

República de Cuba  
Ministerio de Salud Pública  
Departamento Nacional de Adulto Mayor, Asistencia  
Social y Salud Mental  
Centro de estudios de Alzheimer

# Estrategia Cubana para la enfermedad de Alzheimer y los síndromes demenciales.

"La demencia, un problema de todos."



## Índice

Capítulo	Tema	Página
Capítulo I	Introducción	3
Capítulo II	La atención primaria y secundaria	11
Capítulo III	Implementación de una estrategia nacional para el manejo de la demencia	16
Capítulo IV	Vulnerabilidades jurídicas en la atención al paciente con demencia	24
Capítulo V	Superación profesional	29
Capítulo VI	Investigación	30
Capítulo VII	Prevención	32
	Plan de Acción	36
	Evaluación de los resultados	40
	Bibliografía	43

### Instituciones participantes

Departamento de atención al adulto mayor, asistencia social y salud mental del Ministerio de Salud Pública, Sección de Biomedicina de la Academia de Ciencias de Cuba, Sección Cubana de Alzheimer, Sociedad de Neurociencias de Cuba, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Centro de Estudios de Alzheimer, Centro de Investigaciones sobre "Envejecimiento, Longevidad y Salud" (CITED), Escuela Nacional de Salud Pública, Servicio de Geriátrica del Hospital Salvador Allende, Hospital Hermanos Ameijeiras, Instituto Nacional de Neurología Dr. Rafael Estrada, Centro de Neurociencias de Cuba, Centro Nacional de Genética Médica, Atención Primaria de Salud, Departamento Jurídico del MINSAP. Departamento de Seguridad Social del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social Grupo de investigación en Demencias 10/66.

## Capítulo I

### Introducción

#### La importancia de una estrategia nacional en demencias.

Cuba es un país en vías de desarrollo con indicadores de salud similares a los de países desarrollados y con un rápido envejecimiento de su población total, con un 18,3 % de su población que supera los 60 años y una esperanza de vida al nacer de 77.97 años, (76 años para los hombres y 80.02 para las mujeres) y de 22.09 años a los 60 años y 8.8 años más a los 80 años. Se estima que para el año 2020 Cuba se convertirá en el país de Latinoamérica con mayor proporción de adultos mayores (25% de la población con 60 años y más de edad<sup>1</sup>.

Las demencias en general y la enfermedad de Alzheimer en particular, se han convertido en un problema creciente en el orden médico, social, económico y fundamentalmente humano en los países con una elevada esperanza de vida. La demencia es la primera causa de discapacidad en adultos mayores, y es la mayor contribuyente de dependencia, necesidades de cuidado, sobrecarga económica y estrés psicológico en el cuidador<sup>2</sup>.

Los costos del cuidado de las demencias en el 2010 se estimaron en 604 billones de dólares anuales a escala mundial, más del 1% del producto interno bruto (GDP). Estos enormes costos que producen las demencias y el reto que representa el incremento del número de adultos mayores, producirán un cambio dramático en los sistemas de cuidado en todo el mundo.<sup>3</sup>

En Cuba, el costo anual estimado en costos directos e indirectos es de 782.7 millones de dólares, distribuidos entre cuidados informales, costos médicos directos y cuidados sociales<sup>4</sup>. Sin embargo, el mayor costo de las demencias es su costo humano cuyas dimensiones son inestimables.

En Cuba de acuerdo con las investigaciones realizadas sobre su prevalencia, se estima una cifra de 150 000 personas con enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia, cifra que alcanzara 273 000 personas en el año 2030. Sin una intervención efectiva, es decir si no se logra una cura para esta enfermedad en los próximos años, el número de cubanos con demencia se incrementará en 2.3 veces para el 2040, es decir a 300 000 personas con demencia, lo que significa el 2.7 % de la población cubana. Anualmente se añaden 28 570 casos nuevos (incidentes), es decir, que en los próximos 30 años, la demanda de cuidados a largo plazo para personas con demencia se incrementará en 10 veces las necesidades actuales.<sup>5 6</sup>

Las familias y los cuidadores sufren las mayores consecuencias psicológicas, físicas, sociales y financieras adversas de las demencias, que incluyen elevados niveles de

ansiedad y depresión, afectación de su salud física, y de sus finanzas, directa (por ejemplo, costos de los medicamentos) e indirecta (por ejemplo, pago de servicios, entre estos a otras personas por el cuidado) .



Los cuidadores son cruciales para evitar el internamiento y mantener a las personas con demencia en la comunidad, por lo que los familiares constituyen la piedra angular del sistema de cuidados y soporte en todas las regiones del mundo. Cuando no existe el cuidador, o este no puede asumir el cuidado por estrés o enfermedad física, las probabilidades de ingreso del paciente en una institución, se incrementan exponencialmente.

Ante este problema de salud que puede considerarse como una epidemia mundial, es necesario unificar criterios para dirigir correctamente las acciones, es por eso que se impone la necesidad de conformar una estrategia de trabajo nacional con la participación intersectorial como documentos rectores para la práctica clínica y la participación de la comunidad científica, la familia y la sociedad. Está bien establecido que las estrategias y guías clínicas son de utilidad para mejorar los indicadores sanitarios, aumentando la capacitación del personal de la salud con la generalización del conocimiento teórico para la toma de decisiones basadas en la evidencia<sup>7 8</sup>, ayudan a los decisores a organizar el trabajo de forma más racional y económica. Finalmente incrementan el nivel de información de la población en materia de salud, son muy necesarias en la docencia de pre y postgrado orientando hacia nuevas áreas de investigación científica.

En el año 2012 la Organización Mundial de la Salud y la Asociación de Alzheimer International (Alzheimer Disease International ADI)<sup>9,7</sup> convocó a todos los gobiernos a

considerar la demencia como un problema priorizado de salud mundial<sup>10</sup>, redoblando sus esfuerzos en sumar personas en la gran campaña: "Conviviendo Juntos", para romper el estigma con la demencia. Muchos países desarrollados y en vías de desarrollo han trazado sus estrategias<sup>11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24</sup> para enfrentar tan gigantesco reto. En nuestro país el tema del envejecimiento poblacional ha sido una preocupación del Partido y el estado, así consta en el lineamiento 144 de la política económica del estado el cual es un objetivo priorizado, con un seguimiento especial. En este contexto la Sección Cubana de Alzheimer en coordinación con la Dirección Nacional de Adulto Mayor convocó a diversos especialistas de los niveles de atención primario, secundario y terciario del Ministerio de Salud Pública, de la Sección de Biomedicina de la Academia de Ciencias de Cuba, del Polo Científico y las Sociedades del Consejo Nacional de Sociedades Científicas de Cuba en la elaboración de una Estrategia Nacional de acciones generales que puestos a disposición del Ministerio de Salud Pública permitan establecer una estrategia dirigida a mejorar la atención integral de los pacientes con demencias y sus familias.

### **Epidemiología de las demencias.**

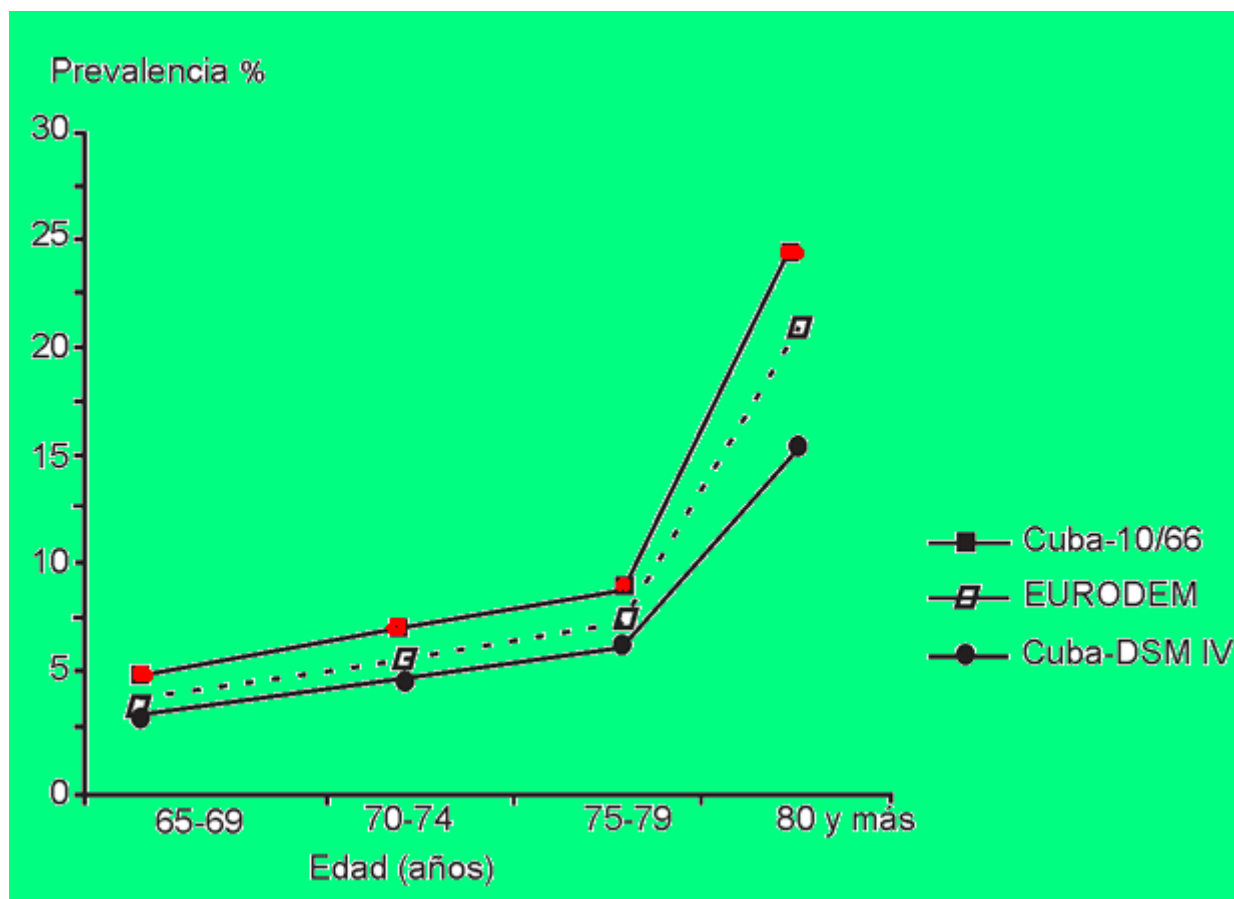
De acuerdo con estimados recientes (basados en revisiones sistemáticas de datos de prevalencia y un consenso de expertos), se calculan 38 millones de personas que sufren de demencia en todo el mundo, con 4.6 millones de nuevos casos anualmente (similar a la incidencia anual de ictus no fatal)<sup>25</sup>. Esta cifra se duplicará cada 20 años hasta alcanzar los 80 millones de personas con demencia en el año 2040 en todo el mundo, incremento que será más marcado en las regiones en vías de desarrollo que en las regiones desarrolladas.

El crecimiento en el número de personas con demencia entre el año 2000 y el 2020 será de un 120% en América Latina, por lo que sobrepasará al de cualquier otra región del mundo. De 2 millones de personas con demencia en América Latina en la actualidad la cifra se incrementará a 4.1 millones para el 2020 y 9.1 millones en el 2040, es decir será similar al de Norteamérica.

En Cuba la prevalencia de síndrome demencial oscila entre 6.4 y 10.2 % en la población de 65 años y más, con un predominio en el sexo femenino, constituyendo la enfermedad de Alzheimer su causa más frecuente seguida por las demencias vasculares<sup>26 27</sup>. Si tenemos en cuenta el acelerado envejecimiento de la población cubana se estima en el

año 2013 una cifra de 150 000 personas con enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia, cifra que alcanzará las 421 000 personas para el año 2050.

Prevalencia de demencia según la edad, al comparar los diagnósticos de demencia 10/66 y DSM IV en el estudio cubano con la prevalencia de demencia según los criterios del DSM IV en el estudio EURODEM.



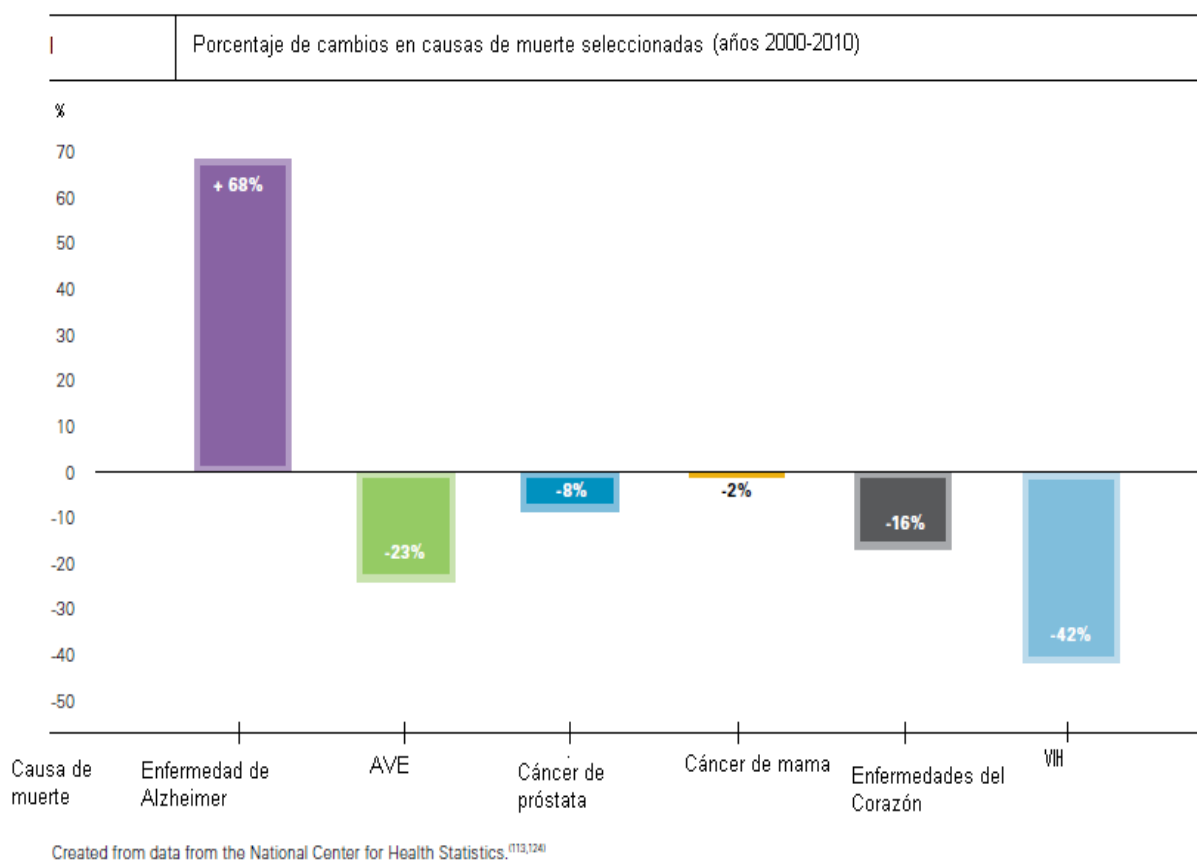
Fuente: Libro Demencias y enfermedad de Alzheimer en la población cubana. Ciudad Habana. Editorial Científico-Técnica, 2008. ISBN. 978-959-05-0544-7.

El estudio longitudinal prospectivo sobre envejecimiento y Alzheimer realizado en La Habana y Matanzas, con un periodo de seguimiento de 4.1 años en personas de 65 años y más mostró una incidencia de demencia de 21.2 por 1000 personas/año, asociándose la demencia a diversos factores de riesgo, en particular edad avanzada, ictus, ser portador de uno o dos alelos de la apolipoproteína E4 un marcador de susceptibilidad, signos de Parkinsonismo, menor nivel educacional y Deterioro Cognitivo Leve<sup>28</sup>. La incidencia de demencia encontrada en este estudio fue muy similar a la reportada por el Estudio Canadiense de Envejecimiento y Salud, el más extenso de los estudios longitudinales realizado en adultos de 65 años y más en el mundo, que reportó una tasa de incidencia anual de 21.8 por 1000 para las mujeres y 19.1 por 1000 para los hombres<sup>29</sup> y

ligeramente superior a la reportada por el Reino Unido en el Estudio de Envejecimiento y Función Cognitiva (CFAS).<sup>30</sup>

De acuerdo con estos resultados estimamos en 28 750 nuevos casos de demencia por año en Cuba. De mantenerse estas proyecciones, el número de casos nuevos de 65 años y más con demencia se incrementará en 2.5 veces para el 2040, es decir, de 28 670 casos nuevos por año o un caso nuevo cada 5 minutos a 71 675 casos nuevos por año o un caso nuevo cada 3 minutos en el 2040.

La enfermedad de Alzheimer es la sexta causa de muerte en los países desarrollados, una de cada tres personas de 65 años y más fallece de enfermedad de Alzheimer u otra forma de demencia. Mientras que la mortalidad por las enfermedades del corazón y el ictus, continúan decreciendo significativamente en los países desarrollados, la enfermedad de Alzheimer, se incrementó en un 68 por ciento entre el 2000-2010 [Alzheimer Report 2013 USA]. En Cuba la enfermedad de Alzheimer ocupa este mismo lugar según el Anuario Estadístico de Salud del 2011 con una tasa de 31.4 por 1000 para todas las edades<sup>31</sup>, a pesar de existir a nuestro juicio un sub registro en su notificación en los certificados de defunción, en su diagnóstico clínico e histopatológico en las necropsias:



Fuente: Mortality Alzheimer's Association, 2013 Alzheimer's Disease Facts and Figures, *Alzheimer's & Dementia*, Volume 9, Issue 2 p 25

**Tabla Mortalidad según 35 primeras causas de muerte. Ambos sexos.**

<b>Enfermedades</b>	<b>Tasa 2010</b>	<b>Tasa 2011</b>	<b>Tasa 2012</b>
<b>Tumores malignos</b>	117.7	113.6	117.5
<b>Enfermedades del corazón</b>	113.9	103.7	104.5
<b>Enfermedades cerebro vasculares</b>	45.9	39,8	41.5
<b>Influenza y neumonía</b>	25.5	22.1	23.6
<b>Accidentes</b>	21.7	24.4	25.2
<b>Enfermedades crónicas de las vías respiratorias Inferiores</b>	16.1	17.2	16.7
<b>Demencia y enfermedad de Alzheimer</b>	15.0	13.7	14.1

Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Anuario Estadístico de la salud 2011 y 2012. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de salud. La Habana, 2013 pag 41.

En el estudio longitudinal envejecimiento y Alzheimer en la población cubana la mortalidad en personas con demencia fue de 195.5 personas-año, con una razón de riesgo para mortalidad ajustada para edad y sexo (HR) de 3.20 (IC 95% 2.61-3.92) comparada con personas sin demencia (5,28).

La demencia, el ictus y la depresión , enfermedades que afectan el cerebro y la salud mental, son, conjuntamente, con la artritis, el principal contribuyente a discapacidad y dependencia entre los adultos mayores ; sin embargo, estas condiciones reciben una menor prioridad que las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, que tienen un mayor impacto en la mortalidad.

La demencia es el mayor contribuyente en las personas de 60 años o más, al indicador de años vividos con discapacidad con 11.2%, en una proporción mayor que la enfermedad cerebro vascular (9.5%), las enfermedades músculo esqueléticas (8.9%), la enfermedad cardiovascular (5.0%) y el cáncer (2.4%) , siendo responsable de un costo económico de 600 billones de USD en todo el mundo, equivalente al 1% del GD , si bien dos tercios de estos costos ocurren en los países desarrollados donde viven un tercio de las personas con demencia .

En la región de las Américas los costos totales estimados para las demencias son de 236 billones de dólares, sin embargo, sólo el 11% de estos costos (23 billones de dólares)



corresponden a América Latina y el Caribe, donde viven cerca del 44% de las personas con demencias.

Los costos se relacionan fundamentalmente con los cuidados informales, así como los costos directos derivados de los cuidados sociales, (proporcionados por cuidadores formales y profesionales en la comunidad, centros de día y hogares de ancianos), del tratamiento, cuidados médicos de las demencias y la co-morbilidad asociada en los diferentes niveles de atención médica.

La demencia, es a menudo un problema escondido, no se habla de ella o se ignora en momentos en que las personas enfermas, y aquellos que los cuidan, están en más necesidad de apoyo de sus familiares, sus amigos y sus comunidades.

La atención comunitaria constituye el primer recurso en la provisión de servicios a las personas que los necesitan, además las personas de edad avanzada prefieren permanecer dentro de ella el mayor tiempo posible, por lo que no deben ser privadas de la oportunidad de beneficiarse con los servicios comunitarios.

La familia cubana muchas veces afronta dificultades como viviendas con condiciones arquitectónicas inadecuadas para los ancianos, poca experiencia en ofertar cuidados a largo plazo para este tipo de enfermedad algunas necesidades materiales, por lo que no puede enfrentar por si sola tan inmenso reto, sin el apoyo de programas y servicios de la sociedad.

Existen algunas barreras con respecto al manejo del anciano con discapacidad mental en el medio comunitario, entre ellas están:

- Bajo diagnóstico de los síndromes demenciales.
- Escasa preparación de los profesionales de la salud con respecto a la demencia y el manejo de este paciente, esto se refleja con demasiada frecuencia en normas insatisfactorias de diagnóstico, tratamiento y atención a los pacientes con trastornos demenciales.

Sin embargo, el país dispone de una atención primaria donde se realizan acciones de salud de promoción y prevención fundamentalmente, a través del plan médico y enfermera de la familia se atiende por cada consultorio de 550 a 650 habitantes, este plan en La Habana abarca el 100% y en el resto del país de 97.6% de la población lo que nos facilita la atención médica comunitaria.

## **Objetivos de la estrategia**

- ✓ Proponer y mantener un Plan nacional que ayude a brindar una mejor atención a los pacientes con Alzheimer y sus familiares.
- ✓ Proporcionar una estrategia útil al personal médico, paramédico, organizaciones sociales y decisores en salud para su trabajo en equipo al enfrentar esta enfermedad.
- ✓ Coordinar la participación intersectorial en el manejo de las demencias.
- ✓ Propiciar el diagnóstico temprano de los pacientes con deterioro cognitivo y síndromes demenciales.
- ✓ Reducir el estigma hacia la demencia
- ✓ Incrementar la superación profesional en el personal involucrado en la atención de pacientes dementes
- ✓ Fomentar la investigación básica, clínica y epidemiológica en las demencias.
- ✓ Incrementar la calidad en el manejo y tratamiento de las demencias.
- ✓ Brindar una herramienta de instrumentos jurídicos útiles a los profesionales, los pacientes y sus familias.

## **Capítulo II Funciones de las unidades organizativas**

### **2.1 La atención primaria de salud (APS).**

#### **El Médico y la enfermera de la familia.<sup>32</sup>**

El equipo de atención primaria constituye la puerta de entrada para la mayoría de los pacientes. Ellos son el eslabón fundamental y sus funciones pueden resumirse en:

1. Buscar sistemáticamente los trastornos de memoria en el anciano, dentro del examen periódico de salud del adulto mayor para su interconsulta con el especialista en medicina interna y el geriatra como caso de riesgo.
2. La dispensarización de los pacientes con demencia en su área de acción (consultorios) estableciendo un sistema de visitas periódicas cada cuatro meses dirigidos a evaluar la evolución, tratar las complicaciones relacionadas con la enfermedad, así como el apoyo a la familia y el cuidador crucial.
3. Valorar con psicología al cuidador o familia del anciano.
4. Si existen dudas diagnósticas sobre la presencia del síndrome se debe reevaluar la función cognitiva a los seis meses conjuntamente por el GBT.
5. Ejecutar acciones de rehabilitación en la comunidad en coordinación con los Centros de Rehabilitación Integral de las áreas de salud.

6. Realizar un seguimiento del paciente demente cada tres meses por el médico de familia y el GBT en conjunto, evaluando el deterioro cognitivo, la respuesta al tratamiento, la aparición de complicaciones y su capacidad funcional.
7. Mediante charlas educativas el equipo médico de salud informará a los cuidadores y familias temas referentes a la enfermedad, su alimentación, vestuario, profilaxis de las úlceras por presión y otras complicaciones, adaptaciones en el hogar y todo aquello que se considere necesario.
8. Incorporar a los ancianos dementes a las actividades sociales, recreativas y culturales en la comunidad.
9. Garantizar que reciban atención médica especializada en caso de necesitarla.
10. Trabajar conjuntamente con los consejos populares, la trabajadora social y otros órganos correspondientes para buscar soluciones locales a los problemas sociales detectadas en el anciano demente.

### **El Grupo Básico de Trabajo GBT**

El Grupo Básico de Trabajo, integrado por un médico especialista con entrenamiento en geriatría trabajando conjuntamente con una enfermera, psicólogo y trabajadora social, tendrá entre sus funciones:

1. La evaluación de los pacientes de 60 años o más con trastornos de memoria remitidos por el médico de la familia.
2. Impartir programas psicoeducativos dirigidos a la familia en la comunidad, así como la creación de los grupos de apoyo y autoayuda, como vías no formales de atención a los pacientes y familiares, en colaboración con los centros de salud mental municipales.
3. El diagnóstico de la causa probable del síndrome demencial, su estadificación según severidad y su seguimiento.
4. La remisión al nivel secundario de los pacientes con demencias en estadio inicial a moderado así como aquellos pacientes de reciente aparición de trastornos cognitivos, en los cuales existan dudas diagnósticas acerca del diagnóstico positivo, diferencial y de la etiología del síndrome demencial, el tratamiento de los síntomas conductuales o el empleo de fármacos específicos.
5. La visita domiciliaria a los pacientes con demencia en estadios avanzados a solicitud del médico de familia.
6. El diagnóstico y manejo adecuado de ancianos frágiles, deprimidos, con anemia, enfermedades crónicas vasculares u otras condiciones predisponentes o relacionadas con los síndromes demenciales.

7. Los pacientes con demencias en estadio severo o aquellos que estén postrados deberán ser visitados por la enfermera y médico de la familia, con una frecuencia trimestral brindando orientaciones acerca de la atención domiciliaria al enfermo y de apoyo a las familias.

En las condiciones actuales debido a la necesaria reorganización de los servicios, las interconsultas de geriatría se realizarán por el geriatra del hospital que acuda cada área de salud, unido al psicólogo y defectólogo del área.



### **Los Centros comunitarios de salud mental<sup>33</sup>.**

Los servicios comunitarios de salud mental, ubicados en la APS tienen también un papel importante en la atención a las demencias contribuyendo al diagnóstico etiológico,

tratamiento en caso de aparición de síntomas psicológicos y conductuales graves, apoyo a las familias aportando además con su práctica junto a los diferentes profesionales, una atención coordinada, integrada y multidisciplinar a las personas afectadas de demencia de la misma manera que se realiza en los equipos de atención gerontológica.

Los CCSM deben participar de forma coordinada con los GBT en la atención de pacientes con demencia, en particular en el manejo de los síntomas conductuales y de actividades grupales y de estimulación cognitiva, así como la creación de grupos de autoayuda y programas psicoeducativos.

### **Las consultas municipales de memoria**

Teniendo en cuenta que el abordaje de los enfermos con quejas de la memoria debe realizarse desde la comunidad y la lejanía de ciertos municipios a sus hospitales de referencia, donde no siempre encontrarán salas de Geriatría, se impone la necesidad de tener consultas municipales de memoria de referencia para los GBT y los equipos básicos de salud. Estas pueden estar integradas por un médico especialista o con entrenamiento en geriatría, una enfermera, psicólogo, psiquiatra, defectólogo y trabajadora social del propio municipio que brinden sus servicios con una frecuencia semanal. Constituirán un centro de referencia para los GBT.

### **Ventajas de las consultas municipales.**

Disminuyen el costo económico y humano ya que el familiar no tiene que desplazarse al menos en etapas iniciales hasta hospitales

Cuenta con asesoría y disponibilidad permanente en el área de salud de especialistas adiestrados en ese tema.

No implica la creación de nuevas plazas al utilizar los propios especialistas del área.

A través de esta consulta municipal se coordinan cursos de superación para personal médico y paramédico relacionado con el tema de memoria, demencia y envejecimiento.

Se puede brindar estimulación cognitiva y crear escuelas de cuidadores.

### **Los Servicios de Rehabilitación Integral de las Áreas de Salud.**

Los servicios de Rehabilitación Integral de la Atención Primaria de Salud constituyen el principal escenario para la rehabilitación del anciano en la comunidad, cuentan con el personal y equipamiento necesario para mejorar la calidad de vida, restablecer la disminución de las funciones en los ancianos, lograr un mejor desempeño en las actividades de la vida diaria, mejorar las funciones físicas, intelectuales y psicológicas.<sup>34 35</sup>

Estos departamentos brindan tipos de tratamiento: Uso de agentes físicos, Acupuntura, Kinesioterapia, Masoterapia, Terapia ocupacional. Es preciso lograr entrenamiento de los técnicos

en los aspectos de la rehabilitación relacionados la demencia, como lo es la estimulación cognitiva, como parte de la política del MINSAP de la geriatrización de los servicios.

Los pacientes con demencias leves a moderadas, una vez evaluados en el GBT, deberán ser remitidos para su evaluación por el especialista en rehabilitación del área de salud, para mejorar sus funciones motrices y desarrollar actividades de estimulación cognitiva.

Los pacientes con demencias severas o postrados serán visitados por el especialista en MGI y el especialista de medicina interna del área, los cuales decidirán si necesitan la utilización de este servicio para solicitar la valoración del especialista en medicina física y rehabilitación.

### **Centros de cuidados diurnos para la atención a los pacientes con deterioro cognitivo y demencia.**

La casa de abuelos en nuestro país sería el equivalente de lo que en otros países denominan centros de cuidados diurnos<sup>36</sup>. Su nombre fue elegido por los propios adultos mayores y se ha respetado su decisión porque además de ser un centro de cuidados, es el lugar que tienen estas personas para socializarse y compartir actividades. En este caso constaría con trabajadora social, terapeuta ocupacional, auxiliar de cocina, enfermera y una asistente a pacientes. Sus principales funciones son:

Rehabilitación de funciones motoras

Rehabilitación de funciones cognoscitivas

Rehabilitación del estado emocional, psicológico y social

Rehabilitación y uso de ayudas técnicas

Terapias de grupos

Podología

Ventajas de este sistema de atención:

Incluir en el sistema de atención comunitaria a los adultos mayores demenciados leves y moderados.

Ayudar a solucionar los problemas de los Adultos Mayores y sus familiares que confrontan necesidad de supervisión constante.

Se logra retardar la discapacidad cognitiva de los Adultos Mayores Afectados por demencias.

Mayor resolutivez comunitaria en la atención.

Disminuir el índice de carga de sus cuidadores

Disminuir el abandono de actividades laborales para dedicarse al cuidado de sus familiares

Disminuir las necesidades de institucionalización de los adultos mayores.

## **Hogares de ancianos**

Tratar de que los pacientes sean atendidos en su seno familiar debe ser un propósito a seguir, debido a que sus seres queridos pueden brindar una mayor comprensión y cuidado teniendo en cuenta que el paciente va a permanecer en un medio que le es familiar, pero el hogar de ancianos es una institución muy necesaria para aquellos pacientes que no tengan cuidadores o cuando se ha deteriorado mucho la dinámica familiar con afectación de la salud de las personas que le brindan cuidados. Estas instituciones necesitan que el personal este entrenado para la atención de adultos mayores con trastornos de memoria que afecten su validismo, que sean suficientes en número, y con entornos favorables para discapacitados.

Los hogares de ancianos servirán como unidades de respiro ante la enfermedad o marcada sobrecarga del cuidador.

### **Trabajadores sociales:**

Deben estar integrados a los grupos básicos de trabajo en el área de salud, nivel hospitalario y otras instituciones. Deben conocer la problemática que afecta a los pacientes con demencia y sus familiares para poder responder a sus demandas, brindando apoyo a los cuidadores, velar por el tratamiento especializado al enfermo que requiere ser institucionalizado, facilitar sus prestaciones para darle adecuado cuidado a los cuidadores y evitar así las hospitalizaciones.

El trabajador social tramita la solicitud de incorporación a los hogares de ancianos y es quien conforma la documentación necesaria al respecto.

El trabajador social unido al psicólogo, debe estar capacitado para ofrecer intervenciones psicoeducativas, y de soporte psicológico a las familias afectadas para disminuir la carga psicológica y física de atender a una persona demente y permitir que el enfermo permanezca en su medio.

## **2.2 Atención al paciente con demencia y su familia en el nivel de asistencia médica secundaria.**

El subtipo de demencia y su etiología puede sospecharse en la atención primaria de salud (APS) pero aproximadamente en un tercio se necesitará su confirmación en la Atención Especializada en Demencias, que se brinda en las consultas de memoria de la atención secundaria, los servicios de geriatría y neurología de hospitales así como el Centro de Investigaciones sobre "Envejecimiento, Longevidad y Salud" (CITED), otro aporte

importante en la atención secundaria son los Hospitales de día para la atención de los pacientes con demencia y sus cuidadores.

Los criterios de remisión a la atención especializada son:

1. Demencias de inicio precoz:

- Personas jóvenes, de edad inferior a 65 años, que presentan deterioro cognitivo en grado de deterioro cognitivo ligero (DCL) o demencia.
- Sospecha de una demencia de tipo familiar.

2. Cuando exista dificultad de establecer el diagnóstico de DCL o demencia, en una persona que presenta quejas cognitivas aisladas.

3. Cuando se sospecha una demencia secundaria potencialmente reversible: hematoma subdural crónico, tumores cerebrales, vasculitis del sistema nervioso central, déficits vitamínicos: niacina (pelagra) y vitamina B<sub>12</sub>, hipotiroidismo, tóxicos exógenos, entre otros. Las causas potencialmente reversibles alcanzan hasta un 10% de los casos.

4. Cuando se precisa de la interconsulta de profesionales expertos; o bien de exploraciones complementarias, servicios o tratamientos no disponibles o no accesibles desde la APS.

5. Complicaciones no previsibles o de difícil manejo en el curso de una demencia ya diagnosticada.

6. Cuando en una persona, ya diagnosticada correctamente de demencia, aparecen cambios importantes e inexplicados en sus cursos evolutivos.

7. Presencia de síntomas y cambios conductuales graves, que no responden adecuadamente al tratamiento inicial.

8. Para seguimiento clínico de aquellos pacientes con una demencia complicada en su manejo terapéutico, y/o en el que el diagnóstico no está bien definido.

### **Capítulo III**

#### **Implementación de una estrategia nacional para el manejo de la demencia:**

##### **3.1 "Conviviendo juntos".**

La comunidad científica tiene una importancia fundamental para llamar la atención y lograr el compromiso de las instituciones del Estado, los gestores salud y la sociedad en general, ante el envejecimiento de la población, el creciente número de personas afectadas con demencia, su impacto y las necesidades de cuidado. Investigaciones de buena calidad promocionadas con efectividad, permitirán incrementar conocimientos, diseñar políticas basadas en las mejores evidencias adecuadas a nuestro contexto, así como el desarrollo de servicios ante una población que envejece.



La Sección Cubana de Alzheimer con la participación de investigadores de diversos centros académicos, de investigación y asistenciales de los niveles primarios, secundarios y terciarios, así como familiares y cuidadores de estos pacientes, han identificado las siguientes recomendaciones para una estrategia nacional.

1. Incrementar la promoción, información, educación, soporte a las familias, reconociendo el rol que ellos desempeñan
2. Desarrollar ambientes favorables para las personas con demencia y sus familias
3. Trabajar en la importancia de la prevención y diagnóstico temprano, en el sector de la salud y la sociedad en general.
4. Incrementar la investigación en todas las áreas, biomédica, factores de riesgo, calidad de vida, desarrollo de servicios
5. Implementar Guías de Buenas Prácticas Clínicas en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas con una proyección comunitaria
6. Incrementar la disponibilidad de especialistas en la Atención Primaria de Salud
7. Incrementar la disponibilidad bajo control e indicación especializada de medicamentos con efectividad demostrada en el tratamiento sintomático y de estrategias de estimulación cognitiva en los pacientes
8. Defender los derechos de las personas con demencia y reducir el estigma que sufren los pacientes y sus familias.

### **3.2 Incrementar la promoción, información, educación, soporte a los profesionales de la salud y las familias, reconociendo el rol que ellos desempeñan**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Internacional de Alzheimer (ADI), han realizado un llamado a los gobiernos, a los encargados de establecer políticas públicas y a la comunidad científica a hacer de la demencia una prioridad mundial de la salud pública<sup>37</sup>.

Una campaña nacional con la participación de toda la sociedad y la implementación de una estrategia de prevención basada en la modificación de los factores de riesgo y los factores protectores, tendría un impacto potencial significativo en la reducción del número de personas con demencia en los próximos años, permitiría un diagnóstico temprano, al lograr que las personas concurren a su médico de familia en estadios iniciales, mejoraría la capacidad diagnóstica del sistema de salud, al detectar casos en riesgo de enfermar y tendría una influencia potencial en la calidad de vida de los pacientes y las familias.

Es muy probable que el riesgo de demencia asociado con el hábito de fumar y la hipertensión arterial disminuyan en los próximos años, pero al mismo tiempo estamos asistiendo a un

incremento epidémico de la proporción de personas con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, que pueden conducir a un aumento en la incidencia de demencia.

Una parte sumamente importante, es el trabajo con las familias para aliviar la sobrecarga, la depresión y el estrés que produce la enfermedad, la estimulación cognitiva en los estadios tempranos y el desarrollo de centros especializados en demencias en sus diversas fases

*Conviviendo juntos:* es el lema de la campaña internacional promocionada por la Asociación Mundial de Alzheimer para reducir el estigma que existe alrededor de la enfermedad. En Cuba más del 90% de estos pacientes conviven con su familia, es necesario romper mitos y tabúes que estigmatizan a los afectados y sus cuidadores aislándolos cada vez más, en el preciso momento que demandan más apoyo y comprensión. Esto ha producido una resistencia a aceptar que existe el problema, las personas tienden a minimizarlo, esconderlo<sup>38</sup>, y justificar los cambios mentales con el proceso de envejecimiento. El estigma crea barreras<sup>39</sup> que interfieren en la relación con la sociedad y en la administración de cuidados<sup>40</sup>, la situación se hace más difícil cuando también se le agrega conflictos étnicos o generacionales<sup>41 42</sup>.

¿Por qué es importante romper el estigma?

En diferentes épocas, a través de la historia han existido enfermedades que han tenido asociado este estigma: por ejemplo la lepra, la tuberculosis y el SIDA<sup>43</sup>, el cambio de la actitud de la sociedad ha permitido a estas personas lograr una mejor calidad de vida, por otra parte este tabú suele condicionar pensamientos negativos como:...ya no sirvo para nada, ya mi vida terminó, ya nada se puede hacer...

Si retomamos algunas de las enfermedades mencionadas, que atemorizaron a la humanidad en su momento y que fueron consideradas incurables, vemos que ahora tienen una mayor aceptación popular. Esto es lo que tenemos que lograr con la demencia, para lograrlo es decisivo el papel de las instituciones y los medios de comunicación, mediante el lanzamiento de campañas, spots televisivos, actividades de promoción de salud etc., con la premisa de que enfrentar el envejecimiento y la demencia es una tarea de todos y todos los sectores tienen que modificar su visión adecuándola al envejecimiento poblacional en el cual transitamos.

### **3.3 Desarrollar ambientes favorables para las personas con demencia y sus familias:**

La población cubana ha recibido información del problema del envejecimiento en los últimos años, a través de los medios de difusión, pero realmente el impacto social, económico y humano, así como la necesidad de crear ambientes favorables para los adultos mayores es aún insuficiente. En el caso de la demencia, uno de los principales problemas que afrontan los cuidadores es la necesidad de orientación e información acerca de los cuidados que debe ofertar y las herramientas necesarias para soportar la carga psicológica que esto conlleva,<sup>44</sup> creando grandes expectativas en las consultas especializadas, por lo que es necesario organizar una

mayor cantidad de redes de ayuda, casas de abuelos especializadas en cuidados para personas con deterioro cognitivo y demencia, líneas de ayudas, y programas de intervención psicoeducativos y espacios para los cuidadores de personas con demencia para disminuir el estrés generado por esta situación<sup>45 46</sup>. Por otra parte, en la formación del médico general básico y el especialista en medicina general integral existe muy poco tiempo curricular dedicado a temas de geriatría, en particular en las demencias<sup>47</sup>. Este es un problema mundial. Es por ello que se necesita incrementar la capacitación del personal involucrado.<sup>48 49</sup>

### **3.4 Trabajar en la importancia de la prevención y diagnóstico temprano, en el sector de la salud y la sociedad en general.**

La investigación actual aboga por los efectos potenciales de la prevención en demencias mediante la adopción de estilos de vida saludables, intervenciones tempranas en salud pública, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de enfermedades crónicas, sin embargo, la evidencia aún es dispersa.

Un objetivo más real es posponer el comienzo clínico de la demencia a edades cada vez más avanzadas. Un año de retardo en el comienzo clínico de la demencia resultaría en una reducción de 12 millones de casos menos, en todo el mundo para el 2050 y una reducción considerable de los costos.

La prevención requiere su enfoque durante toda la vida: en la edad temprana, mejor acceso a la educación, patrones de nutrición, de crecimiento y neurodesarrollo; en la edad media de la vida, prevención y tratamiento adecuado de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo (fumar, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, colesterol elevado, alcoholismo etc), actividad física y mental, tratamiento adecuado de la depresión y en la edad tardía, evitar la desnutrición (deficiencia de micronutrientes y anemia), mantener la actividad física y las actividades lectivas, las redes sociales, disminuir el estrés, dieta saludable y el control de los factores de riesgo vasculares. Una reducción de 10–25% en siete factores de riesgo pudiera prevenir potencialmente 1.1–3.0 millones de casos EA en el mundo<sup>50</sup>.

Enfrentamos un subdiagnóstico para la enfermedad de Alzheimer y los síndromes demenciales. Algunos autores plantean que el diagnóstico se realiza a sólo un tercio de los pacientes en algún momento de su enfermedad<sup>51</sup>, estudios multicéntricos<sup>52</sup> demuestran que solo se les realiza el diagnóstico oportunamente a la mitad de estos enfermos, esto tiene consecuencias negativas porque se pierde mucho tiempo en realizar acciones para tratar de detener el progreso los síntomas y preparar a la familia para los cuidados a largo plazo, además se asocia a una mayor cantidad de internaciones con deterioro de la calidad de vida del paciente y sus cuidadores.

Muchas veces se asiste a la persona cuando ya se ha producido una crisis familiar y se han ocultado los síntomas por el estigma social que ello significa, esta es una razón por la que los GBT deben estar preparados para hacer una adecuada evaluación, seguimiento, brindar una

ayuda y juiciosa información a la familia que lejos de provocar rechazo, limitaciones y frustraciones en el enfermo, le sirva para enfrentar con mayor conocimiento los cambios que se sucederán después.

El diagnóstico temprano de la EA, tiene los siguientes beneficios potenciales, iniciar tratamiento lo antes posible, ayudar a la familia a comprender y aceptar, planificar aspectos financieros y legales cuando es necesario, una mejor adherencia y manejo de otras condiciones médica, prevenir accidentes (manejar, armas), acceso temprano a los sistemas de salud y ayuda de la comunidad e incluso la participación en ensayos clínicos con tratamientos modificadores de la enfermedad.

### **3.5 Incrementar la investigación en todas las áreas, biomédica, factores de riesgo, calidad de vida, desarrollo de servicios**

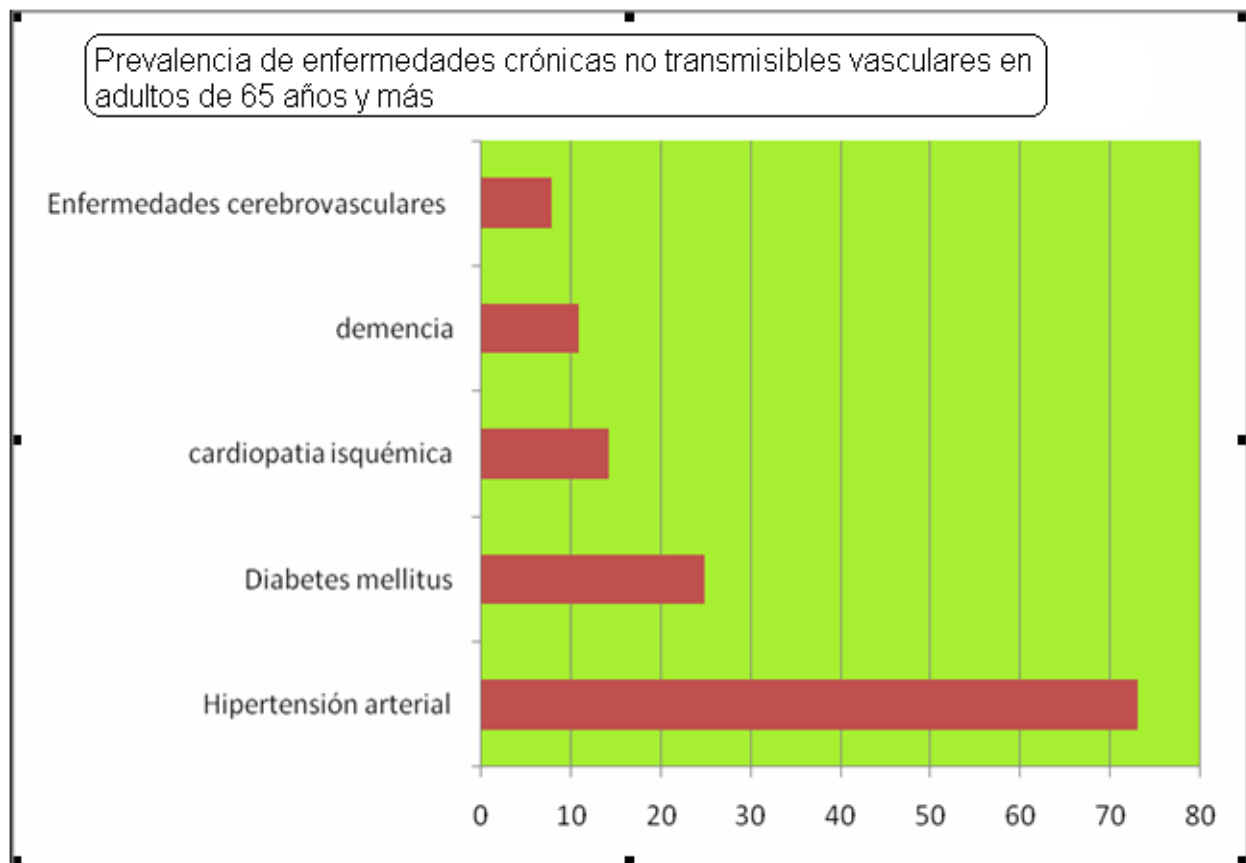
La mejoría en las herramientas para el diagnóstico, por ejemplo, las pruebas neuropsicológicas, los estudios de identificación de familias y el consejo genético, los estudios de neuroimágenes y de marcadores biológicos para el diagnóstico temprano , facilitarían el diagnóstico y la intervención temprana, así como el seguimiento más efectivo a largo plazo de los enfermos.

### **3.6 Implementar Guías de Buenas Prácticas Clínicas en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas con una proyección comunitaria**

El envejecimiento demográfico y la transición en salud incrementarían en los próximos años el número de personas con enfermedades crónicas no transmisibles.

En el estudio poblacional, puerta a puerta sobre envejecimiento y Alzheimer, se encontró una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares, que alcanza el 85.8% de los adultos de 65 años y más, y aproximadamente la mitad de los encuestados cuando se excluye la hipertensión arterial como factor de riesgo. La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, en orden decreciente de frecuencia es elevada: hipertensión arterial 73.0 % (IC 95% 71.4-74.7), diabetes mellitus 24.8 % (IC 95% 22.9-26.5), cardiopatía isquémica 14.1% (IC 95% 12.9-15.4), demencia 10.8% (IC 95% 9.7-12.0) e ictus 7.8 % (IC 95% 6.9-8.8).<sup>53, 54</sup>

Es necesario unificar criterios en la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo. En tal sentido, las Guías de práctica clínica, si bien no sustituyen el juicio clínico de los profesionales sanitarios, son directrices basadas en las mejores evidencias científicas, para su uso en la práctica clínica diaria en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria adecuada para problemas clínicos específicos.



Fuente: Libre JJ, Fernández Y, Marcheco B, Contreras N, López AM, Otero M. Prevalence of dementia and Alzheimer's disease in a Havana municipality: A Community-Based study among elderly residents. *MEDICC Review*, Spring 2009; 11(2): 29-35.

### **3.7 Incrementar la eficacia de especialistas en la Atención Primaria de Salud en el manejo de los síndromes demenciales.**

El Ministerio de Salud Pública, ha implementado una estrategia ante el envejecimiento de la población cubana. La misma incluye el desarrollo de competencias en temas de geriatría para especialidades afines como: medicina general integral, medicina interna, neurología, psiquiatría, personal de enfermería, psicólogos y trabajadores sociales. El desarrollo de servicios de salud más adecuados a las necesidades de los adultos mayores, el entrenamiento de los profesionales de la salud, implementación de programas comunitarios y de atención en el domicilio, entre otras medidas.

### **3.8 Incrementar la disponibilidad bajo control e indicación especializada de medicamentos con efectividad demostrada en el tratamiento sintomático y de estrategias de estimulación cognitiva en los pacientes**

Los tratamientos actuales para la enfermedad de Alzheimer aún no son suficientes, por las siguientes razones: los efectos del tratamiento son modestos y limitados a largo plazo, sin

afectar la progresión subyacente del proceso. Los inhibidores de la colinesterasa, como donepezil, rivastigmina, y galantamina, poseen una tolerabilidad limitada por efectos gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas, pérdida de peso)<sup>55</sup> y con los antagonistas de los receptores NMDA, como memantine, con mejor perfil de tolerabilidad pueden ocurrir alucinaciones, delusiones, y agitación.<sup>56</sup>

Existe por tanto, una necesidad aún no resuelta de terapéuticas para la enfermedad de Alzheimer, mejor toleradas que proporcionen un amplio y ostensible beneficio clínico a través de los múltiples dominios: cognición, funcionamiento global y conducta.

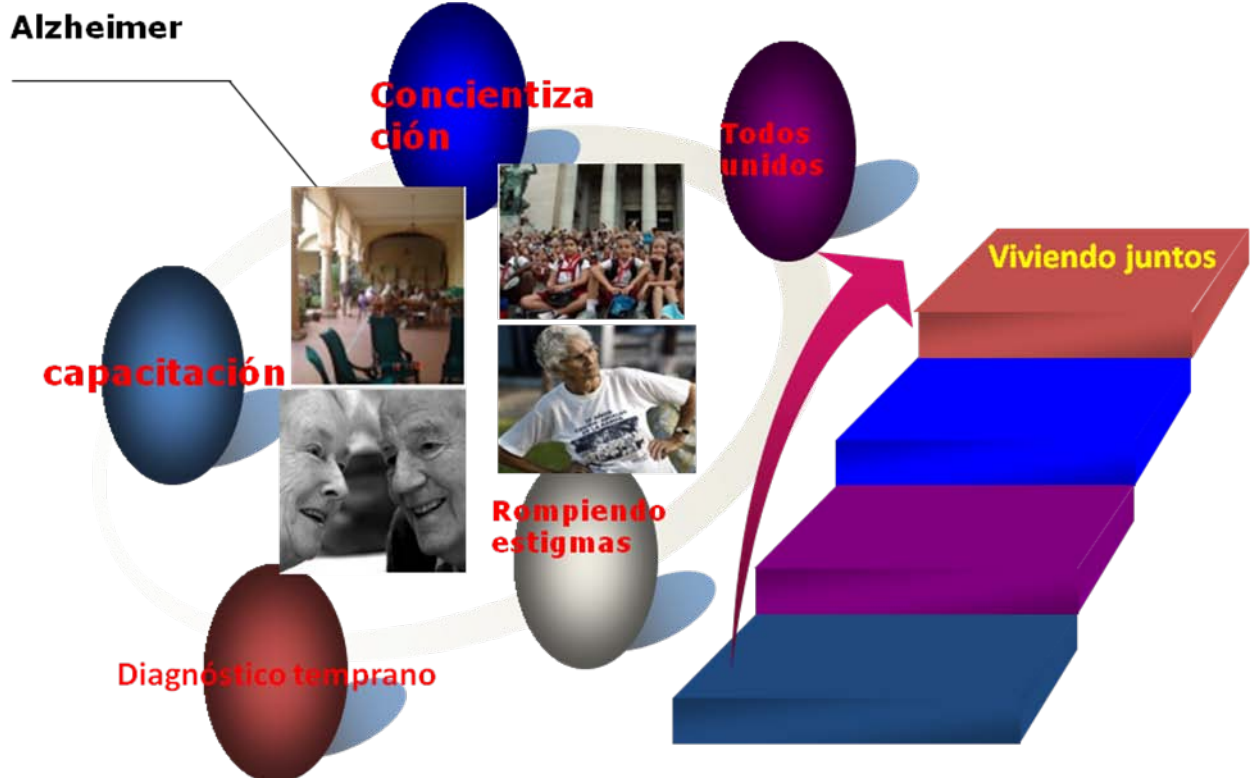
No obstante, los Inhibidores de la colinesterasa o los inhibidores glutamatergicos (memantine) rigurosamente controlados pudieran ser indicados en las consultas especializadas de la atención secundaria, debidamente acreditadas, en pacientes en estadios iniciales (formas leves a moderadas), en los casos de comienzo temprano (menores de 65 años) y en las formas familiares.

En Fase III en progreso, y con perspectivas alentadoras, se encuentran los anticuerpos mono clonales anti-amiloide, como el crenezumab, bapineuzumab, solanezumab y el uso de gammaglobulinas EV.<sup>57</sup> Potenciar la participación de los Centros del Polo Científico, en la investigación de fármacos dirigidos a la vía patogénica, y en la planificación de Ensayos clínicos controlados aleatorizados es importante.

Existen evidencias de que la estimulación cognitiva y el ejercicio físico retardan la declinación cognitiva. Un ensayo clínico controlado experimental empleando discusiones grupales estructuradas, juegos, actividades y otras actividades de estimulación cognitiva, y grupos de intervención conducidos por profesionales y/o estimulación cognitiva individual, aplicada a pacientes en la comunidad, durante 26 semanas, 3 sesiones semanales de 30 minutos cada una, demostró una efectividad, similar a la alcanzada por los Inhibidores de la acetilcolinesterasa, los medicamentos de uso más actual<sup>58</sup>. Ella es una alternativa viable en nuestro país.

Una alianza entre el medico de asistencia y el cuidador es esencial en el tratamiento de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Los cuidadores supervisan a los pacientes en sus actividades diarias, son responsables de la administración de los medicamentos, de implementar el tratamiento no farmacológico incluido el entrenamiento cognitivo, la salud general y la calidad de vida en general. Los cuidadores deben tomar decisiones en aspectos jurídicos, manejo de finanzas, seguridad de la casa, entre otros por lo que la educación y la orientación a la familia es vital.

En el año 2012 la OMS hizo un llamado a los decisores de salud a considerar la demencia como un problema priorizado de salud, de la misma manera que la Asociación mundial de Alzheimer (Alzheimer's Disease International, ADI) ha trazado su política de trabajo en una campaña para romper el estigma contra la enfermedad, con la consigna conviviendo juntos. La base principal de este trabajo es considerar la demencia un problema de todos, como una premisa fundamental para enfrentar el camino hacia un envejecimiento acelerado que transcurre en nuestros países.



**3.9 La ética médica y el estigma en las demencias:** Sería oportuno reflexionar sobre algunos aspectos éticos en la RMP con los pacientes que sufren de Alzhéimer; la familia tiene que asistir con mucha tristeza al deterioro mental y en ocasiones fisiológico de quienes fueron sus seres más queridos, lo que exige una especial entrega del profesional en quien ellos van a confiar y que en ocasiones tomará importantes decisiones medico legales, para lo cual debemos estar preparados. En la esfera científico técnica cada vez es mayor el número de investigaciones que se realizan sobre el tema y el paciente en los estadios avanzados de la enfermedad ya puede haber perdido la capacidad de emitir juicios, por lo que se recomienda que todos los protocolos sean evaluados por el consejo científico, cuenten con la aprobación de un comité de ética médica del centro, el consentimiento informado del paciente y de su familiar o tutor.

A medida que van progresando la pérdida de memoria y los cambios conductuales el paciente es vulnerable de tener conductas inapropiadas, ser víctima de maltratos, estafas, o estar envuelto en algún procedimiento médico legal. El papel del médico de la familia,

Grupos Básicos de Trabajo ,especialistas a nivel secundario y terciario es mantener una historia clínica completa, con las pruebas neuropsicológicas en las que se basó el diagnóstico de la demencia y exámenes complementarios e interconsultas que sirvan de ayuda a los especialistas de medicina legal que son los autorizados a hacer una correcta evaluación de las competencias mentales de la persona y dictaminar su estado mental, en el caso que la familia solicite tomar la tutoría de la persona para trámites legales como: compraventa de casas, autos, manejos de cuentas personales etc.

### **3.10 Propuesta de acciones para ampliar y profundizar en una atención integral y de calidad a estos pacientes**

1. Establecer por el Sistema Nacional de Salud la detección temprana de este padecimiento a través de la atención primaria de salud.
2. Capacitar periódicamente al personal encargado de la atención médica y comunitaria sobre la legislación específica y general vigente en nuestro país para el ejercicio de la voluntad de los ciudadanos, los procesos de incapacidad, el amparo laboral propio de los trabajadores de Salud, entre otros asuntos legales que complementarían el cuidado y la calidad de vida de estas personas.
3. Capacitar periódicamente al personal encargado de la atención médica y comunitaria a los efectos de que informen y orienten al paciente y su familia sobre los aspectos jurídicos (remisión a especialistas) que pueden ser de su interés.
4. Divulgar los mensajes para el conocimiento continuo en la sociedad de las consecuencias sociales y jurídicas de la enfermedad para el paciente de no acudir a tiempo al ejercicio de la autonomía de la voluntad ante las autoridades competentes según tiene previsto la legislación vigente en nuestro país.
5. Poner en vigor una disposición jurídica en el Ministerio de Salud Pública que ampare legalmente los objetivos propuestos y permita el desarrollo de la estrategia.

#### **Implementación de la estrategia.**

La implementación de la estrategia es un proceso que compete a toda la sociedad liderada por el Consejo de Estado y de Ministros en cumplimiento del **Lineamiento 144 de la Política Económica y Social del Estado**, el cual plantea:

“Brindar particular atención al estudio e implementación de estrategias en todos los sectores de la sociedad para enfrentar los **elevados niveles de envejecimiento** de la población”

En la esencia de este lineamiento esta la política de la intersectorialidad, el Ministerio de Salud Pública tiene el rol fundamental, con tareas precisas a diferentes niveles de dirección y atención médica, las estrategias constituirán las pautas para prestación de servicios a pacientes con quejas de memoria, su cumplimiento se controlará dentro del grupo de



tareas que deben cumplir los consultorios del médico de la familia, grupos básicos de trabajo, servicios de geriatría y centros de salud mental.



Fuente: DCs Pastor Castell-Florit Serrate. Director de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP)

### **Funciones.**

- Las Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud, el Departamento del Adulto Mayor, Salud Mental y Asistencia Social, se encargarán de decidir, controlar, comprobar y coordinar las acciones de esta estrategia, teniendo en cuenta los distintos roles, actividades o personas encargadas de los mismos.
- La Sección Cubana de Alzheimer, las Sociedades Científicas, las Universidades, los Centros Asistenciales y de Investigación ,promoverán la investigación científica y brindarán los servicios científico técnicos que se soliciten en el campo de las enfermedades demenciales y los trastornos cognitivos en general; con la asesoría del Departamento Nacional de Adulto Mayor, la Dirección de Ciencia y Técnica del MINSAP, los Centros del Polo Científico y la Academia de Ciencias de Cuba, contribuirán a la generalización de las mejores experiencias, a la formación y capacitación del personal científico, profesional y técnico. Por medio de la educación de postgrado colaborarán en brindar alto nivel de atención médica a los diferentes sectores de la organización de salud. Se propiciará un Taller Nacional anual para discutir la implementación de la estrategia nacional, controlando

su cumplimiento en las diferentes provincias y regiones del país por las estructuras correspondientes.

- Las Universidades de Ciencias Médicas del país en coordinación con los Servicios de geriatría, neurología y psiquiatría en los hospitales docentes y las vicedirecciones docentes en las áreas de salud son responsables de los cursos de capacitación para el manejo del anciano con demencia y su familia.
- Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud será responsable de proveer asesoría y los recursos materiales necesarios para el desarrollo de una Campaña Nacional.
- Instituto Cubano de Radio y Televisión se encargará de asegurar la tecnología y el espacio en los diferentes medios de comunicación social.

#### **A nivel provincial:**

Las funciones y estructuras son similares a la nacional. La Dirección Provincial de Adulto Mayor será la encargada de implementar y controlar la Estrategia Nacional y el desarrollo de iniciativas locales dirigidas a la población enferma, en riesgo de enfermar y a la familia.

#### **A nivel municipal:**

Todas las acciones encaminadas a materializar la Estrategia Nacional para elevar la calidad en la prevención, la identificación temprana, la accesibilidad y el adecuado tratamiento, las actividades de rehabilitación, la información, educación y apoyo a la familia en la propia comunidad y la preparación del personal de salud serán implementadas y controladas a este nivel con un carácter multidisciplinario e intersectorial.

### **Capítulo IV Vulnerabilidades jurídicas en la atención al paciente con demencia**

Las principales vulnerabilidades detectadas en la práctica médica de la atención a los pacientes con demencia son:

- Desconocimiento general en el personal especializado, técnico y de apoyo sobre las diferentes acciones (en los ámbitos laboral, profesional, civil, éticos entre otros) que se pueden recomendar a estos pacientes para que ejerzan su capacidad jurídica, traducida en el ejercicio de la autonomía de su voluntad en el período que en la enfermedad no lo invalide o incapacite.
- Actualmente se detecta la mayor cantidad de pacientes en estadios avanzados de la enfermedad en los que ya está comprometida su capacidad legal.

## **Implicaciones jurídicas**

### **a. Derecho Civil y de Familia**

- La incapacidad de obrar

Por las afectaciones que provoca la enfermedad de Alzheimer, sobre todo en estadios moderados y avanzados, supone la negación de la aptitud requerida para el ejercicio de los derechos y la realización de actos jurídicos válidos o eficaces, que sólo se presentan frente a la ausencia de los requisitos exigidos legalmente para considerar a una persona apta para autogobernarse y tomar decisiones conscientes, con pleno entendimiento de sus efectos o consecuencias (art. 31 Código Civil).

- La incapacitación

Proceso judicial en virtud del cual se declara la incapacidad de obrar de una persona y se destruye la presunción *iuris tantum* de capacidad que sobre ella existía. La conclusión de un proceso judicial de incapacitación, trae consigo varios efectos y uno de ellos es que a partir de ese momento y con carácter *ex nunc* (hacia el futuro), esa persona no podrá realizar actos jurídicos, ni manifestaciones de voluntad válidas en el ámbito jurídico. En lo adelante será necesario un representante legal en aras de su efectiva protección, que en virtud del ordenamiento familiar cubano, solo podrá ser mediante la Tutela.

- Tutela

Se configura como una institución del Derecho de Familia cuya función es la guarda y protección de la persona y sus bienes, y trasciende en sus efectos a los ámbitos familiar y social (arts. 137 al 166 Código de Familia).

### **b. Derecho Penal**

- Como autor o cómplice del delito (art.18 Código Penal)

Desde el punto de vista del Derecho Penal, está exento de responsabilidad penal el que comete el hecho delictivo en estado de enajenación mental, si por esa causa no posee la facultad de comprender el alcance de su acción o de dirigir su conducta (art. 20 Código Penal).

- Como víctima del delito. El maltrato.

La persona afectada con Alzheimer, pierde su capacidad de comprender y se afecta su voluntad, lo que la sitúa en una posición de especial vulnerabilidad, por lo que se considera agravante para el autor, cuando el delito se comete contra un enfermo mental.

La extraordinaria necesidad de atención que plantea la demencia explica que la posibilidad de convertirse en víctimas sea muy alto y que el maltrato pueda manifestarse en diferentes formas, que pueden ir desde la poca atención, el abandono, la alimentación inadecuada, la falta de cuidado, el abuso económico y la restricción de autonomía, o algunos con mayor gravedad, como el maltrato físico o el abuso sexual. Cada una de estas conductas se encuentra tipificada en nuestro ordenamiento jurídico como delitos y serán penalmente responsables quienes las realicen.

### **c. Valoración médico-legal**

- La valoración pericial de una persona que ha perdido su capacidad de autogobierno desde el punto de vista médico, y cuya repercusión jurídica se traduce en la incapacitación, debe ser realizada por el personal facultado y designado al efecto. Las conclusiones a las que se arriben se recogen en el informe pericial o dictamen, que será elaborado teniendo en cuenta una redacción precisa y el señalar un diagnóstico clínico que establezca la relación entre la patología de la persona y su conducta, la cual le afecta a su capacidad de autogobierno. Este informe pericial será valorado por el juez junto al resto de las pruebas, partir de lo cual se resolverá en busca de la protección del presunto incapaz o de su patrimonio.
- Las legislaciones por las que se rige el peritaje médico en el proceso de incapacitación son: la Ley de Procedimiento Civil, Administrativo, Laboral y Económico (art. 588), el Dictamen 418 del 2002, emanado del Acuerdo 130 del Consejo de Gobierno del Tribunal Supremo y la Resolución 100/2008 del Ministerio de Salud Pública, donde se establece el procedimiento para la peritación psiquiátrica forense de sujetos vinculados a procesos judiciales.

**En materia de Disciplina Laboral rigen el:**

- Decreto Ley No. 176 de 15 de agosto de 1997 “Sistema de Justicia Laboral”.

En el Sistema Nacional de Salud se encuentran en vigor disposiciones jurídicas que establecen los principios y funciones, así como las obligaciones y prohibiciones de los profesionales y técnicos que laboran en el Ministerio de Salud Pública:

- Resolución Ministerial No. 290 de 16 de noviembre de 2006”Reglamento Disciplinario para los trabajadores de la rama de la Salud”.
- Resolución Ministerial No. 8 de 7 de febrero de 1977. Aprueba los procedimientos para la suspensión e inhabilitación de profesionales y técnicos de la salud en el ejercicio de la profesión.
- Resolución Ministerial No: 176 de 4 de septiembre de 1989 “Reglamento para la expedición y Control de los Certificados Médicos.”
- Reglamento de la Ley de la Salud Pública, Decreto no. 139/88. De la prohibición por descalificación del ejercicio de la Medicina.

De la Ética Médica.

Resolución Ministerial No. 138 de 15 de julio de 2009. Reorganiza las Comisiones de Ética Médica a nivel de unidad, municipio, provincia y nación y establece las funciones.

**1. Voluntades anticipadas**

Las personas con demencia pierden su aptitud para tomar decisiones, debido a las propias afectaciones producidas por la enfermedad, es por ello que en la actualidad se defiende, que pueda el paciente en fases iniciales, manifestar sus criterios sobre futuros internamientos, tratamientos médicos y cuidados en general, así como cuestiones relacionadas con la administración de sus bienes y quienes desea que lo representen, en previsión de la futura y propia incapacidad a la que están expuestos debido a la enfermedad que padecen. Es en este sentido, que la observancia de sus preferencias personales, médicas y jurídicas, redundan *a la postre* en respeto a la dignidad de la persona y en la salvaguarda de la integridad espiritual, personal y patrimonial del enfermo de Alzheimer.

Precisamente los mecanismos de autoprotección jurídica son aquellos a partir de los cuales se tiene la posibilidad de disponer con respecto a la propia persona o a su patrimonio ante la futura incapacidad, tal como ocurre con el enfermo de Alzheimer. Los más comunes son: la autotutela, los poderes preventivos, el crédito vitalicio con garantía hipotecaria, el contrato de alimentos, el fideicomiso, el seguro de dependencia y el documento de voluntades anticipadas, entre otros.

## **2. Fuentes legales**

### **Internacionales**

- Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la Atención de Salud Mental, Asamblea General de las Naciones Unidas Res 46/119 del 17 de diciembre de 1991.
- Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, 14 de noviembre de 1990.
- Principios de Brasilia, Rectores para el desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, 9 de noviembre de 1990.
- Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Asamblea General de las Naciones Unidas, 13 de diciembre de 2006.

### **Nacionales**

- Constitución de la República de Cuba, 24 de febrero de 1976.
- Código Civil de la República de Cuba, Ley 59 de 16 de julio de 1987.
- Código de Familia de la República de Cuba, Ley No. 1289 de 8 de marzo de 1975.
- Ley de Procedimiento Civil, Administrativo, Laboral y Económico, Ley No. 7 de 19 de agosto de 1977.
- Código Penal de la República de Cuba, Ley No. 62 de 29 de diciembre de 1987.

- Ley de la Salud Pública, Ley No.41 de 13 de julio de 1983.
- Reglamento de la Ley de la Salud Pública, Decreto no. 139 de 4 de febrero de 1988.
- Reglamento General de Hospitales. Resolución Ministerial No 1/ 2007
- Reglamento General de Hospitales Psiquiátricos. Resolución Ministerial No 35 19/2/2013
- Reglamento General de Policlínicos. Resolución Ministerial No 135 17 de Junio 2008
- Reglamento de Hogares de Ancianos. Resolución Ministerial No 33 19/2/2013
- Reglamento de Casas de Abuelos. Resolución Ministerial No 34 19/2/2013
- Resolución no 100/2008. Sobre el procedimiento para la creación y funcionamiento de las comisiones de peritajes psiquiátricos.
- Resolución no 98/2008. Sobre el procedimiento para la creación y funcionamiento de las comisiones de Responsabilidad Penal Médica.

## **Capítulo V Superación profesional**

La preparación del equipo médico de salud de atención primaria en cuanto a la demencia para lograr un manejo adecuado del anciano demente y su familia, por medio de este establecer un medio de pesquisaje, diagnóstico, seguimiento, tratamiento y rehabilitación en la enfermedad.

### **5.1 Actividades de superación profesional sobre temas referentes al síndrome demencial.**

Se impartirá un diplomado nacional con frecuencia anual: Investigación epidemiológica e intervención comunitaria en los síndromes demenciales, cursos territoriales en las regiones occidentales, centrales y orientales, que sirvan de monitores para la implementación de éstos a nivel municipal para que llegue a todos los GBT.

Los cursos de posgrado que se impartirán se adecuarán a las necesidades y posibilidades de los interesados teniendo en cuenta su nivel de desempeño, dentro de estos se citan el curso de formación de cuidadores, cursos de actualización sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes demenciales para médicos, enfermeras y otros licenciados, talleres sobre la estimulación cognitiva y diplomados.

El desarrollo del mismo deberá estar en dependencia de los cuidados planteados en el programa. Se impartirá un curso nacional, uno para cada provincia y a nivel municipal los

necesarios para lograr que todos los médicos y enfermeras de la familia participen en el mismo.

El sitio web en infomed de la Sección Cubana de Alzheimer: <http://www.alzheimer.sld.cu> aportará información actualizada, con alto rigor científico, difundirá el programa docente de diferentes centros y mostrará la labor científica que se está desarrollando en nuestro país y en el mundo en relación con las demencias y ofertará un Curso a Distancia en Plataforma Moodle a los profesionales interesados.

#### *Selección de los cursistas.*

Los alumnos de cada curso serán seleccionados según los departamentos de docencia de los diferentes niveles del departamento de atención primaria de salud.

El departamento de docencia de cada institución será el encargado de crear las condiciones objetivas y subjetivas del curso.

### **5.2 Resultados esperados del proceso de capacitación.**

Lograr que en la atención primaria de salud se adquieran los conocimientos necesarios para el manejo del anciano demente y el apoyo a la familia en la comunidad.

Aumentar las competencias en el manejo del paciente geriátrico con problemas de memoria en todas las esferas relacionadas: médicos, estomatólogos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, servicios de rehabilitación, otros servicios.

#### Metodología en la implementación de los cursos de superación.

Estos cursos se podrán impartir a nivel municipal, provincial, regional, nacional e internacional, como hoy se realiza el diplomado en los síndromes demenciales y se implementa una Maestría en Demencias, la cual se encuentra en fase de aprobación. Estos se podrán ofrecer en forma presencial y semipresencial a través de AVS que tiene las ventajas de una mayor accesibilidad, generar un conocimiento centrado en el estudiante y una menor afectación del tiempo laboral.

## **Capítulo V Investigación en demencia**

En nuestro país se investiga en el campo de las demencias y se han expuesto importantes resultados internacionales, muchas de estas trabajos, así como las publicaciones que la avalan se promueven de forma organizada a través del sitio de salud de Infomed [www.alzhéimer.sld.cu](http://www.alzhéimer.sld.cu), el conocimiento de cuanto se ha hecho hasta ahora constituye una

fortaleza para la cooperación intercentros, lo que ayudaría al ahorro de tiempo y de recursos para lograr una mayor efectividad.

### **Estrategia de Investigación en las Demencias y la Enfermedad de Alzheimer.**

Se propone potenciar trabajos científicos e investigativos relacionados con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, en lo relacionado con su incidencia, prevalencia y factores de riesgo, marcadores biológicos, diagnóstico y tratamiento, participando en proyectos de investigación nacionales aprobados por las instancias correspondientes del MINSAP y la Academia de Ciencias.

#### **Principales líneas de Investigación que se proponen:**

- 1) Completar análisis descriptivos y establecer modelos de prevalencia e incidencia de demencia y su impacto en los adultos mayores, en la familia y en la sociedad.
- 2) Estimar los costos económicos de las demencias incluidos costos indirectos (cuidados formales) y directos (servicios de salud, cuidados sociales y medicación).
- 3) Promover los estudios neuropatológicos en los principales centros del país, incluyendo la creación de un Banco de cerebros para el país.
- 4) Estimar la tasa de incidencia anual de trastornos cognitivos y sus causas, así como sus factores de riesgo, en particular factores de riesgo vasculares (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico, hipercolesterolemia, etilismo y hábito de fumar), en los casos incidentes de demencia, factores nutricionales, endocrinos, genéticos y psicológicos como la depresión.
- 5) Apoyar las estrategias de intervención comunitaria dirigida a los adultos mayores, los pacientes y su familia.
- 6) Desarrollar programas psicoeducativos y de intervención dirigidos a las familias.
- 7) Estudiar estrategias de superación profesional que trasladen la atención de los pacientes con demencia y su familia a la atención primaria de salud.
- 8) Desarrollar estudios de marcadores biológicos, en particular estudios de imágenes que permitan el diagnóstico temprano en el país y el desarrollo es estudios multicéntricos.
- 9) Desarrollar los estudios genéticos y en familias, y el abordaje multidisciplinario en la atención a las familias.
- 10) Evaluación de marcadores del sistema inmune, de estado inflamatorio crónico sistémico, de parámetros cognitivos y EEG y otros en ensayos clínicos, incluidos los estudios de células madres.



- 11) Promover la investigación en productos naturales, vacunas, anticuerpos monoclonales contando con las potencialidades de los Centros del Polo Científico.
- 12) Promover el intercambio entre diversos grupos de trabajo del Polo Científico y las Instituciones del MINSAP en las investigaciones que desarrollan.
- 13) Promover la colaboración internacional.

Las investigaciones en la EA deben cumplir los principios éticos de la investigación en humanos y estar avaladas por protocolos de investigación aprobados en las instancias correspondientes.

## **Capítulo VI Promoción y Prevención**

La prevención de la enfermedad de Alzheimer ha sido un tema muy controvertido, abordado desde diferentes puntos de vista en revisiones sistemáticas, se han estudiado factores ambientales, biológicos, conductuales y sociales que pudieran estar relacionados con la detención del deterioro cognitivo en las demencias<sup>59</sup>, revisiones sistemáticas realizadas por NICE/SCIE (UK) y el NIH (USA) no han sido concluyentes para afirmar que modificar estos factores de riesgo pueda detener la enfermedad de Alzheimer<sup>60 61 62</sup>, pero no se puede dejar de reconocer que el control de la tensión arterial, una dieta saludable, la realización de ejercicios físicos, estimulación cognitiva, pueden retardar el deterioro cognitivo, o permitir afrontar estos cambios mentales desde una posición más saludable.

No obstante, a pesar de lo que no se ha podido demostrar en los estudios basados en la evidencia, se plantea que si se lograra controlar la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la obesidad en la edad media de la persona, el tabaquismo, la depresión y el deterioro cognitivo en un 10 al 25%, podría prevenirse potencialmente la prevalencia de enfermedad de Alzheimer<sup>63</sup>. El médico de familia no puede desalentarse en el tratamiento preventivo de esta enfermedad, recordando que en su fisiopatología están involucradas alteraciones microvasculares y conociendo además que dentro del grupo de los síndromes demenciales encontramos las demencias vasculares que suelen representar una cifra que no es desestimable. Considerando que un 10% de los pacientes presentan demencia antes de un primer Accidente Vascular Encefálico (AVE), un 10% la padecen después de un AVE y un 30% sufren demencia a consecuencia de repetidos eventos cerebrovasculares<sup>64</sup> podemos apreciar que hay una correlación estrecha entre el Alzheimer y la enfermedad cerebrovascular y que controlando los factores de riesgo, se pudiera disminuir del 10 al 25% la incidencia de enfermedad cerebrovascular, y por consecuencia se pudieran prevenir de 1.1 a 3 millones de casos de demencia en todo el mundo.<sup>65 66</sup>

## **6.1 Guía de actividades a realizar en pacientes con quejas de memoria.**

1. Buscar sistemáticamente los trastornos de memoria en el anciano, dentro del examen periódico de salud del adulto mayor. (anexo 2, EGEF).
2. Evaluar a todos los pacientes con trastornos de memoria por el Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológico buscando el diagnóstico del síndrome demencial.
3. El diagnóstico etiológico de la demencia se hará a través de coordinaciones con los servicios de Geriatría, Neurología o Psiquiatría de los centros hospitalarios.
4. Dispensarizar al demente.
5. Valorar por psicología al cuidador o familia del anciano.
6. Si duda diagnóstica sobre la presencia del síndrome se debe reevaluar a los seis meses por el GBT.
7. Tratamiento según la etiología del mismo.
8. Ejecutar acciones de rehabilitación en la comunidad.
9. Realizar un seguimiento del paciente demente cada tres meses por el médico de familia y el GBT en conjunto, evaluando el deterioro cognitivo, la respuesta al tratamiento, la aparición de complicaciones y su capacidad funcional.
10. Mediante charlas educativas el equipo médico de salud informará a los cuidadores y familias temas referentes a la enfermedad, su alimentación, vestuario, profilaxis de las úlceras por presión y otras complicaciones, adaptaciones en el hogar y todo aquello que el médico considere necesario.
11. Crear grupos de cuidadores para intercambiar experiencias,
12. Estimular la formación de redes de apoyo de cuidadores del demente en la comunidad, especialmente aquellos de tipo informal.
13. Establecer alternativas de atención según las posibilidades locales.
14. Incorporar a los ancianos dementes a las actividades sociales, recreativas y culturales en la comunidad.
15. Garantizar que reciban atención médica especializada en caso de necesitarla.
16. Trabajar conjuntamente con los consejos populares, la trabajadora social del GBT y otros órganos correspondientes para buscar soluciones locales a los problemas sociales detectadas en el anciano demente.

## **6.2 Uso de los medios de comunicación social para reforzar la acción de salud y sensibilizar a los beneficiarios y a la comunidad.**

### **A. Generalidades**

Esto se logra mediante la difusión de mensajes educativos que actúen en la práctica actual con el fin de modificarla. Para la misma se emplearán diferentes tecnologías comunicativas, sobre todo la televisión y la radio.

El departamento de comunicación del Instituto Cubano de Radio y Televisión, el Centro Nacional de Educación para la Salud y el Centro nacional de Prevención y promoción de salud serán los encargados de elaborar los mensajes y su difusión.

### **B. Formas específicas de difusión recomendada:**

1. Realizar programas educativos e informativos para la radio y la televisión.
2. Mensajes radiales.
3. Incluir mensajes en seriales y telenovelas.
4. Spots televisivos.
5. Desarrollar un plan actividades durante cada mes de septiembre en saludo al Día Mundial del Alzheimer el 21 de septiembre.
6. Desarrollar Jornadas por la memoria con amplia participación intersectorial, de la cultura, deporte, partido, gobierno, educación, organizaciones de masas, círculos de abuelos entre otros.

## Plan de acciones

Esfera	Objetivos	Actividad	Responsable	Cronograma
<b>Atención Primaria de salud</b>	Fortalecer la atención al paciente con demencia desde el APS	Completamiento de los equipos básicos de salud y los GBT acorde a la reorganización de los servicios	Vicedirector de asistencia médica	Continuamente
	Diagnosticar precozmente las demencias.	Lograr dispensarizar al 100% la población adulta mayor	Médico y la enfermera de la familia	2015 al 2016
	Brindar cuidados con calidad a los pacientes y su familia	Crear las consultas de memoria a nivel primario y municipal según las necesidades.	Vicedirector de asistencia médica del municipio y del policlínico.	2015 al 2017
	Disminuir la necesidad de hospitalizaciones.	Integración al trabajo en equipo de los GBT, servicio de Psicología, Psiquiatría, Trabajo social, Fisioterapia y Rehabilitación, Centros Comunitarios de Salud Mental.	Vicedirector de asistencia médica	2015 al 2017
	Reducir la mortalidad asociada a la demencia.	Creación de las escuelas de cuidadores	El responsable puede ser el geriatra, psicólogo, especialista de MGI, Medicina interna u otro médico entrenado.	2015 al 2020
		Capacitación de los profesionales de la salud en el brindado de cuidados a pacientes con demencia.	Vicedirector docente	2015 al 2017
		Converger los programas para la HTA, DM, Enfermedades Cerebrovasculares y el adulto mayor en un envejecimiento favorable y prevención de la demencia, con un enfoque de prevención que comience en la niñez a todo el curso de la vida.	Vicedirector de asistencia médica	2015 al 2020
		Proyección intersectorial en la asistencia al paciente con demencia.	Autoridades del gobierno local, director del centro.	continuamente

<b>Atención secundaria Y Terciaria</b>	Fortalecer la atención al paciente con demencia desde el nivel secundario de salud. Diagnosticar precozmente las demencias. Brindar cuidados con calidad a los pacientes y su familia. Reducir la mortalidad asociada a la demencia.	Completar los servicios y salas de Geriatría en los hospitales del II nivel. Completar la existencia de las consultas de memoria.	Vicedirector de asistencia médica a nivel nacional y provincial, vice dirección de hospitales.	2015 al 2020
		Coordinar el trabajo en equipo de los servicios de Medicina Interna, Geriatría, Neurología, Psiquiatría, Psicología y Rehabilitación con vista al diagnóstico precoz y tratamiento de los pacientes con deterioro cognitivo y demencia.	Vicedirector de asistencia médica	continuamente
<b>Investigaciones</b>	Profundizar en el estudio de la patogenia de la enfermedad. Ofrecer alternativas de terapéutica. Avanzar hacia la búsqueda de una vacuna que pueda detener la enfermedad. Optimizar el diagnóstico precoz apoyado en el uso de las neuroimágenes, neurofisiología, y biomarcadores.	Fomentar las investigaciones acerca de la incidencia, prevalencia factores de riesgo, marcadores biológicos, diagnóstico y tratamiento. Incrementar los estudios de costo y tecnologías de la salud en relación con la demencia. Fortalecer las investigaciones básicas con participación de especialistas de las Neurociencias, Biotecnología, Genética Médica, Inmunología, Medicina Natural y tradicional. Identificar las necesidades investigativas en el estudio de las demencias. Desarrollo de proyectos investigación multicéntricos en	A nivel nacional Vice dirección de ciencia y técnica Provincial, Municipal Policlínicos. Vice dirección docente  A nivel nacional Vice dirección de ciencia y técnica Provincial, Municipal Policlínicos. Vice dirección docente	2015 al 2020  2015 al 2020

		demencia.		
<b>Docencia</b>	Incrementar el nivel de conocimientos a nivel de pregrado y postgrado en las especialidades relacionadas con la atención al demente.	Capacitación del equipo médico de salud de atención primaria en cuanto a la demencia.	Vice dirección de docencia a diferentes niveles	2014 al 2016
	Proveer conocimientos básicos a los cuidadores y familiares para brindar servicios de mayor calidad. Reducir la carga del cuidador.	Capacitación a los cuidadores y familiares. Incrementar los cursos electivos, de postgrado, doctorados, Talleres y maestrías.	Vice dirección de docencia a diferentes niveles Vice dirección de docencia a diferentes niveles	2015 al 2020
		Incorporar Temas de envejecimiento y demencia en la formación de pregrado de la carrera de Medicina, Enfermería, Psicología, Estomatología y Tecnología de la Salud.	Vice dirección de docencia del MINSAP, Ministerio de Educación Superior	2015 al 2020
		Divulgar consensos y guías de buenas prácticas, evidencia científica nacional e internacional en relación con deterioro cognitivo y demencia.	Vice dirección de docencia a diferentes niveles.	2015 al 2020
<b>Promoción de Salud y prevención de la demencia.</b>	Conducir a la población hacia un envejecimiento favorable.	Educar a la población en practicar estilos de vida favorables para lograr un envejecimiento exitoso.	Centro de Promoción de Salud, emisoras de radio y TV	2015 al 2020
	Retardar la aparición de las demencias.	Promover en la población las actividades que contribuyan a incrementar la reserva cognitiva. Estimular la participación de los adultos mayores en los círculos de abuelos y universidades del Adulto Mayor.	Responsables de los Equipos Básicos de Salud, geriatra, Consultas de la Memoria, Centros comunitarios de salud Mental.	2015 -2020

<b>Ética, derechos de los pacientes con discapacidad mental y el estigma hacia la demencia.</b>	Defender los derechos de los pacientes con discapacidad mental.	Brindar información a los profesionales de la salud acerca de los problemas medico legales en relación con la demencia.  Reconocer y hacer respetar los derechos de los pacientes con discapacidad mental.  Respetar los principios éticos que norman la investigación, diagnóstico, tratamiento y prestación de cuidados a pacientes con demencia.	Dirección jurídica del MINSAP  Vice direcciones de asistencia médica.	2015 al 2017  Continuamente.  Continuamente.
	Disminuir el estigma hacia la demencia.	Educar y orientar a la población para disminuir el estigma hacia el paciente demente y sus familiares.	Centro de Promoción de Salud, emisoras de radio y TV.	2015 al 2020
<b>Salud Pública.</b>	Brindar información a los decidores en la salud tengan utilidad en la toma de decisiones.	Alertar a las autoridades sanitarias en cuanto a la necesidad de :  Mantener una estrategia para enfrentar el envejecimiento y las demencias.  Adaptar los servicios de salud de acuerdo con las necesidades que impone la transición demográfica hacia el envejecimiento y el incremento exponencial de la demencia.  Designar responsabilidades para la implementación de la estrategia.  Informar la necesidad de	Vice dirección de asistencia médica, Departamento de Adulto Mayor, seguridad Social y Salud Mental.	2015 al 2020

		<p>crear hogares de ancianos y casas de abuelos para pacientes con demencia.</p> <p>Solicitar la incorporación de nuevos medicamentos específicos para de demencia y el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales.</p>		
--	--	--	--	--



### Evaluación de los resultados:

El proceso de evaluación de los resultados se realizará de forma sistemática y los indicadores que se proponen serán revisados periódicamente, sujetos a modificaciones.

Esfera	Indicador	Umbral	Frecuencia con que se evalúa
<b>Estructura</b>	Completamiento de los equipos básicos de salud.	Policlínico. 85al 100% B, 70 al 84.9% R, Menos del 69.9 % M	semestral
	Completamiento de GBT y funcionamiento.	85al 100% B, 70 al 84.9% R, Menos del 69.9 % M	semestral
	Existencia de una consulta de memoria municipal.	Si: B No, sin haber en el nivel secundario M	anual
	Existencia de consulta de memoria en cada Policlínico	Si: B No: M	anual
	Fácil acceso a las consultas de memoria y ausencia de barreras arquitectónicas.	Si: B No: M	
	Existencia de escuelas de cuidadores en cada área de salud.	Si: B No: M	anual
	Existencia de casas de abuelos para pacientes con discapacidad mental en cada municipio.	Si: B No: M	anual
	Existencia de facilidades de internación para pacientes dementes en hogares de ancianos.	Si: B No: M	anual
	Existencia de redes sociales de apoyo a estos pacientes	Si: B No: M	anual
	<b>Nivel secundario</b> Existencia de una consulta de memoria.	Si: B No: M (municipio)	anual
	Completamiento y capacitación del equipo de salud que atiende la consulta de memoria.	Completo, capacitado, compuesto por médico, psicólogo, trabajador social , defectologo y enfermera :B Completo pero no capacitado R Compuesto solo por el médico y psicólogo: R	anual
	Fácil acceso a las consultas de memoria y ausencia de barreras arquitectónicas.	Si: B No: M	anual

<b>Proceso</b>	<b>Docencia e investigaciones</b>	capacitados 85al 100% B 70 al 84.9% R Menos del 69.9 % M Se realicen al menos dos cursos al año	anual
	Existencia de programas en el municipio o policlínicos para: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Capacitación del equipo básico de salud</li> <li>✓ Capacitación de los GBT</li> <li>✓ Capacitación de cuidadores y familiares.</li> <li>✓ Cantidad de cuidadores capacitados</li> </ul>		
	Tener al menos una línea de investigación relacionada con el envejecimiento y la demencia(a nivel primario y secundario).	Si: B No: M	anual
	Otras Participación intersectorial en la atención al anciano con demencia o deterioro cognitivo (comprende el apoyo de los CDR, FMC, Gobierno, Cultura, Gastronomía etc.)	Que realicen proyectos de conjuntos: Si: B No: M	anual
<b>Resultado</b>	Tasa de incidencia de demencia:	Se evaluará de la tendencia en un quinquenio.	anual
	Tasa de prevalencia de demencia:	Se evaluará de la tendencia en un quinquenio.	anual
	Tasa de mortalidad por demencia:	Se evaluará de la tendencia en un quinquenio.	anual
	Tasa de hospitalizaciones por complicaciones en un año.	Se evaluará de la tendencia en un quinquenio.	anual
	índice de accidentes	Se evaluará de la tendencia en un quinquenio.	anual
	Gasto de insumos por pacientes encamados con demencia.	Se evaluará de la tendencia en un quinquenio.	anual
	Porciento de satisfacción por los servicios prestados: <u>Total de atendidos – total de atendidos insatisfechos</u> Total de atendidos	Porciento de pacientes satisfechos: 85al 100% B 70 al 84.9% R Menos del 69.9 % M	anual



## Participaron en la confección del documento

### Autores principales

1. **DrCs Juan de J Llibre Rodríguez.** Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular, Académico e Investigador Titular. Jefe del centro De Estudios de Alzheimer.
2. **MSc Rodolfo Bosch Bayard** Especialista de II grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Centro de estudios de Alzheimer Facultad Finlay Albarrán
3. **MSc Maira Carrasco García** Geriatria. Profesor Auxiliar y Consultante Especialista de Primer grado en Medicina Interna, II Grado en Geriatria. Profesora principal del Servicio de Geriatria Hospital Salvador Allende

### Comité de Expertos

4. **MSc Alberto Fernández Seco.**Especialista de Primer Grado en MGI. Jefe del Departamento de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental MINSAP.
5. **MSc Carmen Borrego Calzadilla.** Especialista de II grado en Psiquiatria, Jefa de la Sección Dependiente de Salud Mental del el Departamento de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental MINSAP.
6. **MSc Carmen Moreno Carbonell** Profesora Titular y consultante. Especialista de I grado en Epidemiología y especialista de II grado en Medicina del Trabajo. Centro de Estudios de Alzheimer Facultad Finlay Albarrán
7. **DrC. Carlos Santos Arozandia.** Presidente de la Sociedad de Neurociencias de Cuba. Profesor Titular, Académico e Investigador Titular. Especialista de II grado em Neurofisiología Clinica Hospital Hermanos Ameijeiras.
8. **DCs Miguel A Valdés Mier.** Presidente de la Sociedad Cubana de Psiquiatria. Profesor Titular y Consultante, Investigador Titular. Hospital Hermanos Ameijeiras
9. **DrC Néstor Pérez Lache** Profesor Titular e investigador Titular y Consultante. Especialista de II grado em Neurología. Hospital Carlos J Finlay Hospital CIMEQ
10. **DrCs Miguel A Blanco Aspiazú.** Profesor Titular, Especialista de II Grado en Medicina Interna. Hospital Carlos J Finlay
11. **DrCs Guido Lluís Ramos.**Profesor Auxiliar, Especialista de II Grado en Medicina Interna. Hospital Carlos J Finlay
12. **DrC Nivaldo Hernández Mesa.**Profesor Titular y Consultante, Investigador Titular. Especialista de II grado em Neurofisiología. ISCMH Victoria de Girón
13. **DrC Pastor Castell Florit Serrate.** Profesor Titular y Consultante, Investigador Titular. Especialista de II Grado em Administracion de Salud. Director de la Escuela Nacional de Salud Pública.
14. **DrCs Héctor Bayarre Veá.** Profesor Titular. Especialista de II grado en Bioestadísticas. Escuela nacional de Salud Pública
15. **DCs Orlando Carnota** Profesor Titular.Especialista de II Grado enAdministracion de Salud. Escuela Nacional de Salud Pública.
16. **DrCs Chryslaine Rodríguez Tanty** Inv. Titular. Grupo de Neuroquímica Dpto. de Neurodiagnóstico Centro de Neurociencias de Cuba
17. **MSc AdolfoValhuerdiCepero** . Especialista de I grado em Medicina Interna. Profesor Asistente. Presidente de la Filial Provincial en Matanzas de la Sección Cubana de Alzheimer de la Sociedad de Neurociencias de Cuba.
18. **MSc Guillermo Hernández Mojena.** Profesor Auxiliar y Consultante Especialista de Primer grado en Medicina Interna, II Grado en Geriatria. Servicio de Geriatria Hospital Salvador Allende.
19. **Prof Roberto Diegues Dacal.** Especialista de II Grado en Geriatria. Departamento de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental MINSAP.
20. **Lic Yusimí Campos Suárez.** Departamento de Seguridad Social. Ministerio del Trabajo
21. **MSc Mercedes Ramos Quiroga** Profesora AuxiliarEspecialista de I Grado en Medicina Interna, II Grado en Geriatria. Departamento de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental MINSAP.
22. **MSc Ysis Yvonne Sanchez Gil** Profesora AuxiliarEspecialista de II grado enPsiquiatria. CLAMED
23. **MSc Maritza Leyva Serrano** Profesora asistente, Especialista de II grado en Medicina Física y Rehabilitación. Jefa de la Sección Independiente de Rehabilitación. MINSAP
24. **MSc Liliams Rodriguez Rivera** . Especialista en Medicina General Integral y Geriatria, Profesora Asistente Centro de Investigaciones sobre "Envejecimiento, Longevidad y Salud" (CITED)
25. **MSc Niurka Cascudo Barral.** Especialista em Medicina General Integral y Geriatria, Profesora Asistente Centro de Investigaciones sobre "Envejecimiento, Longevidad y Salud" (CITED)

26. **MSc Maria Josefa Simón.** Especialista en Medicina General Integral y Geriátría, Profesora Asistente Centro de Investigaciones sobre "Envejecimiento, Longevidad y Salud" (CITED)
27. **MSc Jesús Menendez Jiménez** Especialista de II grado en Geriátría, Profesor auxiliar e Investigador Auxiliar. Centro de Investigaciones sobre "Envejecimiento, Longevidad y Salud" (CITED)
28. **MSc Milagros Guerra** Especialista de II grado en Psiquiatría. Profesora Asistente Policlínico 27 de Noviembre
29. **MSc Marina Calvo Rodríguez** Especialista de II grado en Psiquiatría Profesora Auxiliar. Centro de salud mental municipio Lisa.
30. **MSc Ana Margarita Lopez** Especialista de I Grado en MGI Geriátría. Profesora asistente Policlínico 19 de Abril.
31. **MSc Ana Lidia Rodríguez** Especialista de I grado em MGI y especialista de II grado en Medicina Interna Profesora Auxiliar. Policlínico Cristóbal Labra.
32. **MSc Francis Arencibia Márquez.** Licenciada en Psicología. Profesora Asistente. Provincia Matanzas.
33. **MSc Carlos Gómez Suarez** Psicólogo del Servicio de Geriátría Hospital Salvador Allende
34. **Lic Tania Zallas Llerena** Profesora Instructora Especialista en Gestión de la Información. Coeditora del Sitio web AlzheimerCuba. Centro de estudios de Alzheimer Facultad Finlay Albarrán
35. **Juan Carlos Llibre Guerra** Especialista de I Grado en MGI y Neurología. Profesor asistente Investigador Agregado Instituto de Neurología.
36. **MSc Gertrudis Hernández González** Especialista en Neurología Jefa del Grupo de Neuroimágenes Clínicas Centro Nacional de Investigaciones Científicas CENIC.
37. **MSc Josefa González Picos** Especialista en Psicogeriatría Investigadora Agregada, miembro del Centro Colaborador Salud Pública y Envejecimiento
38. **Lic Dagmara Cejas Bernet** Licenciada en derecho y Bioética Departamento Jurídico de Ministerio de Salud Pública.
39. **MSc Joanna Pereira Menéndez** Licenciada en derecho, Profesora Asistente de la Universidad de la Habana Especialista en derecho y bioética
40. **MSc María de los Ángeles Gómez Alarcón** Especialista en Medicina general Integral y Geriátría. Servicio de geriatría del Hospital Salvador Allende
41. **MSc Gilberto A Hernández Marrero** Psicólogo del Servicio de Geriátría Hospital Salvador Allende

## Bibliografía

---

<sup>1</sup> Anuario Estadístico MINSAP 2012. [citado 2013 ene 21] Disponible a partir de: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas/>

<sup>2</sup>Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Albanese E, Guerra M, Llibre Rodriguez J et al; Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet*. 2009 Nov 28; 374(9704):1821-30. [citado 2013 feb 24] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2854331/>

<sup>3</sup> Alzheimer's Disease International (2010). World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia. London: Alzheimer's Disease International. [citado 2013 ene 21] Disponible a partir de: <http://www.alz.co.uk/search/node/World%20Alzheimer%20Report%202010.?page=2>

<sup>4</sup> Llibre JJ. Libro Demencias y enfermedad de Alzheimer en la población cubana. Ciudad Habana. Editorial Científico-Técnica, 2008. ISBN. 978-959-05-0544-7.

<sup>5</sup> Llibre JJ. Envejecimiento y demencia: implicaciones para la comunidad científica, la salud pública y la sociedad cubana. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*; 2011 2(2):1-18. [citado 2013 ene 21] Disponible a partir de <http://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/view/126>

<sup>6</sup> Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005 December 17; 366(9503): 2112–2117 [citado 2013 ene 21] Disponible a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2850264/>

<sup>7</sup> Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07 [citado 2012 ene 21] Disponible a partir de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_484\\_Alzheimer\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf)

<sup>8</sup>. Guía de buena práctica clínica en Alzheimer y otras demencias. [citado 2012 ene 21] Disponible a partir de: <http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/guabuenapractica.pdf>

<sup>9</sup> Batsch N, Mittelman S. World Alzheimer Report 2012. Overcoming the stigma of dementia. [citado 2012 ene 21] <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2012>

<sup>10</sup> La Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Alzheimer, declaran que la Demencia debe de ser una prioridad de salud a nivel mundial. Ginebra, Abril 11. 2012. [citado 2012 ene 21] Disponible a partir de: [www.alz.co.uk/WHO-dementia-](http://www.alz.co.uk/WHO-dementia-)

---

[report](#)

- <sup>11</sup> Banerjee S. Living well with dementia—development of the national dementia strategy for England. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010 sep; 25(9):917–22. citado 2013-01-28], Disponible a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2598/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
- <sup>12</sup> Connelly P. Scottish dementia strategy editorial - Connelly - 2010 - - Wiley Online Library. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010 sep; 25(9): 908–11. citado 2013-01-28], Disponible a partir de : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2596/abstract>
- <sup>13</sup> Woods B. National dementia plan--Wales. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 Sep; 25(9): 923-4. doi: 10.1002/gps.2599. [citado 2013 mar 12]. Disponible a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20803722>
- <sup>14</sup> Cahill S. Developing a national dementia strategy for Ireland - - 2010 - Psychiatry - Wiley Online Library. *International Journal of Geriatric*. 2010 sep; 25(9): 912–6. [citado 2012 ene 21] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2597/abstract;jsessionid=A55244D35AF2F7A050A7526BB3EF5B47.d02t02>
- <sup>15</sup> Mateos R, Franco M, Sánchez M. Care for dementia in Spain: the need for a nationwide strategy. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2010; 25: 881–884. doi: 10.1002/gps.2591 [citado 2012 ene 21] Disponible a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2591/abstract>
- <sup>16</sup> Arai Y, Arai A, Mizuno Y. The national dementia strategy in Japan. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 2010; 25: 896–899. doi: 10.1002/gps.2589. [citado 2012 ene 21] Disponible a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2589/abstract>
- <sup>17</sup> Robert PH. The French National Alzheimer disease plan 2008–2012. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2010, 25: 900–901. doi: 10.1002/gps.2593. [citado 2013 mar 12] Disponible a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2593/abstract>
- <sup>18</sup> Chiu HK, Yu X, Lam L. C.W. Dementia strategy in China and Hong Kong. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2010 ; 25: 905–907. doi: 10.1002/gps.2595. [citado 2012 ene 21] Disponible a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2595/abstract>
- <sup>19</sup> Halabi AK, Zafar JM. Care of the elderly in United Arab Emirates. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2010; 25: 925–927. doi: 10.1002/gps.2600. [citado 2013 mar 12] Disponible a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2600/abstract>

- <sup>20</sup> Engedal K. The Norwegian dementia plan 2015—‘making most of the good days’. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2010; 25: 928–930. doi: 10.1002/gps.2601 [citado 2013 mar 12] Disponible a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2601/abstract>
- <sup>21</sup> Rockwood K, Keren R. Dementia services in Canada. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2010; 25: 876–880. doi: 10.1002/gps.2590. [citado 2012 mar 12] Disponible a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2590/abstract>
- <sup>22</sup> Travers C, Martin-Khan M, Lie D. Barriers and enablers of health promotion, prevention and early intervention in primary care: evidence to inform the Australian national dementia strategy. *Australas J Ageing*. 2009 Jun; 28(2): 51-7. [citado 2012 mar 12] Disponible a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19566797>
- <sup>23</sup> Khachaturian ZS, Petersen RC, Snyder PJ, Khachaturian AS, Aisen P, de Leon M, et al. Developing a global strategy to prevent Alzheimer's disease: Leon Thal Symposium 2010. *Alzheimers Dement*. 2011 Mar; 7(2): 127-32 [citado 2012 mar 12] Disponible a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21414553>
- <sup>24</sup> Khachaturian ZS, Barnes D, Einstein R, Johnson S, Lee V, Roses A, et al. Developing a national strategy to prevent dementia: Leon Thal Symposium 2009. *USA. Alzheimers Dement*. 2010 Mar; 6(2): 89-97 [citado 2012 mar 12] Disponible a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20298968>
- <sup>25</sup> Llibre JJ, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Martin Prince, et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet* 2008; 372: 464–74. Published online July 28, 2008 [citado 2012 ene 21] Disponible a partir de: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61002-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61002-8/fulltext)
- <sup>26</sup> Consejo Nacional de Sociedades Científicas. Libro Premio Anual de la Salud, 2011. 36a Ed. Categoría Investigación Aplicada. Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de síndrome demencial en adultos mayores de La Habana y Matanzas. *Editorial Ciencias Médicas* 2012. p. 54-65 ISBN: 978-959-212-778-4. [citado 2013 mar 12] Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/premio\\_anual2011/emplano%20premio%202011\\_completo.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/premio_anual2011/emplano%20premio%202011_completo.pdf)
- <sup>27</sup> Llibre JJ, Valhuerdi A, Sanchez II, Reyna C, Guerra MA, Copeland JRM, et al. The prevalence, correlates and impact of dementia in Cuba. A 10/66 Group population-based survey. *Neuroepidemiology* 2008; 31: 243–251 [citado 2012 ene 21] Disponible a partir de: <http://content.karger.com/produktedb/produkte.asp?doi=165362>
- <sup>28</sup> Prince MJ, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Llibre JJ et. Dementia incidence and mortality in middle income countries, and associations with age, sex, socioeconomic position and indicators of cognitive reserve. A 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study *The Lancet, Early Online Publication*, 2012 23 May; (12): 60399-7 doi:10.1016/S0140-6736.\_\_\_\_[citado 2012 ene 21] Disponible a partir de [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61002-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61002-8/fulltext)



<sup>29</sup> The Canadian Study of Health and Aging working group 2000. The incidence of dementia in Canada. *NEUROLOGY* ; 55: 66–73. [citado 2012 ene 21] Disponible a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10891908>

<sup>30</sup> Matthews F, Brayne C, Medical Research Council Cognitive Function, Ageing Study Investigators 2005. The Incidence of Dementia in England and Wales: Findings from the Five Identical Sites of the MRC CFA Study. *PLoS Med* 2(8): 193. [citado 2012 ene 21] Disponible a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1188245/>

<sup>31</sup> Martin P, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Llibre JJ, et al. Dementia incidence and mortality in middle income countries, and associations with age, sex, socioeconomic position and indicators of cognitive reserve. A 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study *The Lancet*, Early Online Publication. 2012 May 23. [citado 2013 feb 24] Disponible a partir de: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60399-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60399-7/fulltext).

<sup>32</sup> Llibre JC, Guerra M, Perera E. Enfoque, diagnóstico y tratamiento a un paciente con demencia en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2008; 24(2). Jun [citado 2013 Ene 15] ; Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200009&lng=es)

<sup>33</sup> León M. La atención comunitaria en salud mental. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2002 Oct; 18(5): 340-342 [citado 2013 Ene 28] ;. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000500009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500009&lng=es).

<sup>34</sup> Rodríguez O. Rehabilitación funcional del anciano. *MEDISAN* [revista en la Internet]. 2009 Oct; 13(5). [citado 2013 Abr 08] ; Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000500014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000500014&lng=es).

<sup>35</sup> Landinez N, Contreras K, Castro A. Aging, exercising and physical therapy. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2012 Dic 38(4): 562-580. [citado 2013 Abr 08] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es).

<sup>36</sup> Losada A, Márquez M, Peña C, Gallagher-Thompson, Knight B. Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención a multidisciplinar. *Psicología Conductual*, 2007; 15( 1); 57-76. [citado 2013 Ene 15] Disponible a partir de: [http://scholar.google.com/cu/scholar?start=0&q=centros+de+dia+demencia&hl=es&as\\_sdt=0](http://scholar.google.com/cu/scholar?start=0&q=centros+de+dia+demencia&hl=es&as_sdt=0)

<sup>37</sup> World Health Organization. Dementia : A public health priority. [citado 2013 feb 12] Disponible en : [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/)

<sup>38</sup> Bradford A, Kunik M, Schulz P, Singh H. Missed and Delayed Diagnosis of Dementia in Primary Care: Prevalence and Contributing Factors. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2009 Oct–Dec; 23(4): 306–314. Disponible a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2787842/>

<sup>39</sup> [Aminzadeh F](#), [Molnar F](#), [Dalziel W](#), [Ayotte D](#). A Review of Barriers and Enablers to Diagnosis and Management of Persons with Dementia in Primary Care. *Can Geriatr J*. 2012 September; 15(3): 85–94. [citado 2013 Abr 08] Disponible a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3521322/>

<sup>40</sup> Garand L, Lingler J, Conner K, Dew A. Diagnostic Labels, Stigma, and Participation in Research Related to Dementia and Mild Cognitive Impairment. *Res Gerontol Nurs*. 2009 April; 2(2): 112–121. [citado 2013 Ene 15] Disponible a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864081/>

<sup>41</sup> Liu D, Hinton L, Tran C, Hinton D, Barker J. Re-examining the relationships among dementia, stigma, and aging in immigrant Chinese and Vietnamese family caregivers. *J Cross Cult Gerontol*. 2008 September; 23(3): 283–299. [citado 2013 Ene 15] Disponible a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2958058/>

<sup>42</sup> Chin A, Negash S, Hamilton R, Diversity and Disparity in Dementia: The Impact of Ethnoracial Differences in Alzheimer's Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2011 Jul-Sep; 25(3): 187–195. . [citado 2013 Ene 15] Disponible a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3396146/>.

<sup>43</sup> Grov C, Golub S, Parsons JMS. Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care*. 2010; 22(5): 630–639. [citado 2013 Abr 08] Disponible a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2936670/>

<sup>44</sup> Amieva H, Rullier L, Bouisson J, Dartigues JF, Dubois O, Salamon R. Needs and expectations of Alzheimer's disease family caregivers. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2012 - PubMed - NCBI. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2012 jun; 60(3):,231–8. [citado 2013 Abr 18] Disponible a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22595420>

<sup>45</sup> Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King M. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 6. Art. No.: CD007617. DOI: 10.1002/14651858.CD007617.pub2. citado 2013 Abr 18] Disponible a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007617.pub2/abstract;jsessionid=98115BDDb20E67F145612B61AFDAB45E.d03t01>

<sup>46</sup> Legg LA, Quinn TJ, Mahmood F, Weir CJ, Tierney J, Stott DJ, et.al. Non-pharmacological interventions for caregivers of stroke survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 10. Art. No.: CD008179. DOI: 10.1002/14651858.CD008179.pub2 . citado 2013 Abr 18] Disponible a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008179.pub2/abstract>

- <sup>47</sup> Pérez V, Nolla N, Alern A. Needs of learning of specialist of Integral General Medicine on dementia syndrome. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2010 Mar 26(1) [citado 2013 Ene 15] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252010000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100009&lng=es).
- <sup>48</sup> S Turner, S Iliffe, M Downs, J Wilcock, M Bryans. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and ageing*. 2004 jul; 33(5): 461–7. [citado 2013 Ene 15] Disponible a partir de: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/33/5/461.short>
- <sup>49</sup> Pérez V, Nolla N, Alern A. Competencias del especialista en medicina general integral para la atención exitosa del síndrome demencial. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2013 Ene 15]; 26(4): 656-664. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252010000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000400008&lng=es).
- <sup>50</sup> Barnes DE, Yaff K. The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *Lancet Neurol* 2011; 10: 819–28. [citado 2013 Ene 15] ; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+projected+effect+of+risk+factor+reduction+on+Alzheimer%E2%80%99s+disease+prevalence>
- <sup>51</sup> Banerjee S. Living well with dementia—development of the national dementia strategy for England. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 2010; 25: 917–922. doi: 10.1002/gps.2598. [citado 2013 Ene 15] Disponible a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2598/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
- <sup>52</sup> Boustani M, Peterson B, Hanson L, et al. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the US preventive services task force. 2003. *Ann Intern Med*. 2003 Jun 3; 138(11): 927-37. . [citado 2013 Ene 15] Disponible a partir de: <http://annals.org/article.aspx?articleid=716467>
- <sup>53</sup> Llibre J J, Valhuerdi A, Calvo M, García RM., Guerra M, Laucerique T et al . Dementia and other chronic diseases in older adults in Havana and Matanzas: the 10/66 study in Cuba. *MEDICC rev.* [serial on the Internet]. 2011 Oct [cited 2013 May 28] ; 13(4): 30-37. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1555-79602011000400008&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1555-79602011000400008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1555-79602011000400008>.
- <sup>54</sup> Frailty, Dependency and Mortality Predictors in a Cohort of Cuban Older Adults, 2003–2011. *MEDICC Review* » January 2014, Vol 16, No 1 [cited 2014 feb 23] » Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=27&id=341&a=va>
- <sup>55</sup> Reisberg B, Doody R, Stoffler A, Schmitt F, Ferris E, Möbius H, Memantine Study Group. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2003; 348 (4): 1333–1341. [citado 2013 ene 21] Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa013128>

<sup>56</sup>Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 1(4). CD005593. [citado 2013 ene 21]; [citado 2013 ene 21]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437532>

<sup>57</sup> Brodaty H, Breteler M, DeKosky S, Dorenlot P. The World of Dementia Beyond 2020. *J Am Geriatr Soc* 2011. DOI: 10.1111/j.1532-5415.20111(4). [citado 2013 ene 21]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+World+of+Dementia+Beyond+2020>

<sup>58</sup> Orrell M, Bob Woods B. Should we use individual cognitive stimulation therapy to improve cognitive function in people with dementia? *BMJ* 2012; 344:633 doi: 10.1136/bmj.e633 (Published 15 February 2012) [Internet]. 2012 ago [citado 2013 ene 21];1(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3522062/>

<sup>59</sup> Williams JW, Plassman BL, Burke J, Benjamin S. Preventing Alzheimer's Disease and Cognitive Decline - NCBI Bookshelf. *Evid Rep Technol Assess*. 2010 abr; 193(1):1–727. . [Internet]. 2012 ago [citado 2013 ene 21];1(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47059/#ch1.s2>

<sup>60</sup> Daviglius ML, Bell CC, Berrettini W, Bowen PE, Connolly ES Jr, Cox NJ et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Preventing Alzheimer Disease and Cognitive Decline. *Ann Intern Med*. 2010 ago; 153(3): 176–811. [citado 2013 ene 21] Disponible en <http://annals.org/article.aspx?articleid=745940>

<sup>61</sup> Daviglius ML, Bell CC, Berrettini W, Bowen PE, Connolly ES, Cox NJ et al. NIH Alzheimer's and Cognitive Decline Prevention Conference - Panel Statement. NIH Consensus State Sci Statements. 2010 Ap; 27(4): 1–30. [citado 2013 ene 21] Disponible en: <http://consensus.nih.gov/2010/alzstatement.htm>

<sup>62</sup> Williams JW, Plassman BL, Burke J. Preventing Alzheimer Disease and Cognitive Decline. Evidence Report No. 93. AHRQ Publication No. 10-E005. 2010 Rockville, MD Agency for Healthcare Research and Quality. [citado 2013 ene 21] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47456/>

<sup>63</sup> Barnes DE, Yaffe K. The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence [www.thelancet.com/neurology/Vol\\_10\\_September\\_2011](http://www.thelancet.com/neurology/Vol_10_September_2011) [citado 2013 ene 21] Disponible en:

<sup>64</sup> Pendlebury ST, Rothwell PM. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis: *The Lancet Neurology*. *The Lancet Neurology*. 2009 nov; 8(11): 106–18. [citado 2013 ene 21] Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(09\)70236-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(09)70236-4/abstract)

<sup>65</sup> Román, G, Nash, D T, Fillit, H. Translating Current Knowledge Into Dementia Prevention: Alzheimer Disease & Associated Disorders. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2012 dic; 26(4): 295–9. [Internet]. 2012 ago [citado 2013 ene 21];1(4). Disponible en: [http://journals.lww.cohttpm/alzheimerjournal/Fulltext/2012/10000/Translating\\_Current\\_Knowledge\\_Into\\_Dementia.2.aspx](http://journals.lww.cohttpm/alzheimerjournal/Fulltext/2012/10000/Translating_Current_Knowledge_Into_Dementia.2.aspx)

---

<sup>66</sup> Qiu C, Xu W, Fratiglioni L. Vascular and Psychosocial Factors in Alzheimer's Disease: Epidemiological Evidence Toward Intervention . *Journal of Alzheimer's Disease*. 2010; 20(3): 689–97. [citado 2013 ene 21] Disponible en: <http://iospress.metapress.com/content/682028731u442p52/>