



UNILA
Universidad Latina

UNIVERSIDAD LATINA S. C.

3344-25

**ALFABETIZACIÓN EN SALUD SOBRE LA
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN POBLACIÓN
GENERAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

NORMA LETICIA GALVÁN MONDRAGÓN

ASESOR: DR. OSCAR GALINDO VÁZQUEZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

ÍNDICE	2
Agradecimientos	5
Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Alfabetización de la enfermedad de Alzheimer	11
Definiciones de alfabetización en salud	11
Efectos de la alfabetización en salud sobre las conductas de salud en población general....	13
Alfabetización que tiene la población general sobre enfermedades neurodegenerativas.....	15
Envejecimiento	16
Envejecimiento normal.....	22
Envejecimiento patológico.....	27
Deterioro Cognitivo Leve	31
Demencia.....	37
Enfermedad de Alzheimer.....	42
Epidemiología	42
Epidemiología mundial del Alzheimer	43
Epidemiología nacional del Alzheimer	44
Etiología del Alzheimer.....	45
Cambios neurológicos asociados	47
Etapas del Alzheimer	48
Factores de riesgo	52
Diagnóstico e intervención.....	54
Diagnóstico diferencial.....	56
Prevención.....	58
Evaluación neuropsicológica	58
Tratamientos.....	61
Programas de intervención.....	65

Cognitivo conductual	66
Metodología	68
Planteamiento y justificación del problema.....	68
Pregunta de investigación.....	69
Objetivo general	69
Objetivos específicos	69
Diseño	70
Variables	70
Muestreo.....	71
Criterios de participación.....	71
Instrumento	71
Procedimiento.....	72
Consideraciones éticas	73
Análisis estadísticos.....	74
Resultados	74
<i>Descripción de las creencias del Alzheimer en población general mexicana.</i>	76
<i>Comparación de las variables sociodemográficas con los niveles de conocimiento en Alzheimer en población general mexicana.</i>	88
Discusión	90
Conclusiones	94
Limitaciones.....	95
Perspectiva futura	95
Referencias.....	97
Apéndices	118
Apéndice I	119
Apéndice II.....	120
Apéndice III	121

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Envejecimiento normal vs envejecimientopatológico.....	28
Tabla 2. Variables de estudio	68
Diagrama 1. Procedimiento de la aplicación de la Encuesta	71
Tabla 3. Descripción de la muestra	73
Tabla 4. Comparación de variables sociodemográficas entre personas con baja y alta alfabetización en Alzheimer (N=356). La comparación entre grupos se hizo mediante las pruebas de Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney_.....	87

Agradecimientos

Por sobre todas las cosas a mi familia. Mis papas, Juana y Víctor, por ser los promotores de mis sueños, por todo su apoyo, paciencia, tiempo, un hogar y todo lo que me han brindado para llegar hasta este instante de mi vida. Gracias por todos y cada uno de los sacrificios que hicieron para que yo pudiera lograr una meta más de todas las que me han ayudado a alcanzar.

A mi madre: Juana Mondragón Hernández, gracias por el esfuerzo que has hecho a lo largo de todos estos años, este logro es de ambas, te agradezco especialmente por hacer de mí una persona independiente y autosuficiente; por motivarme, por siempre creer en mí, incluso cuando yo no lo hacía; por arrojar tu luz sobre mí en los momentos más oscuros y guiarme con tu inmensa sabiduría maternal; por siempre estar dispuesta a escuchar y sobre todo a dar un consejo; por todo este tiempo juntas y por el que nos queda, sabes que las palabras no son suficientes para expresar mi inmensa gratitud y amor hacia ti.

A mi padre: Víctor Galván González, por guiarme con tu experiencia, me enseñabas más de lo que había dentro de los libros, me enseñaste de la vida misma; gracias por los sacrificios; por hacer de mí una persona responsable, que asume sus errores y siempre hace lo posible por aprender de ellos. Por ser un ejemplo en mi vida, pues mucho de lo que soy te lo debo a ti, eres parte importante de mi crecimiento como persona y como profesional, pues has demostrado en más de una ocasión que a esta vida venimos a disfrutar cada uno de los momentos, hacer todo bien y sobre todo a hacer las cosas de la manera correcta. Sabes que las palabras no son suficientes para expresar mi inmensa gratitud y amor hacia ti.

A mi hija: Ximena, eres lo más hermoso y valioso que tengo en la vida, gracias por permitirme ser tu madre, gracias por tu apoyo, tus cuidados, por tu compañía, tu paciencia, y, sobre todo, por ser mi compañera de vida. Este logro es tuyo, todo lo que hago es para ti y por ti, me alientas a ser mejor persona cada día. Tu iluminas mi vida todos los días, y yo iluminare siempre tu camino.

A mi hermana: Laura, gracias por ser mi ejemplo a seguir, por siempre estar a mi lado orientándome, escuchándome y dándome ánimos para ser mejor día con día, por toda la ayuda en cosas que desconozco y alentarme en momentos difíciles.

A mi hermano: Iván, por toda su comprensión, consejos, escucha, compañía eterna, por nunca dejarme sola en situaciones de incertidumbre y desesperación, por permitirme soñar y avanzar y por alentarme a alcanzar mis metas.

A mi sobrino: Mauricio, por ser el pequeño que da color y alegría a mis días, a tu corta edad has demostrado que eres un ser increíble y hermoso, gracias por ser parte de mi vida. Siempre te cuidare.

A mi profesor, el Dr. Oscar Galindo Vázquez, quien fue parte fundamental para la realización del trabajo, ya que fue mi supervisor y guía para conformarla, el aporte que deja aquí es importante, gracias por los miles de comentarios, observaciones, por su tiempo y dedicación a la investigación, el cual ha dejado una huella importante en mi formación profesional y en mi vida.

A mi comité, la maestra Liliana Chimal y al maestro Arturo Tellez, por haber invertido su tiempo y esfuerzos en mi formación, por transmitirme cada uno de sus conocimientos y siempre apoyarme en este camino hacia un nuevo aprendizaje.

Gracias a Dios por permitirme tener salud y disfrutar de mi familia, gracias a la vida porque cada día demuestra lo hermosa que es y lo justa que pude llegar a ser. Bendice cada día mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé que más me aman. Gracias por este nuevo triunfo, y a todas las personas que apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis. Recuerdos invaluable me llevo en el corazón, de todas las personas que conocí en esta etapa. Por ser la persona que ahora soy...
SIMPLEMENTE GRACIAS.

Resumen

Introducción: La enfermedad de Alzheimer (EA) es considerada una enfermedad neurodegenerativa que se asocia a un estado de deterioro de diferentes capacidades intelectuales, emocionales, conductuales y motoras. Por lo que hacer un estudio de alfabetización de Alzheimer en población mexicana es representa un objetivo prioritario, poseer conocimientos de salud se convierte en un reto primordial para garantizar que las personas tengan un mayor control de su propia salud, bienestar y calidad de vida. **Objetivo:** Determinar los niveles de alfabetización sobre la EA en una muestra de población general mexicana. **Método:** Transversal, no experimental y comparativo, con un muestreo no probabilístico por disponibilidad. **Instrumento:** Encuesta sobre “Conocimientos y creencias de la enfermedad de Alzheimer en población general mexicana” ECCEA. **Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de escolaridad con nivel superior, para la ausencia de enfermedad crónica, degenerativa o neurológica en la familia y en servicio de salud mental. En general, los participantes se agrupan de la siguiente manera: el 70% tiene un nivel de estudio superior, el 57% no ha tenido un familiar con alguna enfermedad crónica o degenerativa, y el 64% no ha asistido a algún servicio de salud mental. **Conclusiones:** La alfabetización en salud alta, un nivel de escolaridad superior, las enfermedades crónicas y la asistencia de servicios de salud mental indican una relación entre ellos, destacan la importancia de abarcar el problema de baja alfabetización en salud a través de diferentes estrategias que puedan contribuir a incrementar el nivel educativo. Finalmente, las personas con alfabetización óptima en salud, tienen una mayor capacidad para tomar medicamentos de manera correcta, también utilizan más los servicios preventivos, como el chequeo médico, de esta manera, se tiene una mejor perspectiva en torno a la enfermedad de Alzheimer.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, alafabetización en salud, envejecimiento, deterioro cognitivo leve, creencias.

Abstract

Introduction: Alzheimer's disease (AD) is considered a neurodegenerative disease that is associated with a state of deterioration of different intellectual, emotional, behavioral and motor capacities. Therefore, conducting an Alzheimer's literacy study in the Mexican population represents a priority objective, having knowledge of health becomes a primary challenge to ensure that people have greater control of their own health, well-being and quality of life. **Objective:** To determine the levels of literacy on AD in a sample of the Mexican general population. **Method:** Cross-sectional, non-experimental and comparative, with a non-probabilistic trial based on availability. **Instrument:** Survey on "Knowledge and beliefs about Alzheimer's disease in the general Mexican population" ECCEA. **Results:** Statistically significant differences were found in the levels of education with a higher level, for the absence of chronic, degenerative or neurological disease in the family and in the mental health service. In general, the participants are grouped as follows: 70% have a higher level of education, 57% have not had a family member with a chronic or degenerative disease, and 64% have not attended any mental health service. **Conclusions:** High health literacy, a higher level of schooling, chronic diseases and assistance from mental health services indicate a relationship between them, highlighting the importance of addressing the problem of low health literacy through different strategies that can contribute to increase the educational level. Finally, people with optimal health literacy have a greater ability to take medications correctly, they also use preventive services more, such as medical check-ups, in this way, they have a better perspective on Alzheimer's disease.

Key words: Alzheimer's disease, health literacy, aging, mild cognitive impairment, beliefs

Introducción

Hace aproximadamente cien años, un grupo de psiquiatras inició la descripción de lo que ahora se conoce como la EA; pero fue Alois Alzheimer quien describió con mayor detalle las características patológicas de este síndrome tomando como base el caso de Auguste D, donde el concepto fue desarrollándose a lo largo de la historia. Kraepelin empleó el término por primera vez en la octava edición del *Manual de Psiquiatría* (1910); y dio un paso importante que contribuyó en gran medida a la evolución del conocimiento sobre la enfermedad (Niebla et al., 2020). En los años posteriores la EA fue considerada como una patología rara y de escasa prevalencia. Hoy en día sabemos que la EA es neurodegenerativa de naturaleza compleja y etiología multifactorial, consecuencia de la interacción entre polimorfismos genéticos predisponentes y diversos factores exógenos ambientales, siendo la responsable del 68% de la morbilidad en adultos mayores (Terrado et al., 2018).

Se caracteriza por una sintomatología generalmente asociada a limitaciones en la memoria inmediata y desorientación espaciotemporal, que culmina con una absoluta ausencia de autonomía para las actividades de la vida diaria (Da Silva & Carvalho, 2017a).

En la actualidad existen más de 24 millones de personas en el mundo con EA. Hay un gran incremento en el número de casos en todo el mundo, son altos los costos que suele generar el cuidado de estos pacientes y a las repercusiones que tiene esta enfermedad en el bienestar y en la calidad de vida, por tal motivo, se han empezado a buscar diferentes formas de tratamiento, con el fin de impedir la aparición de esta enfermedad y retrasar la progresión del deterioro cognitivo en aquellas personas que ya la tienen (De los Reyes et al., 2012).

Dentro de la morbilidad en adultos mayores, surge el concepto de Alfabetización en salud, que desde su aparición en la década de 1970 ha cobrado cada vez mayor importancia. Según la OMS (2016) este concepto puede entenderse como “las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y capacidad de los individuos para poder llegar a comprender y utilizar la información de manera que promuevan y mantengan una buena salud”.

Un sujeto con una adecuada alfabetización en salud tiene la capacidad de tomar buenas decisiones en torno a su salud, así como de participar activamente en la de su familia y su comunidad. Por su parte, la población con una pobre educación en salud representa un estrato frágil al carecer del reconocimiento de los síntomas de enfermedad, medidas preventivas y uso correcto de los medicamentos (Mávita-Corral, 2018).

Por lo tanto, hacer un estudio de alfabetización de Alzheimer en población mexicana es importante porque la alfabetización es óptima para las personas, ya que nos permite mantener y mejorar la salud y calidad de vida para los individuos y las comunidades en las cuales viven, como, por ejemplo, menores tasas de morbilidad, de hospitalización o un uso más reducido de los servicios sanitarios y de urgencias.

La presente investigación se basó en un estudio sobre los conocimientos y creencias que tiene la población general mexicana acerca de la enfermedad de Alzheimer, realizando una encuesta para dicha investigación, donde se identificaron los niveles de alfabetización y creencias en una muestra en población general mexicana, para tener un panorama general del nivel de conocimientos, así como conocer las creencias y la precepción de la población; del mismo modo, se abordó de manera extensa una exhaustiva investigación del Alzheimer, como su definición, su etiología, su epidemiología, estadios, factores de riesgo, su diagnóstico y su tratamiento e intervención.

Alfabetización de la enfermedad de Alzheimer

Definiciones de alfabetización en salud

La alfabetización en salud (AS) es un tema que en los últimos tiempos ha cobrado auge en la salud pública internacional. La poca alfabetización en salud se asocia a países pobres, con diferencias culturales y étnicas, con inmigrantes iletrados y personas analfabetas. Si bien es cierto que la limitada alfabetización en salud está asociada a adultos mayores de 65 años, personas con menos de noveno grado, ingresos bajos (en países donde prima la desigualdad social y la inequidad social y racial), se ha observado en grupos étnicos, refugiados e inmigrantes que no comprenden bien el idioma del país, personas por debajo del nivel de pobreza; también es un asunto que puede afectar a toda la población y a personas de cualquier edad, color de la piel, ingresos y nivel escolar, y puede darse tanto en países en vías de desarrollo como en industrializados (Bonal et al., 2013).

La Organización Mundial de la Salud (2000) define la alfabetización en salud como “las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y habilidad de los individuos para ganar acceso para entender y usar información en formas que promuevan y mantengan una buena salud”. Teniendo en cuenta estos criterios se puede entender al AS como la capacidad de lograr y mantener un buen estado de salud en interacción con el medio social, principalmente con los sistemas sanitarios.

De hecho, la AS ha adquirido gran relevancia debido a 2 razones que actúan sinérgicamente: existe amplia evidencia que señala bajos niveles de este alfabetismo como un factor de riesgo para la aparición y agravamiento de diversas enfermedades lo que trae, entre otras, consecuencias funcionales, psicológicas, sociales y económicas. Se ha comprobado que entre 7 y 47 % de la población general de países desarrollados presenta bajos niveles de AS, lo

cual se relaciona con las consecuencias antes citadas. Por otro lado, hay un cambio de modelo sanitario que va desde el biomédico centrado en la enfermedad y los servicios recuperativos hasta la “salud positiva” basada en la promoción, prevención y empoderamiento de las personas, familias, así como de la comunidad respecto a su propia salud (Cartes-Velásquez, 2015).

Otra definición es la de Asociación Médica Americana (1999), la cual la define como la capacidad que tienen los individuos de obtener, procesar y comprender la información de salud básica y servicios necesarios para tomar decisiones de salud apropiadas. La alfabetización en salud está enlazada a la alfabetización, y conlleva al conocimiento de las personas, su motivación y las competencias para acceder, entender, apreciar y aplicar la información de salud a fin de hacer juicios y tomar decisiones en la vida cotidiana concerniente a la atención de salud, prevención de enfermedad, así como promoción de salud para mantener o mejorar la calidad de vida durante el curso de esta. Esta definición requiere de los 4 tipos de competencias siguientes:

1. Acceso: Habilidad para buscar, hallar y obtener información a la que se accede
2. Entender: Habilidad para comprender la información de salud a la cual se accede
3. Apreciar: Habilidad para interpretar, filtrar, juzgar y evaluar la información de salud a la que se ha accedido
4. Aplicar: Habilidad para comunicar y usar la información, tomar una decisión, así como también para mantener y mejorar la salud.

Cada una de estas competencias representa una dimensión crucial de alfabetización en salud, requiere cualidades cognoscitivas específicas y depende de la calidad de la información proporcionada (Bonal et al., 2013). La alfabetización en salud engloba el conocimiento, la

motivación y las capacidades individuales para entender y acceder a información, expresar opiniones y tomar decisiones relacionadas con la promoción y el mantenimiento de la salud, siendo aplicable en diferentes contextos, entornos y a lo largo de toda la vida (Bertran-Noguer & Suñer-Solar, 2018).

Efectos de la alfabetización en salud sobre las conductas de salud en población general

Existen beneficios y consecuencias positivas de que la población tenga una buena alfabetización en salud. Con respecto a los beneficios individuales, mejora los conocimientos de riesgos, la motivación y confianza en sí mismo; también hace alusión a los beneficios sociales y comunitarios, ya que aumenta la participación en los programas de salud poblacionales, la capacidad para influir en las normas sociales, la capacidad de actuar en las determinantes sociales y económicas de la salud. Se considera que favorece los resultados de salud en general y reduce los costos, aumenta el conocimiento de enfermedades y tratamientos, las habilidades de automanejo y cuidado, disminuye los errores médicos y reduce el uso de servicios como los de emergencia e intensivos. Por el contrario, en la escasa alfabetización en salud, se encontró que estaba asociada a más hospitalizaciones, a un mayor uso de los servicios de emergencias médicas, a menor adherencia a medidas preventivas y a las pocas habilidades para cumplir adecuadamente el plan terapéutico indicado (Bonal et al., 2013).

La alfabetización en salud es un tema que cobra vigencia en la actualidad, puede conceptualizarse como la conciencia de la persona aprendiente y actuante en el desarrollo de sus capacidades para comprender, gestionar e invertir en la promoción de la salud, por lo que las acciones desarrolladas se organizan, reflexionan y realizan para un estilo de vida más favorable y saludable (Ardenghi et al., 2020).

Málaga et al., (2019) menciona que involucrar a los pacientes en su propia atención de salud mejora su adherencia al tratamiento médico, mejora los resultados de salud y disminuye el uso de los servicios de emergencias. Debido a barreras como la formación médica tradicional, las jerarquías establecidas dentro del sistema médico, entre otras, muchos profesionales de la salud conservan el papel de único responsable de la toma de decisiones de sus pacientes; siendo imperativo señalar que, a través de la alfabetización en salud, el paciente puede lograr el empoderamiento necesario para su autocuidado. En ese sentido, se proponen cuatro estrategias para mejorar la alfabetización en salud:

1. Mejorar las habilidades y herramientas de comunicación clínico-paciente

Algunos estudios sugieren que los pacientes entienden solo el 50% de lo que se discute en un encuentro clínico.

2. Uso de tecnologías de información y comunicación (TIC)

La alfabetización electrónica en salud se define como la capacidad de buscar, encontrar, comprender y evaluar información de salud de fuentes electrónicas y aplicar este conocimiento para abordar o resolver problemas de salud.

3. Promover el autocuidado del paciente

El autocuidado es fundamental para el plan de atención de enfermedades crónicas y sirve para ayudar a los pacientes en su vida diaria a medida que enfrentan los desafíos de sus enfermedades crónicas.

4. Desarrollar sistemas de apoyo y entornos de cuidado

Los centros de atención primaria son un recurso vital para facilitar este apoyo a las comunidades a las que sirven; teniendo la capacidad para conectar a los pacientes con los recursos comunitarios disponibles.

Alfabetización que tiene la población general sobre enfermedades neurodegenerativas

En las últimas décadas ha aparecido considerable evidencia de que las alteraciones del comportamiento son síntomas clave en la mayoría de las patologías neurodegenerativas y podría tener una importancia crucial en el inicio y progresión de las enfermedades, tales como la de Alzheimer y demencias (Arroyo-Anlló et al., 2017).

Las enfermedades neurodegenerativas se caracterizan por la pérdida progresiva de neuronas, por su etiología y por la ausencia de un tratamiento eficaz que detenga la muerte neuronal. En la patogénesis de la mayoría de las enfermedades neurodegenerativas se encuentran involucrados múltiples mecanismos moleculares como son apoptosis, inflamación, estrés oxidativo, disfunción mitocondrial, disfunción axonal, activación de astrocitos, activación de la microglía, agregación de proteínas, y excitotoxicidad por glutamato. Estas representan más del 50 % de las consultas en el ámbito médico neurológico, y causan un estado incapacitante para realizar tareas sencillas y vitales en el 25 % de ellos, y provocan la muerte del 50 % de las personas que las padecen a nivel mundial. Por esta razón se ven afectados también los ámbitos económico, laboral y social. Asimismo; las enfermedades neurodegenerativas son, en la actualidad, son un reto para los científicos, médicos, y para la sociedad, por el hecho de que no se conocen los sucesos por los cuales transcurren estas enfermedades, y que aún no logramos explicar las causas de ellas. Faltan aún muchos estudios para poder determinar la naturaleza completa de estas enfermedades, sin embargo, muchos esfuerzos se están llevando a cabo para poder combatir las (Villa-Cedillo & Saucedo-Cárdenas, 2017).

Se sabe que las enfermedades neurodegenerativas más comunes son la enfermedad de Alzheimer (EA) y la enfermedad de Parkinson (EP). Siendo la EA la enfermedad neurodegenerativa más frecuente, afectando aproximadamente a 15 millones de personas en todo el mundo, la EP es la segunda más común con una prevalencia de 1 a 2% en personas mayores de 65 años. En la actualidad sabemos que estas enfermedades tienen una base genética muy fuerte, lo que ha llamado la atención de muchos científicos y médicos los cuales han propuesto distintas técnicas de terapia génica (Villa-Cedillo & Saucedo-Cárdenas, 2017).

Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso universal, todos los objetos, animales y personas sufren el paso del tiempo, sin embargo, este es percibido de manera distinta, cuando ocurre en objetos el envejecimiento es llamado antigüedad y aumenta en valor conforme pasan los años, tal pareciera que el valor de las personas fuera menos. La vejez es para algunas personas un algo a lo que se niegan a llegar, pero el mismo tiempo no quieren morir jóvenes (Quevedo & Del Carmen, 2008).

Es un suceso global que ha transformado la realidad en todo el mundo. En México debe concebirse como un tema prioritario de reflexión y análisis por sus implicaciones políticas, sociales, económicas y culturales, gracias a las evidentes consecuencias demográficas. Esto representa implicaciones para el sistema de salud, ya que, si bien envejecer no es sinónimo de enfermedad, es un hecho que el perfil epidemiológico también ha sufrido transformaciones, lo cual sin duda plantea exigencias sin precedentes en la prestación de servicios de salud y servicios sociales relacionados con el envejecimiento. En México, se denomina adultos mayores a las personas con más de 60 años y reconoce que el

envejecimiento no solo se determina por la edad sino por la calidad de vida de la persona, por ello propone una visión del envejecimiento activo (Sánchez-García, 2018).

Al respecto González & De la Fuente (2014) lo consideran como un proceso ante todo individual, diferenciando entre edad cronológica, edad biológica, edad psicológica, edad social y edad funcional, que se conjugan en el envejecimiento individual.

Hoy en día el envejecimiento es considerado un proceso de adaptación; asociado a un constructo dinámico, puesto que, se deben tener en consideración múltiples factores asociados a ello, principalmente, procesos biológicos, fisiológicos, ambientales, psicológicos, comportamentales y sociales, así como, la percepción que tenga el sujeto de esta etapa de la vida (Carrillo-Sierra et al., 2020).

Este proceso es un fenómeno universal que afecta a todos los seres vivos. Se asocia a una declinación general de las funciones fisiológicas, entre las cuales no se hallan eximidas las funciones cerebrales, que trae como consecuencia un conjunto de déficit conductuales, cognitivos y emocionales, además evoca habitualmente cambios físicos como pérdida de fuerza, disminución de la coordinación, dominio del cuerpo, alteraciones de la salud. Pero, la naturaleza y la amplitud de los cambios físicos así como la forma en que estos se relacionan con factores procedentes del entorno y del medio social determina las diferencias individuales (Bentosela & Mustaca, 2005).

Así mismo, se entiende como un proceso biológico, que se inicia asociado con el nacimiento mismo y que conlleva transformaciones fisiológicas, como la reducción en sus capacidades físicas, psicológicas y autonomía. Por su parte, el concepto de envejecimiento normal se entiende como un proceso competente, productivo, con éxito, saludable, óptimo o positivo, que se asocia con condiciones libres de dependencias y problemas importantes de salud, con

una satisfacción vital, autoestima y apoyo social. Por tal motivo, envejecer es el conjunto de procesos que contribuyen a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad específica para la edad en una población que vive en condiciones ideales para su supervivencia (Arroyave & Ocampo, 2020).

Así bien, el envejecimiento debe verse como una etapa del ciclo vital llena de potencial para crecer y continuar aprendiendo (Soria-Romero & Montoya-Arce, 2017), implica un declive fisiológico natural, que conlleva el incremento en la probabilidad de padecer deterioro cognoscitivo y los diferentes tipos de demencias; estas condiciones mentales afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor, así como, de sus familiares más cercanos, convirtiéndose en un grave problema de salud pública (Montes et al., 2012).

Durante el proceso de envejecimiento las funciones neuronales se ven incapacitadas, lo que provoca que las neuronas dejen de funcionar, pierdan conexiones entre ellas y, finalmente mueran (Santiuste, 2007). Por consecuencia es una de las etapas del ciclo vital que trae cambios irreversibles y patogénicos.

Investigadores han considerado que es un proceso de adaptación asociado a un constructo dinámico, en donde, se deben tener en cuenta múltiples factores asociados a ello, la percepción que tenga el sujeto de esta etapa de la vida, tanto de su propio organismo como del medio social en el que vive; envejecer se asocia a deterioro económico, físico y mental que genera una pérdida de autonomía, es por esto que, los familiares y amigos se consideran como fuente de apoyo directo para el enfermo (Carrillo-Sierra et al., 2020).

Durante muchos años, se ha mantenido una percepción homogénea y estereotipada hacia las personas mayores, que como consecuencia ha dado lugar a una imagen negativa y peyorativa de este grupo poblacional. Estos estereotipos y creencias erróneas sobre la vejez, tienen un

fuerte arraigo y están presente en todas las edades. Aunque estas ideas preconcebidas o prejuicios pueden ser tanto positivos como negativos, en lo que respecta a la vejez, los estereotipos negativos son los predominantes. De esta manera, el envejecimiento se suele ligar a un estereotipo social de dependencia y pasividad (Rodríguez, 2020). Por tal motivo, Lachman y Firth (2004, citados por Pavón & Arias, 2013) consideran que esto se debe a que durante el envejecimiento se presenta una mayor cantidad de situaciones que los individuos no pueden controlar, ya sea por una disminución en las capacidades físicas, cognitivas o funcionales.

Como lo explica Barrio et al., (2007) el envejecimiento es un proceso gradual que transcurre a lo largo de un tiempo muy limitado y en el que intervienen factores que moldean a través de sus efectos acumulativos. Por lo tanto, es un proceso natural y continuo que se inicia en el momento de la concepción hasta la muerte del individuo.

Calzado, Ruiz, Espada, & Gordillo (2013) refieren que envejecer forma parte importante del proceso natural del ser humano. Es un acontecimiento progresivo que el hombre debe aceptar y asumir con normalidad. Además, es un proceso dinámico, gradual, natural, e inevitable, en el que se producen cambios a nivel corporal, biológico, psicológico y social. También el envejecimiento es un proceso progresivo, heterogéneo, intrínseco y universal que le ocurre a todo ser vivo como resultado de la interacción de la genética del individuo y del medio ambiente (González, et al., 2015).

En el proceso de envejecimiento se han reportado alteraciones en la memoria episódica, en particular el deterioro es superior al esperado con la edad (Simon et al., 2009). La vejez sigue siendo un asunto sin resolver como hecho sensible al paso del tiempo y a las vertiginosas transformaciones sociales y culturales, que coexisten con estereotipos y políticas que no

responden, en algunas ocasiones, a las necesidades reales y actuales de las personas mayores (Coll et al., 2010).

Al respecto Albarrán et al. (2013) mencionan que el proceso de envejecimiento es sin duda una de las realidades más importantes en la sociedad actual. El incremento de las personas mayores sobre el total de la población ha tenido lugar asociado al desarrollo económico de los países y, como consecuencia del aumento de la calidad de vida y una disminución en la tasa de fecundidad en los países que han experimentado este desarrollo. Por tanto, el envejecimiento como fenómeno social y económico tiene una repercusión directa sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud y servicios sociales, lo que obliga a los poderes públicos a tener una clara opción hacia las políticas dedicadas a protección social.

El envejecimiento de la población es un gran logro, en particular gracias a los avances científicos, a la atención en sanidad y al desarrollo de las políticas sociales se vive más tiempo y en mejores condiciones de vida, en promedio una persona nacida en 1960 tenía una esperanza de vida de 52 años, hoy en día es de 82 años (González, & García, 2013).

En el proceso de envejecimiento se han documentado cambios en el cerebro, en particular una disminución en su peso y en su número de neuronas. Estos cambios se deben en gran parte a la pérdida de sustancia blanca, especialmente en los lóbulos frontales (Dávila et al., 2012). Asimismo Montalvo (1997) menciona que el proceso psicológico del envejecimiento se encuentra justo en el medio para remediar la laguna entre el ser humano biológico y el contexto social en que el proceso ocurre.

Villafuerte et al., (2017) mencionan que no todas las personas envejecen de la misma manera, así la edad cronológica puede ser un criterio útil pero no forzosamente exacto, pues al parecer existe un tiempo de envejecimiento que es propio de cada persona. Podemos referirnos al

envejecimiento como una nueva dimensión de la salud, en la cual, se tocan dos conceptos y se buscan sus relaciones.

De igual manera, hace referencia a los cambios regulares que ocurren en la madurez. Así, Baltes (1993, citado por Bernal & Barbero, 2006) se interesó por el estudio del proceso del envejecimiento cognitivo y de los atributos positivos de la edad tardía, como pueden ser las estrategias que se van desarrollando como consecuencia de la experiencia de vida y de lo que conocemos como la sabiduría de los adultos mayores. Este proceso es único para cada individuo, no obstante, podemos generalizar una serie de trastornos que se van produciendo, siguiendo pautas particulares para cada individuo (Tuzzo & Mila, 2008).

Como lo refieren Meléndez et al., (2008) el estudio de los procesos de envejecimiento resulta de sumo interés en la actualidad, dado el crecimiento experimentado por este grupo poblacional a partir de una transición demográfica en la que se ha pasado de una situación caracterizada por altas tasas de fecundidad y mortalidad. Al respecto, el envejecimiento de la población es, sin duda, un producto del éxito de la sociedad humana ya que son los desarrollos científicos, biomédicos y sociales sus determinantes esenciales. Se considera un reto a la ciencia y la sociedad actual y futura como una prueba de desarrollo humano (Fernández, 2001).

En suma, el envejecimiento de todas las alteraciones se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte (Villagodoa, 2007). Este proceso de nuestro organismo no es sólo biológico, sino también mental. Ello quiere decir que es muy complejo; dado que los medios científicos de que hoy disponemos para alargar la vida son alentadores (Cuenca, 2008).

Al respecto, el abordaje de cómo y por qué se envejece es multidisciplinario con una aproximación biológica, demográfica, económica, administrativa, jurídica, política y psicológica (García, 2016). Condición que es relevante, ya que en la sociedad actual marcada por el fenómeno de un creciente envejecimiento poblacional, demanda esfuerzos de investigación sistemáticos y específicos, que respondan a las crecientes necesidades de la población envejecida (Salazar, 2012). En palabras de Aristizábal-Vallejo (2009, citado en Cerquera et al., 2012) “la imagen y el estatus de la vejez en la historia ha sido diverso, las posiciones han sido extremas, desde la idealización hasta la estigmatización; en ello, han influido factores sociales, culturales, políticos, económicos, religiosos y demográficos”. Sumado a que en la actualidad el proceso de envejecimiento de la población representa nuevos e importantes retos para responder a las necesidades de este grupo cada vez más numeroso. Conforme avanzan en edad aumentan los riesgos y la probabilidad de adquirir enfermedades crónico-degenerativas, así como la pérdida de su funcionalidad, tanto cognitiva como física, lo que conduce a los adultos mayores a situaciones de discapacidad, dependencia y vulnerabilidad (Zúñiga, & Casas, 2017).

Podemos definir dos tipos de envejecimiento, el envejecimiento normal y el envejecimiento patológico.

Envejecimiento normal

Cuando hablamos de envejecimiento normal, nos referimos a aquel, que, como todo proceso de envejecer, implica una serie de cambios biológicos (morfológicos, fisiológicos y bioquímicos), psicológicos, sociales y laborales, que ocurren de forma gradual, y que están asociados con el paso del tiempo y la edad. Si bien el envejecimiento considerado como normal está asociada a un cierto declive cognitivo asociado a funciones como la memoria y

la velocidad del procesamiento, este no se da de manera homogénea en todos los individuos y además no está asociado a una condición patológica o de deterioro cognitivo (Martínez et al., 2010).

La OMS (2021) define al envejecimiento normal como el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y en última instancia, a la muerte. Durante el proceso de envejecimiento normal, algunas capacidades cognitivas como la rapidez en el aprendizaje y la memoria disminuyen con la edad. Sin embargo, estas pérdidas pueden compensarse por un incremento de los conocimientos y la experiencia. Frecuentemente el deterioro del rendimiento cognoscitivo es provocado por el desuso o falta de práctica, la enfermedad, depresión, los factores conductuales como el consumo de alcohol y medicamentos, los factores psicológicos, la falta de motivación y los factores sociales como la soledad y el aislamiento, más que por el envejecimiento por sí mismo (Escalona & Ruiz, 2016).

Del mismo modo, las consecuencias del paso del tiempo no son iguales para todas las personas. Si bien parece ser que el rendimiento cognitivo tiende a disminuir durante el envejecimiento normal, existe una amplia variabilidad interindividual, apareciendo como una posible explicación a este hecho la involución de sujetos con enfermedades sistémicas o neurodegenerativas asociadas al envejecimiento normal (Román & Sánchez, 1998).

Cuando un ser humano envejece se producen una serie de cambios en relación con el propio cuerpo, y hasta podríamos pensar que los estados de ánimos de estas personas se tornan diferentes. Cornachione y Larrinaga (1999, citado por Barrera & Donolo, 2009) destacan cambios corporales visibles en los adultos mayores como pueden ser: aparición de arrugas,

manchas en la piel, canas y cambios en la estructura metabólica, disminución del rendimiento de las funciones cerebrales como pensamiento abstracto, orientación, juicio y razonamiento. Para Franco & Sánchez (2010) el proceso de envejecimiento conlleva cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, pero esto no significa que la vejez sea una etapa patológica, más bien, en la actualidad se asume que existe una decadencia paulatina en los sistemas cognitivos y sensoriales. Estos déficits progresivos no se asocian a la presencia de ninguna patología y se corresponden con un proceso de envejecimiento normal. Así mismo (Aguilar, et al., 2014) mencionan que se presentan alteraciones cognitivas y una de las cuestiones que se intenta preservar se relaciona con el indicador de funcionalidad en las relaciones con su entorno. El conjunto de acciones complejas que involucra tal criterio, es mediado en gran medida por los lóbulos frontales que no quedan ajenos al efecto del envejecimiento.

De esta manera, en el envejecimiento normal, las personas son completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan alguna actividad física (González & Ham-Chande, 2007). Sin embargo, se ha reportado que en el envejecimiento normal se observa un menor rendimiento en los procesos de atención dividida, lentificación en la realización de tareas con alto grado de dificultad, errores visoespaciales y, en cuanto al funcionamiento mnésico, el recuerdo de la información previamente aprendida mejora con facilitadores semánticos, independientemente de la edad y escolaridad (Montes et al., 2012).

En el envejecimiento normal existe un sincronismo de los cambios ocasionados por el proceso en todos los órganos; este es un proceso armónico. Este envejecimiento ha sido

subclasificado en dos categorías: el usual, que se acompaña de pérdida de funciones fisiológicas típicas no patológicas, y el satisfactorio, en el cual la declinación fisiológica es mínima o ausente (Romero, 2007).

Al respecto Del Barrio (2014) menciona que en el envejecimiento normal se deben de impulsar medidas de prevención, para fomentar hábitos de vida saludables, y de programas de intervención eficaces y centrados en la persona; que facilite la conservación de sus funciones cognitivas y en la medida de lo posible lograr la adquisición de algunas otras. Asimismo, en el proceso de envejecimiento, se puede presentar cambios en la autonomía, autoestima, locus de control, extroversión e introversión, ansiedad. Aunado a su personalidad se puede lograr un proceso de envejecimiento más lento y con más salud (Colom & Fernández, 2010).

Para Calzado et al., (2013) ocurren cambios afectivos y en la personalidad, siendo normal el incremento de la vivencia de pérdidas a mayor edad.

Por otra parte, la vejez, como cualquier otra etapa de la vida constituye un reto personal para llevar una vida saludable y feliz. El envejecimiento debe ser una crónica de superación, para todo adulto mayor, en su intento de vencer en desaliento. Como el envejecimiento ha sido un problema que ha preocupado siempre al ser humano, se explica que su concepción haya estado sometida a distintas influencias culturales y científicas, a lo largo de la historia (Mesonero & Fombona, 2012).

El envejecimiento normal implica un proceso de formación a lo largo de toda la vida. Posibilita consolidar estilos de vida que aporten un mayor bienestar, promoviendo el empoderamiento, la motivación, participación y desarrollo personal (Cuenca, & San Salvador, 2016). De esta manera, el envejecimiento con éxito es considerado como un

concepto multidimensional que abarca, trasciende y supera la buena salud, y que está compuesto por un amplio conjunto de factores bio-psicosociales. Por ejemplo, Rowe y Khan (1997, citados por Fernández et al., 2010) mencionan los siguientes componentes: baja probabilidad de enfermedad y de la discapacidad asociada, alto funcionamiento físico, mental y una alta participación social.

Se envejece como se ha vivido, una vejez saludable y activa dependerá de una niñez, adolescencia, juventud y adultez saludables. A medida que las personas envejecen, las sociedades también se ven afectadas, ya que cada cultura, época, tiempo histórico, manifiestan sus propios patrones de envejecimiento (Tamer, 2008). Envejecer es el intento de vivir más y en mejores condiciones; Por tanto es necesario estimular un envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida (Rubio et al., 2015).

Ursula Lehr (1994, citada por Maldonado, Fajardo, Castro, & González 2016) menciona que a lo largo de las últimas décadas se han estudiado los factores que favorecen un envejecimiento activo óptimo. Muchos de ellos, en relación con la actividad física, así como los hábitos y estilos de vida saludables, que favorecen la longevidad de las personas. Asimismo, la actividad mental de aquellas personas activas y amplia perspectiva de futuro llegan a la vejez con una sensación mayor de bienestar psicofísico, por el contrario, la reducción de la actividad mental puede acelerar el proceso de envejecimiento.

Un envejecimiento saludable y normal se va a ver reflejado a través del bienestar percibido por la persona, al respecto Navarro, Meléndez y Tomas (2007 citados por Sinovas & Marugán, 2010) plantean que la percepción del bienestar presenta cambios a lo largo de la segunda mitad de la vida. Asimismo Álvarez et al., (2013) mencionan que en el

envejecimiento normal participan factores como la actividad física, las desigualdades en salud en relación con el ciclo de vida, trabajo y jubilación, la valoración de los factores psicosociales, las intervenciones para mejorar la salud, el bienestar y la organización de cuidados en la fragilidad. Además, en el envejecimiento normal participan todos los ámbitos inherentes a la persona, como social, emocional, conductual, etc. (Albuerne, 2002).

En resumen, el envejecimiento normal es una situación social, que está rodeada de cambios biológicos estructurales y funcionales, se trata de un proceso que ocurre con el tiempo en todo ser vivo a consecuencia de la edad, siendo diferente para cada persona.

Envejecimiento patológico

Cuando los cambios se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos, y déficits de memoria, que no forman parte del envejecimiento normal se conoce como patológico y sus cambios son perceptibles una vez se instala el deterioro e impactan de forma significativa en la vida diaria, dichos cambios se presentan clínicamente como deterioro cognitivo leve y demencias (Coria, 2010).

El envejecimiento patológico es un proceso disarmonico en el que las pérdidas fisiológicas son mayores en unos órganos que en otros y esto ha sido atribuido a los efectos modificadores de variables extrínsecas como el estilo de vida y los malos hábitos, como fumar, no hacer ejercicio y no llevar una dieta balanceada. Desde el punto de vista práctico, en la mayoría de las ocasiones es muy difícil deslindar donde termina lo fisiológico y donde comienza lo patológico en un adulto mayor. En este envejecimiento no hay correspondencia entre la edad cronológica y la edad biológica (Romero, 2007). Por tal motivo, Martínez et al., (2010) afirman que el envejecimiento de la población está causando el aumento en la aparición de patologías que se consideran asociadas a la edad, como es el caso de las demencias, esto ha

provocado una gran preocupación socio-sanitaria, a partir de la cual, se han desplegado una gran cantidad de investigaciones orientadas a conocer cuáles son las causas que originan este proceso discapacitante, cuáles pueden ser las herramientas más eficaces para su diagnóstico certero y cuáles pueden ser los tratamientos más adecuados aplicados de la forma más temprana.

Del mismo modo en el envejecimiento patológico, las personas presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les ha diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectando en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros (González & Ham-Chande, 2007).

Para Mesonero & Fombona, (2011) el envejecimiento patológico se asocia con una disminución de las relaciones sociales y afectivas, estado de ánimo depresivo, dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria, alteraciones del sistema musculoesquelético, soledad y disfunciones cognitivas, etc. Son cambios en los organismos y sistemas del organismo acelerados por la presencia de alteraciones patológicas o por influencia de factores ambientales, también la alteración de la memoria puede ser un signo precoz de envejecimiento patológico, comportando un mayor riesgo de desarrollar demencia (Solé et al., 2004). De esta manera, según Pérez & Hernández (2016) en este tipo de envejecimiento, concretamente en las demencias, se produce una suma de alteraciones cognitivas que impactan sobre la comunicación y el lenguaje en el contexto de un síndrome pluridimensional.

Los cambios ocurridos en el envejecimiento patológico, no son explicados solo por el paso del tiempo, sino que son consecuencia de enfermedades, hábitos poco saludables, u otros factores, y por tanto no son debidos al proceso de envejecimiento normal (Martínez et al., 2010).

Asimismo, Pedraza (2013) menciona que el envejecimiento de la población constituye uno de los principales logros de la humanidad, pero a su vez conlleva un importante desafío. Con el aumento de la edad se observa un descenso parcial de las funciones cognitivas y aunque no es un hecho generalizado, existe un porcentaje relativamente alto de personas que experimentan cambios cognitivos, especialmente problemas de memoria debidas al envejecimiento. Por lo tanto, el envejecimiento es un proceso decreciente intrínsecamente unido a la fragilidad, que es una condición que antecede a la discapacidad. La valoración funcional surge de la necesidad que se tiene de evaluar la efectividad del tratamiento, el progreso de sus pacientes y la planificación de las necesidades de servicios, y actualmente se han reconocido múltiples utilidades en otros campos, como la medicina (López et al., 2013). El límite entre el envejecimiento normal y patológico recibe cada vez más atención por parte de la literatura especializada según apuntan Calero y Navarro (2003 citado por Álvarez et al., 2012). De esta forma, la vejez parece llevar unida un incremento en la probabilidad de sufrir determinadas enfermedades, así como experimentar un relativo declive intelectual. La asociación entre el aumento de envejecimiento de la población y las enfermedades neurológicas, ha dado lugar a una alta prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores, especialmente en las más ancianas. De esta manera se puede mencionar que la vejez no es sinónimo de patología, así se pasa por alto el hecho del envejecimiento normal y de que las personas no envejecen todas de igual manera (Albuerne, 2002).

Asimismo, el concepto de envejecimiento con deterioro cognitivo (o patológico) ayuda a explorar el campo existente entre el envejecimiento normal y el patológico, y se refiere a los cambios cognitivos en la última parte de la vida 65-90 años (Barahona et al., 2014).

A continuación, se adjunta un cuadro resumen donde se explica de manera detallada el proceso de envejecimiento normal y cuál es el proceso de envejecimiento patológico.

Tabla 1. *Envejecimiento normal vs envejecimiento patológico (Elaboración propia).*

<i>Factores</i>	<i>Envejecimiento Normal</i>	<i>Envejecimiento Patológico</i>
<i>Psicológicos</i>	Lenguaje totalmente conservado Personas sin patologías (enfermedades mentales) Enlentecimiento del procesamiento intelectual Olvidos regulares	Personas diagnosticadas con demencias Existen patologías mentales Existen patologías mentales Olvidos frecuentes
<i>Psicosociales</i>	Se produce sin patologías mentales No existe desorientación en tiempo o espacio Sin dificultad en la vida cotidiana Autovaloración positiva Sustitución de los roles	Dificultades en la realización de ciertas actividades cotidianas Existen de la identidad
<i>Emocionales</i>	Mayor reserva funcional Fuerza mental	Autovaloración negativa Pérdida total de los roles Autovaloración negativa Existe dificultad para expresar ideas complejas Cambios emocionales y de personalidad Dependencia involuntaria
<i>Cognitivo-Conductual</i>	Miedos frecuentes Posibilidades de autonomía Sin dificultad para retener información nueva Sin dificultad para recordar datos recientes Son conscientes de sus descuidos de memoria	Dificultad en el razonamiento abstracto Desorientación en tiempo o espacio No son conscientes de los olvidos de la memoria

<i>Fisiológicos</i>	Hospitalizaciones frecuentes	no	Hospitalizaciones frecuentes
	Se perciben en muy buen estado físico	buen	Presentan una mala autoevaluación de su estado de salud
	Sincronismo en el envejecimiento	el	Sin actividad física
	Con actividad física		Mala calidad de vida
	Estilo de vida favorable		Disminución de la reserva homeostática
	Fuerza física		Debilidad física

Por tanto, podemos concluir que el envejecimiento es un proceso inherente de la vida humana, en el cual se experimentan cambios de orden físico, psicológico, social entre otros; por lo cual, afecta a toda la población a nivel mundial y representan un reto para los principales profesionales de la salud, siendo este un espacio ideal para brindar herramientas de intervención que permitan entender el fenómeno y asimismo dar alternativas para una mejor calidad de vida hacia el adulto mayor.

Deterioro Cognitivo Leve

El deterioro cognitivo leve (DCL) es actualmente el concepto más utilizado para referirnos al estado de transición entre el envejecimiento normal y las demencias; en dicho estado la pérdida de memoria es significativamente mayor que la que podría esperarse por la edad del paciente, pero no llega a interferir con sus actividades habituales y por lo tanto no puede hablarse de demencia. Se trata de una afección heterogénea, que puede incluir defectos amnésicos en relación con la edad, trastornos funcionales debidos a depresión y una enfermedad de Alzheimer (Ávila et al., 2019). Se refiere a un estado transitorio entre la normalidad y la demencia que parece delimitar un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo superior a la observada en la población general para el desarrollo de una demencia, especialmente la EA (Mulet et al., 2005).

Su principal déficit es en la memoria, y el resto de las funciones cognitivas pueden permanecer o no estables. Aun en aquellos sujetos que presentan deterioro cognitivo leve, la edad y el nivel cultural pueden provocar que las actividades de la vida diaria no se vean afectadas, dificultando esto su detección (López et al., 2014).

El concepto de envejecimiento con deterioro cognitivo leve ayuda a explorar el campo existente entre el envejecimiento normal y el patológico, y se refiere a los cambios cognitivos en la última parte de la vida: 65-90 años. El DCL está asociado con la edad, y hace referencia a una declinación en la memoria sin otra causa que lo explique. Se ha sugerido que es un fenómeno normal en los ancianos más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad. Por eso, es importante la detección precoz de los trastornos de memoria como signos frecuentes y prodrómicos de los síndromes demenciales (Barahona et al., 2014).

El DCL ha sido considerado como una entidad heterogénea caracterizada por cambios cognitivos sutiles asociados a diversas etiologías. Este concepto ha sido de utilidad al detectar a personas situadas en una zona transitoria entre el envejecimiento y la EA con una alta probabilidad de desarrollar DCL. Sin embargo, este no siempre evoluciona a demencia, pues algunas personas permanecen estables o incluso revierten a un estado cognitivo normal (Díaz et al., 2012).

Petersen (2004, citado por González et al., 2012) menciona que el DCL se caracteriza por un declive cognitivo en el contexto de funcionamiento diario normal. Igualmente menciona Alvarán, Sánchez, & Restrepo (2014) que se da un aumento de la frecuencia en personas de mayor edad y con un nivel educativo bajo.

Donoso y Vásquez (2002, citados por Cancino & Rehbein, 2016) consideran al DCL como un posible precursor de las demencias, colocándolo como una etapa intermedia entre el

envejecimiento normal y la demencia de tipo Alzheimer; existen una gran diversidad de patologías asociadas al envejecimiento, entre ellas el DCL, cuadro en donde se manifiesta alteraciones en las funciones cognitivas básicas, como son: orientación espacial, lenguaje, reconocimiento visual, y un predominio de la reducción de la función mnémica.

Tradicionalmente se relacionaba el DCL con el proceso propio del envejecimiento, etapa vital en la que se detectaba en estadios avanzados de enfermedad. En la actualidad se ha conseguido que las personas mayores puedan ser evaluadas en estadios cada vez más precoces y se pueda incidir y actuar mucho antes, así como poder establecer positivas relaciones de investigación y actuación con las familias y su entorno (Escarbajal et al., 2016). Se diagnostica en adultos mayores, durante el trascurso de la enfermedad, ocurren muchos cambios, estos generalmente son a favor de los sujetos, ya que incrementan la madurez biológica cognitiva y psicosocial. Sin embargo, con el paso de la edad cronológica, tiende a existir un declive en las dimensiones, es decir la pérdida de memoria y otros dominios, pueden iniciar a temprana edad, ser patológicos y convertirse incluso en Alzheimer (Londoño et al., 2015).

El DCL es considerado como una condición de alto riesgo hacia la evolución de una demencia (Montes et al., 2012). Afecta particularmente las funciones ejecutivas y tareas de memoria, comprometiendo en estadios iniciales a las funciones ejecutivas, mientras que los déficits de memoria parecen estar relacionados con estadios más avanzados (Custodio et al., 2013). Asimismo, constituye una especie de frontera entre el funcionamiento cognitivo normal y la demencia. En ella el sujeto presenta un declive cognitivo apreciable, pero no suficiente, como para impedir su funcionalidad (Díaz & Sosa, 2010).

En el DCL la queja fundamental es la falla de la memoria episódica reciente, los olvidos. Además, no son raros los síntomas de ansiedad o depresión: el paciente se torna irritable, se preocupa en exceso de problemas sin importancia o insignificantes, le cuesta conciliar el sueño, en esas condiciones resulta difícil saber si se angustia porque le falla la memoria o si ésta falla debido a la angustia. En estos casos, además de medir el defecto de memoria con pruebas de aprendizaje, debemos tratar los trastornos emocionales en forma sintomática y suspender un juicio definitivo sobre la patología (Donoso, 2007). Por consiguiente, las quejas de memoria y la pérdida de funciones ejecutivas pasaron de ser problema de una pequeña población a una verdadera epidemia de consideraciones globales.

Los trastornos cognitivos suponen una de las patologías más frecuentes en la población geriátrica. La tasa de conversión del DCL a demencia se ha estimado para los adultos mayores en un rango anual de 8% a 16%. El intervalo entre el diagnóstico de DCL y demencia puede ser hasta de ocho años en algunos casos. Su prevalencia se ha estimado que varía entre el 17% y 34% en la población de adultos mayores (Estrella et al., 2008).

El término DCL se ha usado en la literatura durante varios años como un estado de transición entre el envejecimiento y el Alzheimer, pero no todos los sujetos con DCL desarrollan ese tipo de demencia. Su diagnóstico permite distinguir entre el envejecimiento normal, entendido como aquel que se caracteriza por ser activo, sano, óptimo, productivo y vital; el envejecimiento patológico y el deterioro cognitivo leve (DCL). Inicialmente este concepto se centraba en la memoria y su modelo era la Enfermedad de Alzheimer (Sánchez-Beato et al., 2019). Por ello, se diferenciaron tres subtipos según la función afectada:

- DCL amnésico: que afecta la memoria
- DCL de múltiple dominio: que afecta muchas funciones cognitivas

- DCL no amnésico: que afecta otras funciones menos la memoria

Aunque los síntomas centrales en la demencia son cognitivos, en todos sus subtipos pueden presentarse síntomas neuropsiquiátricos (apatía, depresión, ansiedad, irritabilidad, agitación, delirios y alucinaciones) que pueden ser fluctuantes, pero de larga duración. El 97% de los pacientes tienen al menos un síntoma durante el curso de la enfermedad, y en muchas ocasiones se presentan varios tipos. La presencia de estos síntomas afecta a la calidad de vida, la independencia en las actividades de la vida diaria y empeora la progresión del deterioro cognitivo (Ahunca, 2017).

Gauthier (2006, citado por Sánchez, et al., 2014) menciona que el DCL es un nivel de deterioro cognitivo que no interfiere con la realización de las actividades diarias del individuo. Del mismo modo en pacientes mayores de 50 años ha recibido distintas denominaciones, tales como: olvidos senescentes benignos, deterioro de la memoria asociado a la edad y deterioro cognitivo asociado a la edad. A diferencia de las descripciones previas, el DCL establece como una entidad patológica la declinación exclusiva de la memoria, en vez de considerarla como una condición fisiológica normal de la vejez. Es un síndrome caracterizado por una alteración adquirida y prolongada de una o varias funciones cognitivas, que no corresponde a un síndrome focal y no cumple criterios suficientes de gravedad para ser calificada de demencia (Armas et al., 2008).

El DCL es un proceso individual y los cambios que se presentan en el transcurso de la edad varían en su patrón de presentación, extensión y tipo de función. Algunas funciones cognitivas declinan poco mientras que otras parecen incrementarse; estos aspectos están influidos, al igual que la función, por diversos factores como: antecedentes familiares, condiciones psiquiátricas previas, adicciones etc. (De León et al., 2009).

Además, hay una significativa pérdida de funciones cognitivas, específicamente la memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información (Rodríguez et al., 2014), sin embargo, la disminución de estas funciones no son lo suficientemente severas como para ser considerada una demencia.

Si bien las personas con diagnóstico de DCL no alcanzan a cumplir los criterios para la EA, el progreso clínico a esta enfermedad es mucho mayor comparado con personas saludables de la misma edad y nivel educativo (Montero et al., 2017). Asimismo, no existen pautas definidas para el tratamiento del DCL, pero se ha ensayado el uso de anticolinesterásicos, estrógenos, antiinflamatorios y antioxidantes (Donoso & Vázquez, 2002).

La mayor parte de los estudios coinciden en que la prevalencia de la demencia se incrementa al doble cada 5 años a partir de los 60 años de edad (Gonzales et al., 2014). Se considera un síndrome geriátrico muy prevalente que afecta a millones de personas, también es considerado uno de los motivos más frecuentes en la consulta en atención primaria (Vilchez et al., 2017).

El DCL es una alteración que no afecta adversamente las actividades de la vida cotidiana, es un precursor de la demencia y existe un creciente interés por identificar factores de riesgo que hagan que avance a demencia (Abidi et al., 2015). En la actualidad se incluyen dos conceptos, el deterioro cognitivo leve sin demencia, en donde existen fallas en la memoria y el deterioro cognitivo leve con demencia, donde existe un trastorno más pronunciado en la memoria del individuo (Sánchez et al., 2006).

En el DCL del adulto mayor existen decrementos en la salud, como en el rendimiento amnésico, principalmente de la memoria, de fijación, o aprendizaje; de rapidez perceptivo-motora y en general de las habilidades constructivas y visuoespaciales complejas propias de

la inteligencia. Según la Asociación Americana de Psiquiatría, el diagnóstico de deterioro cognitivo puede usarse cuando el paciente presenta un deterioro de la actividad cognitiva a consecuencia de la edad. Los individuos con este déficit pueden tener problemas para recordar nombres o citas y experimentar dificultades para solucionar problemas complejos (Mendoza et al., 2006). Asimismo, el envejecimiento puede conllevar cierto deterioro de la memoria, específicamente en la memoria episódica, en tareas de recuerdo libre y de reconocimiento, además, un enlentecimiento de los procesos de pensamiento, y un alargamiento del período de latencia ante la toma de decisiones. Para determinar si una persona se ha deteriorado cognitivamente es necesario realizar una evaluación estructurada que permite determinar si se trata de un deterioro reversible o de un deterioro progresivo (Esparza, 2005).

Demencia

Uno de los principales problemas de la salud mental en la edad avanzada es la demencia. Este deterioro ocurre sin alteración de conciencia, pero sí interfiere en la vida de la persona produciendo desadaptación personal, social y laboral. A medida que se produce un envejecimiento poblacional, el riesgo de padecer una demencia aumenta. Ésta tiene un gran impacto social y los que de ella se derivan son muy elevados (Pérez et al., 2015).

La demencia como la define la OMS (Horcajuelo et al., 2014) es un síndrome causado por una enfermedad del cerebro usualmente de naturaleza crónica o progresiva en la cual hay una alteración de múltiples funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y de realizar cálculos, y la toma de decisiones. También, es conocida como un síndrome de declinación progresiva de las funciones mentales originada por diversos tipos de lesiones

orgánicas del cerebro, con suficiente severidad para que afecte el desenvolvimiento normal del paciente en la sociedad o en la familia y que ocurre en individuos con estados de conciencia e inteligencia normales previas (Guerra et al., 2011).

De igual manera, se conoce como una enfermedad infradiagnosticada e infravalorada que es considerada como un cuadro de deterioro cognitivo múltiple en el cual las actividades de la vida diaria del paciente se ven comprometidas, disminuyendo la calidad de vida de la persona ya sean en el ámbito laboral, social, etc.; la demencia ha pasado a considerarse como un trastorno neurocognitivo mayor (Gómez & Pérez, 2019).

Acosta et al., (2006) definen la demencia como un síndrome caracterizado por deterioro adquirido, irreversible y progresivo de la cognición, además de manifestar cambios en la personalidad y disminución de la funcionalidad y autosuficiencia. Asimismo, Ruiz, (2000) considera a las demencias como una entidad que deteriora precisamente aquello que nos hace humanos, perdemos nuestra historia, nuestras habilidades lingüísticas y nuestras capacidades prácticas. Nos lleva fuera del mundo real y nos sumerge en un mundo lejano. La demencia más frecuente en nuestro ámbito es la EA seguida de la demencia de tipo vascular y la de tipo mixto (Álvarez, 2009).

De acuerdo con lo expresado por autores como Cacabelos, Guerra, Donoso y Vásquez (citados por Monsalve & Rozo, 2007) refieren que la demencia debe entenderse como una entidad nosológica caracterizada por la desintegración global de las funciones superiores del sistema nervioso central. Los síntomas de la demencia pueden confundirse en su etapa temprana con características del envejecimiento normal, como enlentecimiento de los movimientos, cambios en el estado de ánimo, disminución de las funciones cognitivas y la velocidad de respuesta, la persona con demencia experimenta una progresiva pérdida de la

capacidad para relacionarse con el entorno, participar, comprometerse y vincularse en actividades cotidianas, que lo llevan a la confusión permanente entre el pasado, el presente y el futuro. Del mismo modo, este deterioro no es necesariamente difuso o global, pero con frecuencia es multifocal y afecta varias áreas de la función intelectual.

Es un trastorno adquirido que se manifiesta como una de las entidades clínicas que mayor interés despierta en las neurociencias, se sabe que por lo menos dos áreas funcionales se encuentran afectadas: una es la memoria y otras están relacionadas con funciones del lenguaje, la percepción, la función visoespacial, el cálculo, el juicio, la abstracción y la habilidad para resolver problemas (Meléndez et al., 2012).

Las demencias se caracterizan por un deterioro adquirido y persistente de una o más capacidades cognitivas, generalmente asociado a alteraciones conductuales y de severidad suficiente para llevar a una pérdida de la autonomía (Allegri, 2016). No existe alteración del nivel de conciencia pero el cuadro es lo suficientemente intenso como para interferir de forma significativa en las actividades sociales u ocupacionales del individuo (Téllez et al., 2005).

Los criterios de demencia exigen el cumplimiento estricto del uso de tratamientos y herramientas somáticas, psiquiátricas, psicoterapéuticas y psicosociales; el cuadro clínico presenta un inicio insidioso, historia clara de un empeoramiento cognitivo progresivo referido u observado, el déficit inicial y puede seguir un patrón de presentación amnésico-acompañado de afectación en al menos un dominio cognitivo, o no amnésico-trastorno del lenguaje, trastorno visoperceptivo o disfunción ejecutiva, cuyo resultado se limita a la preparación adecuada para enfrentar la inevitable evolución de la enfermedad (Custodio et al., 2016).

Asimismo, las demencias constituyen un importante problema de salud, no sólo por su elevada incidencia en la población de mayor edad, sino por el gran impacto familiar que ocasionan. Es un síndrome amnésico, afásico, agnóstico y apráxico de evolución crónica que produce discapacidad progresiva y termina en la muerte, y que por su diversidad de etiologías pueden ser tratable o intratable, con frecuencia se acompaña de síntomas emocionales y comportamientos como depresión, ansiedad, agitación, agresividad, vagabundeo y episodios psicóticos transitorios. A nivel neurológico hay un daño en ciertas áreas del cerebro que se dan por la degeneración y muerte de las neuronas; las cuales al morir se acumulan y forman nudos neurofibrilares y placas neuríticas (Pedraza, 2005).

Las demencias tienen la particularidad de afectar no sólo al paciente, sino a su entorno y muy especialmente a la familia. En estas condiciones, es de gran importancia la valoración integral de cada individuo, pues nos permite detectar sus características inherentes y hacer un plan de trabajo integral que involucre a los profesionales con éste y con su entorno. Aun cuando es cierto que son muy pocas las causas reversibles de la demencia, siempre estaremos en la obligación de buscarlas, para así mejorar la calidad de vida (Cano, 2007). Por consiguiente, ser un adulto mayor con demencia constituye un reto familiar, social y económico que debe enfrentarse directamente por la sociedad. Cuando hablamos de adultos mayores con demencia, nos referimos por lo general a los problemas de memoria e impedimentos cognitivos, a medida que la enfermedad progresa, los pacientes tendrán cada vez más dificultad para tomar decisiones, así como para cuidar de sí mismos (Zúñiga, & Casas, 2017). Lo que ocurre con la demencia es que los déficits cognitivos son más severos y frecuentes y tienen efecto en las actividades de la vida diaria. La tasa de conversión a demencia puede establecerse en torno al 10- 12% anual, teniendo el subtipo amnésico de deterioro cognitivo

leve un elevado riesgo de progresión a la EA (Gracia et al., 2016). Asimismo, es de señalar que los adultos mayores con diagnóstico de demencia no sólo se enfrentan a las pérdidas relacionadas con la enfermedad, sino también a las experiencias que acompañan a la vejez, como son el deterioro, la soledad y el aislamiento social (Ribot et al., 2016).

El desarrollo de técnicas que permiten un diagnóstico etiológico para la demencia ha abierto una esperanza para los enfermos con patologías reversibles e incluso no reversibles, que se pueden beneficiar de un diagnóstico precoz y una terapia adecuada. Para realizar un diagnóstico apropiado de demencia es necesario tener cuatro fuentes de datos, a saber: historia clínica completa, examen físico y neurológico detallado, evaluación neuropsicológica y técnicas de neuroimagen (Páez & Pabón, 2004).

La demencia es una de las condiciones que genera mayor discapacidad y pérdida de autovalencia en los adultos mayores. Esto condiciona la experiencia y oportunidades de las personas con demencia para participar en las situaciones y actividades de la vida diaria. Asimismo, la demencia se asocia con estigma y con bajos niveles de conocimiento y comprensión por parte de la población en general, lo que hace que las personas con demencia tengan vulnerabilidad de ser excluidas de instancias cotidianas de participación social. La demencia no impacta únicamente a la persona con el diagnóstico, sino que tiene consecuencias también en sus entornos de apoyo (Gajardo & Aravena, 2016).

En los últimos 15 años las demencias han sido objeto de muchos estudios con tratamientos que mejoran el estado cognitivo, se consideran una de las principales enfermedades crónicas en la vejez debido al impacto que tienen en discapacidad y pérdida de años de vida saludables (Mascayano et al., 2015).

La demencia, es una de las enfermedades más comunes en los adultos mayores, es de naturaleza progresiva y se caracteriza principalmente por la pérdida de memoria. Aunque los tratamientos para la demencia han sido muchos, hoy día no se tiene la certeza de alguno que funciones en su totalidad.

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer constituye en la actualidad la demencia más frecuente a nivel mundial, es un proceso nosológico que posee una continuidad desde fases asintomáticas hasta el desarrollo de un cuadro demencial, y en el que no solo se han de presentar afectaciones cognitivas sino también en otras esferas del psiquismo, conducta, afectividad, pensamiento, además de presentar síntomas somáticos (Custodio et al., 2018).

Epidemiología

Conocer el tiempo hasta el inicio de la enfermedad sólo es posible gracias a las formas genéticas de la misma, la enfermedad requiere de la conjunción de diferentes factores de riesgo como la pérdida de la memoria, de la cual se añaden otros déficits cognitivos, como apraxias, afasias, desorientación, cambios de personalidad, irritabilidad, dificultad de reconocimiento e incapacidad en todos los sentidos por parte del afectado (Lopera-Gómez et al., 2012).

En la tercera edad, la enfermedad mental más frecuente son las demencias, la cual presenta una incidencia proporcional; es un síndrome clínico de carácter orgánico caracterizado por un deterioro progresivo y global de las facultades intelectuales. Este síndrome puede tener diversas causas, la de mayor frecuencia es la EA que se ha estimado constituye 60% de todas las demencias a nivel mundial (Sánchez, et al., 2009).

Epidemiología mundial del Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer y las demencias en general constituyen a escala mundial un problema de salud pública; afectan fundamentalmente a la población de adultos mayores. La prevalencia de casos en el mundo se incrementará en el futuro debido al aumento del número de personas de la tercera edad, que llegará a 2000 millones para el año 2050, situación que obliga a innovar métodos de diagnóstico, así como a desarrollar fármacos que le permita al sujeto ser funcional y llevar una vida con la mejor calidad que le sea posible. Además, aumenta de forma exponencial de los 65 a los 85 años. Esta cifra se duplica cada 5 a 6 años y se estabiliza a partir de los 85 a 90 años (Jiménez et al., 2016).

Hasta el momento se sabe que en las etapas más avanzadas de la enfermedad, esta se ha acompañado de un declive en las capacidades físicas, cognitivas y sensoriales, así como el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas; las cuales pueden conducir a la discapacidad y dependencia del sujeto; diversos estudios epidemiológicos sugieren otros factores que operan durante toda la vida (gestación, infancia, adolescencia, la vida adulta temprana y tardía) como son: hábito de fumar, diabetes mellitus, malnutrición fetal y el bajo peso al nacer incrementan la susceptibilidad a diversas enfermedades crónicas en la edad media de la vida (Gutiérrez et al., 2017).

En el mundo se estima una prevalencia de la demencia de 35,6 millones, con un aumento estimado de 150 millones al 2050. Es la tercera causa de muerte, con una prevalencia del 8,57 % del total de las muertes. Los trastornos neurocognoscitivos pueden llegar a influir de forma muy importante en la calidad de vida de las personas mayores y sus familias (Gómez et al., 2019).

Esta demencia neurodegenerativa es la más frecuente y la principal causa de demencia a nivel mundial; entre 60 a 70% de todas las demencias se debe a una EA. Su prevalencia general en mayores de 65 años oscila entre 6 y 10%, misma que va de 1% a los 60 años y aumenta en forma exponencial cada cinco años hasta alcanzar 35 a 40% en mayores de 85 años. Una forma familiar o temprana ocurre a una edad más joven de 40 años aproximadamente, con un mendeliano patrón de herencia que representa del 4 al 8% de los casos (Jiménez, 2020).

Epidemiología nacional del Alzheimer

La Enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente y actualmente se conoce que existe una prevalencia del 7.3% y una incidencia de 27.3 (aproximadamente 1000 personas al año) de la población adulta mayor mexicana para la EA. Actualmente, el aumento de la población de adultos mayores en México representa un importante incremento, son más de 350 mil casos de enfermedad de Alzheimer en todo el territorio nacional, con una incidencia anual de 25 mil casos y una mortalidad de 2 mil adultos mayores a cada año, y quizá no esté diagnosticado ni 25 %; esto se debe a que el médico de primer contacto, así como otros especialistas, subdiagnostican e incluso ignoran este padecimiento (Da Silva et al., 2018).

Méraz (2015) menciona que se prevé un incremento en la incidencia de EA en México en los próximos años, lo que demanda una urgencia en las medidas de prevención para este padecimiento. Asimismo, sumado a que hay una mayor esperanza de vida, esto es un factor de riesgo para sufrir una enfermedad neurodegenerativa tal como el deterioro cognitivo leve y la demencia.

La incidencia de la EA aumenta conforme aumenta la edad. Es más frecuente en la mujer que en el hombre, al parecer debido a que sobreviven más mujeres que hombres, aunque la baja

escolaridad es un indicador importante para la presencia de esta enfermedad, ya que un mayor uso de las neuronas favorece los procesos de neurogénesis y sinaptogénesis, ya que cuentan con una mayor dotación de neuronas. En los casos con antecedente familiar, se ha encontrado una transmisión autosómica dominante (Ballesteros & Rincón, 2012).

Por todo esto, desde hace ya varios años la OMS ha venido celebrando el 21 de septiembre el Día Mundial de la Lucha contra el Alzheimer, esta iniciativa tiene como objetivo sensibilizar a la sociedad acerca de la importancia de la problemática, su prevención y la necesidad de apoyo tanto gubernamental como no gubernamental para el desarrollo de proyectos que aporten conocimiento hacia la solución de los problemas asociados a la EA, tanto en los pacientes, como en sus cuidadores e, incluso, en los sistemas sanitarios. Durante este día, diferentes asociaciones e instituciones alrededor del mundo realizan diversas actividades, sin embargo, no todas ellas cuentan con el apoyo y orientación que requieren. Es importante que cada vez más, las instituciones académicas apoyen este tipo de iniciativas, ya que gran parte de la responsabilidad social de ellas debe ser la transferencia del conocimiento, no sólo a nivel científico, sino también de manera masiva para el público en general (De los Reyes, 2013).

Etiología del Alzheimer

La EA es de patogenia compleja, a veces hereditaria, que causa pérdida de neuronas y aparición de lesiones cerebrales características

La demencia, el ictus y la depresión, enfermedades que afectan el cerebro y la salud mental, son, conjuntamente, el principal contribuyente de 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.

En el inicio destacan las pérdidas de memoria y juicio; luego se agregan trastornos del lenguaje, pérdida de habilidades motoras y de desorientación (Llibre & Gutiérrez, 2014).

Sin embargo, la EA es de etiología desconocida, solo en menos del 1 % de los casos es hereditaria, en el resto se plantea que es producida por una variedad de factores genéticos y ambientales donde la edad, la historia familiar de demencia, ser portador del alelo Epsilon 4 de la apolipoproteína E (ApoE) y el síndrome de Down han sido identificados como factores de riesgo potenciales. Adicionalmente otras condiciones parecen favorecer la enfermedad: sexo femenino, bajo nivel educacional, algunas exposiciones ocupacionales, la exposición al aluminio en el consumo de agua, hábito de fumar y consumo de bebidas alcohólicas, traumatismos craneoencefálicos y diversas afecciones médicas como depresión, diabetes, hipertensión y otros síntomas (Lanyau & Macías, 2005).

En la mayoría de los estudios epidemiológicos se observa una tendencia en los hombres a padecer más EA que las mujeres antes de los 50-65 años. Este perfil se invierte por encima de los 60- 65 años predominando la enfermedad en mujeres (Cacabelos, 2001).

Ha sido difícil comprender el origen de la EA, es probable que este trastorno sea el resultado de la combinación de múltiples factores, desde los ambientales y genéticos hasta el estilo de vida que haya llevado el sujeto. La sociedad alemana de Alzheimer en el 2016, indica que aproximadamente el 80% de todas las demencias son causadas primeramente por enfermedades cerebrales en las cuales las células nerviosas se pierden gradualmente por razones desconocidas como son las enfermedades neurodegenerativas. También existen ciertos genes que desempeñan un papel importante en el desarrollo de este trastorno, por lo que algunas personas estarían genéticamente programadas para presentar dicha enfermedad (Jiménez et al., 2016).

Es sabido que, la EA se considera la más común de todas las demencias e históricamente se caracteriza por generar un decremento anormal de tejido nervioso, presentar una acumulación de proteína B amiloide en regiones corticales y subcorticales. En aquellos casos en los cuales los síntomas inician después de los 65 años, se denominara EA de inicio tardío o esporádico, cuando los síntomas dan comienzo antes de esta edad, se considera EA de inicio temprano o genética (Gutiérrez et al., 2017).

Estudios recientes sugieren que el hipocampo y la corteza entorrinal están involucrados en las etapas tempranas de la enfermedad, y que las cortezas de asociación temporal, frontal y parietal se afectan a medida que progresa la enfermedad, estos cambios provocan una muerte neuronal con predominio en la corteza temporo-medial y parietal de manera inicial, pero que se extienden a distintas áreas cerebrales con el avance de la enfermedad (Méráz, 2015).

Cambios neurológicos asociados

Como lo refieren Pocnet, Rossier, Antonietti, Gunten & Phill (2011, citados por Rodrigues, Castro, & Cruz, 2014) la EA es la principal causa de deterioro cognitivo en la vejez, se tienen diferentes perfiles de personalidad, ya que se ha encontrado que hay un aumento significativo del neurotismo y una disminución de los rasgos de apertura a la experiencia, extraversión y responsabilidad, estos cambios ocurren normalmente desde el principio de la enfermedad, y su identificación podría contribuir para la caracterización de un patrón pre-mórbido capaz de permitir una intervención más eficaz.

Se ha estimado que alrededor del 40 % de pacientes con EA tienen alteraciones del ciclo sueño-vigilia, siendo los más frecuentes: insomnio, fragmentación del sueño con despertares nocturnos prolongados; y en etapas más avanzadas, somnolencia diurna excesiva. La severidad de las alteraciones del sueño varía de acuerdo al tipo de demencia y en general

aumentan según la progresión de la enfermedad. La elevada frecuencia de los problemas relacionados al sueño en personas con DCL, con EA y otras demencias sugiere un sustrato neuro-anatómico común que podría tener base en la desregulación del ciclo sueño-vigilia y su consecuente progresión (Custodio, 2017).

Asimismo, el síntoma que caracteriza a la EA es la dificultad para traer a la presente información de eventos recientes, reconociendo el rol significativo de la valoración neuropsicológica en los procesos de detección de las demencias (Rodríguez, et al., 2016).

Una de las primeras manifestaciones que aparecen en las personas mayores tiene que ver con la pérdida de memoria. Precisamente estas dificultades mnésicas se convierten en motivo de una primera consulta médica, sobre todo, en los pacientes diagnosticados con EA probable (Sebastián & Elosúa, 2002).

Del mismo modo, la depresión geriátrica puede estar asociada a las comorbilidades, como el infarto miocárdico, diabetes, demencias degenerativas y enfermedad vascular cerebral, o incluso con sintomatología diversa, como la ansiedad. Estos factores son los principales responsables para la imposibilidad de un buen diagnóstico de Alzheimer, ya que puede confundirse el cuadro sintomatológico de la depresión con otras enfermedades. La depresión, en ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento, puede generar trastornos de orden somático, llevando a la persona a manifestar problemas de orden personal, social o económico, toda vez que este estado puede aumentar el grado de invalidez, el índice de mortalidad y el riesgo de suicidio (Da Silva & Carvalho, 2017b).

Etapas del Alzheimer

En general la EA tiene un comienzo paulatino y una evolución que puede ser lenta y larga. Facal et al. (2009, citado por Sánchez et al., 2016) concuerdan que la EA comienza con una

pérdida de memoria que afecta al lenguaje. En la fase inicial de la enfermedad se produce una alteración de la fluidez semántica y posteriormente la afectación de la denominación (anomia) y trastornos de comprensión. A medida que avanza la enfermedad aumenta la anomia y se producen parafasias, neologismos y muletillas. Asimismo, se producen alteraciones en la longitud de las emisiones verbales, repetición de palabras o frases provocando dificultades para seguir un tema de conversación y en la organización del discurso, además de observarse un deterioro en la comunicación no verbal. Se aprecia un deterioro en el comportamiento y los gestos como son: el movimiento de las manos y la cabeza, las expresiones faciales y la postura corporal que forman parte de nuestra comunicación diaria.

Los pacientes con EA en las fases iniciales, muestran dificultades para llevar a cabo con éxito actividades de la vida cotidiana. Estas manifestaciones clínicas características del inicio de la EA estarían señalando la afectación temprana de la capacidad de control atencional, e indicando diferencias cualitativas significativas con las personas mayores sanas. Esta observación tiene importantes repercusiones en el ámbito clínico, donde uno de los objetivos principales de la investigación actual es detectar rasgos del procesamiento cognitivo distintivos del inicio de la EA y desarrollar pruebas de evaluación que sean sensibles a los mismos (García-Viedma et al., 2015).

Aunque cada persona desarrolla la enfermedad de manera diferente, se puede hablar de los diferentes estadios que resultan comunes para todos los pacientes, estas fases por lo general se dividen en 3 etapas (leve, moderada y grave). Las siguientes fases presentadas son una adaptación de las plasmadas en la Guía de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social, (2017):

- Fase 1. Asintomática: Esta primera fase de la enfermedad es asintomática, es decir, no aparecen síntomas de deterioro cognitivo ni de deterioro funcional. Las personas que no van a desarrollar Alzheimer o que aún no ha comenzado a desarrollarse se encuentran en esta fase.
- Fase 2. Olvidos benignos: Se caracteriza por olvidos “comunes” asociados a la edad. A partir de los 65 años es frecuente tener olvidos y quejas sobre alguna dificultad cognitiva o funcional. Son fallos de memoria sutiles que por lo general pasan desapercibidos o no son relevantes.
- Fase 3. Deterioro cognitivo leve: En esta fase se inicia el Deterioro Cognitivo Leve (DCL). La persona comienza a sufrir cierto deterioro que es detectado por las personas cercanas o familiares. Este declive cognitivo se manifiesta de diferentes maneras, por ejemplo, el aprendizaje de nuevas habilidades puede complicarse o tienen problemas al recordar a personas que ha conocido recientemente. Estas señales de alerta pueden ser o no un inicio de la enfermedad de Alzheimer y son clave para su diagnóstico precoz.
- Fase 4. Diagnóstico de demencias tipo Alzheimer: Se inicia la fase de la EA leve. El diagnóstico se puede hacer de forma precisa en esta fase y a partir de ahora los síntomas de la enfermedad son evidentes. Aparecen dificultades en la realización de actividades de la vida diaria, sin embargo, se conserva independencia para desenvolverse en el entorno.
- Fase 5. Fase moderada: Comienza la fase moderada, en este estadio, el deterioro implica la necesidad de comenzar a recibir ayuda. Las personas que se encuentran en estas fases pueden olvidar ciertos aspectos de su vida, del entorno o de las

circunstancias, aunque generalmente recuerdan a sus familiares y los identifican, también son comunes los problemas de desorientación tiempo-espacio.

- Fase 6. Fase moderada grave: En esta fase, en la que el deterioro cognitivo y funcional ha aumentado, se pueden diferenciar varias subfases:
 1. Es necesaria la ayuda para realizar ciertas actividades de la vida diaria, no solo necesita ayuda para vestirse, si no para colocárselas.
 2. El aseo diario se hace más complicado. Es fundamental ayudarle en los hábitos de higiene personal y uso del baño.
 3. Son frecuentes los problemas de control de esfínteres. Comenzando con incontinencia urinaria y después fecal.
 4. Aparecen dificultades en el reconocimiento de los familiares, en recordar su dirección actual o el lenguaje.
 5. Se producen cambios emocionales que suelen afectar el comportamiento y pueden manifestarse mediante ansiedad, agitación, agresividad, entre otros.
- Fase 7. Fase muy grave: Se trata de la fase final de la EA, en el inicio de esta fase, el lenguaje oral es muy limitado. Poco a poco se va limitando la expresión verbal hasta dejar de hablar. La capacidad de caminar también se va perdiendo e incluso la de mantenerse sentados sin apoyo. Es muy difícil valorar el estado afectivo o emocional de la persona. Esta es la última fase de la enfermedad en la que la persona fallece, la causa más frecuente es la neumonía o alguna infección y son más vulnerables a padecer enfermedades frecuentes entre los adultos mayores y a no superarlas.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellos que incrementan la probabilidad de que un problema de comportamiento se produzca en un momento posterior en la vida de una persona. La presencia de un factor de riesgo no garantiza que un resultado negativo se produzca inevitablemente, pero sí de que se incremente la probabilidad de que este ocurra (Aguilar, & Acle-Tomasini, 2012).

Existen múltiples estudios que intentan definir los factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer, debido a que por el momento la causa exacta de la enfermedad no es conocida, los estudios epidemiológicos la relacionan con la existencia de antecedentes familiares (genéticos) y antecedentes de traumatismo craneoencefálico. Existen también las que apuntan a otras causas, como la exposición a tóxicos o agentes infecciosos (ambientales). Se ha planteado que entre un 10 y 20 % de la enfermedad es de origen genético, y el 80 % se presenta relacionado con factores ambientales. Otras investigaciones aluden a la relación entre la declinación cognitiva y ciertas condiciones vasculares y metabólicas tales como: enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, hipertensión, diabetes y obesidad (reserva cognitiva). Estos factores son clasificados como: modificables y no modificables. Sin embargo, los conocimientos sobre los factores de riesgo modificables son limitados: la dieta, bajo nivel de educación, tabaquismo, obesidad y la diabetes mellitus. La modificación de la mayoría de estos factores es ventajosa para salud, al modificar el estilo de vida del individuo, aumentan los beneficios potenciales. La manera en que el individuo se alimenta influye en su salud y bienestar. Del mismo modo, las vitaminas juegan un papel importante en el deterioro cognitivo y en la aparición de EA, así como los mecanismos mediante los

cuales actúan, es destacable que son micronutrientes provenientes de la dieta o de suplementos (Terrado et al., 2018).

Conforme la enfermedad avanza van disminuyendo las facultades del adulto mayor, va sufriendo impactos continuados, como la aparición de cambios de personalidad, irritabilidad, olvidos, o dificultad en el reconocimiento de los propios familiares. Durante el transcurso de la enfermedad pueden aparecer alteraciones de conducta como, delirios, alucinaciones, agitación, problemas de sueño, conducta sexual inapropiada, dándose cambios en la persona y posteriormente el abandono de su vida social y familiar. Sus manifestaciones clínicas iniciales son principalmente la pérdida de memoria, la desorientación, los problemas de comunicación, las alteraciones de personalidad, etc., los cuales constituyen una de las consecuencias más discapacitantes de la enfermedad (Martínez et al., 2011).

Ahora bien, existen factores de riesgo relacionados con la citada afección, tales como edad avanzada, sexo femenino, historia familiar de demencia o síndrome de Down, antecedente de trauma craneal, enfermedad tiroidea, depresión, bajo nivel educacional, presencia del genotipo para la ApoE (específicamente el alelo 4) y la exposición al aluminio. Se considera como factor protector la nutrición adecuada, debido al rol esencial de la vitamina B en la función del cerebro, al igual que las vitaminas antioxidantes como son A, E y C (Fong et al., 2013).

En muchos casos, las causas que detonan la EA son desconocidas, se desarrolla como un resultado de múltiples factores que convergen en la misma causa, pero también declaran que el mayor factor de riesgo para la enfermedad es el aumento de la edad y esto se evidencia en que la padecen principalmente individuos mayores de 65 años. Por otro lado, la mayoría de los casos son causados por una rara variación genética. Se estima que durante el desarrollo

del SNC las neuronas sintetizan más colesterol del que necesitan para su crecimiento y sus procesos sinaptogénicos, pero una vez que maduran las neuronas se reduce la síntesis endógena y la neurona comienza a depender del colesterol sintetizado y secretado por los astrocitos; de esta manera, el cerebro humano utiliza la glucosa como fuente de energía y, por ende, la homeostasis de este sustrato es clave para la mantención celular, la neurogénesis, la regulación de neurotransmisores, la supervivencia celular y la plasticidad sináptica, entre otros procesos claves en el desarrollo cognitivo de la persona (Morales et al., 2010).

Diagnóstico e intervención

El estudio de cualquier padecimiento inicia con la historia clínica, la exploración física y estudios del paciente, tomando en cuenta que la sintomatología puede variar dependiendo del tipo de demencia, enfermedad, e incluso la forma de vida que tuvo el paciente (Méráz, 2015). Se ha reconocido que es imprescindible conocer a profundidad los aspectos en los que se deteriora la capacidad de funcionamiento social de los pacientes, para entender su fisiopatología y poder plantear posibles medidas de intervención (López, 2017).

La sintomatología clínica, sigue siendo la forma más útil para diagnosticar a estos pacientes, algunos biomarcadores han sido propuestos como apoyo en el diagnóstico, como la atrofia cerebral evidenciada por resonancia magnética, niveles de proteína tau y B amiloide en líquido cefalorraquídeo, metabolismo de glucosa cerebral y algunos marcadores genéticos como el alelo 4 del gen de la apolipoproteína E. Para realizar el diagnóstico definitivo del Alzheimer de acuerdo a estos criterios se requiere de estudio histopatológico, ante la necesidad de realizar diagnóstico precoz los cuales han surgido a través de criterios de diagnóstico de DSM5 y CIE 11 (Méráz, 2015). Asimismo, en el Manual Diagnostico y

Estadístico de los Trastornos Mentales DSM5, para formular el diagnóstico de la EA los requisitos que se tienen que cumplir son:

1. Que exista una demencia
2. Comienzo gradual y curso lentamente progresivo
3. Descartar que la demencia se deba a otras afecciones del SNC (por ejemplo, enfermedad cardiovascular, Parkinson, hipotiroidismo, carencia de B12, etc.)

Uno de los aspectos que más preocupa a los clínicos que trabajan con este tipo de pacientes, es poder precisar cada vez más los límites nosológicos de las demencias y en especial de la EA, puesto que a la hora de realizar un diagnóstico de demencia son diferentes las categorías psicopatológicas que en un momento determinado pueden parecerse o simular un cuadro demencial, debido a que en ocasiones éstas comparten ciertos signos o síntomas similares que pueden llevar a que se haga un diagnóstico inadecuado de la EA. Algunos de los principales trastornos que comparten algunos síntomas similares con la EA, y que es preciso conocer a la hora de realizar un diagnóstico diferencial son: los síndromes amnésicos, el delirium, la esquizofrenia, el retraso mental, ciertas lesiones focales del cerebro (en especial en los lóbulos temporales), los trastornos de simulación, y la depresión (Arango & Fernández, 2003).

Desde el punto de vista preventivo se intenta descubrir las bases biomoleculares responsables del proceso neurodegenerativo, así como el establecimiento de posibles marcadores que posibiliten el diagnóstico precoz de la enfermedad, por lo que actualmente hay una gran demanda por el descubrimiento de nuevas alternativas médicas para el tratamiento de la enfermedad. Es evidente la necesidad de avanzar en investigación para obtener mejores recursos en el diagnóstico temprano y tratamientos que detengan o curen la enfermedad. En

esos procesos de diagnóstico, tratamiento y participación en investigación, opera la bioética mediante el aporte de información empírica y reflexiones que orientan la visión humanista del problema. La evaluación neuropsicológica es importante en la identificación y detección de esta enfermedad (Saavedra, 2014).

El papel del psicólogo en la EA se va a centrar principalmente en el trabajo con el enfermo y el cuidador. En lo que respecta al psicólogo diagnostica al enfermo, mientras que el cuidador es la persona encargada de realizar el cuidado no profesional del paciente. Para abordar la EA se precisa de una adecuada coordinación entre los distintos niveles asistenciales y una orientación asistencial desde un equipo interdisciplinar, que fomente la atención integral del individuo y su familia. Los elementos de trabajo comunes para todas las disciplinas, que intervienen en la atención de los enfermos de Alzheimer, en los diferentes niveles de atención, es la valoración geriátrica integral que consta de la valoración clínica, capacidad funcional física, mental, social y la terapia no farmacológica. Es importante que todos los profesionales y cuidadores que intervienen en la atención dispongan de conocimientos y habilidades suficientes para su prevención, captación, diagnóstico inicial, seguimiento y tratamiento de los síntomas más comunes (Navarro et al., 2017).

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de la enfermedad y su diferenciación del envejecimiento normal, son problemáticos.

La atención integral en el diagnóstico diferencial a los adultos mayores con demencia constituye un reto importante para las dependencias de salud gubernamental encargadas de proponer políticas públicas. En México, se plantea una iniciativa para afrontar poder afrontar la enfermedad y dar un seguimiento a los pacientes que la padecen. Se propone

desde una perspectiva integral y centrada en la persona e involucrar las necesidades biopsicosociales de la persona. El diagnóstico diferencial mejorara la calidad de vida de los adultos mayores con demencia o Alzheimer y proporcionara el afrontamiento individual y familiar ante la enfermedad. En México, se creó en el año 2014, el plan de acción de Alzheimer y otras demencias, que busca proponer acciones que favorezcan la atención, tratamiento, seguimiento e investigación de las demencias (Muñoz, 2018).

El proceso de diagnóstico de la EA comienza cuando el paciente, acude a la consulta de atención primaria con quejas de memoria y/o alteraciones en el comportamiento, en esta consulta, lo más frecuente es que la demencia se encuentre en fase leve/moderada. Las pruebas diagnósticas disponibles en la actualidad se basan fundamentalmente en las clínicas (criterios DSM-V), apoyadas por pruebas neuropsicológicas. El objetivo de la consulta es la prevención secundaria, debido fundamentalmente al desconocimiento actual sobre los factores etiológicos. Aunque se han propuesto diferentes hipótesis que ayudan a entender el complejo proceso neuro degenerativo de esta enfermedad, no se conocen realmente las causas exactas que originan su desarrollo. En la búsqueda etiológica se han estudiado casos determinados genéticamente: autosómico dominante supone menos del 1 % de todos los casos; formas de inicio en edades tempranas y vinculadas a tres genes: APP, PSEN1 y PSEN2. Es importante tomar en cuenta el diagnóstico diferencial para evitar cometer errores en la definición del trastorno (Balea & Alonso, 2020).

Se busca un conocimiento respecto del diagnóstico diferencial a partir de un instrumento de medición. Algunos aspectos a tener en cuenta son: el género, la edad, los años de escolaridad y el padecimiento de alguna enfermedad física o psíquica que podría estar influyendo en la predisposición o no de desarrollar demencia (Barrera & Donolo, 2009).

Prevención

Stamps, Bartoshuk & Heilman (2013, citados por Parra-Bolaños et al., 2014) mencionan que es necesario tomar varias medidas cautelares para prevenir que la aparición del Alzheimer resulte altamente dañina, al menos al comienzo de la sintomatología de la enfermedad. Entre las principales recomendaciones se encuentra el cuidado de los riesgos de enfermedad vascular, al proporcionarle al paciente una dieta alimenticia balanceada, junto con actividad deportiva e intelectual cotidiana de modo que les permitan a personas con EA en fases iniciales, retrasar el proceso de su condición y alcanzar una mejor calidad de vida en los primeros años de desarrollo del mal de Alzheimer.

Evaluación neuropsicológica

La evaluación neuropsicológica es un conjunto de observaciones cuantitativas y cualitativas de las funciones psicológicas superiores. Es una herramienta que ayuda para el diagnóstico neurológico y neuropsiquiátrico. La evaluación neuropsicológica suministra una estimación, lo más sistemática y objetiva posible, de las capacidades y déficits cognitivos y comportamentales del paciente. Con esto se establecen:

- a) Los perfiles de habilidades conservadas y su evolución
- b) La magnitud de la pérdida y de las áreas preservadas
- c) La evolución temporal del cuadro mental
- d) Las diferencias entre estados confusionales y cuadros afásicos
- e) La evolución de dichos estados
- f) El tipo y curso de estados demenciales y su diferenciación con depresiones seniles

De esta manera, uno de los objetivos de la evaluación neuropsicológica es determinar la presencia de un trastorno demencial y especificar su curso y evolución con métodos

cualitativos y cuantitativos bastante certeros del estado cognitivo del paciente. Por su grado de desarrollo técnico la Neuropsicología se ha convertido en una disciplina importante que trabaja con pacientes con sospecha o evidencia de un proceso demencial (Ruiz, 2000).

La evaluación neuropsicológica tiene la ventaja de ser objetiva, segura, y proporcionar información relevante sobre la integridad funcional del cerebro. Son pruebas que evalúan el recuerdo demorado, seguido de aprendizaje de palabras, puede decirse que las medidas de recuerdo demorado y función ejecutiva fueron las que mejor se ajustaron para tratar a personas con Alzheimer (Barahona et al., 2014). Sin embargo, en el diagnóstico de la EA, es necesaria la integración de los resultados obtenidos en todos los estudios realizados.

En la consulta de neuropsicología, para diagnosticar la EA, se debe realizar una amplia anamnesis, en la que se interrogue a un familiar o persona cercana al paciente, acerca de las manifestaciones iniciales y actuales de la enfermedad para hacer una descripción especial en cuanto al curso del déficit mnésico. Luego del interrogatorio, ante la sospecha de EA, el diagnóstico debe completarse con exámenes paraclínicos de química sanguínea, neuroimagen estructural y valoración neuropsicológica, esta última para objetivar las alteraciones cognitivas y funcionales (Carvajal-Castrillón et al., 2015).

La investigación sobre la EA está ampliando nuestra comprensión de procesos cerebrales básicos y, por otro lado, está proporcionando valiosas pistas sobre la naturaleza y tratamiento de los problemas comportamentales. La evaluación neuropsicológica proporciona características cognoscitivas objetivas que pueden guiar a los especialistas hacia un diagnóstico oportuno de deterioro o demencia. En el envejecimiento, las fallas en la memoria son las características más referidas, tanto por los adultos mayores como por los familiares más cercanos, no obstante, el resto de las funciones cognoscitivas también presentan

cambios, dependientes de las diferentes etiologías y diagnósticos. En relación con el diagnóstico, la evaluación neuropsicológica es importante en la identificación y detección precoz de la enfermedad, en el diagnóstico diferencial frente a otros trastornos, y en la determinación del grado de severidad y progreso del cuadro clínico (Montes et al., 2012).

La rehabilitación neuropsicológica representa una de las tareas principales de labor cotidiana del neuropsicólogo en la clínica. A.R. Luria fue de uno de los grandes fundadores de la neuropsicología del siglo XX: fue quien elaboró su modelo desde procedimientos prácticos en la clínica, a partir de la experiencia real de evaluación y rehabilitación de más de 800 pacientes con daño cerebral adquirido durante la Segunda Guerra Mundial. La práctica de rehabilitación clínica sigue siendo uno de los principales atractivos y campos de aplicación del conocimiento neuropsicológico (Solovieva, 2013).

En los últimos años ha existido un aumento de la demanda de exploraciones neuropsicológicas tanto en personas que han sufrido un daño orgánico conocido, como en pacientes con diferentes patologías psiquiátricas en las que existe sospecha de una disfunción cerebral, y es un hecho cada vez más común en la mayoría de los países occidentales la progresiva incorporación de neuropsicólogos clínicos en los servicios hospitalarios. El objetivo fundamental de estas evaluaciones se dirige cada vez más hacia las necesidades de tratamiento que tienen las personas afectadas por alteraciones en las funciones cerebrales superiores; lo que permite entender la importancia creciente de los programas de rehabilitación neuropsicológica como un recurso terapéutico cada vez más necesario (Tirapu, 2007).

Los estudios neuropsicológicos han demostrado la importancia de las regiones subcorticales en la actividad psíquica superior, la EA, se ha constituido en un paradigma para enfatizar la

importancia de los estudios de las lesiones de las regiones del rinencéfalo en la organización básica de la memoria, el lenguaje, las gnosias y las praxias, debido a las intrincadas relaciones sinápticas de las neuronas de esta área con la formación reticular y los sistemas corticales fronto parietales (Pinto et al., 2007).

Para Allegri (2000, citado por Ballesteros & Rincón, 2012) existen capacidades neuropsicológicas que se conservan en las etapas más avanzadas de la EA, tales como componentes simples de atención, memoria procedural e implícita, comprensión de mensajes cortos y simples, capacidad para comprender y realizar gestos; y la repetición de frases. Asimismo, los rendimientos obtenidos en la evaluación neuropsicológica deben ser interpretados conjuntamente con la información clínica, de imagen y de laboratorio (Perea, & Ladera, 1997).

Tratamientos

Dado que no existe cura para la enfermedad de Alzheimer, gran parte de los tratamientos que se han empleado en la actualidad es en reducir los factores de riesgo, e incrementar factores preventivos, de esta manera, se requiere de una intervención multidisciplinaria, es decir, médicos, psicólogos entre otros (Méráz, 2015).

Méráz (2015) menciona que los objetivos del tratamiento son:

- Disminuir el progreso de la enfermedad.
- Manejar los problemas de comportamiento, confusión y agitación.
- Modificar el ambiente del hogar.
- Apoyar a los miembros de la familia y otras personas que brindan cuidados.
- Compensar insuficiencias vitamínicas.

Pérez, (2018) menciona que en la actualidad existen dos tipos diferentes de tratamiento para la EA, el tratamiento farmacológico y el tratamiento no farmacológico:

1. Los tratamientos farmacológicos:

Consisten en el uso de fármacos anticolinesterásicos en la fase leve-moderada de la enfermedad. A su vez, para los llamados síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia, las guías clínicas señalan como primer medida el ubicar y tratar posibles causas subyacentes de los mismos, tales como infecciones u otras enfermedades médicas, indican utilizar medidas de entorno y tratamientos psicosociales para iniciar un tratamiento farmacológico controlado con psicofármacos específicos, tales como antipsicóticos, antidepresivos, etc., comenzando con dosis menores y por un tiempo prudencial. El enfoque de tratamiento farmacológico predomina ampliamente en la literatura y se encuentra muy bien protocolizado. Hasta el momento han sido muy limitados sus beneficios, más teniendo en cuenta que presentan la posibilidad de generar efectos secundarios.

Se ha probado la eficacia de ciertos fármacos anticolinesterásicos que tienen una acción inhibidora de la colinesterasa, la enzima encargada de descomponer la acetilcolina, el neurotransmisor que falta en el Alzheimer y que incide sustancialmente en la memoria y otras funciones cognitivas, dando como resultado un mejor comportamiento del enfermo en cuanto a la apatía, la iniciativa y la capacidad de vida (Méraz, 2015). Algunos medicamentos han sido probados para el tratamiento de Alzheimer, dichos fármacos son el donepezilo, la rivastigmina y la galantamina, los cuales son empleados en etapas iniciales; mientras que para etapas severas, se administra el fármaco llamado memantina (Jiménez, 2020). Asimismo, los reguladores de la actividad glutamatérgica como la memantina pueden retrasar la aparición de síntomas de grado moderado o severo (Hernández, 2015).

La inhibición de la producción de todas las isoformas de AB o su modulación específica son opciones viables para el tratamiento de la EA; si se modulan los niveles de los neurotransmisores, es posible que el enfermo de Alzheimer logre mantener funciones relativamente adecuada en el pensamiento, la memoria y el lenguaje, es importante recalcar que estos fármacos no impiden que las neuronas continúen muriendo, por lo que su eficiencia es por un tiempo limitado (Jiménez et al., 2016).

2. Los tratamientos no farmacológicos:

Se definen como cualquier intervención no química, focalizada y replicable, sustentada sobre una base teórica, realizada en el paciente o el cuidador, con capacidad potencial de lograr algún beneficio relevante. Corresponden a esta categoría diferentes intervenciones que incluyen desde ejercicio físico, psicoeducación, terapias de tipo ocupacional o de estimulación cognitiva, a tratamientos psicoterapéuticos como terapias de reminiscencia, cognitivas-conductuales o psicodinámicas. En la intervención psicológica para las personas con EA, se ha abordado a través de la terapia cognitivo-conductual (TCC), y de Estimulación cognitiva (EC) para la socialización de los pacientes (Méraz, 2015).

García-Alberca, (2015) consideran que dentro de los abordajes no farmacológicos, las terapias de intervención cognitiva, incluyendo en entrenamiento cognitivo, la rehabilitación cognitiva y la estimulación cognitiva, ha conseguido estabilizar o mejorar la función cognitiva y el desempeño de actividades de la vida diaria en la EA leve o moderada, en sesiones de duración variable que incluyen tareas de estimulación de la memoria reciente y remota, estimulación sensorial, orientación a la realidad, etc.

La terapia de rehabilitación cognitiva comprende diferentes tipos de intervenciones desarrolladas sobre la base de la teoría del aprendizaje implícito. Se desarrollan de manera

muy individualizada y están dirigidas a trabajar objetivos muy específicos y relevantes para el paciente, pudiendo incluir en muchas ocasiones a otros miembros de la familia. Los programas de entrenamiento cognitivo consisten en la práctica de una manera mas personalizada de estrategias y habilidades cognitivas específicas que se pueden llevar a cabo de manera individual o grupal, pudiendo incluir el entrenamiento basado en el uso de programas informáticos, este tipo de programas suele completarse con la práctica de ejercicios físicos, musicoterapia o la realización de diferentes tipos de juegos (García-Alberca, 2015).

También, la estimulación sensorial constituye el primer acercamiento al trabajo con la persona con demencia. Su principal objetivo es incrementar la sensibilidad y discriminación a través del entrenamiento de los receptores sensoriales, que son estimulados aislada y simultáneamente en un enfoque multisensorial. Esta metodología se inicia intercalando de manera secuencial la estimulación de un canal sensorial distal con uno proximal. El sentido del olfato se estimula a fin de alertar a la persona y traer a la mente experiencias placenteras, luego de la estimulación de este sentido, cobra relevancia involucrar el canal táctil, el cual ayuda a la persona a sentir y discriminar el ambiente en forma real y manejable, brindándole seguridad ante sí mismo y ante los demás (Monsalve & Rozo, 2007).

En este momento se cuenta con múltiples alternativas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas que deben adecuarse estrictamente a la etapa por la que cursa el paciente, para evitar efectos colaterales e indeseables sobre todo cuando se utilizan fármacos. Los medicamentos hasta ahora utilizados no pueden ser considerados los más eficaces y adolecen de muchas propiedades para poder modificar la enfermedad en su totalidad, situación que nos reorienta de nueva cuenta hacia la parte preventiva. Acciones aparentemente sencillas

como educar a la población para favorecer la consulta precoz, motivarla y hacerla participe del tratamiento de los pacientes, permitiría no solo optimizar tiempo, sino también recursos (Valverde, 2006).

Debido a la complejidad multifactorial de los mecanismos patogénicos no se ha logrado disponer de un tratamiento curativo de la EA, las opciones terapéuticas son focalizadas a eventos específicos y tardíos de la patogenia, como la optimización y modulación de la neurotransmisión colinérgica y glutamatérgica, en atención a que estas dos moléculas forman parte de sistemas neurales relacionados con las funciones de memoria y aprendizaje (Fuentes & Mena, 2009).

Cada diez personas que superan los 55 años al menos una padecerá una demencia o EA en su vida. Entre el inicio de la EA y su diagnóstico es aún desconocido, aunque se plantea ser superior a uno o dos años. Se han descrito como posibles predictores: las alteraciones en el examen de la memoria episódica, la fluencia verbal, la capacidad de razonamiento abstracto y la capacidad nominativa. En este sentido, el reconocimiento temprano de la EA, tiene el propósito de enlentecer su progresión y, de este modo, permitir al paciente y su familia planificar el futuro de cara a la incapacidad total y a la interdicción (Samper et al., 2012).

Programas de intervención

La OMS (2016) consigna una reorientación en favor a la atención de la EA; este enfoque implica reencontrar el equilibrio adecuado entre la atención primaria, la atención ambulatoria, la atención hospitalaria y la psicológica, sabiendo que cada una de ellas cumple una importante función dentro del sistema de salud. Para el cumplimiento de las estrategias propuestas por la OMS es necesario que las intervenciones se centren en la atención domiciliaria, unidades de medida estancia, residencias y centros de cuidados paliativos. Por

todo ello, lejos de poder culpabilizar a los ancianos del gasto relacionado con su atención, es importante tener en cuenta que no se ha realizado una adecuada adaptación del sistema sanitario a la realidad social, proporcionar a los ciudadanos competencias y recursos que necesitan para constituirse en usuarios inteligentes y responsables de los servicios de salud y en promotores de un sistema de salud reforzado. La principal herramienta para poder implantar el sistema es la educación sanitaria, y que las decisiones clínicas sean compartidas entre el enfermo, sus familiares, los cuidadores y los proveedores de asistencia sanitaria (Balea & Alonso, 2020).

Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado & Escalona (1994, citados por Rodríguez, et al., 2010) mencionan que en relación con los programas de intervención que apuntan a la mejora de la salud, se puede afirmar que la implementación de un programa cognitivo-conductual, dirigido a adultos mayores, influía en los cambios de variables psicológicas, como la ansiedad, la ira y la solución de problemas en pacientes hipertensos contribuyendo a la disminución en los niveles de presión arterial. Específicamente, en el caso de la psicología, se pretende que los psicólogos contribuyan con el diseño que permita una evaluación y seguimiento de los programas de intervención y que se preocupen por emplear estrategias que contribuyan al cambio conductual y a la promoción y prevención de la enfermedad, optimizando el proceso de adaptación con intervenciones que apunten a necesidades propias de la población y del contexto familiar y social que lo rodea.

Cognitivo conductual

El entrenamiento cognitivo se define, según Sitzer, Twamley y Jeste (2006, citados por Fernández-Calvo, Rodríguez-Pérez, Contador, Rubio-Santorum, & Ramos, 2011) como cualquier tipo de intervención no farmacológica orientada a mejorar el funcionamiento

cognitivo con independencia del mecanismo de acción. Generalmente, estos programas se basan en la estimulación de ciertos dominios cognitivos, mediante tareas estructuradas en niveles de dificultad, tratando de mejorar o mantener su funcionamiento. En relación a otros programas, esta aplicación introduce una serie de aspectos, que tratan de optimizar los beneficios obtenidos del mismo.

Los procesos de rehabilitación cognitiva mejoran el rendimiento en distintas áreas neuropsicológicas y aumentan el bienestar de las personas. Sin embargo, existen dificultades financieras, técnicas, éticas y metodológicas que, en ocasiones, limitan la posibilidad de investigar, de una manera rigurosa y longitudinal, los resultados de la rehabilitación neuropsicológica en escenarios clínicos tan diversos como los trastornos del desarrollo infantil e intelectual, los trastornos mentales y las enfermedades psiquiátricas, las secuelas neuropsicológicas de la patología neurológica (patología vascular, infecciosa, patología tumoral, trauma craneal, entre otros) y las secuelas del envejecimiento cerebral y el síndrome demencial (Salazar, 2012).

La EA es un problema mundial que tiene repercusiones a nivel individual, familiar, social y económico. Conlleva un deterioro irreversible, y los daños que este provoca en la persona los lleva a experimentar confusión, tristeza y desesperanza, así como también en su familia más cercana. Es por ello que la alfabetización sobre la enfermedad es relevante para el desarrollo e implementación de programas de intervención para pacientes con EA y sus familiares, fomentando el mayor grado de autonomía posible para el paciente, buscando minimizar el problema que genera esta enfermedad.

Metodología

Planteamiento y justificación del problema

La alfabetización en salud es un tema de importancia a nivel mundial y representa un objetivo prioritario para cualquier sociedad, en la actualidad, la OMS la define como un concepto complejo y en evolución en el cual las personas tienen la capacidad para acceder a la información en salud, poder comprenderla y utilizarla de manera que promueva y mantenga una buena salud para ellos, sus familias y sus comunidades. Está asociada con beneficios importantes para los individuos y las comunidades en las cuales viven, como, por ejemplo, menores tasas de hospitalización o un uso más reducido de los servicios sanitarios y de urgencias (Montesi, 2017).

La alfabetización en salud es importante porque ayuda a las personas a involucrarse en su salud, acceder y compartir información, además, requiere de una comprensión escrita de textos y orientación recibidos, incluidos los relacionados con medicamentos, habilidades y conocimientos acerca de la enfermedad; en este contexto el identificar la alfabetización sobre la EA reside en que la población conozca sobre esta enfermedad predominantemente de nuestros ancianos, ya que se puede intervenir de una manera oportuna de acuerdo con sus demandas y especificidades para la prevención y promoción de la salud.

La persona que busca estar informada sobre la enfermedad de Alzheimer se vuelve más capaz de ayudar directamente al enfermo, ya que estar mejor preparado tanto física como mentalmente, es por esto, que, hacer un estudio de alfabetización de Alzheimer en población mexicana es importante porque la alfabetización es óptima para las personas, ya que coadyuba a la salud y calidad de vida. Asimismo, el tener una buena alfabetización en salud

en torno al Alzheimer ayuda a las personas a entender y a identificar marcadores que puedan ayudar a recurrir a la atención médica temprana de esta enfermedad de una manera correcta y adecuada, tanto para la persona que lo sufre como para el cuidador primario, mejorando así la calidad de vida en ambos (Laberiano-Fernández & Galán-Rodas, 2012). Adicionalmente se ha identificado pocos estudios de alfabetización de EA en México y Latinoamérica, por lo cual es un tema aún pendiente de estudiar más.

Por lo tanto, el presente trabajo tuvo como objetivo determinar el nivel de alfabetización que tiene la población general mexicana acerca de la enfermedad de Alzheimer.

Pregunta de investigación

- ¿Existirán diferencias en el nivel de alfabetización en Alzheimer entre variables sociodemográficas en población general mexicana?

Objetivo general

- Determinar si existen diferencias en el nivel de alfabetización en Alzheimer entre variables sociodemográficas en una muestra en población general mexicana.

Objetivos específicos

- 1) Describir el nivel de alfabetización en Alzheimer en población general mexicana.
- 2) Identificar si existen diferencias entre el nivel de alfabetización y las variables sociodemográficas en población general mexicana.

Hipótesis específicas

H1. Se espera un nivel bajo o alto de alfabetización en Alzheimer en población general mexicana.

H2. Se espera una diferencia entre el nivel de alfabetización en Alzheimer y las variables sociodemográficas en población general mexicana.

Diseño

Transversal, no experimental y comparativo (Babbie, 2000).

Variables

Tabla 2. *Variables de estudio*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Alfabetización en salud	Es el grado en que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar, comprender y aplicar la información básica de salud y los servicios necesarios para tomar las decisiones más adecuadas en beneficio de la salud (Laberiano-Fernández & Galán-Rodas, 2012).	Se identificó el nivel de alfabetización en salud con base a las respuestas de la “Encuesta sobre conocimientos y creencias de la enfermedad de Alzheimer” Cuestionario sobre conocimiento del Alzheimer en escala Likert.
Conocimiento sobre el Alzheimer	Cualquier acción orientada a la prevención, la concientización y la promoción de la enfermedad de Alzheimer que tiene la población (Broche, 2018).	Se identificó con base a las respuestas de la “Encuesta sobre conocimientos y creencias de la enfermedad de Alzheimer” Cuestionario sobre conocimiento del Alzheimer en escala Likert.
Creencia sobre el Alzheimer	La creencia en Alzheimer es el producto de un razonamiento sobre la realidad de la enfermedad, una disposición, una potencia del sujeto (Díez, 2017).	Se identificó con base a las respuestas de la “Encuesta sobre conocimientos y creencias de la enfermedad de Alzheimer” Cuestionario sobre creencias en Alzheimer.

Muestreo

Los participantes se eligieron mediante muestreo por conveniencia (Sampieri et al., 2014).

Dando un total de 356 participantes.

Criterios de participación

Criterios de inclusión

- 1) Personas con nacionalidad mexicana
- 2) De 18 años en adelante
- 3) Que acepte participar en la Encuesta de alfabetización sobre la enfermedad de Alzheimer mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- 1) Personas que tengan dificultades visuales que impidan contestar la encuesta.

Criterios de eliminación

- 1) Que, durante el llenado en la Encuesta sobre Alzheimer en población general mexicana, decidan no seguir participando.

Instrumento

Encuesta sobre conocimientos y creencias de la enfermedad de Alzheimer en población general mexicana, desarrollado por Galván y Galindo (2021) para medir los niveles de alfabetización en población general mexicana.

Desarrollo de la encuesta: se realizó una revisión de la literatura sobre los principales factores de riesgo e indicadores de la EA así como de las encuestas disponibles que evaluarán

alfabetización sobre EA, derivado de este proceso se redactó una primera versión de la encuesta con 38 reactivos.

Jueceo: se realizó un jueceo de 7 jueces y expertos, que tenían un nivel educativo con grado de maestría y doctorado del área de psicología, neurociencias y psiquiatría, con el objetivo de evaluar la validez de contenido, constructo y redacción adecuada para la población para la cual se diseñó la encuesta, donde se hicieron cambios en las preguntas y la redacción; la encuesta se dividió en tres apartados; la primera parte consistió en la cédula de identificación del participante, que incluyó datos sociodemográficos tales como: edad, sexo, lugar de residencia, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, seguro médico y padecimiento de alguna enfermedad; la segunda consistió en conocer cuánto sabe la persona acerca de la enfermedad de Alzheimer, así como sus síntomas y características que se tienen de la misma, con opciones de respuesta en escala Likert (Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo), con un total de 22 reactivos. Y la tercera parte, en la cual se mostró una lista sobre creencias y/o mitos que se tienen acerca del Alzheimer, con opciones de respuesta cierto, falso y no sé, de igual manera constó de 20 reactivos.

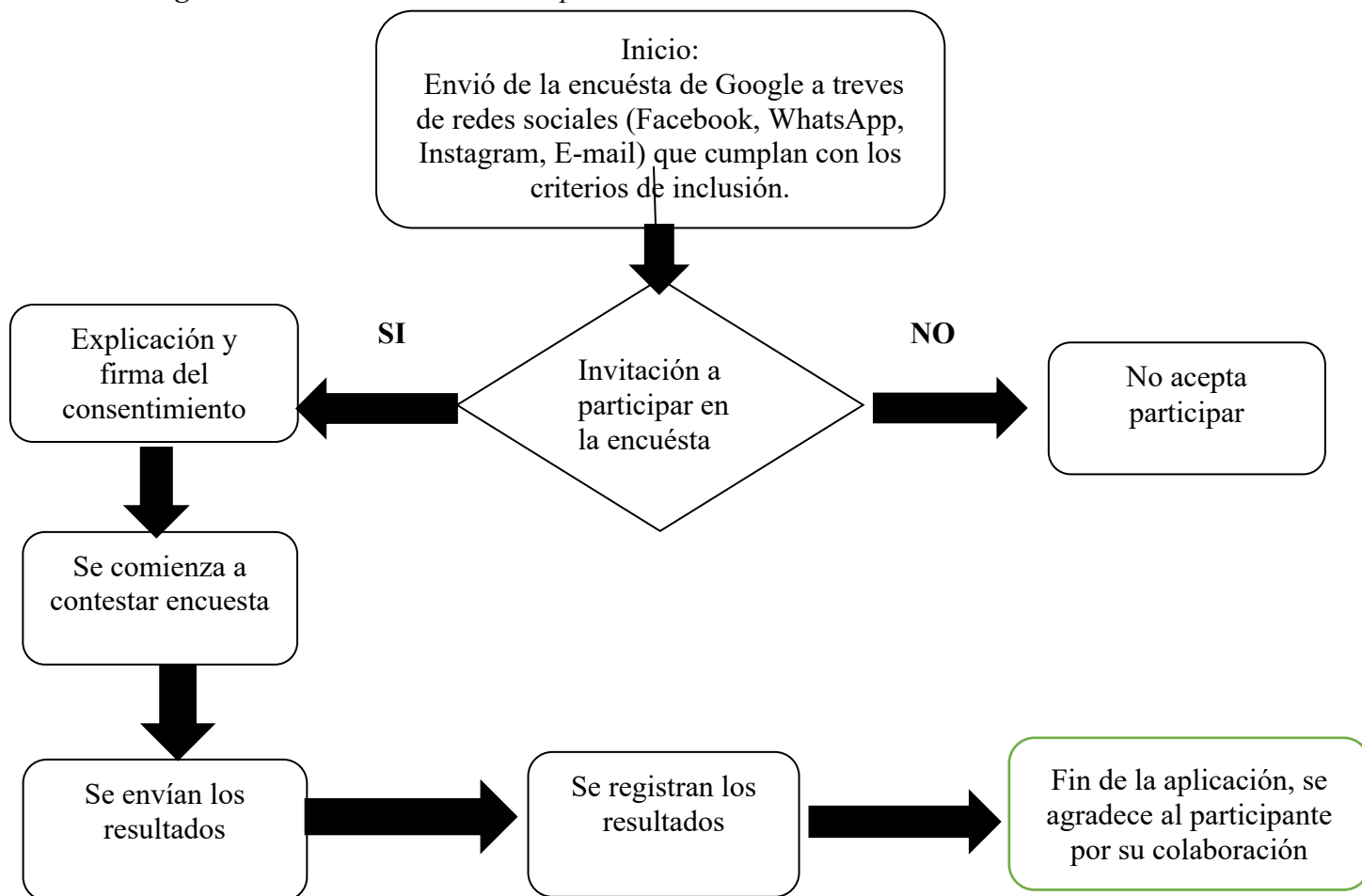
Por último, se realizó el piloteo de la encuesta antes de aplicarla, con el fin de garantizar que no existen palabras confusas y ofensivas, problemas de comprensión, ya sea por motivos lingüísticos o culturales.

Procedimiento

La versión modificada de la encuesta resultado del proceso del jueceo y piloteo fue difundida por vía virtual y enviada a Facebook, WhatsApp, Instagram, E-mail, donde se solicitaba su participación vía el consentimiento informado de manera voluntaria y anónima, se informaba

que la encuesta era para investigación, se explico el objetivo de estudio, que las respuestas que nos dieran nos servirían de mucho para continuar con la misma, y que sus datos estaban protegidos. Ver apendice #I.

Diagrama 1. *Procedimiento de la aplicación de la Encuesta.*



Consideraciones éticas

Consentimiento Informado

Se invitó a la persona de manera voluntaria a participar en la investigación de “Conocimientos y creencias sobre la enfermedad de Alzheimer en población general mexicana”. El objetivo fue conocer el nivel de conocimiento y creencias sobre los factores

de riesgo y protección de la enfermedad de Alzheimer en población general mexicana, toda información fue de manera anónima y en ningún momento se le pidió colocar nombre del participante. El procedimiento consistió en llenar una cedula de identificación y una encuesta sobre conocimientos y creencias sobre la enfermedad, el llenado tuvo una duración de 10 minutos aproximadamente, con los resultados obtenidos se podrá conocer el nivel de conocimiento que tiene la población general mexicana sobre la enfermedad de Alzheimer.

Análisis estadísticos

Los análisis descriptivos se llevarón a cabo en SPSS 25. La normalidad de las variables se determinó por medio de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov ($p=.001$), identificándose que los datos se distribuyen de manera no normal y se procedió a utilizar pruebas no paramétricas mediante medianas y rangos intercuartiles.

Se recodificó la sumatoria total de conocimientos de Alzheimer a partir de la media, con el objetivo de obtener los conocimientos de los participantes (bajo conocimiento y alto conocimiento); y posteriormente, para comparar los niveles de alfabetización en Alzheimer en población general mexicana entre las variables sociodemográficas se empleó la prueba de Kruskal – Wallis, U de Mann Whitney y Chi cuadrado para muestras independientes.

Para la variable de creencias se obtuvieron los porcentajes a través de frecuencias teniendo tres opciones de respuesta (de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo).

Resultados

Se incluyeron 356 participantes. En la tabla 3 se hace descripción de la muestra.

Tabla 3. Descripción de la muestra

	f	%		f	%
N	356	100	Tipo de seguro		
			Público	193	54%
Edad: 18-67			Privado	47	13%
Media= 33			No especificado	116	33%
			Tiene alguna enfermedad		
Sexo			Si	92	26%
Mujer	196	55%	No	264	74%
Hombre	159	44%	Tipo de enfermedad		
Maternidad/Paternidad			Hipertensión	13	4%
Si	172	48%	Diabetes	12	3%
No	183	51%	Ansiedad	17	5%
Lugar de residencia			Depresión	6	2%
CDMX	245	68%	Obesidad	22	6%
Interior de la República	105	29%	Otro	18	5%
Escolaridad			Caso de enfermedad		
Básica	45	12%	por Alzheimer en la familia.		
Media	63	18%	Si	63	18%
Superior	248	70%	No	293	82%
Ocupación			Caso de enfermedad		
Hogar	36	10%	crónica, degenerativa		
Empleado	194	54%	o neurológica en la familia		
Estudiante	56	16%	Si	154	43%
Profesionista	70	20%	No	202	57%
Estado civil			Servicio de Salud		
Casado	178	50%	mental		
Soltero	178	50%	Si	126	35%
Religión			No	229	64%
Si	248	69%	Tipo de servicio		
No	107	31%	Psicológica	110	31%
Tipo de religión			Psiquiátrica	16	4%
Católica	209	58%	Otra	1	.3%
Budista	1	.3%			
Cristiano	39	11%			
No especificado	107	30.7%			
Seguro médico					
Si	238	67%			
No	118	33%			

En general, la descripción de las variables sociodemográficas se agruparon de la siguiente manera: edad (18-67) donde 55% de los participantes son mujeres, 51% no tiene hijos, 68% viven en CDMX, 70% tiene un nivel de estudio superior, 54% son empleados, 50% son casados y 50% son solteros, 69% practica alguna religión, 67% tiene seguro médico, 74% no tiene alguna enfermedad, 82% no tienen familiar con caso de enfermedad de Alzheimer, mientras que un 18% si lo tiene, el 57% no ha tenido un familiar con alguna enfermedad crónica o degenerativa, mientras que el 43% si lo ha tenido, y el 64% no ha asistido a algún servicio de salud mental.

Descripción de las creencias del Alzheimer en población general mexicana.

La descripción de las variables de creencias el Alzheimer se agruparon de la siguiente manera: el 91% de los participantes ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Alzheimer, 88% sabe que es la enfermedad de Alzheimer, 47% piensa que es una enfermedad mortal, 47% piensa que hay un medicamento efectivo para tratar la enfermedad, 72% piensa que tiene cura, 95% considera que es importante aumentar la concientización sobre la enfermedad de Alzheimer, 97% piensa que es importante saber sobre la enfermedad, 70% piensa que es un problema de memoria, 68% piensa que demencia y Alzheimer son lo mismo, 54% piensa que si no se ejercita la memoria constantemente podria ser propenso a tener Alzheimer, 48% piensa que solo los adultos mayores sufren de Alzheimer, 56% piensa que el envejecimiento es un detonante para la enfermedad, 48% piensa que es hereditario, 41% piensa que tener depresión aumenta la probabilidad de presentar Alzheimer, 38% piensa que consumir tabaco aumenta la probabilidad de sufrir Alzheimer, 37% piensa que si una persona sufre de enfermedades cardiovasculares es más probable que sufra Alzheimer, 76% piensa que la perdida de la memoria es un síntoma de la enfermedad, 63% piensa que la dificultad para

recordar cosas es síntoma, 44% piensa que la dificultad para concentrarse es síntoma de la enfermedad, 39% piensa que en la actualidad existe una forma comprobada de prevenirla, 55% piensa que el mantener una dieta saludable ayuda a prevenir la enfermedad de Alzheimer, 62% piensa que hacer ejercicio ayuda a prevenir la enfermedad.

A continuación, se muestran las variables de creencias con los niveles de acuerdo, en desacuerdo y ni de acuerdo ni en desacuerdo, así como los porcentajes de cada una.

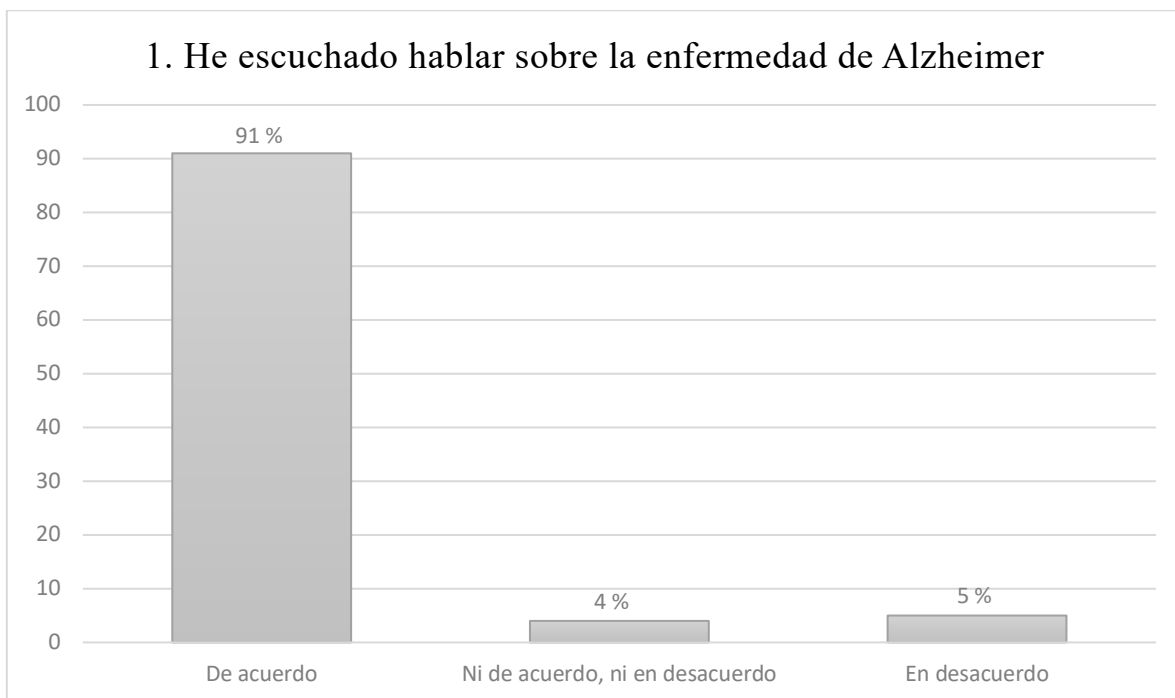


Figura 1. Porcentaje de creencia respecto a he escuchado hablar sobre la enfermedad de Alzheimer.

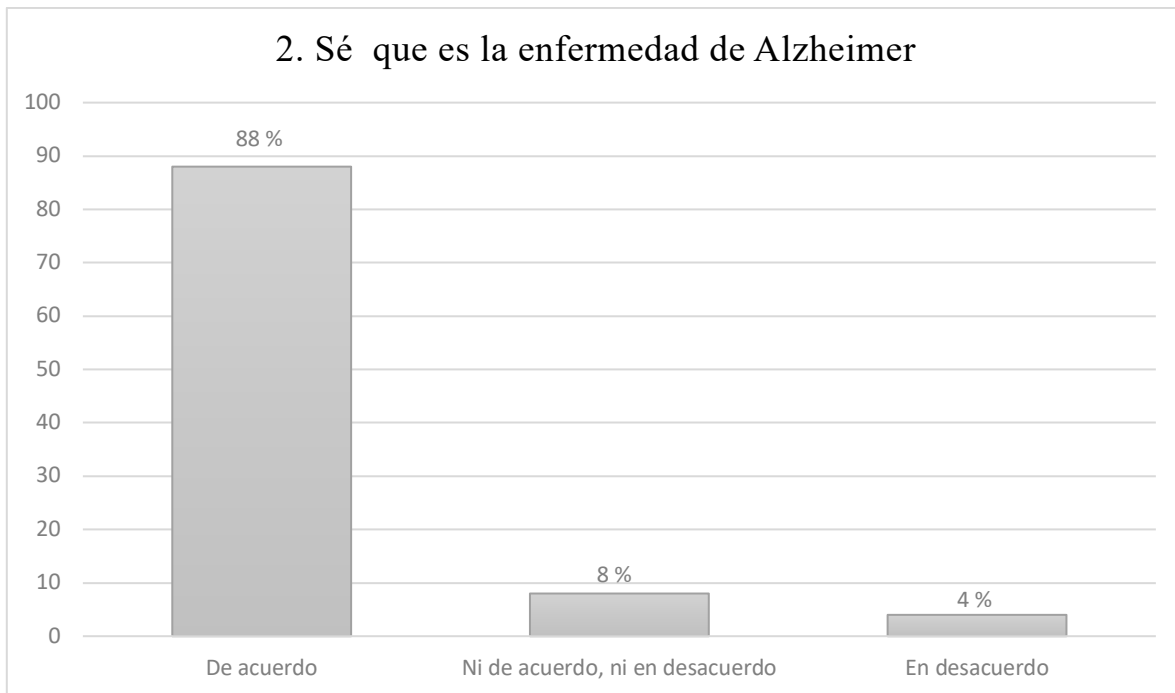


Figura 2. Porcentaje de creencia respecto a sé que es la enfermedad de Alzheimer.

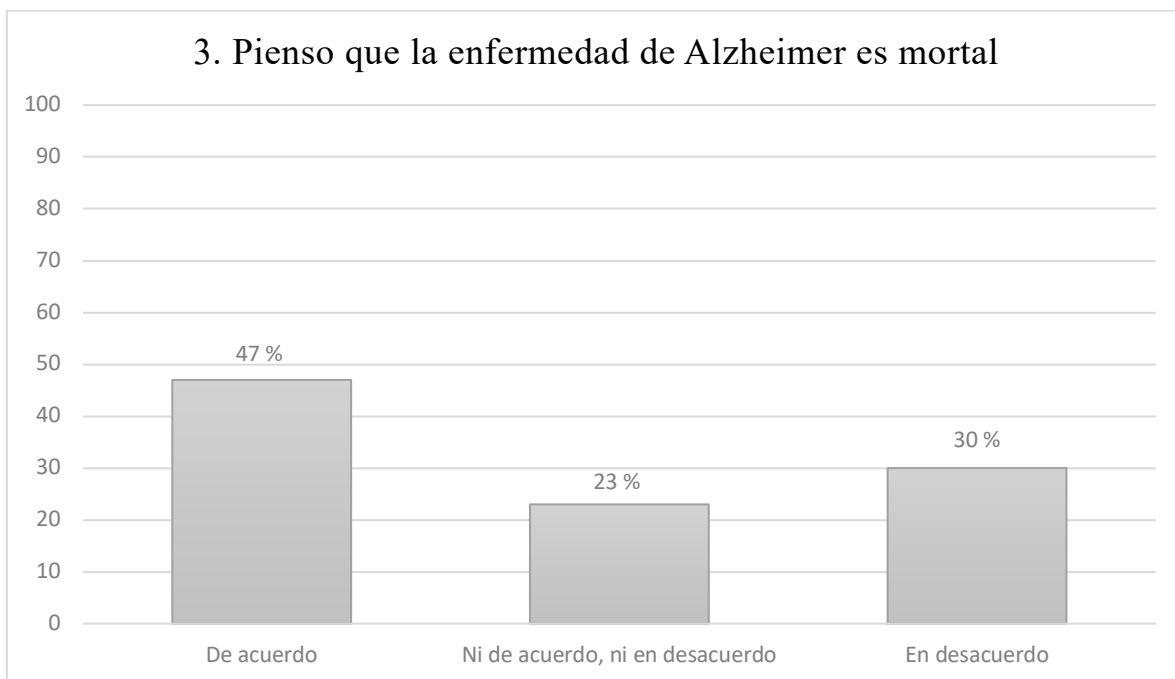


Figura 3. Porcentaje de creencia respecto a que el Alzheimer es una enfermedad mortal.

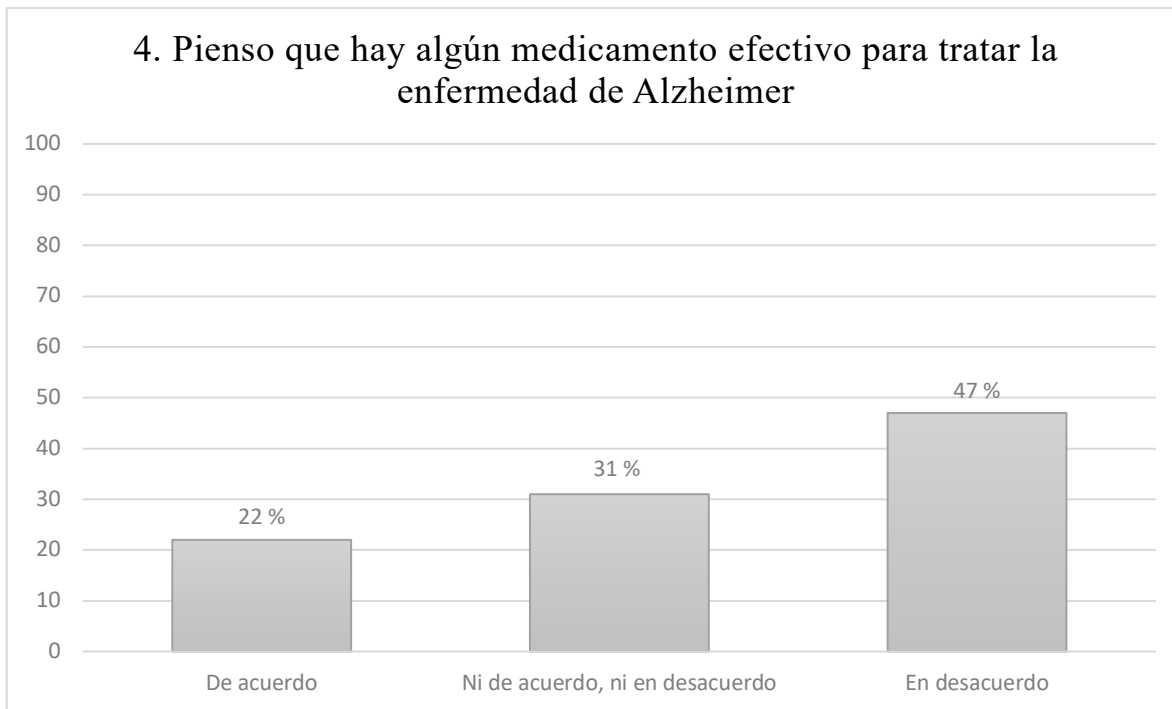


Figura 4. Porcentaje de creencia respecto a que hay algún medicamento efectivo para tratar la enfermedad de Alzheimer.

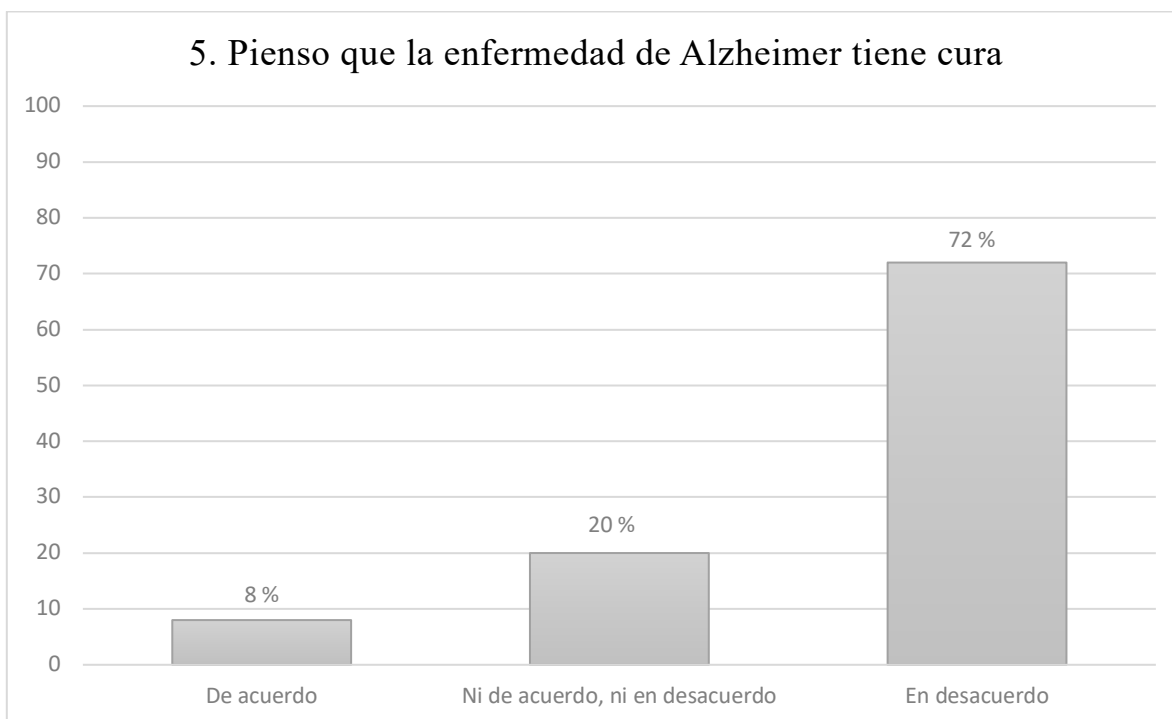


Figura 5. Porcentaje de creencia respecto que la enfermedad de Alzheimer tiene cura.

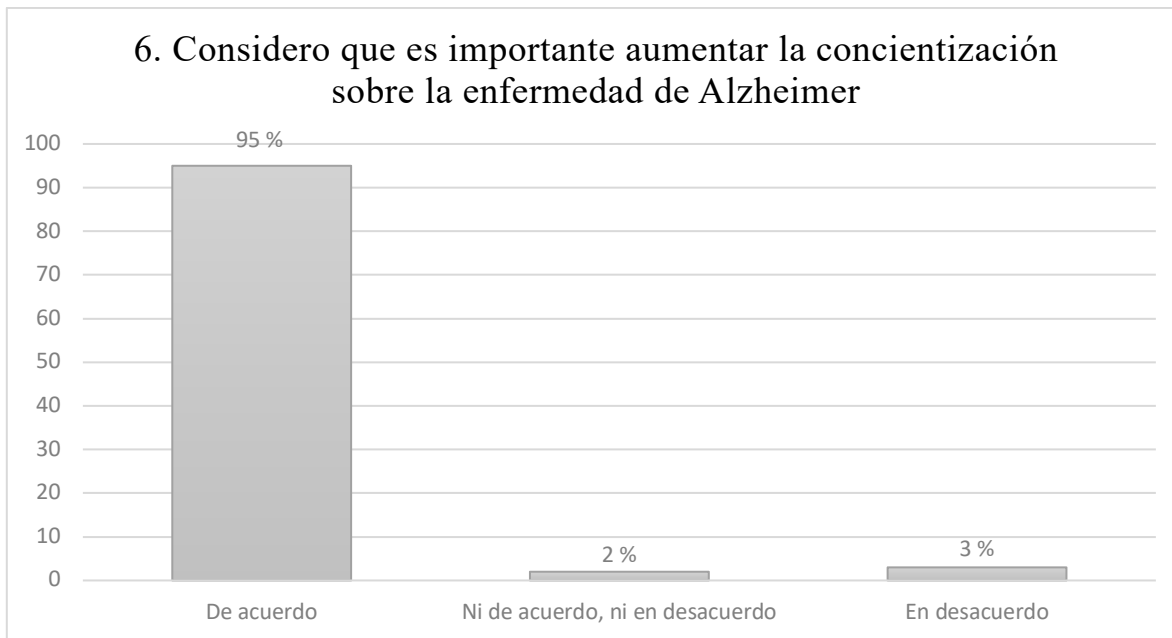


Figura 6. Porcentaje de creencia respecto a que es importante aumentar la concientización sobre la enfermedad de Alzheimer.

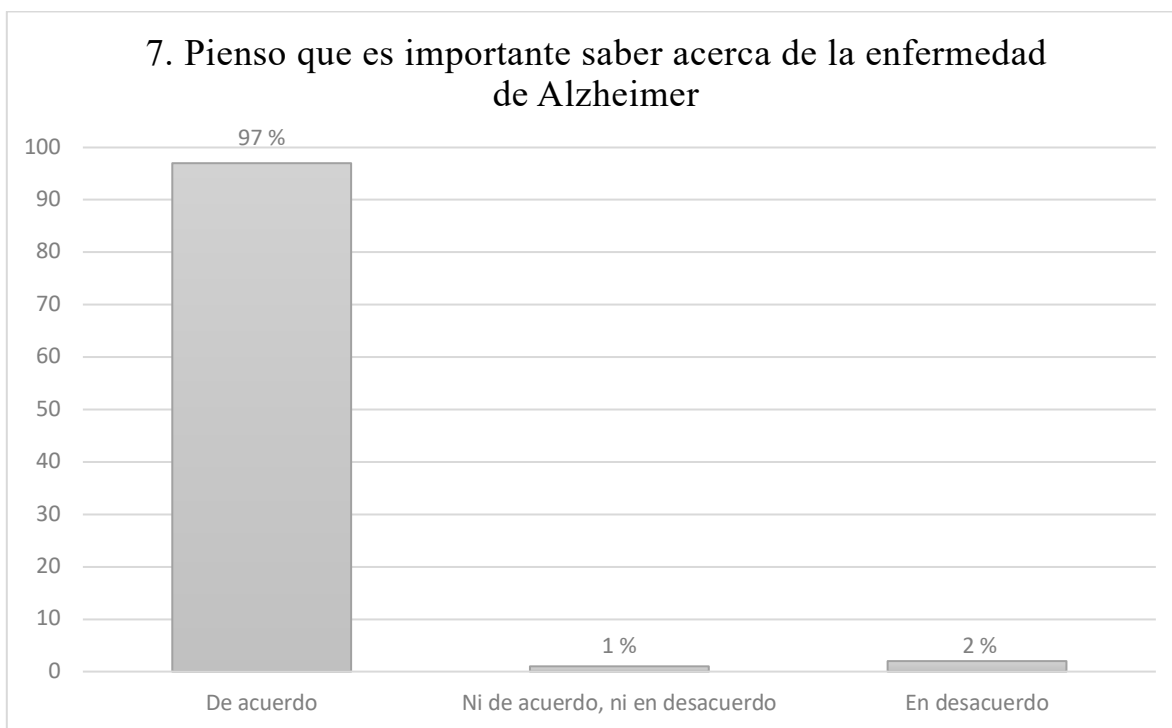


Figura 7. Porcentaje de creencia respecto a que es importante saber acerca de la enfermedad de Alzheimer.

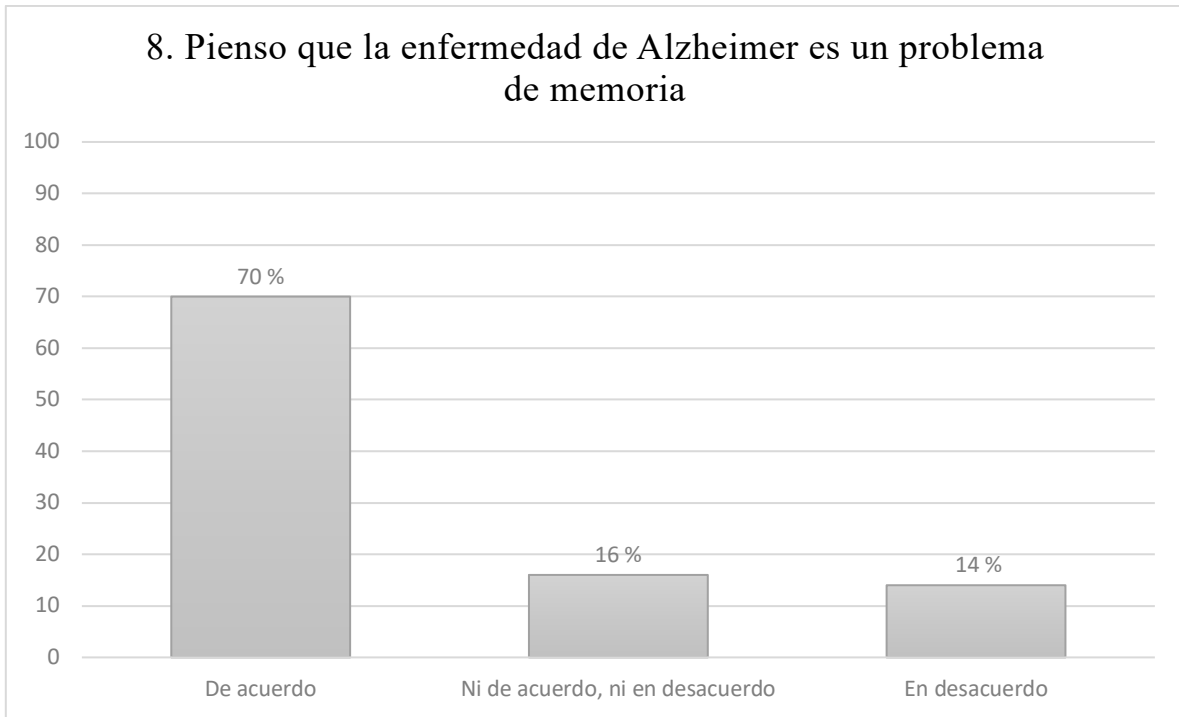


Figura 8. Porcentaje de creencia respecto a que la enfermedad de Alzheimer es un problema de memoria.

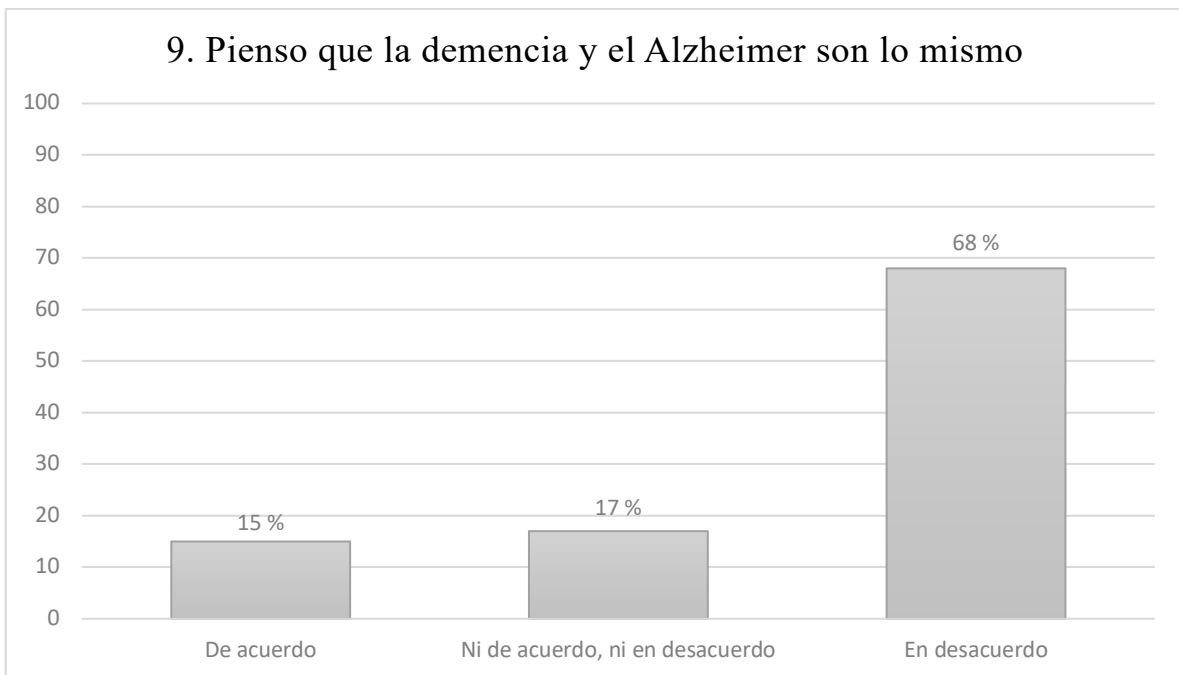


Figura 9. Porcentaje de creencia respecto a que la demencia y Alzheimer son lo mismo.

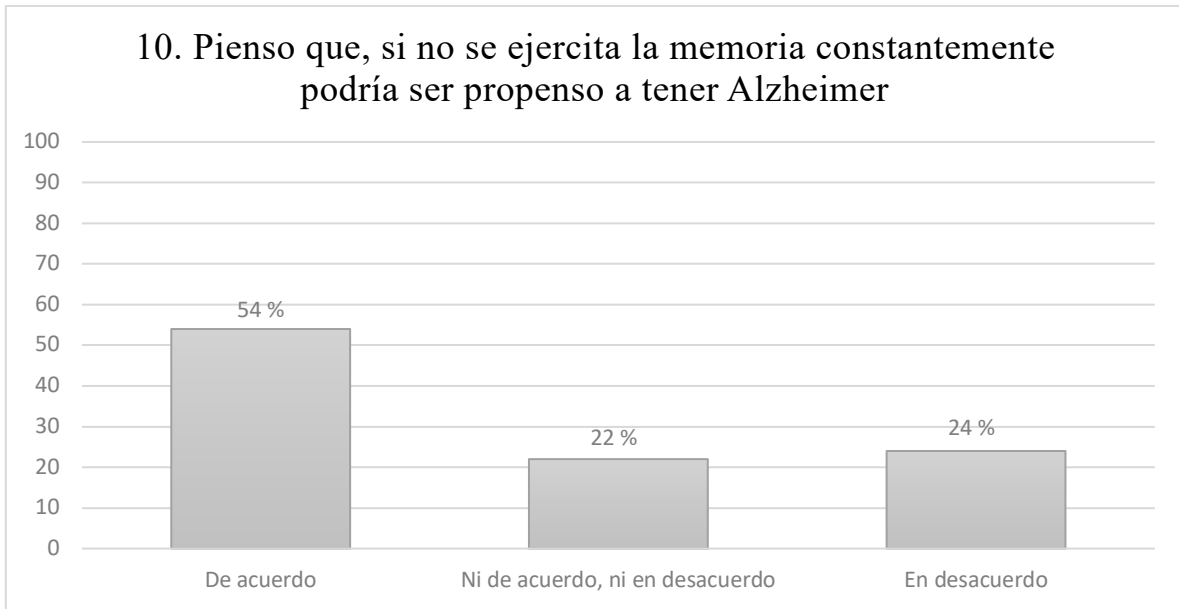


Figura 10. Porcentaje de creencia respecto a que si no se ejercita la memoria podria ser propenso a tener Alzheimer.

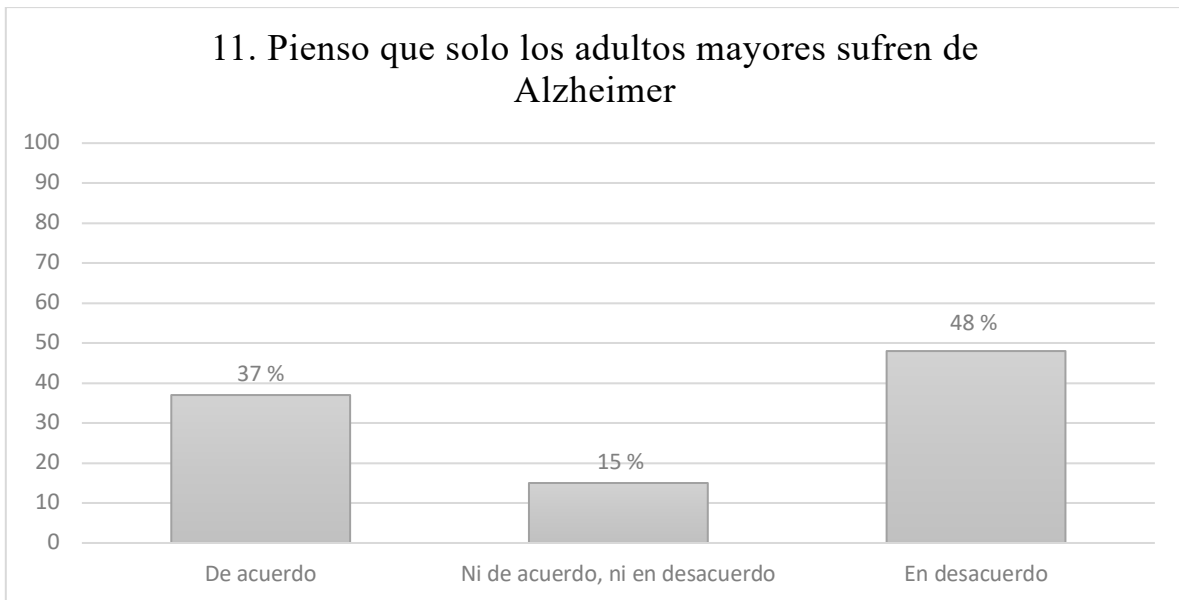


Figura 11. Porcentaje de creencia respecto a que solo los adultos mayores sufren de Alzheimer.

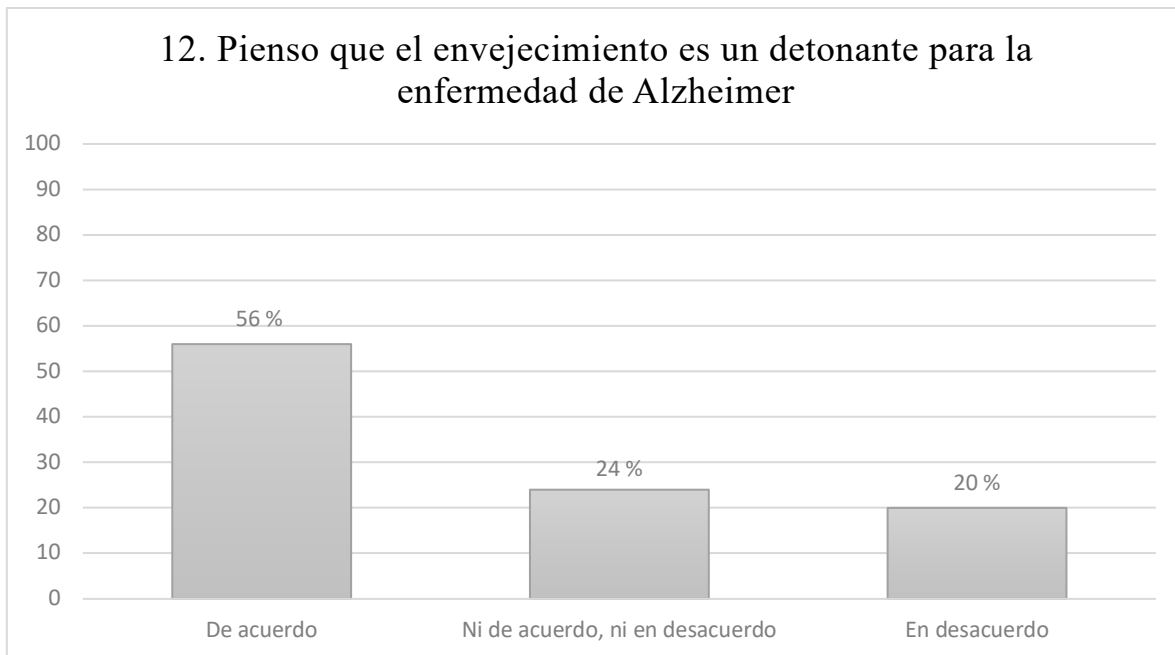


Figura 12. Porcentaje de creencia respecto a que el envejecimiento es un detonante para la enfermedad de Alzheimer.

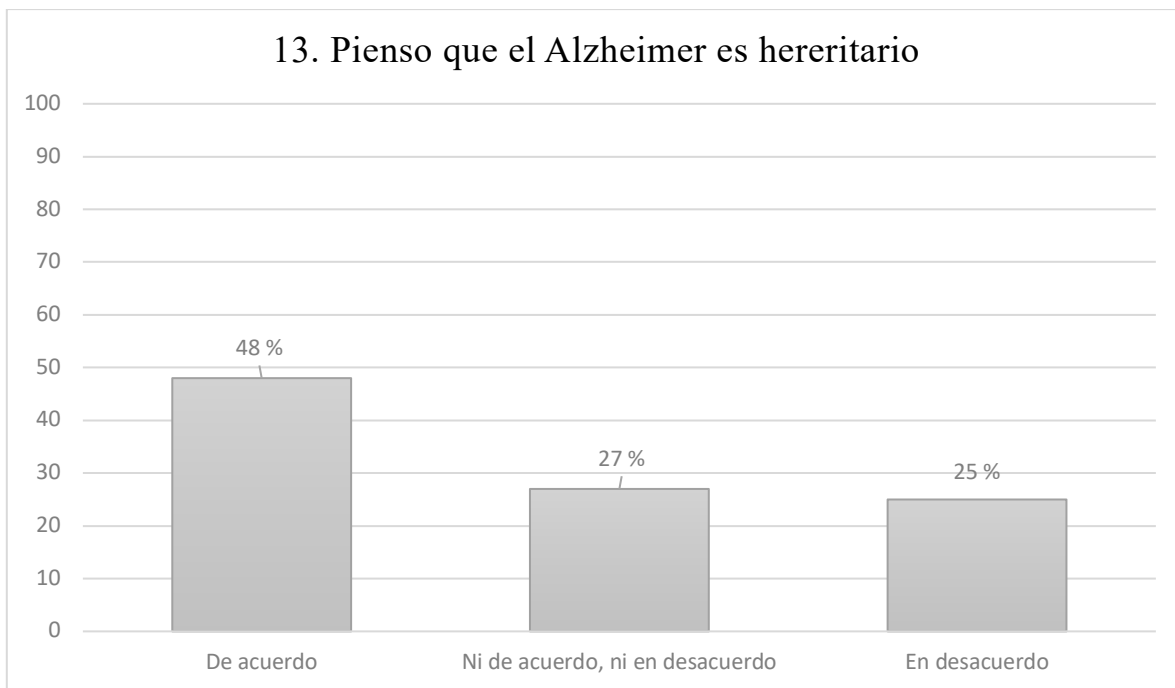


Figura 13. Porcentaje de creencia respecto a que el Alzheimer es hereditario.

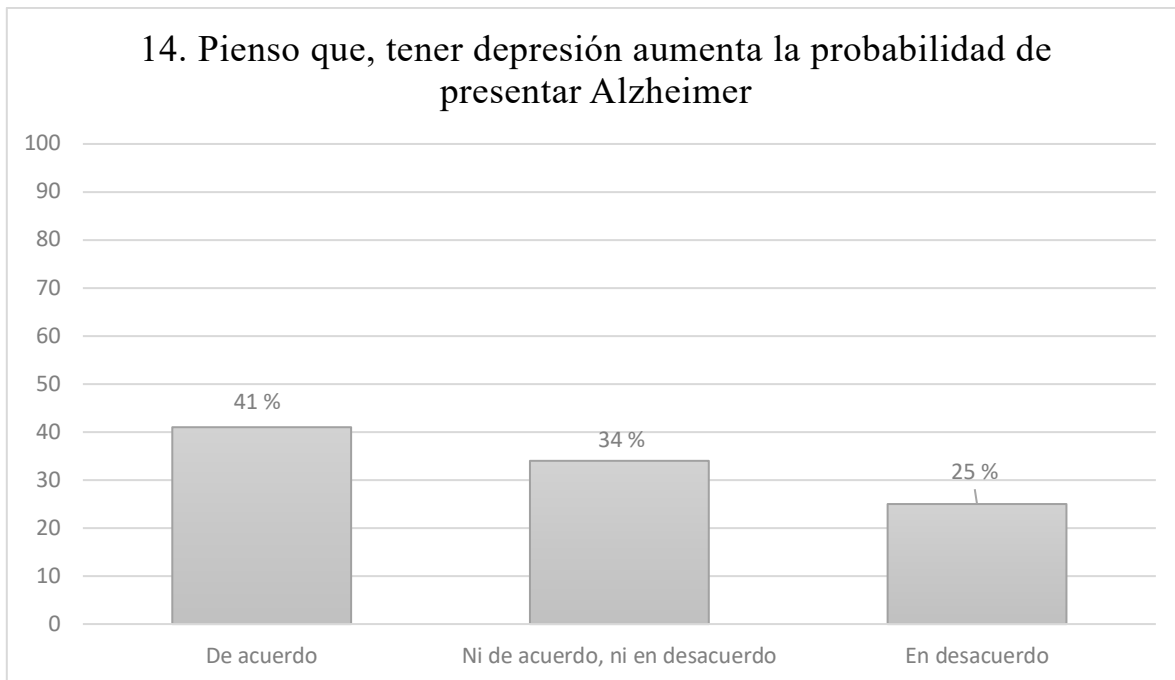


Figura 14. Porcentaje de creencia respecto a que tener depresión aumenta la probabilidad de presentar Alzheimer.

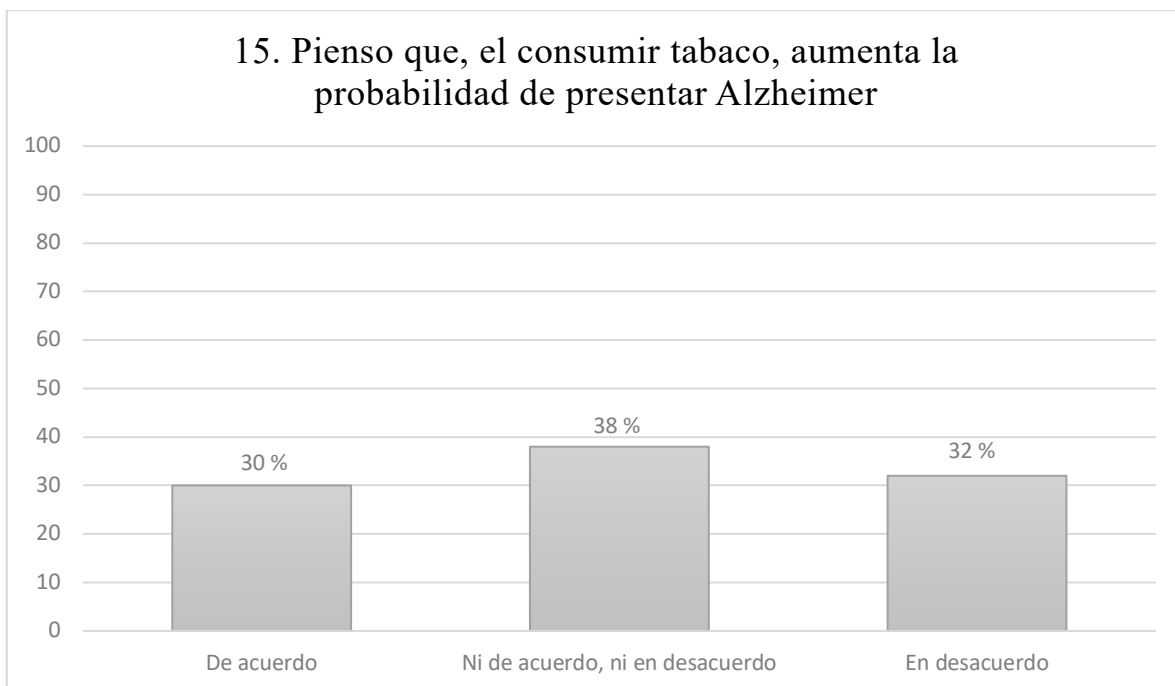


Figura 15. Porcentaje de creencia respecto a que consumir tabaco aumenta la probabilidad de presentar Alzheimer.

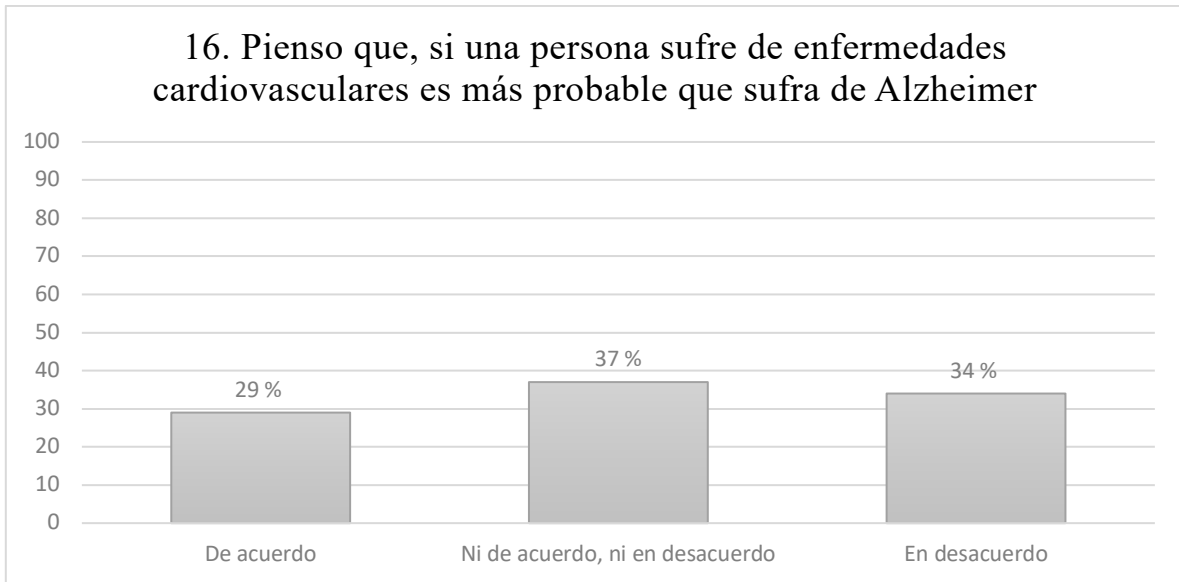


Figura 16. Porcentaje de creencia respecto a que si una persona sufre enfermedades cardiovasculares es más probable sufra de Alzheimer.

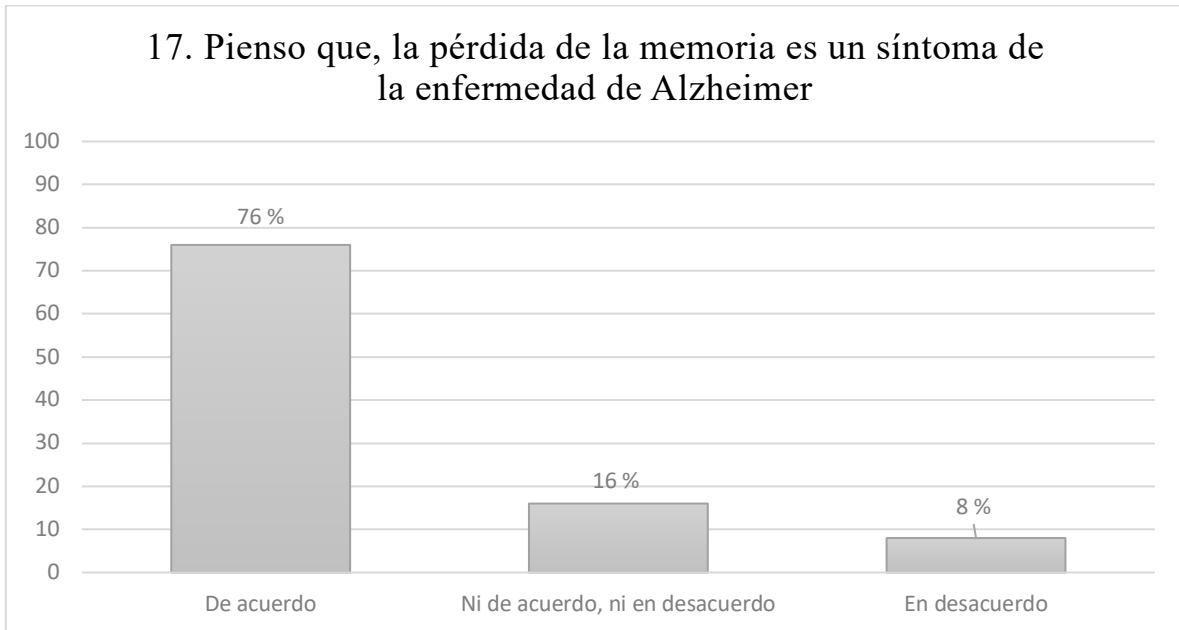


Figura 17. Porcentaje de creencia respecto a que la pérdida de la memoria es un síntoma de la enfermedad de Alzheimer.

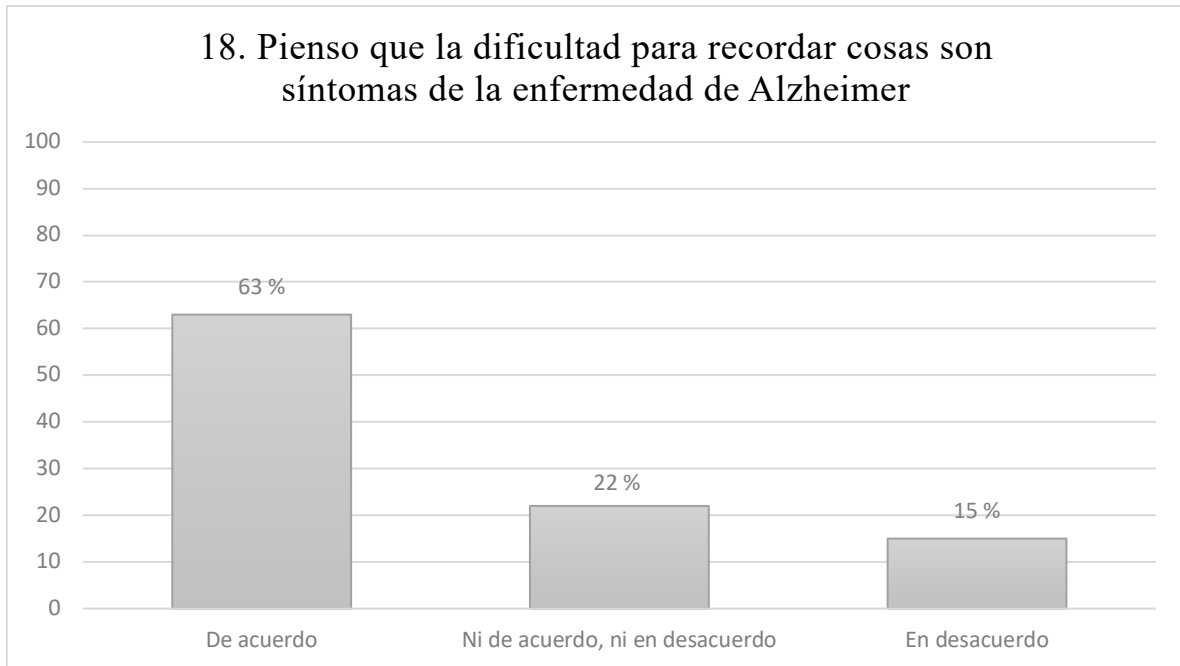


Figura 18. Porcentaje de creencia respecto a que la dificultad para recordar cosas son síntomas de la enfermedad de Alzheimer.

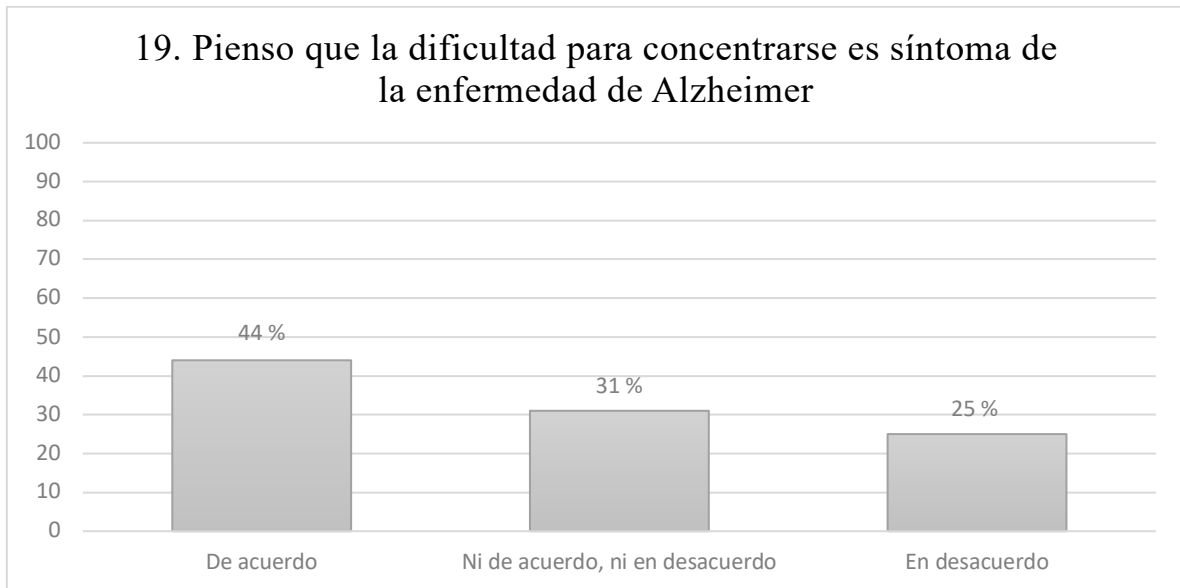


Figura 19. Porcentaje de creencia respecto a que la dificultad para concentrarse es síntoma de la enfermedad de Alzheimer.

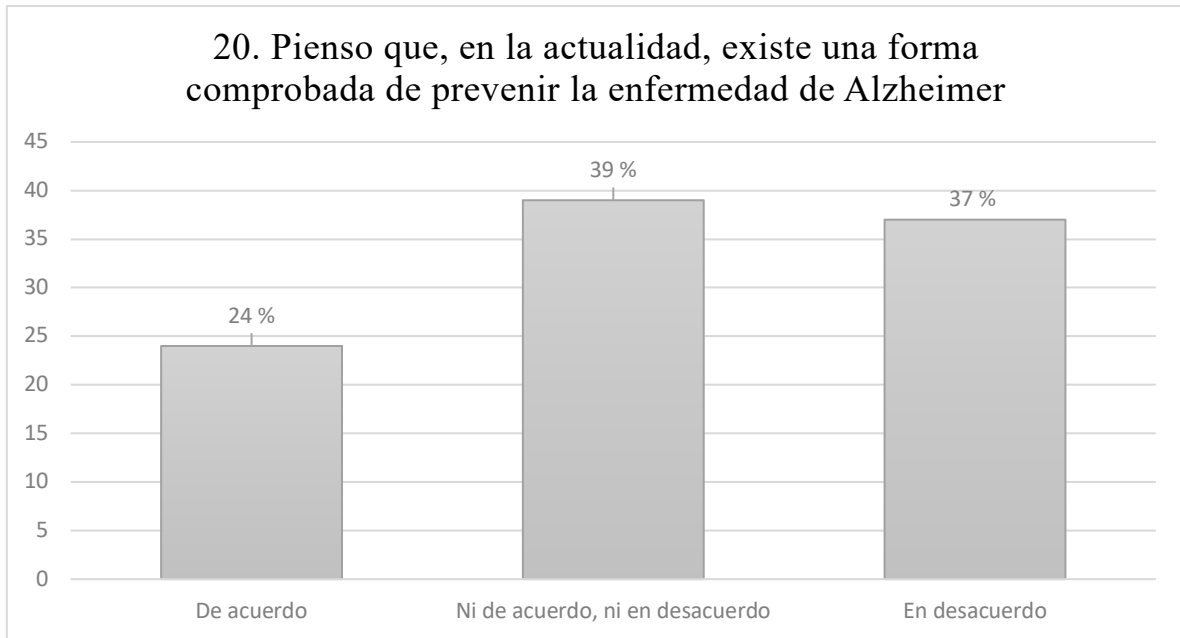


Figura 20. Porcentaje de creencia respecto a que en la actualidad existe una forma comprobada de prevenir la enfermedad de Alzheimer.

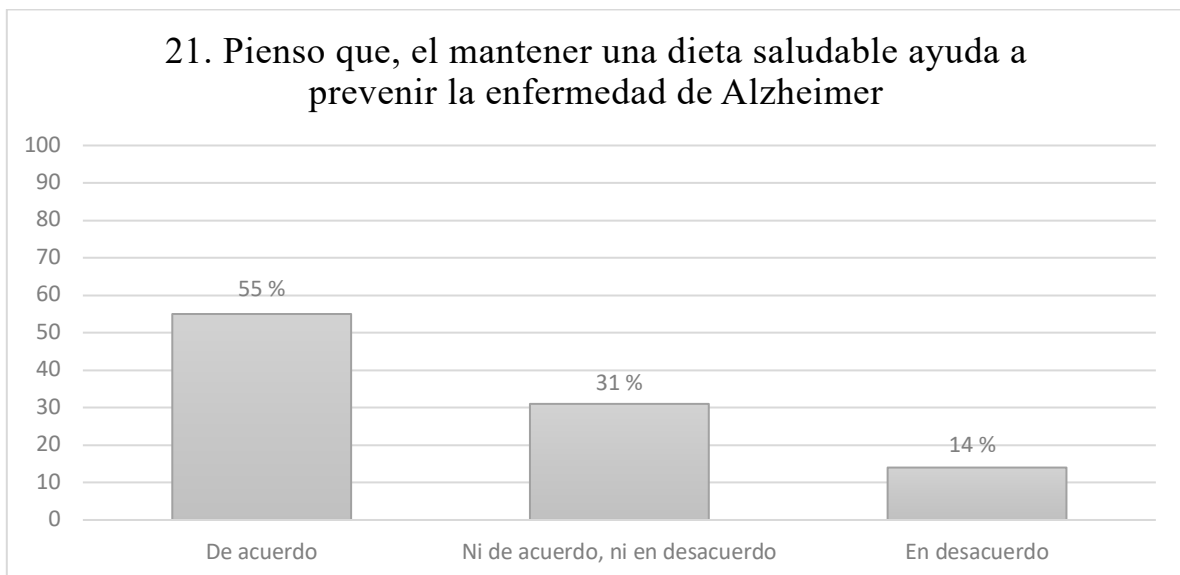


Figura 21. Porcentaje de creencia respecto a que el mantener una dieta saludable ayuda a prevenir la enfermedad de Alzheimer.

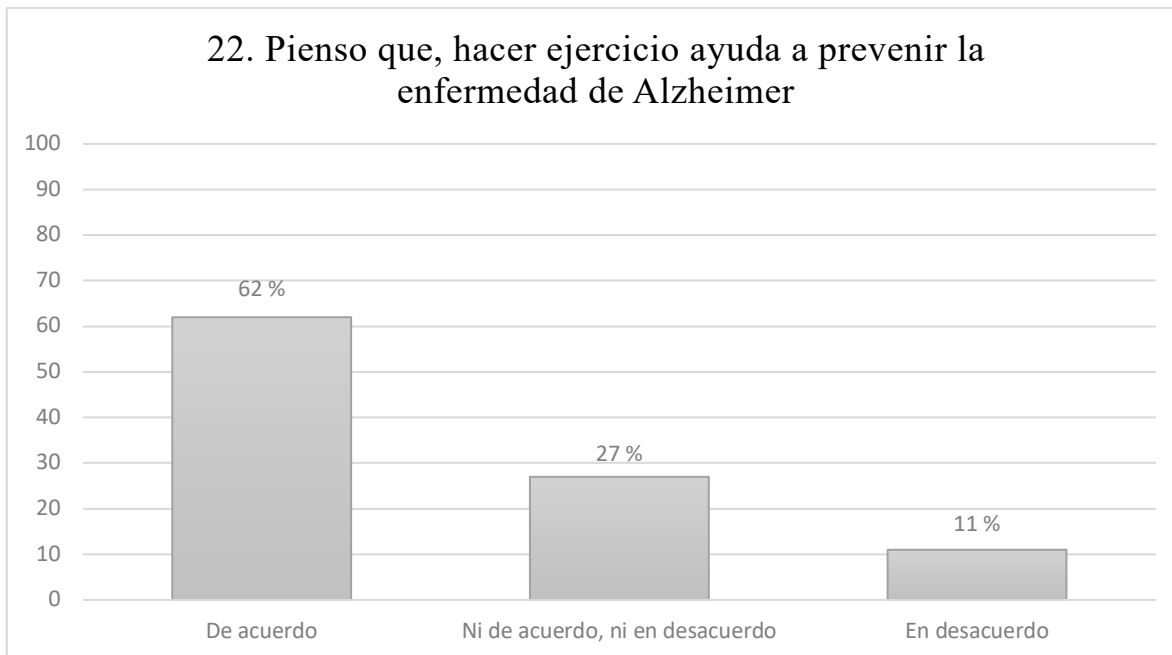


Figura 22. Porcentaje de creencia respecto a que hacer ejercicio ayuda a prevenir la enfermedad de Alzheimer.

Comparación de las variables sociodemográficas con los niveles de conocimiento en Alzheimer en población general mexicana.

Como se muestra en la tabla 4, el análisis de la variable de conocimientos en Alzheimer (en bajo y alto conocimiento) para la variable de conocimiento en Alzheimer se encontrarón diferencias estadísticamente significativas por escolaridad con nivel superior ($Md=1$) ($X^2(2) = 14.747, p < 0.01$) presentando en el bajo ($Md=2$) y en el medio ($Md=1$) un nivel de conocimiento menor en comparación al nivel superior; para la ausencia de enfermedad crónica, degenerativa o neurológica en la familia ($Md= 1$) ($z=-2.332, p= < 0.20$) presentando un nivel mayor sobre la presencia de enfermedades crónicas ($Md=1$); y para la variable de conocimiento que no han asistido a algún servicio de salud mental ($Md=1$) ($z=-2.149, p= < 0.32$) presentando un nivel mayor a sobre si han asistido a algún servicio de salud mental ($Md=1$).

Tabla 4. Comparación de variables sociodemográficas entre personas con baja y alta alfabetización en Alzheimer (N=356). La comparación entre grupos se hizo mediante las pruebas de Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney.

		Alfabetización en Alzheimer (Puntuación total)		Valor <i>p</i>
		Baja ≤ 31 puntos (N=211)	Alta ≥ 32 puntos (N=145)	
Edad (años)		33 (30-37)	33 (35-42)	
Sexo				
	Mujer	116 (55%)	80 (55%)	.990
	Hombre	95 (45%)	65 (45%)	
Tiene hijos				
	Si	99 (47%)	73 (50%)	.553
	No	112 (53%)	72 (50%)	
Escolaridad				
	Básica	15 (7%)	30 (21%)	.001
	Media	42 (20%)	21 (14%)	
	Superior	154 (73%)	94 (65%)	
Ocupación				
	Hogar	21 (10%)	15 (10%)	.925
	Empleado	113 (54%)	81 (56%)	
	Estudiante	33 (15%)	23 (16%)	
	Profesionista	44 (21%)	26 (18%)	
Estado civil				
	Casado	104 (49%)	74 (51%)	.747
	Soltero	107 (51%)	71 (49%)	
Seguro medico				
	Si	149 (71%)	89 (61%)	.069
	No	62 (29%)	56 (39%)	
Tiene alguna Enfermedad				
	Si	55 (26%)	37 (26%)	.908
	No	156 (74%)	108 (74%)	
En su familia, ¿Hay algún caso de Alzheimer?				
	Si	40 (19%)	23 (16%)	.453
	No	171 (81%)	122 (84%)	
Caso de enfermedad crónica en la familia				
	Si	102 (48%)	52 (36%)	.020

	No	109 (52%)	93 (64%)	
Servicio de salud mental	Si	66 (31%)	61 (42%)	<u>.032</u>
	No	145 (69%)	84 (58%)	

Discusión

El objetivo del presente tuvo como propósito conocer los niveles en alfabetización de la enfermedad de Alzheimer, así como sus creencias, factores de riesgo, su diagnóstico y sus posibles tratamientos; un aspecto poco reportado por la literatura, posteriormente se determinó si había diferencias entre los niveles de cada variable sociodemográfica. Se observan diferencias en los niveles de alfabetización con las variables sociodemográficas, siendo estas estadísticamente significativas.

Los hallazgos encontrados apoyan en gran parte las hipótesis contempladas lo largo de la investigación, las cuáles, se cumplieron de manera satisfactoria.

En la literatura, la escolaridad, se menciona de forma reiterada que hay diferencias en los niveles de conocimiento en Alzheimer en aquellos con un bajo nivel escolar; lo que implica que se tengan menos conocimientos de su prevención, su detección y su diagnóstico temprano. En comparación con la educación media o superior que mostró una óptima alfabetización en salud, concuerda con la literatura previa que, identificado esta asociación, las personas con mayor educación tengan más conocimientos y más herramientas para aprender sobre los cuidados en salud y en la EA; por lo tanto es recomendable continuar con campañas de educación en torno de Alzheimer en lugares con rezago educativo, y de esta manera contribuir a una mayor alfabetización en salud. Si se tiene en cuenta que la promoción en salud es un proceso mediante el cual la comunidad logra tomar el control de su situación

en salud, a partir de las herramientas y conocimientos, se logra evidenciar que la mayor educación es una herramienta fundamental para lograr este objetivo (Hernández-Sarmiento et al., 2020)

No obstante, las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares entre las causas de morbilidad y mortalidad, constituyéndose en un fenómeno cada vez más frecuente para las familias en nuestro país, las familias con una baja alfabetización en salud podrían tener un deterioro en su calidad de vida, mientras que las que tienen una óptima alfabetización tendrán una mayor probabilidad de adaptación y un mayor puntaje promedio de autocuidado de la EA y la no utilización de los servicios de urgencias. Lo que implica que las enfermedades crónicas generen incertidumbre para los pacientes, convirtiéndose esto en un problema familiar más que individual, donde cada uno de los miembros y la familia, vive una serie de cambios impredecibles a lo largo de la experiencia, generando en las actividades de la vida diaria, la adaptación a la enfermedad, así como intervenciones para asumir cambios en los estilos de vida; ahora bien, la experiencia de cuidar a una persona que vive con alteraciones crónicas suele ser gratificante para algunas familias, ya que genera consecuencias positivas, como aumento de la autoestima, orgullo, satisfacción y afectos más profundos en las relaciones familiares (Galvis-López et al., 2016). Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, la funcionalidad del sistema familiar.

Asimismo, la alfabetización en salud es importante, porque la familia es la que puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad, y actuar de forma directa, sobre

cada una de las esferas física, afectiva, económica y social. Otro hallazgo importante fue que, la salud mental es fundamental para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás y disfrutar de la vida. Al hacer uso de algún servicio de salud mental nos brinda la capacidad de mejorar mediante la promoción de hábitos activos y saludables, teniendo una mejor calidad de vida (Bonal et al., 2013).

Tener estos datos es de suma importancia para la población mexicana, ya que los beneficios de la alfabetización en salud son numerosos, alfabetizar en salud proporciona a la persona el conocimiento y la comprensión de la enfermedad y de su proceso, así las instrucciones e informaciones que el equipo sanitario proporciona a las personas son factores fundamentales en el tratamiento, en el diagnóstico de la enfermedad y en la capacidad para involucrarse en todo ello. Así, la alfabetización proporciona a los usuarios un aprendizaje a lo largo de su vida, siendo esta una herramienta imprescindible y muy necesaria aplicable a la vida diaria, y de esta manera, poder hacer la diferencia para que la enfermedad vaya en retroceso y no en aumento.

Adicionalmente, con respecto a las gráficas de creencias 3. “Pienso que la enfermedad de Alzheimer es mortal” 4. “Pienso que hay algún medicamento efectivo para tratar la enfermedad de Alzheimer” 5. “Pienso que la enfermedad de Alzheimer tiene cura” 9. “Pienso que la demencia y el Alzheimer son lo mismo” 13. “Pienso que el Alzheimer es hereditario” 17. “Pienso que la pérdida de la memoria es un síntoma de la enfermedad de Alzheimer” y 20. “Pienso que, en la actualidad, existe una forma comprobada de prevenir la enfermedad de Alzheimer”, eran creencias poco reportadas por la literatura, esto implicaría la falta de alfabetización que se tiene sobre la enfermedad de Alzheimer. Además,

las personas con alfabetización deficiente en salud mueren más tempranamente, debido a la poca información que tienen (Domínguez Márquez, 2018).

Finalmente, es importante hacer un énfasis en las estrategias de prevención, cuyo principal objetivo es erradicar la enfermedad, posponer su comienzo y comunicarse con las personas en riesgo o con la población en su conjunto a través de diversas maneras, como la comunicación visual y oral, a través de carteles, medios de comunicación (radio, televisión) y talleres, entre otras. 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. Todo esto se considera una alternativa viable para reducir el impacto creciente de las demencias en la sociedad, ya que su tratamiento y su cuidado implica un costo excesivo, por tanto, la prevención sería de mayor utilidad y en menor desgaste físico y económico (Llibre & Gutiérrez, 2014). Por otro lado, la representación de la EA se hace cada vez más visible a través de los medios de comunicación, del cine o de la literatura (Cuadrado et al., 2016).

La promoción del bienestar y el mantenimiento de una buena calidad de vida para el enfermo y los familiares resultan fundamentales. Es importante señalar que los adultos mayores con diagnóstico de demencia no sólo se enfrentan a las pérdidas relacionadas con la enfermedad, sino también a las experiencias que acompañan a la vejez, como son el deterioro, la soledad y el aislamiento social (Ribot et al., 2016). Por lo tanto, se proponen factores como la educación, el ejercicio físico con regularidad, tener una calidad de vida adecuada (tanto física

como mental) así como una dieta balanceada, esto ayudará a evitar muchos factores de riesgo clave para la enfermedad de Alzheimer.

De este modo, se deben dirigir programas preventivos en la población adulta (mayores de 55 años), por ejemplo, “Plan de atención a adultos mayores, México 2021” publicado por el gobierno de la Ciudad de México (2021), el cual, tiene talleres de educación, de empleo y programas de asistencia social, así como implementar más talleres, conferencias y programas que hablen acerca de los factores de riesgo para la demencia. La promoción de la salud es el concepto unificador de diversos campos de estudio con implicaciones en la salud, que busca facilitar la obtención de los más altos niveles de bienestar de individuos y poblaciones. Representa una de las estrategias para enfrentar los problemas de salud pública que afectan a las comunidades envejecidas, abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. Por tanto, la prevención está centrada en evitar la enfermedad y no en conservar la salud; plantea programas que reduzcan un problema en una comunidad (Gutiérrez et al., 2014)

Si bien, aun no existe una cura o tratamiento efectivo para la EA, podemos comenzar por saber cuáles son los síntomas y los factores de riesgo que esta conlleva, y de esta manera comenzar un estilo de vida saludable y diferente.

Conclusiones

Con respecto al nivel de alfabetización podemos concluir que, los factores asociados a la alfabetización en salud óptima, como mayor nivel de escolaridad, el presentar o no una

enfermedad crónica en la familia, y la utilización de los servicios de salud mental indican comparacion entre ellos. Estos factores destacan la importancia de enfrentar el problema de la baja alfabetización en salud a través de estrategias que puedan contribuir a incrementar su nivel.

Finalmente, los resultados en general señalan que existe una necesidad real e inmediata de hacer frente a la EA, interviniendo en diseñar y evaluar estrategias para mejorar la alfabetización en salud sobre la enfermedad del Alzheimer en México, y así mejorar la calidad de vida en nuestros adultos mayores y en sus familiares.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones de este estudio, se tiene el tipo de muestreo utilizado, el cual fue por conveniencia, lo que puede ocasionar un sesgo de selección y a su vez limitar la validez interna de los resultados de la investigación, por lo que se sugiere en futuros estudios representar mas ampliamente a población de bajo nivel educativo.

Sin embargo, la validación de la encuesta fue realizada por jueces, los cuales revisaron y confirmaron que abarcara todos los dominios del concepto de la alfabetización en salud y de las creencias en Alzheimer.

Y por ultimo, y como sugerencia, el posterior realizar estudios con escalas válidas y confiables que permitan identificar relaciones entre variables psicológicas, así como estudios longitudinales entre la alfabetización y la presencia de Alzheimer.

Perspectiva futura

Se espera que los resultados encontrados en este trabajo incentiven a desarrollar investigaciones que identifiquen variables predictoras de la alfabetización en salud de la

enfermedad de Alzheimer en población general mexicana, así como las repercusiones que esta variable pudiera ocasionar la vivencia del Alzheimer.

Adicionalmente, mediante la identificación de los niveles de alfabetización con los sectores de salud, se podrán detectar los puntos fuertes, como la alta alfabetización, el buen conocimiento en la toma de medicamentos y la participación en programas preventivos para la salud, y así, poder potenciarlos, y los puntos débiles, que requieran involucrar a los pacientes en su propia atención de salud para mejorar su adherencia al tratamiento médico, disminuir el uso de los servicios de emergencia y aumentar la sensación de empoderamiento en la persona.

Es momento de cambiar la forma en que organizamos nuestro sistema de salud, de enfocarnos en las personas y no solo en las enfermedades. Mejorar la educación sobre salud es una de las responsabilidades que deben asumir los profesionales de salud y las autoridades, y debe incluir un enfoque que permita reducir la inequidad en el cuidado y seguimiento de pacientes que vienen de distintos contextos culturales, sociales, económicos y lingüísticos

Referencias

- Abidi, K., Benditt, D., & Chen, L. (2015). Fibrilación auricular y su asociación con la declinación cognitiva, deterioro cognitivo y demencia en ausencia de accidente cerebrovascular clínico: Revisión de la evidencia y posibles mecanismos. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 30(3), 397, 403.
- Acosta, J., Jiménez, J., López, L., & Barbolla, M. (2006). Eficacia de la galantamina en los síntomas de demencia del tipo Alzheimer, vascular y mixta. *Salud de Tabasco*, 12(1), 423, 426.
- Aguiar, E., & Acle-Tomasini, G. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: Elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 53-64.
- Aguilar, K., Arrabal, M., & Herrera, L. (2014). Función ejecutiva en adultos mayores con patologías asociadas a la evolución del deterioro cognitivo. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 6(2), 7,14.
- Ahunca, L. (2017). Más allá del deterioro cognitivo: Síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), 51, 58.
- Albarrán, C., Franco, M., & Salinas, F. (2013). Envejecimiento de la población: Un reto para la sociedad y la universidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 59, 69.
- Albuerne, F. (2002). Perfiles del envejecimiento. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 45, 15, 20.
- Allegri, R. (2016). Latinoamérica, un camino hacia la prevención del deterioro cognitivo. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 7(2), 307, 310.

- Alvarán, L., Sánchez, D., & Restrepo, D. (2014). Frecuencia de los trastornos mentales y del comportamiento en pacientes que asistieron al Centro de Atención en Psicología CES Sabaneta (Colombia). *CES Psicología*, 7(1), 58, 68.
- Álvarez, J. (2009). Ética y tratamiento nutricional en el paciente con demencia. *Nutrición hospitalaria*, 2(2), 114, 121.
- Álvarez, J., Aguilar, J., & Mercader, I. (2012). Cognición y autonomía en personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 28(3), 946, 953.
- Álvarez, J., Salguero, D., Pérez, E., & Aguilar, J. (2013). Investigación sobre envejecimiento activo y ocupación como fuente de salud y calidad de vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 147, 153.
- Arango, J., & Fernández, S. (2003). Depresión en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(1), 41, 54.
- Ardenghi, I., Farinelli, M., Martins, R., Juliao, C., Ribeiro, P., & Saboga-Nunes, L. (2020). Educación y alfabetización en salud: Estrategias para la promoción de la salud y la calidad de vida. *Revista Familia, ciclos de vida*, 3, 1079-1085.
- Armas, J., Carrasco, M., & Angel, S. (2008). Los factores de progresión del deterioro cognitivo leve a la enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Medicas*, 7(4).
- Arroyave, P., & Ocampo, J. (2020). Inclusión digital como opción aportante al envejecimiento activo. *E-Ciencias de la Información*, 10(2), 123-136.

- Arroyo-Anlló, E., Chamorro, J., Ortiz, V., & Gil, R. (2017). Consciencia del otro en patologías neurodegenerativas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 61-69.
- Ávila, J., Ávila, T., Pesántez, M., Guaraca, A., Durazno, G., & Cobos, M. (2019). Frecuencia, factores de riesgo y hallazgos neuroimagenológicos de deterioro cognitivo leve en pacientes con hipertensión arterial. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(6).
- Babbie, E. (2000). Fundamentos de la investigación social. *International Thomson*.
- Balea, F., & Alonso, J. (2020). Biomarcadores en la demencia tipo Alzheimer: Sistema sanitario y edadismo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1).
- Ballesteros, M., & Rincón, C. (2012). Comorbilidad entre hidrocefalia de presión normal y enfermedad de Alzheimer. *Psicogente*, 15(28), 462, 485.
- Barahona, M., Villasán, A., & Sánchez, A. (2014). Controversias y utilidad clínica del deterioro cognitivo leve. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 47, 53.
- Barrera, M., & Donolo, D. (2009). Diagnostico diferencial de envejecimiento patológico. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 45,58.
- Barrio, J., Arias, M., Ruiz, M., & Vicente, F. (2007). Envejecimiento y discapacidad intelectual; la nueva etapa. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 43,56.

- Bentosela, M., & Mustaca, E. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: Aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 22(2), 211,235.
- Bernal, M., & Barbero, M. (2006). Evaluación del nivel de autonomía funcional y del deterioro cognitivo en personas mayores en residencia. *Acción Psicológica*, 4(1), 15, 23.
- Bertran-Noguer, C., & Suñer-Solar, R. (2018). *Alfabetización para la salud, más que información*. 8-10.
- Cacabelos, R. (2001). Enfermedad de Alzheimer. Presente terapéutico y retos futuros (primera parte). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(3), 215, 238.
- Calzado, Z., Ruiz, M., Espada, R., & Gordillo, M. (2013). Arte y mayores: Propuesta para un envejecimiento activo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 247, 258.
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del deterioro cognitivo leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia Psicológica*, 34(3), 183, 189.
- Cano, C. (2007). Tratamiento de las demencias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 157, 174.
- Carrillo-Sierra, S., Rivera-Porras, D., García-Echeverri, M., & Rodríguez, D. (2020). Envejecimiento e intervenciones terapéuticas desde la perspectiva psicológica a adultos mayores: Una revisión descriptiva. *Archivos de Farmacología y Terapéutica*, 39(7).
- Cartes-Velásquez, R. (2015). Alfabetismo en salud: Bases conceptuales y evidencia en odontología. *MEDISAN*, 19(4), 558, 566.

- Carvajal-Castrillón, J., Jaramillo, M., Pérez, P., & Lopera, F. (2015). Descripción genotípica y fenotípica de la enfermedad de Alzheimer tardía y familiar precoz: Revisión. *Medicina UPB*, 34(2), 148, 154.
- Cerquera, A., Meléndez, C., & Villabona, C. (2012). Identificación de los estereotipos sobre envejecimiento femenino, presentes en un grupo de mujeres jóvenes. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 77, 88.
- Coll, M., Villagrán, M., & Menacho, I. (2010). Factores psicosociales vinculados al envejecimiento óptimo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 661, 668.
- Colom, J., & Fernández, M. (2010). Envejecimiento y sociedad: Una propuesta de optimización. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 617, 624.
- Coria, B. (2010). Envejecimiento cerebral fisiológico: Aspectos cognitivos. *Medica panamericana*, 4, 3,16.
- Cuadrado, F., Rosal, M., Moriana, J., & Antolí, A. (2016). La representación de la enfermedad de Alzheimer en los álbumes ilustrados. *Ocnos: Revista de Estudios Sobre Literatura*, 15(2), 7, 20.
- Cuenca, A. (2008). Calidad de vida en la tercera edad. *Cuadernos de Bioética*, 19(2), 271, 291.
- Cuenca, M., & San Salvador, R. (2016). La importancia del ocio como base para un envejecimiento activo y satisfactorio. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(2), 79, 84.

- Custodio, N. (2017). Alteraciones del sueño, envejecimiento anormal y enfermedad de Alzheimer. *Revista Neuro-Psiquiatría*, 80(4), 223, 224.
- Custodio, N., Bendezú, L., Castro, S., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Cortijo, P., & Núñez, L. (2013). Características neuropsicológicas de pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 246, 254.
- Custodio, N., Montesinos, R., & Alarcón, J. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Neuro-Psiquiatría*, 81(4), 235-249.
- Custodio, N., Montesinos, R., Alva-Díaz, C., Mejía-Rojas, K., Becerra-Becerra, Y., & Lira, D. (2016). Nuevos términos clínicos, prevención y tratamiento del trastorno cognitivo vascular: Revisión de literatura basada en la evidencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(3), 152-166.
- Da Silva, C., & Carvalho, P. (2017a). Estado conductual y psiquiátrico en el adulto mayor con trastorno neurocognitivo leve de enfermedad de Alzheimer posible. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 373, 379.
- Da Silva, C., & Carvalho, P. (2017b). Influencia de la depresión en cambios de personalidad del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer incipiente. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 103, 109.
- Da Silva, C., Ramos, V., & Carvalho, P. (2018). Incremento de los cambios cognitivos en pacientes con enfermedad de Alzheimer inicial debido a depresión. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 12(1).

- Dávila, E., Ojeda, J., Fosado, Soto, M., & Hernández, C. (2012). Morbilidad cognitiva en el anciano y su relación con la anestesia. *MediSur, 10*(5), 405, 411.
- De León, R., Milián, F., Camacho, N., Arévalo, R., & Escarpín, M. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 47*(3), 277, 284.
- De los Reyes, C. (2013). Sobre el Día Mundial de la lucha contra el Alzheimer. *Psicología desde el Caribe, 30*(2), 7, 9.
- De los Reyes, C., Arango, J., Rodríguez, M., Perea, M., & Ladera, V. (2012). Rehabilitación Cognitiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer. *Psicología desde el Caribe, 29*(2), 421, 455.
- Del Barrio, J. (2014). Envejecimiento saludable. Aportaciones para la activación cerebral. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 7*(1), 541, 549.
- Díaz, E., & Sosa, A. (2010). Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. *MEDISAN, 14*(6), 838, 849.
- Díaz, M., Chacón, J., Martínez, M., & Peraita, H. (2012). Estabilidad de las dimensiones cognitivas de una batería de tests neuropsicológicos. *Psicothema, 24*(4), 587, 593.
- Domínguez Márquez, O. (2018). Alfabetización en salud. *Innovación educativa, 18*(77), 7-8.
- Donoso, A. (2007). Deterioro y demencias. Orientación para médicos no especialistas. *Cuadernos de Neuropsicología., 1*(2), 115, 126.
- Donoso, A., & Vázquez, C. (2002). Deterioro Cognitivo y Enfermedad de Alzheimer: Presentación de dos Casos. *Revista de Psicología, 11*(1), 9, 16.

- Escalona, B., & Ruiz, A. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo. *Psicología Iberoamericana*, 24(1), 38, 46.
- Escarbajal, A., Martínez, S., & Romero, J. (2016). El deterioro cognitivo leve en personas mayores usuarias de centros municipales de la Región de Murcia (España). *Anales de Psicología*, 32(1), 234, 240.
- Esparza, A. (2005). La demencia: Diagnóstico y evaluación. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 10(3), 6, 13.
- Estrella, A., González, A., & Moreno, C. (2008). Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Archivos de Medicina Familiar.*, 10(4), 127, 132.
- Fernández, R. (2001). Psicología y envejecimiento: Retos internacionales del siglo XXI. *Psychosocial Intervention*, 10(3), 277, 284.
- Fernández, R., Zamarrón, M., López, M., Molina, M., Diez, J., Montero, P., & Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641, 647.
- Fernández-Calvo, B., Rodríguez-Pérez, R., Contador, I., Rubio-Santorum, A., & Ramos, F. (2011). Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, 23(1), 44, 50.
- Fong, J., Collejo, Y., Poll, M., Lam, M., & Guzmán, S. (2013). Evaluación psicológica en adultos mayores con factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer. *MEDISAN*, 17(12), 9120, 9125.

- Franco, P., & Sánchez, A. (2010). Interacción de funciones cognitivas y ejecutivas en mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 635,642.
- Fuentes, P., & Mena, R. (2009). Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Rol de agentes neurotróficos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47(4), 315, 320.
- Gajardo, J., & Aravena, J. (2016). ¿Cómo aporta la terapia ocupacional en el tratamiento de las demencias? *Revista Chilena de Neuropsicología*, 54(3), 239, 249.
- Galvis-López, C., Aponte-Garzón, L., & Pinzón-Rocha, M. (2016). Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Colombia. *Aquichan*, 16(1), 104-115.
- García, J. (2016). Diagnostico situacional del envejecimiento en México desde los derechos humanos y la política pública. *Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 4(10), 243, 262.
- García-Alberca, J. (2015). La terapia de intervención cognitiva como tratamiento d ellos trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer: Evidencia sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas. *Neurología*, 30(1).
- García-Viedma, M., Fernández-Guinea, S., Martos, R., & Ortega-Martínez, A. (2015). Una tarea de generación aleatoria con mínimas demandas de memoria para la enfermedad de Alzheimer leve. *Acción Psicológica*, 12(1), 47, 56.
- Gómez, C., Borda, M., Pérez, M., Tella-Vega, P., & Cano-Gutiérrez, C. (2019). Asociación entre uso de inhibidores de bomba de protones y deterioro cognitivo en adultos mayores. *Universitas Medica*, 60(1).

- Gómez, C., & Pérez, M. (2019). Demencia frontotemporal: Programa de intervención psicológica en afasia progresiva primaria fluente. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1).
- Gonzales, C., Deza, F., León, F., & Poma, J. (2014). Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo: Experiencia en un centro de adultos mayores de Lambayeque. *Anales de la Facultad de Medicina*, 75(4), 327, 330.
- González, C., & Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: Una tipología del envejecimiento en México. *Salud Publica de México*, 49(4), 448,458.
- González, F., Franco, M., Jiménez, F., Bernate, M., Parra, E., Toribio, J., Solis, A., Losada, R., & Cid, T. (2012). Programas psicosociales de intervención cognitiva en población con signos de deterioro cognitivo leve (DCL): Revisión de efectos y eficacia. *Cuadernos de Neuropsicología.*, 6(1), 84, 102.
- González, J., & De la Fuente, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: Un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 7(1), 121,129.
- González, M., & García, M. (2013). La accesibilidad como la necesidad mas percibida por las personas con parálisis cerebral en el proceso de envejecimiento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 311, 318.
- González, M., Sánchez, A., & Fernández, L. (2015). Topics en la investigación del envejecimiento: Un ejemplo de análisis de caso. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 123, 136.

- Gracia, A., Santabárbara, J., López, R., Tomas, C., & Marcos, G. (2016). Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores de 55 años: Una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 90, 1, 15.
- Guerra, M., Llibre, J., & García, L. (2011). Síntomas psicológicos y conductuales en adultos mayores con diagnóstico de demencia. *Panorama Cuba y Salud*, 6(2-3), 20, 25.
- Gutiérrez, I., Del Barrio, J., Sánchez, A., Castro, F., Sánchez, A., González, J., Jiménez, A., Fajardo, I., & Palmero, C. (2014). Propuesta de programa de promoción de la salud en cuidadores informales de enfermos de Alzheimer y prevención del síndrome del cuidador “evitando que el cuidador se convierta en paciente”. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 2003, 2009.
- Gutiérrez, L., García, M., Roa, P., & Martínez, A. (2017). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud. *CONACYT*.
- Ham, R. (1996). El envejecimiento: Una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México*, 38(6), 409, 418.
- Hernández, E. (2015). *Evaluación de la actividad antioxidante de fenoles en la aparición de un proceso de neurodegeneración progresiva en un modelo murino de enfermedad de Alzheimer*.
- Hernández-Sarmiento, J., Jaramillo-Jaramillo, L., Villegas-Alzate, J., Álvarez-Hernández, L., Roldan-Tabares, M., Ruiz-Mejía, C., Calle-Estrada, M., Ospina-Jiménez, M., & Martínez-Sánchez, L. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Archivos de Medicina*, 20(2).

- Horcajuelo, C., Criado, J., Correa, S., & Romo, C. (2014). Análisis de tareas de fluidez verbal semántica en personas diagnosticadas de la enfermedad de Alzheimer y adultos sanos. *Revista de investigación en Logopedia*, 4(2), 112, 131.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Diagnostico y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer: Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía practica y Clínica*.
- Jiménez, P. (2020). *Alteraciones visuales en la Enfermedad de Alzheimer*.
- Jiménez, R., Poot, A., Sarro, A., & Murillo, E. (2016). ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer? *Revista Ciencia*, 22-27.
- Laberiano-Fernández, C., & Galán-Rodas, E. (2012). Alfabetización en salud: Oportunidad para mejorar la salud de la población. *Carta al editor*.
- Lanyau, Y., & Macías, C. (2005). Deficiencia de vitaminas y enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Salud Publica*, 31(4), 319, 326.
- Llibre, J., & Gutiérrez, R. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana de Salud Publica*, 40(3).
- Londoño, L., Fuentes, L., & Villalba, F. (2015). Capacidad predictiva de una batería de pruebas neuropsicológica en el diagnostico temprano del deterioro cognitivo leve (DCL) en un grupo de adultos. *Encuentros*, 13(1), 25, 35.
- Lopera-Gómez, C., Jaramillo-Elorza, M., & Acosta-Baena, N. (2012). ¿Cuándo inicia la enfermedad de Alzheimer? Kaplan-Meier versus Turnbull: Una aplicación a datos con censura arbitraria. *Revista Colombiana de Estadística*, 35(2), 239, 254.
- López, I., Torres, I., Martín, A., Ortiz, A., Rodríguez, E., & Carmen, M. (2014). Deterioro cognitivo, estado nutricional y perfil clínico en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Nutrición hospitalaria*, 30(5), 1052, 1059.

- López, R. (2017). *Relación de las funciones ejecutivas y la teoría de la mente en sujetos con deterioro cognitivo leve, Enfermedad de Alzheimer y adultos mayores sanos.*
- López, R., López, J., & Gordaliza, A. (2013). El test Mongil de actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas y su utilidad en el envejecimiento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 221, 226.
- Málaga, G., Cuba-Fuentes, M., Rojas-Mezarina, L., Romero-Albino, Z., Hamb, A., & Paz-Soldán, V. (2019). *Estrategias para promover la alfabetización en salud desde la atención primaria: Una perspectiva que considera las realidades de los países de ingresos medios y bajos.*
- Maldonado, J., Fajardo, M., Castro, V., & González, S. (2016). Adulto mayor y envejecimiento activo. Caso de éxito de una iniciativa emprendedora. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 57, 62.
- Martínez, M., López, R., Padilla, D., García, M., Rodríguez, C., & Lucas, F. (2011). Sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer en estadios leve y moderado. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 269, 275.
- Martínez, M., Vega, F., Padilla, D., García, M., Rodríguez, C., & López, R. (2010). Alteración de la memoria verbal inmediata y diferida en pacientes con deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 651,659.
- Mascayano, F., Tapia, T., & Gajardo, J. (2015). Estigma hacia la demencia: Una revisión. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 53(3), 187, 195.

- Mávita-Corral, C. (2018). Alfabetización en salud de una comunidad universitaria del noreste de México en el año 2016. *Investigación en educación médica*, 7(25), 36-45.
- Meléndez, J., Manuel, J., & Navarro, E. (2008). Envejecimiento y bienestar: Avances en investigación. *Persona*, 12, 83, 103.
- Meléndez, J., Sanz, T., & Navarro, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: Método y procedimiento de clasificación. *Anales de Psicología*, 28(2), 604, 610.
- Mendoza, L., Rodríguez, E., Amarista, F., Rodríguez, F., Villazán, F., García, M., Díaz, P., De López, M., Del Moral, L., Lara, A., Rodríguez, M., Marcano, J., Díaz, F., Méndez, M., Veliz, N., Alcalá, R., Berrizbeitia, M., & Yibirín, M. (2006). Comparación de dos formulaciones de nimodipina en pacientes de edad avanzada con deterioro cognitivo, estudio multicéntrico nacional, aleatorizado, doble ciego. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 25(1), 19, 24.
- Méraz, A. (2015). *Enfermedad de Alzheimer*.
- Mesonero, A., & Fombona, J. (2011). El significado del paso de los años: Claves y retos para un envejecimiento saludable y feliz. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 5(1), 633, 643.
- Mesonero, A., & Fombona, J. (2012). Tóxicos y antídotos del envejecimiento saludable y feliz. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 411, 420.
- Monsalve, A., & Rozo, C. (2007). Aproximación conceptual al uso de la integración sensorial en personas con demencia tipo Alzheimer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 320, 331.

- Montalvo, J. (1997). La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29(3), 459, 473.
- Montero, L., González, F., & Cáceres, M. (2017). Indicadores cognitivos en pruebas de memoria verbal: Prevalencia en población con diferentes perfiles de deterioro cognitivo. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 9(1), 56, 64.
- Montes, J., Gutiérrez, L., Silva, J., García, G., & Del Rio, Y. (2012). Perfil cognoscitivo de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognoscitivo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 7(3), 121,126ç.
- Montesi, M. (2017). Alfabetización en salud: Revisión narrativa e interdisciplinar de la literatura publica en biomedicina y en biblioteconomía y documentación. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 28, 1-21.
- Morales, I., Farías, G., & Maccioni, R. (2010). La neuroinflamación como factor detonante del desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48(1), 49, 57.
- Mulet, B., Sánchez, R., Arrufat, M., Figuera, L., Labad, A., & Rosich, M. (2005). Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad del Alzheimer: Tipologías y evolución. *Psicothema*, 17(2), 250, 256.
- Muñoz, D. (2018). La estimulación cognitiva como estrategia para la atención psicogerontología a los adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Publica*, 44(3), 1-8.
- Navarro, M., Jiménez, L., García, M., Perosanz, M., & Blanco, E. (2017). Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: Intervenciones de enfermería. *GEROKOMOS*.

- Niebla, N., Rivero, R., Navarro, V., González, M., & Martínez, A. (2020). La neuroplasticidad en la enfermedad de Alzheimer: Una alternativa terapéutica a nivel molecular. *Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos*, 18(4), 675-684.
- Páez, D., & Pabón, L. (2004). El Spect en la evaluación de las demencias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(2), 117, 191.
- Parra-Bolaños, N., Fernández -Medina, J., & Martínez-Restrepo, O. (2014). Funciones neurobiológicas y neuropsicológicas afectadas en pacientes con Enfermedad de Alzheimer: Implicaciones y consecuencias en la Calidad de Vida. *Cuadernos de Neuropsicología.*, 8(2), 242, 265.
- Pavón, M., & Arias, C. (2013). La percepción de autoeficacia para envejecer desde una perspectiva de género. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 5(2), 74, 80.
- Pedraza, C. (2013). Neuropsicología del envejecimiento y las demencias. *Escritos de Psicología*, 6(3), 1,4.
- Pedraza, S. (2005). Demencia, sobrecarga y extrañamiento: Programa de asistencia familiar (PAF). *Umbral Científico*, 7, 96, 110.
- Perea, M., & Ladera, V. (1997). Rendimientos neuropsicológicos y grado de perfusión cerebral por spect en la demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, 9(3), 463, 472.
- Pérez, M., Carrasco, A., Sánchez, A., Urchaga, J., Fernández, L., & Barahona, N. (2015). Influencia del tipo demencia y tiempo de evolución en el estado del cuidador. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 103, 114.

- Pérez, M., & Hernández, R. (2016). Abordaje de la comunicación en un caso de Alzheimer de variante lingüística. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(2), 143, 151.
- Pérez, R. (2018). El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, 8*(2), 139-169.
- Pinto, B., Exeni, S., & Peñaloza, K. (2007). Factores biopsicosociales en la demencia tipo Alzheimer. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana.*, 5(2), 244, 282.
- Quevedo, T., & Del Carmen, E. (2008). El envejecimiento de la población. *Horizonte sanitario, 7*(1), 4,5.
- Ribot, V., Leyva, Y., Moncada, C., & Alfonso, R. (2016). Calidad de vida y demencia. *Archivo Medico de Camagüey, 20*(1), 76, 85.
- Rodrigues, C., Castro, V., & Cruz, E. (2014). Los cambios de personalidad en la enfermedad de Alzheimer. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 5*(1), 177, 186.
- Rodríguez, A. (2020). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en una muestra de estudiantes universitarios. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(1).
- Rodríguez, A., Valderrama, L., & Molina, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe, 25*, 246, 258.
- Rodríguez, L., Saracco, R., Escamilla, R., & Fresan, A. (2014). Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental, 37*(6), 517, 522.

- Rodríguez, N., Fernández, M., Mantallana, D., & Montañés, M. (2016). Análisis de las intrusiones semánticas en la enfermedad de Alzheimer como herramienta diagnóstica alternativa. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 8(1), 42, 49.
- Román, F., & Sánchez, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología*, 1(1), 27,43.
- Romero, J. (2007). Temas para la asistencia clínica al adulto mayor. *MediSur*, 5(2), 1,178.
- Rubio, D., Rivera, L., Borges, L., & González, F. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *VARONA*, 61, 1, 7.
- Ruiz, S. (2000). Evaluación neuropsicológica en demencias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(2), 193, 199.
- Saavedra, M. (2014). Diagnóstico, tratamiento e investigación en pacientes con demencia. Tensiones y significado. *Revista Colombiana de Bioética*, 9, 59, 137.
- Salazar, M. (2012). Neuropsicología y envejecimiento: El potencial de la memoria autobiográfica en investigación e intervención clínica. *Revista Costarricense de Psicología*, 31(1,2), 123, 146.
- Samper, J., Lliebre, J., Sánchez, C., Morales, E., Díaz, R., & Águila, A. (2012). Predictores de enfermedad de Alzheimer en pacientes con deterioro cognitivo leve. *Revista Habanera de Ciencias Medicas*, 10(2), 201, 211.
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). Metodología de la investigación. *McGraw-Hill*, 6.
- Sánchez, A., Arévalo, K., Vallecilla, M., Quijano, M., & Arabia, J. (2014). La memoria audio-verbal en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y un grupo control. *CES Psicología*, 7(1), 35, 47.

- Sánchez, A., Dumitrache, C., Calet, N., & De los Santos, M. (2016). Intervención en un paciente con Enfermedad de Alzheimer: Anomia léxica. *Revista de Investigación en Logopedia, 1*, 70, 87.
- Sánchez, García, M., Carrizalez, Y., Cháves, L., Rodríguez, U., Cárdenas, J., Giral, J., Matos, I., Tescaritt, A., Antequera, H., Molina, O., De Castro, C., Hernández, D., De Abreu, S., Ayesteran, A., Bello, M., Torres, B., Mujica, C., Granados, J., ... González, M. (2006). Efectividad y tolerabilidad de la citicolina, en el tratamiento de pacientes con deterioro cognitivo tipo demencia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 25*(2), 101, 103.
- Sánchez, Y., López, A., Calvo, M., Noriega, L., & López, J. (2009). Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años. *Revista Habanera de Ciencias Medicas, 8*(4).
- Sánchez-Beato, A., Galindo, M., Gemeno, M., Jiménez, A., Atienza, J., & López-Higes, R. (2019). Flexibilidad Cognitiva y Comprensión Gramatical en Mayores con Deterioro Cognitivo Leve de Tipo Amnésico. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 1*(50).
- Sánchez-García, S. (2018). Envejecimiento y Salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 51*(1).
- Santiuste, V. (2007). El lenguaje en la vejez eugenésica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(2), 57,66.
- Sebastián, M., & Elosúa, M. (2002). Tipo de material y olvido a corto plazo en pacientes Alzheimer y ancianos sanos. *Psicothema, 14*(2), 199, 204.

- Simon, T., Ruiz, T., & Suengas, A. (2009). Memoria y envejecimiento: Recuerdo, reconocimiento y sesgo positivo. *Psicothema*, 21(3), 409, 415.
- Sinovas, R., & Marugán, M. (2010). Esquema corporal y autoestima en la tercera edad. Elementos claves para un programa en gerontopsicomotricidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 867, 872.
- Solé, C., Clemente, C., & Bartrés, D. (2004). Marcadores genéticos relacionados con el déficit cognitivo en el envejecimiento. *Anales de Psicología*, 20(2), 187,204.
- Solovieva, Y. (2013). Rehabilitación neuropsicológica clínica: Casos de adultos y adolescentes. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 5.
- Soria-Romero, Z., & Montoya-Arce, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de Población*, 23(93).
- Tamer, N. (2008). La perspectiva de la longevidad: Un tema para re-pensar y actuar. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 91, 110.
- Téllez, J., Villena, A., Álvarez, J., Rayo, S., & López, C. (2005). Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia: ¿Cómo tratarlos? *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(1), 39, 47.
- Terrado, S., Serrano, C., Galano, Z., Betancourt, A., & Jiménez, M. (2018). Enfermedad de Alzheimer, algunos factores de riesgo modificables. *Revista Información Científica*, 97(5), 1031, 1042.
- Tirapu, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Psychosocial Intervention*, 16(2), 189, 211.

- Tuzzo, R., & Mila, J. (2008). La formación de psicomotricistas en el campo del envejecimiento y vejez. Interfases necesarias. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(2), 221, 231.
- Valverde, V. (2006). El envejecimiento de la población y la enfermedad de Alzheimer, futuros retos para la Enfermería. *Enfermería Universitaria*, 3(3), 26, 30.
- Vilchez, J., Soriana, A., Saldaña, D., Acevedo, T., Bendezú, P., Ocampo, B., & Ciudad, L. (2017). Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. *Acta Medica Peruana*, 34(4), 266, 272.
- Villa-Cedillo, S., & Saucedo-Cárdenas, O. (2017). Terapia genética con factores neurotrófico para enfermedades neurodegenerativas. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 48(3), 7-15.
- Villafuerte, J., Alonso, Y., Alcaide, Y., Leyva, I., & Arteaga, Y. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *MediSur*, 15(1), 85, 92.
- Villagodoa, J. (2007). Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 15(1), 27, 31.
- Zúñiga, T., & Casas, M. (2017). El respeto a la autonomía en el manejo de ancianos con demencia. *Revista Colombiana de Bioética*, 12(2).

Apéndices

Apéndice I

Consentimiento Informado. ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN POBLACION GENERAL MEXICANA.

Usted está invitada/o a participar voluntariamente en la investigación de "Conocimientos y creencias sobre la enfermedad de Alzheimer en población general mexicana". Es importante que antes de contestar la siguiente encuesta, lea la siguiente explicación sobre esta investigación.

Objetivo: Conocer el nivel de conocimiento y creencias sobre los factores de riesgo y protección sobre la enfermedad de Alzheimer en población general mexicana.

Anonimato: Toda la información recabada del presente estudio será anónima, en ningún momento se le pedirá colocar su nombre.

Procedimiento: Su participación consistirá en llenar una cedula de identificación y una encuesta sobre conocimientos y creencias sobre la enfermedad de Alzheimer en una sola ocasión, el llenado tendrá una duración aproximada de 10 minutos.

Beneficios: Con los resultados obtenidos de su participación se podrá conocer el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Alzheimer.

Si usted aceptar participar, debe dar click en la casilla acepto participar.

Apéndice II

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN

- 1) Edad: _____
- 2) Sexo: M () H ()
- 3) Tiene hijos: SI () NO ()
- 4) Lugar de residencia: CDMX () Edo. México () Interior de la Republica ()
- 5) Escolaridad: Ninguna () Primaria () Secundaria () Bachillerato () Licenciatura () Posgrado () Otra: _____
- 6) Ocupación: (Puede elegir más de una opción) Hogar () Estudiante () Empleado () Desempleado () Autoempleo () Profesionista () Jubilado ()
- 7) Estado civil: Soltero/a () Casado/a () Viudo/a () Divorciado/a () Separado/a () Unión libre ()
- 8) Practica alguna religión: SI () NO ()
Si contesto si, ¿Cuál? Cristiano () Católica () Budista () Judío () Otra: _____
- 9) ¿Cuenta con algún seguro médico?: SI () NO ()
Si contesto si, ¿Cuál? IMSS () ISSSTE () Privado ()
- 10) ¿Tiene alguna enfermedad?: SI () NO ()
- 11) Si contesto si, ¿Cuál? (puede marcar más de una opción): Hipertensión ()
Diabetes () Ansiedad () Cáncer () Depresión () Obesidad () Otra ()

- 12) En su familia (padres, hermano/as, hijo/as, primo/as, tío/as) ¿Hay algún caso de enfermedades con Alzheimer?: SI () NO ()
- 13) En su familia (padres, hermano/as, hijo /as, primo/as, tío/as) ¿Ha habido alguna enfermedad crónica, degenerativa o neurológica?: SI () NO ()
- 14) A lo largo de su vida ¿Ha recibido atención de algún servicio de salud mental?:
SI () NO ()
Si contesto si, ¿Cuál? Psicológica () Psiquiátrica () Otra _____

Apéndice III

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN POBLACIÓN GENERAL MEXICANA

Instrucciones:

El objetivo de la siguiente encuesta es conocer cuánto sabe o ha escuchado acerca de la enfermedad de Alzheimer, así como sus síntomas, características y las creencias que se tienen de la misma. Por favor, marque la opción de respuesta que mejor refleje su opinión.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. He escuchado hablar sobre la enfermedad de Alzheimer.					
2. Se que es la enfermedad de Alzheimer.					
3. Pienso que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad mortal.					
4. Pienso que hay algún medicamento efectivo para tratar la enfermedad de Alzheimer.					
5. Pienso que la enfermedad de Alzheimer tiene cura.					
6. Considero que es importante aumentar la concientización					

sobre la enfermedad de Alzheimer.					
7. Pienso que es importante saber acerca de la enfermedad de Alzheimer.					
8. Pienso que la enfermedad de Alzheimer es un problema de memoria.					
9. Pienso que demencia y Alzheimer son lo mismo.					
10. Pienso que, si no se ejercita la memoria constantemente, podría ser propenso a tener Alzheimer.					
11. Pienso que solo los adultos mayores sufren de Alzheimer.					
12. Pienso que el envejecimiento es un detonante para la enfermedad de Alzheimer.					
13. Pienso que el Alzheimer es hereditario.					
14. Pienso que, tener depresión, aumenta la probabilidad de presentar Alzheimer.					
15. Pienso que, el consumir tabaco, aumenta la probabilidad de presentar Alzheimer.					
16. Pienso que, si una persona sufre de enfermedades cardiovasculares, es más probable					

que sufra de Alzheimer.					
17. Pienso que, la pérdida de la memoria es un síntoma de la enfermedad de Alzheimer.					
18. Pienso que la dificultad para recordar cosas son síntomas de la enfermedad de Alzheimer.					
19. Pienso que la dificultad para concentrarse, es síntoma de la enfermedad de Alzheimer.					
20. Pienso que, en la actualidad, existe una forma comprobada de prevenir la enfermedad de Alzheimer.					
21. Pienso que, el mantener una dieta saludable, ayuda a prevenir la enfermedad de Alzheimer.					
22. Pienso que, hacer ejercicio ayuda a prevenir la enfermedad de Alzheimer.					

A continuación, te mostramos una lista sobre creencias y/o mitos que se tienen acerca del Alzheimer, por favor, marca la opción que creas correcta (cierto, falso, no se). Esta información nos ayudara a evaluar el nivel de conocimiento sobre el Alzheimer.

1. El alzhéimer es una enfermedad que solo les da a las personas mayores.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

2. La demencia y alzhéimer son lo mismo.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

3. Las mujeres padecen más de alzhéimer que los hombres.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

4. Cuando una persona tiene Alzheimer cambia su personalidad (por ejemplo, su forma de ser con los demás).

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

5. Cuando una persona tiene Alzheimer olvidan cosas importantes.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

6. El Alzheimer es una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

7. Debido a que alguien en mi familia tiene Alzheimer, yo también la voy a tener.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

8. La pérdida de la memoria significa tener Alzheimer.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

9. Mantenerse físicamente activo, ayuda a prevenir el Alzheimer.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

10. Comer alimentos saludables, ayuda a prevenir el Alzheimer.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

11. Las vitaminas pueden prevenir la enfermedad de Alzheimer.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

12. Si me diagnostican Alzheimer, esto quiere decir que mi vida se acabó.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

13. Las personas con Alzheimer se tornan violentos y agresivos.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

14. Los pacientes con Alzheimer no pueden entender qué es lo que pasa a su alrededor.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

15. Es normal perder la memoria con el Alzheimer.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

16. En el alzhéimer la pérdida de memoria avanza rápidamente.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

17. Se puede diagnosticar el Alzheimer con exámenes de laboratorio.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

18. Existe un fármaco que modifique el curso de la enfermedad.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

19. El Alzheimer es un juego de azar, y no puedo hacer nada para evitarlo.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

20. La enfermedad del Alzheimer se puede prevenir.

Cierto _____ Falso _____ No sé _____

Sugerencias y comentarios:

Agradecemos tu apoyo, tu participación es de gran importancia para conocer mas acerca de lo que la población en general sabe acerca de la enfermedad de Alzheimer.

Gracias!