R., Simard, M., Clark, D., Binns, M.A., and Conn, D. Late-life depression as a possible predictor of dementia. *Am.. J. Geriatric Psychiatry* 1999; 7: 151-159.
- 138) Villardita, C. Alzheimer's disease compared with cerebrovascular dementia. Neuropsychological similarities and differences. *Acta Neurologica Scandinavica* 1993; 87: 299-308.
- 139) Vitaliano PP, Russo J, Young HM. *Et al.* Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychol. Aging* 1991; 6: 392-402.
- 140) Weintraub S. The record of independent living. An informant-completed measure of activities of daily living and behavior in elderly patients with cognitive impairment. *Am J Alzheimer Care Relat Disord Res* (1986) 1: 35-39.
- 141) Wells, C.E. Pseudodementia. *A.m. J. Psychiatry.* 1979; 136: 895-900.
- 142) Whitehouse, P. J., M. B. Patterson, *et al.* (1996). "Hallucinations." *International Psychogeriatrics* 8(Suppl 3): 387-92.
- 143) Whitlatch CJ, Zarit SH, Von Eye A. Efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis. *Gerontologist* 1991; 31: 9-14.
- 144) Wragg RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry* 1989; 146: 577-587.
- 145) Wragg RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry* 1989; 146: 577-587.

- 146) Young, A. W., K. M. Leafhead, *et al.* (1994). "The Capgras and Cotard delusions." *Psychopathology* 27(3-5): 226-31.
- 147) Zarit SH, Todd PS, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist* 1986; 26:260-266.

Apéndices

MIEMBROS DEL COMITÉ CONSULTIVO ACADÉMICO DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE DETERIORO INTELECTUAL Y DEMENCIAS

Dr. David Resnikoff	Hospital American British Conwdray (ABC)
Dr. Luis Miguel Gutiérrez	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”
Dra. Ana Luisa Sosa	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”
Dr. Óscar Ugalde	Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”
Dra. Zoila Trujillo	Hospital “Gabriel Mancera” IMSS
Dra. Feggy Ostrowsky	Facultad de Psicología de la UNAM
Dr. Andrés Roche Bergúa	Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” SSA
Ing. Roberto de la Mora	Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A. C. AMAES
Lic. Claudia Salazar	Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, (AMAES) A. C.

**DIRECTORIO DE INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES QUE
ATIENDEN A PACIENTES CON DETERIORO INTELECTUAL Y
DEMENCIAS**

HOSPITALES

HOSPITAL REGIONAL ADOLFO LÓPEZ MATEOS

Aulas de enseñanza
Segundo miércoles de cada mes, 15:00 a 17:00 hr.
Av. Universidad y Río Churubusco
Col. Florida, C. P. 03100
Tel. 55 34 45 91

HOSPITAL REGIONAL GABRIEL MANCERA

Aula 4 del sótano de consulta externa
Último jueves de cada mes, 18:00
Gabriel Mancera No. 800
Esq. San Borja, Col. del Valle
Tel. 56 39 58 22

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA

Primer viernes de cada mes 12:00
Av. insurgentes Sur No. 3878
Tlalpan, C. P: 14269
Tel. 56 06 38 22 Ext. 1016

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

Cuarto miércoles de cada mes, 10:00
Periférico Sur No. 2905
Magdalena Contreras, C. P. 10200
Tel. 55 95 86 73 y 55 95 81 39

INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

Clínica de Geriatría
Vasco de Quiroga 15 Col. Sección XVV Tlalpan 14000
Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA MANUEL VELAZCO SUÁREZ

Clínica de Cognición Insurgentes Sur 3877 Col. La Fama
Tlalpan
Tel. 56 06 38 22
Dr. Enrique Otero Siliceo

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
Clínica de Envejecimiento
Periférico Sur No. 2905
Magdalena Contreras
Tel. 55 95 80 25 Ext. 152
Dr. Luis E. Sosa Guerra

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
Servicio de Geriátría
Av. Cuauhtémoc y Dr. Lucio
Dr. Armando Pichardo Fuster

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"
Unidad de Psicogeriatría
Calzada Sanbuenaventura s-n esquina con Niño de Jesús
Tlalpan
Tel. 55 73 15 00 ext. 147
Dr. Andres Roche Bergua

ASOCIACIONES

ASOCIACIÓN MEXICANA DE ALZHEIMER Y ENFERMEDADES
SIMILARES, A. C.
Insurgentes Sur No. 594-402
Tel. y fax 55 23 15 26

ASOCIACIÓN MEXICANA PARA EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES
NEUROVEGETATIVAS Y PLASTICIDAD CEREBRAL A.C.
Centro de Investigación y Estudios Avanzados Instituto Politécnico Nacional
Presidente fundador Dr. Raúl Mena
Tel. 57 47 70 00 Ext. 5129

ASOCIACIÓN MEXICANA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PER-
SONAS DE LA TERCERA EDAD (AMAITE)
Lunes a viernes de 9:00 a 15:00 hr.
Calle Niño Jesús s-n
Esq. Calz. de San Buenaventura cuarto piso
Tlalpan, C. P. 14000
Tel. 55 73 15 00

FONDO DE APOYO PARA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
Presidenta Sra. Cecilia Espinoza V.
Franz Hals 119 Col. Alfonso XIII
Tel. 55 63 72 92 fax 55 63 26 17

FUNDACIÓN ALZHEIMER ALGUIEN CON QUIEN CONTAR, IAP
Lunes a viernes, de 9:00 a 15:00
Div. del Norte No. 1044
Col. Narvarte
Tel. 55 75 83 20 y 56 75 83 23

GRUPOS DE APOYO

GRUPO DE APOYO HOSPITAL ADOLFO LÓPEZ MATEOS
Primer miércoles de cada mes 6:30 de la tarde
Coordinador responsable Lic. Lilia Mendoza

GRUPO DE APOYO CENTRO DE DÍA FRANCISCO ESPINOZA
Fondo de apoyo para la enfermedad del Alzheimer
Segundo jueves de cada mes 6:30 de la tarde
Coordinadora responsable Dra. Luz Esther Rangel

GRUPO DE AUTO-AYUDA "ECHEGARAY"
Asociación de colonos de Echegaray
Tercer martes de cada mes 6:30 de la tarde
Coordinación Ing. Roberto García de la Mora
Tel. 56 96 5516 y 55 45 86 28

GRUPO DE APOYO INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA
MANUEL VELAZCO SUÁREZ
Insurgentes Sur 3877 Col. La Fama
Tlalpan
Primer viernes de cada mes, 12:00 del día
Coordinadora Dra. Elisa Alonso

Abreviaturas y acrónimos

ADAS	Alzheimer Disease Assesment Scale
AMAES	Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares
BEHAVE- AD	Behaviural Asesment in Alzheimer's Desease
CDR	Clinical Dementia Rating
CERAD	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Desease
CIBI	Clinicias Impresion of Change
DSM-IV	Manual Diagnóstico y Estadística de los trastornos Mentales, cuarta edición
E. A.	Enfermedad de Alzheimer
EURODEM.	Grupo Europeo de Demencias
FAST	Funcional Assesment Scale
	Fondo de Apoyo para la Enfermedad de Alzheimer
FUNSALUD	Fundación Nacional para la Salud
GDS	Global Deterioration Scale
ICD-10	Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades
IDDD	Interview for Deterioration in Living Activities in Dementia
INN	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez"
INP	Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente"
LAWTON IADC	Lawton Instrumental Activities of Daily Living
MMSE	Examen Mínimo del Estado Mental de Folstein
NEUOPSI	Evaluación neuropsicológica
NIMH	National Institute of Mental Health Work Group
NINCDS-ADRDA	National Insititute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke/ Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
NPI	Neuropsychiatry Inventory
PASAM	Programa de Acción en Salud Mental
PEDID	Programa Especifico de Deterioro Intelectual y Demencias
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNS	Programa Nacional de Salud
RNM	Resonancia Magnética
SiCoPsi	Síntomas Conductuales y Psicológicos de las Demencias
SPECTsacn	Tomografía por emisión de protones únicos
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TMAE	

Glosario de términos

Acetilcolina. Sustancia química que permite la comunicación entre cierto grupo de células neuronales.

Cito esqueléticos. Estructura interna de la célula que mantiene su estabilidad física.

Cohortes. Grupos de estudio epidemiológicos paralelos en análisis de poblaciones.

Degeneración granulo vacuolar. Hallazgo microscópico de daño celular consistente en la aparición de material granuloso y ovoide.

Epidemiología. Estudio matemático de la aparición de cierto evento en la población para poder de lo particular llegar a lo general.

Etiología. Causa del fenómeno observado.

Fisiopatogenia. Eventos del funcionamiento biológico que explican la aparición de cierta patología.

Genotipo ApoE. Variación genética específica para un grupo de población que explica la presencia de cierto tipo de proteína (Alfa-Lipoproteína tipo E).

Hipoactivo. Actividad menor a la esperada.

Hipoperfusión. Perfusión o circulación en cierta área disminuida.

Inositol. Sustancia química utilizada en la medición de función celular por métodos radiológicos funcionales.

Marañas Neurofibrilares. Estructural interiores de la célula neuronal anormales que afectan su estructura física.

N-acetyl-aspartato. Sustancia química utilizada en la medición de función celular por métodos radiológicos funcionales.

Meta-análisis. Estudio estadístico que acumula datos de varias fuentes de investigación para llegar a conclusiones generales.

Norepinefrina. Sustancia química que permite la comunicación entre cierto grupo de células neuronales.

^{99m}Tc- NAPO. Sustancia radioactiva utilizada en estudios para analizar la función cerebral.

Ovillos neurofibrilares. Sinónimo de marañas neurofibrilares.

Patognomónicos. Se refiere a eventos que son específicos a una patología.

Placas seniles. Manifestaciones microscópicas de la patología cerebral consistentes de sustancias anormales de tipo amiloide

Proteína beta-amiloide (A4). Sustancia de tipo proteico anormal que forma la estructura básica de las placas seniles.