

Políticas de Cuidados para las personas mayores con demencia en México, análisis exploratorio

Paola Carmina Gutiérrez Cuéllar¹

Resumen

Las demencias son uno de los síndromes que están en crecimiento, conforme los seres humanos vivimos más tiempo, pero vivir más no siempre significa tener buena vida. La atención médica, diagnóstico y seguimiento son fundamentales, pero también lo son los cuidados del día a día, porque hay cada vez más dependencias. Esta investigación se propone identificar qué políticas y programas públicos existen en México para atender los cuidados a las personas mayores con demencia o deterioro cognitivo, así como para los cuidadores, sean formales o informales. Más allá de la parte clínica que acontece en el conocer médico, este análisis explora las políticas sociales, que apoyen, promuevan, incentiven y ayuden a los cuidados y la preparación para los cuidadores y familiares. Para ello, se hace una investigación cualitativa, exploratoria y documental, basada en los diseños de programas y planes públicos, páginas web oficiales y manuales o guías que se promuevan por instituciones gubernamentales a nivel federal. Con ello, se presenta la poca atención que se tiene a esta área de los cuidados, que, junto con los cuidados de la niñez, las personas mayores o los discapacitados, son relevantes para la instauración del Sistema Nacional de Cuidados que se encuentra en plena construcción en el país.

Palabras clave: Cuidados, demencias, cuidadores, políticas de cuidado.

Abstract

Dementia is one of the syndromes that is on the rise as humans live longer, but living longer does not always mean having a good life. Medical care, diagnosis, and follow-up are essential, but so is day-to-day care, because there is increasing dependence. This research aims to identify what public policies and programs exist in Mexico to care for older adults with dementia or cognitive impairment, as well as for caregivers, whether formal or informal. Rather than focusing on the clinical aspects of medical knowledge, this analysis explores social policies that support, promote, encourage, and assist in the care and preparation of caregivers and family members. To this end, qualitative, exploratory, and documentary research

¹Universidad Autónoma de Baja California. Correo electrónico: carmina.gutierrez@uabc.edu.mx

is conducted based on the designs of public programs and plans, official websites, and manuals or guides promoted by federal government institutions. This reveals the lack of attention given to this area of care, which, together with the care of children, the elderly, and the disabled, is relevant to the establishment of the National Care System that is currently under construction in the country.

Keywords: Care, dementia, caregivers, care policy.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado la importancia de atender a las personas que viven con algún tipo de demencia ya que se trata de enfermedades que estadísticamente están en crecimiento y, además, conllevan una fuerte necesidad de cuidados (OMS, 2017). Por estas características suelen denominarse enfermedades que generan dependencias, es decir, que la posibilidad de vivir para estos enfermos (as) está en función del apoyo que tienen de alguien más, por lo que sin ese apoyo no podrían sobrevivir.

Al tratarse de enfermedades cognitivas y neurológicas de las que se conoce poco y no hay cura alguna, es fácil considerar que no hay mucho que hacer más que dejar que pase el tiempo y avance el deterioro. Sin embargo, el tiempo en que eso pasa, sea un año o cinco, la calidad de vida es fundamental tanto para el enfermo como para sus familiares y cuidadores. Esto significa que hay mucho que hacer, y, de hecho, se hace por familiares, enfermeras y cuidadores (ras), pero, con poca información, casi sin apoyo, estrategias y ayuda emocional.

La mayoría de las veces estos cuidados los hacen mujeres: hijas, esposas, y cuidadoras o enfermeras, lo que implica que, son ellas quienes sostienen estas necesidades con el desgaste que significan y la pérdida de tiempo libre, la propia salud y hasta su proyecto de vida.

En México el diagnóstico y atención a estos padecimientos es muy limitado. Además, es en la mayoría de los casos, un diagnóstico tardío que se hace cuando el deterioro es avanzado. De esta forma, siendo parte de los padecimientos comunes entre la población mayor, y como esta población está en crecimiento, el reconocimiento de los cuidados y su aportación en esta etapa de la vida los coloca en una dimensión social que merece la atención de estudio y reflexión.

Esta investigación se propone identificar qué políticas y programas públicos existen en México para atender los cuidados a las personas mayores con demencia o deterioro cognitivo, así como para los cuidadores, sean formales o informales. Más que de la parte clínica que acontece en el conocer médico, este análisis explora

las políticas sociales, que apoyen, promuevan, incentiven y ayuden a los cuidados y la preparación para los cuidadores y familiares.

En el primer apartado se presentan los referentes generales de las enfermedades del deterioro cognitivo y las demencias en la población mayor, para comprender qué tipo de cuidados se requieren. En segundo lugar, se presentan los conceptos y dimensiones teóricas de la perspectiva de los cuidados. Posteriormente, se presentan los antecedentes generales de las demencias y sus cuidados en México, para seguir con la metodología de abordaje y el análisis de los datos que consiste en la revisión documental de las políticas y programas disponibles a nivel nacional. Finalmente, se concluye con algunas reflexiones y propuestas para la acción pública.

Demencias y deterioro cognitivo: algunas generalidades

Si bien esta investigación no se realiza desde el área médica que analiza las enfermedades que llevan a la demencia y el deterioro cognitivo, si es necesario exponer de manera breve cómo son estos padecimientos y cuáles son sus tratamientos, porque en ello, se observan claramente las necesidades de cuidado.

La OMS define a la demencia como: “un síndrome que puede deberse a una serie de enfermedades que, con el tiempo, destruyen las células nerviosas y dañan el cerebro, lo que generalmente conduce al deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia habitual del envejecimiento biológico. Si bien la conciencia no se ve afectada, el deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones precedido, por cambios en el estado de ánimo, el control emocional, el comportamiento o la motivación” (OMS, 2023).

Es decir, la demencia no es propiamente la enfermedad, sino un síndrome que se causa por otras enfermedades, a partir de las cuales se afectan las células cerebrales y ello lleva al deterioro cognitivo, es decir, la pérdida de la memoria, habla, capacidad de cálculo, ubicación, entre otras. Las enfermedades que hasta ahora se sabe que conducen a este deterioro son: la Enfermedad de Alzheimer (EA), la demencia por cuerpos de Lewy, la demencia vascular, el Parkinson y un grupo de enfermedades que contribuyen a la demencia frontotemporal, que se siguen investigando (OMS, 2017).

Los síntomas que se han identificado frecuentemente abarcan los conductuales (agresión, pasividad, ansiedad); los de control de los movimientos o velocidad de estos (que se asocian más al Parkinson), olvidos y problemas de lenguaje o comunicación. Estos síntomas de manera general suelen comenzar con el “olvidar cosas o acontecimientos recientes, perder o extraviar cosas, perderse al caminar

o conducir, sentirse desubicado en lugares familiares, perder la noción del tiempo, tener dificultades para resolver problemas o tomar decisiones, problemas para seguir conversaciones o a la hora de encontrar las palabras, errores de cálculo al juzgar visualmente a qué distancia se encuentran los objetos” (OMS, 2023). Como se puede imaginar, enfrentar estos cambios cuando se fue completamente independiente, pero se perdió la cognición que un día tuvo, conlleva frustraciones tanto para estas personas mayores como para sus cuidadores.

El diagnóstico es difícil de obtener de manera temprana por dos razones principales. Primero, por los estereotipos asociados a la vejez que nos llevan a suponer que olvidar cosas es parte de ser viejo (a), y aunque se acepta un nivel de olvidos en todos los individuos envejeciendo, no significa que ello será lo “normal”. Tanto familiares como personas mayores y personal de salud pueden minimizar los síntomas. En segundo lugar, hay pocos hospitales y centros especializados que puedan detectarlo a tiempo, y en las consultas de primer nivel en instituciones públicas, la detección de estas demencias no forma parte de los parámetros de revisión en la consulta general; sino que se activan ya que hay síntomas, por los que el médico general puede referir al paciente a una especialidad para su posible detección.

En cuanto a los tratamientos hay de dos tipos; uno de tipo farmacológico, compuesto por neuroprotectores, vasodilatadores, antidepresivos y vitaminas como omega 3; de los cuales los tipos y especificidades dependen de cada tipo de demencia (Olivera y Pelegrín, 2015). Estos medicamentos mejoran o aminoran algunos síntomas, el principal de ellos, es la conexión neuronal que se ve afectada en la mayoría de las demencias, pero aún no hay un medicamento específico para todas las desconexiones, ya que no en todas las demencias se afectan las mismas zonas del cerebro, por lo cual su efectividad aún está en estudio (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y OMS, 2013). Otros medicamentos permiten manejar la ansiedad, la psicosis y la depresión que conlleva la pérdida de las funciones cognitivas, por las cuales se suele ver a las personas con demencias avanzadas, como “fuera de la realidad”, cuando algunos medicamentos son demasiado fuertes.

En segundo lugar, están los tratamientos no farmacológicos, que tratan de incidir sobre los estilos de vida, fomentar vínculos sociales positivos, desarrollar movilidad y motricidades y promover el uso continuo de las facultades de la cognición para evitar que continúe su pérdida. En este tipo de tratamientos, los cuidados son de especial importancia ya que, sin ellos, simplemente no serían posibles. En algunos estudios sobre estos tratamientos se recomienda incluir: una alimentación adecuada y preferentemente mediterránea que combina antioxidante de las frutas y verduras, omega-3 del pescado azul y el neuroprotector del aceite de oliva. Pero también se complementan con las actividades como la estimulación cognitiva de lenguaje, lógica y semántica, además del control de otras enfermedades como la

diabetes e hipertensión ya que son factores de riesgo y gravedad de la demencia (Tisher y Salardini, 2019). El manejo de la alimentación, el desarrollo de actividades cognitivas, la práctica de la toma de decisiones y los hábitos, son todas acciones que se dan a través de los cuidados y el apoyo del día a día.

Diversos estudios hechos con pacientes que cursan este síndrome han mostrado que las actividades de la vida diaria en las que se desarrollan los vínculos sociales, las actividades físicas y la alimentación saludable ayudan mucho a la mejora de los mismos síntomas de ansiedad y depresión, así como el ritmo del deterioro puede ser más lento. En ciertos momentos y tipos de deterioro, estos tratamientos apoyan más que los propios fármacos (Bosch, et al., 2017). Algunos ejercicios y modelos de atención que incluyen la actividad física combinada con la música tienen muy buenos efectos para la estimulación cognitiva, el desarrollo de la autonomía y la autoestima. Mientras que en otros casos se han hecho uso de actividades de escritura y memoria para sostener estas habilidades cognitivas que están perdiéndose.

De esta manera, el apoyo de los cuidadores en el desarrollo de los ejercicios de estimulación, la alimentación o la re-memorización, son fundamentales, pues son ellos quienes están en la vida diaria de las personas mayores y este tratamiento no farmacológico se basa en esta vida diaria.

En la mayoría de los sistemas de salud del mundo, el principal tratamiento consiste en medicamentos y la mayoría de las veces, sin acompañamiento de los hábitos y prácticas cognitivas, o limitándose a recomendaciones que se dan a las familias, que difícilmente podrán llevar con la carga de cuidados y el desconocimiento del mundo al que se enfrentan. De acuerdo con un estudio cualitativo sobre la atención que se da a las demencias en el sistema de salud público de Uruguay, el 79% de los pacientes diagnosticados con alguna demencia, recibe como único tratamiento la medicación, y cuando se combinan con algún tratamiento psicosocial es porque la familia lo consigue por cuenta propia, a través de un servicio pagado. Esto sucede aún y cuando los doctores conocen la limitada efectividad que tiene el tratamiento farmacológico cuando no se acompaña de medidas psicosociales; dejando claro que esto se debe a que no pueden ofrecer estos tratamientos no farmacológicos en el sector público (Pérez, 2018).

Cuidados: conceptos y perspectivas

Hay que destacar que el tipo de cuidados que se requieren para estas enfermedades y padecimientos han sido más analizados desde el área de la medicina clínica, la salud física y neurológica, y menos atención ha merecido el cuidado visto como ayuda, acompañamiento y apoyo en la vida diaria; pero como se vio en el anterior apartado, es muy relevante como tratamiento para estos padecimientos.

Existen diferentes perspectivas y conceptos de los cuidados que van desde la atención a la salud, hasta la protección de los riesgos, o el “echar un ojo”. Una de las propuestas más generales es la de Joan Tronto y B. Fisher que, desde la filosofía política y el feminismo consideran que el concepto de cuidados debe rescatar estas actividades que existen desde el primer momento en que el ser humano está en este planeta, denominando a los cuidados como: “una actividad genérica que comprende todo aquello que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro mundo, de forma tal, que podamos vivir lo mejor posible” (Fisher y Tronto citado en Tronto, 2020, p. 27), cuando estamos enfermos de manera crónica y progresivamente grave, por la pérdida de las capacidades cognitivas, mantener las mejores condiciones de ese mundo se hace casi todo el tiempo a través y con la ayuda de otros.

No significa que cuando no tenemos demencia no se necesite de otros cuidados, porque en realidad los cuidados ocurren a lo largo de la vida en diferentes formas, temporalidades e intensidades (Aguirre, 2011). Cuando nos fracturamos un pie, tenemos un parto, o sufrimos una enfermedad infecciosa; y no solo ocurren en el hospital, sino también en el hogar, ahí operan los cuidados. Por estas características, los cuidados forman parte de la construcción del bienestar como sociedades, grupos, comunidades y familias. Y aunque los estudios feministas son los primeros que apuntaron la necesidad de reconocer estos cuidados como parte del valor de las actividades socialmente feminizadas y como trabajo no remunerado (Federici, 2018; Lamas, 2018), pronto, el avance de las reflexiones ha llevado a ver que este reconocimiento cuenta con el potencial de la justicia feminista, pero también del bienestar social de todos, todas y todes; pues “no es solo cuestión de distribución equitativa de responsabilidades entre hombres y mujeres, sino que está arraigada a las dinámicas fundamentales del sistema social y económico (Huenchuan, 2024, p. 21); esto es, arraigadas a la sobrevivencia humana. Así podemos resaltar dos de las primeras características de los cuidados: primero, *ser una relación social* marcada por las diferencias de género y segundo, que forman parte de las bases sociales que *permiten la reproducción de los seres humanos*; por lo tanto, base de nuestro bienestar.

Las reflexiones éticas desde las cuales se han desarrollado algunas de las dimensiones del cuidado social, buscan reconocerlo y colocarlo entre las responsabilidades de todos los miembros de la sociedad, por este simple hecho de dar bienestar a todos; no sólo por ser obligación de una madre o padre, por resguardo de los derechos de las infancias; o por derechos de las personas mayores como una población vulnerable; sino porque son la base de vida para todos.

Lo que ha sucedido en la mayoría de nuestras sociedades, es que los cuidadores trabajan de manera invisible, desvalorada y sobreexplotada, por ello, la ética

del cuidado sostiene que no se puede sostener la vida buena de unos, sobre la servidumbre de todos (Molinier, 2018). Esto significa que el cuidado no es una cuestión que se resuelve individualmente, o por cada familia, sino que es ante todo una cuestión social, esta es, una tercera característica del cuidado. Cuestión social que opera conforme a los valores, las costumbres y la cultura, por lo que va cambiando de sociedad en sociedad (Tronto, 2017; Guimarães e Hirata, 2020).

Tronto y Fisher proponen que el concepto tiene cuatro fases que muestran estos elementos sociales del cuidar: el reconocimiento de situaciones que necesitan cuidado (*caring about*), responsabilizarse por estas tareas que se han identificado, es decir, tomar cartas en el asunto (*taking care of*); dar cuidado, es decir, hacer la actividad física o mental requerida y entrar en contacto con el que necesita el cuidado (*care giving*); recibir cuidado, y evaluar si da bienestar al sujeto de cuidado y a quien lo da (*care reciving*) (Tronto, 1993). Se observa que no se trata solo de las acciones que se hacen para limpiar una herida o dar de comer a un bebé; sino que implica el pensar, reflexionar y tomarse como responsabilidad. Hay una relación social que trasciende la idea de servir, porque tiene dos direcciones, ya que no opera en solo de dar el cuidado, y no sólo se presenta en obligación de una madre que cuida a una hija, sino que hay una diversidad de sujetos que dan el cuidado y otros tantos que lo reciben.

Un estudio de 2005 hecho a partir de entrevistas a cuidadores de personas mayores con demencia, se propuso indagar sobre las estrategias del cuidado, estas que se desarrollan sin que se recomienden por el médico o por las investigaciones científicas, sino por el contrario, las acciones, medidas y acomodos que cada cuidador hace para mejorar su práctica y experiencia. Estas estrategias bien implican poner a prueba la invención misma, la adaptación y el pensamiento intensivamente. En el estudio referido, De la Cuesta (2005) explora el concepto de artesanía del cuidado para dar cuenta de las “artimañas” (inventos, adaptaciones y estrategias) que desarrollan los cuidadores en el día a día, para lograr construir un lugar ameno para la persona enferma y un lenguaje en común y casi único; lo que finalmente, incide en que las personas mayores tienen mejor calidad de vida y los cuidadores son mejores en su trabajo.

Los cuidados también son diferentes por cómo se hacen (tipos de actividades) o cuánto tiempo llevan. A diferencia de otros tipos de cuidados como los infantiles (“echar un ojo” a que no se caiga), o temporales como llevar a un amigo cada semana a sus sesiones de fisioterapia; los cuidados para el deterioro cognitivo implican niveles de dependencia muy altos, continuos e intensos. La inmensa mayoría de estos cuidados son hechos por mujeres sea como parte de la familia (esposas, hijas, hermanas) o como trabajadoras en casas de retiro para personas mayores, enfermeras en hospitales especializados o cuidadoras a domicilio;

aproximadamente el 97% de los cuidadores de personas (niños y adultos) con dependencia son mujeres, por lo cual la perspectiva de género es inapelable y las acciones que ayudan al cuidado de estas enfermedades, pasan por ver las condiciones de las cuidadoras y sus necesidades (Aguirre, 2010). Se trata también de derechos de estas mujeres cuidadoras, y no sólo en su calidad de trabajadoras no remuneradas, sino también como ciudadanas, ya que por las labores de cuidado pierden oportunidades laborales y de vida, que demeritan su propia posición en la sociedad; pero si no fuera por ellas, ¿quién más sostendría el cuidar? (Pautassi, 2018).

México: personas mayores y demencias, el escenario para los cuidados

En el mundo suman 55 millones de personas que viven con demencia, de las cuales, la mayoría son personas mayores. En México se calcula que 1 millón 300 mil personas tienen demencia causada por Enfermedad de Alzheimer (EA), pero, como se ha dicho, no es la única enfermedad que causa deterioro cognitivo (FEDMA, s.f.). Para 2050 se ha proyectado que habrá 3.5 millones de mexicanos afectados por demencia causada por EA. Además, así como las mujeres tienden a vivir más años que los hombres, son las mujeres quienes viven más con estos síndromes cognitivos, hasta un 25% más que los hombres (Gutiérrez et al., 2017).

Las cifras de detección de las diversas enfermedades que llevan al deterioro cognitivo son algo inexactas y difíciles de obtener. Por un lado, se debe a que la población mayor puede evitar sentirse “olvidadiza”, y no comenta a sus médicos los cambios que puedan sentir, pero también porque los mismos médicos y familiares pueden pensar que es algo propio de la edad. De acuerdo con el Consejo Mexicano de Geriátría, en su página web, sólo hay 1,340 profesionistas certificados en el área de especialidad, es decir, que hay muchos retos que atender (Consejo Mexicano de Geriátría, s.f.). Además, es poca la atención a estas enfermedades como parte de las revisiones cotidianas en las consultas médicas. En la mayoría de los centros de salud y consultas de primer nivel en México no se incluyen preguntas o test completos que ayuden en la detección temprana de los casos.

Según algunos cálculos, en 2010 el costo total estimado en el mundo para atender la demencia fue de 604 mil millones de dólares al año (Instituto Nacional de Geriátría [INGER], 2014). “En los países de ingresos altos, la atención informal implica el 45% y la atención formal el 40% del total, mientras que la contribución proporcional del costo médico directo es mucho menor (15%). En los países de ingresos bajos y medianos, los costos sociales directos son pequeños mientras que predominan los costos de los cuidados informales” (por ejemplo, los cuidados no remunerados provistos por familiares) (INGER, 2014, p. 9). Esto significa que la población mayor que vive con estas enfermedades es cuidada por sus familiares y

ellos llevan todos los costos, tanto monetarios, como en tiempo y emociones. Por lo regular, son costos que llevan las mujeres en estas familias.

Los costos económicos de cada familia son muy amplios si se cuentan los estudios para el diagnóstico, los medicamentos, pero sobre todo los cuidadores, enfermeras y acompañantes, a los que sólo una proporción pequeña de familias y personas mayores pueden pagar. Si tomamos en cuenta que las mismas personas mayores cuentan con ingresos limitados, la situación económica puede empeorar. De acuerdo con cifras de la región latinoamericana, el 34% de los mayores de 65 años no cuentan con ingresos, es decir, ingresos por pensión, trabajo o apoyos familiares (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2022). México cuenta con al menos el 38% de personas mayores de 65 años viviendo en pobreza de ingresos, alimentaria y de oportunidades (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2020). Aproximadamente un 30% de las personas mayores en México tienen una pensión por haber trabajado y cotizado en el sistema de seguridad social, es decir, el 70% no cuenta con este ingreso y según datos del 2020; y el 29% de la población mayor de 65 años no cuenta con seguridad social (atención médica y de cuidados), aunque se tengan incluso muchas personas mayores que son ingresadas a la seguridad social por sus hijos (CONEVAL, 2020).

Esta situación ha comenzado a modificarse y se espera una mejora en los ingresos y calidad de vida, pues a partir de 2020 se comenzó a distribuir de manera universal una pensión no contributiva a la población mayor de 65 años, por 3 mil pesos mexicanos mensuales (150 dólares estadounidenses) (Secretaría del Bienestar México, s.f.). Que siendo universales han aumentado las posibilidades de alimentación y atención a la salud de muchas personas mayores en el país (CONEVAL, 2022).

A pesar del aumento de los ingresos, la recomposición de las familias y el aumento de la esperanza de vida, han generado un aumento en la demanda de cuidados formales, es decir, de instituciones de cuidado temporales o permanentes para la vejez, en las cuales se atienden y cuidan a personas con demencia ya que usualmente las familias hacen uso de estas instituciones cuando hay más dependencia en sus familiares. En un estudio sobre los cuidados de personas mayores con demencia en estas instituciones en México, se calcularon los costos de implementar un sistema de atención específico que incluya medicamentos, cuidados y atención psicosocial. Los costos puestos a prueba en 4 instituciones de atención a la demencia, resultaron arriba de los 100 mil pesos mexicanos por institución, en donde se les da atención a 20 personas en promedio. Pero además se muestra que la atención no farmacológica tiene un buen efecto en el manejo de la enfermedad, y que, esta atención está en manos de cuidadores y enfermeros, con quienes también se trabajó en la intervención (López et al., 2025).

En América Latina se registra un amplio desconocimiento de lo que sucede con los enfermos, con sus necesidades de cuidado y las de los cuidadores. Una de las áreas con más estudios a nivel internacional y en México, es lo que se ha conceptualizado como el síndrome del cuidador, y la sobrecarga emocional y mental que ellos viven. En México se han encontrado estos efectos en los cuidadores de personas mayores con demencia muy parecidos a los documentados en otros países, incluso en los más desarrollados.

En un estudio descriptivo hecho a partir de una prueba piloto con la Fundación de Alzheimer del estado de Querétaro, llevado a cabo en 2010, se documentó que casi el 60% de los cuidadores de personas con demencia viven una sobrecarga muy intensa. De ellos, el 74% dedicaba más de 5 horas al día a esta actividad y lo habían hecho por 5 años seguidos hasta el momento del estudio, y aunque se trate en su mayoría de familiares que tienen un vínculo emocional de cariño, aprecio y amor, viven estas sobrecargas que los lleva a sentirse cansados, tristes y desesperados (Camacho et al., 2010). Otros estudios han visto cómo las acciones de cuidar en estas condiciones de demencia, se van aprendiendo por los familiares frente a la ausencia de un Estado o instituciones que acompañen en estos largos procesos, el conocimiento de todo lo concerniente a la demencia que se va adquiriendo con la propia experiencia entre ensayos y errores, lo que conlleva una pesada curva de aprendizaje (Chávez y Hernández, 2018).

Análisis de las políticas y programas que atienden las demencias en México

A pesar de que hay poco personal en el sistema de salud preparado para la atención clínica a las demencias y para su diagnóstico en México, también es cierto que, de América Latina, nuestro país es de los que cuentan con un Plan Nacional para la atención de la EA, y otras demencias. Desde 2012, la OMS y la OPS llamaron la atención sobre la importancia de estas enfermedades como parte de la salud pública en su informe *Demencia, una prioridad de salud pública*, con el cual se plantean los principales síntomas y urgencia de acción (OPS y OMS, 2013). Posterior a este informe se han manifestado posiciones, necesidades y formas de atención a estas enfermedades por parte de diversas organizaciones mundiales. Así como las organizaciones de la sociedad civil que han surgido por parte de familiares de personas con demencia, han hecho documentos, investigaciones y sugerencias para el manejo de la enfermedad de manera clínica, humana, familiar y social (Gutiérrez et al., 2017).

La metodología empleada en esta exploración de la política pública es de enfoque documental y cualitativo, ya que la fuente de información principal son los documentos y páginas web oficiales de instituciones que se encargan de esta área de demencias en el país a nivel federal. En específico se analizan: el INGER, Instituto Mexicano del

Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y Secretaría de Salud². De estas fuentes de información se realizó un análisis de los objetivos, estrategias y líneas de acción para observar si se apoya a los cuidados de la vida diaria de las personas mayores, sabiendo de antemano que hay muchas otras acciones de tipo sanitario que no son objeto de este documento. Por lo tanto, la investigación es de tipo exploratoria, con una cobertura limitada, y sin intención de generalizar los hallazgos aquí encontrados.

En México el primer plan de atención a las demencias fue plasmado en el documento: *Plan de Acción Alzheimer, y otras Demencias México, 2014*, realizado por varias instancias: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, Instituto Nacional de Neurología, Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA), y el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) como el principal encargado. Este documento es una guía general para la acción pública en torno al tema para todo el país. Además de exponerse qué es la enfermedad y algunos tratamientos, el plan tiene objetivos específicos entre los que están: “promover el bienestar de las personas enfermas, y sus familiares, propiciar la conciencia social de la enfermedad, evitando los estereotipos y estigmas, conjuntar información confiable y actualizada, prevenir otras enfermedades que generan mayor propensión, así como investigar sobre la enfermedad en diferentes disciplinas y capacitar a los profesionistas y cuidadores” (INGER, 2014: 49-50).

Sin embargo, en el año 2024 se volvió a generar un Plan Nacional denominado: *Plan Nacional de Demencias. México*. En donde se plasman objetivos similares a los del plan de 2014 (como si en diez años no se hubiesen dado avances), aunque hay un énfasis notorio en los cuidados, la vida digna y el desarrollo de la autonomía a pesar de la dependencia; todos a nivel de objetivos, sin generar acciones como en el primer plan.

A nivel internacional, existe el Plan de Acción Alzheimer de 2012, y la OMS presentó el Plan de Acción Mundial sobre la Respuesta de la Salud Pública a la Demencia, 2017- 2025; conformado con las consultas de los Estados Miembros de la OMS, en donde se plantea el “objetivo de mejorar la vida de los que tienen demencia, de sus familiares y cuidadores, a través del reconocimiento de sus derechos humanos, la reducción de los riesgos, la colaboración intersectorial y la atención debida a estos padecimientos” (OMS, 2017, p.6). A partir de ellos, el Plan se sostiene en 7 áreas de acción mostradas a continuación.

² La revisión de estas instituciones y sus acciones fue a través de las páginas web y documentos oficiales disponibles digitalmente. Por lo tanto, no se excluye la posibilidad de que existan otros programas y proyectos operando de los que no se publiquen en las vías oficiales, o no se incluyan en repositorios. Esto ya es de por sí indicativo de la dispersión de las acciones, que la misma búsqueda de la información sea de páginas y sitios web diversos, sin una guía conductora entre los mismos.

Esquema 1. Áreas de acción del Plan de acción mundial sobre la respuesta de la salud pública a la demencia, 2017-2025



Fuente: elaboración propia con base en el documento: Plan de Acción Mundial sobre la Respuesta de la Salud Pública a la Demencia, 2017- 2025, OMS.

Las áreas de acción desarrolladas en este plan mundial son retomadas en el Plan Nacional de Demencias de México de 2024, como principios transversales. Los cuales son los siguientes:

1. La demencia como prioridad de salud pública.
2. Sensibilización y concientización sobre la demencia.
3. Reducción del riesgo de demencia.
4. Diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo a personas que viven con demencia.
5. Apoyo a los cuidadores de personas con demencia.
6. Generación de sistemas de información sobre la demencia.
7. Investigación e innovación sobre la demencia (INGER, 2024).

Con base en estos siete principios, el Plan Nacional de México sustenta sus objetivos particulares, a decir:

1. Promover una mayor toma de conciencia de las demencias, que reduzcan estereotipos y estigmas.
2. Incrementar el acceso a información confiable tanto para profesionales como para familiares y sociedad en general.
3. Implementar un modelo de detección oportuna y un proceso estandarizado para las demencias y deterioro cognitivo.
4. Fortalecer los programas de promoción y prevención para el control de enfermedades crónicas que son factores de riesgo de las demencias.
5. Incentivar el desarrollo de la investigación de calidad para incrementar el conocimiento de la enfermedad (INGER, 2024: 10).

Junto con estos objetivos se presentan estrategias, que constituyen una forma de plantear acciones más específicas, que vayan ayudando a alcanzar el objetivo general, haciendo un resumen de ellas se presentan a continuación:

Estrategia 1. Diagnóstico y trayectorias de atención, para desarrollar la capacidad diagnóstica y la atención a los enfermos, con un seguimiento adecuado.

Estrategia 2. Cuidados, que implica promover políticas públicas y apoyos para atender las necesidades de cuidados de las personas que viven con demencias y las de sus cuidadores.

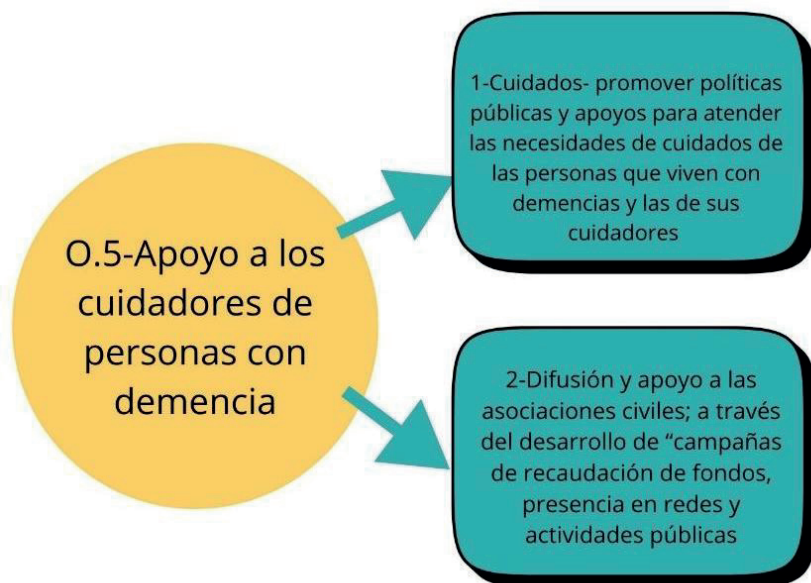
Estrategia 3. Eliminación del estigma, a través de acciones y modelos que desarrollan algunas instituciones de la sociedad civil que dan a conocer la realidad de la demencia.

Estrategia 4. Difusión y apoyo a las asociaciones civiles, ya que las instituciones civiles han desarrollado estrategias y apoyos antes que los programas de atención gubernamentales, el desarrollo de campañas de recaudación de fondos, y presencia en redes y actividades públicas (INGER, 2024:12).

Entre los objetivos, veremos con especial atención el 5- “Apoyo a los cuidadores de personas con demencia”. Como se nota hay 7 objetivos y sólo 4 estrategias, y no se especifican las correspondencias de ellas, pero parte de este análisis se puede deducir que este objetivo 5, se alimentaría de parte de las dos estrategias: 2-Cuidados- que consiste en promover políticas públicas y apoyos para atender las

necesidades de cuidados de las personas que viven con demencias y las de sus cuidadores; y 4-Difusión y apoyo a las asociaciones civiles; a través del desarrollo de “campañas de recaudación de fondos, presencia en redes y actividades públicas” (lógica que se presenta en el diagrama 2) (INGER, 2024: 18).

Diagrama 2. Correspondencia posible entre Objetivo 5 y estrategias del Plan Nacional de Demencias 2024.



Fuente: elaboración propia con base en el documento: Plan Nacional de Demencias México, 2024, INGER, et al.

En el caso de la estrategia que tiene que ver con cuidados, el plan propone el desarrollo de políticas públicas que apoyen a las familias y cuidadores, sin establecer cuáles podrían ser las mejores políticas o programas, o más útiles para el caso mexicano (transferencias monetarias, en casas de día, en atención domiciliaria, en capacitaciones para el cuidado, en espacios de respiro o alguna otra). Lo más específico en el plan, se entiende al exponer la relevancia de las acciones que lleva a cabo la sociedad civil, es decir, la estrategia 4 “Difusión y apoyo a las asociaciones civiles” debido a que ellas son las que hacen talleres de capacitación e información, espacios de respiro y atención psicológica a los cuidadores, y ante la ausencia de un sistema de cuidados nacional e integrado, sólo estas asociaciones apoyan de manera directa, las necesidades del cuidado y de los cuidadores. La acción de gobierno se propone como:

“el desarrollo de una página web y presencia en redes sociales por medio de colaboración interinstitucional, mediante lo cual se presenten materiales educativos, información de protocolos de investigación, centros de día y de atención clínica, así como la difusión de eventos y noticias relevantes para el personal de salud y la población en general” (INGER, 2024: 19).

Aunque se apunta en el mismo plan la ausencia del Sistema Nacional de Cuidados, la acción finalmente se deja en manos de las organizaciones de la sociedad civil a las que se plantea “apoyar”, para que sean ellas las que sigan atendiendo estas necesidades de los cuidados a las personas con demencia. Sin promover, por ejemplo, formas específicas de “trabajo con” estas organizaciones, o colaboración en las capacitaciones desde el sector más especializado del país.

Hasta aquí se denotan acciones del Plan Nacional, limitadas y raquíticas para un planteamiento a nivel nacional. A diferencia del Plan de 2014, en el de 2024 no se presentan los avances o impactos de las acciones llevadas a cabo en esos 10 años, es decir, no se encuentra público el diagnóstico. Pareciera que, aunque se tratan de las mismas instituciones las que desarrollan estos planes, la implementación de acciones, programas, y actividades específicas que lleguen a la población, no se lograron, o no se reportan en un diagnóstico. La estrategia 2 del plan 2024, se dedica a este tema de los cuidados, aunque, se limita a proponer y no desarrolla líneas de acción. De hecho, en todo el plan se omiten líneas de acción y se presentan “recomendaciones para la implementación”, que también son generales (INGER, 2024:15).

Para saber qué es lo que se lleva a cabo como acciones específicas, más allá de las recomendaciones y objetivos del Plan Nacional, se llevó a cabo una búsqueda en internet y las páginas oficiales de diversas instituciones, a decir: el Instituto Nacional de Geriátría (INGER), las instituciones de seguridad social como el IMSS e ISSSTE y Secretaría de Salud, con la finalidad de encontrar otros programas y acciones que desarrollen algo al respecto de los cuidados clínicos y no clínicos, sobre los pacientes y los cuidadores. Hay que mencionar que no se incluyen las actividades de la sociedad civil, debido a que el fin último de esta investigación es el área gubernamental.

El sistema de búsqueda en internet incluyó en primer lugar las palabras clave: atención, demencias y el nombre de la institución. En segundo lugar: programas, acciones, y el nombre de la institución. Una vez detectados los nombres o referencias se buscó con esos datos para llegar a algo más específico. El resumen de la búsqueda se muestra en la siguiente tabla. En él se presenta el nombre del

documento o programa referido, la institución que aparece como responsable, el año de inicio y el público a quien se dirige.

**Tabla 1. Programas de atención a las demencias en México.
Revisión en web y páginas oficiales.**

	Institución	Nombre programa/acción	Año de inicio	Público al que se dirige
1	El Instituto Nacional de Geriátría	Diplomado Alzheimer y otras demencias	2023	Sector salud. Médicos, especialistas, enfermeros.
2	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez y del Sistema Nacional de Residencias Médicas.	Curso de envejecimiento cognitivo y demencias	2017	Sector salud. Médicos, especialistas, enfermeros.
3	INGER/Salud/IMSS/ISSSTE	Manual de entrenamiento en atención primaria a la salud de personas mayores	2022	Sector salud. Médicos, especialistas, enfermeros.
4	Hospital General Manuel Gea González	Manual de Apoyo para Cuidadores Primarios. para familiares y cuidadores	Sin fecha	Cuidadores, de todo tipo de enfermedades, no solo demencias.
5	IMSS	Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer	2017	Sector salud. Médicos, especialistas, enfermeros.
6	IMSS	Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de Demencia vascular	2017	Sector salud. Médicos, especialistas, enfermeros.
7	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores	Clínica de la Memoria. Brinda consulta externa integral para detectar o confirmar los diagnósticos de deterioro cognitivo leve o trastorno neurocognitivo mayor	2025	Posibles enfermos, con sospechas de deterioro cognitivo o demencia.

Fuente: elaboración propia con base en: INGER, 2023; INAPAM, 2025, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, 2017; Rangel, Domínguez, s.f.; IMSS, 2017.

Lo primero es ver que hay 7 acciones encontradas en esta revisión exploratoria. De ellas la mayoría consisten en manuales y capacitaciones para el diagnóstico y tratamiento clínico, dirigido a personal de salud; y en menor medida, para cuidados a domicilio hechos para familiares y cuidadores. En todos los casos, las instituciones que los elaboran y difunden son del sector salud. Hay una acción en especial relevante para el objetivo de esta investigación que es el *Manual de Apoyo para Cuidadores Primarios* dirigido a los cuidados y cuidadores que se compone de estrategias y recomendaciones para el manejo de las emociones, el autocuidado, la búsqueda de ayuda y respiro para cuidadores, este manual sirve para todo tipo de cuidadores, y, es una herramienta disponible al menos con mediana facilidad. Aunque no se refiere en especial a los cuidados de personas que viven con demencia, es un punto de partida relevante en estas políticas de cuidados a las demencias.

En el caso de los manuales de diagnóstico y atención del IMSS se trata de guías clínicas muy especializadas para los médicos y enfermeros, en los casos de detección y tratamiento de los síndromes de demencia, y por tanto no incluyen la visión de los cuidados de la vida cotidiana, de las familias y cuidadores informales. En el Manual de Entrenamiento en Atención Primaria a la Salud de Personas Mayores, se incluyen algunas recomendaciones generales para los cuidadores como tener en cuenta espacios libres de su papel de cuidador para tener menos estrés y carga emocional. Por su parte, el Diplomado en Alzheimer y otras demencias, tiene como objetivo general: *aplicar estrategias para la atención integral de personas con EA y otras demencias y sus familiares, en el primer nivel de atención bajo un enfoque multidisciplinario* (INGER, 2023), lo que lo hace muy relevante ya que el nivel de especialidad en el sector salud suele rebasar el segundo nivel de atención.

Este diplomado, de acuerdo con su página web, tiene un costo de casi 8 mil pesos mexicanos, y está a cargo del INGER y la Asociación Mexicana de Alzheimer; una de las principales organizaciones civiles que promueven el conocimiento de la enfermedad a nivel nacional. Está dirigido al personal de atención del sector salud en México, médicos generales, trabajadoras sociales, psicólogos, nutriólogos y gerontólogos. Con contenidos divididos en 4 módulos: las bases conceptuales de las enfermedades, las evaluaciones para el diagnóstico, la intervención integral y los recursos psicosociales y sanitarios en la comunidad.

Así la revisión muestra que la mayor parte del diplomado, los manuales y las guías clínicas, se enfocan en general en el manejo clínico de la enfermedad, tocando de manera tangencial los cuidados, las familias y los cuidadores. La acción más relevante para impactar a los cuidados diarios y a los cuidadores de personas con demencia es en esta revisión, el manual de apoyo para cuidadores primarios.

Si dentro del Plan Nacional de Demencias vigente es una estrategia de importancia el cuidado y los cuidadores, los programas aplicados que impacten en las personas son muy limitados. Además, hay una clara centralización de la atención en la capital del país, y unidades estatales que colindan con esta región.

Resultados

El conocimiento y atención a las demencias es un área en pleno progreso. Dado que no hay cura alguna, los cuidados tanto clínicos como de la vida diaria son la diferencia entre una buena calidad de vida o una enfermedad tormentosa para el paciente y sus cuidadores. A diferencia de un bebé que conforme pasa el tiempo adquiere independencia y requiere menos cuidados, en el caso de las personas mayores con demencia el proceso ocurre en sentido contrario. Ello implica que los cuidados requeridos se van incrementando en tiempo, intensidad y dedicación en la mayoría de los casos, y aunque los tratamientos farmacológicos apoyan en algunos de los síntomas, el sustento de la vida diaria se basa en las terapias no farmacológicas que se desarrollan a partir de los cuidados de familiares, enfermeros (as) y cuidadoras; a partir de los cuales se cultivan los vínculos sociales, pláticas, recuerdos y actividades que apoyan la estimulación cognitiva.

Teniendo como propósito saber con qué programas y políticas se apoyan a estas personas mayores, sus cuidadores y familia, esta investigación documental encontró que, a pesar de tener en la agenda pública el tema, y tener al menos 10 años trabajando bajo planes nacionales de atención a este síndrome que afecta a un número creciente de personas mayores, las estrategias y programas que dirijan acciones específicas para la población son aún limitadas. De las 7 actividades encontradas, sólo 1 apoya estos cuidados y a sus cuidadores; al ser un manual disponible en internet puede tener una amplia distribución, aunque si los familiares que cuidan desconocen de estas herramientas tardarán un tiempo en poder encontrarla y otro en aprender las cuestiones básicas del síndrome de demencias.

Hay una clara atención de la acción pública en cuanto a los medios de atención médica, sea para el diagnóstico o para el tratamiento; enfocados en que el personal de salud esté preparado, es decir, en estos cuidados más sanitarios.

Sin embargo, al estar en la misma planificación internacional y nacional los cuidados familiares y de la vida diaria, como ejes fundamentales, es imposible no ver estas limitaciones. Frente al número creciente de personas con demencias, la carga del cuidado en las familias, las mujeres cuidando y viviendo dobles jornadas y extremas condiciones para cuidar, los enfermeros (ras) y cuidadoras con bajos salarios y desvalorados en su labor, la ausencia de instituciones públicas que ayuden a estas poblaciones en más regiones del país y los altos costos del cuidado

a domicilio; tener un manual que guía la atención en los cuidados y los cuidadores, es insuficiente y raquítico.

Esta revisión documental, ha permitido ver que las necesidades de preparación para saber cómo manejar estas enfermedades, hacer actividades para mantener la función cognitiva, las actividades físicas y sociales que ayuden a disminuir la rapidez del deterioro cognitivo; o los cuidados de los mismos cuidadores para que vivan una experiencia menos frustrante no tienen atención pública más allá de estar en parte de la agenda pública y la planeación; pero sin ejecución. La cuestión entonces no es sólo para los que ya tienen familiares, abuelos, padres con estos síndromes, sino para los que sigan en los siguientes años, porque la preparación a la que se puede acceder se está dejando pasar y lo que quedará son acciones reactivas a las problemáticas sociales como esta atención integral a las personas con demencias.

Referencias

- Aguirre, R. (2010). Los cuidados entran en la agenda pública. *Revista de Ciencias Sociales*, 23(27), 10-19. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/375473>
- Aguirre, R. (2011). El reparto del cuidado en América Latina. En M. Durán (Ed.), *El trabajo del cuidado en América Latina y España* (pp. 89-104). Fundación Carolina.
- Bosch Bayard, R. I., Zayas Llerena, T., y Hernández Ulloa, E. (2017). Algunos determinantes sociales y su impacto en las demencias. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(3), 1-12. sld.cu
- Camacho, L., Hinostrosa, G., y Jiménez, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería Universitaria*, 7(4), 35-41. scielo.org.mx
- Chávez, A., y Hernández, M. (2018). Demencia: experiencia en cuidadores primarios de adultos mayores. *Psicología*, 2(3), 43-52. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol2iss3.2018pp43-52p>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Inclusión y derechos de las personas mayores*. Naciones Unidas. <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/ddc08951-1289-4e98-aae8-b5473fe6c3ef>
- Consejo Mexicano de Geriatria A. C. (s. f.). *Certificación*. <https://consejomexicanodegeriatria.org/listado-medicos/>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2020). *Pobreza y personas mayores*. coneval.org.mx
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2022). *Ficha de monitoreo de la Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores*. www.coneval.org.mx
- De la Cuesta, C. (2005). La artesanía del cuidado: cuidar en la casa a un familiar con demencia avanzada. *Enfermería Clínica*, 15(6), 335-342. doi.org
- Federación Mexicana de Alzheimer. (s. f.). *Inicio - carta de bienvenida*. <https://fedma.mx>
- Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario: Críticas feministas al marxismo* (2.ª ed.). Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

- Guimarães, N., y Hirata, H. (Comps.). (2020). *El cuidado en América Latina: mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay*. Fundación Medifé Edita.
- Gutiérrez, L., García, M., Roa, P., y Martínez, A. (Eds.). (2017). *La Enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud: Documento de postura*. Academia Nacional de Medicina; Conacyt. www.gob.mx
- Huenchuan, S. (2024). *Cuidados de largo plazo para personas mayores: perspectivas demográficas y sociales en el Caribe hispano, Centroamérica y México*. CEPAL. cepal.org
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011). *Diagnóstico y tratamiento de demencia vascular en el adulto en los tres niveles de atención: Evidencias y recomendaciones* (IMSS-456-11). Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. imss.gob.mx
- Instituto Nacional de Geriátría. (2014). *Plan de acción Alzheimer y otras demencias* (L. M. Gutiérrez Robledo e I. Arrieta Cruz, Coords.). Secretaría de Salud. www.gob.mx
- Instituto Nacional de Geriátría. (2023). *Diplomado en Alzheimer y otras demencias: Ficha técnica*. Secretaría de Salud. www.gob.mx
- Instituto Nacional de Geriátría. (2024). *Plan Nacional de Demencias México 2024*. Secretaría de Salud. www.gob.mx
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2025). *Clínica de la Memoria: Acciones y programas*. www.gob.mx
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. (s. f.). *Laboratorio Experimental de Enfermedades Neurodegenerativas*. <http://www.innn.salud.gob.mx/interna/instituto/instituto.html>
- Lamas, M. (2018). División del trabajo, igualdad de género y calidad de vida. En ONU Mujeres (Coord.), *El trabajo de cuidados: Una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (pp. 25-40). ONU Mujeres. unwomen.org
- López, M., Torres, S., Gutiérrez, L., y Guzmán, A. (2025). Costos asociados a la atención de personas mayores con demencia en residencias para personas mayores. *Revista Salud y Bienestar Social*, 9(1), 30-40. doi.org
- Molinier, P. (2018). El trabajo sucio y la ética del cuidado: Historia de un malentendido. En G. Arango, A. Amaya, y D. Pineda (Eds.), *Género y cuidado: Teorías, escenarios y políticas*. Universidad Nacional de Colombia; Pontificia Universidad Javeriana; Universidad de los Andes.

- Olivera, J., y Pelegrín, C. (2015). Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve. *Psicogeriatría*, 5(2), 45-55. viguera.com
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia*. who.int
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Informe sobre la situación mundial de la respuesta de salud pública a la demencia*. www.who.int
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Demencia: Una prioridad de salud pública*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/98377>
- Pautassi, L. (2018). El cuidado: De cuestión problematizada a derecho. Un recorrido estratégico, una agenda en construcción. En ONU Mujeres (Coord.), *El trabajo de cuidados: Una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. ONU Mujeres.
- Pérez, R. (2018). El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 139-169. [doi.org](https://doi.org/10.1016/j.pscs.2018.08.001)
- Rangel-Domínguez, N. E. (s. f.). *Manual de apoyo para cuidadores primarios: Cuidarnos para cuidar mejor*. Hospital General "Manuel Gea González".
- Secretaría del Bienestar México. (s. f.). *Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores*. www.gob.com.mx
- Tisher, A., y Salardini, A. (2019). A comprehensive update on treatment of dementia. *Seminars in Neurology*, 39(2), 167-178. <http://doi:10.1055/s-0039-1683408>.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.
- Tronto, J. (2017). There is an alternative: Homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1(1), 27-43.
- Tronto, J. (2020). *¿Riesgo o cuidado?* Fundación Medifé. www.fundacionmedife.com.ar