



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL Y
ANTROPOLOGÍA

Tesis doctoral

EPIDEMIOLOGÍA CULTURAL DE LA ENFERMEDAD
DE ALZHEIMER EN PERÚ Y ESPAÑA

María Elena Muñoz Zambrano

Dirigida por:

Dr. FRANCISCO GINER ABATI

Catedrático de Antropología de la Facultad de Psicología

Salamanca 2020



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA SOCIAL

Facultad de Psicología. Campus
Ciudad Jardín. 37005-Salamanca

D. FRANCISCO GINER ABATI, Catedrático del Departamento de Psicología Social y Antropología.

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación titulado: **“EPIDEMIOLOGÍA CULTURAL DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN PERÚ Y ESPAÑA”**, constituye el trabajo de investigación que presenta DÑA MARIA ELENA MUÑOZ ZAMBRANO para optar el grado de doctor.

El trabajo realizado bajo mi dirección, reúne los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles a una investigación científica y está en condiciones de ser sometida a la valoración del Tribunal encargado de juzgarla para optar el grado de doctor de la Universidad de Salamanca

Y para que conste, firmo el presente, en Salamanca a 3 junio de 2021.

Fdo.: Francisco Giner Abatí

Declaración de autoría

Declaro que he redactado el trabajo “Epidemiología Cultural de la Enfermedad de Alzheimer en Perú y España” en el Doctorado Salud y Desarrollo en los Trópicos de forma autónoma, con la asesoría de mi Director de Tesis, Dr. Francisco Giner Abati y la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales a las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

En Salamanca , a 3..... de junio..... de 2021.....

A todas las personas con la Enfermedad de Alzheimer, a sus
familiares y al personal profesional y de apoyo

A mi familia: mis hijos Julio y José,

A Julio, a mis padres, mis hermanos

Un agradecimiento muy especial a Fernando

A la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Mi alma mater y
donde laboro como docente

Al Instituto Nacional de Salud, donde laboro como investigadora

A la Universidad de Salamanca- España, quien me abrió las puertas para realizar este
doctorado y al cual considero mi segundo hogar

A la Fundación Carolina, por darme la oportunidad de hacer este doctorado con la beca
otorgada

A mi Director de Tesis, Dr. Francisco Giner Abati por sus enseñanzas y su apoyo
absoluto en el desarrollo de esta tesis

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primero a Dios por darme la vida, a mis padres Irene y Ángel, mis hijos Julio y José, a Julio Del Pozo quien siempre me inculcó el valor de los estudios y desde un inicio me aconsejó continuar con mis estudios de maestría, diplomados y doctorado, a mis hermanos que con su entusiasmo y alegría me apoyaron desde un inicio en la culminación de esta tesis.

Después de un periodo de trabajo arduo, hoy veo con mucho entusiasmo y satisfacción el producto de este esfuerzo realizado que involucra una reflexión sobre el contexto de lo que es la Enfermedad de Alzheimer

Todo el involucramiento del estudio como, la búsqueda de información, visitas a los diferentes centros de pacientes con Alzheimer e interacción con ellos búsqueda de información actualizada a nivel global, nacional y local en forma singular por países, reuniones con expertos epidemiólogos, antropólogos, psicólogos, psicoterapeutas, médicos neurólogos, pedagogos, estadísticos y personal de gerencia, no hacen más que enriquecer mis conocimientos y cuyo apoyo absoluto hizo posible realizar este estudio.

A las siguientes instituciones que colaboraron con el trabajo de investigación en la Capital de la comarca de la Ribera del Duero, en Castilla y León, España en la persona de su directora Gema Arranz

- ✓ Asociación de Familiares con Alzheimer de la Ribera
- ✓ Residencia Ciudad de Aranda
- ✓ Residencia Ciudad del Bienestar
- ✓ Residencia y Centro de Día Las Candelas
- ✓ Residencia San Miguel
- ✓ Residencia María de Molina
- ✓ Residencia Nuestra Señora del Carmen (Los Dolores)
- ✓ Residencia Nuestra Señora de la Piedad

Un especial agradecimiento a Mary Rivas, médico ocupacional y auditora por el apoyo de las entrevistas, al psicólogo Jorge Luis Guerra por la interpretación de los dibujos, los colegas en formación y alumnos de Tecnología Médica como Ricardo León, Gonzalo Bazalar, quienes en todo momento me brindaron su apoyo en la realización de las encuestas, así como la experta estadística Jenny Sánchez a quienes les manifiesto mi profundo agradecimiento.

Un agradecimiento muy especial a mi tutor, el Dr. Francisco Giner Abati, médico antropólogo experto en Epidemiología cultural, cuya actitud optimista, ayuda, asesoría y acompañamiento constante han sido sustanciales. Recuerdo como si fuera ayer cuando me invitó a sus clases de la maestría con sus estudiantes de primer nivel en donde me sentí muy a gusto compartiendo conocimientos y experiencias dentro del ámbito de la cultura de la población, es algo nuevo y enriquecedor para mí que deseo de todo corazón continuar con esta línea y esto se da por la motivación y entusiasmo del Dr. Abati. Sus amplios conocimientos y experiencias han sido y son una motivación y estímulo personal. Quiero agradecer también al Dr. Tomas Campoy Aranda por su ayuda y motivación en la elaboración del instrumento.

Por último, quiero agradecer a Fernando Melero, sin él, era casi imposible hacer las encuestas, me traslado a las residencias, concretamos reuniones, volvimos una y mil veces a los lugares que muchas veces se nos cerraron las puertas, insistimos tanto que conseguimos el apoyo de las diferentes instituciones mencionadas líneas arriba. Sin el apoyo de él, era muy difícil interactuar con personas que no me conocían y fue el quién me presentó a los directores y gerentes de las residencias. Mi agradecimiento, respeto y admiración por él.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	1
CERTIFICACIÓN	2
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	3
AGRADECIMIENTOS	4
PRESENTACIÓN	7
ÍNDICE DE CONTENIDOS	7
ÍNDICE DE TABLAS	12
ÍNDICE DE FIGURAS	15
ANEXOS	17
INTRODUCCIÓN	18
I. CAPÍTULO I: OBJETIVOS	23
1.1 Primer estudio tipo cuantitativo	23
1.2 Segundo estudio tipo cualitativo	24
1.3 Tercer estudio: Test de dibujo de la figura humana y dibujo libre	24
2. CAPÍTULO II: ESTADO DE LA CUESTIÓN	23
2.1 Enfermedad de Alzheimer	24
2.2 Factores de riesgo	27
2.2.1 Factores de riesgo no modificables	27
2.2.1.1 Factores genéticos determinantes	27
2.2.1.2 Factores genéticos predisponentes.....	27
2.2.1.3 APOE	28
2.2.1.4 Historia familiar	29
2.2.1.5 Edad	29
2.2.1.6 Sexo	30
2.2.2 Factores de riesgo modificables	32
2.2.2.1 Hipertensión	33
2.2.2.2 Diabetes	33
2.2.2.3 Obesidad	34
2.2.2.4 Consumo de tabaco	34
2.2.2.5 Inactividad física	35

2.2.2.6	Depresión	36
2.2.2.7	Ausencia de dieta saludable	37
2.2.2.8	Alcoholismo.....	37
2.2.2.9	Drogadicción	38
2.3	La enfermedad de Alzheimer en la experiencia vivida por las lesbianas, gays, bisexuales, trans y de género diverso (LGTB)	38
2.4	Factores preventivos	40
2.4.1	Personas bilingües o de múltiples idiomas	40
2.4.2	La religión y el Alzheimer	43
2.4.3	Buena alimentación	43
2.4.4	Dieta mediterránea	43
2.4.5	Consumo de té	43
2.4.6	Universidad para mayores	46
2.4.7	Ajedrez	46
2.4.8	Ejercicio físico	47
2.4.9	Estrógenos	48
2.4.10	Nivel de ocupación	48
2.4.11	Nivel de educación	49
2.4.12	Lectura	50
2.4.13	Estimulación cognitiva	50
2.4.14	Estado civil y relaciones sociales	51
2.4.15	Sueño	55
2.5	Panorama epidemiológico del Alzheimer	55
2.5.1	Principales estudios realizados	55
2.5.2	Estudios convencionales	55
2.5.3	Evaluación funcional y cultural	56
2.5.4	Ensayos clínicos	62
2.6	Presupuesto sanitario del Perú y España	65
2.6.1	Presupuesto peruano	65
2.6.2	Presupuesto español	65
2.7	Prevalencia mundial de la demencia	66
2.7.1	Incidencia global de la demencia	67
2.7.2	Informe mundial sobre el Alzheimer 2019.....	68
2.7.3	Costo mundial de la demencia	76
2.7.4	Evolución temporal presente y futuro	76
2.8	Demencia y envejecimiento en los países en vías de desarrollo	77
2.9	Estadísticas sobre Alzheimer en España	78
2.9.1	Defunciones sobre la causa de muerte en España. Año 2018	81
2.9.2	Principales causas de muerte por grupos de enfermedad	81
2.9.3	Enfermedades más frecuentes como causa de muerte	83

2.10	Prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en los EEUU.	85
2.10.1	Número de personas con demencia de Alzheimer por estado	87
2.10.2	Incidencia de la Enfermedad de Alzheimer	90
2.10.3	Riesgo de por vida de pacientes con Alzheimer	90
2.10.4	Diferencias entre mujeres y hombres en la prevalencia y el riesgo de Alzheimer y otras demencias	91
2.10.5	Diferencias raciales y étnicas en la prevalencia de Alzheimer y otras demencias	93
2.10.6	Mirando el futuro: Envejecimiento mayor	96
2.10.7	Mortalidad y morbilidad	97
2.10.8	Muertes por Enfermedad de Alzheimer	98
2.10.9	Muertes por enfermedad de Alzheimer por estado	98
2.11	Alzheimer en el Perú	103
2.11.1	Análisis de la situación actual	105
2.11.2	Carga de enfermedad en el Perú	106
2.11.3	Análisis por grupos de enfermedades	108
2.11.4	Población indígena	110
2.11.5	Población afroperuana	112
3.	CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO	115
3.1	Generalidades	115
3.2	Concepto de Alzheimer propuesto por diferentes autores	116
3.3	Causas de la Enfermedad de Alzheimer	118
3.4	Pato fisiología y características neuropatológicas	119
3.4.1	Escalas para medir el deterioro cognitivo	120
3.4.2	Hipótesis de la Escala del Amiloide	121
3.4.3	Progresión de la Enfermedad	122
3.5	Dimensión, alcance e impacto	122
3.5.1	Factores	123
3.6	Estrategias terapéuticas actuales	126
3.7	Inhibidores de la acetilcolinesterasa en la Enfermedad de Alzheimer	128
3.8	Terapias no farmacológicas en la Enfermedad de Alzheimer	132
3.9	Concepto de Epidemiología Cultural	134
3.10	Epidemiología y antropología médica	136
3.10.1	Consideraciones culturales	139
3.10.2	Epidemiología social	140
3.10.3	Epidemiología de la demencia	141
3.10.4	Estudios sobre la cultura de la enfermedad	141
3.10.5	La antropología médica y las alteraciones mentales. Perú	144
3.10.6	De cómo los encuentros culturales contribuyen a generar patología mental	144
3.11	Factores socioculturales	148
3.11.1	Síndromes socioculturales y salud mental. Aporte de la psiquiatría	

peruana a la antropología médica	148
3.11.2 Estigma	154
3.11.3 Tipos de estigma	155
3.11.4 Estigma en la Enfermedad de Alzheimer	160
3.11.5 Síndromes folklóricos, prevalencia de vida en cinco ciudades de la Selva- Perú	165
3.11.6 Consideraciones generales para el trabajo de investigación	169
4. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	185
4.1 Consideraciones sobre la metodología y el diseño de trabajo de campo	185
4.1.1 Relación de participantes de las residencias de la Provincia de Burgos con la que se trabajó	186
4.1.2 Relación de participantes de los Departamentos del Perú	189
4.1.3 Consideraciones éticas	189
4.2 Primer estudio empírico: Enfermedad de Alzheimer: Estudio desde la Epidemiología Cultural. Cuestionario semiestructurado	191
4.2.1 Unidad de análisis	192
4.2.2 Hipótesis general	192
4.2.3 Hipótesis específicas	192
4.2.4 Instrumento	193
4.2.5 Procedimiento.....	195
4.2.6 Escala de conocimientos	195
4.2.7 Participantes	196
4.3 Segundo estudio empírico: Entrevista a profundidad. Cuestionario no Estructurado	197
4.3.1 Unidad de análisis	199
4.3.2 Hipótesis	199
4.3.3 Instrumento	199
4.3.4 Procedimiento.....	200
4.3.5 Videollamadas por Google meet	201
4.3.6 Participantes	202
4.4 Tercer estudio empírico: Test de dibujo de la figura humana y dibujo libre...	202
4.4.1 Unidad de análisis.....	203
4.4.2 Hipótesis.....	203
4.4.3 Instrumento	203
4.4.4 Procedimiento.....	204
4.4.5 Participantes	204
5. CAPÍTULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	205
5.1 Resultados del primer estudio empírico. España.....	205
5.2 Resultados del primer estudio empírico. Perú.....	214
5.3 Análisis comparativo de España y Perú	221
5.4 Resultados del segundo estudio empírico.....	250
5.4.1 Análisis de nodos. España	250
5.4.2 Análisis de nodos. Perú	254

5.4.3	Frecuencia de códigos de primer y segundo nivel obtenidos. España.	259
5.4.4	Frecuencia de códigos de primer y segundo nivel obtenidos. Perú....	265
5.4.5	Análisis de la entrevista a profundidad usando dendograma. España.	271
5.4.6	Análisis de la entrevista a profundidad usando dendograma. Perú....	278
5.5	Resultados del test de dibujo de la figura humana y dibujo libre	285
5.5.1	Análisis de los dibujos de los participantes de España	322
6. CAPÍTULO VI: ANÁLISIS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN		323
6.1	Análisis y discusión del 1er estudio: Entrevista cuantitativa	323
6.2	Análisis y discusión del 2do estudio: Entrevista a profundidad	331
6.3	Análisis y discusión del 3er estudio: Elaboración de la figura humana y dibujo libre	332
7. CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN		334
7.1	Conclusiones del primer estudio	334
7.2	Conclusiones del segundo estudio	340
7.3	Conclusiones del tercer estudio	341
7.4	Recomendaciones	342
7.5	Propuestas de intervención	342
7.6	Reflexiones finales	343
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		345

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1: Función de los genes implicados en la Enfermedad de Alzheimer (EA)	28
TABLA N°2: Porcentaje de personas de raza negra afroamericanos y europeos Americanos con pares especificados de APOE	28
TABLA N° 3: Principales alimentos que incluyen vitaminas A, E, y C	43
TABLA N° 4: Pruebas epidemiológicas de la asociación entre la ingesta de té y el riesgo de la enfermedad de Alzheimer y el deterioro cognitivo.....	46
TABLA N° 5 Candidatos para la terapia modificadora de la enfermedad de Alzheimer en la fase 2 y 3 de los ensayos clínicos, a partir de septiembre de 2018	64
TABLA N° 6: Presupuestos sanitarios para Alzheimer en comunidades autónomas. España	66
TABLA N° 7: Defunciones según causa de muerte por capítulos de la CIE-10 y sexo. Año 2018. Valores absolutos y porcentajes. 10ª revisión (CIE-10) de la OMS....	82
TABLA N° 8: Defunciones según las causas de muerte más frecuentes. Año 2018	84
TABLA N° 9: Proyecciones del número total de estadounidenses de 65 años o más con demencia de Alzheimer por estado	88
TABLA N° 10. Número de muertes y tasa de mortalidad anual (por cada 100.000 personas) debido a la enfermedad de Alzheimer por estado, 2018	100
TABLA N° 11. Tasas anuales de muerte por Alzheimer en EE. UU. (Por cada 100.000 personas) por edad y año	101
TABLA N.º 12: Años de vida saludables perdidos por años. Perú 2004- 2016	107
TABLA N.º 13: Distribución del número y razón de los años de vida saludables según grupo de enfermedades	108
TABLA N° 14: Regiones de la Amazonia según Pueblos Indígenas y Lenguas Indígenas u Originarias	111
TABLA N° 15: Atenciones realizadas periodo 2019, según región	113
TABLA N.º 16. Atenciones realizadas periodo 2020, según región	114
TABLA N.º 17: Características farmacológicas de los inhibidores de la acetilcolinesterasa	129
TABLA N.º 18: Consideraciones sobre tratamiento de Alzheimer	129
TABLA N.º 19: Resumen con las recomendaciones de inicio de tratamiento y el grado de evidencia correspondiente al tipo de demencia.....	130

TABLA N.º 20: Grados de recomendación y niveles de evidencia	131
TABLA N.º 21: Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado- grave	131
TABLA N.º 22: Terapias cognitivas	132
TABLA N.º 23: Síndromes folklóricos, prevalencia de vida en cinco ciudades de la selva Año 2004	166
TABLA N.º 24: Razón entre la prevalencia de vida de síndromes folclóricos y daño en cinco ciudades de la selva. Año 2004	167
TABLA N.º 25: Relación entre síndromes folklóricos y trastorno de ansiedad en cinco ciudades de la selva. Año 2004	167
TABLA N.º 26: Relación entre síndromes folklóricos y episodio depresivo en cinco ciudades de la selva	168
TABLA N.º 27: Relación entre síndromes folklóricos e indicadores psicóticos en cinco ciudades de la selva	168
ESPAÑA	
TABLA N.º 28: Edad media de la población	205
TABLA N.º 29: Resumen datos generales de los pacientes con Alzheimer	207
TABLA N.º 30: Datos sociofamiliares	208
TABLA N.º 31: Hábitos y estilos de vida	210
TABLA N.º 32: Descripción de comorbilidad	211
TABLA N.º 33: Creencia sobre la enfermedad	213
TABLA N.º 34: Causas del Alzheimer	213
PERÚ	
TABLA N.º 35: Datos generales	216
TABLA N.º 36: Datos sociofamiliares	217
TABLA N.º 37: Hábitos y estilos de vida	218
TABLA N.º 38: Comorbilidades	219
TABLA N.º 39: Creencias sobre la enfermedad y percepción sobre causas del Alzheimer	220
CUADROS COMPARATIVOS	
TABLA N.º 40: Edad media de la población	222
TABLA N.º 41: Edad categorizada y porcentajes. España	222
TABLA N.º 42: Resumen, datos generales de los pacientes con Alzheimer (1)	224
TABLA N.º 43: Resumen, datos generales de los pacientes con Alzheimer (2)	227
TABLA N.º 44: Resumen datos sociofamiliares	228

TABLA N.º 45: Hábitos y estilos de vida	229
TABLA N.º 46: Consumo de alimentos	232
TABLA N.º 47: Comorbilidades	234
TABLA N.º 48: Creencia sobre la enfermedad	236
TABLA N.º 49: Tabla resumen sobre las causas de Alzheimer (más de una respuesta) ...	237
TABLA N.º 50: Análisis bivariado: país de procedencia	240
TABLA N.º 51: Prueba de muestras independientes	241
TABLA N.º 52: Asociación impacto de género	244
TABLA N.º 53: Prueba de muestras independientes	245
TABLA N.º 54: Variable asociación de grado académico	246
TABLA N.º 55: Prueba de homogeneidad de varianzas	247
TABLA N.º 56: ANOVA de la edad de año académico	247
TABLA N.º 57: Comparaciones múltiples	248
TABLA N.º 58: Variable adicciones	249
TABLA N.º 59: Palabras más frecuentes por porcentaje ponderado. España	257
TABLA N.º 60: Palabras más frecuentes por porcentaje ponderado. Perú	258
ESPAÑA	
TABLA N.º 61: Códigos de primer y segundo nivel. Aparición de la enfermedad	260
TABLA N.º 62: Códigos de primer y segundo nivel. Discriminación	260
TABLA N.º 63: Códigos de primer y segundo nivel. Miedos	261
TABLA N.º 64: Códigos de primer y segundo nivel. Reacción familiar	262
TABLA N.º 65: Códigos de primer y segundo nivel. Su vida	263
TABLA N.º 66: Códigos de primer y segundo nivel. Reacción a la enfermedad	264
PERÚ	
TABLA N.º 67: Códigos de primer y segundo nivel. Aparición de la enfermedad	266
TABLA N.º 68: Códigos de primer y segundo nivel. Discriminación	266
TABLA N.º 69: Códigos de primer y segundo nivel. Miedos	267
TABLA N.º 70: Códigos de primer y segundo nivel. Reacción familiar	268
TABLA N.º 71: Códigos de primer y segundo nivel. Su vida	269
TABLA N.º 72: Códigos de primer y segundo nivel. Reacción a la enfermedad	270
TABLA N.º 73: Resumen de los diferentes nodos cercanos y alejados de España y Perú...284	

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N°1: Alois Alzheimer	25
FIGURA N° 2: Auguste D.....	25
FIGURA N° 3: Atención médica	53
FIGURA N° 4: Vida social y relaciones familiares	54
FIGURA N° 5: Cálculo de la incidencia a nivel de la demencia según edad.....	68
FIGURA N° 6: Riesgo atribuído de vida por demencia tipo Alzheimer por sexo a las edades de 45- 65 años- 2019.....	77
FIGURA N.º 7: Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Año 2018	80
FIGURA N.º 8: Defunciones según causa de muerte por capítulos de la CIE-10 y sexo. Año 2018. Tasas brutas por 100.000 habitantes	83
FIGURA Nª 9: Número y edades de personas de 65 años o más con demencia tipo Alzheimer, 2020	85
FIGURA N° 10: Aumentos proyectados entre 2020 y 2025 en la prevalencia del Alzheimer por estado	89
FIGURA N° 11: Número proyectado de personas de 65 años o más (total y por edad) en la población de EE. UU con demencia de Alzheimer, 2010 a 2050.....	97
FIGURA N° 12: Tasa anual de mortalidad por Alzheimer en los Estados Unidos (por cada 100.000 personas por año)	101
FIGURA N° 13: Población adulta mayor por Departamento y sexo. Perú.....	105
FIGURA N° 14. Número de AVISA según grupos de enfermedades y componentes AVP/AVD. Perú 2016	109
FIGURA N° 15. Razón de AVISA según categoría de enfermedades y componentes AVP/AVD. Perú 2016	110
FIGURA N.º 16: Mecanismos implicados en la patogénesis del Alzheimer	120
FIGURA N.º 17: Progresión de la enfermedad	122
FIGURA N.º 18: Algunas fuentes referenciales en el perfil epidemiológico sociocultural del Alzheimer	143
FIGURA N.º 19: Estereotipos, prejuicios y discriminación en el estigma público	156
FIGURA N.º 20: Estereotipos, prejuicios y discriminación en el auto estigma	157
FIGURA N° 21: Proceso de formación del auto estigma relacionado con problemas de la salud	158

FIGURA N° 22: Consecuencias del estigma en la EA	161
FIGURA N.º 23: Estereotipos comunes de la demencia	163
FIGURA N° 24: Frecuencia de pacientes con Alzheimer según sexo. España	221
FIGURA N° 25: Frecuencia de pacientes con Alzheimer según sexo. Perú	221
FIGURA N.º 26: Edad categorizada. España y Perú	223
FIGURA N.º 27: Actividad física. España	230
FIGURA N.º 28: Actividad física. Perú	231
FIGURA N.º 29: Problemas de sueño	233
FIGURA N.º 30: Comorbilidad. España	235
FIGURA N.º 31: Comorbilidad. Perú	235
FIGURA N.º 32: Distribución geográfica de los pacientes entrevistados en España	238
FIGURA N.º 33: Distribución geográfica de los pacientes entrevistados en Perú	239
FIGURA N° 34: Asociación entre el país y el grado académico	240
FIGURA N° 35: Asociación entre el país y la ayuda social	241
FIGURA N° 36: Asociación entre el país y presencia de comorbilidad	242
FIGURA N° 37: Asociación entre el país y problemas para dormir	242
FIGURA N° 38: Asociación entre el país y tener familiares con Alzheimer en ambos países.	243
FIGURA N° 39: Asociación entre el país y la creencia de tener hijos con Alzheimer en ambos países	243
FIGURA N°40: Asociación entre género y grado académico	245
FIGURA N°41: Asociación entre grado académico y problemas para dormir	246
FIGURA N°42: Asociación entre género y adicciones en el paciente	249
FIGURA N°43: Frecuencia de palabras más usadas. España	253
FIGURA N°44: Frecuencia de palabras más usadas. Perú.....	256
FIGURA N°45: Diferencia de frecuencia de palabras empleadas por participantes españoles y peruanos	256

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado: Epidemiología Cultural de pacientes con deterioro cognitivo tipo Alzheimer en Perú y España. año 2020	400
ANEXO 2: Cuestionario semiestructurado: epidemiología cultural en pacientes con deterioro cognitivo tipo Alzheimer	402
ANEXO 3: Cuestionario abierto (entrevista a profundidad)	404
ANEXO 4: Validación del instrumento	405
ANEXO 5: Tabla de abreviaturas	410
ANEXO 6: Residencias visitadas	412
ANEXO 7: Mapa de las residencias (casas de reposo) de los pacientes entrevistados	417
ANEXO 8: Lugar de nacimiento de los participantes del estudio por provincias y comunidad autónoma. España	418
ANEXO 9: Comunidades autónomas y provincias de los pacientes entrevistados en España	419
ANEXO 10: Mapa según comunidades autónomas y provincias de España de participantes en el estudio	420
ANEXO 11: Procedencia de pacientes según comunidades autónomas	420
ANEXO 12: Participantes según lugar de nacimiento. España	421
ANEXO 13: Participantes según lugar de nacimiento. Perú	422
ANEXO 14: Marco normativo España- contexto político	423
ANEXO 15: Iniciativa europea acerca de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Resolución del parlamento europeo, de 19 de enero de 2011	427
ANEXO 16: Marco normativo Perú. Reglamento de la ley N° 30795, ley para la prevención y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias	438
ANEXO 17: Ejemplos de encuestados que recibieron un trato injusto en la atención médica por demencia, categorizados por tema	444
ANEXO 18: Ejemplos de encuestados que recibieron un trato injusto en la atención médica por demencia, clasificados por tema	445
ANEXO 19: Ejemplos de encuestados que recibieron un trato injusto en la atención médica por demencia, clasificados por injusto tratamiento	446
ANEXO 20: Entrevistas	449

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población mundial, es un proceso complejo, sin precedentes en la historia de la humanidad y una fuente de incertidumbre para la provisión de asistencia sanitaria y social desde la perspectiva de la salud pública y la epidemiología.

El aumento de la longevidad y la supervivencia, tienen como consecuencia, un incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas y una compresión de la morbilidad en edades avanzadas. Actualmente tenemos más personas longevas, cuya supervivencia está en aumento, pero con enfermedades crónico degenerativas, lo cual es discordante entre la cantidad de establecimientos de salud, personal sanitario y pacientes con enfermedades, esto ocurre generalmente en países en desarrollo. (Garre Olmo, 2018), lo cual se acrecienta más cuando hay presencia de brotes como las enfermedades emergentes y reemergentes.

La demencia, es un síndrome clínico frecuente a partir de los 65 años, caracterizado por un deterioro grave y persistente de las funciones mentales, que provoca una limitación cognitiva de la capacidad del individuo, para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana. La pérdida de memoria, es un ejemplo. El Alzheimer es el tipo más común de demencia.

De acuerdo con el actual estado de la cuestión sobre los factores de riesgo y protección, hay diversos factores de riesgo potencialmente modificables, sobre los cuales se han empezado a diseñar estudios, para determinar la eficacia que pueden tener distintas estrategias de prevención primaria y secundaria (Crous-Bou et al., 2017)

Los países en desarrollo, tendrán un aumento del número absoluto de personas mayores, por el aumento de las medidas de prevención, incremento de equipos e infraestructura para tratar enfermedades crónico- degenerativas, etc., por lo tanto, el envejecimiento de la población mundial aumentará del 59% al 71%. Por ello, se anticipa que este trastorno demencial, plantea enormes desafíos para la salud pública y los sistemas de atención a personas mayores en todos los países del mundo.

Las prácticas culturales, los valores y las creencias se reconocen como un factor significativo para la innovación en neurociencia a la práctica clínica diaria. Dada la creciente atención a la diversidad cultural de la sociedad de las diferentes poblaciones y a la inversión en las ciencias biomédicas, es importante estudiar estos componentes culturales como descubrimientos potenciales en enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer, los cuales se perciben y utilizan en todas las culturas. Las preguntas clave sobre la cultura, interactúan con cuestiones relacionadas con la aceptación del deterioro cognitivo, relacionado con la enfermedad y los cambios de personalidad, las posibilidades de predecir enfermedades y los métodos de intervención. Por ello, consideramos como una prioridad, poner de relieve, las complejidades de las consideraciones culturales en la investigación y la importancia de la neurociencia cultural como un campo de estudio emergente.

Debemos considerar, no sólo los factores relacionados al aspecto cultural, que se constituyen como barreras, en las distintas formaciones del personal de salud y de los pacientes; en cuyo caso, las barreras de comunicación, tienden a ser grandes y más si se tiene un deterioro cognitivo, sino también cómo se originó esto. Estas dificultades de diálogo intercultural, se traducen en insatisfacción, tanto de la población como del personal de salud, que a la vez se traduce en opiniones y actitudes de rechazo hacia las instituciones de salud por los servicios que ofrecen, constituyendo una limitante en la relación no solo del médico- paciente, sino también del personal sanitario- pacientes. Otros elementos a considerar, es el poco o limitado conocimiento del contexto cultural de una población, la subestimación de sus prácticas y costumbres. Esto lo podemos ver, en la dificultad en aceptar al usuario (a)/ migrante tal como es, con sus costumbres e idioma, su forma de vestir, de hablar, lo cual dificulta y separa la interacción y comprensión con el personal de salud, limitando la importancia del “entendimiento del origen de las enfermedades” desde un enfoque cultural, como la pérdida del *ajayu* (alma) o el ritual de la placenta (entierro de la placenta) en la cultura Aymara.

En ese contexto y dada la implicancia de los factores de riesgo del desarrollo del Alzheimer y la cultura del paciente, es que realizamos este trabajo desde un enfoque de la Epidemiología cultural.

Incluimos en el estudio, no solo factores de riesgo de la enfermedad sino también, factores protectores para de alguna manera según nuestra hipótesis, retardar el inicio de la enfermedad o la misma evite desarrollarse.

En el presente estudio, hemos querido obtener las diferencias y similitudes del comportamiento de esta patología en los pacientes procedentes de dos continentes totalmente diferentes, Perú y España y que solo tenemos como factor común el idioma, desde un enfoque antropológico médico y en el contexto de la epidemiología cultural.

El objetivo principal de este trabajo fue investigar, conocer y describir, cómo los aspectos culturales de ambos países, influyen en las tendencias epidemiológicas del desarrollo del Alzheimer, lo cual nos permite ver las similitudes y diferencias del comportamiento de pacientes en ambos países.

El desarrollo del presente trabajo, lo hemos dividido de la siguiente manera:

El primer capítulo y en aras de conocer el comportamiento de la epidemiología cultural del Alzheimer a nivel mundial, se ha incluido, los principales estudios realizados a nivel general, como los estudios convencionales.

En el segundo capítulo, se han enfocado conceptos teóricos sobre el Alzheimer desde el punto de vista de la epidemiología cultural, incluyendo temas sobre la epidemiología social, la cultura de la enfermedad y, por último, una vista panorámica de los ensayos clínicos.

Parte del capítulo, también se abordó los presupuestos sanitarios de Perú y España con respecto a la demencia, así como la incidencia global de la enfermedad, estadísticas, reporte mundial, costo, evolución temporal y el riesgo atribuido por demencia, así como demencia y envejecimiento en países en desarrollo, estadísticas, defunciones, prevalencia y proyecciones del Alzheimer en EEUU, así como trastornos de mortalidad por Alzheimer.

Por último, datos sobre Alzheimer en Perú y España, población adulta mayor por comunidades autónomas, departamentos en caso del Perú y análisis de la situación actual.

Se abordó además el tema específico del Alzheimer, los conceptos dados por diferentes autores, causas de la enfermedad, se describió la patofisiología, hipótesis sobre la cascada del amiloide, Alzheimer como prioridad social y sanitaria, factores de riesgo modificables, no modificables, así como factores preventivos y estrategias terapéuticas.

En el tercer y último capítulo, se ha descrito los resultados de ambos países, las diferencias y similitudes.

La parte empírica del estudio se desarrolló en tres contextos o capítulos diferentes, con un diseño metodológico mixto, que incluye la observación, recopilación de información, análisis, evaluación e interpretación de datos tanto cualitativos como cuantitativos para responder a las preguntas de la investigación.

Para el trabajo de campo, se incluyó tres estudios: Un estudio cuantitativo con una encuesta semiestructurada, una investigación cualitativa con un cuestionario no estructurado y un tercer estudio basado en representaciones gráficas y su interpretación. Este último estudio sólo se realizó en España.

El primer estudio cuantitativo, consta de un instrumento con 23 preguntas: 17 cerradas y 6 abiertas. Incluye datos generales, dimensión socio familiar, hábitos, estilos de vida y creencias sobre la enfermedad. El cuestionario es el mismo para ambos países y se ha validado cada pregunta con un juicio de expertos.

El segundo estudio, es una investigación cualitativa que consta de seis preguntas que en su totalidad suman 18 ya que cada pregunta es la misma, pero en tiempo pasado, presente y futuro, la misma que se realizó para profundizar aspectos de su vida y conocer la percepción de cada paciente frente a la enfermedad.

El tercer estudio, se basa en la elaboración de dos dibujos: Uno correspondiente a una figura humana y otro, dibujo libre. Con ellos hemos podido interpretar cada uno de los dibujos

desde el punto de vista psicológico. Hemos visto en algunos dibujos la evidencia de la demencia semántica, caracterizada por la pérdida de los conceptos como principal indicador.

La importancia del dibujo está en el hecho que, para llevarlo a cabo, es necesario tener una buena organización visual y espacial, una buena planificación y una habilidad motora bien coordinada. Esto se dificulta cuando una persona sufre deterioro cognitivo.

Otra de las características que nos permite observar, es la forma como coge el bolígrafo, la velocidad con la que dibuja o escribe, o la presión que ejerce sobre el papel. (Faundez-Zanuy et al., 2014).

Con el presente estudio de epidemiología cultural en pacientes con deterioro cognitivo tipo Alzheimer, esperamos fortalecer medidas preventivas, el diagnóstico de la enfermedad, complementar el tratamiento de una manera natural, comprendiendo su modo de vida, respetando sus creencias y fortaleciendo sus capacidades dentro de las limitaciones que la enfermedad conlleva, potenciando sus habilidades cognitivas en el marco de la inclusión de la epidemiología cultural como parte del equipo de salud responsable de la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

En consecuencia y dada la importancia de incluir otros estudios que involucren la cultura del paciente, sus creencias, su modo de vida desde el pasado, presente y futuro, realizamos esta investigación, a fin de describir los determinantes de la enfermedad de Alzheimer y la correlación con las variables del estudio.

Con esto, esperamos integrar las bases y la aplicabilidad de la epidemiología cultural en los diferentes niveles de atención y mejorar de manera directa e indirecta la calidad de vida del paciente.

Nuestros resultados nos permiten sugerir, la necesidad de incrementar las investigaciones de las diferentes enfermedades crónico-degenerativas que incluya los aspectos epidemiológico-

culturales. Estos datos complementan de una manera significativa e importante el diagnóstico clínico y refuerzan el diagnóstico presuntivo.

1. CAPÍTULO I: OBJETIVOS

1.1 OBJETIVOS: PRIMER ESTUDIO TIPO CUANTITATIVO

- ✓ Describir las experiencias vividas en torno a su entorno y la sociedad.
- ✓ Analizar semejanzas y diferencias en función de factores socioculturales de los casos de Alzheimer en Perú y España.
- ✓ Analizar y evaluar, el posible impacto de los elementos psicosociales en torno a la patología del Alzheimer.
- ✓ Analizar, el posible impacto del nivel educativo
- ✓ Identificar y analizar los posibles factores de riesgo que inciden en la aparición de la enfermedad.
- ✓ Analizar, la influencia de los factores socio-demográficos, entre ellos el género, edad y número de hijos.
- ✓ Analizar, la edad de los participantes y las condiciones de vida en ambos grupos poblacionales.

1.2 OBJETIVOS: SEGUNDO ESTUDIO TIPO CUALITATIVO

- ✓ Describir las conductas, creencias y actitudes desde el punto de vista de la epidemiología cultural.
- ✓ Describir las experiencias vividas en torno a la sociedad, en relación a las causales de su enfermedad y discriminación vivida.
- ✓ Analizar los miedos y su implicancia en el transcurso de su vida.
- ✓ Explorar las experiencias vividas en torno a su pasado, presente y lo que espera del futuro.

1.3 OBJETIVOS: TERCER ESTUDIO. TEST DE DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA. ESPAÑA

- ✓ Describir la desestructuración a través de los dibujos realizados por los participantes.
- ✓ Analizar los dibujos de la figura humana y el dibujo libre realizado y corroborarlo con la Enfermedad de Alzheimer
- ✓ Correlacionar los resultados encontrados en el estudio cuantitativo, cualitativo y el dibujo libre.

2. CAPÍTULO II: ESTADO DE LA CUESTIÓN

2.1 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Alois Alzheimer describió por primera vez la enfermedad neurodegenerativa que llevaría su nombre hace más de 100 años (Alzheimer A. 1907). El 25 de noviembre de 1901 una mujer de 51 años, Auguste D., fue ingresada por su marido en un hospital psiquiátrico de Frankfurt (Alemania); el cual, había sido testigo de sus cambios de personalidad y lapsus durante los últimos meses. El Dr. Alzheimer la interrogó y exploró en varias ocasiones y anotó los resultados de dichas exploraciones en su historia clínica: *“Sus reacciones demostraron que estaba completamente indefensa. Tenía una gran desorientación espaciotemporal. De cuando en cuando afirmaba que no entendía nada, que se sentía confundida y totalmente perdida. En ocasiones interpretaba la llegada del doctor como una visita oficial y pedía disculpas por no haber terminado su trabajo, pero en otras ocasiones se ponía a gritar, tenía miedo de que el médico quisiera operar o dañar su honra femenina. De vez en cuando deliraba por completo, arrastraba sus sábanas y mantas de un lugar a otro, llamando a su esposo y a su hija, manifestando alucinaciones auditivas. A menudo pasaba horas y horas gritando con una voz escalofriante”* (Shenk, 2006).

Esta mujer no tenía antecedentes personales ni familiares de enfermedades mentales. Empezó teniendo explosiones inexplicables de ira y posteriormente fallos de memoria. Poco a poco fue siendo incapaz de localizar objetos dentro de su hogar y empezó a cometer fallos en la cocina. Para cuando llegó al hospital de Frankfurt para enfermos mentales y epilépticos, su estado era tan grave como interesante, según Alzheimer.



Figura 1. Alois Alzheimer.



Figura 2. Auguste D.

El Dr. Alzheimer, un neuropatólogo y médico de 37 años, nacido en la pequeña ciudad bávara de Marktbreit-am-Main, observó una sorprendente combinación de síntomas: desorientación, incapacidad para la comprensión y la expresión del lenguaje (disfasia), paranoia, alucinaciones y una memoria a medio plazo deteriorada. Resulta muy descriptivo el siguiente hecho: cuando el Dr. le dijo su nombre completo, Señora Auguste D... y le pidió que lo escribiera, la paciente no logró escribir más que “señora” antes de necesitar que el médico le repitiera el resto de su nombre. Él se lo volvió a repetir. Ella escribió “Augu” y paró. Cuando el Dr. Alzheimer insistió una tercera vez, consiguió escribir su nombre propio y la inicial “D” antes de darse por vencida y decirle al médico “me he perdido”.

Su estado no mejoró. No hubo nada que este hospital, ni cualquier otro, pudiera hacer por la señora D., excepto garantizar su seguridad e intentar que estuviese lo más limpia y cómoda posible durante el resto de sus días, es decir, velar por su calidad de vida. En noviembre de 1904, tres años y medio después de que se le manifestara la enfermedad, Auguste D. estaba postrada en la cama, padecía incontinencia y casi no podía moverse. De vez en cuando, se distraía moviendo las sábanas de la cama. Notas tomadas en octubre de 1905, indican que se había colocado en posición fetal, que murmuraba cosas, pero era incapaz de hablar y necesitaba ser alimentada. Los síntomas de Auguste D., no encajaban en ninguna de las etiquetas psiquiátricas convencionales. Sin embargo, la situación de Auguste D. sí que recordaba claramente

a un mal muy habitual entre los ancianos: un profundo deterioro de la memoria y de la mente que, durante años, ha sido aceptado por médicos como una consecuencia normal del envejecimiento. Conocido como “morosis” en griego, “oblivio” y “demencia” en latín, “dotage” en inglés medieval, “démence” en francés y “fatvity” en inglés del siglo XVIII, este mal fue denominado definitivamente como demencia senil en 1838 por el psiquiatra francés Jean Étienne Esquirol (Shenk, 2006). La palabra demencia, del latín *dementia*, alude a “falta de razón”, y se ha utilizado a menudo como sinónimo de “loco” en el lenguaje no médico (Barcia Salorio, 2001). Fue a partir de la conceptualización de Esquirol cuando empezó a emplearse el término demencia dentro del contexto médico, que lo empleó para describir los estados de pérdida de razonamiento (Martínez –Lage Álvarez et al., 2001). Actualmente la demencia deja de considerarse una enfermedad y pasa a entenderse como un síndrome, consecuencia de diversas enfermedades (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Pick, etc.), que afectan al cerebro de manera diferente y producen una situación final de deterioro cognitivo grave.

La enfermedad de Alzheimer (EA), también llamada Demencia senil de tipo Alzheimer o mal de Alzheimer, es la forma (o la causa) de demencia más común, una afección cerebral degenerativa y progresiva que afecta a la memoria, el pensamiento y la conducta. Aunque al principio, existía la creencia de que la EA estaba vinculada al envejecimiento y que existía una relación entre envejecimiento y EA, al día de hoy se considera que la enfermedad es algo distinto del envejecimiento normal y que está relacionada con factores específicos de riesgo genéticos y ambientales (Martínez Lage et al., 2001a). Las manifestaciones biológicas del envejecimiento, son diferentes de las que originan las enfermedades crónicas frecuentes en los ancianos, y del mismo modo, la EA no es una consecuencia del envejecimiento normal, sino de un proceso patológico.

2..2 FACTORES DE RIESGO

2.2.1 FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Existen factores no modificables, importantes para determinar la población de riesgo que pueda desarrollar una demencia (Hughes & Ganguli, 2010). Se incluyen los factores genéticos, la edad, el sexo y la historia familiar. Los factores genéticos son heterogéneos, debido a los diferentes marcadores genéticos (Barranco-Quintana, et al, 2005):

2.2.1.1 FACTORES GENÉTICOS DETERMINANTES:

Mutaciones de ciertos genes cuya expresión determina la aparición de demencias como la Enfermedad de Alzheimer. Es autosómica dominante, y responsable de la forma hereditaria. Su inicio suele darse de manera precoz, entre los 35 y los 55 años. Afecta a algunas familias, aunque son muy infrecuentes.

2.2.1.2 FACTORES GENÉTICOS PREDISPONENTES:

Su presencia, aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer. Se tiene la presencia del alelo $\epsilon 4$, que codifica el genotipo APOE, ubicado en el cromosoma 19. Dicho alelo, está altamente relacionado con un mayor riesgo de padecer demencia tipo Alzheimer en un futuro. Se ha evidenciado que las personas portadoras, presentan una menor respuesta favorable al tratamiento tras haber sufrido traumatismos craneoencefálicos.

EA	POSIBLE FUNCIÓN	GEN
EA DE INICIO PRECOZ	Producción y degradación de β -amiloide	APP, PSEN1, PSEN2
EA DE INICIO TARDÍO	Respuesta Inmune	TREM2, CLU, CR1, ABCA7, CD33, EPHA1, MS4A gene cluster, DRB5/HLA-DRB, INPP5D, MEF2C
	Metabolismo de lípidos	CLU, APOE, ABCA7, SORL1
	Función sináptica	PICALM, CD33, CD2AP, EPHA1, BIN1, PTK2B, BIN1,
	Función del citoesqueleto y transporte axonal	NME8, CELF1, CASS4
	Metabolismo de la proteína Tau	FERMT2, BIN, CASS4
	Adhesión celular	PTK2B
	Transporte endosomal	BIN1, PICALM, SORL1, VPS35, VPS26, SNX3, Rab7a,

Tabla N° 1: Función de los genes implicados en la enfermedad de Alzheimer
Fuente: Shao, W. et al., 2017 & Tan, J. Z. A. et al., 2019

Pareja APOE	Negro/africanos americanos*	Europeos americanos
e3/e3	45.2	63,4
e3/e4	28.6	21.4
e3/e2	15.1	10.2
e3/e4	5.7	2.4
e3/e4	4.5	2.4
e3/e2	0.7	0.2

Tabla N° 2: Porcentaje de raza negra /afroamericana y europeos-americanos con pares especificados de APOE

Creado a partir de datos de Rajan et al.,2017

*Los porcentajes no suman 100 debido al redondeo.

2.2.1.3 APOE

El gen Apolipoproteína APO- E, proporciona una proteína que transporta el colesterol en el torrente sanguíneo. Todos heredan una de las tres formas (alelos) del gen APOE - e2, e3 o e4 - de cada padre, resultando en seis posibles pares APOE: e2/e2, e2/e3, e2/e4, e3/e3, e3/e4 y e4/e4. Los investigadores han encontrado

diferencias en la frecuencia de estos pares en diferentes razas y grupos de etnias. Las estimaciones sostienen, que los negros tienen el doble de probabilidades de sufrir demencia que los blancos, y los hispanos, 1,5 veces más probabilidades. Según los autores, los factores genéticos podrían tener un papel en las diferencias encontradas entre las tres razas, pero es probable que factores sociales y económicos también contribuyan. (Filshtein et al., 2019)

Tener la forma e4 de APOE, aumenta el riesgo de desarrollar Alzheimer en comparación con tener la forma e3. Tener la forma e2, puede disminuir el riesgo comparado con tener la forma e3. Los que heredan una copia del e4 tienen tres veces el riesgo de desarrollar Alzheimer en comparación con aquellos con dos copias del e3, mientras que los que heredan dos copias del formulario e4 tienen un formato de ocho a doce veces el riesgo.

Loy CT., et al 2014, Holtzman DM et al., 2012 y Michaelson DM. et al., 2014, nos informan que los que tienen la forma e4 son más probables que desarrollen Alzheimer a una edad más temprana que los que tienen las formas e2 o e3 del gen APOE. (Spines L. 2014)

2.2.1.4 HISTORIA FAMILIAR

Investigadores afirman que, un 40% de las personas afectadas de Enfermedad de Alzheimer, presentan una incidencia familiar de demencia, que puede llegar a alcanzar hasta un 50% si los afectados son muy longevos (Barranco-Quintana et al, 2005).

2.2.1.5 EDAD

Es el principal marcador de riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas, la prevalencia se multiplica cada cinco años a partir de los 60 años. El riesgo de un 1% en los 60-65 años, un 4,3% a los 75 años; hasta llegar al 28,5% a los 90 años (Barranco-Quintana et al, 2005). Hay ciertas formas demenciales que, a pesar de

tener menos probabilidad de ocurrencia, frecuentemente aparecen antes de los 65 años, como la demencia frontotemporal, afirman que esta demencia tiene una edad típica de inicio entre los 45 y los 65 años de edad (Jurado et al., 2018).

2.2.1.6 SEXO

En cuanto al sexo, se encuentran estimaciones que varían según el tipo de demencia. Así, para la Enfermedad de Alzheimer se encuentra que ser mujer es un factor de riesgo mayor que ser hombre; mientras que ser hombre se consideraría un factor de riesgo a desarrollar degeneración lobar frontotemporal, en especial la variante comportamental (Iragorri, 2007).

Las razones de esta diferencia predominantemente, se deben al hecho de que las mujeres viven más tiempo que los hombres en promedio, y la edad avanzada es el mayor factor de riesgo para el Alzheimer. (Chene et al 2015, Seshadri et al 1997; Hebert et al 2001), por lo que más mujeres tienen demencia. Otro dato importante es que más mujeres desarrollan depresión, y el ánimo depresivo se ha vinculado con la aparición del mal de Alzheimer. Otros factores de riesgo, afectan solo a las mujeres, como la menopausia quirúrgica y complicaciones del embarazo como la preclamsia, los cuales se han relacionado con el declive cognitivo más adelante en la vida.

Los roles sociales, como dar cuidados, también pueden incrementar la posibilidad de desarrollar demencia.

Actualmente, el Alzhéimer se detecta buscando dos proteínas tóxicas que se acumulan en el cerebro. Las pruebas sugieren que no hay diferencia en los niveles de estas proteínas, o biomarcadores, en hombres y mujeres con la enfermedad de Alzheimer, pero las mujeres muestran un deterioro cognitivo mayor.

La enfermedad progresa más rápidamente en mujeres que en hombres después del diagnóstico. Una escuela de pensamiento sugiere, que el estrógeno protege el cerebro

de la mujer cuando es más joven, pero que esos beneficios decaen, al igual que el estrógeno, después de cierta edad.

Otra investigación sugiere que las mujeres se desempeñan mejor en los tests iniciales, lo que puede conducir a diagnósticos perdidos en una primera etapa, lo cual puede llevar a que los médicos subestimen la severidad de la enfermedad. Si ese es el caso, quizás se deban modificar los exámenes de diagnóstico para reflejar las diferencias neuropsicológicas entre hombres y mujeres. (Oliver, L. 2018)

Casi dos tercios de los americanos con Alzheimer son mujeres. Hebert et al., 2013, mencionó que de los 5,6 millones de personas de 65 años o más con Alzheimer en los Estados Unidos, 3,5 millones son mujeres y 2,1 millones son hombres.

De acuerdo a las estimaciones de las bases de datos, demografía y estudio de la memoria (ADAMS), entre las personas de 71 años y de mayor edad, el 16 por ciento de las mujeres tienen Alzheimer u otras demencias en comparación con el 11% de los hombres. (Plassman, et al., 2007)

Cuando se trata de la diferencia en el riesgo real de desarrollar Alzheimer u otras demencias, los estudios de incidencia, no han encontrado ninguna diferencia significativa entre ambos grupos (Tom et al., 2015; Hebert, et al., 2001; Kawas, et al., 2000)

Un estudio reciente usando datos del Framingham Heart sugiere que, debido a que los hombres tienen una mayor tasa de muerte por enfermedades cardiovasculares en la mediana edad, los hombres que sobreviven más allá de los 65 años pueden tener un efecto cardiovascular más saludable y, por lo tanto, un aparente menor riesgo de demencia que las mujeres de la misma edad (Chene et al 2015). Los epidemiólogos llaman a esto "sesgo de supervivencia", porque los hombres que sobreviven y se incluyen en los estudios, tienden a ser los más saludables; como resultado, pueden

tener un menor riesgo de desarrollar Alzheimer y otras demencias. Otros investigadores están cuestionando, si el riesgo de Alzheimer podría ser mayor para las mujeres en cualquier edad debido a variaciones biológicas o genéticas o diferencias en las experiencias de vida (Carter et al., 2012).

Se ha demostrado, que el genotipo APOE-e4, el más conocido factor de riesgo genético para la demencia de Alzheimer, puede tener una asociación más fuerte con la demencia de Alzheimer en mujeres que en los hombres (Altmann et al., 2014; Ungar et al., 2014) o una relación más fuerte con los biomarcadores de la enfermedad de Alzheimer en las mujeres (Hohman, et al., 2018)

Finalmente, la baja educación es un factor de riesgo para la demencia. Es posible que una menor educación en las mujeres que en los hombres nacidos en la primera mitad del siglo XX podría explicar un mayor riesgo de Alzheimer y otras demencias en las mujeres (Rocca, et al., 2014).

2.2.2 FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Son aquellos que dependen del individuo, su modo y calidad de vida que tenga. Si se tiene un plan de control preventivo, estos factores pueden ser modificados y disminuir el riesgo de sufrir demencia.

Aunque la patología de la demencia se produce 20 años antes de la aparición de esta, desde el nacimiento ya podrían existir ciertos factores de riesgo negativos para el rendimiento cognitivo, por ejemplo, la desnutrición fetal, un bajo peso al nacer y/o no ser amamantado en los primeros meses de vida, podría conducir a patologías vasculares como diabetes, hipercolesterolemia, aterosclerosis e hipertensión arterial, que están relacionados con la EA. Otras variables complementarias son: dificultades en el acceso a la educación, la inteligencia y el rendimiento cognitivo. (Hughes, T. F., & Ganguli, M., 2009)

2.2.2.1 HIPERTENSIÓN

Aunque la asociación entre la presión arterial alta y el riesgo de la EA es compleja y está relacionada con la edad, las pruebas sugieren que, de mediana edad, y no de edad avanzada, la hipertensión está asociada con un 50% de aumento de riesgo de EA y demencia en la vida posterior.

La presión sanguínea elevada podría aumentar el riesgo de EA, disminuyendo la integridad vascular de la barrera hematoencefálica, resultando en la extravasación de proteínas en el tejido cerebral, que puede, por consiguiente, conducir a un daño celular, apoptosis y un aumento de la acumulación de A β (Deane et al., 2004). Sin embargo, la dirección de una posible relación causal entre la hipertensión y el subsiguiente declive cognitivo es objeto de debate, ya que hay también cada vez más pruebas de que, la hipertensión puede ser una respuesta protectora a la hipoperfusión cerebral, que es demostrable 10 años antes del inicio de la EA (Love et al., 2016)

2.2.2.2 DIABETES

La diabetes podría aumentar el riesgo, afectando directamente a la acumulación del péptido A β en el cerebro, ya que la hiperinsulinemia, interrumpe la depuración de la proteína A β del cerebro, compitiendo por la enzima que degrada la insulina (Farris, et al., 2003; Selkoe, 2000). En contraste, otros estudios sugieren que, la diabetes podría aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular pero no la patología de la EA, y que al menos, parte de la relación entre la diabetes y la cognición.

La Diabetes mellitus, incluye una serie de alteraciones metabólicas de múltiples etiologías, caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas, como consecuencia de la secreción de insulina. La alteración de la secreción de insulina, la intolerancia a la glucosa y la resistencia a la insulina, está relacionada con un aumento de sufrir demencia. Existen tres procesos interrelacionados que favorecen a la aparición de la demencia (Hughes & Ganguli, 2010):

- ✓ Lesión vascular cerebral que puede dar lugar a la isquemia cerebral.
- ✓ Alteración del metabolismo de las proteínas AB (péptido Beta amiloide) y TAU, que lleva a la formación de placas seniles y ovillos neurofibrilares.
- ✓ Aumento de factores inflamatorios.

2.2.2.3 OBESIDAD

Diversos autores, han encontrado, que este factor está íntimamente relacionado con otras variables, como la hipertensión arterial, el colesterol alto o la diabetes mellitus (Hughes and Ganguli, 2009). En los últimos años, se ha encontrado que este indicador afecta en el rendimiento cognitivo, deteriorándolo notablemente (Zenón & Silva, 2012). Sufrir obesidad en edades medias de la vida, es un factor de riesgo para desarrollar enfermedades neurodegenerativas como la Enfermedad de Alzheimer o la Demencia Vascular. En la etapa subclínica de la enfermedad (unos 10 años antes de la aparición de la sintomatología de la demencia), aparece una notable pérdida de peso (Toledo, J., 2011). Las personas que padecen obesidad, tienen unos niveles de leptina (hormona que tiene un efecto neuroprotector que elimina los depósitos de proteína beta- amiloide), más bajos que las personas que no la sufren, lo que conduciría a una mayor cantidad de colesterol, ácidos grasos y lipoproteínas, lo cual produce un incremento de estos procesos de amiloidogénesis (Toledo, J., 2011).

También puede ser inverso, la pérdida del peso corporal, podría ser causado por un deterioro cognitivo durante la fase de pre-demencia de la EA (Gustafson et al., 2009).

2.2.2.4 CONSUMO DE TABACO

La mayoría de los estudios de observación, muestran una asociación entre el tabaquismo actual y el aumento del riesgo de la demencia, la EA y el declive cognitivo. Se estima que, el 14% de los casos de EA son potencialmente atribuibles al tabaquismo debido a su alta prevalencia (Barnes & Yaffe, 2011). Fumar puede aumentar el riesgo de EA a través de varios mecanismos, principalmente

relacionados con el estrés oxidativo y las respuestas inflamatorias (Durazzo et al., 2014).

García-Aranda, V. L., & Rubira, J. C. G., 2004, realizaron una investigación por el Honolulu Heart Program, que realizó un seguimiento de 8000 hombres nacidos entre 1900 y 1919. Se encontró, que los fumadores de intensidad media, presentaban un mayor riesgo de desarrollar demencia que los fumadores de intensidad bajo o alta. Los investigadores que llevaron a cabo este estudio, argumentaron que este hallazgo no pone en entredicho la relación dosis-respuesta, debido a que el grupo de los fumadores de intensidad alta, presenta una mayor mortalidad, por lo que, en el momento de realizar el examen comparativo, los participantes de este grupo no sobrevivieron.

Por otra parte, el tabaco presenta relaciones con otras variables, como la hipertensión arterial o el colesterol alto, variables que tienen estrecha relación con la acumulación de proteína beta-amiloide en el cerebro. Así, (Fabián & Cobo 2007), afirman que las personas que fuman, padecen hipertensión arterial y presentan colesterol alto, tienen una probabilidad dos veces y medio mayor de padecer demencia (Fabián, M. G., & Cobo, C., 2007)

2.2.2.5 INACTIVIDAD FÍSICA

Los estudios epidemiológicos, han demostrado que la física tiene un efecto beneficioso en la salud del cerebro, que podría explicarse a través de múltiples mecanismos, incluyendo la activación de la plasticidad cerebral, la promoción de vascularización cerebral, estimulación de la neurogénesis, reducción de los niveles de inflamación o incluso disminuyendo la tasa de formación de la placa amiloide. En comparación con comportamientos sedentarios, los individuos con altos niveles de actividad física han demostrado reducir su riesgo de EA a la mitad (RR = 0,72 para todas las causas de demencia; RR = 0,55 para la EA) (Rolland et al., 2007).

La participación en programas de ejercicio, ha demostrado que, mejora significativamente la función cognitiva en personas mayores saludables. Por el contrario, la inactividad física se ha asociado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo en la mayoría de los estudios longitudinales. Sin embargo, mientras que hay pruebas convincentes de una asociación entre la actividad física y el consiguiente declive cognitivo, la dirección de una posible relación causal es todavía discutible.

En su estudio reciente, Sabia, et al., 2017, no encontraron evidencia de un efecto neuroprotector de la actividad física y sugieren que, los hallazgos anteriores que muestran un menor riesgo de demencia en las personas físicamente activas, pueden ser atribuibles a la reversión causalidad (es decir, debido a la disminución de los niveles de actividad física en la fase preclínica de la demencia).

2.2.2.6 DEPRESIÓN

La depresión en personas mayores es considerada otro factor de riesgo a desarrollar trastornos cognitivos, y se ha asociado a una peor calidad de vida en comparación con aquellas personas que no lo padecen (Lucas-Carrasco, Peró & March, 2011).

Parece que en esta relación depresión-demencia, existe una tercera variable, que sería el alelo APOE ϵ_4 . Las personas quienes padecen esta enfermedad, presentan unos niveles de glucocorticoides crónicamente elevados que puede causar atrofia hipocampal y una consecuente disfunción cognitiva. También se indica que la depresión puede ser una consecuencia secundaria al deterioro cognitivo progresivo, debido al daño frontoestriatal y a la pérdida de volumen del hipocampo, causado por la neuropatología neurodegenerativa (Hughes and Ganguli, 2009).

Otro factor, es el tratamiento farmacológico de la depresión. Según esta primera hipótesis, la exposición prolongada al tratamiento antidepresivo, podría predisponer biológicamente al desarrollo de una demencia en un futuro. En segundo lugar, estos autores abogan que la depresión y la demencia, comparten factores de riesgo

comunes, como los trastornos cerebrovasculares, y una cierta vulnerabilidad genética expresada mediante el genotipo APOE ε4. Por último, los investigadores exponen la posibilidad de que la depresión podría ser un precursor de la demencia, puesto que los estudios de casos clínicos en los individuos diagnosticados de depresión, acaban desarrollando enfermedades neurodegenerativas como la Enfermedad de Alzheimer (Izquierdo, et al., 2003).

2.2.2.7 AUSENCIA DE DIETA SALUDABLE

Aquellas personas que no llevan a cabo una dieta equilibrada, unida a una vida sedentaria, podrían tener un mayor riesgo de sufrir demencia, ya que estas personas ignoraran una serie de factores protectores, además de acentuar conductas que le llevan a último término a pertenecer a esta población de riesgo.

Barranco y cols. (2005) en su estudio sobre los factores de riesgo del Alzheimer, indican que, en los países donde el consumo de calorías es menor (China y Japón) se presenta una incidencia menor de Enfermedad de Alzheimer que en la de otros países donde la ingesta calórica es mayor. Mattson (2003), hipotetiza que unos niveles bajos calóricos, previenen el daño en los vasos cerebrales, el estrés oxidativo y la acumulación de proteína Beta-amiloide

2.2.2.8 ALCOHOLISMO

El consumo de alcohol puede estar íntimamente relacionado también con la dieta mediterránea. En concreto, el vino tinto, es uno de los componentes esenciales de dicha dieta, y uno de los principales factores de la baja incidencia de enfermedad coronaria en las poblaciones mediterráneas. Así pues, diversas investigaciones ponen de manifiesto, que el consumo moderado y regular de vino tinto previene el daño oxidativo al ADN, ya que su consumo normalmente va acompañado de dietas ricas en grasas, frutas y verduras. A nivel más específico, el vino tinto protege la función endotelial, que, en último término, reduce la aparición de hipercolesterolemia, hipertensión y otros factores que conducen a la aterosclerosis, afección que se asocia

a un alto riesgo de presencia de demencia (Avello & Suwalsky, 2006). Dicha función endotelial, podría estar modulada por un elemento denominado Resveratrol, cuya función podría tener un efecto cardio y quimioprotector, al evitar la acción de la proteína beta-amiloide sobre las células cerebrales (Barranco-Quintana, Allam, Del Castillo & Navajas, 2005).

3.2.2.9 DROGADICCIÓN

Los benzodiacepinas (BZD), son fármacos ampliamente utilizados para el tratamiento de síntomas relacionados con la ansiedad y el insomnio. Uno de los más utilizados, es el diazepam y el bromazepam. Según los estudios encontrados, existe una prescripción importante de BZD hacia los adultos mayores (AM), pudiendo resultar riesgosa para su salud. El consumo de BZD, es más usado por personas del sexo femenino pertenecientes a la tercera edad. Dentro de los efectos, se encuentra el deterioro cognitivo y la demencia, en los cuales no existe un acuerdo, ya que en algunos estudios, se observó la existencia de una relación significativa entre el consumo de BZD y una disminución de las capacidades cognitivas, mientras que en otras investigaciones, no se puede asegurar que exista una causalidad directa entre el uso de este psicofármaco y los efectos mencionados a pesar de haberse encontrado una relación entre ellos. (Rojas-Jara et al., 2019)

Otro de los efectos negativos que emergen de un uso inapropiado de BZD en ambos sexos (sea por errores en la prescripción o la automedicación), se encuentran la sedación, ataxia, vértigo, descoordinación motora y mayor riesgo de caídas, como también la amnesia global transitoria, déficit en el procesamiento sensorial y en el razonamiento verbal (Gutiérrez, 2008; Velert, Moreno, Velert, & Salar, 2012)

2.3 LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA EXPERIENCIA VIVIDA POR LAS LESBIANAS, GAYS, BISEXUALES, TRANS Y DE GÉNERO DIVERSO (LGBT)

Las personas con diversidad de género también evolucionan y cambian. La interseccionalidad de las preocupaciones de los LGTB y los desafíos de la enfermedad de Alzheimer, crea un espacio de gran vulnerabilidad y potencial de desempoderamiento debido a la estigmatización y la discriminación, pero también al impacto desproporcionado de ciertos predictores.

Una encuesta realizada en Gran Bretaña en 2010, informó que las personas mayores LGTB son menos propensas a ver a su familia biológica con frecuencia; también son más propensos a beber alcohol, tomar drogas, tener un historial de salud mental deficiente, y haber sido diagnosticados con depresión. Todos estos, han sido identificados como factores de riesgo para el declive cognitivo y la demencia.

Frederiksen-Golden et al., 2018, identifican barreras a la atención de la salud, por lo que la población LGTB tiene mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer y de sufrir un impacto desproporcionado. La historia nos dice, que las estructuras familiares de las personas mayores LGTB son más propensas a la enfermedad al no tener hijos y vivir solos.

Flat, et al., 2018, hizo un estudio, en el que documenta que, el 50% de las personas mayores LGTB reportan un declive cognitivo subjetivo, con mayores tasas entre las minorías étnicas. Miembros de la comunidad, describen desafíos adicionales en el duelo, incluida la falta de reconocimiento de la pérdida, las complicaciones legales y la exclusión de la familia.

Las parejas LGTB que viven en secreto debido al estigma, la discriminación o incluso la criminalización, pueden ser forzadas por los cuidadores, cuando requieren de los servicios, invadiendo su privacidad ya sea en casa o en entornos de vivienda asistida. Algunos investigadores estiman que para 2060, alcanzará los 20 millones solo en los Estados Unidos de América.

La discriminación es tal, que las personas LGBT tienen dificultades para obtener una vivienda y servicios de apoyo para personas mayores como oferta segura. Muchas veces, la misma familia no informa sobre la identidad de género de su familiar, obligados a vivir en completa negación de su orientación sexual. Esto es más complicado, si hay una enfermedad subyacente como el Alzheimer y otras demencias, que implican pérdida de memoria.

En ciertos contextos, la discriminación en el empleo, significa que las personas LGBT, contribuyen menos a la pensión por sus ingresos bajos. Esto los deja incapaces de pagar su renta o hipoteca y conduce a desalojos y personas sin hogar.

La discriminación histórica y el trauma juegan un papel importante. Representantes de Irlanda señalaron que las personas mayores LGBT a menudo temen que su final de vida y después de la muerte, sus deseos no serán respetados por otros miembros de la familia, una situación que se exagera cuando los estados limitan la ley (Madrigal, 2019)

2.4 FACTORES PREVENTIVOS

2.4.1 PERSONAS BILINGÜES O DE MÚLTIPLES IDIOMAS

Dubois & Albert, 2004, afirmaron que el deterioro cognitivo leve (DCL), es una clasificación general de la demencia, antes de la clasificación específica de un síndrome amnésico (Enfermedad de Alzheimer). No todos los casos de DCL terminan en EA. (Dubois et al., 2007). La identificación temprana de la EA, es importante para iniciar el manejo del tratamiento y esto se centra en el vínculo entre los trastornos de la comunicación y la demencia debido a la relación entre el lenguaje, la cognición y la memoria (Bayles et al., 1992).

No se conocen datos concretos que vinculen una dificultad de comunicación específica con las primeras etapas de la EA (Balota & Duchek, 1991; Bayles, 2003; Dubois et al., 2007; Hamberger, Friedman, Ritter, & Rosen, 1995; Kempler, Almor,

& MacDonald, 1998). Hay un reporte de estudio de caso bilingüe que puede comenzar a dilucidar, el patrón de declive lingüístico y cognitivo en esta población.

Estos estudios se han centrado recientemente en los mecanismos potenciales de protección, relacionados con el dominio de dos o múltiples idiomas (Bialystok, Craik, & Freedman, 2007 & Chertkow et al., 2010; Gollan, Salmon, Montoya, & Galasko, 2011 & Osher, Bialystok, Craik, & Troyer, 2013). No se tienen estudios que examinen el declive cognitivo en individuos bilingües y multilingües.

Abutalebi y Cols. 2001, afirmaron que se tienen dos factores más importantes que la edad de adquisición de la segunda lengua y son: el nivel de competencia lingüística y la exposición al lenguaje.

Los estudios que examinan el bilingüismo, el deterioro cognitivo amnésico leve (DCL que afecta la memoria) y la EA, se han centrado generalmente en los retrasos en el inicio de la demencia (Bialystok y col., 2010; Bialystok y col., 2012; Chertkow y col., 2010; Gollan y col., 2011; Osher y col., 2013).

Bialystok et al., (2007), encontraron, que los síntomas de la demencia aparecieron 4 años más tarde en los adultos bilingües en comparación con los adultos monolingües. Osher y cols., (2013), hallaron, que las personas bilingües a las que se les diagnosticó DCL, eran mayores que sus contrapartes monolingües. Además, encontraron que las personas que son bilingües y tienen déficits en múltiples dominios, son un poco más jóvenes que sus contrapartes monolingües. Por consiguiente, la relación entre el bilingüismo y el inicio de la demencia no está claramente establecida. Hace falta mayores investigaciones.

Por otro lado, Pubiano y Cano (2005), quienes afirman que el aprendizaje de una nueva lengua como el inglés, podría facilitar la ejecución de la prueba de fluidez verbal fonológica, ya que podría existir un efecto de búsqueda de palabras de acuerdo

al sonido que no existe en el español. Esto explicaría por una parte que, ante una enfermedad universal como la Enfermedad de Alzheimer, pueden existir factores ambientales que afectan al desempeño en los instrumentos de evaluación; y, por otra parte, se plantea, que la forma de adquisición, interacción con el idioma y la familiaridad con los elementos, pueden determinar la forma de acceso al conocimiento en las enfermedades neurodegenerativas (Montañés, P., 2005).

2.4.2 LA RELIGIÓN Y EL ALZHEIMER

Tener una comunicación entre los capellanes de los hospitales y pacientes con Alzheimer, es un reto para construir relaciones, ya que no se consideran las limitadas formas de comunicación de estos pacientes. Se ha descrito, que lo prioritario es la comunicación basada en la interlocución verbal y no verbal. (Kiesskalt et al., 2018)

Según Roberts & Maxfield (2018), en su estudio sobre la “Relación entre la motivación religiosa y espiritual y la preocupación por la enfermedad de Alzheimer en la edad adulta”, la religión, proporciona beneficios tanto psicológicos como motivacionales y puede estar asociada con una menor demencia en pacientes con Alzheimer y tanto la motivación religiosa intrínseca y extrínseca sugieren una interiorización de las creencias religiosas y la construcción de una red social dentro de un contexto.

2.4.3 BUENA ALIMENTACIÓN

Esta variable, tal y como ocurre con el nivel de educación, puede ser tanto un factor de riesgo como un factor protector, dependiendo de la calidad o la que le llamamos “una buena alimentación”. Actuarían como factores protectores, la ingesta de suplementos vitamínicos antioxidantes y de ácidos grasos poliinsaturados (Barranco-Quintana, Allam, Del Castillo & Navajas, 2005): suplementos vitamínicos antioxidantes (vitaminas E y C): el consumo de antioxidantes, ya sea por dieta o por suplementos dietéticos, podría ser un factor neuroprotector, atenuando el declive

cognitivo relacionado con la edad. Las vitaminas E y C son compuestos de la dieta que funcionan como recicladores antioxidantes de radicales libres tóxicos.

Ácidos grasos poliinsaturados: consumir pescados y otras fuentes de ácidos grasos $\omega 3$ (omega 3), pueden contribuir de manera positiva a una reducción del riesgo de padecer Enfermedad de Alzheimer. Así, se constata que las personas que consumen pescado al menos una vez por semana, presentan entre un 60 y un 70% de probabilidad menor de riesgo de desarrollar demencia.

Vitamina	Fuente alimentaria
Vitamina E	<i>Aceites vegetales, aceites de semillas prensadas en frío, germen de trigo y de maíz, almendras, avellanas, girasol, frijol de soya, nuez, maní, papas frescas, pimentón, apio, repollo, frutas, pollo y pescado.</i>
Vitamina C	<i>Limón, lima, naranja, mango, kiwi, fresa, papaya, mora, piña, tomate, espinacas, perejil, hojas de rábano, repollo, coliflor, brócoli, pimentón y lechuga.</i>
Carotenoides	<i>Verduras y frutas amarillas y anaranjadas, verduras verdes oscuras; zanahoria, tomate y brócoli.</i>

Tabla N° 3: Principales alimentos que incluyen vitaminas A, E, Y C
Fuente: Avello y Suwalsky, 2006

2.4.4 LA DIETA MEDITERRÁNEA (MD)

También puede proteger contra el declive cognitivo, la EA y la demencia por diferentes causas (Pettersson, S. D., & Philippou, E., 2016). Los estudios de observación, han demostrado, que una mayor adherencia a una MD, está asociada con tasas más lentas de declive cognitivo, reducción de la progresión a EA y mejoras en la función cognitiva. Específicamente, se ha demostrado que la adherencia a una MD podría tener un efecto beneficioso en la memoria, la función ejecutiva y la visual (Hardman et al, 2016). Un reciente estudio de intervención de PREDIMED (Prevención con dieta mediterránea), ha demostrado, que una medicina complementada con aceite de oliva o frutos secos, está asociada con una mejor función cognitiva (Valls, et al., 2015).

2.4.5 CONSUMO DE TÉ:

La Asociación del consumo de té y su relación con el bajo riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer por los efectos anti-beta-amiloides del té, fueron encontrados por investigadores, quienes demostraron que el consumo de té se considera una terapia complementaria natural para las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer por los efectos antiamiloides de las bioactividades relacionadas con el té.

Tipo de estudio	País	Número de sujetos	Resultados	Referencia
Seguimiento de seis años estudio longitudinal	Reino Unido.	Nueve viviendas comunitarias hombres y mujeres.	La memoria basada en la acción de las personas con la demencia de la EA puede juzgarse mirando en el proceso de preparación de una taza de té.	Rusted y otros, 2002
Estudio transversal	Japón	1003 sujetos japoneses de 70 años o más.	El consumo de ≥ 2 tazas/día de té verde se asoció con una menor prevalencia de CoI (OR: 0,46 (IC del 95%: 0,30, 0,72; p = 0,0006), en comparación con la referencia (≤ 3 tazas/semana)	Kuriyama et al., 2006
Estudio de cohorte prospectivo	Japón	13.988 sujetos japoneses de 65 años o más.	El consumo de té verde se asoció significativamente con un menor riesgo de discapacidad funcional incidente, incluso después de ajustar los posibles factores de confusión.	Tomata et al., 2012
Estudio prospectivo basado en la población.	Japón	490 residentes japoneses mayores de 60 años.	El OR múltiple ajustado para la incidencia de la demencia fue de 0,26 (IC del 95%: 0,06, 1,06) entre los individuos que consumieron té verde todos los días en comparación con los que no lo consumieron en absoluto. No se encontró ninguna asociación entre el consumo de café o té negro y la incidencia de demencia o DCL	Noguchi-Shinohara et al., 2014
Estudio transversal.	Japón	1143 sujetos.	El bajo consumo de té verde (p = 0,032) se asoció de forma independiente con una mayor prevalencia de CoI. El OR para beber té todos los días fue de 0,65 (IC del 95%: 0,47, 0,89)	Kitamura et al., 2016
Un estudio doble ciego, aleatorio y controlado	Japón	33 residentes de hogares de ancianos, consumieron 2 g/día de polvo de té verde durante 12 meses.	La disfunción cognitiva no fue significativamente diferente en comparación con la del grupo de placebo (OR: -0,61 (IC del 95%: -2,97, 1,74), p = 0,59).	Ide et al., 2016
Estudio transversal.	Singapur	2.501 adultos de 55 años o más	Los OR de disminución cognitiva fueron de 0,74 (IC del 95%: 0,54, 1,00) para el nivel bajo,	Ng et al., 2008

			0,78 (IC del 95%: 0,55, 1,11) para el nivel medio, y 0,57 (IC del 95%: 0,32, 1,03) para el nivel alto de ingesta de té	
Velocidad de estudio transversal.	Singapur	716 adultos de 55 años o más.	El consumo total de té, se asoció independientemente con un mejor rendimiento en la cognición global, la memoria, la función ejecutiva y la velocidad de procesamiento de la información.	Feng et al., 2010
Estudio longitudinal sobre el envejecimiento	Singapur	1.615 adultos de 55 a 93 años de edad.	Los OR fueron 0,79 (IC del 95%: 0,42, 1,48) para los participantes con bajo consumo de té, 0,47 (IC del 95%: 0,25, 0,88) para los participantes con consumo de té medio y 0,27 (IC del 95%: 0,11, 0,63) para los participantes con alto consumo de té (p = 0,01).	Feng et al., 2012
Estudio de cohorte	Singapur	614 ancianos de 60 años o más que no sufrían de demencia ni de deterioro cognitivo.	El consumo de té a largo plazo, se asoció con una reducción de los síntomas de depresión y ansiedad entre los ancianos que vivían en la comunidad.	Chan et al., 2017
Estudio de cohorte	China	681 nonagenarios/centenarios chinos no emparentados (67,25% mujeres).	Los hábitos de consumo de té tuvieron un impacto significativamente positivo en el IC en los hombres, pero no hay asociación del IC con el consumo de té en las mujeres.	Huang et al., 2009
Estudio de control de casos anidados basado en la población	China	5.691 residentes de edad avanzada de 65 años o más (1.489 de declive cognitivo y 4.822 de función cognitiva normal).	Se encontró, una asociación inversa entre el consumo de té y el declive cognitivo (OR: 0,82; IC del 95%: 0,69, 1,00, p = 0,0468).	Chen et al., 2012
Encuesta poblacional China	China	4.579 ancianos de 60 años o más de la ciudad de Weitang en Suzhou, China.	Se encontró, una asociación inversa entre el consumo de té (de cualquier tipo) y la prevalencia de CoI (OR: 0,74, 95%CI: 0,57-0,98, p = 0,032)	Gu et al., 2017
Estudio basado en la población China	China	1.368 personas de 60 años o más que viven en comunidades rurales (59,3% mujeres).	El consumo diario de té, se asoció con una menor probabilidad de síntomas depresivos en los chinos mayores que vivían en una comunidad rural. La asociación parece ser independiente de la enfermedad cerebrovascular y la aterosclerosis.	Feng et al., 2013
Estudio transversal	China	9,375 adultos de 60 años o más.	Se encontró una correlación inversa entre el consumo de té y la prevalencia de CoI.	Shen et al., 2015
Estudio transversal	China	2015 adultos de 65 años o más (42,2% hombres). El consumo de té se asoció con una baja	El consumo de té se asoció con una baja prevalencia de la EA.	Yang et al., 2016

			prevalencia de la EA.		
Encuesta longitudinal sobre la longevidad saludable.	China	32.606 sujetos de 65 años o más (13.429 hombres y 19.177 mujeres).	La alta frecuencia de consumo de té se asoció significativamente con la reducción de CoI.	Qiu et al., 2012	
Encuesta longitudinal sobre la longevidad saludable	China	7139 participantes de 80 a 115 años de edad.	El consumo regular de té se asoció con una mejor función cognitiva en los chinos más viejos, con un coeficiente de regresión de 0,72 ($p < 0,0001$) para el consumo diario y 0,41 ($p = 0,01$) para el consumo ocasional.	Feng et al., 2012	
Encuesta sobre prevalencia.	China	1.000 residentes de edad ≥ 60 años.	Beber té redujo la incidencia del DCL ($p < 0,05$)	Yang et al., 2017	
Estudio transversal.	China	870 ancianos de ≥ 90 años	Entre los chinos nonagenarios y centenarios no hay una correlación significativa entre el consumo de té y la prevalencia del DCL.	Wang et al., 2010	
Estudio transversal	Noruega	2.031 adultos de 70-74 años (55% mujeres).	Las asociaciones entre la ingesta de té y la cognición fueron aproximadamente lineales y dependientes de la dosis.	Nurk et al., 2009	
Estudio basado en la población 23 países desarrollados.	23 países desarrollados	Adultos de 23 países desarrollados	Se encontró una importante correlación inversa entre el consumo de flavonoides en la dieta y la tasa de EA o demencias relacionadas	Beking et al., 2010	
Meta-análisis	Asia, Europa, Australia y América del Norte	52.503 participantes distribuidos en Asia, Europa, Australia y América.	El consumo diario de té se asoció con una disminución del riesgo de CoI, DCL y disminución cognitiva en los ancianos. Sin embargo, la asociación entre el consumo de té y la EA siguió siendo esquiva.	Ma et al., 2016	

Tabla N° 4: Pruebas epidemiológicas de la asociación entre la ingesta de té y el riesgo de la enfermedad de Alzheimer (EA) y el deterioro cognitivo. CoI: DC: Deterioro cognitivo
Fuente: (Polito et al., 2018)

2.4.6 UNIVERSIDAD PARA MAYORES:

Otro papel importante lo ejercen las Universidades de Mayores, en las personas de la tercera edad. Esta modalidad universitaria es un programa de envejecimiento activo y que tiene repercusiones en las relaciones sociales y en los procesos de aprendizaje y memoria episódica y semántica. Debido a esta mejora en determinadas funciones cognitivas, se ha postulado que la Universidad para Mayores podría proporcionar efectos protectores o estrategias compensatorias que ayudarían a atenuar el declive cognitivo en la edad avanzada (Gázquez, et al., 2009).

2.4.7 AJEDREZ

Lobaina-Lobaina et al., (2020), realizaron actividades ajedrecistas para mejorar el rendimiento cognitivo en personas de la tercera edad, quienes mostraron mejoría en el rendimiento de la memoria, elementos que corroboran la pertinencia y factibilidad del conjunto de actividades ajedrecísticas propuestas como el “Test de recuerdo libre”

2.4.8 EJERCICIO FÍSICO

El impacto positivo que presenta el ejercicio físico en el aprendizaje y en la memoria, podría ofrecer otro factor protector de las demencias como la Enfermedad de Alzheimer. Aumenta la circulación cerebral entre un 14 y un 25%; mejora la viscosidad en la sangre; y produce bienestar en aquellas personas mayores que padecen aterosclerosis, variable fuertemente relacionada con el deterioro vascular y con la presencia de demencia. A nivel biológico, favorece el incremento de una proteína localizada en la corteza cerebral y en el hipocampo, denominada Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF), cuya principal acción es proteger a las neuronas de daño oxidativo, y ejerciendo su acción de manera importante para la plasticidad cerebral, la neurogénesis, el mantenimiento de la función neuronal y de la integridad estructural de las neuronas (Armas, Pezoa & Vázquez, 2010; Trudeau & Shephard, 2010).

Otra serie de investigaciones corroboran estos datos, afirmando que la actividad física actúa como factor protector, previene la enfermedad cardíaca y apoya el tratamiento de la diabetes, hipertensión arterial, artrosis y osteoporosis, disminuye el riesgo de caídas y favorece las relaciones interpersonales (Garrote, 2007)

En cuanto a la duración de dichos ejercicios no hay un consenso sobre qué cantidad de ejercicio exacto se debe de realizar a la semana, pues la Organización Mundial de la Salud (2010), divide esta frecuencia por rangos de edad. Así, se establecen para nuestro interés dos rangos de edad, el primero de 18 a 65 años, y el segundo de 65

en adelante. En el primer rango de edad se expone que 150 minutos semanales de actividad física o vigorosa, disminuye el riesgo de padecer enfermedades como la diabetes tipo 2 o de síndromes metabólicos; repartidos entre 30 y 60 minutos por día. En el rango de personas mayores de 65 años, se recomienda no bajar de los 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa (Organización Mundial de la Salud, 2010).

2.4.9 ESTRÓGENOS

Entre las mujeres con menopausia natural, podemos ver que aquellas mujeres con niveles bajos de estrógenos, muestran una memoria verbal más empobrecida y un mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo en relación con aquellas personas que poseen altos niveles de estrógenos. De esta manera, las mujeres también muestran un mayor riesgo de desarrollar Enfermedad de Alzheimer en relación con los hombres, lo que sugiere que los estrógenos podrían tener un papel crítico en el desarrollo de la demencia (Salas, K. B. 2016)

2.4.10 NIVEL DE OCUPACIÓN

Como es bien conocido, el desempeño en las actividades de la vida diaria es uno de los principales indicadores de salud en el anciano mayor, y son el reflejo de las habilidades de desempeño en esta población. En concreto, la demencia tipo Alzheimer en las fases tempranas, afecta al desempeño de las actividades de la vida diaria instrumentales, relacionadas con el manejo del dinero o del uso de transporte, lo que podría desencadenar una reducción de patrones sociales. De esta manera, la mantención de la independencia y la autonomía, son un factor protector e indicador de salud en el anciano mayor (Castro, 2014)

Si consideramos diversas conductas ocupacionales, una rutina equilibrada, sería sinónimo de actividades favorables en hábitos protectores, como la reducción de factores de riesgo, una buena nutrición, actividad física y cognitiva y participación social. Es por ello importante promover actividades de desempeño diario y estilos de

vida saludables, debido a que un mantenimiento de dichas rutinas retrasaría la presencia en manifestar los síntomas clínicos de las demencias, a pesar de que pudieran existir expresiones neuropatológicas del síndrome en el cerebro.

Los hábitos y el nivel de ocupación son los principales factores que podrían reducir o aumentar el riesgo de presentar demencia. Además, se cree que es conveniente observar los diferentes eventos vitales que pudieran provocar cambios ocupacionales en los sujetos (como la jubilación, cese del trabajo), ya que son cambios que bien pueden llevar a conductas perjudiciales como protectoras de salud. Para ello, la figura del Terapeuta Ocupacional (TO) podría aportar desde el enfoque de la prevención primaria, una serie de herramientas que promueven un ambiente físico y social que contribuye a la prevención de las demencias.

En relación a la jubilación, el cese de actividades laborales, podría tener una serie de influencias que provocaría el declive cognitivo, debido a los diferentes cambios de carácter emocional, que aparecen como consecuencia de una pérdida de rol que conduciría a una serie de conductas altamente perjudiciales para esta persona y su entorno más próximo, como lo son, los hábitos de vida sedentaria y la escasez de actividades gratificantes. Por esta razón, es muy importante considerar la jubilación, como un proceso en el que tenemos una oportunidad de promover la realización de actividades ocupacionales significativas y de interés para el sujeto, promoviendo una serie de hábitos que contengan actividades protectoras y estimulantes para la persona (Castro, 2014)

2.4.11 NIVEL DE EDUCACIÓN

Ante una alteración neurológica, el nivel de reserva cognitiva contribuiría a disminuir o atenuar las manifestaciones clínicas consecuentes a dicho daño. Esto explicaría la enorme variabilidad que se encuentran en aquellas personas que padecen demencia, en donde los síntomas y signos clínicos en una persona con alta reserva cognitiva

aparecen más tardíamente en comparación con aquellas que la tienen baja (Rodríguez Álvarez & Sánchez Rodríguez, 2004).

Íntimamente relacionada con la reserva cognitiva, está el nivel de educación o nivel de estudios. Decimos en este caso, que aquellas personas que tienen estudios superiores, presentan una mayor reserva cognitiva, y a la inversa. De este modo, se establecen una serie de factores congénitos y ambientales (entre los que se encuadraría el nivel de estudios), que proporcionan una serie de mecanismos cuantitativos y cualitativos, que hacen al sujeto más resistente a los procesos patológicos cerebrales. Carnero-Pardo, 2000, De la Barrera, M. L., Donolo, D., & Rinaudo, M. C., 2010, estudiaron el impacto que podría tener esta variable en el riesgo de demencia y encontraron que aquellas personas con más de 12 años de escolaridad tenían un 0.5% de probabilidad de padecer demencia; mientras que aquellos que tuvieron menos de 12 años de escolaridad, presentaban un riesgo de un 6.5% de padecer tal afección.

Además de la educación, Luis, F., 2008, indica que la música, la pintura o la escritura, son importantes potenciadores de la reserva cognitiva, apuntando asimismo que la enseñanza de estas actividades artísticas podrían ser otra forma de aprendizaje para las nuevas generaciones.

2.4.12 LECTURA:

La lectura es un elemento positivo que mantiene activo al cerebro. A nivel científico, se conoce que la lectura continuada es un factor protector. Estas personas presentan menos probabilidad de desarrollar demencia, sobre todo si ese hábito es frecuente por más de cinco años. De este modo, concluyen que las prácticas de lectura podría ser una buena estrategia de prevención primaria en el ámbito poblacional. (Esteve, & Collado, 2013).

2.4.13 ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Mantener el cerebro en una constante actividad, evita el deterioro mental e incrementa la densidad sináptica de determinadas áreas cerebrales (De la Barrera, M. L., Donolo, D., & Rinaudo, M. C., 2010)

Es más, esta variable mantiene una fuerte relación tanto con el nivel de educación como con la reserva cognitiva. En conjunto, estas variables determinarán la manifestación de los síntomas de demencias como la Enfermedad de Alzheimer o de la Demencia Frontotemporal. La premisa bajo la que trabaja la estimulación cognitiva es la neuroplasticidad, que es la capacidad que tienen las células del sistema nervioso para regenerarse anatómica y funcionalmente después de haber sufrido determinadas patologías ambientales o del desarrollo, incluyendo traumas y enfermedades. Hernández-Muela et al., 2004, indica, que los diversos cambios cerebrales, pueden modularse desde un punto de vista físico, farmacológico o cognitivo-comportamental. Este último aspecto destaca que, tras una evaluación neuropsicológica completa, se pueden diseñar estrategias de rehabilitación para poder recuperar un déficit cognitivo o las funciones cerebrales superiores (Hernández-Muela et al., 2004).

Los investigadores (Rodríguez C., et al., 2003), indican que aquellas personas mayores de 60 años que ejercitan su capacidad intelectual, cuentan con un factor protector que debemos de tener en cuenta, sobre todo cuando estas personas tienden a presentar una escasa actividad intelectual. De este modo, mediante la estimulación cognitiva, se podría evitar esta escasez de actividad, y prevenir el deterioro cognitivo de nuestros ancianos.

2.4.14 ESTADO CIVIL Y RELACIONES SOCIALES

Las relaciones sociales, influyen de manera notable en el desarrollo de una demencia. La influencia que ejerce el apoyo social como variable etiológica en la integración y participación social de los individuos. A mayor cantidad de relaciones sociales, mayor será también el grado de integración y participación social. Sin embargo, el

número de personas con las que interactuamos a diario no tiene por qué reflejar fielmente los recursos sociales de que dispone el individuo. Es decir, lo importante no es la cantidad de relaciones sociales, sino su calidad (Pinazo & Sánchez, 2005).

Aquellas personas que pasan más tiempo en soledad tienen más riesgo de desarrollar una demencia (Sánchez-González & Egea-Jiménez, 2011). Otros autores indican que una menor satisfacción con las relaciones interpersonales, se asocia con una peor calidad de vida, y a su vez, con un cierto riesgo de desarrollar demencia. Por esto, se consideran importantes las relaciones sociales en algunas guías internacionales.

A nivel autonómico, (Ruiz Ramos, 2012), llevó a cabo un estudio epidemiológico en Andalucía (España), con el objetivo de analizar qué variables son determinantes en la evolución de la demencia. En concreto, este autor encontró que tanto los hombres como las mujeres que estaban solteros o viudos, presentaban un mayor rango de demencia que aquellos que eran casados o divorciados. No obstante, el investigador señala que, los resultados obtenidos deben examinarse con más detenimiento, puesto que el estado civil registrado en las estadísticas oficiales, no recoge con exactitud la situación sentimental de las personas. No obstante, en los mayores de 60 años, posiblemente la percepción sea diferente que a edades más jóvenes.

Uno de los principales problemas de participación para las personas con demencia en todas las culturas y países, incluye la demencia social y las relaciones e interacciones con el personal sanitario. Estas interacciones constituyen relaciones significativas donde muchos de ellos informaron haber sido maltratados injustamente debido a su demencia en la vida social, incluyendo: ya no ser invitado a salir, ser condenado al aislamiento, perdiendo el contacto con las personas y que no podían contribuir con la sociedad.

Sobre mí. No para mí.

A veces hablan con mi esposa sobre cosas

Ni siquiera estoy ahí, pero estoy sentado justo ahí.

58, hombre, EE.UU.

Mi neurólogo ignoró mi presencia cuando el diagnóstico fue discutido con mi marido

59, mujer, Sudáfrica

"Falta de comprensión"

Cuando me dicen que no estoy enfermo, sino demasiado viejo...

86, masculino, Zambia

El neuropsicólogo pensó que podría haber hecho más de un esfuerzo, mientras que yo estaba realmente muy cansada

62, mujer, países bajos

Sin apoyo

No ofreció ninguna ayuda. Toma 2 aspirinas y vete a la cama'.

69, mujer, Canadá

Después del diagnóstico, mi médico de cabecera dirige muchas pruebas. Si muero, que así sea, es mejor que una demencia tardía

hombre, EE.UU.

"Despreciable e impaciente".

La gente me mira como una paciente demente no como persona que vive con demencia' - 62, hombre, Japón

Cuando se ingresa en el hospital por un derrame cerebral, la enfermera dijo "Nosotros te enviaremos a casa tan pronto como sea posible porque no nos gusta lidiar con los terrores nocturnos", un común síntoma de cuerpos de Lewy que tengo'.

66, hombre, EE.UU.

"Estaba fingiendo"

He sido increíble por muchos profesionales de la salud debido a mi edad y el hecho de que todavía tengo un funcionamiento cognitivo alto

Cuando tuve que pasar un largo período de tiempo en el hospital, se esperaba que fuera sumisa y no para cuestionar a nadie o para ponerme de pie por mis derechos.

Me trataron como una paciente "difícil"

56, mujer, Reino Unido

Atención médica

Figura N° 3: Atención Médica

Fuente: Alzheimer's Disease International: World Alzheimer Report 2019



Figura N° 4: Vida social y relaciones familiares

Fuente: Alzheimer's Disease International: World Alzheimer Report 2019

2.4.15 SUEÑO

La relación sueño-aparición de demencia, ha sido estudiada tanto por su exceso como por su déficit. Existe una proteína llamada orexina, implicada en el ciclo sueño-vigilia, y que podría jugar un papel importante en la patogénesis de la Enfermedad de Alzheimer; el exceso o falta de sueño, podrían contribuir a un aumento de la acumulación de proteína Beta-amiloide y, por lo tanto, a un mayor riesgo de desarrollar en el futuro una demencia tipo Alzheimer (Kang et al., 2009; Tello-Rodríguez et al., 2016). Los trastornos del sueño, podrían jugar un rol determinante en el desarrollo de las enfermedades neurodegenerativas, ya que podrían exacerbar un proceso fundamental que conduce a la neurodegeneración.

2.5 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL ALZHEIMER

2.5.1 PRINCIPALES ESTUDIOS REALIZADOS

Actualmente, existen varias escalas de evaluación funcional para la población con demencia, validadas para la población española, como son, entrevista para el Deterioro de la Vida Diaria en la Demencia (IDDD), Escala de Calificación Rápida de la Discapacidad - 2 en la enfermedad de Alzheimer (RDRS-2), Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeffer (FAQ) y, la Escala de Actividades de la Vida Diaria de Bayer (B-ADL). Estos instrumentos valoran básicamente si la persona es capaz de ejecutar o no una AVD.

Se han realizado, además, estudios de evaluaciones funcionales y culturales, comparaciones multiculturales con el MMSE, experiencias vividas de los cuidadores, algunos estudios sobre la etnia, la adaptación del MMSE a lenguas y cultura, dimensiones sociales de los cuidadores, ensayos clínicos, entre otros.

2.5.2 ESTUDIOS CONVENCIONALES

Actualmente, las investigaciones se basan en estudios epidemiológicos poblacionales basados en registros hospitalarios y bases de datos de historias clínicas electrónicas o administrativas. Cada una de estas fuentes de información, presenta sus ventajas y

desventajas, por un lado, permiten caracterizar la prevalencia, incidencia, valores predictivos, factores de riesgo, etc., sin embargo, estos estudios tienen limitaciones en términos geográficos y temporales, además, existen brechas entre los datos electrónicos y los manuales por diferentes circunstancias: ingreso a las bases de datos, pacientes duplicados, números de historias clínicas no claras, datos faltantes, etc.

Uno de los últimos estudios conocidos, es el que analiza la eficacia y seguridad del recambio plasmático basado en la plasmaféresis, técnica médica por la cual se extrae la sangre, se separan los componentes y se introducen de nuevo a excepción del plasma que, en este caso, es sustituido por una proteína llamada albúmina. La hipótesis de este estudio es, que la proteína beta-amiloide, una de las que se acumula en el cerebro de los pacientes con Alzheimer, circula en el plasma sanguíneo adherido a la albúmina. Al extraer este plasma, sería posible, desplazar la proteína beta-amiloide del cerebro hacia el plasma y, con ello, se limitaría el impacto de la enfermedad, en las funciones cognitivas del paciente.

2.5.3 EVALUACIÓN FUNCIONAL Y CULTURAL

La escala DAD original, ha sido desarrollada por **Gélinas et al., 1999** en Canadá y, a mostrado unas excelentes propiedades psicométricas. Aunque se usa cada vez con mayor frecuencia en nuestro entorno, no existen estudios de validación en la población española. Se han realizado otras adaptaciones para su uso en otros países (Italia, China, Brasil y Corea), donde los resultados psicométricos también son excelentes.

En el estudio realizado por **Gibbons et al., 2002**, “Comparación intercultural del examen Mini-Mental State en participantes del Reino Unido y de los Estados Unidos con enfermedad de Alzheimer”. se compararon las dificultades relativas de los ítems del Mini-Mental State Examination (MMSE) en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) de EE. UU y el Reino Unido. Los participantes del Reino Unido

encontraron que era relativamente más difícil nombrar su condado, el recuerdo, la repetición de una frase etc. que los participantes de los Estados Unidos.

Otro estudio realizado por **Shim, Yang, Kim, Park, & Kim, 2017**, donde se busca comparar las variaciones lingüísticas y culturales del MMSE utilizado en varios países. Se encontró que este instrumento puede ser usado, sin embargo, datos como la atención, cálculo, repetición, no pueden ser unificados por las diferencias culturales y sus influencias en su interpretación, por lo que cada país debe establecer sus propios reajustes al cuestionario.

Espino et al 2001, en el estudio sobre las diferencias étnicas de los mini-estudios de estado mental (MMSE), se usó el instrumento y evaluó los puntajes de los exámenes estatales mini-mentales (MMSE): 827 mexicano-americanos y europeos-americanos residentes en la comunidad, mayores de 65 años, que residen en tres vecindarios socioeconómica y culturalmente distintos (barrio, transicional, suburbano). Los estadounidenses de origen mexicano tenían 2.2 veces más probabilidades que los estadounidenses de origen europeo de tener puntuaciones MMSE <24

Creavin et al., 2016, realizó comparaciones interculturales del Mini-mental State Examination (MMSE) entre cohortes japonesas y estadounidenses. Las puntuaciones medias de MMSE fueron muy similares entre las dos muestras dentro de los mismos grupos educativos. Sin embargo, la dificultad relativa de cada ítem difiere sustancialmente entre las dos cohortes. El recuerdo y la comprensión auditiva fueron más fáciles para el grupo de Japón, pero la comprensión de lectura y la construcción de oraciones fueron más fáciles para el grupo de EEUU.

Asimismo, este mismo autor (**Creavin et al., 2016**) para estudiar la MMSE para la detección de demencia en personas a partir de los 65 años, realizó una revisión sistemática y un metaanálisis, encontrándose que se esperaba que el 85% de los pacientes con demencia sean correctamente identificados con el MMSE, mientras

que el 15% sería erróneamente clasificado como “sin demencia”; el 90% de los que se sometieron a la prueba, serían correctamente identificados como “sin demencia”, mientras que el 10% serían positivos falsos y podrían ser derivados para estudios adicionales.

Mars et al., 2017, realizó un estudio cualitativo, al describir la experiencia vivida por los cuidadores informales afroamericanos de miembros de la familia con enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas (ADRD) en un entorno familiar. La muestra estuvo formada por 16 cuidadores informales afroamericanos, a los cuales se les realizó una entrevista en profundidad de 30 a 60 minutos. Los temas fueron sentidos de obligación, viaje arduo, eventos centinelas, y fe en Dios. Los resultados indicaron que los cuidadores, deben estar bien informados sobre las demandas de la prestación de cuidados y conocer que necesitan más ayuda, con la tarea de brindar cuidados; además carecían de apoyo, conocimientos y orientación.

Para evaluar la influencia de la etnia y la cultura en el cuidado de la demencia a partir de estudios empíricos en estadounidenses de origen chino, (**Sun, Ong, & Burnette, 2012**), se encontró de las 18 publicaciones sobre cuidadores familiares de personas con demencia chino- estadounidenses a través de una revisión sistemática, donde las creencias de los cuidadores con respecto a la demencia y el concepto de armonía familiar que, están impregnando los valores culturales, que en conjunto afectan las actitudes hacia la investigación y las conductas de búsqueda de ayuda. También sugiere, que estas creencias culturales inciden en elementos clave del proceso de cuidado, incluida la evaluación del estrés por parte de los cuidadores, las estrategias de afrontamiento y el apoyo informal y formal.

Farran et al., 2011, para evaluar la habilidad del cuidador familiar en el manejo de los síntomas conductuales de la enfermedad de Alzheimer en Chicago (EEUU), a través de la medida de autoevaluación de habilidades conductuales (CAB- SR), se utilizaron procedimientos de confiabilidad, análisis de factores y correlación, el cual,

constituye una evaluación preliminar de la habilidad de los cuidadores para controlar los síntomas conductuales de la EA.

Shim, Yang, Kim, Park, & Kim, 2017, adaptaron el mini-examen del estado mental (MMSE) para cada país de acuerdo con sus lenguas y culturas, con el objetivo de comparar las variaciones lingüísticas y culturales del MMSE utilizado en 11 países asiáticos. Se compararon entre sí para entender las diferencias en los cuestionarios con respecto a los aspectos culturales. Se concluyó que, no se considera las diferencias interculturales en la interpretación de la prueba por lo que necesita ser reajustado para estudios multinacionales.

Uno de los estudios realizados en relación al conocimiento de la Enfermedad de Alzheimer entre los vietnamitas americanos fue efectuado por **Sun, Gao, Shen, & Burnette, 2014**, en 95 estadounidenses vietnamitas de mediana y avanzada edad. Ellos, carecían de conocimientos sobre el tratamiento y la cura de la enfermedad. Aquellos que residen más tiempo en EEUU están expuestos a tener un nivel mayor de conocimientos de la enfermedad.

Babulal et al., 2019, en el artículo “La enfermedad de Alzheimer y las demencias relacionadas (ADRDs)”, explica que, la EA constituye una crisis global que enfrenta a la población que envejece y a la sociedad en su conjunto. entre los grupos etnoraciales subrepresentados y diversos. La Alzheimer's Association International Society to Advance Alzheimer's Research and Treatment (ISTAART; alz.org/ISTAART) proporciona un informe conciso sobre el "estado de la ciencia" de los factores etnoraciales en todos los focos de áreas de interés profesional (PIA) en todas las poblaciones etnoraciales.

En el estudio, “Dimensiones sociales de la enfermedad de Alzheimer entre los cuidadores en Oaxaca, México” realizado por **Yahalom, 2017**, realizó un análisis de la construcción social de la enfermedad de Alzheimer investigando lo que se entiende

por esta enfermedad y su relación con la vejez, relacionándolo al contexto social realizado en 22 cuidadores familiares en 9 hogares. Incluye el estudio, métodos psicológicos, gerontólogos y antropológicos con entrevista con enfoque local.

El estudio incluye las dimensiones sociales de la enfermedad de Alzheimer y cómo estas dimensiones configuran la experiencia de la prestación de cuidados a las personas dependientes.

El estudio de “La influencia de la etnia y la cultura en el cuidado de la demencia: Revisión de estudios empíricos de norteamericanos de origen chino” (**Sun, Ong, & Burnette, 2012**), el propósito del artículo fue, identificar las influencias culturales y étnicas en el cuidado de la demencia en las familias chino-americanas a través de una revisión y análisis sistemático de los resultados de investigaciones publicadas. Se identificaron 18 publicaciones sobre cuidadores familiares de la demencia chino-americana entre 1990 y 2011. Se encontró, que las creencias de los cuidadores con respecto a la demencia y el concepto de armonía familiar, están impregnando los valores culturales, los cuales afectan las actitudes hacia la investigación y las conductas de búsqueda de ayuda (buscar información sobre el diagnóstico y usar servicios formales). También hay pruebas que sugieren que estas creencias culturales inciden en elementos clave del proceso de cuidado, incluyendo la evaluación del estrés por parte de los cuidadores, las estrategias de afrontamiento y el apoyo informal y formal.

Involucrando a los cuidadores del enfermo de Alzheimer, **Mars et al., 2017**, realizó un estudio sobre la experiencia vivida de los cuidadores informales afroamericanos de familiares con Alzheimer y demencias relacionadas en un entorno familiar. Utilizando un enfoque cualitativo y fenomenológico, una muestra intencional de 16 cuidadores informales afroamericanos completó una entrevista en profundidad que duró de 30 a 60 minutos. Surgieron cuatro temas: sentido de obligación, un arduo viaje, eventos centinela, y fe en Dios. Los resultados indicaron que los cuidadores

debían estar bien informados acerca de las demandas de los cuidadores y que necesitaban más ayuda con la tarea de prestar atención.

El artículo (**Bourbonnais & Ducharme, 2015**), sobre el posicionamiento social de las personas mayores que viven con la enfermedad de Alzheimer, describe las posiciones sociales tomadas por las personas mayores, sus familias y sus cuidadores formales durante la interacción y sus efectos sobre los gritos. Se realizó un análisis de datos secundarios y se muestra que las personas mayores son capaces de posicionarse y reposicionarse en patrones relacionales. La familia y los cuidadores formales, colocan a las personas mayores que informan de acuerdo a sus creencias sobre su experiencia de vida. Los cuidadores también reaccionan emocionalmente con las personas mayores y tratan de influir en sus comportamientos. La comprensión del posicionamiento social de las personas mayores con enfermedad de Alzheimer puso de manifiesto sus capacidades y las preocupaciones de sus cuidadores por su bienestar.

Cipriani & Borin, 2015, evaluaron la comprensión de la demencia en el contexto sociocultural y, para ello realizaron búsquedas en Medline y Google Scholar de artículos, capítulos y libros relevantes publicados antes de 2014. Se encontró que la experiencia de la demencia no es universal, sino que está profundamente moldeada por la cultura en la que vive la persona demente, por lo que podemos concluir de acuerdo a los resultados, que la conceptualización sociocultural puede optimizar el manejo del tratamiento de esta enfermedad.

Stevenson, Bruce, Dwosh, Beattie, & Illes, 2016, estudiaron la consideración significativa de las prácticas, valores y creencias culturales, la cual es reconocida como un factor significativo para la traducción efectiva de la innovación en neurociencia a la práctica clínica. Con la creciente diversidad cultural de la sociedad y las ciencias biomédicas, es importante estudiar cómo se perciben y utilizan los descubrimientos potenciales en enfermedades neurodegenerativas, como la

enfermedad de Alzheimer, en todas las culturas. Las preguntas clave sobre la cultura interactúan con las cuestiones que rodean la aceptación del declive cognitivo y los cambios de personalidad, relacionados con la enfermedad, las posibilidades de predecir la enfermedad y los métodos de intervención.

2.5.4 ENSAYOS CLÍNICOS

Según **Kivipelto, Mangialasche, & Ngandu, 2018**, los estudios observacionales, han identificado factores de riesgo para la demencia ya mencionados y para complementar estos factores se requieren ensayos clínicos aleatorios que investiguen si las intervenciones realizadas pueden reducir el riesgo de deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores. Por ello y dada la etiología que es multifactorial de la demencia y la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío, se requiere que estas investigaciones sean realizadas considerando estos factores de riesgo múltiples y que sean simultáneos para conseguir un efecto preventivo óptimo.

Se han realizado ensayos clínicos en modelos de ratones para la investigación de la EA como:

Desarrollo de modelos de genes de la EA autosómicos dominantes. Las mutaciones en tres genes causan la EA autosómica dominante: la proteína precursora del amiloide (APP) y los genes de la presenilina (**Esquerda-Canals et al., 2017**).

La activación farmacológica del receptor nuclear REV-ERB revierte los déficits cognitivos y reduce la carga de amiloide- β en un modelo de ratón de la Enfermedad de Alzheimer.

En este estudio, se probó la hipótesis de que el aumento de la función del receptor nuclear REV-ERB regulador del ritmo circadiano y activador mitocondrial, puede mejorar la función cognitiva en un modelo murino de la enfermedad de Alzheimer. Los investigadores usaron el agonista REV-ERB SR9009, para activar

farmacológicamente la acción de REV-ERB en el modelo de ratón SAMP8 de la enfermedad de Alzheimer. SR9009, revirtió la disfunción cognitiva de un ratón SAMP8 envejecido en varios ensayos de comportamiento, incluyendo el reconocimiento de objetos novedosos. El tratamiento SR9009, redujo los niveles de amiloide- β 1-40 y 1-42 en la corteza, lo que es consistente con la mejora de la función cognitiva. **(Roby et al.,2019; Voorhees J. et al., 2018)**

El envejecimiento y la amiloidosis subyacen a las alteraciones moleculares y patológicas de Tau en un modelo de ratón de la enfermedad de Alzheimer familiar e idiopática.

La acumulación de beta amiloide ($A\beta$), promueve el MAPT (proteína asociada a microtúbulos) neocortical (tau), en modelos murinos de la enfermedad de Alzheimer familiar e idiopática (EA), no se considera que la amiloidosis desarrolle una patología asociada a la proteína tau (principal responsable en la muerte de las neuronas en trastornos como la enfermedad de Alzheimer). La tau, puede acumularse espontáneamente en ratones transgénicos envejecidos (APP^{swe}/PS1 Δ E9). La patología de esta proteína es abundante alrededor de los depósitos de $A\beta$, y se caracterizan además por la acumulación de ovillos neurofibrilares con la tinción de Gallyas e inclusiones de tioflavina-S-positiva, que fueron detectadas en el cerebro de los ratones de la línea APP^{swe}/PS1 Δ E9 a los 18 meses de edad. **(Metaxas et al., 2019)**

El inmunoproteasoma (iP), es una variante del proteasoma constitutivo (cP) que son células inmunes que también pueden ser inducidas en células somáticas por citoquinas como TNF- α o IFN- γ . El iP al inducir una respuesta inmune, se pueden utilizar varios inhibidores como potencial terapéutico para enfermedades autoinmunes. Yeo et al., 2019, evaluaron los efectos de varios inhibidores del proteasoma sobre la función cognitiva en modelos de ratones con EA y encontró que el YU102, un inhibidor dual de la subunidad catalítica iP LMP2 y la subunidad

catalítica cP Y, mejora las deficiencias cognitivas en modelos de ratones. Los datos obtenidos revelaron que el YU102 suprime la secreción de citoquinas inflamatorias de las células microgliales. El estudio indica que puede existir un vínculo potencial entre el LMP2/Y con la microglía mediada y que la inhibición de estas subunidades puede ofrecer una nueva estrategia terapéutica para la EA.

Candidato	Patrocinador	Fase esperada de Ensayo clínico	Fecha de finalización primaria	Identificador del ensayo clínico nacional
Anticuerpos anti-beta-amiloides				
Aducanumab (BIB037) ^a	Biógena ^a	Fase 3	January 2020	NCT02477800
Crenezumab	Hoffman-La Roche	Fase 3	August 2020	NCT02670083
Gantenerumab	Hoffman-La Roche	Fase 3	May 2022	NCT03443973, NCT03444870
BAN2401	Eisai/Biogen	Fase 2	July 2018	NCT01767311
LY3002813 ^b	Eli Lilly	Fase 2	October 2020	NCT03367403
Anti-tau antibodies		Fase 2		
ABBV-8E12	AbbVie	Fase 2	December 2020	NCT02880956
RO7105705	Genentech	Fase 2	September 2020	NCT03289143
BACE inhibidores				
Elenbecestat (E2609)	Eisai/Biogen	Fase 3	March 2021	NCT03036280
CNP520	Novartis/Amgen/ Banner Alzheimer's Institute	Fase 2 /3	July 2024	NCT03131453
Vacunas				
CAD106 (anti-beta amiloide)	Novartis	Fase 2 /3	August 2024	NCT02565511
AADvac1 (anti-tau)	Axon Neurosciencia	Fase 2	June 2019	NCT02579252

Tabla Nº 5: Candidatos para la terapia modificadora de la enfermedad de Alzheimer en la fase 2 y 3 de los ensayos clínicos, a partir de septiembre de 2018.

FUENTE: Análisis RAND. ClinicalTrials.gov. 2018, NOTA: BACE = beta-secretase 1.

^a Aducanumab, es desarrollado conjuntamente con Eisai.

^b LY3002813, está siendo evaluado solo y en combinación con LY3202626, un inhibidor de la BACE

2.6 PRESUPUESTO SANITARIO DEL PERÚ Y ESPAÑA

2.6.1 PRESUPUESTO PERUANO:

El presupuesto del sector Salud para el 2019 en el Perú, ascendió a S/ 18 mil 217 millones 115 mil 676 soles, (4,624 millones de euros aproximadamente) un aumento de 13.7% con respecto al 2018, el cual representa el 10.8% del presupuesto público para el 2019. El presupuesto para el 2020 es de 18 mil 495 millones de soles (4,725 millones de euros aproximadamente) para el sector Salud, monto que representa el 2,2% del Producto Bruto Interno (PBI).

De esto, se asignó 7 mil 909 millones de soles (2 mil millones de euros) a programas presupuestales, entre los que destaca Salud Mental, 350 millones de soles, (89,500 euros) y dentro de las acciones para salud mental, se implementará 10 nuevas unidades hospitalarias de salud mental en nosocomios regionales y de 40 hogares protegidos que tienen como finalidad otorgar alojamiento a personas con trastorno mental grave y que no cuentan con apoyo familiar. Como se puede demostrar, las actividades preventivas son limitadas y más se encuentran abocados a las consecuencias de tener un número cada vez más elevado de esta enfermedad.

2.6.2 PRESUPUESTO ESPAÑOL:

En relación a España, la Consejería de Sanidad tiene en 2020, un presupuesto de más de 922 millones de euros, un 5,47 % más que este año, es decir, un aumento de 48 millones de euros.

Los presupuestos que las CCAA presentan para la sanidad, indican su preocupación por el sistema sanitario público, ya que el modelo actual de financiación autonómica, al hacer transferencias globales a cada comunidad autónoma, permite a estas, trasladar a los presupuestos, su interés por la sanidad y abre un amplio abanico de financiación por habitante y año.

En resumen, se produce un aumento de los presupuestos sanitarios de las CCAA, aunque la distribución del aumento ha sido muy variable entre ellas, de manera que dos (Cataluña y Murcia) continúan por debajo de los valores de 2010, evidenciándose también que se mantiene una gran diferencia entre los presupuestos por habitante y año de las CCAA. Este y otros detalles ver en la siguiente tabla:

Los Presupuestos Sanitarios de las CCAA 2010, 2018, 2019 y 2020	2010	2018	2019	2020
Andalucía	1180,09	1.166,39	1.235,37	1.312,06
Aragón	1419,37	1.555	1.555	1.586,73
Asturias	1507,15	1.655,95	1.717,49	1.771,5
Baleares	1066,37	1.376,38	1.483,34	1.453,09
Canarias	1295,36	1.268,40	1.381,16	1.346,03
Cantabria	1347,47	1.469,7	1.496,4	1.583,33
Castilla y León	1360,62	1.473,02	1.473,02	1.473,02
Castilla- La Mancha	1346,52	1.375,23	1.375,23	1.473,83
Cataluña	1298,84	1.192,83	1.192,83	1.192,83
Comunidad Valenciana	1122,79	1.294,83	1.341,56	1.359,94
Extremadura	1509,72	1.488,42	1.585,11	1.601,24
Galicia	1333,39	1.380,87	1.473,75	1.518,33
Madrid	1108,14	1.214,97	1.236	1.236
Murcia	1334,25	1.239,55	1305,93	1.305,93
Navarra	1543,12	1.653,39	1.688,24	1.789,32
País Vasco	1623,08	1.693,49	1.693,49	1.809,41
La Rioja	1443,94	1.390,29	1.390,29	1.478,78
Media CCAA	1.343,95	1.403,53	1.473,02	1.487,73
Ratio Máximo/ Mínimo	1,52	1,45	1,47	1,51

Tabla N°6: Presupuestos sanitarios para Alzheimer en Comunidades autónomas- España *Cataluña, Madrid, Castilla y León y Murcia comienzan 2020 con los presupuestos prorrateados.* (2020, enero 3).

2.7 PREVALENCIA MUNDIAL DE LA DEMENCIA

Se estima que la prevalencia actual de la demencia, es decir, el número de personas mayores de 60 años es:

- ✓ 4,7% en Asia, con un incremento proporcional previsto del 69% antes de 2030 y del 194% para el año 2050.

- ✓ 5,9% en Europa, con un incremento proporcional previsto del 28% antes de 2030 y del 78% para el año 2050.
- ✓ 6,4% en América, con un incremento proporcional previsto del 67% antes de 2030 y del 216% para el año 2050.
- ✓ 4,6% en África, con un incremento proporcional previsto del 74% antes de 2030 y del 291% para el año 2050.
- ✓ Total, mundial: 5,2%, con un incremento proporcional previsto del 60% antes de 2030 y del 181% para el año 2050.

2.7.1 INCIDENCIA GLOBAL DE LA DEMENCIA

La Organización Mundial de la Salud y Alzheimer's Disease International, desarrollaron de manera conjunta, el informe *Demencia: una prioridad de salud pública*. El propósito de este informe, es crear conciencia sobre la demencia como una prioridad de salud pública, articular un enfoque de salud pública y abogar por que se tomen medidas a nivel nacional e internacional, basándose en los principios de evidencia, equidad, inclusión e integración. El informe incluye una visión general de la epidemiología mundial y el impacto de la demencia; abordajes a nivel nacional, incluyendo el papel que tienen los servicios sociales y de salud y el personal; temas concernientes a la atención de la demencia y los cuidadores; y la sensibilización y el apoyo a la causa de la demencia.

A lo largo de 2015, han aparecido 10 millones de casos de demencia nuevos en todo el mundo, uno cada 3 segundos, es decir, un caso nuevo cada 3,2 segundos.

La incidencia de la demencia aumenta exponencialmente con la edad. En este gráfico vemos cómo se duplica cada 6,2 años aproximadamente

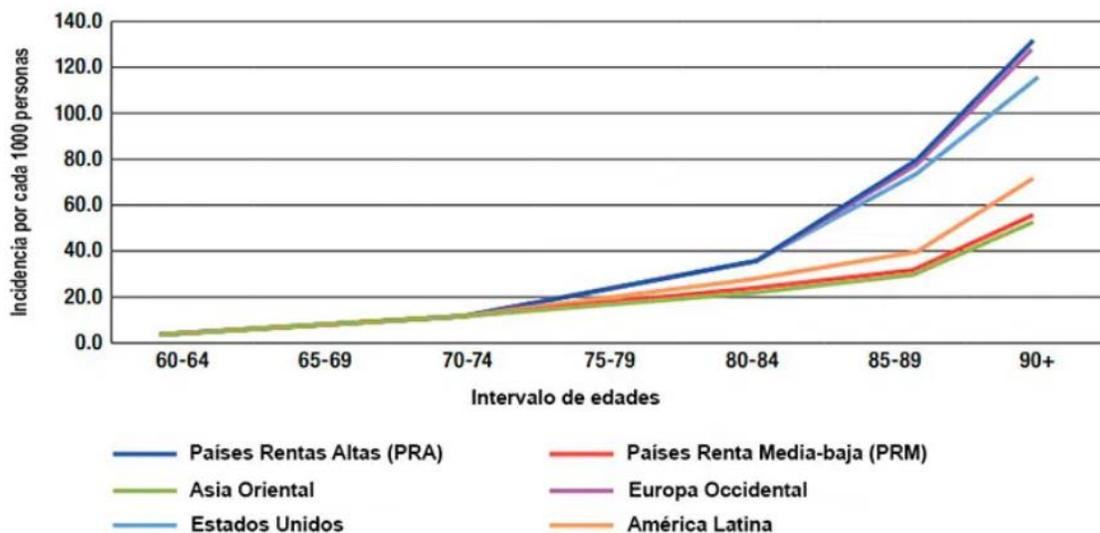


Figura N° 5: Cálculo de la incidencia anual de la demencia según la edad, extraído a partir de modelos de efectos aleatorios de Poisson, para regiones mundiales para los que pudo realizarse una síntesis metaanalítica.

Vemos que cerca de 4/1000 personas contraen la enfermedad entre los 60-64 años, mientras que esta cifra sube por encima de los 100-120 de cada 1000 personas en los países más desarrollados y con edades próximas y superiores a los 90 años.

Según el reporte mundial de Alzheimer 2019 (O'Connor, 2019), se estimó que hay más de 50 millones de personas que viven con demencia en todo el mundo, por lo que se prevé aumente.

2.7.2. INFORME MUNDIAL SOBRE EL ALZHEIMER 2019

Se prevé que el número de personas que viven con demencia pasará, de más de 50 millones en la actualidad, a 152 millones para 2050.

Vemos que 3,9 de cada 1000 personas contraen la enfermedad a la edad de 60-64, mientras que esta cifra sube hasta 104,8 de cada 1000 personas a la edad de más de 90 años.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CDESC), ha sido el encargado de elaborar un informe sobre la situación de los derechos humanos en el mundo, junto con una serie de estudios de casos y prácticas dirigidas a la reducción del estigma.

En este Informe Mundial sobre el Alzheimer de 2019, se han revisado las actitudes a la demencia y el estigma. Este informe detalla el desafío de tener una información, asesoramiento, ayuda, apoyo y hasta un diagnóstico sobre estos pacientes por la barrera importante para las personas sobre todo el estigma, y las actitudes hacia la demencia.

El estigma es evidente. En algunos países esta enfermedad todavía se asocia con la brujería, lo cual facilita que la gente sea tímida y reprimida, inclusive en países con los planes nacionales de demencia y conocimiento de los perfiles, muchas personas siguen retrasando la búsqueda de ayuda a pesar de la realidad que se presenta.

En los países con ingresos medios o bajos, el 94% de las personas que sufren demencia son atendidas en el propio domicilio, la mayoría de las veces sin ningún tipo de ayuda. El Alzheimer y otras demencias, es, por tanto, uno de los retos más importantes para la salud pública a nivel internacional de cara al futuro.

Sabemos que hasta el momento, no existe ninguna cura para el Alzheimer, a lo que se suma, el envejecimiento de la población mundial.

Según informe de la Enfermedad de Alzheimer (2019) en el mundo tenemos:

- ✓ América – 9,4 millones.
- ✓ Europa – 10,5 millones.
- ✓ África – 4 millones.
- ✓ Asia – 22,9 millones.

Tenemos que el 58% de personas con demencia vive en países pobres y medianamente pobres. Esta cifra subirá al 63% en 2030 y al 68% en 2050 aproximadamente.

El costo mundial total de la demencia en 2015, fue aproximadamente 818,000 millones de dólares. En 2018, se le denominó en términos de costo, la enfermedad del billón de dólares y, ascenderá a 2 billones en 2030.

En este informe, también se tienen los resultados de una encuesta global, encargada por ADI (Alzheimer's Disease International), realizada por la London School of Economics and Political Science (LSE). Casi 70,000 personas de todo el mundo participaron en la encuesta, lo que la convierte en la más grande de su tipo jamás realizada. Se desarrolló la encuesta para apuntar a cuatro grupos clave:

- a) Personas que viven con demencia,
- b) Cuidadores,
- c) Profesionales de la salud y
- d) Público en general, con análisis en tres categorías: conocimiento, actitudes y comportamiento.

En el análisis de la encuesta, se destaca primero el elemento de comportamiento, dando protagonismo a las voces y experiencias de las personas que viven con demencia, ya que la evaluación directa del comportamiento real, es fundamental para la discriminación y es la representación más cercana del verdadero impacto del estigma en las personas que viven con demencia. El informe también plantea la pregunta “¿qué es el estigma?”, buscando definir el estigma relacionado con la demencia y comprender mejor las partes que lo componen basadas en el poder, estereotipos, prejuicios y discriminación. Luego, a través de una serie de ensayos (O'Connor, 2019.), el informe de expertos en estudios de casos y programas, arroja luz sobre la naturaleza y la complejidad de las actitudes y el estigma; busca

orientación e inspiración en otros sectores; muestra ejemplos de los diferentes desafíos y respuestas a nivel global, regional, nacional y local; además, ofrece algunos ejemplos de programas desarrollados para mejorar la conciencia y abordar el estigma. Dos años después del Plan Global de Acción contra la Demencia de la OMS, existe un temor subyacente en las poblaciones del mundo sobre el desarrollo de la demencia, el 78% expresa preocupación y algunos medios presentan a la demencia como la enfermedad más temida.

Un dato preocupante es que el 62% de los profesionales de la salud, piensan que la demencia es una parte normal del envejecimiento. Con un enfoque cada vez mayor en la investigación sobre la reducción de riesgos y, en la ausencia continua de un tratamiento que modifique la enfermedad, hay una mejor comprensión del significado de los factores y estilo de vida. El marcado hallazgo de esta encuesta revela que actualmente un poco más del 50% de las personas, piensan que factores de estilo de vida influyen. Estas cifras, forman una línea de base a partir de la cual, podemos medir el impacto de futuros esfuerzos globales de reducción de riesgos.

El trato injusto, se puede experimentar de muchas maneras; en el hogar, en la comunidad, incluso en entornos de atención médica e incluye cosas como ser rechazado, ignorado, el trato injusto en citas y relaciones íntimas, la falta de privacidad, las bromas sobre la demencia, y de particular interés, el trato inapropiado por parte de profesionales de la salud. Los encuestados informaron sentirse “evitados”, “ignorados” y “marginados” en su vida social debido a la demencia, donde muchos de ellos “ya no son invitados a reuniones sociales”. Conmoveramente, una encuestada captura esto: *“Lo llamo el divorcio de la amistad. He perdido una buena cantidad de personas en mi vida que alguna vez consideraré como amigos.”*

La mitad de los encuestados de países de ingresos medios bajos que viven con demencia, informaron que habían experimentado que sus derechos o

responsabilidades se les fueron quitados injustamente. Más del 85% de los encuestados que viven con demencia, declararon que su opinión no había sido tomada en serio. Un encuestado informó que le dijeron “*su opinión ya no importa*”. El tratamiento injusto por parte del personal médico o de salud, es un área de preocupación, al igual que las actitudes de algunos profesionales de la salud, ya que alrededor del 40% del público en general, piensa que los médicos y enfermeros ignoran a las personas con demencia, (38% en países de ingresos altos, 49% en países de ingresos medios altos y 32.5% en países de ingresos bajos / medios bajos). Irónicamente, los encuestados tenían una opinión mucho más negativa sobre el comportamiento de los demás que sobre su propio comportamiento. Tanto los profesionales de la salud, como el público en general, creen que es probable que otras personas participen en comportamientos estigmatizantes. Aunque poco más de la mitad de los cuidadores, expresaron sentimientos positivos sobre su papel de cuidado y lo encontraron satisfactorio, el 52% de los cuidadores dijeron que su salud sufrió, el 49%, que su trabajo sufrió y el 62% que su vida social sufrió.

Las bromas y el humor sobre la demencia es un tema muy delicado. Los encuestados en la región africana (66,7%) y el Sudeste Asiático (62,5%), informaron la prevalencia más alta de bromas sobre su demencia. Sin embargo, este es un área complicada, el humor puede ser terapéutico.

Las citas y las relaciones íntimas son otra área sensible. Los encuestados con demencia, informaron un trato injusto en las relaciones, las cifras más altas en los países de ingresos bajos / medios bajos (57,1%) y los países de ingreso medio alto (50%). Uno de ellos mencionaba: “*Para ser honesto, NADIE quiere salir con un chico de 58 años con Alzheimer.*” Una proporción muy alta, cree que las personas no deberían ocultar el hecho de que tienen demencia, con el apoyo de un alto número de personas (80%), que están de acuerdo en que las personas con demencia puedan participar en una variedad de actividades. Sin embargo, las actitudes hacia el ocultamiento variaron regionalmente: en Europa y las Américas, alrededor del 25%

dijeron que mantendrían su demencia en secreto, con los profesionales de la salud también hubo un ocultamiento de su enfermedad; en Europa (19%) y las Américas (17.4%). El ocultamiento y el secreto, son ejemplos clave del estigma que rodea a la demencia y algunas estadísticas específicas a nivel de país merecen atención, ya que las personas en Rusia (66.7%), Polonia (57.9%) y Puerto Rico (51.1%), dicen que esconderían su demencia al conocer gente. En relación con las actitudes y puntos de vista sobre el peligro, el 45% de las personas que viven en el Sudeste Asiático y el 48% de los profesionales de la salud, piensan que las personas con demencia son peligrosas, sin embargo, esto es interesante considerando que proporciones relativamente altas de personas que viven en la región del Sudeste Asiático están dispuestas a que un miembro de la familia que vive con demencia se mude con ellos.

Alrededor del 60% de las personas, piensan en quitarle la responsabilidad a personas que viven con demencia, lo cual concuerda con lo reportado por pacientes con Alzheimer que refieren muchas experiencias de discriminación en pérdida de estatus y pérdida de roles.

En relación a los cuidadores

Poco más de la mitad de los cuidadores expresaron sentimientos positivos sobre su papel de cuidado y lo encontraron satisfactorio, el 52% de los cuidadores dijeron que su salud, su trabajo y su vida social sufrió debido a sus responsabilidades de cuidado en 52% y 49% y 62% respectivamente. Las actitudes hacia el cuidado, varían según la región, el grupo socioeconómico, la cultura y las expectativas. La medida en que el trabajo se ve afectado por la provisión de cuidado, puede estar influenciada no solo por la cantidad de cuidado que se brinda y el apoyo disponible para los cuidadores, sino también por las diferencias de trabajar con mujeres (que tienen más probabilidades de ser cuidadoras) y de personas mayores, y por políticas para apoyar el empleo de personas con responsabilidades de cuidado.

Conocimiento

- ❖ 95% del público, piensa que podría desarrollar demencia en su vida.
- ❖ 78%, están preocupados por desarrollar demencia en algún momento.
- ❖ 1 de cada 4 personas, piensa que no hay nada que pueda hacer sobre la demencia.
- ❖ 2 de cada 3, piensan que la demencia es causada por el envejecimiento normal.
- ❖ El 62% de los profesionales de la salud, piensa que la demencia es una parte normal del envejecimiento.
- ❖ El 82% de las personas, tomaría una prueba genética para conocer su riesgo.
- ❖ El 54% de los encuestados, piensa que los factores del estilo de vida juegan un papel en el desarrollo de la demencia.
- ❖ Poco menos del 40% del público en general, piensa que hay servicios comunitarios adecuados para las personas que viven con demencia y para los cuidadores.
- ❖ Poco menos del 70% del público en general, cree que hay médicos adecuados y competentes para el diagnóstico y el tratamiento de la demencia.

Comportamiento

- Más del 85% de los encuestados que viven con demencia, declararon que su opinión no había sido tomada en serio.
- Alrededor del 40% del público en general, piensa que los médicos y las enfermeras ignoran a las personas con demencia.
- El 67% de las personas que viven con demencia en África, y el 63% en el Sudeste Asiático, dijeron que sus síntomas de demencia, fueron burlados por otros.
- Entre el 35% en los países de ingresos altos y el 57% en los países de bajos y medianos ingresos, informó haber sido tratado injustamente en citas y relaciones íntimas.
- Alrededor del 30% de las personas en Europa, están dispuestas a que una persona con demencia se mude con ellas, aumentando al 62% en el Sudeste Asiático y al 71% en la región del Mediterráneo oriental.

Actitudes

- ✓ El 91% de los encuestados, dice que las personas no deberían ocultar el hecho de que tienen demencia y la gran mayoría de los cuidadores nunca ocultan a la persona con demencia.
- ✓ Sin embargo, alrededor del 20% de los encuestados mantendrían su propia demencia en secreto al conocer gente.
- ✓ El ocultamiento de la demencia varió regionalmente: el público en general en Europa (25,7%) y las Américas (24,5%), informaron que, mantendrían su demencia en secreto. Los profesionales de la salud también informaron niveles más altos de ocultamiento en Europa (19%) y las Américas (17.4%).
- ✓ Los encuestados que declararon que ocultaran su demencia cuando conocieran personas, era lo más alto en Rusia (66.7%), Polonia (57.9%) y Puerto Rico (51.1%).
- ✓ El 45% de las personas que viven en el Sudeste Asiático y el 48% de los profesionales de la salud en la región, sienten que las personas con demencia son peligrosas
- ✓ El 60% de las personas, sintió que era importante quitar las responsabilidades de personas que viven con demencia.

Cuidadores

- ✓ La mayoría de los cuidadores, expresaron sentimientos positivos sobre su papel de cuidado.
- ✓ El 52% de los cuidadores, dijeron que su salud se había deteriorado.
- ✓ El 49% de los cuidadores, dijeron que habían sufrido en su trabajo.
- ✓ El 62% de los cuidadores, dijeron que habían sufrido en su vida social.
- ✓ Más del 35% de los cuidadores de todo el mundo, han ocultado el diagnóstico de una persona con demencia.

2.7.3 COSTO MUNDIAL DE LA DEMENCIA

El coste total de la demencia a nivel mundial, ha aumentado de 604, 000 millones de dólares en 2010 a 818, 000 millones de dólares en 2015, lo que supone un incremento del 35,4%. Este importe representa un 1,09% del producto interior bruto (PIB) a nivel mundial.

Aunque este gasto es ya exorbitante, se calcula, que los costos totales superarán el umbral de 1 billón de dólares en 2018, para alcanzar los 2 billones dólares en 2030.

Además de aumentar el número de personas con demencia, habrá un incremento en el gasto medio en la atención médica y asistencial. A medida que aumenta el nivel de ingreso de un país, aumenta también el presupuesto para este tipo de pacientes.

Es en África y el Este asiático, donde se prevé un aumento mayor, debido en gran parte a una revisión al alza de las estimaciones de prevalencia para esas regiones.

En Europa occidental se invierten:

- 50,8 millones de dólares, en atención médica directa, un 19,3% del gasto total de sanidad.
- 113 millones en costos asistenciales directos, un 43% del total.
- 98,9 millones en costos de asistencia informal, un 37,6% del total.

2.7.4 EVOLUCIÓN TEMPORAL PRESENTE Y FUTURO

Casi todos los estudios presuponen que la prevalencia por edad y sexo no variará con el tiempo y que es el aumento del tiempo de vida de las personas, la que provocará esta situación. Los estudios son muy dispares en función de donde se realicen:

- En los países con rentas altas, hay una tendencia a la reducción del número de personas fumadoras y a un mayor cuidado de la salud (colesterol, presión sanguínea y aumento de la actividad física), sin embargo, la obesidad y diabetes van en aumento.

- En países con rentas bajas y medias, se está viendo un aumento de la mortalidad, asociado a un accidente cerebrovascular, cardiopatías, aumento de los niveles de presión arterial y de obesidad.

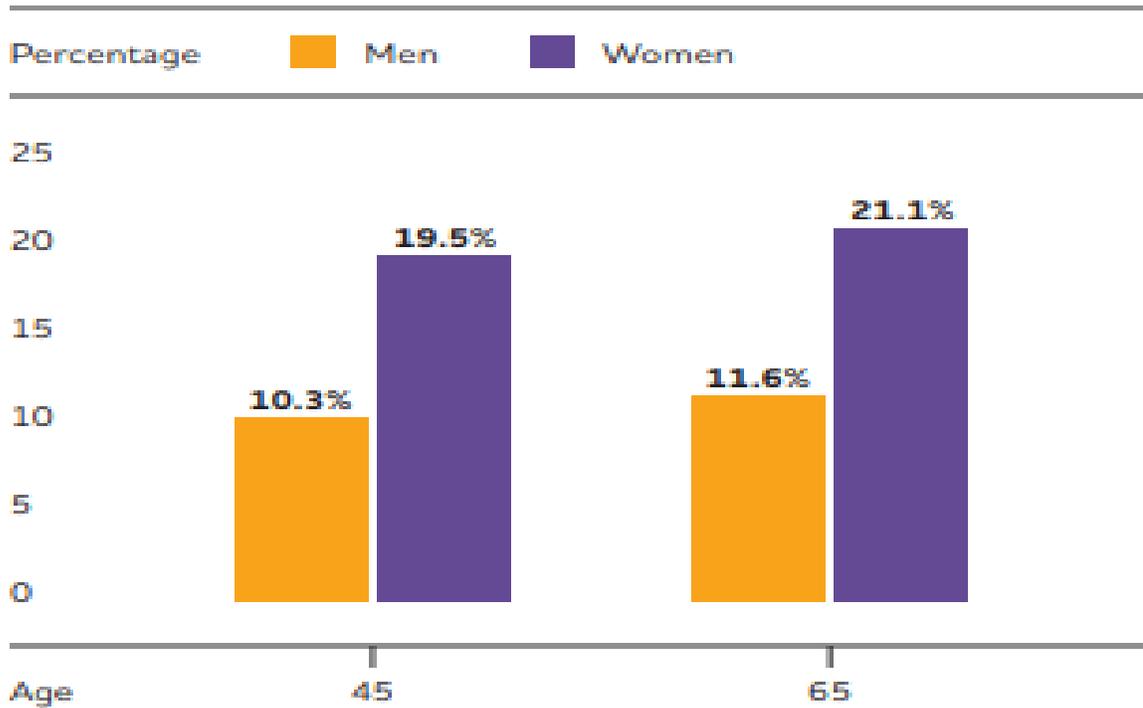


Figura N° 6: Riesgo atribuido de vida por demencia tipo Alzheimer por sexo a las edades de 45- 65 años- 2019

Fuente: (Chêne et al., 2015)

2.8 DEMENCIA Y ENVEJECIMIENTO EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO

Demencia y envejecimiento en los países en vías de desarrollo

Se estima que en el mundo hay cerca de 900 millones de personas mayores de 60 años, un número que aumenta rápidamente gracias a la cada vez mayor esperanza de vida. Esto hace que haya cada vez más personas con enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia y por supuesto demencias tipo Alzheimer. Entre 2015 y 2050, el número de personas mayores se incrementará de la siguiente manera:

- ✓ 56% en países con rentas altas.
- ✓ 138% en países con rentas medio-altas
- ✓ 185% en países con rentas medio-bajas
- ✓ 239% en países con rentas bajas (el triple)

Es fácil darse cuenta de que esto será insostenible en los países más pobres, ya que cuentan con menos recursos profesionales y económicos para cubrir las necesidades que tendrán en breve. Incluso los países de Asia y América Latina, que ahora mismo están teniendo un rápido crecimiento tienen problemas para establecer y garantizar un sistema de protección social para las personas de edad avanzada.

2.9 ESTADÍSTICAS SOBRE ALZHEIMER EN ESPAÑA

El Alzheimer no afecta únicamente a personas mayores, pues cerca de un 9% de los casos corresponden a la demencia precoz (es decir, aquella cuyos síntomas comienzan a aparecer antes de los 65 años). De acuerdo con los estudios realizados en España, la prevalencia de esta enfermedad ronda el 0,05% entre las personas de 40 a 65 años; 1,07% entre los 65-69 años; 3,4% en los 70-74 años; 6,9% en los 75-79 años; 12,1% en los 80-84; 20,1 en los 85-89; y 39,2% entre los mayores de 90 años.

Tomando los datos poblacionales del INE y aplicando esas cifras de prevalencia, el número de personas afectadas en España supera las 700.000 personas entre los mayores de 40 años. En 2050 el número de enfermos se habrá duplicado y se acercará a los dos millones de personas. Por otro lado, existe una diversidad de estimaciones y estudios de prevalencia e incidencia de la enfermedad, pero no se dispone de cifras reales sobre las personas con diagnóstico de la enfermedad. Es por ello necesario insistir en la necesidad de impulsar los sistemas de información ya disponibles en el Sistema Nacional de Salud y de las Comunidades Autónomas que permitan esta cuantificación, así como información básica sobre la caracterización y necesidades de las personas afectadas para planificar y dimensionar recursos, servicios, apoyos,

soluciones y tratamientos, tanto para las personas con Alzheimer como para sus familias. Todos ellos suficientes, adecuados, con un despliegue territorial equilibrado, tanto en las zonas urbanas como rurales.

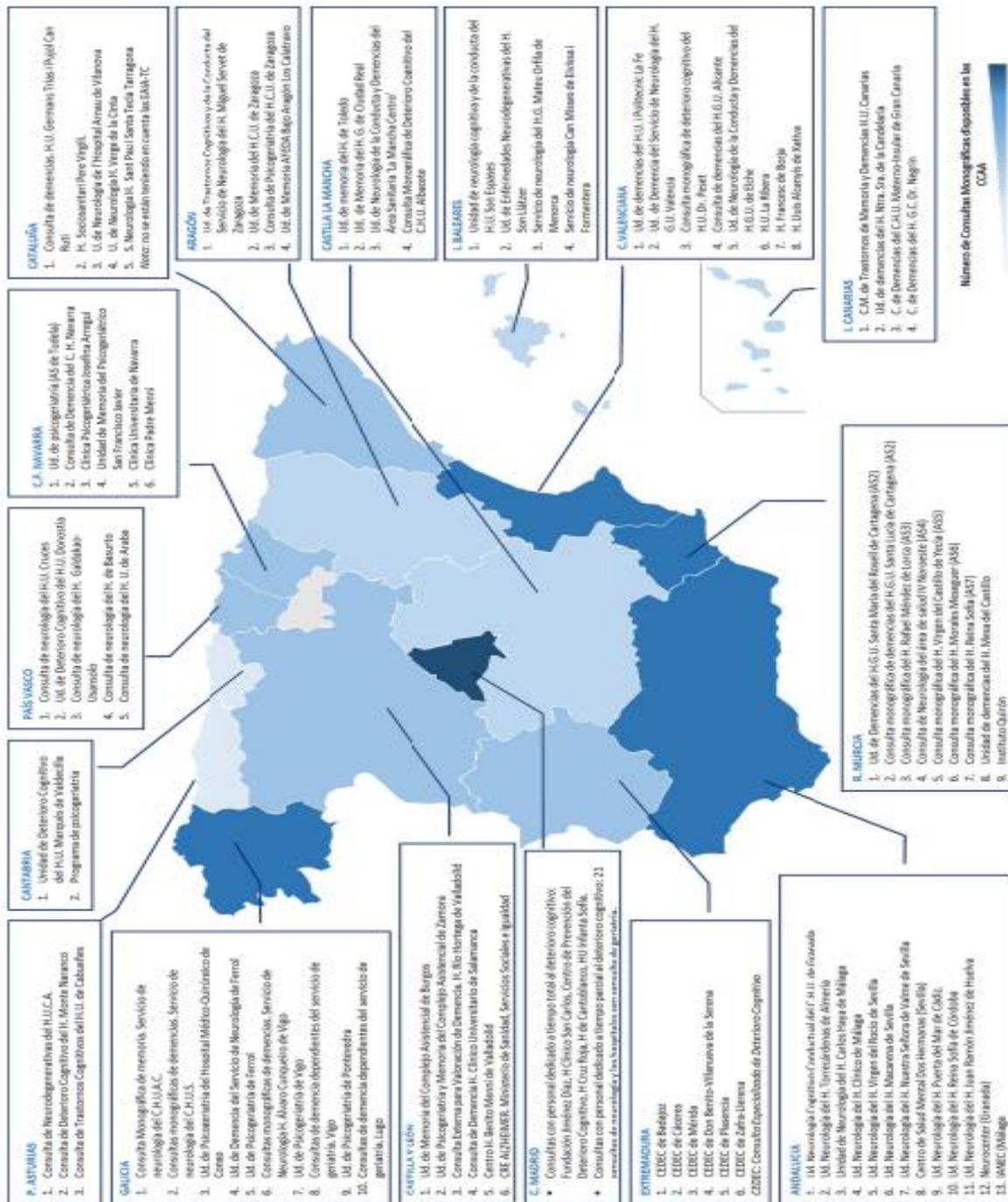


Figura N° 7: Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Año 2018

Fuente: Martínez-Lage et al., 2018

2.9.1 DEFUNCIONES Y SUS CAUSAS EN ESPAÑA. AÑO 2018

La tasa de mortalidad aumentó en 2018 un 0,3% con respecto al año precedente. El 28,3% de las defunciones en 2018 fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio (primera causa de muerte en mujeres) y el 26,4% por tumores (primera causa en hombres). En el año 2018 se produjeron en España 427.721 defunciones, 3.198 más que en el año anterior (un 0,8% más). Por sexo, fallecieron 216.442 hombres (un 1,0% más que en 2017) y 211.279 mujeres (un 0,5% más). La tasa bruta de mortalidad, se situó en 915,3 fallecidos por cada 100.000 habitantes, con un aumento del 0,3% respecto al año anterior. La tasa masculina fue de 944,7 fallecidos por cada 100.000 hombres (con un incremento del 0,7%) y la femenina de 887,1 por cada 100.000 mujeres (sin variación con respecto a 2017). El 96,3% de las defunciones, se debieron a causas naturales (enfermedades). En 2018, fallecieron 411.953 personas por estas causas, un 0,8% más que en 2017.

2.9.2 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR GRUPOS DE ENFERMEDADES

El grupo de enfermedades del sistema circulatorio, volvió a ser la primera causa de muerte, con el 28,3% del total (una tasa de 258,6 fallecidos por cada 100.000 habitantes), seguida de los tumores, con el 26,4% del total (una tasa de 241,2), y de las enfermedades del sistema respiratorio, con el 12,6% (una tasa de 114,9). Respecto al año anterior, los fallecimientos debidos a enfermedades del sistema respiratorio, aumentaron un 4,0%. Por el contrario, los debidos a enfermedades del sistema circulatorio y los originados por tumores, disminuyeron un 1,3% y un 0,5%, respectivamente. Por sexo, los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres (con 297,8 fallecidos por cada 100.000 hombres) y la segunda en mujeres (con 186,7 por cada 100.000 mujeres). El número de fallecimientos por esta causa descendió en ambos sexos, un 0,4% en hombres y un 0,6% en mujeres. Por su parte, las enfermedades del sistema circulatorio, fueron la primera causa de mortalidad femenina (272,5 muertes por cada 100.000) y la segunda entre los varones (244,3).

Los fallecimientos por estas causas disminuyeron un 2,1% en las mujeres y un 0,4% en los hombres.

En el caso de las enfermedades del sistema respiratorio los fallecimientos por esta causa aumentaron un 5,0% en las mujeres y un 3,2% en los hombres.

Capítulos de la CIE-10	Defunciones	%
Total, defunciones	427.721	100,0
Enfermedades del sistema circulatorio	120.859	28,3
Tumores	112.714	26,4
Enfermedades del sistema respiratorio	53.687	12,6
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	26.279	6,1
Trastornos mentales y del comportamiento	22.376	5,2
Enfermedades del sistema digestivo	21.689	5,1
Causas externas de mortalidad	15.768	3,7
Enfermedades del sistema genitourinario	13.941	3,3
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	13.465	3,1
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	10.088	2,4
Enfermedades infecciosas y parasitarias	6.398	1,5
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	5.205	1,2
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	1.946	0,5
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1.826	0,4
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	843	0,2
Afecciones originadas en el periodo perinatal	630	0,1
Embarazo, parto y puerperio	7	0,0

Tabla N° 7 Defunciones según causa de muerte por capítulos de la CIE-10 y sexo. Año 2018. Valores absolutos y porcentajes. 10ª revisión (CIE-10) de la OMS.



Figura N° 8: Defunciones según causa de muerte por capítulos de la CIE-10 y sexo. Año 2018 Tasas brutas por 100.000 habitantes.

2.9.3 ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES COMO CAUSA DE MUERTE

De forma más detallada, dentro de las enfermedades circulatorias, las isquémicas del corazón (infarto, angina de pecho, etc.), volvieron a ocupar el primer lugar en número de defunciones, aunque con un descenso del 3,6% respecto al año anterior. Le siguieron las enfermedades cerebrovasculares, que también descendieron (en este caso un 1,9%).

Por sexo, las enfermedades isquémicas del corazón fueron la primera causa de muerte en los hombres, causando un 3,7% menos de muertes que en 2017.

Entre las mujeres fueron las enfermedades cerebrovasculares (con una disminución del 2,6%). Defunciones y sus causas - Año 2018 (4/8). Los tumores responsables de

mayor mortalidad fueron el cáncer de bronquios y pulmón (con un aumento del 0,2% respecto a 2017) y el cáncer de colon (que causó un 1,2% menos de fallecimientos).

Por sexo, estos dos tipos de cáncer también fueron los más frecuentes entre los hombres. El número de fallecimientos por cáncer de bronquios y pulmón descendió un 0,3%, mientras que el cáncer de colon causó un 1,6% más.

Entre las mujeres el cáncer con mayor mortalidad fue el de mama (con un 0,7% más de defunciones que en 2017), seguido del cáncer de bronquios y pulmón (con un 2,1% más).

Entre las causas más frecuentes, el mayor incremento en el número de defunciones respecto a 2017 se produjo en la demencia (2,4% más en hombres y 3,3% más en mujeres)

	Total	Hombres	Mujeres
Total enfermedades	427.721	216.442	211.279
Enfermedades isquémicas del corazón	31.152	18.423	12.729
Enfermedades cerebrovasculares	26.420	11.435	14.985
Cáncer de bronquios y pulmón	22.133	17.181	4.952
Demencia	21.629	7.144	14.485
Insuficiencia cardíaca	19.142	7.266	11.876
Enfermedad de Alzheimer	14.929	4.454	10.475
Enf. crónicas de las vías respiratorias inferiores (ECVRI)	14.607	10.594	4.013
Enfermedad hipertensiva	12.496	4.108	8.388
Cáncer de colon	11.265	6.690	4.575
Neumonía	10.415	5.430	4.985
Diabetes mellitus	9.921	4.407	5.514
Cáncer de páncreas	7.132	3.299	3.833
Insuficiencia renal	7.120	3.745	3.375
Cáncer de mama	6.621	87	6.534
Cáncer de próstata	5.841	5.841	0

Tabla N° 8: Defunciones según las causas de muerte más frecuentes. Año 2018

2.10 PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS EN LOS EEUU

Millones de estadounidenses padecen Alzheimer u otras demencias. A medida que siga aumentando el tamaño de la población estadounidense de 65 años o más, aumentará el número de personas con Alzheimer u otras demencias. Tanto el número y la proporción aumentarán rápidamente en los próximos años, ya que la población de los estadounidenses se proyecta a mayores de 65 años y que ésta aumente de 56 millones en 2020 a 88 millones en 2050. (He W. et al., 2015, & Bureau, U. C., 2014)

La nueva generación alcanza una edad por encima de los 65 años, (*Profile of Older Americans / ACL Administration for Community Living, 2016*), el rango de edad de mayor riesgo de demencia de Alzheimer (Guerreiro & Bras, 2015); los miembros de esta nueva generación cumplirán 74 años en 2020.

Se estima que 5,8 millones de estadounidenses mayores de 65 años están viviendo con demencia tipo Alzheimer en 2020. El 80% son de 75 años o más (Figura 9). (Hebert et al 2013)

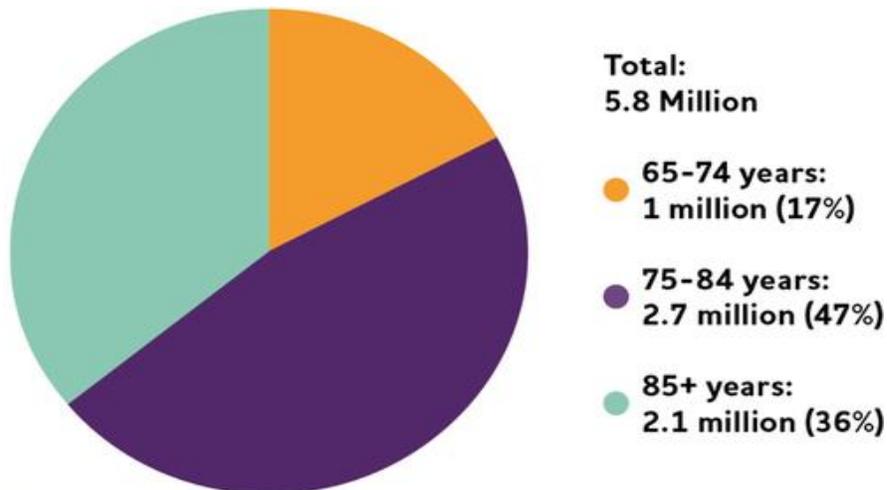


Figura N° 9: Número y edades de personas de 65 años o más con demencia de Alzheimer, 2020. Creado a partir de datos de Hebert et al. 2013

De la población total de Estados Unidos:

- ✓ Una de cada 10 personas (10%) de 65 años o más padece demencia tipo Alzheimer. (Hebert et al 2013 & Bureau, U. C. 2014).
- ✓ El porcentaje de personas con Alzheimer, aumenta con la edad: el 3% corresponden a personas de 65 a 74 años, el 17% de 75 a 84 años y el 32% de las personas de 85 años o más. (Hebert et al 2013).
- ✓ Las personas menores de 65 años también pueden desarrollar Alzheimer, pero es mucho menos común y la prevalencia es incierta.
- ✓ La cantidad estimada de personas de 65 años o más con Alzheimer proviene de un estudio que utilizó los datos más recientes del Censo de EE. UU de 2010 y el Proyecto de Salud y Envejecimiento de Chicago (CHAP), un estudio poblacional de afecciones crónicas de salud de las personas mayores. (Hebert et al 2013).
- ✓ Las estimaciones nacionales de la prevalencia de todas las demencias, no están disponibles en CHAP, pero están disponibles en otros estudios basados en la población, incluido el estudio de Envejecimiento, Demografía y Memoria (ADAMS), una muestra representativa a nivel nacional de adultos mayores (Plasman et al 2007 & Wilson et al 2011) , Según estimaciones de ADAMS, el 14% de las personas de 71 años o más en los Estados Unidos padecen demencia. (Plasman et al., 2007).
- ✓ Algunas personas que ahora se consideran que tienen Alzheimer, pueden no tener los cambios cerebrales biológicos asociados con la enfermedad, porque su diagnóstico se basó en síntomas clínicos en lugar de confirmarse mediante biomarcadores. Tanto los estudios de autopsias como los ensayos clínicos, han encontrado que entre el 15% y el 30% de las personas que cumplían con los criterios de esta enfermedad, presentaban los cambios cerebrales necesarios

relacionados con la enfermedad de Alzheimer al morir. (Kapasi 2017 & Nelson 2011 & James 2016 & Barnes et al., 2015), es decir, estos individuos tenían demencia causada por algo diferente a la enfermedad de Alzheimer por lo que podría haber una sobrevaloración de casos.

Al mismo tiempo, una estimación de la prevalencia basada en biomarcadores se incluiría a aquellas con deterioro cognitivo leve (DCL) debido a la propia enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Alzheimer preclínica que no se cuentan en las estimaciones actuales de prevalencia de la enfermedad de Alzheimer, que son limitadas a aquellos con demencia tipo Alzheimer.

2.10.1 NÚMERO DE PERSONAS CON DEMENCIA DE ALZHEIMER POR ESTADO

En la siguiente tabla, se enumera el número estimado de personas de 65 años o más con demencia de Alzheimer por estado para 2020, el número proyectado para 2025 y el cambio porcentual proyectado en el número de personas con Alzheimer entre 2020 y 2025. (Weuve 2015).

Estado	Número proyectado con Alzheimer (en miles)		Con Incremento porcentual
	2020	2025	2020- 2025
Distrito de Columbia	8,9	9	11
Alabama	96	110	14,6
Alaska	8,5	11	29,4
Arizona	150	200	33,3
Arkansas	58	67	15,5
California	690	840	21,7
Colorado	76	92	21,1
Connecticut	80	91	13,8
Delaware	19	23	21,1
Florida	580	720	24,1
Georgia	150	190	26,7
Hawái	29	35	20,7
Idaho	27	33	22,2
Illinois	230	260	13,0
Indiana	110	130	18,2
Iowa	66	73	10,6
Kansas	55	62	12,7
Kentucky	75	86	14,7
Luisiana	92	110	19,6
Maine	29	35	20,7
Maryland	110	130	18,2
Massachusetts	130	150	15,4
Michigan	190	220	15,8
Minnesota	99	120	21,2
Misisipí	57	65	14
Misuri	120	130	8,3
Montana	22	27	22,7
Nebraska	35	40	14,3
Nevada	49	64	30,6
New Hampshire	26	32	23,1
New Jersey	190	210	10,5
Nuevo México	43	53	23,3
Nueva York	410	460	12,2
Carolina del Norte	180	210	16,7
Dakota del Norte	15	16	6,7
Ohio	220	250	13,6
Oklahoma	67	76	13,4
Oregón	69	84	21,7
Pensilvania	280	320	14,3
Rhode Island	24	27	12,5
Carolina del Sur	95	120	26,3
Dakota del Sur	18	20	11,1
Tennessee	120	140	16,7
Texas	400	490	22,5
Utah	34	42	23,5
Vermont	13	17	30,8
Virginia	150	190	26,7
Washington	120	140	16,7
Virginia del Oeste	39	44	12,8
Wisconsin	120	130	8,3

Tabla Nº 9. Proyecciones del número total de estadounidenses de 65 años o más con demencia de Alzheimer por estado

Fuente: Weuve J, Hebert LE, Scherr PA, Evans DA. Prevalence of Alzheimer disease in U.S. states. *Epidemiology* 2015;26(1): E4-6.

La tabla 9, enumera el número estimado de personas de 65 años o más con Alzheimer por estado para el 2020, el número proyectado para el 2025 y el cambio porcentual proyectado en el número de personas con Alzheimer entre 2020 y 2025

En la siguiente figura, se espera que entre 2020 y 2025 todos los estados del país experimenten un aumento de al menos un 6,7% en el número de personas con Alzheimer. Estos aumentos proyectados en el número de personas con Alzheimer, se deben únicamente a los aumentos proyectados en la población de 65 años o más en estos estados. Debido a que los factores de riesgo de la demencia, como la obesidad en la mediana edad y la diabetes, pueden variar drásticamente según la región y el estado, los patrones regionales de la carga futura pueden ser diferentes. Según estas proyecciones, se espera que el oeste y el sureste, experimenten el mayor porcentaje de aumentos de personas con demencia de Alzheimer entre 2020 y 2025. Estos aumentos tendrán un impacto marcado en los sistemas de atención médica de los estados, con los costos de la atención y el apoyo a largo plazo para muchos residentes mayores con demencia, incluidos más de una cuarta parte de los beneficiarios de Medicare (seguro de cuidado médico), con Alzheimer u otras demencias. (Alzheimer's Disease Facts and Figures, 2019)

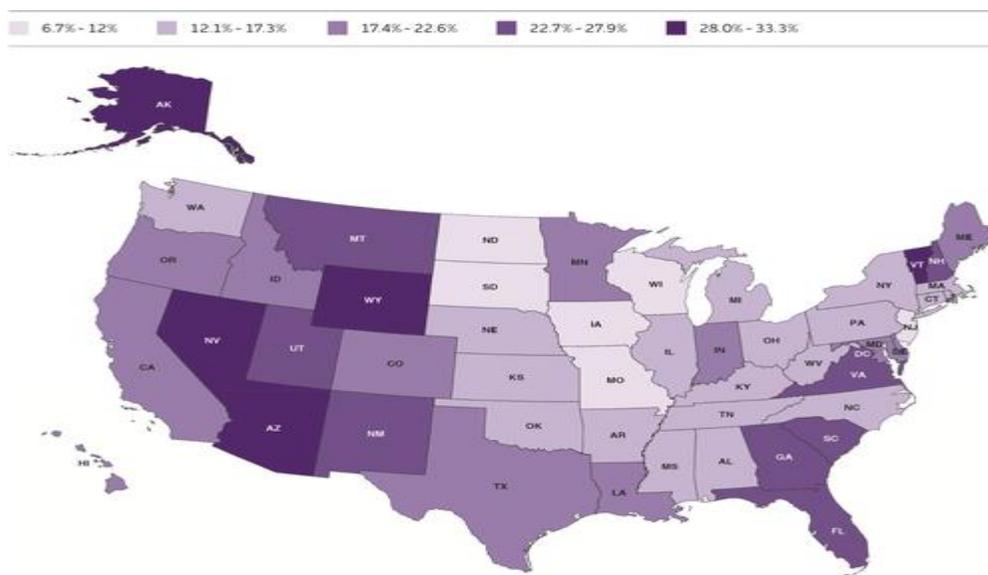


Figura N° 10: Aumentos proyectados entre 2020 y 2025 en la prevalencia del Alzheimer por estado

2.10.2 INCIDENCIA DEL ALZHEIMER

Según un estudio que utilizó datos de las poblaciones establecidas para el estudio epidemiológico de los ancianos, aproximadamente 491.000 personas de 65 años o más desarrollarán la demencia tipo Alzheimer en los Estados Unidos en 2020. (Hebert 2001). Otros estudios, han llegado a estimaciones de incidencia que son mucho más altas. Por ejemplo, según las estimaciones de CHAP, aproximadamente 910.000 personas de 65 años o más, desarrollaron Alzheimer en los Estados Unidos en 2011, un número que se esperaría que fuera aún mayor en 2020 si las estimaciones de CHAP estuvieran disponibles para ese año. (Rajan K. 2017). El número de casos nuevos de Alzheimer, aumenta drásticamente con la edad: según estimaciones de CHAP, en 2011 la incidencia anual promedio en personas de 65 a 74 años fue del 0,4% (lo que significa que cuatro de cada 1000 personas de 65 a 74 años desarrollaron Alzheimer en 2011); en personas de 75 a 84 años, la incidencia anual fue del 3,2% (32 de cada 1000 personas); y para la edad de 85 años o más (el "mayor de edad"), la incidencia fue del 7,6% (76 de cada 1000 personas), (Rajan K. 2017). Debido al número cada vez mayor de personas de 65 años o más en los Estados Unidos, en particular los de mayor edad, se proyecta que el número anual de nuevos casos de Alzheimer y otras demencias se duplique para el 2050. (Hebert 2001)

2.10.3 RIESGO DE POR VIDA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

El riesgo de por vida es la probabilidad de que alguien de una edad determinada que no tenga una afección en particular, desarrolle la afección durante el resto de su vida. Los datos del Framingham Heart Study, se utilizaron para estimar los riesgos de por vida de la demencia de Alzheimer por edad y sexo. (Chene G. 2015). El estudio encontró que el riesgo estimado de por vida de demencia de Alzheimer a los 45 años, era aproximadamente uno de cada cinco (20%) para las mujeres y uno de cada 10 (10%) para los hombres. Los riesgos para ambos sexos eran ligeramente mayores a los 65 años. (Chene G., 2015)

2.10.4 DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN LA PREVALENCIA Y EL RIESGO DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Más mujeres que hombres tienen Alzheimer u otras demencias. Casi dos tercios de los estadounidenses con Alzheimer son mujeres. (Herbert LE, 2013). De los 5,8 millones de personas de 65 años o más con Alzheimer en los Estados Unidos, 3,6 millones son mujeres y 2,2 millones son hombres (Herbert LE 2013). Según estimaciones de ADAMS, entre las personas de 71 años o más, el 16% de las mujeres tienen Alzheimer u otras demencias en comparación con el 11% de los hombres. (Plassman, B. et al 2007)

La razón predominante que se ha señalado para la mayor prevalencia de Alzheimer y otras demencias en las mujeres, es que las mujeres viven más que los hombres en promedio, y la edad avanzada es el mayor factor de riesgo de Alzheimer. (Chene G. et al 2015 & Hebert, L. et al 2001). Cuando se trata de diferencias en el riesgo real de desarrollar Alzheimer u otras demencias para hombres y mujeres de la misma edad, los hallazgos han sido contradictorios.

La mayoría de los estudios de incidencia en los Estados Unidos no han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en la proporción que desarrolla Alzheimer u otras demencias a una edad determinada. (Evans et al., 2003), (Tom et al., 2015), (Hebert, L. et al 2001), (C. Kawas, S. Gray, R. Brookmeyer, J. Fozard, A. Zonderman, 2000). Sin embargo, algunos estudios europeos, han informado una mayor incidencia entre las mujeres en edades mayores, (Fratiglioni, L., et al 1993), (Letenneur, L., et al 1999) y un estudio del Reino Unido, informó una mayor incidencia para los hombres (Matthews, F., et al 2016). Las diferencias en el riesgo de demencia entre hombres y mujeres pueden, por tanto, depender de la edad y / o la región geográfica. (Mielke, M., et al 2018), (Rocca W. A. 2017).

Si existe una diferencia en el riesgo de Alzheimer u otras demencias entre hombres y mujeres, existen varias posibles explicaciones biológicas y sociales. (Mielke, M., et al., 2018), (Mielke, M., 2014).

Una explicación puede ser, las diferencias en la distribución o incluso el efecto de los factores de riesgo de demencia entre hombres y mujeres. Si el riesgo de las mujeres de padecer Alzheimer u otras demencias es mayor, es posible que un menor nivel educativo en las mujeres que en los hombres nacidos en la primera mitad del siglo XX pueda explicar parte del riesgo elevado, ya que la educación formal limitada es un factor de riesgo para demencia. (Rocca, W, et al 2014).

Esta explicación requiere más investigación, pero hay evidencia de que los aumentos en los logros educativos a lo largo del tiempo en los Estados Unidos, que han sido más sustanciales para las mujeres que para los hombres, han llevado a una disminución del riesgo de demencia. (Langa, K., et al., 2017). Curiosamente, los estudios europeos han encontrado que la relación entre una educación inferior y los resultados de la demencia puede ser más fuerte en las mujeres que en los hombres. (Laurner L., et al., 1999), (Russ T., et al., 2013)

Algunos estudios han atribuido una diferencia observada en el riesgo de demencia entre hombres y mujeres a diferencias en los factores de salud. Un estudio que utilizó los datos del Framingham Heart Study, sugirió que los hombres del estudio parecen tener un riesgo menor de demencia debido al "sesgo de supervivencia", en el que los hombres que sobrevivieron más allá de los 65 años y fueron incluidos en el estudio, eran los que tenían un sistema cardiovascular más saludable. Según el perfil de riesgo, los hombres tienen una mayor tasa de muerte por enfermedad cardiovascular en la mediana edad que las mujeres y, por lo tanto, un menor riesgo de demencia. (Seshadri, S., et al 1997). Se necesita más investigación para apoyar esta interpretación.

Otra investigación está evaluando si el riesgo de Alzheimer en realidad podría ser mayor para las mujeres a cualquier edad debido a diferencias genéticas o susceptibilidad diferente a la patología de Alzheimer. (Carter, C., et al., 2012).

Varios estudios, han demostrado que el genotipo APOE - e4, el factor de riesgo genético más conocido para la demencia de Alzheimer, puede tener una asociación más fuerte con el Alzheimer (Altmann, A., et al., 2014), (Ungar, L., et al., 2014) y la neurodegeneración (Hohman, T. et al., 2018) (Seshadri, S., et al., 1997) en mujeres que en hombres. Sin embargo, un metaanálisis reciente, no encontró diferencias entre hombres y mujeres en la asociación entre el genotipo APOE y el Alzheimer en general, aunque hubo un riesgo elevado para las mujeres con el genotipo APOE - e4 en ciertos rangos de edad. (Neu, S., e al., 2017).

Se desconoce por qué el gen APOE, podría conllevar un riesgo diferente para las mujeres, pero alguna evidencia sugiere que puede deberse a una interacción entre el genotipo APOE y la hormona sexual estrógeno. (Yaffe, K., et al 2000), (Kang, J., 2012).

Finalmente, existe alguna evidencia de que las mujeres muestran un deterioro cognitivo y una neurodegeneración más rápidos que los hombres a pesar de tener niveles similares de beta-amiloide y tau, lo que significa que las proteínas características de la enfermedad de Alzheimer pueden tener más efectos negativos para las mujeres que para los hombres. (Barnes, L., et al., 2005), (Koran, M., et al., 2017), (Buckley, R., et al 2018)

2.10.5 DIFERENCIAS RACIALES Y ÉTNICAS EN LA PREVALENCIA DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Aunque hay más blancos no hispanos que viven con Alzheimer y otras demencias que cualquier otro grupo racial o étnico en los Estados Unidos (porque los blancos

no hispanos son el grupo racial/étnico más grande del país), los negros/afroamericanos e hispanos/latinos mayores, los latinos, son desproporcionadamente más propensos que los blancos mayores a tener Alzheimer u otras demencias. (Dilworth- Anderson, P., et al., 2008), (Steeland K., et al., 2016), (Anderson, N. 2004), (Demirovic, J., et al., 2003), (Harwood, D., 2000), (Perkins, P., et al., 1997).

La mayoría de los estudios, indican que los negros/afroamericanos mayores, tienen aproximadamente el doble de probabilidades de tener Alzheimer u otras demencias que los blancos mayores. (Potter, G. et al., 2009), (Gurland, B. J., et al., 1999), (Rajan, K. B., 2019).

Algunos estudios indican que los hispanos/ latinos mayores, tienen aproximadamente una vez y media más probabilidades de tener Alzheimer u otras demencias que los blancos mayores. (Gurland, B. J., et al., 1999), (Haan, M. et al., 2003), (Samper-Ternent, T., et al., 2012). Sin embargo, los hispanos / latinos, comprenden un grupo muy diverso en términos de historia cultural, ascendencia genética y perfiles de salud, y hay evidencia de que la prevalencia puede diferir de un grupo étnico hispano / latino específico a otro (por ejemplo, mexicano-americanos comparados con caribeños). (González H., et al., 2019), (Mehta, K., 2017).

La mayor prevalencia de la demencia de Alzheimer en grupos raciales y étnicos minoritarios en comparación con los blancos, parece deberse a una mayor incidencia de demencia en estos grupos. (Yaffe, K., et al 2013).

Las variaciones en las afecciones médicas, los comportamientos relacionados con la salud y los factores de riesgo socioeconómico entre los grupos raciales, probablemente explican la mayoría de las diferencias en el riesgo de Alzheimer y otras demencias. (Perkins, P., et al., 1997).

A pesar de algunas pruebas de que la influencia de los factores de riesgo genéticos en el Alzheimer y otras demencias, puede diferir según la raza, (Weuve, J., et al 2018), (Reitz C., 2013), (Froehlich, T. et al., 2001), los factores genéticos, no parecen explicar las grandes diferencias en la prevalencia o incidencia entre los grupos raciales (Yaffe, K., et al., 2013) (Froehlich, T. et al., 2001), (Chin, A., 2011).

En cambio, se cree que las condiciones de salud, como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, que están asociadas con un mayor riesgo de Alzheimer y otras demencias, explican estas diferencias, ya que son más frecuentes en personas negras / afroamericanas e hispanas / latinas. (Lines L., et al., 2014), (Glymour MM, 2008).

Las características socioeconómicas, incluidos los niveles más bajos y la calidad de la educación, las tasas más altas de pobreza y una mayor exposición a la adversidad y la discriminación, también pueden aumentar el riesgo en las comunidades negras / afroamericanas e hispanas / latinas (a su vez, pueden contribuir a la salud condiciones mencionadas anteriormente). (Weuve, J., et al., 2018), RTI International, & Lines, L. 2014). (Glymour MM, 2008), (Zhang, Z. et al., 2016).

Algunos estudios sugieren que las diferencias basadas en la raza y la etnia no persisten en los análisis rigurosos que tienen en cuenta estos factores. (Matthews et al., 2019), (Plassman BL, et al., 2007) (Yaffe, K., et al., 2013). Existe evidencia de que los diagnósticos perdidos de Alzheimer y otras demencias, son más comunes entre los negros/afroamericanos e hispanos/latinos mayores que entre los blancos mayores. (Clark, P. C., 2005), (Fitten, L. J., 2001). Según los datos de los beneficiarios de Medicare de 65 años o más, se ha estimado que se ha diagnosticado Alzheimer u otra demencia en el 10,3% de los blancos, el 12,2% de los hispanos/latinos y el 13,8% de los negros/afroamericanos. Aunque las tasas de diagnóstico, fueron más altas entre los negros/afroamericanos que, entre los blancos, según los estudios de prevalencia que detectan a todas las personas que tienen

demencia independientemente de su uso del sistema de atención médica, las tasas deberían ser aún más altas para los negros/afroamericanos. (Matthews KA., 2019),

Hay menos datos de estudios de cohortes basados en la población con respecto a la prevalencia nacional de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en grupos raciales y étnicos distintos de los blancos, negros/afroamericanos e hispanos/latinos. Sin embargo, un estudio que examinó los registros médicos electrónicos de los miembros de un gran plan de salud en California, indicó, que la incidencia de demencia, determinada por la presencia de un diagnóstico de demencia en los registros médicos de los miembros, era más alta en negros/afroamericanos, intermedia para latinos (el término utilizado en el estudio para aquellos que se reportaron como latinos o hispanos) y blancos, y el más bajo para los estadounidenses de origen asiático. (Mayeda et al., 2016). Un estudio de seguimiento con la misma cohorte mostró heterogeneidad dentro de los subgrupos asiático americanos, pero todos los subgrupos estudiados tuvieron una menor incidencia de demencia que los blancos. (Mayeda et al., 2017)

Una revisión sistemática reciente de la literatura, encontró que los estadounidenses de origen japonés eran el único subgrupo de estadounidenses de origen asiático con datos de prevalencia confiables y que tenían la prevalencia más baja de demencia, en comparación con todos los demás grupos étnicos. (Mehta, K. M., 2017). Se necesitan más estudios, especialmente aquellos que involucran cohortes poblacionales, para sacar conclusiones sobre la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en diferentes grupos y subgrupos raciales.

2.10.6 MIRANDO AL FUTURO: ENVEJECIMIENTO MAYOR

- ✓ Para 2025, se prevé que el número de personas de 65 años o más con demencia de Alzheimer alcance los 7,1 millones, casi un aumento del 22% con respecto a los 5,8 millones de 65 años o más afectados en 2020 (Hebert et al., 2013).

- ✓ Para 2050, se prevé que el número de personas de 65 años o más con demencia de Alzheimer alcance los 13,8 millones, salvo que se desarrollen avances médicos para prevenir, retrasar o curar la enfermedad de Alzheimer. (Hebert et al., 2013).

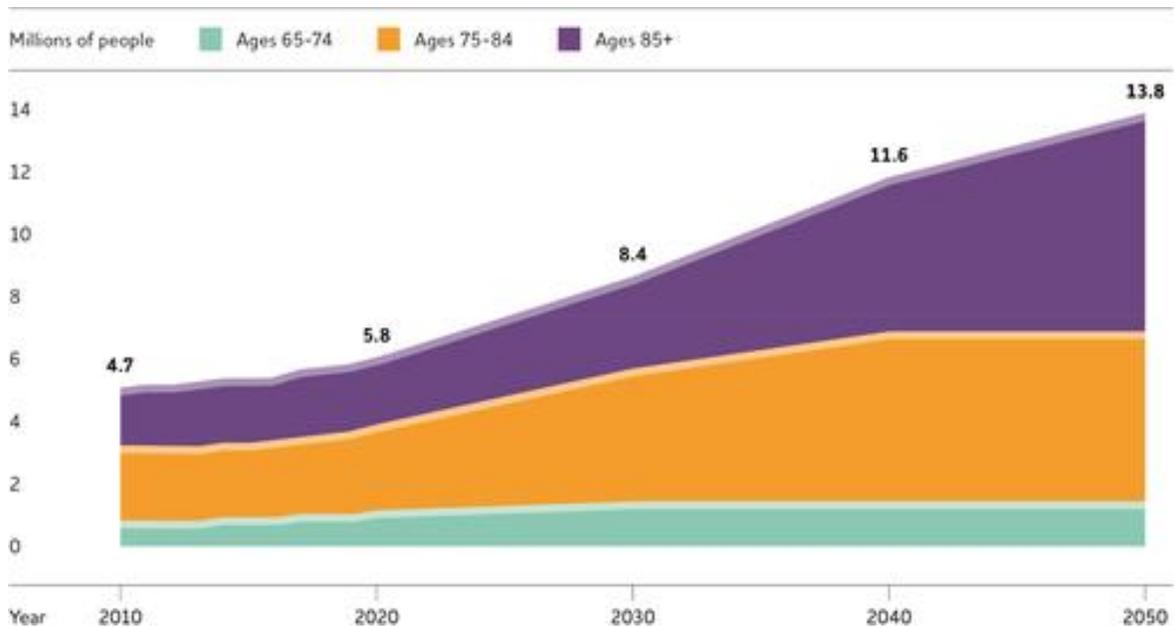


Figura N°11: Número proyectado de personas de 65 años o más (total y por edad) en la población de EE. UU con demencia de Alzheimer, 2010 a 2050. Creado a partir de datos de Hebert et al.2013

2.10.7 MORTALIDAD Y MORBILIDAD

La enfermedad de Alzheimer, figura oficialmente como la sexta causa principal de muerte en los Estados Unidos. (Heron, M., 2016). Es la quinta causa principal de muerte entre las personas de 65 años o más. Sin embargo, puede causar incluso más muertes de las que reconocen las fuentes oficiales. El Alzheimer, también es una de las principales causas de discapacidad y mala salud (morbilidad). Antes de que una persona con Alzheimer muera, vive años de morbilidad a medida que avanza la enfermedad.

2.10.8 MUERTES POR ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Es difícil determinar cuántas muertes son causadas por la enfermedad de Alzheimer cada año debido a la forma en que se registran las causas de muerte. Según datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), 122,019 personas murieron a causa de la enfermedad de Alzheimer en 2018, el último año del que hay datos disponibles. El CDC considera que una persona ha muerto de Alzheimer, si el certificado de defunción enumera el Alzheimer como la causa subyacente de la muerte, definida como "la enfermedad o lesión que inició la serie de eventos que conducen directamente a la muerte (*WHO / The World health report 2004*).

En los Estados Unidos, la enfermedad de Alzheimer se cuenta como una causa de muerte que puede clasificarse frente a otras causas principales de muerte, como el cáncer y las enfermedades cardíacas, pero las muertes debidas a otros tipos de demencia diagnosticada clínicamente, no se clasifican de esta manera. El número de muertes por demencia de cualquier tipo, es mucho mayor que el número de muertes por Alzheimer reportadas. En 2018, alguna forma de demencia fue la causa subyacente de muerte registrada oficialmente para 266,957 personas (esto incluye las 122,019 de la enfermedad de Alzheimer). (Kramarow & Tejada-Vera, 2019). Por lo tanto, el número de muertes por todas las causas de demencia, incluso las que figuran en los certificados de defunción, es más del doble que el número de muertes por Alzheimer reportadas.

2.10.9 MUERTES POR ENFERMEDAD DE ALZHEIMER POR ESTADO

La Tabla 10, proporciona información sobre la cantidad de muertes debidas a la enfermedad de Alzheimer por estado en 2018, el año más reciente para el que se dispone de datos estado por estado. Esta información se obtuvo de los certificados de defunción y, refleja la condición identificada por el médico, como la causa subyacente de la muerte. Estos datos también proporcionan tasas de mortalidad anual

por estado para comparar el riesgo de muerte debido a la enfermedad de Alzheimer en estados con diferentes tamaños de población. Para los Estados Unidos en su conjunto, en 2018, la tasa de mortalidad por enfermedad de Alzheimer fue de 37,3 muertes por cada 100.000 personas. (U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention 1999-2018- 2020).

Estado	Número de muertes	Tasa de mortalidad
Alabama	2.616	53,5
Arkansas	131	17,8
Arizona	3,012	42
Arkansas	1,457	48,3
California	16.627	42
Colorado	1,649	29
Connecticut	986	27,6
Delaware	412	42,6
Distrito de Columbia	105	14,9
Florida	6.725	31,6
Georgia	4.513	42,9
Hawái	480	33,8
Idaho	666	38
Illinois	403	31,6
Indiana	2,668	39,9
Iowa	1.439	45,6
Kansas	899	30,9
Kentucky	1,674	37,5
Luisiana	2,166	46,5
Maine	580	43,3
Maryland	1.122	18,6
Massachusetts	1.823	26,4
Michigan	4.474	44,8
Minnesota	2,436	43,4
Misisipí	1,547	51,8
Misuri	2,641	43,1
Montana	310	29,2
Nebraska	683	35,4
Nevada	704	23,2
New Hampshire	487	35,9
New Jersey	2710	30,4
Nuevo México	583	27,8
Nueva York	3.755	19,2
Carolina del Norte	4.495	43,3
Dakota del Norte	356	46,8
Ohio	5.391	46,1
Oklahoma	1,739	44,1
Oregón	1.868	44,6
Pensilvania	4.064	31,7
Rhode Island	470	44,5
Carolina del Sur	2.616	51,5
Dakota del Sur	437	49,5
Tennessee	3.488	51,5
Texas	9,763	34
Utah	1.024	32,4
Vermont	333	53,2
Virginia	2.592	30,4
Washington	3.752	49,8
Virginia del Oeste	791	43,8
Wisconsin	2,453	42,2
Wyoming	277	47,9

Tabla N° 10. Número de muertes y tasa de mortalidad anual (por cada 100.000 personas) debido a la enfermedad de Alzheimer por estado, 2018

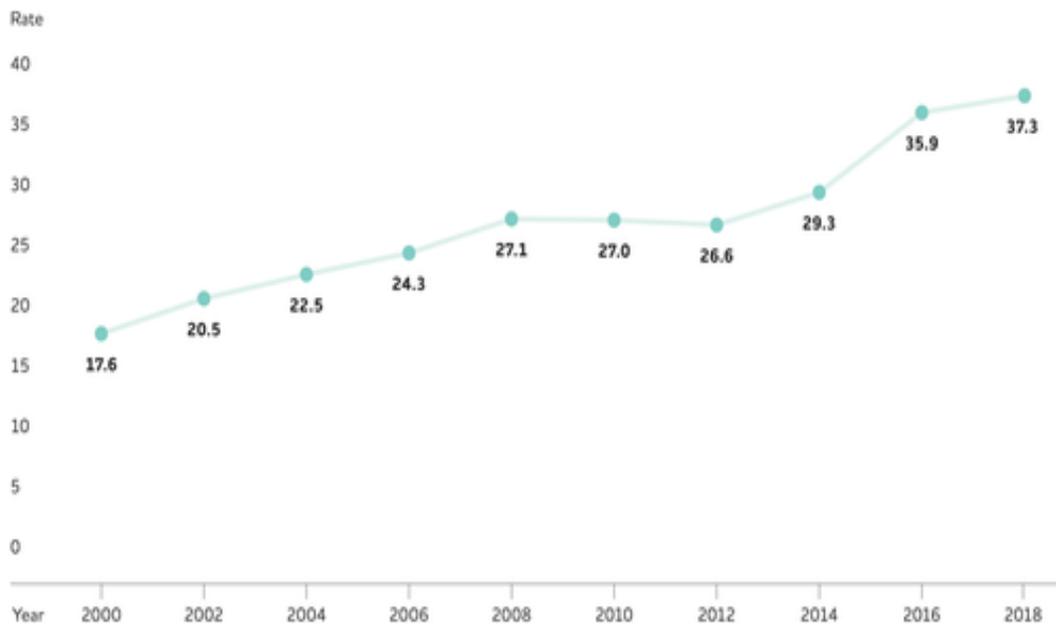


Figura N° 12: Tasa anual de mortalidad por Alzheimer en los Estados Unidos (por cada 100.000 personas) por año. Creado a partir de datos del Centro Nacional de Estadísticas de Salud. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention 1999- 2018 (2020)

Años	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
45-54	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3
55-64	2	1,9	1,8	2,1	2,2	2,1	2,2	2,1	2,7	2,9
65-74	18,7	19,6	19,5	19,9	21,1	19,8	17,9	19,6	23,6	24,7
75-84	139,6	157,7	168,5	175,0	192,5	184,5	175,4	185,6	214,1	213,9
85+	667,7	790,9	875,3	923,4	1.002,2	987,1	936,1	1.006,8	1.216,9	1.225,3

Tabla N° 11. Tasas anuales de muerte por Alzheimer en EE. UU. (Por cada 100.000 personas) por edad y año. Creado a partir de datos del Centro Nacional de Estadísticas de Salud. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention 1999-2018 (2020)

Duración de la enfermedad desde el diagnóstico hasta la muerte

Los estudios indican, que las personas de 65 años o más, sobreviven un promedio de 4 a 8 años después de un diagnóstico de demencia de Alzheimer, aunque algunas viven hasta 20 años con demencia de Alzheimer. (Mitchell et al., 2005), (Ganguli et al., 2005) (Waring et al., 2005) (Brookmeyer et al., 2002) (Larson et al., 2004) (Helzner et al., 2008) (Brodaty et al., 2012) (Todd et al., 2013). Esto refleja la progresión lenta, insidiosa e incierta de la enfermedad de Alzheimer. Una persona que vive entre los 70 y los 80 años con Alzheimer pasará un promedio del 40% de este tiempo en la etapa grave. (Arrighi et al., 2010). Gran parte de este tiempo lo pasará en un hogar de ancianos. A los 80 años, aproximadamente, el 75% de las personas con Alzheimer viven en un hogar de ancianos, en comparación con sólo el 4% de la población general de 80 años. (Arrighi et al., 2010). En total, se estima que, dos tercios de las personas que mueren por demencia, lo hacen en hogares de ancianos, en comparación con el 20% de las personas con cáncer y el 28% de las personas que mueren por todas las demás afecciones. (Mitchell et al., 2005)

Carga de la enfermedad de Alzheimer

La larga duración de la enfermedad antes de la muerte, contribuye significativamente al impacto de la enfermedad de Alzheimer en la salud pública porque gran parte de ese tiempo se pasa en un estado de discapacidad y dependencia. Los científicos, han desarrollado métodos para medir y comparar la carga de diferentes enfermedades en una población, de una manera que tenga en cuenta no solo la cantidad de personas con la afección, sino también la cantidad de años de vida perdidos debido a esa enfermedad y la cantidad de años sanos de vida perdidos por encontrarse en estado de discapacidad. Los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que es la suma del número de años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura (AVP) y el número de años vividos con discapacidad (AVD), totalizados en todos aquellos con la enfermedad o lesión. Estas medidas indican que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad muy onerosa, no solo para las personas con la enfermedad, sino también para sus familias y cuidadores informales, y que la carga de la enfermedad

de Alzheimer ha aumentado de manera más dramática en los Estados Unidos que la carga de otras enfermedades en años recientes.

Según el sistema de clasificación de la Carga Global de Enfermedad más reciente, la enfermedad de Alzheimer pasó de ser la doceava enfermedad o lesión más gravosa en los Estados Unidos en 1990, al sexto en 2016 en términos de AVAD. En 2016, la enfermedad de Alzheimer fue la cuarta enfermedad o lesión más alta en términos de el aumento de los años de vida perdidos (AVP) y la de, en términos de años de vida perdidos por discapacidad o enfermedad (AVAD o DALY); ha aumentado dramáticamente más en los Estados Unidos que la carga de otras enfermedades en los últimos años. En resumen, estas estadísticas indican que la enfermedad de Alzheimer no solo es responsable de la muerte de una mayor cantidad de estadounidenses, sino también que la enfermedad, está contribuyendo a más casos de mala salud y discapacidad en los EEUU.

2.11 ALZHEIMER EN EL PERÚ

En Latinoamérica (LA), la prevalencia de demencia en individuos mayores de 65 años de edad es 7,1% (Nitrini et al., 2009), y se estima que 7,6 millones en LA y el Caribe desarrollarán demencia en el 2030 (Prince, 2015). En Lima, de 1532 individuos evaluados, se encontró una prevalencia de 6,85%, de enfermedad de Alzheimer (EA). La prevalencia de 2,40% en el grupo de edad entre 65 a 69 años, se incrementa hasta 20,20% en el grupo entre 85 a 89 años y, 33,07% entre aquellos de 90 a 94 (Prince, 2015), esto se debe preferentemente, a la transición demográfica y al incremento de la esperanza de vida. (Nitrini et al., 2009 & Prince et al., 2015).

En el número total de individuos mayores de 60 años de edad, en el 2000 fue de 41,3 millones y se ha estimado un promedio de 57 millones para el año 2025. La esperanza de vida en LA para el 2050 será de 80 años de edad; y en el Perú la esperanza de vida actualmente es 75 años de edad (2016). Se ha calculado que la tasa de analfabetismo alcanza el 21,2% en los mayores de 60 años de edad y es mayor en el género femenino

(32,4% vs 9,3% del género masculino). Por otro lado, la población que tiene solo educación primaria es del 21,9% y es mayor en las zonas rurales (43% vs. 16% de las zonas urbanas), esto es importante dada la brecha de la necesidad de realizar pruebas cognitivas leves (PCBs) y el acceso al servicio de atención primaria.

En el Perú se han validado las pruebas cognitivas breves (PCBs) en individuos con alto nivel de instrucción, como prueba de dibujo del reloj-versión de Manos (PDR-M), Addenbrooke's Cognitive examination (ACE) y el test de alteración de memoria (T@M); por lo que aún nos falta mucho por investigar (Custodio, 2016).

Por otro lado, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en nuestro país la esperanza de vida en el periodo 2015-2020 es de 75,3 años, y se proyecta que entre 2045 y 2050 será de 82,1 años, para luego incrementar a 88,1 en el periodo 2095-2100. (*World Population Prospects: The 2017 Revision | Multimedia Library - United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2017.*)

Los resultados del XII Censo de Población y VII de Vivienda realizados en 2017, muestran que existen 3'497.576 personas con 60 años a más (52,60% mujeres y 47,40% hombres), representando el 11,9% de la población total (Envejecer en el Perú, 2019), más del doble que en 1950, año en el que la población adulta mayor tan solo representaba al 5,7% del total.

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía–División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), proyecta que, en 2050, la población adulta mayor se incrementará al 22,4% (Paz et al., 2004). Esto obedece a múltiples factores como, el avance de la tecnología y las ciencias médicas, que han permitido que las personas vivan más años. Por su parte, la disminución del número de nacimientos también se debe a varios motivos, siendo uno fundamental el nuevo rol asumido por las mujeres y su participación en el ámbito laboral.

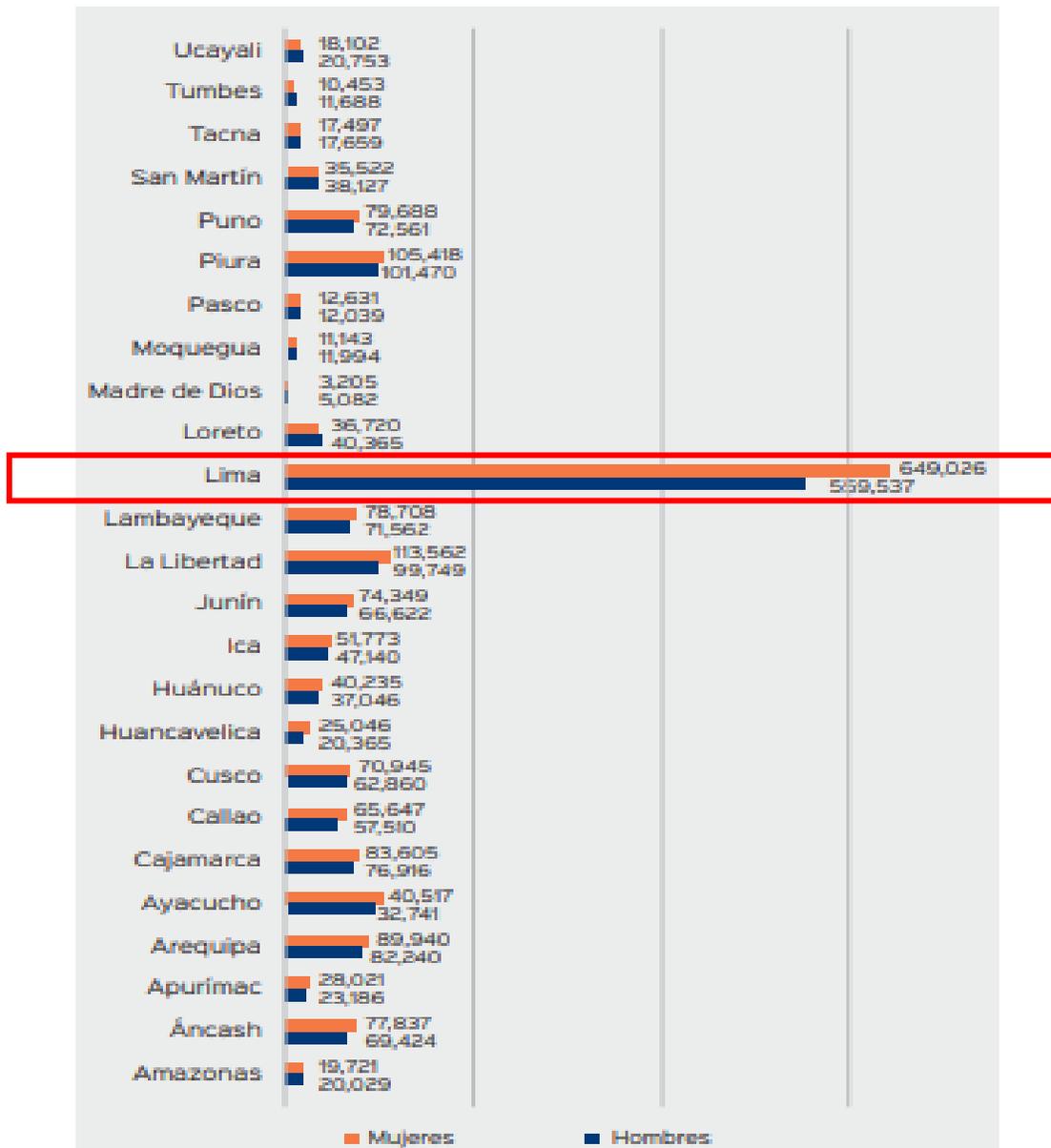


Figura N° 13: Población adulta mayor por Departamento y sexo. Fuente: INEI - XII Censo de Población y VII de Vivienda (2017)

2.11.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Los costos de la demencia son muy onerosos para la sociedad y se ha estimado que han alcanzado 1 trillón de dólares a nivel mundial en 2019 (Wimo et al.,2017). La escala de estos costos está dividida para la salud pública, respuesta de las políticas,

para abogar por una mayor financiación pública y privada, para la investigación y tratamiento.

Debido a que los costos de la atención de la demencia son altos y no sostenibles, la evaluación de la sostenibilidad de los costos, requiere la consideración de un rango más amplio de factores económicos, fiscales, políticos y públicos.

Además de considerar la importancia económica, de la demencia, el valor real del costo de los estudios de demencia (que se basan en datos de nivel individual) se encuentra, por ejemplo, en: la atención médica para pacientes hospitalizados, atención primaria, medicamentos, servicio social, psicología, quien asume los costos (salud o sistema de asistencia social, familias), acceso a los servicios (Byford, et al., 2000& Tarricone, 2006).

2.11.2 CARGA DE ENFERMEDAD EN EL PERÚ

En el Perú hasta antes del 2006, la determinación de prioridades de salud, estuvo enfocada desde una perspectiva de la magnitud de mortalidad y morbilidad, sin considerar el grado de discapacidad que producen las enfermedades. La razón fundamental de ello fue, porque la oferta del estado se focalizaba en la población infantil y materno, en donde principalmente prevalecían las enfermedades infecciosas y transmisibles. La propuesta de implementar el aseguramiento universal en nuestro país, que ampliaba la población beneficiaria al seguro de salud, planteó un nuevo desafío metodológico que permita evidenciar problemas de salud propios de la población adulta y adulta mayor, caracterizada principalmente por el predominio de enfermedades que no producen elevada mortalidad, pero si deficiencias, que podrían devenir en discapacidad (enfermedades crónicas y degenerativas, no transmisibles).

Así, los estudios de carga de enfermedad, se constituyen en los más adecuados cuando se piensa en un aseguramiento de cobertura universal. En este contexto, el

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (CDC-MINSA), considerando la experiencia de otros países en el tema y utilizando la información y estimaciones disponibles, además de aplicativos informáticos, emprende el proyecto para la realización del primer estudio de carga de enfermedad nacional en el Perú en 2006 y que da inicio a otros estudios posteriores, permitiendo, a diferencia de los indicadores clásicos, conocer la pérdida de años saludables relacionados no solamente con las muertes prematuras sino también con la incapacidad, que queda como secuela de diferentes enfermedades. Posteriormente, se realizaron diversos estudios tanto nacionales como regionales, publicándose en febrero del 2010 el documento de carga de enfermedad en las regiones de Ayacucho, Huancavelica y Apurímac con datos del 2007 y en diciembre del 2010 se publicó la carga de enfermedad de la provincia de Lima y región Callao con datos del 2007. En agosto 2012 se publicó el segundo estudio nacional de carga de enfermedad con datos del 2008 y en junio del 2014 se publicó el tercer estudio nacional con datos del 2012, según la siguiente tabla. Años de vida saludables perdidos según años. Perú 2004, 2008, 2012 y 2016. (Tabla 12)

Año	AVISA	RAZON POR 1000 hab.
2004	5,052,866	183.4
2008	5,249,641	182.2
2012	5,800,949	192.5
2016	5,315, 558	168.8

Tabla N° 12. Años de vida saludables perdidos según años. Perú 2004, 2008, 2012 y 2016. Fuente: CDC-MINSA.

El último estudio de Carga de Enfermedad (CDC Carga Enfermedad Perú 2017) estima que durante el año 2016 se perdieron 5,315, 558 años de vida saludables (AVISA 2016), donde el 66,2% se debe a enfermedades no transmisibles, el 21,4% a enfermedades transmisibles,

(perinatales y nutricionales), y el 12,5% a accidentes y lesiones. En términos poblacionales, se pierden 168,8 AVISA por cada mil habitantes.

El término AVISA (años de vida saludables), miden la brecha entre las condiciones de salud existentes e ideales. En otras palabras, una persona o población que vive en plena salud con la máxima esperanza de vida experimentaría cero AVISA. Por otro lado, la medición de los AVISA evitados, es una forma muy efectiva de medir el éxito (o el éxito potencial) de una política o intervención de salud pública.

2.11.3 ANÁLISIS POR GRUPO DE ENFERMEDADES

En el Perú para el año 2016, las enfermedades que produjeron mayor AVISA, fueron las que pertenecieron al grupo de no transmisibles, con 3´516,662 años, que representan el 66.2% del total; de manera relativa, este grupo de enfermedades, determinó que, por cada 1000 habitantes, se perdieran 111.7 AVISA.

El grupo de las enfermedades transmisibles; maternas, perinatales y nutricionales hizo que se perdieran 1´136,213 años (21.4%), determinando una razón de 36.1 AVISA por mil habitantes. Los accidentes y lesiones, ocasionaron 662,683 AVISA, constituyendo el 12.5 del total y una razón de AVISA de 21.

Grupo de Enfermedades	Número	%	Razón por mil
I. Enfermedades no transmisibles	3,516,662	66,2	111,7
II. Enfermedades transmisibles, perinatales y nutricionales	1,136,213	21,4	36,1
III. Accidentes y lesiones	662,683	12,5	21,0
Total	5,315,558	100,0	168,8

Tabla N° 13. Distribución del número y razón de los años de vida saludables según grupo de enfermedades

Fuente: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Año, 2017

Los AVISA, a pesar que es una sigla en plural, es un indicador compuesto, y se obtiene de la suma de los Años de Vida Perdidos por muerte prematura (AVP) y los Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVD). Como se muestra en la Figura 14, los AVISA de las enfermedades no transmisibles fueron consecuencia principalmente de la discapacidad que ocasionan las enfermedades (AVP: 35,7%; AVD: 64,3%). Sin embargo, en el grupo de accidentes y lesiones predominó el componente de muerte prematura (AVP: 57,3%; AVD: 42,7%). En las enfermedades transmisibles maternas, perinatales y nutricionales, los componentes de la carga de enfermedad tuvieron una distribución porcentual similar.

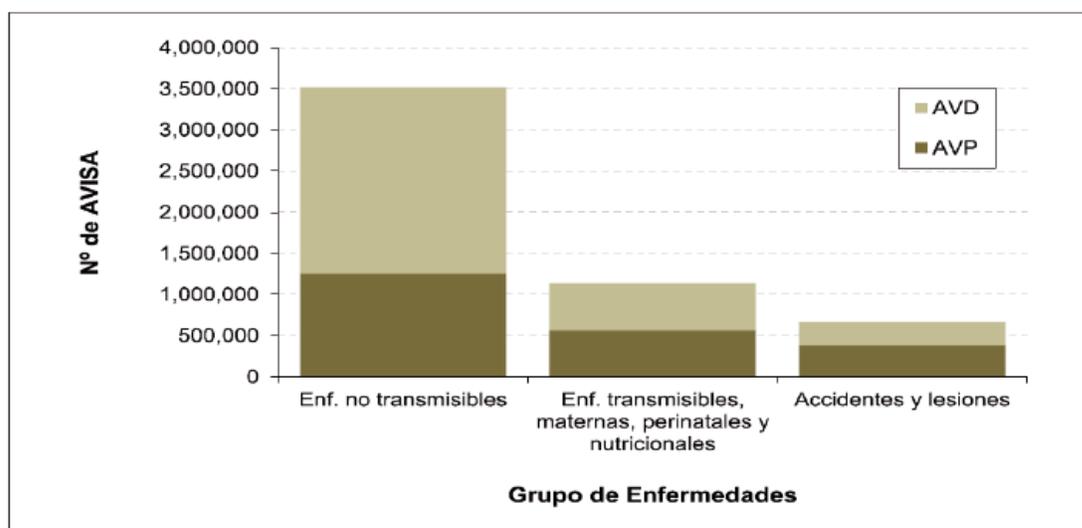


Figura N° 14. Número de AVISA según grupos de enfermedades y componentes AVP/AVD. Perú 2016.

Fuente: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Cuando se analiza específicamente, qué enfermedades lideran la carga de enfermedad (Figura 15), tenemos que los trastornos mentales y del comportamiento ocupan el primer lugar con 12,7% (668,114 años) del total de la carga de enfermedad debido al componente de discapacidad (AVP: 1%, AVD: 99%). En segundo lugar, siguen las lesiones no intencionales con un alto porcentaje del componente de muerte (AVP: 56,7%; AVD: 43,3%). Las enfermedades cardiovasculares y las condiciones perinatales contribuyen al total de la carga de enfermedad con un 8,2% y 7,3% respectivamente debido al componente de muerte

prematura (AVP: 56,7%, 54,8%). Las enfermedades cuya carga se debe principalmente al componente de discapacidad, adicional a los trastornos mentales y del comportamiento anteriormente mencionado, fueron: las enfermedades de los órganos de los sentidos (AVD: 99,7%), las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo (AVD: 96,3%), las deficiencias nutricionales (AVD: 96%) y las condiciones neurológicas (AVD: 93%). Por el contrario, aquellas en las que predominó el componente de muerte prematura fueron los tumores malignos (AVP: 91,8%), las infecciones respiratorias (AVP: 86,6%) y la tuberculosis (86,2%).

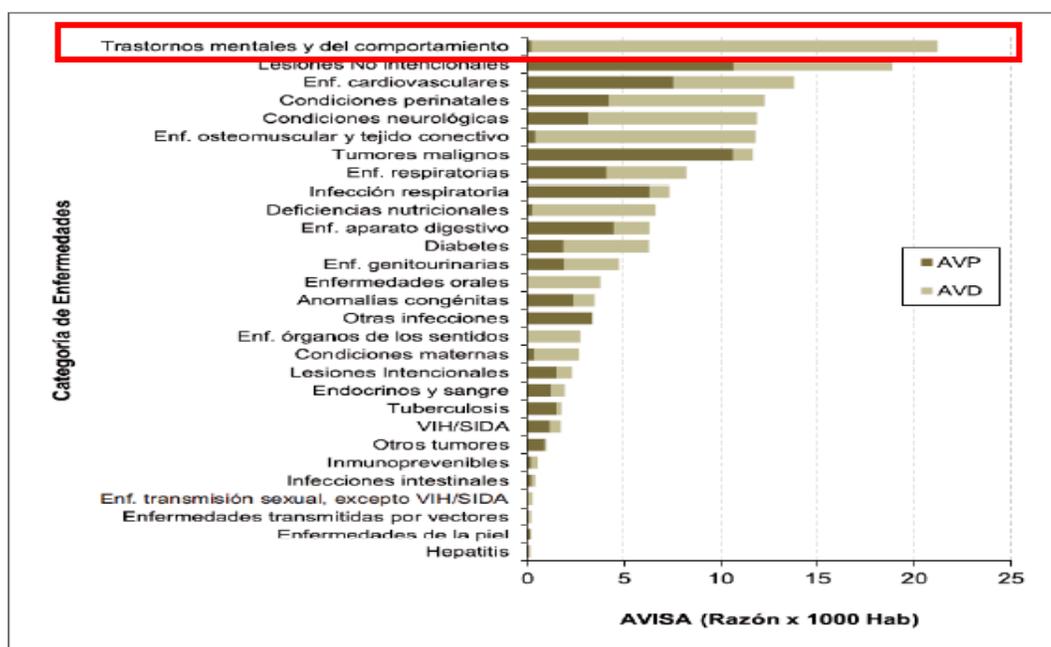


Figura N° 15. Razón de AVISA según categoría de enfermedades y componentes AVP/AVD. Perú 2016.

Fuente: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

2.11.4 POBLACIÓN INDÍGENA

El Perú es un país pluriétnico y pluricultural (Tabla 14), donde coexisten diversos pueblos indígenas, cuya concepción de la salud es holística y expresa relaciones dinámicas entre lo individual y lo colectivo; entre lo natural y lo social como componentes inseparables. Según la Base de datos de Pueblos Indígenas u

Originarios, existen 55 pueblos indígenas en todo el territorio peruano. La mayor parte de estos pueblos indígenas amazónicas se encuentran en los departamentos de Loreto (32), Ucayali (20), Madre de Dios (10), Cusco (8), Huánuco (5), Junín (5), Pasco (4), San Martín (4) y Amazonas (3).

De todos estos departamentos, Loreto (54,8%), Ucayali (51,1%), Amazonas (45,8%) y San Martín (44,2%), presentan los porcentajes más altos de población con al menos alguna necesidad básica insatisfecha.

REGIÓN	Nro. de Pueblos Indígenas (PPII)	Lenguas indígenas u originarias	Población que vive en el ámbito de las localidades	% del total de habitantes	Población que tiene como lengua materna una lengua originaria	% del total de habitantes
Amazonas	3 PPII	3	65 459	17.30%	48 099	13.50%
Cusco	8 PPII	7	335 030	27.80%	632 157	55.10%
Huánuco	5 PPII	5	147 971	20.50%	192 338	28.20%
Junín	5 PPII	5	115 500	9.30%	200 407	17.00%
Loreto	32 PPII	30	160 240	18.10%	53 013	6.40%
Madre de Dios	10 PPII	9	4 221	3.00%	28 726	21.60%
Pasco	4 PPII	4	27 914	11.00%	35 475	14.70%
San Martín	4 PPII	4	47 511	5.80%	14 034	1.80%
Ucayali	20 PPII	16	59 009	11.90%	62 413	12.50%

Tabla N° 14. Regiones de la Amazonia según Pueblos Indígenas y Lenguas Indígenas u Originarias
Fuente: (Tanco & Espino, 2018).
INSM-Estudios epidemiológicos de Salud Mental.

En las regiones de la Amazonía peruana, existe una gran cantidad de población que tiene como lengua materna, alguna lengua indígena u originaria. La mayor parte se encuentra en Loreto con 30 lenguas originarias, siguiendo con Ucayali (16), Madre de Dios (9), Cusco (7), Huánuco (5), Junín (5), Pasco (4), San Martín (4) y Amazonas (3); sin embargo, las personas hablantes de alguna de estas 48 lenguas indígenas, son más pobres que aquellos cuya lengua materna es el castellano. El 17,4% de la población hispanohablante, se encuentra por debajo de la línea de pobreza; este porcentaje es superior al 30% en la población quechua y aymara hablante y por

encima del 55% en población que aprendió a hablar en alguna de las lenguas amazónicas y alto andinas de nuestro país, reflejando así las desigualdades sociales que sufren las comunidades indígenas en el territorio peruano y evidenciando las condiciones desfavorables que afectan su supervivencia y su desarrollo.

2.11.5 POBLACIÓN AFROPERUANA

Otro grupo poblacional importante y en similar situación de exclusión, es la población afroperuana. En la actualidad, según los datos de la ENAHO (Encuesta Nacional de Hogares), en la última década, la población afroperuana oscilaría entre el 2% y el 3% de la población total del país, ubicada principalmente en las zonas urbanas y rurales a lo largo de la costa del Perú, desde Tumbes hasta Tacna.

Actualmente, es muy escasa la información estadística oficial existente sobre la situación de la población afroperuana.

La última vez que un censo de población incluyó alguna pregunta referida a la pertinencia étnica en el Perú, fue en 1940; es a partir del año 2000 que algunas encuestas oficiales como la ENAHO (Encuesta Nacional de Hogares), define como “hogares con origen étnico” a aquellos que muestran al menos uno de los siguientes rasgos: que el jefe del Hogar y/o su cónyuge tengan un idioma o lengua materna diferente del castellano y/o que el jefe del hogar o su cónyuge se auto-identifiquen como parte de un grupo étnico (“quechua”, “aymara” o “indígena amazónico”), (Valdivia, 2011).

La Encuesta Nacional de Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y la Encuesta Nacional Continua (ENCO, 2006), incluyeron preguntas de autoidentificación “étnica-racial” con opciones de respuesta que incluían categorías para población afroperuana. A pesar de estas importantes acciones, el censo de población del año 2007, no incluyó pregunta alguna para la identificación de este grupo poblacional constituyendo un factor limitante en la obtención de estos datos.

En la siguiente tabla, se aprecia en el año 2019, las regiones de Lima, Callao, Lambayeque, Arequipa y La Libertad que concentran el 71% de las atenciones.

ITEM	REGIONES	% DE ATENCIONES	%ACUMULADO	ATENCIONES
1	LIMA	59.80%	59.80%	95,425
2	CALLAO	4.90%	64.60%	7,749
3	LAMBAYEQUE	3.30%	67.90%	5,285
4	AREQUIPA	3.10%	71.00%	4,935
5	LA LIBERTAD	3.00%	74.00%	4,758
6	LIMA REGIÓN	2.70%	76.70%	4,344
7	PIURA	2.50%	79.20%	3,974
8	JUNIN	2.00%	81.20%	3,271
9	CUSCO	2.00%	83.20%	3,166
10	ICA	1.80%	85.00%	2,842
11	ANCASH	1.50%	86.50%	2,440
12	PUNO	1.30%	87.80%	2,006
13	UCAYALI	1.20%	89.00%	1,899
14	CAJAMARCA	1.20%	90.20%	1,884
15	LORETO	1.10%	91.30%	1,833
16	PASCO	1.10%	92.40%	1,726
17	TACNA	1.00%	93.40%	1,565
18	HUANUCO	0.90%	94.30%	1,486
19	TUMBES	0.90%	95.20%	1,373
20	AYACUCHO	0.80%	96.00%	1,353
21	AMAZONAS	0.80%	96.80%	1,323
22	APURIMAC	0.80%	97.60%	1,226
23	HUANCAVELICA	0.70%	98.30%	1,184
24	MOQUEGUA	0.70%	99.10%	1,166
25	SAN MARTIN	0.70%	99.80%	1,104
26	MADRE DE DIOS	0.20%	100.00%	338
27	No registra	0.00%	100.00%	47
				159,702

Tabla N° 15. Atenciones realizadas periodo 2019, según región

Fuente: Registro de atenciones BPM (plataforma Business Process Management)- IPROT (Intendencia de protección de derechos en salud), al 31 de diciembre 2019. Los datos incluyen IPRESS, IAFAS y UGIPRESS

En la Tabla 16, vemos el periodo 2020, las regiones de Lima, Callao, Lambayeque, La Libertad y Piura, concentran el 75,94% de las atenciones.

ITEM	REGIONES	% DE ATENCIONES	% ACUMULADO	ATENCIONES
1	LIMA	62.70%	62.70%	42901
2	CALLAO	5.12%	67.82%	3502
3	LAMBAYEQUE	2.86%	70.68%	1957
4	LA LIBERTAD	2.65%	73.33%	1811
5	PIURA	2.62%	75.94%	1791
6	AREQUIPA	2.52%	78.46%	1723
7	LIMA REGION	2.16%	80.62%	1478
8	CUSCO	1.94%	82.57%	1330
9	JUNIN	1.84%	84.41%	1261
10	ANCASH	1.44%	85.85%	988
11	APURIMAC	1.43%	87.28%	977
12	UCAYALI	1.23%	88.51%	839
13	CAJAMARCA	1.13%	89.64%	775
14	ICA	1.13%	90.77%	775
15	HUANUCO	1.11%	91.88%	758
16	PUNO	0.99%	92.87%	679
17	TACNA	0.90%	93.78%	619
18	HUANCAVELICA	0.88%	94.66%	601
19	LORETO	0.81%	95.47%	557
20	AYACUCHO	0.81%	96.28%	556
21	TUMBES	0.76%	97.04%	518
22	AMAZONAS	0.75%	97.79%	513
23	SAN MARTIN	0.72%	98.51%	491
24	MOQUEGUA	0.64%	99.15%	438
25	PASCO	0.56%	99.71%	382
26	MADRE DE DIOS	0.29%	100.00%	201
				68,421

Tabla N° 16: Atenciones realizadas periodo 2020, según región

Fuente: Registro de atenciones BPM – IPROT al 15 de junio del 2020. Los datos incluyen IPRESS (Instituciones prestadoras de salud), IAFAS (Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud) y UGIPRESS (Unidades de Gestión del IPRESS).

3. CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

3.1 GENERALIDADES

En la actualidad, la EA, es el proceso patológico más frecuente. Causa alrededor del 60% de todas las demencias (Barranco-Quintana et al., 2005) y, un siglo después de su identificación, continúa siendo una enfermedad cuya causa se ignora, con excepción de un pequeño porcentaje de casos de origen genético. Aún no existe un método terapéutico o preventivo contrastado que evite la enfermedad o retrase su presentación. Sólo se dispone de algunos tratamientos sintomáticos, cuya eficacia al día de hoy es todavía escasa.

Desde la descripción del primer caso, la EA ha alcanzado elevadas proporciones (Holstein, 2000), los avances tecnológicos y clínicos, y la presión de una población cada vez más envejecida, han originado un importante interés en torno a ella. Sociólogos, psicólogos, médicos, entre otros profesionales, analizan cómo esta enfermedad, influye en los políticos, en la sociedad, condiciona los estados de opinión, disponibilidad de recursos médicos y apoyo/cuidado social, etc. (Martínez Lage et al., 2001a).

Hoy en día, los rasgos cardinales de las placas amiloides y los ovillos neurofibrilares siguen siendo necesarios para su diagnóstico patológico (Stelzmann, Schnitzlein, & Murtagh, Schultz C., 1995), (Del Tredici K.H.B, 2004).

La gran mayoría de los casos de Enfermedad de Alzheimer (EA), ocurre de forma esporádica, las mutaciones en tres genes, la proteína precursora amiloide (APP), la presenilina 1 (PSEN1) y la presenilina 2 (PSEN2), causan una rara (<0,5%) forma familiar de EA. Los síntomas se desarrollan en forma precoz comparándola con la EA esporádica, típicamente entre los 30 y 50 años de edad (Bateman et al., 2012). El inicio tardío "típico" de la EA, es probablemente impulsado por una interacción compleja entre factores genéticos y ambientales. Aproximadamente el 70% del riesgo de la enfermedad es atribuible a factores genéticos. El gen APOE, que tiene tres variantes,

e2, e3 y e4, es el de mayor riesgo para la EA esporádica: en comparación con los no portadores E4 (Verghese, et al., 2013).

3.2 CONCEPTO DE ALZHEIMER PROPUESTO POR DIFERENTES AUTORES

World Health Organization, 2017. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025), *“Demencia” es un término genérico para referirse a varias enfermedades, en su mayoría progresivas, que afectan a la memoria, a otras capacidades cognitivas y al comportamiento, y que interfieren notablemente en la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades cotidianas.* La forma más común de demencia es la enfermedad de Alzheimer, que puede representar entre un 60% y un 70% de los casos. Otras formas frecuentes son la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y un grupo de enfermedades que contribuyen a la demencia frontotemporal. Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas.

(Wudicks, E. F. et al 1994). Al reunir nuevamente a los líderes mundiales en 2017 para revisar los avances en el campo y actualizar las directrices, se produjo un cambio profundo en el pensamiento para definir la enfermedad de Alzheimer biológicamente, como cambios patológicos cerebrales o sus biomarcadores, y tratar el deterioro cognitivo como síntoma/signo de la enfermedad, en lugar de su definición. Esta nueva definición creará una poderosa herramienta para acelerar y mejorar el desarrollo de tratamientos modificadores de la enfermedad para el Alzheimer.

Los autores, prevén que la definición de la enfermedad de Alzheimer como una construcción biológica, permitirá una comprensión más precisa de la secuencia de eventos que conducen al deterioro cognitivo, asociado con la enfermedad de Alzheimer, así como a las múltiples causas de la enfermedad. Esto tendrá como consecuencia, un enfoque más preciso de los ensayos de terapia, incluido el enfoque de objetivos más específicos y la inclusión de las personas adecuadas.

(Ostrowitzki et al., 2017). La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por la presencia de placas amiloides y ovillos neurofibrilares en el cerebro, que se depositan en el parénquima cerebral, probablemente décadas antes de que se manifiesten los síntomas clínicos. Aunque la acumulación de la presumiblemente neurotóxica, agregada A β está en el núcleo amiloide de la EA, el proceso específico por el cual A β puede conducir a la muerte neuronal, sigue sin estar claro.

(Kalaria RN, et al. 2008). La enfermedad de Alzheimer (EA), es una condición neurodegenerativa crónica que representa entre el 60 y el 70 % de todos los casos de demencia. El deterioro cognitivo, el declive funcional y los problemas de comportamiento y de humor son las características principales de la EA (Waldemar et al., 2007).

(Waldemar, et al., 2007 & Bond J. et al., 2005). El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (EA), es un proceso no específico, subjetivo y propenso a errores, especialmente en las fases tempranas de la enfermedad. Debido a su inherente dificultad, los diagnósticos a menudo llegan tarde, tomando hasta dos años después de que los problemas de memoria iniciales ocurran.

(Yeo et al., 2019). La enfermedad de Alzheimer (EA), es la forma más común de demencia en los ancianos y, presenta uno de los mayores desafíos de la atención de la salud, exacerbado aún más por el envejecimiento de la población mundial.

(Baterman R., 2012). La enfermedad de Alzheimer, se caracteriza por la presencia de placas amiloides y ovillos neurofibrilares en el cerebro. Las placas amiloides están compuestas principalmente por el péptido beta-amiloide agregado (A β), que se deposita en el parénquima cerebral, probablemente décadas antes de que se manifiesten los síntomas clínicos.

(Lane et al., 2018). La Organización Mundial de la Salud, reconoce la enfermedad de Alzheimer (EA) como una prioridad de salud pública mundial. A pesar de los grandes avances en nuestra comprensión de la patogénesis de la EA y de cómo se conceptualiza la enfermedad desde que Alois Alzheimer reportó el primer caso en 1907, todavía no hay tratamientos modificadores de la enfermedad.

La enfermedad de Alzheimer (EA), es la forma más común de demencia y representa entre el 60 y el 80% de los casos. La EA, es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, irreversible e incapacitante, que causa una gran carga socioeconómica. (*World Alzheimer Report 2015, & Takizawa C. et al 2015*).

La enfermedad de Alzheimer de inicio tardío (EAIT), o (LOAD) por sus siglas en inglés, es un trastorno neurodegenerativo progresivo que se caracteriza por la pérdida de memoria y de otras funciones cognitivas. (Rajabli et al. 2018).

(National Alliance for Caregiving & AARP, 2015). La EA, es un trastorno neurodegenerativo común relacionado con la edad, afecta actualmente a por lo menos cinco millones de estadounidenses. El deterioro progresivo de la cognición, la función física de los receptores y el desarrollo de trastornos de conducta, lo cual, imponen exigencias emocionales, físicas y financieras a los cuidadores de la familia

3.3 CAUSAS DEL ALZHEIMER

Durante los últimos 20 o 30 años, los científicos han estado en desacuerdo sobre qué proteínas desempeñan un papel más importante en la aparición de la enfermedad.

La mayoría de los científicos coinciden en que existen en el cerebro dos proteínas que desempeñan un papel muy activo. Una es el beta-amiloide, comúnmente llamado amiloide, que alcanza unos niveles anormales en el cerebro del paciente con Alzheimer y forma placas que se acumulan entre las neuronas e interrumpen el funcionamiento celular. La otra se llama tau; ésta también alcanza niveles anormales y forma ovillos

neurofibrilares que bloquean el sistema de transporte de las neuronas. Lo que los científicos desconocen es, cómo se relacionan exactamente estas proteínas entre ellas, o qué hace que se acumulen hasta alcanzar unos niveles tan perjudiciales. (World Alzheimer Report 2018.).

3.4 PATOFISIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS NEUROPATOLÓGICAS

Gran parte de la patogenia de la enfermedad es común, cambia entre las variedades familiares y esporádicas. Comienza en el córtex entorrinal y en el hipocampo. Los cambios en estas zonas pueden encontrarse en estadios precoces de la enfermedad (Cataldo et al., 2000). Los pacientes con enfermedad de Alzheimer desarrollan atrofia cerebral y pérdida neuronal. La enfermedad está caracterizada por depósitos extracelulares densos de placas de amiloide y ovillos neurofibrilares (Raja et al., 2016 & Toh et al 2016). El depósito extracelular de placas de amiloide, se compone principalmente de péptido β -amiloide ($A\beta$), que deriva del precursor de la proteína amiloide APP. Los ovillos neurofibrilares intracelulares son agregados de proteína Tau (Tan & Gleeson, 2019), miembro de las proteínas asociadas a microtúbulos (MAP). Tau, es esencial para el ensamblaje y la estabilización de los microtúbulos en las células neuronales. Aunque estos hallazgos, son características neuropatológicas de la EA, se encuentran en menor medida en personas ancianas sin demencia.

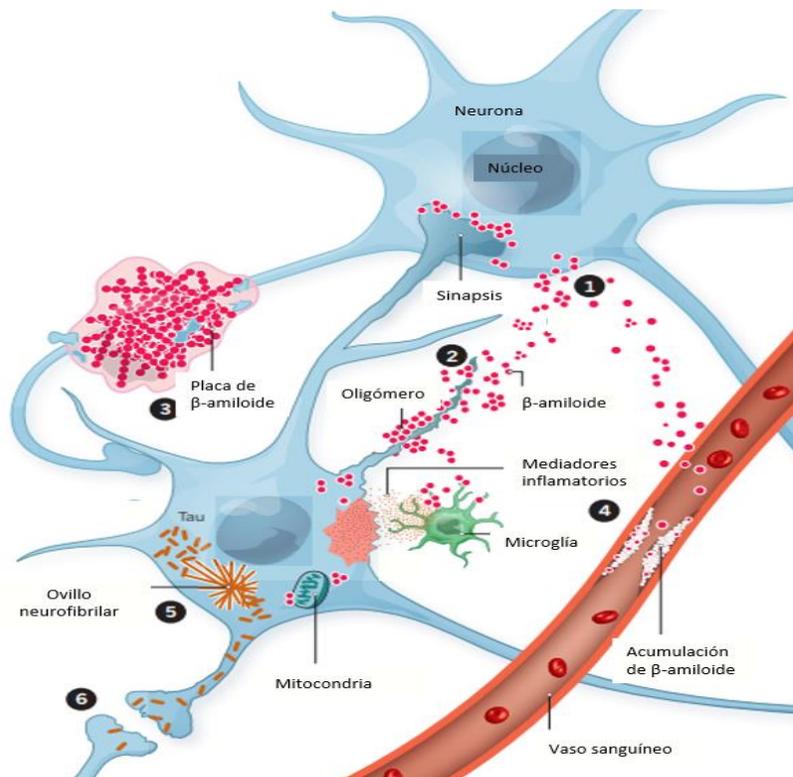


Figura N° 16. Mecanismos implicados en la patogénesis de la Enfermedad de Alzheimer
Fuente: (Folch et al., 2018)

3.4.1 ESCALAS PARA MEDIR EL DETERIORO COGNITIVO

Una de las escalas más utilizadas para medir el grado de deterioro cognitivo de la enfermedad, es la Escala de Deterioro Global (GDS, del inglés Global Deterioration Scale) de Reisberg (Reisberg et al., 1982). La GDS en la demencia, describe siete grados de deterioro, valorando síntomas cognitivos y alteraciones funcionales:

GD1-GD3: declive cognitivo leve

GD4: declive cognitivo moderado

GD5: declive cognitivo moderado-severo

GD6: declive cognitivo severo

GD7: declive cognitivo muy severo

3.4.2 HIPÓTESIS DE LA CASCADA DEL AMILOIDE

Es la hipótesis más ampliamente aceptada para explicar el mecanismo de la patogénesis de la EA. Fue planteada en 1992 (Hardy & Higgins, 1992), quienes propusieron que el depósito y la agregación de β -amiloide para formar placas seniles era la causa de la patología. Los siguientes procesos producirían la muerte neuronal y la demencia. En una primera etapa, la proteína APP (proteína precursora de amiloide), es procesada por las β - y γ -proteasas, lo que produce un péptido β -amiloide que puede oligomerizar y formar placas seniles, ejerciendo efectos tóxicos en las sinapsis neuronales. En una segunda etapa, se da una respuesta glial, con activación de los astrocitos y la microglía circundante, que liberan citocinas y componentes del sistema del complemento, produciendo una respuesta inflamatoria. Por otro lado, se produce un estrés oxidativo y una alteración de la homeostasis del calcio, que lleva a una activación de las quinasas e inactivación de las fosfatasas, produciéndose una hiperfosforilación de Tau y la formación de ovillos neurofibrilares. Estos se acumulan en la sinapsis y en los cuerpos neuronales, provocando la muerte neuronal y un déficit de neurotransmisores (Folch et al., 2018). Estas pruebas que respaldan la hipótesis amiloide provienen del descubrimiento de mutaciones genéticas asociadas a la EA en APP y presenilina 1 y 2 (PSEN1 y PSEN2) del complejo γ -secretasa, que alteran el procesamiento proteolítico de APP, dando como resultado la sobre reducción de especies de $A\beta$ tóxicas.

Además, los individuos con síndrome de Down (trisomía 21), poseen 3 copias del gen APP y típicamente desarrollan neuropatología de la EA. La sobreexpresión de APP conduce presumiblemente a la producción excesiva de $A\beta$ (Tan & Gleeson, 2019).

El papel de Tau en el desarrollo de la enfermedad también se ha asociado a la sobreproducción o reducción del aclaramiento de β - amiloide. Se descubrió que, si se inyectaban fibrillas de $A\beta$ en cerebros de ratones, estas eran capaces de promover la fosforilación de Tau, llevando al incremento de los ovillos neurofibrilares en condiciones experimentales. Las mutaciones en Tau que llevan a la formación de los

ovillos, pueden llevar a alteraciones frontotemporales, pero no a la replicación de las características neurológicas de la EA. Los ovillos probablemente se depositen como consecuencia del incremento en la formación de A β y la formación inicial de placas (Toh & Gleeson, 2016)

3.4.3 PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD

En el momento en el que la persona comienza a padecer los síntomas de la enfermedad, el daño ya está bien establecido en el cerebro. La acumulación de β -amiloide se produce 10-15 años antes de los síntomas, mientras que la de Tau se produce más cercana al comienzo de la neurodegeneración.

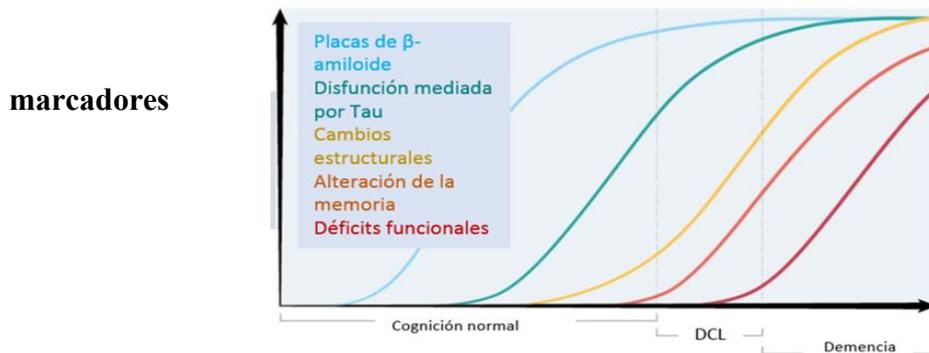


Figura N° 17: Progresión de la enfermedad
Fuente: (Jack et al., 2013)

3.5 DIMENSIÓN, ALCANCE E IMPACTO

El abordaje de las demencias, se ha convertido en la gran epidemia silenciosa del siglo XXI, constituye una prioridad de Salud Pública y un problema sanitario, el gran reto que tenemos es la sostenibilidad del Sistema social y sanitario.

El “Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia de la OMS” del año 2017, insta a los Estados a disponer de políticas, estrategias, planes o marcos nacionales para abordar esta prioridad de salud pública. (*WHO | Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025*)

3.5.1 FACTORES

Factor 1:

Elevada prevalencia de las demencias. Según la OMS a nivel mundial, el 2015, el Alzheimer y otras demencias, afectaron a 47 millones de personas en todo el mundo (en torno al 5% de la población mundial de edad avanzada), cifra que se prevé que aumente a 75 millones en 2030 y a 132 millones en 2050. Es decir, cada 20 años se duplicará el número de personas afectadas. Estudios recientes estiman que cada año hay cerca de 9,9 millones de nuevos casos en todo el mundo, lo que significa que aparece un nuevo caso cada 3 segundos. El 58% de las personas con demencia vive en países clasificados por el Banco Mundial como aquellos de bajos y medianos ingresos. Se estima que en estos países la proporción aumentará al 63% en el 2030 y al 68% en el 2050. (WHO / *Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025*, 2017)

Factor 2:

Las demencias son una de las principales causas de discapacidad y dependencia y suponen graves y progresivas limitaciones para la autonomía en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Esta enfermedad es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores. Es responsable del 11,9% de los años vividos con discapacidades debidas a enfermedades crónicas, con una gravedad tal, que impide el desarrollo de una vida autónoma. Supone la pérdida de la independencia que previamente se tenía para el funcionamiento normal en el contexto personal, laboral, familiar y social de quien la sufre.

Factor 3:

El Alzheimer es devastador y genera grave impacto en la sociedad. Tal como pone de relieve la OMS “*la demencia es devastadora no sólo para quienes la padecen sino también para sus cuidadores y familiares*”. La familia y, en particular, quien ejerce

las funciones de cuidador/a principal, sufre muy a menudo la sobrecarga y desestructuración en distintos ámbitos de su vida personal, social y laboral.

Cuidar a una persona con Alzheimer, puede afectar a la salud física y mental del cuidador o cuidadora, así como a su bienestar y sus relaciones sociales. Por otro lado, el 30% de los y las cuidadoras, se ha visto obligado a realizar ajustes pertinentes para poder combinar la actividad laboral y el cuidado del familiar. Los ajustes en el ámbito laboral conllevan, por norma general, dos efectos graves: la reducción de la capacidad económica de la familia y la dificultad de la reincorporación en el mercado laboral cuando el cuidado ya no es necesario.

Según los datos que aporta la OMS, los costos relacionados con el Alzheimer se dan entre la atención provista por la familia (85%) y la atención cubierta por los sistemas sociales y sanitarios (15%). La OMS además alerta de que su incremento desmesurado contribuirá a que crezcan las desigualdades. Los costes directos de la enfermedad suponen casi una cuarta parte de los mismos, entre pruebas diagnósticas, visitas médicas, hospitalizaciones, medicamentos y cuidados a largo plazo en el domicilio o en una residencia. El resto de los costos son los indirectos, que incluyen la formación de personal de apoyo para su capacitación en el cuidado de estas personas, pero también los derivados de la pérdida de productividad, de tiempo, de oportunidades de empleo y de sueldo asociado a la atención que deben proporcionar los y las cuidadoras.

Factor 4:

El Alzheimer y otras demencias plantean importantes retos para la sostenibilidad de los sistemas de protección social.

El impacto económico de la enfermedad, no sólo va a condicionar la sostenibilidad de los sistemas sociales y sanitarios, sino también la economía general de la sociedad. Según la OMS y los informes Alzheimer's Disease International (ADI), el Alzheimer produce un incremento de los costos de la atención crónica para los gobiernos y las

comunidades, y una pérdida de productividad para las economías: en 2015, los costos de la atención de la enfermedad se estimaron en US\$ 818 000 millones, lo que equivale al 1,1% del producto interior bruto a nivel mundial. Se estima que para 2030 el coste de la atención de las personas afectadas por la enfermedad en todo el mundo habrá aumentado a US \$2 billones, una cifra que podría socavar el desarrollo social y económico mundial y desbordar los servicios de atención social y sanitaria y, en particular, los sistemas de atención crónica.

Factor 5:

Contexto de déficit y fragmentación de la respuesta social y sanitaria a las necesidades de prevención, tratamiento y atención

Existe, además, un gran desfase entre las necesidades de servicios de prevención, tratamiento, atención al Alzheimer y la prestación de los servicios. Hay un subdiagnóstico de esta enfermedad. Más del 50% de los casos detectados en estudios poblacionales, están sin diagnóstico en los sistemas de salud. En algunos estudios esta cifra alcanza hasta el 70%. La cifra puede ser especialmente llamativa en el caso de las demencias leves, de las que hasta un 90% estarían sin diagnosticar. Parte de estos pacientes no recibe el tratamiento farmacológico según la fase de la enfermedad en la que se encuentra. Algunos protocolos de atención a las personas con Alzheimer, están desactualizados, no implementados o parcialmente difundidos.

En ese contexto, vemos una inequidad e insuficiencia en el acceso a las terapias no farmacológicas de estimulación o rehabilitación cognitiva en las distintas fases de la enfermedad (proceso de diagnóstico, tratamiento, orientación a recursos, coordinación de la intervención, servicios, respuestas en el ámbito sociolaboral, jurídico, etc.).

Se observa un déficit en la formación de los profesionales (tanto del ámbito de Salud, como de Servicios Sociales) para el adecuado abordaje e intervención en las distintas

fases de la enfermedad y en todas sus implicaciones (prevención, tratamiento, síntomas conductuales y psicológicos, aspectos legales, éticos, etc.).

Factor 6:

Contexto generalizado de falta de conocimiento, conciencia y comprensión sobre el Alzheimer y de déficit de participación de la propia persona.

Hay un alto grado de desinformación y comprensión en la población general sobre el Alzheimer. Esto conlleva a la estigmatización de la enfermedad, así como obstáculos para el diagnóstico y la atención. En muchos casos, las personas afectadas desconocen sus derechos y las vías para reclamarlos, así como los servicios, recursos y prestaciones a los que pueden acceder. Además, las personas con Alzheimer no siempre participan en los procesos de decisión, y sus deseos y preferencias en lo que respecta a los cuidados que reciben no se tienen en cuenta.

3.6 ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS ACTUALES

El tratamiento de las personas con Alzheimer requiere un abordaje integral que consta de tratamiento farmacológico y no farmacológico, con la finalidad de aliviar síntomas y ampliar los factores potenciales de protección, como la estimulación intelectual, la actividad física y tener una vida social activa (Mirabella 2015).

El principal tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer son los inhibidores de la acetilcolinesterasa: donepezilo, rivastigmina y galantamina. Estos aumentan la acetilcolina disponible. Sus principales efectos secundarios son colinérgicos periféricos como, por ejemplo, calambres en las piernas y molestias gastrointestinales, pero generalmente son bien tolerados. Se debe evitar su uso en pacientes con defectos de la conducción cardiaca por el riesgo de producir bradicardia.

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa han demostrado efectos beneficiosos en la enfermedad de Alzheimer leve a severa, sobre todo de leve a moderada (Lane et al., 2018)

La memantina, es una alternativa para el tratamiento sintomático en enfermedad de Alzheimer moderada a severa. Tiene efectos secundarios igualmente, ya que produce estreñimiento y cefaleas. Hay algunas evidencias de que disminuye la probabilidad de que los pacientes desarrollen agitación. El tratamiento combinado con memantina e inhibidores de la acetilcolinesterasa muestra una evidencia pobre en la mejoría cognitiva, sin embargo, sí mejora los síntomas conductuales en enfermedad moderada a severa (Schmidt et al., 2015)

Se deben tratar los síntomas depresivos y psicóticos asociados. El beneficio de la utilización de antidepresivos es limitado, así como el de los antipsicóticos atípicos es moderado. Por lo tanto, todos los tratamientos actuales de la enfermedad son sintomáticos, y el principal objetivo debe ser, encontrar una terapia acorde a la etiológica de la enfermedad, que consiga curarla.

Se estima, que la carga de la enfermedad se duplica aproximadamente en los países del G7 (Estados Unidos, Japón, Alemania, Reino Unido, Francia, Italia y Canadá) y casi se triplicará en los países del G20 (compuesto por 19 países más la Unión europea: Alemania, Arabia Saudita, Argentina, Australia, Brasil, Canadá, China, Corea del Sur, Estados Unidos, Francia, India, Indonesia, Italia, Japón, México, Reino Unido, Rusia, Sudáfrica, Turquía), entre 2015 y 2050 (Prince et al., 2015).

Actualmente, ningún tratamiento modificador de la enfermedad está disponible, pero hay terapias en desarrollo con algunos ensayos clínicos alentadores para ser utilizados en un futuro próximo (Aisen, 2017)

Se ha evaluado que la demencia del Alzheimer debe prevenirse en lugar de curarse, porque los tratamientos candidatos no han podido revertir el curso de la demencia. (Hlavka et al., 2018)

En el artículo ¿Estará Europa preparada para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer? Se ha realizado una investigación sobre la identificación de una droga modificadora de la enfermedad, que pueda ser administrada en las primeras etapas de la enfermedad (deterioro cognitivo leve), para ello, es necesario centrar el trabajo en la preparación, articulación y mejoramiento del sistema de salud. El informe RAND preparado por un grupo de investigadores en todo el mundo sin fines de lucro, evalúa la disposición de Francia, Alemania, Italia, España, Suecia, y el Reino Unido para hacer frente a un aumento de la demanda de detección y tratamiento del Alzheimer. El tratamiento farmacológico será administrado por vía intravenosa y estará disponible en 2020. Este estudio menciona que, si la infraestructura de los establecimientos de salud no está preparada para esto, podría significar que, más de 1 millón de personas con DCL podría desarrollar demencia mientras espera el tratamiento.

Otra hipótesis del informe RAND es que, si se tuviera una cura disponible, todos los individuos de 55 años a más serán elegibles para este programa.

Otro problema que se presenta es, que esta droga será excluida para pacientes que acuden a servicios de atención primaria. (Neurology, 2018)

3.7 INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) de segunda generación (donepezilo, rivastigmina y galantamina), son considerados el tratamiento farmacológico sintomático estándar de los pacientes con enfermedad de Alzheimer en fases leves y moderadas.

	Donepezilo	Rivastigmina	Galantamina
Selectividad	Acetilcolinesterasa	Acetilcolinesterasa & butirilcolinesterasa	Acetilcolinesterasa receptor nicotínico
Metabolismo	Hepático	Renal	Hepático (75%) Renal (25%)
Vida media	~70 horas	1-2 horas	6 horas
Dosis diaria efectiva (mg)	Una. 5-10 mg	Dos. 6-12 mg. 9,5 (10 cm ²) (ptd).	Una o dos. 16-24 mg.
Presentación	Comprimidos. Comprimidos orodispersables.	Cápsulas. Solución oral. Parches transdérmicos.	Tabletas. Solución oral. Cápsulas de liberación lenta.
Interacciones	Relajantes musculares, ketoconazol, quinidina, rifampicina, fenitofna, carbamazepina y alcohol.	Relajantes musculares.	Relajantes musculares, digoxina, betabloqueantes.

Tabla N° 17: Características farmacológicas de los inhibidores de la acetilcolinesterasa

TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA DEMENCIA: Aspectos a considerar

Síntomas cognitivos (manejo farmacológico y no farmacológico)

Síntomas conductuales (manejo farmacológico y no farmacológico)

Comorbilidad asociada

Patologías agudas incidentes

Medidas paliativas

Valoración y formación del cuidador

Manejo de la información

Valoración de la competencia

Voluntades anticipadas

Tabla N° 18: Consideraciones sobre tratamiento de Alzheimer
Gil Gregorio, P., & Crespo Santiago, D. (2012).

Tipo de demencia	Indicación de tratamiento	Grado de evidencia
Deterioro cognitivo leve	No indicado	A
EA incipiente a leve (GDS 3-4)	IACE	A
EA moderada (GDS 5)	IACE	A
	Memantina	A
	IACE + memantina	B
EA moderadamente grave (GDS 6)	IACE	B
	Memantina	A
	IACE + memantina	B
EA grave (GDS 7)	No indicado iniciar tratamiento específico	D
DV de leve a moderada	IACE	A
DV moderada a grave	Memantina	A
DLB	IACE (rivastigmina)	B
	IACE (donepezilo/galantamina)	C
Demencia-Parkinson	IACE (rivastigmina/donepezilo)	B
DLFT	No indicado IACE ni memantina	B

Tabla N° 19: Resumen con las recomendaciones de inicio de tratamiento y el grado de evidencia correspondiente a cada uno. (Gil Gregorio & Crespo Santiago, 2012)

Recomendación	Evidencia
A	Obtenida de al menos un MA, RS o ECA de alta calidad con poco riesgo de sesgo, o volumen importante de evidencia proveniente de ECA de calidad con poco riesgo de sesgo.
B	Obtenida de RS de alta calidad de EC o de ECC con bajo riesgo de sesgo y alta probabilidad de establecer una relación causal; evidencia extrapolada de MA, RS o ECA de alta calidad.
C	Obtenida de EC o de ECC bien realizados con bajo riesgo de sesgo y probabilidad moderada de establecer una relación causal; evidencia extrapolada de RS de alta calidad de EC o de ECC con bajo riesgo de sesgo y alta probabilidad de establecer una relación causal
D	Obtenida de estudios no analíticos, como informes y series de casos; opinión de expertos; evidencia extrapolada de EC o de ECC bien realizados con bajo riesgo de sesgo y probabilidad moderada de establecer una relación causal.

Tabla N° 20: Grados de recomendación y niveles de evidencia

MA: metaanálisis, RS: revisión sistemática; ECA: estudio controlado aleatorio; EC: estudio de cohortes; ECC; estudio de casos y controles. Adaptado de la Scottish Intercollegiate Guiderlines Network (SIGN)

Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado-grave:	<ul style="list-style-type: none"> • Con su uso se aprecian beneficios en cuanto que provoca un menor deterioro funcional y cognitivo y una menor probabilidad de experimentar agitación.
Enfermedad de Alzheimer en estadio leve-moderado:	<ul style="list-style-type: none"> • Se aprecian beneficios a nivel cognitivo clínicamente detectables.
Demencia vascular leve-moderada:	<ul style="list-style-type: none"> • Con su uso se aprecian beneficios en cuanto que provoca un menor deterioro cognitivo no apreciable desde un punto de vista clínico.

Tabla N° 21: Memantina y su uso en Enfermedad de Alzheimer en estadio leve a moderado- grave
Fuente: McShane et al., 2006

3.8 TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

Las terapias no farmacológicas (TNF), se definen como actuaciones no químicas, teóricamente sustentadas, focalizadas y replicables. Se dirigen al paciente, al cuidador o a ambos. Su eficacia se sustenta, en sólidas evidencias epidemiológicas y en estudios de intervención, generalmente con grado de recomendación. Dificultades metodológicas, contribuyen a que no alcancen el máximo grado de recomendación (intervenciones grupales, medidas de la intervención, escasos estudios multicéntricos, etc.). Carecen, en general, de efectos secundarios significativos.

Terapia de orientación a la realidad	de Mejoría cognitiva. Efecto sinérgico con IACE (inhibidores de la acetilcolinesterasa)	Grado de recomendación B
Terapia de reminiscencia	de Mejoría afectiva y de socialización. Incremento de bienestar psicológico.	Grado de recomendación B
Entrenamiento cognitivo	Mejoría del dominio entrenado (memoria, fundamentalmente). Sujetos sanos o con DCL.	Grado de recomendación B No en demencia
Estimulación cognitiva	Mejoría cognitiva (memoria, orientación, lenguaje) y calidad de vida. Efecto similar a IACE y sinérgico a estos.	Grado de recomendación B
<i>Brain Training</i>	Mejoría en tareas entrenadas, no en cognición global.	No hay evidencias en pacientes con demencia.
Ejercicio físico	Evidencias epidemiológicas solidas (mejoría cognitiva, retraso de deterioro). En pacientes con demencia, mejoría cognitiva, funcional, motora y de calidad de vida. Efecto sinérgico con la estimulación cognitiva.	Grado de recomendación B

Tabla N° 22: Terapias cognitivas. (Ballard et al., 2011 & Brodaty & Donkin, 2009 & Olazarán et al., 2010 & Woods et al., 2012)

Resumiendo, el tratamiento no farmacológico, hace referencia a “cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada

sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante” (Olazarán et al., 2010).

Es necesario considerar a cada paciente en forma particular, ya que cada uno puede o no tener en su entorno a familiares o personas cercanas que pueden apoyarlo, además el paciente tiene que ser tratado según el grado de avance de la enfermedad.

- Entrenamiento Cognitivo: Sirve para reforzar las operaciones cognitivas básicas, como recordar nombres asociándolos con los rostros.
- Psicoterapia: Preferentemente usadas durante las primeras etapas de la enfermedad en donde se pueden controlar los sentimientos de estrés, ansiedad y depresión.
- Intervenciones a la memoria: Consiste, en recopilar datos de sí mismo para estimular los recuerdos y tener una memoria visual, con la cual se pueda identificar.
- Reminiscencia: Consiste en recordar ruidos, imágenes, olores, para poder activar las emociones de la persona. Esto es mucho mejor si se realiza en forma grupal, aunque también puede realizarse de forma personal.
- Estimulación y Terapia Cognitiva: Consiste en utilizar diferentes prácticas para estimular el desarrollo de habilidades cognitivas, estimulando la memoria, la comunicación y la coordinación. Aquí, preferentemente se requiere que el paciente se encuentre activo realizando dibujos, manualidades, costura, jardinería, ejercicios, etc. Otra técnica usada también, incluye la Acupuntura, la equinoterapia, Musicoterapia, la osteopatía, técnicas de relajación, Yoga, etc.

3.9 CONCEPTO DE EPIDEMIOLOGÍA CULTURAL

La epidemiología cultural, es una ciencia interdisciplinaria que pretende contribuir a identificar los problemas colectivos de salud mediante el uso de herramientas teóricas y prácticas desarrolladas tanto en las ciencias sociales como en la salud. Investigadores han planteado sumar a la epidemiología convencional, el estudio de los factores sociales, culturales, políticos, económicos, emergiendo términos como la epidemiología integral, crítica, sintética, socio-cultural, “epidemiología sin números” y etnoepidemiología. La etnoepidemiología y la Epidemiología sin números, involucran la complejidad del campo en el que se desenvuelven la salud- enfermedad y sus formas de atención. Esto mejora considerablemente la atención médico- paciente. Es por ello que vemos actualmente profesionales de índole social como antropólogos, sociólogos, psicólogos, filósofos y trabajadores sociales integrando el equipo de atención junto a los profesionales y técnicos de la salud.

Urge la necesidad, de realizar investigaciones no tradicionales, que aborden el conocimiento de la vida del paciente, la dimensión dentro y fuera del ámbito socio familiar, sus hábitos y estilos de vida, sus creencias y conocimientos sobre la enfermedad, el entorno con el que ha interactuado desde la etapa de su niñez, adolescencia, juventud, adultez y la etapa del adulto mayor antes que desarrolle el deterioro cognitivo. Muchas veces no se logra un trabajo multidisciplinario y vemos que las diferentes disciplinas trabajan en forma aislada dentro de su metodología de trabajo y sin una adecuada revisión de sus principios. Conocemos lo que es la epidemiología, pero no agregado a la palabra “cultura”, entendida como etnicidad.

Lo que nos dice (Syme, 2005) *“El esfuerzo en la identificación de los problemas fundamentales que afligen a las personas y que influyen en los índices de salud y enfermedad, requiere de una alianza entre antropólogos y epidemiólogos. Si estos dos grupos encuentran una forma de colaborar, podremos diseñar intervenciones más efectivas y con más sentido”*

La epidemiología al compartirse con la antropología médica, constituye la base del conocimiento de la enfermedad, si la relación del comportamiento de la enfermedad y los relatos sociales y culturales del comportamiento del individuo se unen, podremos encontrar puntos importantes que nos lleven a tener otros indicadores del binomio salud- enfermedad.

Los profesionales del campo que emergen como la "cultura epidemiológica" describen a la salud humana, se comunican con diferentes profesionales e intervienen para mejorar la salud y prevenir enfermedades. Utiliza retratos textuales y estadísticos de la enfermedad para describir el pasado y el presente dentro de la concepción antropológica y epidemiológica. La interpretación de la epidemiología como práctica cultural, ayuda a revelar las formas en que la medición, el pensamiento causal y el diseño de la intervención están influenciados por la creencia, el hábito y las teorías del poder. Al "evidenciar" muchos riesgos comunes de enfermedad y categorías epidemiológicas, muestra cómo influye el contexto sociocultural en el desarrollo de la educación y medición de la enfermedad. Si tomamos algunos ejemplos tenemos a la epilepsia, cólera, lactancia materna, tabaquismo en los adolescentes, etc.

En la cultura y la epidemiología, incluye la observación a los individuos, las intervenciones dentro de la salud pública, los cuales deben funcionar con mayor frecuencia y mucho mejor a nivel de grandes comunidades.

Es ampliamente reconocido, la colaboración interdisciplinaria entre la epidemiología y la antropología. Esto cada vez tiene mayor trascendencia con una política sanitaria internacional eficaz y programas de salud, que incluyan la multiculturalidad, transculturalidad y culturalidad.

El término EMIC, para los estudios culturales de la enfermedad, se desarrolló en respuesta a estas necesidades y de allí surgió una epidemiología cultural, como un campo interdisciplinario de investigación sobre las representaciones de la enfermedad

válidas a nivel local y su distribución en el contexto cultural. Para evaluar la epidemiología cultural en el contexto de una enfermedad, se deben representar por medio de variables, entrevistas, descripciones, narraciones, vídeos, conversaciones de la experiencia de la enfermedad, su significado y todos los comportamientos y acciones asociado a la enfermedad.

Se requieren métodos de investigación cualitativa y cuantitativa que proporcionan un relato descriptivo ya que estas facilitan las comparaciones y aclaran la base cultural del riesgo, el curso y los resultados de importancia para la práctica clínica y la salud pública. Este trabajo realiza primero un análisis teórico de los fundamentos antropológicos- culturales y luego realiza la práctica en el campo con los mismos pacientes y en el lugar donde ellos se encuentran.

3.10 EPIDEMIOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA MÉDICA

Tanto la epidemiología como la antropología médica son disciplinas científicas que buscan patrones de enfermedad y comportamiento. Ambos tienen la parte humanística en su núcleo. Las disciplinas están separadas por la historia y la tradición. La epidemiología tiende a ser estadística y cuantitativa, mientras que la antropología es textual y cualitativo.

La epidemiología se deriva del griego epi que significa "sobre", demos que significa "el pueblo o la gente común", y logos que significa "palabra".

La epidemiología es literalmente el estudio de lo que está sobre la población, refiriéndose específicamente a la carga de la enfermedad. Las epidemias fueron una vez la carga más pesada de las enfermedades. La epidemiología es más que el estudio de las epidemias, es más convencional y se define como el estudio de la distribución y los determinantes de la enfermedad en las poblaciones humanas.

Una parte significativa de la práctica de la epidemiología, consiste en intentar separar los patrones de enfermedad y exposición de los patrones causados por métodos de recolección de datos. Los datos epidemiológicos pueden estar sujetos a métodos sistemáticos de error de influencias como la memoria falible o el mantenimiento de registros defectuosos.

Estos datos también pueden diferir sistemáticamente de los valores reales basados en la edad o sexo del entrevistador, sensibilidad del comportamiento o tiempo transcurrido desde el evento. Epidemiólogos tratan de minimizar la probabilidad de que confundan los patrones de errores sistemáticos con los patrones generados por los efectos relacionados con la salud de edad, dieta, riqueza, ejercicio, ocupación u otros de los llamados factores de riesgo que reciben tanta atención en la comunidad científica.

Los epidemiólogos describen los patrones de la enfermedad, utilizando datos sobre el pasado o datos recogidos desde el presente hacia el futuro. Utilizan el estudio prospectivo, para seguir a un grupo de personas a lo largo del tiempo, rastreando su exposición a causas potenciales de enfermedad y observar si las tasas de enfermedad difieren según si una persona fue expuesta o no. Por ejemplo, un estudio, podría hacer un seguimiento del uso de los anticonceptivos orales en un grupo de enfermeras de más de 15 años y, concluyen que su probabilidad de contraer cáncer de mama fue influenciada por si tomaron pastillas anticonceptivas. Los estudios retrospectivos, miran los registros o informes de personas que ya tienen una enfermedad, comparando la proporción de personas que no tienen un historial previo de un comportamiento particular o exposición, con la proporción de los que lo hacen. Por ejemplo, los investigadores, podrían comenzar con un grupo de adultos con cáncer de pulmón y comparar la proporción de fumadores y no fumadores. Los epidemiólogos hacen estos tipos de comparaciones para investigar los factores que aumentan (o reducen) la probabilidad de adquirir una enfermedad.

Cuando los epidemiólogos trabajan en diferentes países y dentro de diversos grupos, en un solo país, con los que inevitablemente entran en contacto de diferencia cultural, es tentador pensar que la cultura puede servir como una nueva variable explicativa, capaz de predecir y explicar porciones significativas de la variación observada en el comportamiento y la enfermedad. (Trostle 2005).

Ni la antropología ni la epidemiología son disciplinas monolíticas. Cada uno de ellos comprende múltiples orientaciones teóricas utilizando un conjunto variado pero limitado de métodos de investigación comunes, puede incluir por ejemplo la interpretación del sufrimiento; algunos antropólogos evalúan las adaptaciones físicas y sociales a gran altitud. Algunos epidemiólogos estudian los orígenes de la enfermedad en una sola ciudad, otras el movimiento de enfermedades en todo el mundo.

La colaboración entre la antropología y la epidemiología sigue siendo relativamente inexplorada. Por lo tanto, es importante destacar qué métodos y teorías que cada disciplina ha aportado a estudios conjuntos previos.

Por ejemplo, desde una perspectiva antropológica, la epidemiología es una ciencia particular de producción de conocimientos; es, en definitiva, una cultura. Los antropólogos utilizan el término "reflexividad" para referirse a sus esfuerzos por comprender sus propias suposiciones, prejuicios y convenciones. Sin el beneficio de comparación intercultural o una tradición de reflexividad, los epidemiólogos podrían encontrar más difícil, ver las influencias culturales en su propio trabajo. Sus estudios se basan en las teorías biomédicas de la causalidad de las enfermedades. Por estas razones, es probable que los epidemiólogos describan las reglas de su investigación dictadas por el método científico y no por la cultura.

Una forma de notar que los epidemiólogos están incrustados en la cultura, es pensar en lo que influye en las medidas de su enfermedad. Pruebas estadísticas, diseños de

investigación, definiciones de los factores de riesgo y las definiciones de las enfermedades, aumentan y su uso no se rige únicamente por el "objetivo" y evaluaciones de su idoneidad para una pregunta determinada. Por ejemplo, las revistas clínicas han publicado múltiples recomendaciones que compiten entre sí sobre qué tipos de pruebas estadísticas se deben presentar (Sterne & Smith, 2001).

3.10.1 CONSIDERACIONES CULTURALES

El concepto de cultura, es entendido como conjunto de valores, costumbres, creencias y prácticas que constituyen la forma de vida de un grupo de la población. La cultura como determinante, son todas las formas y expresiones que caracterizan una población y determinan su estado de salud, tales como, etnicidad, el nivel educativo, religión, género, lengua, cosmovisión, arquetipos, creencias, costumbres y valores. La cultura al ser un constructo social, cambia los hábitos y como consecuencia, constituyen pautas culturales y socialmente aceptadas por todo el grupo. Como resultado, los comportamientos más o menos saludables, adquieren diferente dimensión, en función de la trascendencia social que tengan en un momento determinado.

En cuanto a salud y cultura, cabe mencionar que la enfermedad y la salud son conceptos únicos de cada cultura.

En las últimas décadas, los términos interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos utilizados para definir un conjunto de acciones y políticas cuya tarea es incorporar la cultura del usuario/a en el proceso de atención de salud. Esto incluye el proceso de comunicación e interacción entre personas o grupos con identidades culturales específicas propias, donde se respetan las ideas de los grupos favoreciendo en todo momento la interlocución y la concertación.

El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención, es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico, pues implica valorar la diversidad biológica,

cultural y social del ser humano, como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. (Alarcón et al 2003).

Debido a que el concepto de discapacidad, varía de una cultura a otra (Brice & Brice, 2009). Los pacientes y sus familias prefieren tener personal sanitario que hablen el mismo idioma y que tengan preferentemente la misma cultura para aumentar la comodidad y la confianza (Bowen, 2001; Ferguson & Candib, 2002; Ginsberg, 1991; Lipson & Meleis, 1983; Misra-Hebert, 2003).

Otro componente cultural muy importante, se observa en algunas profesiones médicas latinas, donde los médicos se abstienen de comunicar al paciente o sus familiares los diagnósticos iniciales de la enfermedad hasta tener una mayor seguridad con pruebas confirmatorias (Brice & Brice, 2009), lo cual puede retrasar el tratamiento respectivo. También se tiene una idea errónea de que la demencia, es el resultado del envejecimiento normal y esto tiene como consecuencia, la demora en la búsqueda del tratamiento (Gauthier & Clarke, 1999).

Los patólogos del habla y del lenguaje (SLP) y otros profesionales de la salud, deben considerar, que las evaluaciones de estas habilidades, pueden ser malinterpretadas por los pacientes y sus familiares. Para evitar esto, se debe tener una estrecha relación médico- paciente. Por ello, debe considerarse, que los médicos, profesionales de la salud y el equipo técnico, deben adecuarse a las normas culturales de sus pacientes y al mismo tiempo proporcionar la información necesaria.

3.10.2 EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL

Es la rama de la epidemiología, que atiende más directamente a los efectos de la organización social en la salud y en muchos sentidos se aproxima más a los objetivos. Los epidemiólogos sociales, estudian los efectos de los ingresos en la salud, riqueza, estrés laboral, clase, apoyo social, desigualdad y ocupación. Ellos definen las sociedades, como grupos de personas que interactúan de formas específicas, viven en

lugares específicos, y comparten algún conjunto de valores comunes. La "cultura" es paralela a la forma en que los epidemiólogos usan la palabra "sociedad", pero lleva a un examen más profundo de las suposiciones no examinadas detrás de variables y mediciones epidemiológicas, tiene más en cuenta las variables y mediciones internacionales, y atiende más a menudo a la influencia de las categorías y percepciones. (Trostle, J. 2005)

3.10.3 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEMENCIA

La información sobre la epidemiología de la demencia proviene de distintas fuentes, como los estudios epidemiológicos poblacionales, los registros hospitalarios y las bases de datos de historias clínicas electrónicas o administrativas. Cada una de estas fuentes de información presenta sus ventajas e inconvenientes. Por una parte, los estudios de cohortes constituidos por muestras representativas de la población, han sido los que han permitido caracterizar la prevalencia, incidencia, mortalidad y factores de riesgo de demencia. Sin embargo, los resultados de estos estudios, están sujetos a limitaciones en los términos geográficos y temporales de su ejecución. Por otra parte, los datos epidemiológicos procedentes de sistemas de información clínica de los proveedores sanitarios, presentan el inconveniente de incorporar sobreestimaciones o infra estimaciones, dependiendo de las prácticas diagnósticas específicas de cada ámbito, además siempre o casi siempre existen diferencias en los reportes de la Sanidad o Ministerio de Salud y las dependencias que realizan una vigilancia epidemiológica, por lo tanto, existe una brecha en cuanto a la diferencia en el número de datos que se pueden encontrar.

3.10.4 ESTUDIOS SOBRE LA CULTURA DE LA ENFERMEDAD

Existen estudios, que relacionan un conjunto de variables referidas a los factores de protección y factores de riesgo para el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer y como ejemplo, tenemos la cultura, como instrumento de bienestar e inclusión social. Se destaca, el impacto positivo en el bienestar y la participación social de los usuarios, así como el estímulo cognitivo que supone, mejora la atención e interés en la mayoría

de casos, y la posibilidad de disminuir la situación de aislamiento y exclusión en la que la mayoría de los enfermos vive. Esto incluye aumento de luz, desactivación de los elementos audiovisuales ruidosos para evitar distracciones, relacionarse con otras personas de su edad y salir de casa teniendo como respuesta a que *"La demencia afecta al bienestar, a la calidad de vida, pero sobre todo, genera una situación de exclusión y de privación de ocupaciones significativas"*.

Asimismo, la música y la pintura, entre otros, son terapias que se han de desarrollar en un futuro para "intentar retardar el proceso inicial de la enfermedad" o que este avance con más lentitud.

Otras hipótesis que se manejan, mencionan que las personas con niveles de educación bajos parecen llevar estilos de vida menos saludables, lo que podría sugerir, que contribuye a la demencia o la enfermedad de Alzheimer, por lo que se considera que los programas educativos de la Salud Pública, son necesarios. (Ngandu et al., 2007).

Otra de las actividades que conllevan a explorar e intercambiar ideas acerca del arte y de los artistas, es el despertar, el estímulo intelectual en el enfermo de Alzheimer, al establecer conexiones entre vivencias personales y el mundo en su conjunto. Evocar experiencias personales y memorias lejanas, de ser parte activa de una actividad que promueve el desarrollo personal y mejorar las relaciones personales, corresponden a la neuroestética, la musicoterapia, la creatividad, la educación y la salud.



Figura 18: Algunas fuentes referenciales en el perfil epidemiológico sociocultural (Hersch-Martínez, 2013)

3.10.5 LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y LAS ALTERACIONES MENTALES. PERÚ

El desconocimiento de la realidad peruana, llevaría a una práctica deshumanizada de la medicina. El desencuentro de diversas culturas, en un marco de desconocimiento antropológico e intolerancia, contribuyen a generar alteraciones en la salud mental.

En lo que respecta a la antropología médica peruana, como nos dice (Silva M., 1994): *“Tenemos una mentalidad tan colonizada, que todavía estamos pegados a los textos extranjeros o a los nacionales copiados de los extranjeros”* y de acuerdo a mis vivencias, puedo destacar, que el peruano cree más en lo que dicen investigadores o ilustres extranjeros antes que peruanos con los mismos perfiles, esto es por la cultura peruana, cuya limitante es la falta de educación. Los últimos 30 años, el Perú, fue gobernado por presidentes, cuyos objetivos prioritarios, excluyeron a la educación y la salud. Por ejemplo, tenemos que el analfabetismo afecta al 15,9% de la población que se auto identificó como indígena u originaria de la Amazonía, mucho mayor que la tasa de analfabetismo de la población que se auto identificó como blanca (o)/mestiza (o)/otra (o) que es de 3,9%. En los grupos de población que se analizan, el analfabetismo es mayor entre las mujeres: 21,2% para la población indígena u originaria de la Amazonía y 5,5% para la población blanca/mestiza/otra. En el caso de los hombres, la brecha de la población indígena u originaria de la Amazonía, respecto a los hombres de la población blanco/mestizo/otro es de 8,1 de puntos porcentuales. (La autoidentificación étnica: Población indígena y afroperuana 2017)

3.10.6 DE CÓMO LOS ENCUENTROS CULTURALES CONTRIBUYEN A GENERAR PATOLOGÍA MENTAL. PERÚ

Antecedentes históricos

La colonización española, fue uno de los acontecimientos más notables de la economía mundial en el siglo XVI. Ocasionó ruina y desorden en las estructuras sociales desde la población más pobre, hasta la más desarrollada. En la última década

del siglo XV, España se había afianzado como la más rica y poblada entre las naciones europeas. La nobleza no participó en la conquista de América, ya que se encontraban ocupados afianzando su situación y privilegio frente a la monarquía. (Huarcaya-Victoria, J.E.F.F. 2017)

Los pequeños burgueses, artesanos y marinos españoles, fueron el contingente más valioso de la conquista. (Choy E. 1985)

La presencia europea en América, no solo significó la muerte de millones de personas, sino también la desaparición de las estructuras políticas sociales nativas y de los encargados de transmitir los conocimientos (sabios, ancianos, sacerdotes). Los europeos según (Del Busto, J., 2011) percibieron el fervor religioso como ‘idolatría’, su misión fue la eliminación de estos falsos dioses; la caridad cristiana fue solo una construcción teórica ya que en la práctica fue dictatorial.

En relación al desarrollo de la medicina, se sabe que los primeros profesionales, vinieron con los conquistadores, y su único fin era, el de velar por la supervivencia de éstos y sus soldados. Cuando se instalaron en América, comenzaron a llegar médicos de España que permanecían más tiempo en la colonia. Los indígenas y los esclavos acudían a su propia medicina. En los primeros años de la conquista, aquellas formas de medicina no eran perseguidas. Este desarrollo simultáneo de una medicina española, otra indígena y negra configuró, una muy variada gama de creencias y prácticas populares que hasta el día de hoy vemos. (Vasco U., 2008).

Pero esta libertad duró muy poco, el Rey Carlos II, prohibió el ejercicio de cualquier medicina que no era ejercida por la Universidad. Es aquí donde comienzan los abusos hacia los pobladores andinos a pesar de ser un grupo mayoritario.

Esta discriminación que se inició en la colonia, se proyecta a la actualidad. Los indios pudieron escapar de la esclavitud, pero al ser considerados menores de edad eran

explotados hasta el desfallecimiento. (Del Busto 2011 & Sandoval et al., 2008). En este cuestionamiento, se reconoce uno de los dilemas que recorre la antropología y muy buena parte de la cultura peruana actual. Son dilemas de un mestizaje que está lejos de ser resuelto y que generan problemas de salud mental.

Trastorno de desadaptación

Cuando el poblador indígena migra, generalmente a Lima, la capital peruana puede ocurrir lo que Segúin, C. A. (1988) entendía como, ‘síndrome psicossomático de desadaptación’. Muy aparte de las ya conocidas diferencias fisiológicas del poblador andino, bien descritas por Monge, existen también las siguientes diferencias psicossociales:

- a) La organización de la actividad diaria;
- b) La organización familiar;
- c) la alimentación;
- d) El trabajo; y
- e) La comunidad misma.

Son muy diferentes en la sierra, debido a la nula o escasa influencia de la cultura africana y asiática. (Huarcaya-Victoria, 2015) Cuando esta persona, con sus diferencias, llega a Lima se encuentra con un sistema doble y contradictorio de normas. Por un lado, se dice que Perú es un país de mestizos donde no cabe la discriminación; pero en el lenguaje no hablado, se piensa que el blanco es mejor y tiene mayor acceso al poder. Aparte de la desadaptación fisiológica, se produce desadaptación psicossomática. La discriminación y la burla de los criollos o costeños, son factores etiológicos principales de esta desadaptación. Esto lo observamos en el lenguaje diario, en el cual “el cholo”, “el indio”, “el serrano” son estigmatizados, lo que genera en ellos una alteración de su personalidad, descrédito e infravaloración como persona. Es muy común el término “lo agarraron de cholito” que significa burla, desprecio y maltrato hacia personas con “esa condición”. Este es el estereotipo del cholo incauto e ingenuo, que es fácilmente engañado y burlado por el criollo.

Otra característica y discriminación que se da al poblador andino es el de “sucio y mal cuidado”, insultos como “cholo de mierda”, son comunes en una población que todavía se resiste a tratar por igualdad a todos, constituyendo una de las formas más afectivas de humillar a otra persona, lo cual, es considerado, una falta grave. (Alva J., Silva M. 1978).

Tomando como base a los pacientes del hospital Almenara, Segúin, estudia la sintomatología en estos pacientes y encuentra alteraciones circulatorias (palpitaciones, taquicardia, extrasístoles, dolor precordial, disnea de esfuerzo), digestivas (dispepsias, hiporexia, vómitos, constipación, tenesmo, reflujo gastroesofágico, flatulencia), respiratorias (tos, dificultad para respirar), cefaleas tensionales, cenestopatías (debilidad o cansancio) y psiquiátricas (depresión, ansiedad). De no solucionarse, y en el peor de los casos no identificar y tratar erróneamente, esta desadaptación, se puede cronificar, lo que generará alteraciones en la estructura de la personalidad. Por ejemplo, el “complejo del cholo”, que no sería otra cosa que un proceso de desadaptación, es decir el rechazo a la propia identidad étnica, sentimiento de vergüenza o minusvalía personal, envidia hacia los blancos, temor a ser despreciado con susceptibilidad social centrada en las referencias étnicas, dificulta más el problema.

Existe en parte de la población y hasta del mismo “trigueño acholado”, (término usado para definir a aquellas personas nacidas en el interior del país, de tez oscura que han vivido toda una parte importante de su vida en la capital), el desprecio contra el indígena y deseo inconfesado de ser blanco. (García, 2016) De tal manera que se genera un triángulo, donde el cholo es perseguido por el blanco. En lo concerniente al tratamiento, Segúin nos propone dos caminos a seguir, el sintomático y el etiológico.

a) Sintomático: Aconsejar al paciente que vuelva a su lugar natal, se debe hacer con mucho tino. El enfermo desanimado, ve esto como un fracaso ante el mismo, su familia y conocidos a su permanencia en la capital y ver un mejor futuro.

b) Etiológico: Adaptar a la persona, hacerla renunciar a la enfermedad, e impulsarlo a enfrentar la vida sobre bases positivas. (García, 2016)

Se concibe entonces, a la antropología médica, como la encargada de estudiar los factores que causan, mantienen y contribuyen a la enfermedad, y las estrategias y prácticas que las diferentes culturas humanas han desarrollado para tratarlas. Los síndromes culturales no son mera superstición de “una población ignorante”, con pensamiento primitivo o precategorial, sino síndromes psiquiátricos reconocidos, y sus métodos de resolución son psicológicos.

3.11 FACTORES SOCIOCULTURALES

3.11.1 SÍNDROMES SOCIOCULTURALES, SALUD MENTAL Y APORTES DE LA PSIQUIATRÍA PERUANA A LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA

Los aportes de la psiquiatría peruana a la antropología médica aparecieron con una nueva generación de psiquiatras y se inició al estudiar las singularidades culturales tanto de pacientes como de curadores, esto con el objeto de crear una identidad psiquiátrica peruana. (Seguin C. 1988)

Sin duda, uno de los principales aportes de (Perales A, 2008), fue el de sistematizar los tan variados conceptos que se tenían respecto a la antropología médica, a través de una rigurosidad metodológica. Clasifica a las diferentes medicinas en las siguientes:

Medicina académica.

Conforme la medicina fue evolucionando, se va integrando más hacia una visión positivista. Poco a poco se fue desligando de las raíces mágicas e inclinándose más hacia los conocimientos de las ‘ciencias naturales’. Situación que alcanza su punto álgido en la episteme actual. La medicina académica es la que otorga prestigio, la reconocida por las universidades y la auspiciada por las grandes compañías farmacéuticas; actuar de diferente manera nos llevaría a la marginalidad de la medicina y ser tildados de charlatanes, situación que pareciera ser más sensible en la psiquiatría.

Son muchos los motivos que hicieron de la medicina académica la oficial; económicos, sociales, políticos, entre otros muchos más. Ahora, si se suma a esta medicina académica el desconocimiento sobre la antropología médica, veremos a los “otros” como “salvajes”, todo desde la perspectiva de la así llamada civilización superior. Muchas veces se llega a despreciar a esas culturas o grupos étnicos ‘inferiores’. Todo esto lleva a querer imponer, muchas veces a la fuerza, nuestros puntos de vista sobre el de otras culturas. Todo forma parte de una práctica deshumanizada de la medicina, que genera las consecuencias ya conocidas por todos. (Seguín, 1962)

Etnomedicina

Se entiende como: “el conjunto de ideas, creencias y prácticas acerca del origen y el tratamiento de las enfermedades en los pueblos que llamamos primitivos”. Estas prácticas son transmitidas de generación en generación, frecuentemente de manera oral. No tienen ningún sustento teórico

Medicina tradicional integral.

Se trata, según la visión seguiniense, de aquellas medicinas que han sufrido la influencia de las corrientes occidentales y, con ellas, de la ‘ciencia positivista’, pero que, a diferencia de la medicina folclórica aceptado socialmente (Harcaya-Victoria, J. E. F. F., 2017), han podido preservar sus bases y costumbres. Claro ejemplo lo constituyen el sistema médico tradicional chino o el ayurvédico. Su practicante, al igual que en las medicinas anteriores, es alguien preparado y entrenado, que es aceptado socialmente.

Medicina popular.

Es un tipo de conocimiento médico que se encuentra en todas las culturas, pero se diferencia de las anteriores en que no tiene un estado oficial y es practicado por todas las personas. Estas prácticas son transmitidas de generación en generación, frecuentemente de manera oral. No tienen ningún sustento teórico, son equiparables a las ‘recetas de la abuela’

Medicina folclórica.

Es la suma de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en teorías, experiencias y creencias diferentes. El término folclore (folk: pueblo; lore: saber) fue acuñado por William Tomas, en 1846. Lo entendía como “las maneras, costumbres, observancias, supersticiones, baladas, proverbios, etc., del tiempo pasado para que así los investigadores posteriores pudieran acudir para informarse de estos vestigios en trance de desaparición de un pasado no escrito” denominado “antigüedades populares o literatura popular” (Seguin C., 1988, Seguin C., 1981, Valdivia, 1975).

La diferencia entre el chamán, medicina trabajada por el hombre, brujo y del practicante de la medicina folclórica (entiéndase como curandero) es que los primeros forman parte del establecimiento, mientras que el curandero es condenado y perseguido por la filosofía religión y las leyes del ambiente en que se desarrolla., (Seguin C. 1988). Esta persecución se debe a un conflicto no resuelto entre las varias diferencias culturales en nuestro país.

En la investigación de Perales et al, 1988, se preguntan, acerca de la conveniencia de integrar oficialmente la medicina académica y la medicina folclórica, de tal forma que encontraron en las opiniones de los encuestados, razones para esta integración:

- a) La medicina folclórica es parte de la cultura de la comunidad y ayuda a manejar los aspectos psicológicos y psiquiátricos;
- b) Brinda servicios de salud a la población, da servicios de salud, especialmente en aquellos donde no llegan los servicios de salud oficiales;
- c) Económicamente la medicina folclórica está al alcance de la economía popular;
- d) Los agentes de la medicina folclórica de alguna manera favorecen el cuidado de la salud popular. Otros investigadores opinaron negativamente a dicha integración argumentando que la medicina folclórica es empírica y no científica.

Los curanderos dividen las enfermedades en “enfermedades de dios” y “enfermedades de daño” (Chiappe M, 1985)

Enfermedades de dios:

Producidas por la naturaleza, su génesis no responde a ningún factor humano; su tratamiento es llevado a cabo por los “doctores del hospital”.

Enfermedades de daño:

Producidas por la intervención del hombre, quien con “mala intención” contrata los servicios de un curandero para lanzar un “maleficio o maldición” a otra persona, produciendo en el afectado no solo molestias somáticas, sino también, y acaso más grave; fracaso en la vida. (Chiappe M, et al 1985), (Valdizan, H., & Colección Fondos Prop., 1990).

Chiappe nos menciona acerca de los motivos del daño: “La concepción de este origen de la enfermedad o la desgracia, se asocia estrechamente con un rasgo cultural muy generalizado y es el concepto de la “envidia”, que según los curanderos es la principal motivación del daño. Se ha observado que la totalidad de los curanderos entrevistados, así como también la mayoría de pacientes, afirman que la razón de la enfermedad o la desgracia proviene siempre de alguien que por motivos de “envidia” había decidido perjudicar al paciente”. Entre las enfermedades por daño, se pueden encontrar el susto y el mal de ojo.

Susto

También llamado jani, pachashar o “mal de espanto”. Desde un análisis cultural el susto refleja la presencia de un complejo de rasgos; el individuo está compuesto de un cuerpo y de una o más almas inmateriales, las cuales se pueden sacar del cuerpo y vagar libremente. Situación que generalmente se da ante un evento perturbador, su origen es natural o provocado por otra persona. De este modo las personas se muestran vulnerables, generándose posteriormente inseguridad ante la vida misma. Las personas creen que el alma fue capturada porque el enfermo perturbó a los espíritus guardianes de la tierra, ríos, bosques o animales, así las personas muestran un temor mágico a

ciertos elementos de la naturaleza. / (Chiappe et al., 1985 & Ponce, 1975, & Rubel A. 1964)

(Valdizán H., Maldonado A. 1922) describen la sintomatología del susto en escalofríos, náuseas, astenia, vómitos, diarrea, desnutrición, depresión psíquica, palidez, anemia, cefalea, dolores óseos, palpitaciones violentas, gritos nocturnos y sueños.

(Rosa, M. M., & Contreras, A. 2010), proporcionan algunas diferencias de la sintomatología del susto en adultos y niños: a) en adultos, irritabilidad, insomnio, falta de apetito, dolor de cabeza malestar general, cambio de forma y color de los ojos, ‘suspiración’; b) en niños, insomnio, nerviosismo, falta de apetito, crecimiento lento, diarrea, llanto, desnutrición, ser pequeño y delgado.

El tratamiento del susto consiste en restituir la unidad cuerpo espíritu, traer el espíritu errante al cuerpo. Para lo cual se usa: a) ‘la llamada’ o el *kayaqui* o *jani*; consiste en implorar mediante rezos al espíritu para que regrese al cuerpo; b) ‘la limpia, barrida’ o la *shokma*; en el cual se cubre el cuerpo desnudo del paciente con una mezcla de hojas y flores de diferentes tipos, luego el especialista en este tratamiento comienza a orarle a Dios pidiéndole que le permita conducir al espíritu de regreso al cuerpo. Acto seguido va con la ropa del paciente donde se produjo el accidente o “pérdida del alma” y propicia el regreso del alma al cuerpo indicándolo por dónde debe ir; c) limpia del *cuy*; d) baño de tierra, muy difundido en Huánuco; y e) el *shogpi* que consiste en la frotación por todo el cuerpo de diversas flores (Valdivia O. Hampicamayoc., 1975 & Rubel, 1964 & Remorini et al., 2009)

El susto no es una mera superstición, sino un síndrome psiquiátrico de origen y mecanismo psicógeno, y el método de su cura es exclusivamente por vía psicológica y constituye, a el más remoto ancestro de la psicoterapia en Perú. (Alarcón, 2003)

Mal de ojo

Quizá sea la enfermedad cultural por antonomasia. Se la encuentra en casi todas las culturas de diferentes épocas. Se le conoce también por diferentes términos como: “influencia maligna o brujería”, “envidia”, “malicia”, “celos” y como sustantivo: “calumniador”, “envidioso”, “brujo” o “hechicero”. (Alvar Nuño & Alvar Nuño, 2010).

Se ve que desde la remota antigüedad se han asociado diferentes partes del cuerpo con poderes más allá de lo terrenal, y, sin duda, fueron los ojos los que mayor atención generaron. Es interesante saber que, en los tiempos de la conquista española, el mal de ojo no era una superstición, sino una enfermedad explicable de acuerdo a la medicina oficial.

Para el tratamiento se emplean diversos métodos: a) ‘santiguado del niño’ consistiendo en realizar rezos, si el santiguador comienza a tener ardor en los ojos, lagrimeo o cualquier otra molestia ocular, dirá que el ‘mal de ojo’ es muy fuerte; b) ‘limpiándolo’ o ‘pasándole el huevo’, el curandero coge un huevo, según algunos tiene que ser un huevo blanco recién puesto por la gallina; el experto pasa el huevo por todo el cuerpo mientras realiza oraciones, para luego romper el huevo y verter el contenido en un vaso de cristal medio lleno de agua, si suben burbujas y una ‘telita bien finita’ como si la clara se estuviera cociendo, se diagnostica de ojeada; para curar al enfermo repiten este procedimiento hasta tres veces. (Chiappe M., et al 1985& Valdivia, 1975 & Idoyaga Molina & Ávila Testa, 2013).

De esta manera, el campo de acción del curandero son las enfermedades de daño, ya que estas implican un conocimiento que va más allá de la ciencia y el saber médico. La historia de nuestro país tiene muchos ejemplos que revelan el interés de grupos de poder para abolir las ideas, prácticas y materia médica autóctona. Recientemente se ve (promovido por diferentes intereses) un rescate de la medicina y

lo indígena; acaso interés fluctuante a lo largo de nuestra historia; pero lo cierto es que se sigue dejando en un plano muy inferior a los curanderos, parteras y demás participantes de la medicina folclórica. (Duncan P., 1988)

El conocimiento de la medicina tradicional contribuye a ampliar el conocimiento epidemiológico convencional, no solamente procurando una mejor información sobre los malestares de base cultural, sino también en el mejor entendimiento de cómo los datos históricos, sociales y culturales son determinados en la aparición y distribución de las enfermedades. (Duncan P., 1988).

3.11.2 ESTIGMA:

La palabra 'estigma' se origina en el idioma griego, que significa una "marca" o "marca". En las ciencias sociales, el término "estigma" se refiere a las diferencias marcadas de lo que es "normal" para un grupo de personas, y a las emociones negativas y/o respuestas de comportamiento a esas diferencias. Moreno, 2009, lo clarifica como un fenómeno social y la describió como la marginación de las personas en respuesta a los rasgos que exhiben, tales como la etnia, las creencias religiosas, la discapacidad física, la piel cicatrices, o "debilidades" del carácter (por ejemplo, representado por encarcelamiento o adicción). Mostró cómo el ser "marcado" con cualquiera de estos rasgos podría tener un efecto negativo cuyas consecuencias en un contexto social determinado a menudo se ve como un indeseable socialmente conduciéndolo a la discriminación, aislamiento social, privación del derecho a voto, etc.

Un modelo (Rusch y cols. 2005), que ha demostrado ser particularmente útil en comprensión del estigma relacionado con la demencia (Blay y Cols., 2010), (Young y cols., 2019), identifica cuatro componentes críticos esenciales para que el estigma tenga su efecto: poder, estereotipos, prejuicios y discriminación.

Se dice que el "estigma" se produce, cuando las personas internalizan creencias negativas generalizadas (estereotipos) que luego se manifiestan como respuestas

emocionales negativas (prejuicio) y las respuestas de comportamiento negativo (discriminación).

3.11.3 TIPOS DE ESTIGMA

Los distintos tipos de estigma mostrados por la literatura son: el estigma público (public stigma), el auto-estigma (self-stigma), evitar la etiqueta (label avoidance), el estigma estructural (structural stigma) y el estigma por asociación (cortes y estigma / stigma by association). Cada uno de ellos, conlleva distintos componentes de prejuicio, discriminación e impactos a nivel individual y social (Jones y Corrigan, 2014).

Estigma público

El estigma público, es el proceso por el cual los miembros de la población general apoyan los estereotipos y los prejuicios sobre las características de un individuo o grupo estigmatizado, lo que conlleva comportamientos y reacciones discriminatorias. El estigma público es uno de los tipos de estigma más estudiado y se ha demostrado que este conduce a la discriminación de personas con discapacidades y trastornos en distintos contextos, como la asistencia sanitaria (Earnshaw y Quinn, 2012; Teixeira y Budd, 2010; Tornicroft, Rose y Kassam, 2007), la justicia penal (Cant, R., y Standen, P. (2007), la vivienda (Furlotte, Schwartz, Koornstra y Naster, 2012), el empleo (Draper, Reid y McMahon, 2011; Shier, Graham y Jones, 2009; Stuart, 2006) y la educación (Salzer, Wick, Rogers, 2008; Trammell, 2009). Los medios de comunicación, el cine y la literatura, influyen fuertemente en el estigma público, puesto que a menudo se centran en los estereotipos negativos de los distintos grupos marginados, lo que refuerza la discriminación de los mismos (Haller, Dorries y Rahn, 2006; Stout, Villegas y Jennings, 2004). En la siguiente figura se muestra cómo actúan los estereotipos, los prejuicios y la discriminación en el estigma público.

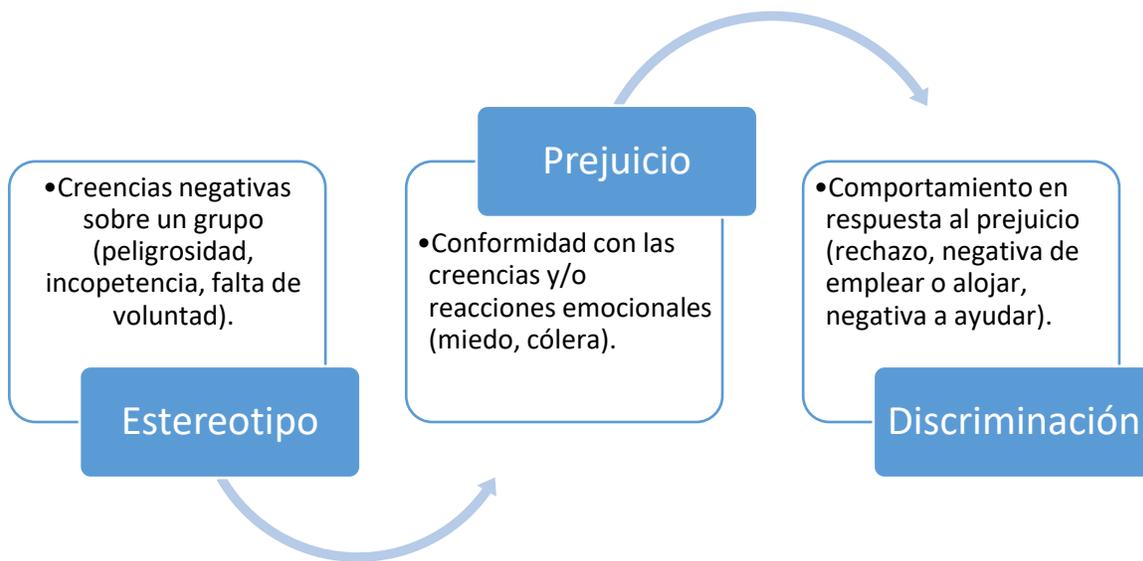


Figura N° 19: Estereotipos, prejuicios y discriminación en el estigma público. Adaptado de “La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible”, por López et al., 2008.

Auto-estigma.

El auto-estigma, hace referencia a la internalización de ideas y reacciones por parte de aquellos individuos a quienes va dirigida la estigmatización. Corrigan, Watson y Barr 2006, describen las etapas progresivas de internalización del estigma por las que pasa el individuo. Este proceso de interiorización, es conocido, debido a las iniciales en inglés de cada una de las fases, como “las tres As”: Conciencia (*awareness*) de los estereotipos que existen sobre determinadas características que él puede poseer, acuerdo (*agreement*) con estos y, aplicación (*application*) de los estereotipos a sí mismo, con la consecuente auto-discriminación.

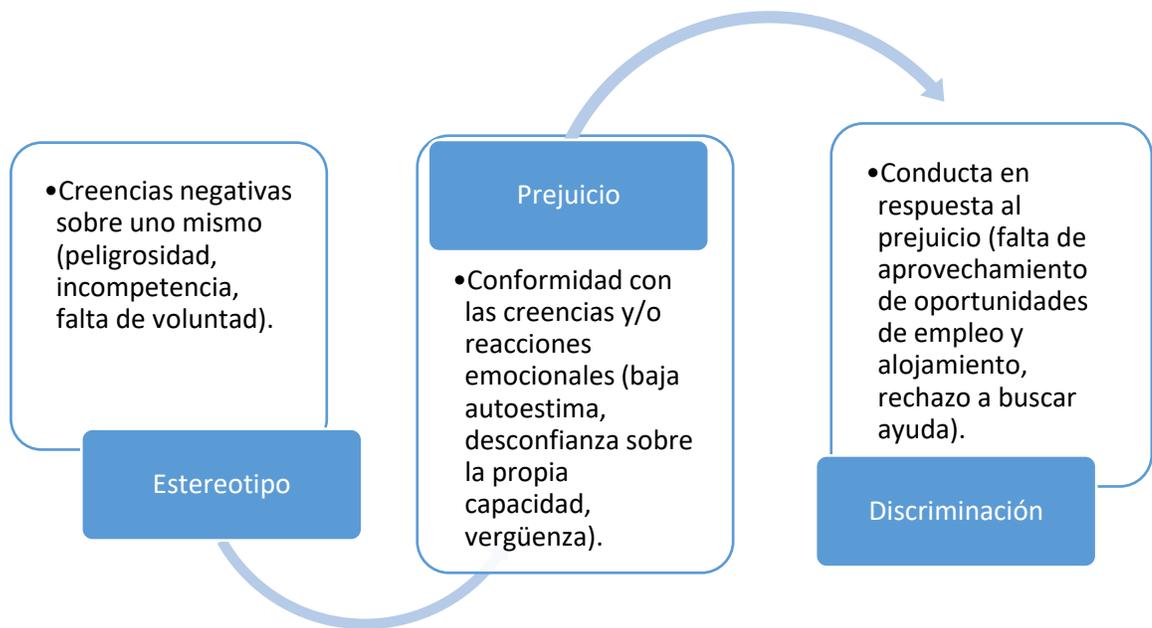


Figura N° 20: Estereotipos, prejuicios y discriminación en el autoestigma. Adaptado de “La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible”, por López et al., 2008.

Corrigan, 2016, señala la importancia del nivel de identificación con el grupo, ya que quienes se identifican fuertemente con un grupo estigmatizado, son más propensos a verse afectados negativamente incluso por los estereotipos con los que no están de acuerdo. Se ha demostrado, que el auto-estigma, conduce a la disminución de la esperanza y la autoestima (Livingston & Boyd, 2010) a la soledad y al aislamiento social (Sayles et al., 2007), al abandono del tratamiento (Barney et al., 2006 & Earnshaw & Quinn, 2012) y, potencialmente, incluso al suicidio (Brunstein Klomek et al., 2010). En la figura 21 se puede observar cómo estas cuatro etapas se relacionan con las propuestas por Corrigan, 2016.

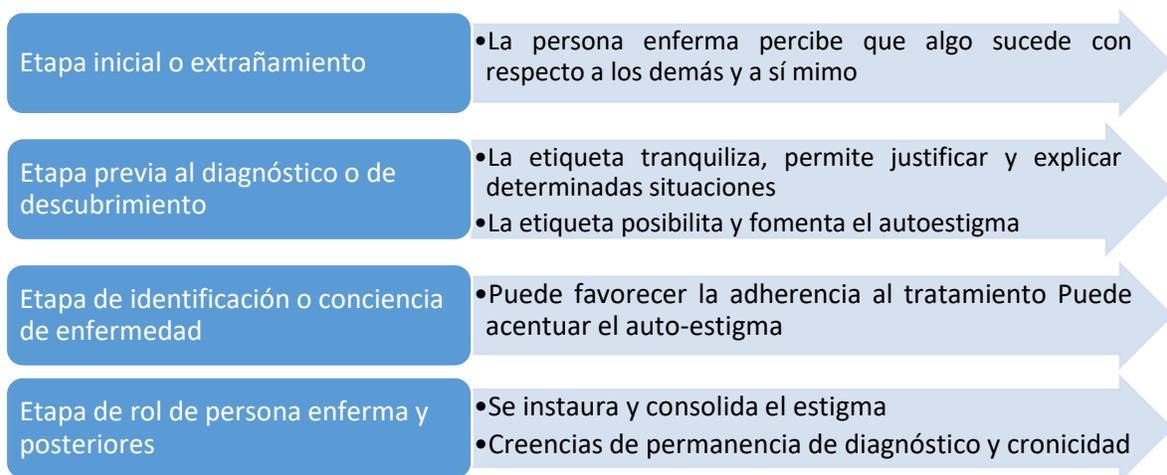


Figura N° 21: Proceso de formación del auto-estigma relacionado con problemas de la salud. (Corrigan, 2016)

Evitación de la etiqueta.

(Corrigan & Watson, 2002). El proceso mediante el cual los individuos disminuyen el compromiso o se niegan a usar determinados tipos de servicios con el fin de evitar ser etiquetados o estereotipados. Algunos autores subrayan la evitación de la etiqueta, como un importante factor, que influye en la falta de adherencia al tratamiento (Lacro et al., 2002); (Velligan D, Sajatovic M, Valenstein M, et al., 2010).

Las consecuencias de la evitación de la etiqueta, provocan mayor deterioro clínico y funcional, complicaciones secundarias, peor pronóstico y una mayor morbilidad (Farooq et al., 2009); (Gravely-Witte et al., 2010); (Jaggi & Lambert, 2010); (Lannin et al., 2002).

Estigma estructural.

El estigma estructural engloba aquellos reglamentos y normas, tanto de instituciones públicas como privadas, que discriminan a los miembros de un grupo estigmatizado, ya sea de forma intencional o no (Corrigan et al., 2004), tal y como apuntan (López et al., 2008).

Las legislaciones, restringen derechos en función de un diagnóstico y no de la presencia temporal o permanente de dificultades reales para su ejercicio, incluyendo derechos civiles tan importantes como la libertad en general, el voto, el matrimonio y el cuidado de los hijos, el manejo del dinero, etc.

Este tipo de políticas limitan las oportunidades de los grupos minoritarios estigmatizados, lo que tiene como resultado la discriminación de estos de una forma poco visible, puesto que aparentemente no se dan situaciones perjudiciales para ellos (Feagin, 1989). El estigma estructural legitima la exclusión social y las diferencias de poder entre los grupos marginados y el resto de población (Corrigan & Kleinlein, 2005).

Estudios en el campo educativo, concretamente en la universidad (Pincus, 1999), y en el área de las subvenciones económicas destinadas a ciertas enfermedades mentales (Link & Phelan, 2001) son ejemplos de estigma estructural.

Estigma por asociación.

El estigma por asociación fue definido por primera vez por (DeFleur, 1964) y hace referencia a cómo influye el estigma en el entorno de la persona estigmatizada, incluyendo tanto a familiares como a profesionales relacionados con ella. El estigma por asociación abarca las áreas interpersonales, dominios institucionales o estructurales de los afectados (Chou et al., 2009); (Stengler-Wenzke et al., 2004) y la internalización del estigma (Moses, T. 2010).

Distintas investigaciones han mostrado que el estigma por asociación puede causar miedo, baja autoestima, lástima, desconfianza, enfado, inhabilidad para enfrentarse a ciertas situaciones, desesperanza, impotencia e incremento de la carga en los familiares (Östman & Kjellin, 2002); (Phelan et al., 1998).

Por último, cabe destacar el aumento experimentado en los últimos años de las investigaciones que tratan el estigma en diferentes situaciones y escenarios. Muestra de ello son los estudios sobre el estigma en relación con distintos grupos étnicos (Castelli et al., 2009); (Corenblum & Stephan, 2001), la orientación sexual (Herek, 2007), el cáncer (Hamann et al., 2013), (Knapp-Oliver & Moyer, 2009); el VIH (Stutterheim et al., 2011), la depresión (Peluso & Blay, 2009), la esquizofrenia (Lacro et al., 2002) o la demencia tipo Alzheimer (Lee et al., 2010 & Ott, Sanders, & Ott et al., 2007); (Werner & Heinik, 2008).

3.11.4 ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La investigación sobre el estigma asociado a la EA está aún en desarrollo (Werner, 2005 & Werner, 2014) si se compara con los numerosos estudios llevados a cabo sobre estigma y otros problemas relacionados con la salud mental, especialmente esquizofrenia y depresión (Brohan et al., 2010). Los estudios que han comparado el estigma asociado a la EA con el estigma provocado por otras enfermedades revelan niveles más bajos de estigma en la EA (Fernando et al., 2010 & Kubiak et al., 2011); (Wadley & Haley, 2001), muy probablemente como resultado del menor nivel de peligrosidad y responsabilidad atribuida a las personas con EA en comparación con otras enfermedades mentales (Werner, 2014).

Para la EA, Werner (2014), explica cómo en la literatura científica se percibe el estigma de manera generalizada y asociado a consecuencias negativas de la enfermedad en distintas áreas: individual, familiar, sanitaria y social. Un resumen de ello se puede ver en la siguiente figura.



Figura N° 22: Consecuencias del estigma en la EA

Algunas investigaciones apuntan a, que las principales atribuciones cognitivas que conducen al estigma en la EA son, por un lado, la severidad y los comportamientos problemáticos de esta demencia, como por ejemplo, que el enfermo diga necesidades, tenga un discurso sin sentido o interrumpa a quienes están a su alrededor, y, por otro, la falta de estética de la persona enferma, a la que se percibe como sucia o con un olor desagradable (Behuniak, 2011; Werner et al., 2010).

Existe, además, emociones negativas más comunes asociadas al Alzheimer que son, vergüenza, humillación y disgusto, sin embargo, la compasión se considera la principal emoción positiva generada por la estigmatización de esta enfermedad. (Allen et al., 2009; Burgener & Berger, 2008; (Nygård & Borell, 2016; Werner et al., 2010; Zhan, 2004). Así, (Pentzek et al., 2009), encontraron, que los médicos de familia sobre valoraban más la presencia de demencia en pacientes con problemas de movilidad, problemas auditivos y con quejas de memoria, mientras que desechaban frecuentemente la existencia de esta, en aquellas personas que vivían solas. Además, a pesar de los beneficios del diagnóstico, como conocer qué es lo que ocurre o recibir

un tratamiento adecuado y tener acceso a determinados servicios, este a menudo hace la función de etiqueta. Las consecuencias negativas del etiquetado, parecen surgir a través de dos procesos. En primer lugar, cuando se produce un diagnóstico por un trastorno neuropsicológico, como la EA, la persona y quienes la rodean, asumen como relevantes, las ideas culturales asociadas a quienes padecen esta demencia, lo que fomenta una autoimagen negativa. En segundo lugar, estos significados culturales, generalmente negativos, se transforman en expectativas, como el rechazo por parte de los demás, lo que puede desencadenar, comportamientos defensivos para prevenir ese posible repudio (Link, 1987; Link et al., 1989).

La familia de la persona enferma de Alzheimer, también se ve envuelta en el proceso de estigmatización asociado a la enfermedad, a través del estigma por asociación.

a. Poder:

El estigma depende de la situación social, económica o política. El tipo y la gravedad del estigma pueden variar, dependiendo de quién tenga el poder relativo sobre otro. Por ejemplo, las personas que viven con demencia, pueden formar estereotipos de los profesionales médicos, pero a menudo carecen del poder para discriminarlos (por ejemplo, pueden carecer de los recursos sociales, económicos o políticos necesarios, para excluir a ese individuo, de la toma de decisiones sobre su cuidado).

b. Estereotipos:

Los estereotipos se refieren a las creencias generalizadas, a menudo negativas, sobre lo que significa tener un cierto rasgo. De acuerdo con los estereotipos comunes de la demencia, tener demencia es una experiencia intrínsecamente negativa (Figura 23). Los estereotipos son poderosos porque se crean y perpetúan de maneras diferentes (Young y cols., 2019):

- Se perpetúan a través del lenguaje usado para hablar sobre las personas que viven con demencia (por ejemplo, refiriéndose a ellos como "'dementes' 'sufridores',

'sujetos', víctimas')

- Se perpetúan a través de la medicina, que presenta la demencia como un declive inexorable en todos los aspectos del funcionamiento humano incluyendo la pérdida de la personalidad y del yo.
- Se combinan con otros estereotipos (como estereotipos sobre los adultos mayores o sobre las personas que están institucionalizados); y están formados por creencias culturales sobre la causa de demencia (por ejemplo, el karma, la falta de adhesión).

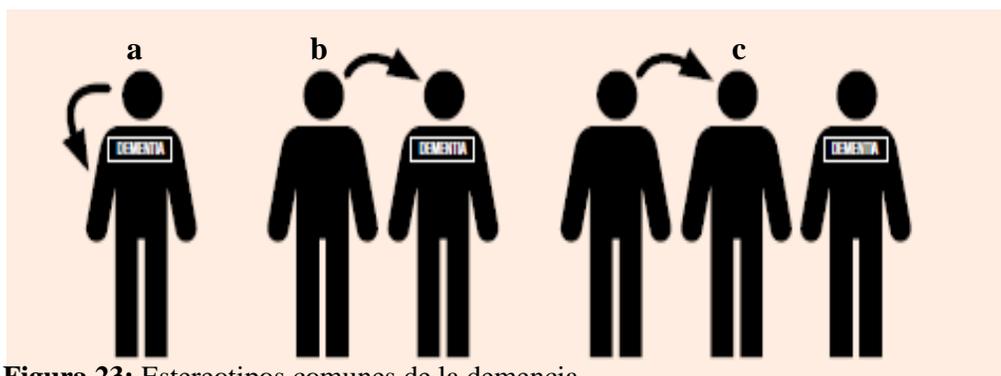


Figura 23: Estereotipos comunes de la demencia

a. Auto estigma	b. Estigma público	c. Estigma de cortesía
Comportamientos negativos de una persona con demencia, dirigido hacia el interior.	Comportamientos negativos dirigido a una persona con demencia.	Comportamientos negativos dirigidos a la familia, amigos, u otras personas cercanas a una persona con demencia.

Tres tipos de estigma (Ashworth, R. 2017; Werner, P. 2014)

Ejemplos de estereotipos

Todas las personas que viven con demencia son:

- ✓ Una carga para la familia,
- ✓ Una carga para el sistema de salud,
- ✓ Delirante,

- ✓ Sin esperanza,
- ✓ Incapaces de hablar por sí mismos,
- ✓ Incompetente,
- ✓ Invariablemente viejo,
- ✓ En un camino hacia la muerte inevitable,
- ✓ Incapaz de contribuir a la sociedad,
- ✓ No son conscientes de sus habilidades o limitaciones,
- ✓ Poco fiable, y
- ✓ No es confiable.

(O'Connor, 2019)

c. Prejuicio:

Se refiere a la adopción de estereotipos y reacciones emocionales negativas a esos estereotipos. La adopción de estos estereotipos a menudo es subconsciente, pero puede tener un impacto real y significativo en nuestras emociones y comportamientos. En el contexto de la demencia, las reacciones emocionales más a menudo incluyen miedo, vergüenza, repulsión o asco (Behuniak, 2011; Casado et al 2018; López et al., 2019). La gravedad de los prejuicios incluye la edad, el género, la profesión, la etnia, la cultura y la comprensión del pronóstico de la demencia, entre otras cosas (Herman, et al., 2018).

d. Discriminación

Se refiere a las respuestas negativas de comportamiento a perjuicio de una o más personas (Rusch, et al., 2005). Estas respuestas, incluyen comportamientos tales como evitar, ignorar o excluir activamente a las personas que viven con demencia. En un extremo, la discriminación puede resultar en la negación de los derechos humanos básicos, incluyendo, para ejemplo: la elección de dónde vivir, decidir qué y cuándo comer, y el acceso a la atención médica.

e. Las mujeres como cuidadoras: Consideraciones de género y estigma en atención de demencias

La demencia tiene un profundo impacto en las personas cercanas al paciente con demencia, sobre todo la familia y los cuidadores de la familia, los cuales a menudo experimentan un empeoramiento de la salud física y mental, calidad de vida más pobre y una mayor carga financiera, como resultado de la atención al familiar con demencia (Pinquart, et al., 2003). Es probable que las cuidadoras experimenten una mayor restricción social, niveles más altos de carga y depresión cuando se compara con los cuidadores masculinos (Sharma, et al., 2016; Akpınar et al 2011; Pillemer, et al., 2018).

Aunque hay muchas explicaciones potenciales para estas diferencias de género (por ejemplo, diferentes estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres) (Papastavrou et al., 2007), entre el 60% y el 70% de todos los cuidadores familiares de personas con demencia son mujeres (Alzheimer's Research UK., 2015).

Existe el mito común de que las mujeres son mejores cuidadoras (Pruchno, et al., 2007), y aunque hay ciertos rasgos de personalidad que pueden apoyar tales nociones (es decir, la crianza) (Hyde, 2014), no hay pruebas concluyentes de que las mujeres sean mejores cuidadoras que los hombres. Los comportamientos están vinculados al hecho de ser mujer, y por lo tanto puede crear la expectativa de que las mujeres deben cumplir este papel cuando se presenta tal situación. Hay presión para que las mujeres se conviertan en cuidadoras, a la inversa, hay poca presión social para que los hombres lo sean.

3.11.5 SÍNDROMES FOLKLÓRICOS, PREVALENCIA DE VIDA EN CINCO CIUDADES DE LA SELVA- PERÚ

En el estudio epidemiológico y síndromes folklóricos (cuadros clínicos que el pueblo califica o reconoce como enfermedad), le asigna un nombre, una etiología e indica procedimientos de diagnóstico, pronóstico y de tratamiento, tienen vigencia

tradicional)” (Valdivia, 1986 & Pérez 2004). El estudio fue realizado en cinco ciudades de la selva peruana (García, 2016): Iquitos, Bagua, Tarapoto, Pucallpa y Puerto Maldonado, se evaluaron tres trastornos psiquiátricos: trastorno de ansiedad, episodio depresivo y síntomas paranoides; privilegiando la perspectiva propuesta por los entrevistados. Se incluyó un cuestionario de preguntas relacionadas con aspectos médicos folklóricos y populares peruanos. Estos estudios fueron descriptivos, no se encuentran estudios que reporten datos epidemiológicos. El “daño” constituye el “síndrome folklórico” más estudiado y mejor sistematizado, y se encuentra bien documentado en cuanto a sus agentes curadores, sustancias alucinógenas y otros elementos que se usan durante el ceremonial terapéutico. También se le conoce como “susto”, “mal de ojo”, “aire” y “chucaque”, encontrándose, que los síntomas y signos de los síndromes folklóricos descritos son inespecíficos y son descritos con la misma terminología que se aplica para el sistema médico (Perales, 1988)

En un Reporte Técnico (OMS, 1978), la Organización Mundial de la Salud afirma que la medicina folklórica es útil, debe potenciarse para un uso de mayor envergadura en beneficio de la salud humana, debe actualizarse y tener un bajo co

CIUDADES SELVA	SÍNDROMES FOLKLÓRICOS				
	DAÑO %	SUSTO %	OJEO %	AIRE %	CHUCAQUE %
Iquitos	13,3	9,4	1,8	6,5	4,9
Bagua	11,0	21,9	5,4	4,7	53,3
Tarapoto	1,2	10,8	2,8	10,2	17,7
Pucallpa	15,5	13,1	2,0	9,6	10,8
Puerto Maldonado	10,1	15,8	3,1	25,1	2,8

Tabla N° 23: Síndromes folklóricos, prevalencia de vida en cinco ciudades de la Selva- 2004

CIUDADES SELVA	RAZÓN ENTRE LOS SÍNDROMES FOLKLÓRICOS Y "DAÑO"				
	DAÑO %	SUSTO %	OJEO %	AIRE %	CHUCAQUE %
Iquitos	1.0	0,7	0,1	0,5	0,4
Bagua	1.0	2.0	0,5	0,4	4,8
Tarapoto	1.0	9.0	2,3	8,5	14,8
Pucallpa	1.0	0,8	0,1	0,6	0,7
Puerto Maldonado	1.0	1,6	0,3	2,5	0,3

Tabla N° 24: Razón entre la prevalencia de vida de síndromes folklóricos y "daño" en cinco ciudades de la Selva- 2004

CIUDADES SELVA	RELACIÓN S. FOLKLÓRICOS – T. DE ANSIEDAD				
	DAÑO OR IC 95%	SUSTO OR IC 95%	OJEO OR IC 95%	AIRE OR IC 95%	CHUCAQUE OR IC 95%
Iquitos	1,8 (1.126,2.817)	-	-	-	2.1 (1.100,3.933)
Bagua	2,2 (1.168,4.193)	-	3,5 (1.427,8.559)	-	2.1 (1.332,3.220)
Tarapoto	-	2,1 (1,323,3,289)	-	1,7 (1,028,2,671)	2,1 (1,386,3,047)
Pucallpa	2 (1.313, 2.944)	1.8 (1.132, 2.849)	2.7 (1.031, 7.232)	-	-
Puerto Maldonado	2,8 (1.646, 4.895)	1,9 (1.199,2.886)	-	1.8 (1.150, 2.819)	3,3 (1.568, 7.077)

Tabla N° 25: Relación entre síndromes folklóricos y trastorno de ansiedad en cinco ciudades de la selva- 2004

CIUDADES SELVA	RELACIÓN S. FOLKLÓRICOS – E. DEPRESIVO			
	DAÑO OR IC 95%	SUSTO OR IC 95%	AIRE OR IC 95%	CHUCAQUE OR IC 95%
Iquitos	2,1 (1,341,3,413)	-	-	-
Bagua	2,1 (1,294, 3,800)	-	-	2,4 (1,608,3,448)
Tarapoto	2,1 (1,424,3,141)	2,4 (1,574, 3,767)	-	2,3 (1,276, 3,270)
Pucallpa	1,9 (1,137, 3,180)	2,1 (1,368, 3,275)	-	2,3 (1,276, 4,042)
Puerto Maldonado	1,8 (1,208, 2,633)	-	2,1 (1,537, 2,941)	-

Tabla N° 26: Relación entre síntomas folklóricos y episodio depresivo en cinco ciudades de la Selva- 2004

CIUDADES SELVA	RELACIÓN S. FOLKLÓRICOS- I. PSICÓTICOS			
	DAÑO OR IC 95%	SUSTO OR IC 95%	OJEO OR IC 95%	AIRE OR IC 95%
Iquitos	3,2 (1,476, 6,706)	-	-	-
Bagua	-	-	-	-
Tarapoto	4,5 (2,091, 9,620)	3 (1,390, 6,650)	-	-
Pucallpa	2,1 (1,083, 4,228)	-	7,1 (2,066, 4,253)	-
Puerto Maldonado	4,8 (1,811, 12,582)	-	-	3,5 (1,427, 8,559)

Tabla N° 27: Relación entre síndromes folklóricos e indicadores psicóticos en cinco ciudades de la Selva- 2004

Cuando un individuo enferma, acude al Sistema de salud que conoce a nivel médico o a nivel del contexto sociocultural donde vive. Los síndromes folklóricos, “daño”, “susto”, “mal de ojo”, “aire” y “chucaque”, descritos desde antaño, tienen vigencia en las ciudades de la selva estudiadas y en algunos lugares de la sierra, los pobladores lo conocen y se tiene la suficiente confianza para saber que los sanadores lo utilizaran de la mejor manera.

El ataque de nervios, el mal del corazón etc., no constituyen una categoría diagnóstica folklórica en las ciudades de la selva estudiadas, pues no se les encontró un marco cultural, una hipótesis etiológica y una hipótesis terapéutica, reconocidos y compartidos desde la cultura. Existe asociación significativa entre los síndromes folklóricos estudiados y tres trastornos psiquiátricos: Trastorno de ansiedad, episodio depresivo y pacientes psicóticos. La población de Iquitos, Bagua, Tarapoto, Pucallpa y Puerto Maldonado, para resolver sus problemas de salud, consulta en forma paralela a más de un sistema de salud, sin embargo, existe un alto porcentaje que no va a ningún sanador.

3.11.6 CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

FUNDAMENTACIÓN DE LOS TRABAJOS EN PERÚ Y ESPAÑA

En el año 1985, Robert G. Harre, realizó el proyecto del Corinne Dolan Alzheimer Center en Edimburgo, esto fue el inicio de la atención al paciente con Alzheimer lo cual fue tomado como ejemplo para la atención de estos pacientes. A partir de esa fecha, se fue concientizando a la población y a las autoridades con respecto al impacto que se crea por el aumento significativo de esta enfermedad en el mundo.

En Europa, España es uno de los países con mayor sensibilidad en cuanto a esta enfermedad ya que en Madrid en el año 2007, se creó el Centro de Alzheimer patrocinado por la Fundación Reina Sofia. Este establecimiento tiene un plan de

trabajo especialmente para los pacientes con Alzheimer donde se tienen actividades sociosanitarias, investigación y trabajos especiales, inclusive en el año 2012, se realizó el primer Congreso Internacional de Alzheimer, para reunir a profesionales de diversos ámbitos, entre científicos, docentes universitarios y expertos en la materia. Esto ha sido un punto de inicio para la realización de posteriores congresos, charlas, simposios, cursos, talleres, etc. sobre Alzheimer.

En Latinoamérica, lamentablemente no tenemos la misma situación, y la Enfermedad de Alzheimer esta relegada en el Perú, no tenemos establecimientos especiales para estos pacientes y el estado poco o nada puede hacer para realizar construcciones para el adulto mayor y que estos reciban un trato humanitario acorde a su enfermedad.

La Beneficencia de Lima, es la única institución que brinda vivienda al adulto mayor pero ya no es suficiente para albergar a los pacientes, ya que carece de un mantenimiento continuo por los recursos escasos que posee y menos para los pacientes con Alzheimer. Otra institución, es el CIAM (Centro Integral del Adulto mayor) que según la Ley 30490, Ley de la Persona Adulto Mayor, son espacios creados por los gobiernos locales, en el marco de sus competencias, para la participación e integración social, económica y cultural de la persona adulta mayor, a través de la prestación de servicios, en coordinación o articulación con instituciones públicas o privadas; programas y proyectos que se brindan en su jurisdicción a favor de la promoción y protección de sus derechos. Muchos distritos los tienen de nombre, pero pocos son los que tienen estos establecimientos en físico y los que brindan atención al adulto mayor y en especial a pacientes con Alzheimer.

En Perú, cada vez es mayor el número de adultos mayores que viven con enfermedades crónicas debido a la compra de equipos de alta tecnología que permite detectar enfermedades crónico degenerativas a temprana edad, cuando el paciente acude a su establecimiento de salud. En el Perú, no se tienen centros residenciales para el cuidado del adulto mayor, ni centro de día que albergue a las personas con Alzheimer. No

obstante, existen instituciones que tratan la enfermedad de manera muy superficial en algunos casos por no contar con los recursos adecuados. Aquí algunos centros:

1. IMEDER: Instituto de la Memoria, Depresión y Enfermedades de Riesgo
2. APEAD: Asociación Peruana de Alzheimer y otras Demencias
3. Instituto de Ciencias Neurológicas
4. Instituto de Salud Mental Horacio Noguchi
5. Hospital Hermilio Valdizan

El servicio público especializado para atender a este tipo de población prácticamente no existe, inclusive, los medicamentos expedidos por el médico tratante no se encuentran en la seguridad social y estos deben ser comprados en su totalidad por el paciente que de por sí ya ve mermado su salud, aparte está el hecho que no tienen una jubilación y la gran mayoría vive de las atenciones de los hijos o familiares (si es que los tienen). Otro factor limitante, es que no existen instituciones o establecimientos para el tratamiento, rehabilitación y todos los indicadores que implique una atención adecuada al paciente, ni siquiera lo básico para el área cognitiva, constituyendo un grave problema de salud pública en el país.

En relación a la economía familiar, el costo mensual aproximado sólo durante el período de estudio de la enfermedad, para poder detectarla es de 570 dólares como mínimo. Según los datos obtenidos del Instituto de Memoria (IMEDER) los costos por despistaje son de 100 nuevos soles, y las consultas ascienden a 400 soles por consulta (90 euros), las cuales deben ser continuas si se quiere tener un diagnóstico oportuno y exacto. Habría que añadir los gastos de pasajes, idas y venidas con los familiares que los acompañan, permisos de los familiares, de sus jefes donde laboran, entre otros gastos.

Otros datos, involucran los acuerdos a nivel Nacional entre gobiernos regionales, hospitales, clínicas, Universidades y otros establecimientos como sectores no

gubernamentales, los cuales no tienen como prioridad la atención de enfermedades mentales tipo Alzheimer. Quinquenalmente, se realizan eventos donde la suscrita participa para identificar los problemas prioritarios en el país donde invitamos a todas las autoridades a nivel nacional entre expertos como médicos, profesionales especialistas, investigadores, líderes de opinión, directores y demás personalidades para su participación. Lamentablemente, el abastecimiento de centros de Alzheimer es escaso o nulo, ya que los sectores privados y gubernamentales no tienen como prioridad en sus labores, la creación de estas instituciones (como es el caso de Perú). El último evento, para definir las prioridades nacionales de investigación en salud en el Perú, fue realizado en el año 2019 y está vigente hasta el año 2023. Estas son las siguientes:

1. Accidentes de tránsito
2. Cáncer
3. Enfermedades metabólicas y cardiovasculares
4. Infecciones respiratorias y neumonía
5. Infecciones de Transmisión sexual y VIH- SIDA
6. Malnutrición y anemia
7. Salud ambiental y ocupacional
8. Salud materna perinatal y neonatal
- 9. Salud mental**

Vemos que salud mental es el último y fue considerado porque los médicos psiquiatras, neurólogos y geriatras insistieron en su propuesta. Es la realidad del Perú como país.

ÉTICA EN EL CONTEXTO SOCIAL

En ocasiones la población no está preparada para entender el complejo lenguaje médico y su consentimiento para participar en la investigación, está fácilmente comprometido por no ser comprensible. El seguimiento de la investigación y la

seguridad en la protección de los pacientes resulta mucho más difícil de llevar a cabo en la práctica.

En Latinoamérica, en particular (Serrano LaVertu & Linares Parada, 1990), por la inequidad social, la mayor parte de la población vive en la pobreza con muy limitado acceso a los avances en el campo de la salud, a diferencia de otro grupo privilegiado que si tiene acceso. El sector salud de Latinoamérica como de Europa y del mundo no tienen una política de prevención de enfermedades y esto se acrecienta en países en desarrollo que no cuentan con recursos suficientes para afrontar políticas adecuadas de prevención y atención de salud, con graves problemas de gestión y excesiva burocracia. La mayoría de los gobiernos están más preocupados de proveer servicios básicos de salud que de los posibles beneficios que puedan reportar proyectos de investigación y sobre todo la Medicina Preventiva con un enfoque de Epidemiología Cultural.

Esto nos permite reflexionar sobre la importancia de realizar este tipo de investigaciones y utilizar los resultados para que puedan coadyuvar en mejorar la salud de la población.

Hemos considerado además los siete principios éticos estudiados por Exequiel Emmanuel que incluyen:

Valor, lo cual significa que debe tener una importancia social y científica, tener validez científica es decir que la metodología debe ser válida y prácticamente realizable,

Selección equitativa del sujeto, este principio está más indicado cuando se realizan ensayos clínicos que muchas veces son utilizados en personas vulnerables, por ejemplo, los ensayos con radiación usando a niños con trastornos mentales y no a niños normales. En nuestra investigación no era necesario este requisito ya que trabajamos con pacientes cuya entrevista era factible de ser realizada.

Proporción favorable de riesgo- beneficio. En nuestro estudio el paciente no ha tenido ningún riesgo ya que solo ha correspondido a una entrevista con preguntas cerradas y otra con preguntas abiertas,

Evaluación independiente, esto se da con una responsabilidad social lo cual indica primero considerar a cada paciente con Alzheimer diferente con su propia cultura, creencia, comportamiento, haciéndolo único.

Consentimiento informado, esto es uno de los requisitos obligados y necesarios para salvaguardar la identidad y privacidad del paciente.

Por último, el respeto a los sujetos inscritos, este es uno de los principales requisitos; primero tenemos el respeto, es decir permitir al sujeto cambiar de opinión en el momento que desee retirarse del estudio si lo considera necesario; segundo, su privacidad debe ser considerada y respetada; tercero cuando hay nuevos datos en el proyecto y no se le ha comunicado al paciente, esto es negativo; cuarto, en consideración al reconocimiento a la contribución de los sujetos a la investigación clínica debe haber algún mecanismo para el informe de los resultados y quinto, debe vigilarse cuidadosamente al sujeto mientras se realiza la entrevista y estar atentos frente a alguna respuesta en su mirada, actitudes o gesticulaciones.

En nuestra experiencia no tuvimos ningún problema con las entrevistas, todos fueron de la mejor manera posible, respetando los derechos a la privacidad y a la comodidad del paciente.

Para complementar la ejecución de la investigación, resumimos los siete principios éticos (Emanuel, 1999)

- ✓ **Valor social y científico:** Esto, con el objetivo que con los resultados ayudemos de alguna manera a mejorar la salud de la población.

- ✓ **Validez científica:** Utilizando metodologías validadas
- ✓ **Justa selección de los sujetos de investigación:** En este caso, hemos considerado la oportunidad que tuvimos para hacer las entrevistas de acuerdo a su disposición para participar en el estudio.
- ✓ **Proporción favorable entre riesgo y beneficio:** Que sea positiva y no lesiva. El beneficio siempre debe primar ante los riesgos.
- ✓ **Evaluaciones independientes:** consentimiento por parte de los participantes tras información suficiente y clarificadora del investigador.
- ✓ **Consentimiento informado:** Documento básico necesario para todo trabajo de investigación. La finalidad del consentimiento informado es asegurar que las personas que participan en la investigación propuesta lo hagan por propia voluntad, con el conocimiento suficiente para decidir si quieren o no participar.
- ✓ **Respeto a los sujetos inscritos:** Considerar, que el paciente puede retirarse del estudio cuando lo requiera y ser tratado con la misma consideración y respeto.

EL PROCESO DEL TRABAJO DE CAMPO: ELECCIÓN Y ENTRADA EN EL ESCENARIO

Inicialmente para el estudio del escenario, hemos realizado una revisión general de la realidad de personas con Alzheimer en Perú y España.

La Confederación Española de Alzheimer (CEAFA) estima que en la actualidad 4.5 millones de personas están afectadas por el Alzheimer y sus consecuencias, de los cuales 1,2 millones padecen la enfermedad, y de estos, el 9% tienen menos de 65 años.

A una familia le cuesta una media anual de 31,000 € atender a su enfermo de Alzheimer. (*Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias 2019-2023*)

El primer escenario escogido para realizar el estudio fue desarrollado en España, en la Provincia de Burgos, en la Villa Aranda de Duero y sus alrededores, donde personalmente me presente con un colaborador del pueblo de Milagros, quien me acompañó a realizar las gestiones; entre ellas, presentarme a las autoridades de las diferentes instituciones como residencias, Centros de día, asociaciones entre otros.

En cada uno de los establecimientos, se les explicó a los directores, gerentes, representantes y responsables, el propósito del estudio y las actividades en el campo a ser desarrolladas como las entrevistas semiestructuradas a los pacientes que accedieran a participar en el estudio.

Complementamos estos estudios (entrevista semiestructurada y la entrevista a profundidad), con la elaboración de dibujos realizados por los propios pacientes.

En Latinoamérica (LA), el número total de individuos mayores de 60 años de edad en el 2000 fue de 41,3 millones y se ha estimado un promedio de 57 millones para el año 2025. La esperanza de vida en LA para el 2050 será de 80 años de edad.

El Segundo escenario para realizar el estudio fue el Perú. No se tienen estudios actualizados sobre el Alzheimer. El último corresponde al año 2016 por el Cercado de Lima; sobre 1532 individuos evaluados, se encontró una prevalencia de 6,85%, siendo la Enfermedad de Alzheimer (EA) el diagnóstico más frecuente (56,2%). El principal factor de riesgo para desarrollar demencia y EA fue la edad; así la prevalencia de 2,40% (IC 95%: 2,11-2,72) en el grupo de edad entre 65 a 69 años, en el grupo entre 85 a 89 años se incrementa hasta 20,20% (IC 95%: 18,62-21,78) y 33,07% (IC 95%: 29,98-36,20) entre aquellos de 90 a 94 (Nitri et al., 2009), entre muchas razones se

debe a la transición demográfica y al incremento de la esperanza de vida, es decir que cada vez tenemos “poblaciones más viejas”.

Los bajos niveles socio-económicos y educativos, son ingredientes adicionales. A pesar de las cifras macroeconómicas en el país, aún la tasa de analfabetismo de la población de más de 15 años de edad es alta, 5,7% según las cifras del instituto nacional de estadística e informática (INEI); y esta tasa es mayor, en zonas rurales y en género femenino. Se ha calculado que la tasa de analfabetismo alcanza el 21,2% en los mayores de 60 años de edad y es mayor en el género femenino (32,4% vs 9,3% del género masculino). Por otro lado, la proporción de pobladores que tienen solo educación primaria es del 21,9% y es mayor en las zonas rurales (43% de las ciudades vs. 16% de las zonas urbanas).

Se requiere implementar pruebas cognitivas desde el primer nivel de atención. Se debe incluir como mínimo una evaluación de memoria episódica y funciones ejecutivas, dado que estos son los dominios cognitivos más afectados en las demencias más frecuentes como EA y demencia vascular (DV). En el Perú, hasta la fecha solo se han validado pruebas cognitivas en individuos con alto nivel de instrucción, como prueba de dibujo del reloj-versión de Manos (PDR-M), Addenbrooke’s Cognitive examination (ACE) y el test de alteración de memoria (T@M).

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Para aplicar la metodología cualitativa centrada en el punto de vista del investigador, en este estudio hemos utilizado diferentes técnicas básicas para la obtención de datos: Observación participante, aplicación de cuestionarios o entrevistas, entrevistas en profundidad, autoinformes y la narrativa.

AUTOINFORMES

Los autoinformes permiten adquirir información de diferente índole, gracias a que pueden ser elaborados con la finalidad de preguntar sobre diferentes aspectos de

las personas. Generalmente, este tipo de técnica de evaluación se ha utilizado para medir atributos de personalidad, ansiedad, depresión, miedos, y recoger información sobre conductas problemáticas. Existen variables que miden los autoinformes.

CLASIFICACIÓN DE LOS AUTOINFORMES

Referido a dos criterios:

Tiempo de referencia

Es el método que hemos aplicado ya que en la entrevista nos hemos referido a una misma pregunta en tres tiempos:

a. Retrospectivos

Se refieren a sucesos pasados. En el caso de nuestros pacientes, los recuerdos pasados son más claros y se tiene hechos claros, mientras que los recuerdos recientes son limitados o simplemente no se acuerdan por la misma enfermedad que presentan.

b. Concurrentes

Son aquellos en los cuales el sujeto puede dar cuenta de lo que está ocurriendo en el mismo momento de producirse. Su problema principal está en el hecho de que las verbalizaciones concurrentes, son reactivas y pueden alterar las respuestas, aunque mucho depende del grado de confianza y el confort que se le brinde al paciente. En nuestro caso, hemos tenido una buena respuesta con tranquilidad, pero si con emociones y sensibilidad propia de estos pacientes.

c. Futuros

Incluye aquellos en los que el sujeto informa sobre lo que cree o piensa que va a ocurrir. La mayoría de las respuestas obtenidas fueron de incertidumbre, es decir no saben ni responden lo que creen que pueda ocurrir y en algunos casos, las respuestas fueron desalentadoras es decir piensan que les irá mal en cuanto a su enfermedad en los próximos años.

Tipo de preguntas formuladas.

Se tienen tres tipos de autoinforme:

- a. Preguntas claramente definidas a las que el sujeto debe responder en forma también prefijada.
- b. Entrega de una hoja de registro casi en blanco para que anote en ella las cuestiones sobre las que pretendemos que informe (autorregistro).
- c. Aquellos en los que se da total libertad al sujeto en sus respuestas y se le insta a que lo haga como mejor le parezca (autobiografía, autobiografía).

En el estudio, realizamos las preguntas en forma oral para que el paciente se exprese sin ningún control de tiempo y preguntas verticales. Las preguntas se realizaron en un lenguaje entendible para ellos y nos adecuamos al lenguaje y tiempo de los pacientes.

Tipo de respuesta solicitada. Se tienen 4 tipos:

- a. **Respuesta abierta:** el sujeto tiene libertad de elección de la respuesta (autorregistro, autobiografía).
- b. **Respuesta dicotómica:** el sujeto debe elegir entre sí-no, verdadero-falso
- c. **Respuesta escalar:** el sujeto debe puntuar en una escala (numeral por ejemplo de 0 a 5, o bien del tipo nada, algo, bastante, mucho). Este tipo de autoinforme es conocido como escala.
- d. **Respuesta ipsativa:** el sujeto debe ordenar según sus preferencias una serie de elementos (profesiones, actividades, adjetivos que le describen...). Este tipo de autoinforme es conocido como inventario.

(Pérez-Pareja, J. (1997).

Dado en caso de este tipo pacientes con deterioro cognitivo tipo Alzheimer, nosotros utilizamos la “*respuesta abierta*”.

En este estudio se aplicó un cuestionario en la Villa Aranda de Duero y sus alrededores en la Provincia de Burgos en España y el mismo cuestionario adecuado a la población del mismo grupo de pacientes en la Ciudad de Lima en Perú.

CUESTIONARIOS, INVENTARIOS Y ESCALAS

Son autoinformes muy estructurados, tanto la forma en que vienen formuladas las preguntas como en sus respuestas. Evalúan conductas específicas, preguntando sobre eventos que suelen ocurrir con cierta frecuencia. Generalmente se utilizan para medir variables de personalidad.

Considerado un instrumento que ofrece información y entre ellos distinguimos:

- ✓ Cuestionarios, inventarios y escalas (evaluación de variables concretas de personalidad)
- ✓ Autorregistros (evalúan distintas conductas de manera sistematizada).
- ✓ La entrevista (subyacen otras técnicas como la historia clínica, la anamnesis, etc.).
- ✓ La autobiografía (evaluación de la subjetividad del sujeto, por medio de la narrativa del sujeto).

Los Cuestionarios

Son autoinformes por escrito estructurados tanto en las preguntas como en las respuestas, que se registran en situaciones controladas y evalúan conductas o actitudes especificadas de antemano. Este tipo de instrumentos se pueden y suelen clasificar según el tipo de respuesta exigida (nominal, ordinal o de intervalo) o según el método empleado para su construcción, es decir, la estrategia que se ha seguido para seleccionar o rechazar los ítems. Los formatos de respuesta pueden ser:

- ❖ **Escala nominal:** las creencias son clasificadas en dos o más categorías.
- ❖ **Escala de clasificación:** El encuestado debe indicar su posición sobre una escala o entre categorías ordenadas que correspondan a su actitud.
- ❖ **Escala gráfica de clasificación:** Los encuestados deben indicar su posición en datos que van de un extremo de la actitud, en cuestión al otro extremo. Ejemplo: favorable, algo favorable, indiferente, algo desfavorable, muy desfavorable.
- ❖ **Escala de rango orden:** El encuestado debe clasificar varios objetos en relación con la actitud en cuestión. (Rivera, 2007)

ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD SEMIESTRUCTURADAS O CUALITATIVAS

Las entrevistas en profundidad complementan la entrevista estructurada realizada a los pacientes. Las entrevistas semi estructuradas o semi libres tienen como objeto, conocer o abarcar una problemática determinada a partir de un guión predeterminado. En este caso, se tiene más libertad de desarrollo: a partir de las respuestas del entrevistado, se enlazan otros temas no previstos en la entrevista. Es decir, se puede repreguntar o incidir más en un determinado tema, dependiendo de las respuestas del entrevistado, es por ello que son preguntas abiertas con el fin de dar la oportunidad al entrevistado de expresar sus ideas y obtener una información más completa y precisa.

Este tipo de entrevistas, requieren de un entrevistador con cierta experiencia. Para poder conocer un poco más de cada entrevistado (a), es necesario tener una conversación previa, para conocer aspectos generales de los pacientes y luego se les pueda abordar.

La entrevista puede definirse. como la interacción entre dos personas, con el objetivo que el entrevistador pueda conocer al entrevistado y construir un discurso sobre diversos aspectos como su niñez, modo o estilo de vida, sus costumbres, adolescencia, juventud, adultez y su estado actual.

Mediante el uso de entrevistas etnográficas informales, focalizadas y semiestructuradas, pretendemos conocer y determinar las características de los pacientes viviendo con esta enfermedad y su modo de vida en las residencias, incluyendo los aspectos socioculturales del paciente y la sociedad que lo rodea.

Con estos datos, fortalecemos el diagnóstico clínico desde el punto de vista de la Epidemiología Cultural, considerando esto último, un recurso importante y fundamental, para llegar a conocer otros aspectos de la vida cotidiana de los pacientes y de su entorno, que pudieron haber influenciado en el proceso de inicio de su enfermedad y las diferentes situaciones que de ella se derivan.

NARRATIVAS

Esta es una forma particular de la entrevista en profundidad. El método narrativo tiene una larga tradición en psicología y en ciencias sociales. En psicología, se inicia con la utilización de métodos descriptivos y en sociología, con los estudios de caso, con enfoques empíricos y estadísticos (Aguilar & Chávez, 2013). En este estudio se aplicó parcialmente el método narrativo en las entrevistas a profundidad y fue por la situación particular de algunos pacientes, quienes se explayaron en las respuestas, narrando algunos pasajes de su vida. Cabe recalcar que la suscrita como investigadora debe de facilitar y adecuarse a los pacientes, siendo ellos los actores principales de la entrevista y por lo cual nos adecuamos a su participación e intervención. Esto se pudo aplicar, por la oportunidad de las entrevistas en España. El tiempo fue nuestro principal aliado, aunque en casos excepcionales, algunos se sentían cansados.

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Importante para conocer el escenario donde se desarrolla el paciente, su desenvolvimiento y la forma de interactuar con la investigadora. Esta observación se enfocó en su grado de interacción con sus cuidadores, su mirada, las respuestas a preguntas, su estado de ánimo, las gesticulaciones, entre otras caracterizaciones, todo en las residencias donde viven.

Principalmente, se observaron las atenciones que proporciona el establecimiento, la forma en que se aborda al paciente y de qué modo se establecen, desarrollan e interpretan los patrones relacionales con el paciente, hacer un análisis y enfocarlo con la entrevista estructurada elaborado para tal fin.

Esta observación realizada desde el lugar de la entrevista, permitió ver las condiciones en las que se encuentran los pacientes. Se tienen residencias, donde hay un plan de trabajo para cada paciente en forma personalizada, dependiendo del grado de enfermedad que tenga, la presencia de una fisioterapeuta en algunos establecimientos constituye una fortaleza y oportunidad para darles una atención continua. Se tienen establecimientos en donde los pacientes se encuentran sin un plan de actividades, esto contribuye a una disminución en el avance del desarrollo neurológico ya que se recomienda que ellos tengan trabajos continuos, monitorizados por el personal sanitario.

Ha sido una experiencia satisfactoria observar el antes y después. Algunos pacientes participaron con cierta seriedad en sus rostros, una vez que entablamos una conversación y me presenté como personal de salud dispuesta a escucharlos y no perderles la mirada, fui ganando su confianza y adecuarlo a su disposición, tiempo, lugar y deseos de la entrevista.

ELABORACIÓN DE DIBUJOS EN LA EVALUACIÓN MÉDICA:

Es aconsejable contar con instrumentos de evaluación que nos permitan obtener información no verbal, como por ejemplo la pintura (Forsythe, Williams & Reilly 2017). (Panhofer (2015), la cual, apunta a que los dibujos ayudan a registrar emociones, que aparecen en el transcurso del movimiento y que, reflejadas sobre el papel, es posible volver a verlas. El dibujo de la figura humana (DFH) es uno de los test gráficos proyectivos que revelan elementos de deterioro (Pérez Testor et al., 2019).

W. L., Warren 1995, ha señalado que las técnicas del dibujo hacen emerger estratos de la personalidad más profundos que el Test de Rorschach y el Test de apercepción temática (TAT), los cuales son de naturaleza primordialmente verbal, postulando que el afecto que emana de un cuadro, alcanza el inconsciente de manera más profunda que el lenguaje.

PRUEBA DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

Los primeros artículos sobre las alteraciones en la expresión y destrezas artísticas causadas por la enfermedad de Alzheimer, surgieron a finales de los años ochenta del siglo XX, siendo uno de los más representativos el del pintor William Utermohlen, quien mostró una clara tendencia por el arte desde muy joven. A los 65 años, le fue diagnosticada una probable enfermedad de Alzheimer, aunque sus problemas se iniciaron cuatro años antes, cuando empezó a presentar dificultades para abrocharse el cuello de la camisa. La mayor parte de su producción artística a partir de ese momento, se centró en la realización de autorretratos, faceta que ya había cultivado a lo largo de su carrera profesional. A partir de los cambios en sus pinturas, puede llegar a observarse, la evolución del proceso neurodegenerativo y casi cinco años después del diagnóstico los rostros aparecían casi borrados (Testor et al., 2019).

Opazo Baeza & Rivera Toledo, 2011, menciona que el DFH (dibujo de la figura humana), también reflejaría “el estadio actual de desarrollo mental y las actitudes y preocupaciones en un momento dado, todo lo cual cambiará con el tiempo debido a la maduración y la experiencia”, es decir, el DFH detectaría los cambios tanto evolutivos como emocionales en el sujeto. El dibujo, al igual que el lenguaje hablado, puede analizarse de diversas formas. Por una parte, el dibujo puede evaluarse en términos de su estructura, es decir, considerando las características gráficas normalmente esperadas en cada etapa evolutiva; y por otra, puede analizarse según su calidad, es decir, “por detalles poco comunes, omisiones o agregados” (Opazo Baeza & Rivera Toledo, 2011)

Con la finalidad de articular el estudio sobre la epidemiología cultural del Alzheimer en España y Perú, se han realizado tres estudios en diferentes contextos: Estudio cuantitativo, estudio cualitativo y Test de dibujo de la figura humana. Los tres estudios se articulan entre sí y buscan tener resultados complementarios y relacionarlos de acuerdo con los resultados encontrados.

4. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 CONSIDERACIONES SOBRE LA METODOLOGÍA Y EL DISEÑO DEL TRABAJO DE CAMPO

Las entrevistas realizadas en la Provincia de Burgos, en la Comunidad Castilla y León-España fueron coordinadas previas reuniones y exposiciones del trabajo, sus objetivos, la problemática del Alzheimer y sobre todo dar a conocer, que los productos obtenidos o los resultados de la investigación, puedan coadyuvar en mejorar la salud de la población con esta enfermedad.

Visitamos el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (CREA) y, la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Salamanca (AFA). Ambas instituciones se encontraban con varios proyectos, por lo que no se pudo realizar el estudio en estos establecimientos. A continuación, se describe brevemente los establecimientos visitados. Por esta razón, decidimos realizar el trabajo en la Ciudad de Burgos.

Realizamos la presentación y objetivos del estudio a la directora de todos y cada uno de los establecimientos y al equipo técnico, expusimos las bases del estudio y la innovación en relación a la investigación en Epidemiología Cultural, para lo cual analizamos el instrumento de trabajo elaborado previamente con expertos en el tema, así como el consentimiento informado y los aspectos éticos.

La suscrita expuso los objetivos del estudio y como los resultados nos darán información relevante de la cultura del paciente, epidemiología de la enfermedad de

acuerdo a la forma de vida del paciente, sus costumbres, sus hábitos y relaciones sociales vividas tiempo atrás, en la actualidad y su perspectiva hacia el futuro.

Hecha las coordinaciones, nos reunimos con el (la) profesional responsable del trato con los pacientes que en general era una Fisioterapeuta, enfermera (o) o psicóloga (o) para ver los días, horarios y disponibilidad del personal y el paciente dada su condición. En algunos casos, se pidió el apoyo del familiar y, en otros, el familiar quiso participar. En ambos casos, se dieron todas las facilidades para el encuentro. Nosotros consideramos adecuarnos al horario y lugar dentro del establecimiento que ellos nos indicaron.

A los familiares se les citó días antes, a fin de reunirnos antes de la entrevista para realizar una exposición de la investigación que incluyó: la situación del Alzheimer como un problema de salud Pública a nivel global y a nivel del país, la falta de tratamiento hasta la fecha, el desconocimiento de factores de riesgo dentro de la Epidemiología Cultural; explicamos el motivo de las entrevistas como parte del proceso de investigación. Para el desarrollo de las entrevistas, se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los participantes, previa explicación del proceso de la investigación y sus objetivos y se realizaron en un consultorio médico adecuado para tal fin y dispuesto por el personal sanitario.

4.1.1 RELACIÓN DE RESIDENCIAS DE LA PROVINCIA DE BURGOS CON LA QUE SE TRABAJÓ

a. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de la Ribera (AFAR).

Esta es una asociación sin ánimo de lucro cuyo lema es: “trabajar por la mejora de la calidad de vida de las personas que sufren de Alzheimer y otros tipos de demencia y por el bienestar de sus familiares”.

Se constituyó en noviembre de 1996, como resultado de la movilización de un grupo de familiares, profesionales y voluntarios de Aranda de Duero y de la Ribera,

sensibilizados con la problemática social que representaba la EA. Su trabajo está enmarcado en la atención a personas afectadas por deterioro cognitivo tipo Alzheimer y otro tipo de demencia, atención a las familias y la divulgación y sensibilización. Presenta un equipo técnico, voluntarios, socios, financiadores, así como su política de calidad.

b. Residencia Ciudad de Aranda

Esta residencia abrió sus puertas en marzo de 2005. El objetivo del establecimiento es, que los mayores tengan una atención integral, socio sanitaria para aumentar su calidad de vida. Las tres áreas fundamentales que basan su funcionamiento son medicina, enfermería y fisioterapia.

c. Residencia Ciudad del Bienestar

Esta, nace de la iniciativa de los Hermanos de San Gabriel (Gabrielistas) en el entorno de Aranda de Duero. Se concibe como un centro residencial con una vocación de servicio. La residencia para personas mayores, válidas y dependientes, cuenta con 60 habitaciones, distribuidas en 6 unidades, con 8 y 9 habitaciones por unidad. Cada unidad, está dotada con espacios y equipamientos, para permitir una relación interpersonal en grupos de 16 o más personas, dimensión en la que ha sido sociológicamente demostrado que se generan vínculos interpersonales mucho más profundos.

d. Residencia y centro de día Las Candelas

La Residencia de Mayores Las Candelas, se localiza en la localidad de Toreno, un pueblo de 3124 habitantes y que goza del clima singular del Bierzo. El centro cuenta con instalaciones para los residentes. El pueblo cuenta con restos de lo que se considera un pueblo Celta y estar situado en el centro del pueblo, hace posible tener al alcance de la mano, servicios necesarios para la comunidad.

e. Residencia San Miguel

Localizada en Fuentespina. Se ofrece asistencia integral a 142 personas en estancias permanentes o temporales. Está dotada de terrazas y zonas verdes, y un equipo sanitario formado en geriatría. Consta de médico, técnicos sanitarios, auxiliares de enfermería geriátrica.

f. Residencia María de Molina

Cuenta con prestaciones como enfermería, jardín, sala de estar, baño geriátrico, patio, sala de televisión, cocina propia, personal técnico sanitario, podología, terapia ocupacional, centro de día, estancia temporal, dieta personalizada, programas y actividades, servicios personales, servicios sociosanitarios como un servicio médico propio 4 h/semana.

g. Residencia Nuestra Señora del Carmen (Los Dolores)

Conocido como LARES (Federación de residencias y servicios de atención a los mayores -sector solidario), Castilla y León. Nace en 1995, con el fin de coordinar los esfuerzos, para conseguir mejores condiciones en la prestación de servicios y atención a las personas mayores y aumentar la calidad de vida de éstos. En la actualidad cuentan con 84 centros asociados, dando cobertura a más de 5900 plazas residenciales, repartidas por toda la Comunidad Autónoma.

h. Residencia Nuestra Señora de la Piedad

Este establecimiento, es una empresa que gestiona la residencia de ancianos. El edificio es un antiguo hospital militar rehabilitado, pertenece al Patronato de Servicios Sociales de Burgos. Ubicada en Peñaranda de Duero, una población de un gran valor histórico, arquitectónico y cultural de la Ribera de Duero.

4.1.2 RELACIÓN DE PARTICIPANTES DE LOS DEPARTAMENTOS DEL PERÚ

Para el caso del Perú, coordinamos con médicos generales, médicos psiquiatras, neurólogos, profesionales en Terapia física, Terapia ocupacional y psicólogos para la entrevista vía Videollamadas por Google Meet. Asimismo, se utilizó las redes sociales Facebook y Twitter y se publicó la encuesta para la participación de familiares de pacientes con Alzheimer en caso que los pacientes no pudieran contestar las preguntas de la encuesta. También se envió vía correo institucional a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, se publicó la encuesta en formulario virtual de Google. Los pacientes que participaron fueron de diferentes departamentos del Perú. Cabe mencionar que, con el problema de la Pandemia del COVID19 no fue posible una entrevista directa. Se utilizó el Google Meet como una herramienta de apoyo para la entrevista donde participamos, la suscrita, el (la) paciente su familiar.

Nos reunimos con el personal sanitario: médicos, enfermeras, fisioterapeutas, técnicos sanitarios que trabajan desde los diferentes niveles de atención con este grupo de pacientes. Los médicos, fisioterapeutas, enfermeros y psicólogos fueron los responsables directos de contactarnos con los pacientes y sus familiares previas citas concertadas vía telefónica. La mayoría de los familiares viven en Lima.

Con el personal sanitario discutimos cómo íbamos a abordar al paciente considerando que no podíamos interactuar en forma física. En relación a las preguntas no estructuradas, sabíamos las limitaciones que de ella se derivan porque al ser videollamadas, esto es un factor limitante para poder explayarnos y obtener mayor información.

4.1.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Al ser una investigación social antropológica dentro del marco sanitario, fue más accesible y oportuna, aplicar los cuatro principios éticos de justicia, beneficencia, no

maleficencia y autonomía. Los pacientes fueron libres de contestar o no las preguntas, se les hizo firmar previamente el consentimiento informado.

La investigación en Epidemiología cultural relacionada con la salud, constituye un trabajo meramente multidisciplinario que incluye desde el personal sanitario como psicólogos, fisioterapeutas, médicos, enfermeras, pedagogos, psicopedagogos entre otros. Este campo utiliza a su vez variados enfoques metodológicos que incluyen entrevistas, cuestionarios, ensayos clínicos, observación directa, grabaciones, experimentos de laboratorio y de campo, pruebas estandarizadas, análisis económico, modelos estadísticos, etnográficas y evaluaciones (Jiménez, 2009).

Algo importante que debemos mencionar es el respeto a la cultura (Agar Corbinos, 2004), lo que nos manifiesta con el reconocimiento de las formas básicas de organización social.

Para la pregunta de investigación, el abordaje es clave para poder avanzar en la investigación en una dirección correcta, por lo que no debería iniciarse sin tener clara la pregunta para desde ella buscar las variables que pretendemos evaluar y medir (Pardal-Refoyo, 2019).

En relación a la investigación cualitativa, este debe tener presente el reconocimiento de la individualidad de los sujetos, considerando las ideologías, los juicios, las identidades, el problema, los métodos y los instrumentos. (Ávila, 2002).

Consentimiento informado y confidencialidad:

El objetivo del consentimiento informado es, asegurar que las personas que participan en el estudio lo hagan por voluntad propia, con el conocimiento necesario suficiente para decidir si quieren o no participar, siempre y cuando la investigación sea compatible con sus valores, sus deseos y preferencias, por ello, en el presente estudio se les explicó claramente los objetivos y propósitos del estudio y se les informó que

podían retirarse en el momento que lo deseen, sin riesgo de molestia o cualquier otra situación que altere la buena interacción entre investigador e investigado.

El estudio que realizamos está basado en la Epidemiología cultural de pacientes con deterioro cognitivo tipo Alzheimer, lo cual no implica intervención clínica y se basa en la evaluación y análisis del posible impacto de los elementos socioculturales en torno al Alzheimer, así como explorar las experiencias vividas por los pacientes desde las respuestas dadas durante la entrevista, la identificación, análisis de los factores de riesgo que podrían conllevar a la aparición de la enfermedad y la descripción de factores protectores en los grupos de pacientes con Alzheimer en Perú y España.

4.2 PRIMER ESTUDIO EMPÍRICO: ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. ESTUDIO DESDE LA EPIDEMIOLOGÍA CULTURAL. CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO

Este estudio, aborda los resultados de la realización de entrevistas con un cuestionario semiestructurado. Para tal fin, hemos identificado las vivencias y los posibles factores de riesgo, las conductas, prácticas, creencias, y la percepción que ellos tienen de la enfermedad en función de los factores socioculturales.

Se elaboró una encuesta elaborada especialmente para los objetivos requeridos para el estudio, que estuvo conformado por cuatro bloques:

Datos generales

Evaluamos y analizamos información sobre su lugar de nacimiento, profesión u ocupación, estudios realizados, edad, género, hijos entre otros.

Dimensión socio familiar

Se solicitó información sobre el tipo de religión que tiene, si hubo aborto, la percepción sobre su vida, participación en actividades de ayuda social.

Hábitos y estilos de vida

Ahondamos sobre el carácter de la persona bajo el contexto social y algunos factores de riesgo como el consumo de tabaco, licor y drogas para el paciente y su entorno familiar, si tenía el hábito de realizar ejercicios o actividad física, alimentación y comorbilidades.

Creencia sobre la enfermedad

Obtuvimos datos sobre la pérdida de memoria en el paciente, su entorno y sus causas, el cuidado de la salud, preguntas empíricas sobre la suerte en su vida, castigo divino y creencias sobre la enfermedad.

4.2.1 UNIDADES DE ANÁLISIS

Pacientes con diagnóstico de Deterioro Cognitivo tipo Alzheimer y/o familiares directos (hijos, hijos políticos, hermanos, esposos (as)).

La aproximación y el acceso a los participantes del estudio, se realizaron principalmente a través de la directora de la Asociación de Familiares de Alzheimer de la Ribera, fue la persona que permitió la relación con los pacientes y familiares de otras asociaciones y residencias. El abordaje fue dentro de lo no probabilístico y por conveniencia.

4.2.2 HIPÓTESIS GENERAL

Las tendencias epidemiológicas del deterioro cognitivo tipo Alzheimer en España y Perú, se asocian a los diferentes factores de riesgo de las poblaciones estudiadas en cada uno de los países.

4.2.3 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- ✓ Las experiencias vividas de los pacientes con Alzheimer en Perú y España, tendrán algunos puntos comunes.

- ✓ Los factores socioculturales que potencian un posible desarrollo del Alzheimer, son más profundos en Perú que en España.
- ✓ Las tendencias de los elementos psicosociales en torno al Alzheimer, tienen factores comunes en ambos países.
- ✓ El nivel educativo de pacientes con Alzheimer, tienen los mismos principios en ambos países.
- ✓ Los factores de riesgo para el desarrollo del Alzheimer, tendrán características similares en ambos países.
- ✓ El análisis de los factores sociodemográficos, tiene un mayor impacto en el Perú.
- ✓ La edad y las condiciones de vida, repercuten en el desarrollo de la enfermedad.

4.2.4 INSTRUMENTO

La epidemiología del Alzheimer como todos sabemos es desconocida, las investigaciones están más proyectadas al tratamiento con estudios de ensayos clínicos. Poco se ha estudiado sobre la cultura de estos pacientes y la epidemiología desde este punto de vista. Esto es una de las razones principales para realizar el estudio y conocer en forma individual el comportamiento del paciente durante su vida y su relación con todo lo que le rodea: familiares, medio social, situación económica, desarrollo de enfermedades y de su círculo entre otras variables.

En ese sentido, en el presente estudio, identificamos la experiencia vivida de los pacientes y su relación con el posible desarrollo de la enfermedad. Tratamos de identificar los posibles factores de riesgo a lo largo de sus vivencias como el carácter, alimentación, comorbilidades, ausencia o presencia de actividad física, etc.

Con ello creemos que los aspectos epidemiológico- culturales pueden estar relacionados con la presencia o no del desarrollo de la enfermedad. Urge la necesidad de considerar estos datos en la vigilancia epidemiológica, diagnóstico y el tratamiento de esta población vulnerable.

Previa presentación a los responsables de las instituciones visitadas (Residencias, centros de día de enfermedad de Alzheimer y Asociación de familiares de pacientes con deterioro cognitivo tipo Alzheimer), coordinamos para hacer la presentación del trabajo mediante una exposición a fin que los familiares puedan entender el propósito del trabajo y acepten participar en el estudio.

A los pacientes cuyos familiares aceptaron participar en el estudio, hicimos las coordinaciones del día y la hora de visita. Según lo acordado nos apersonamos, la suscrita y un personal asistente a realizar la entrevista. Este, fue en un ambiente acondicionado para tal fin. En algunos establecimientos, se nos facilitó el consultorio médico para trabajar con las entrevistas. En todos los casos tuvimos una privacidad acorde a las implicancias que se requiere para nuestra conversación.

La información, lo obtuvimos en directo durante la entrevista en España, en Perú las entrevistas se realizaron por Google Meet por el problema de la Pandemia del COVID 19. Este cuestionario incluyó diferentes escalas: Datos generales (edad, grado académico, número de hijos, etc.) dimensión sociofamiliar, hábitos- estilos de vida, y creencia sobre la enfermedad.

Los datos fueron tomados entre los meses de enero a febrero 2020 (España) y mayo a julio (Perú). Cabe mencionar que se tuvo muchos inconvenientes en las entrevistas a pacientes peruanos, en realidad fue todo un reto, porque en esos meses se ha estado viviendo la pandemia hasta la fecha del COVID19 y, se tenían prioridades en la salud del país y, sobre todo, nuestros pacientes de la 3era edad aparte de la vulnerabilidad propia de la Enfermedad del Alzheimer, teníamos el riesgo de la transmisión del Coronavirus, razón por la cual las entrevistas fueron realizadas por la plataforma meet..

Los datos fueron exportados a una hoja de cálculo en Excel para su posterior procesamiento con el programa SPSS v. 25 para Windows. Se han realizado análisis

estadísticos, porcentajes, Chi², y se han contrastado hipótesis para variables categóricas. Se ha establecido un nivel alfa=0.5 para todos los análisis.

4.2.5 PROCEDIMIENTO

Se elaboró un instrumento acondicionado para tal fin con la participación de un equipo multifuncional, conformado por profesionales médicos, antropólogos, psicoterapeuta, psicopedagogo. El instrumento fue validado por expertos profesionales en la materia como psicólogo, médico auditor, neurólogo y psiquiatra.

4.2.6 ESCALA DE CONOCIMIENTOS:

Conformada por 23 ítems, distribuidas en cuatro dimensiones:

Datos generales:

Lugar de nacimiento, profesión u ocupación, grado académico, fecha de nacimiento, género, N° de hijos y la variable si hubo intentos de quitarse la vida en él (ella) y su familiar. El objetivo de estas preguntas es conocer los aspectos generales de los pacientes.

Dimensión Socio familiar:

Cuál es su religión; se ha considerado la religión que la mayoría de personas profesan tanto en España como en Perú, si tuvo abortos, como fue su vida y si ha participado en actividades de ayuda social; según los antecedentes, estas variables podrían constituir dependiendo de las respuestas, en factores que podrían condicionar enfermedades crónico degenerativos como el Alzheimer. Esta dimensión constituye una parte importante de los aspectos sociales de los pacientes y como este, se ha desarrollado en el medio donde ha vivido.

Hábitos y estilos de vida:

Cómo define su carácter; el carácter sociable ayuda a tener mayor tolerancia frente a las diferentes circunstancias o problemas que ocurren en la vida, hábitos de consumo

en el paciente y su entorno (tabaco, alcohol, drogas); sabemos que su consumo en adolescentes no debe ser visto como una etapa de transición, sino más bien como un problema de salud pública y que en algunos países, la cifra llega a niveles “epidémicos”, si ha realizado deportes o actividad física, alimentación, presencia de comorbilidades, y problemas al dormir.

El estilo de vida es uno de los constituyentes más importantes de la población y esos aspectos lo consideramos imprescindible dentro de los datos que hemos recabado. Esto está relacionado al comportamiento del paciente y sus hábitos de vida.

Creencia sobre la enfermedad:

Si tuvo y tiene algún familiar con Alzheimer; creencia de, si sus hijos podrían tener la enfermedad, y las causas que la persona cree a que se deba su enfermedad; los genes de riesgo aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad, pero no garantizan que suceda.

La creencia sobre un aspecto de la vida, constituye también un factor que condiciona en algunos casos su vida en forma positiva o negativa. La creencia de situaciones adversas en la vida cotidiana refleja la negatividad en el fuero interno de la persona, mientras que el optimismo y la positividad constituye un factor protector frente a cualquier circunstancia, problema o vivencia.

Hemos considerado que la escala Likert sea lo más sencillo para facilitar la respuesta de los pacientes, además hemos limitado la cantidad de preguntas ya que es discutido el hecho que a más preguntas se pierde el interés del entrevistado, el cansancio y el riesgo de no concluir el desarrollo del cuestionario.

4.2.7 PARTICIPANTES

Se trata de una muestra elegida por conveniencia, de pacientes con deterioro cognitivo tipo Alzheimer de las diferentes residencias de la Provincia de Burgos- España (40

pacientes y 17 familiares) y 42 del Perú. Se tuvo un total de 99 pacientes entre ambos países

4.3 SEGUNDO ESTUDIO EMPÍRICO: ENTREVISTA A PROFUNDIDAD: CUESTIONARIO NO ESTRUCTURADO

En el segundo estudio, se realizó una entrevista a profundidad para complementar datos que no tuvimos en la entrevista semiestructurada. Fue muy importante dejar explayar al paciente y revivir algunos recuerdos de su niñez y adolescencia.

Este estudio, aborda los resultados de la entrevista a profundidad. Hemos tenido algunas limitaciones propias del trabajo sobre todo en pacientes con demencia severa por enfermedad de Alzheimer, lo cual imposibilitó aplicar el cuestionario, en su lugar se realizó a sus familiares directos.

Se elaboró un guion con 6 preguntas, las mismas en tiempo pasado, presente y futuro, haciendo un total de dieciocho preguntas, para así conocer y analizar el concepto y percepción del paciente sobre estas interrogantes que tiene sobre su pasado, presente y cuál es la percepción que tiene del futuro que le espera como consecuencia de la enfermedad.

En lo relativo a la observación participante, se ha considerado necesario realizar la entrevista en los mismos escenarios donde se encuentra el paciente, en este caso, en la misma residencia.

El estudio permitió observar el comportamiento del paciente durante la entrevista, su desenvolvimiento, actitudes, mirada y limitaciones en el desarrollo de la entrevista producto de su enfermedad, así como percibir sus recuerdos.

La entrevista, permitió observar el trabajo que se realiza con este grupo de pacientes por parte de sus cuidadores, fisioterapeutas, médicos, enfermeras y personal sanitario de apoyo. Entre estas actividades que forman parte del protocolo de atención a este grupo de pacientes esta:

- ✓ Manualidades
- ✓ Dibujos psicotécnicos
- ✓ Pintado de figuras
- ✓ Ejercicios
- ✓ Caminatas,
- ✓ Juegos, etc.

Es importante destacar la interacción, confianza y simpatía que se creó entre los pacientes y la suscrita, lo cual me permitió realizar visitas posteriores ya como resultado de la confianza dada durante la entrevista. Cabe mencionar que los familiares también participaron en la entrevista en casos que el (la) paciente tenía limitaciones por los problemas auditivos producto también de la avanzada edad y al poco o nulo entendimiento de algunas de las preguntas realizadas.

Cabe mencionar, la confianza del personal responsable de los establecimientos visitados, directores, ejecutores, gerentes, responsables, jefes, administrativos, etc., quienes me brindaron todas las facilidades para cumplir los objetivos.

También incidir en la interacción de los pacientes, familiares, personal de salud y de apoyo de los pacientes con la suscrita, quienes en todo momento me comunicaron de su disponibilidad mediante llamadas telefónicas, mensajes de texto, WhatsApp y correos electrónicos. En algunos casos fui invitada a sus casas a realizar la entrevista con la mayor tranquilidad y privacidad que el caso amerita.

Entrevistas en profundidad no estructuradas

Las entrevistas en profundidad fueron las principales herramientas de recogida de información que fueron complementadas con la entrevista cerrada semiestructurada. Fue una conversación cordial, en confianza brindando todo el apoyo emocional que el paciente requería. Nos adecuamos e indagamos sobre el estilo de vida de los pacientes, su experiencia vivida durante su niñez, adolescencia, juventud, adultez y el momento actual.

La presencia, la postura, la forma de comunicarse, las gesticulaciones, el movimiento, las repeticiones continuas, el tartamudeo, titubeos, el silencio, la mirada, el abrir y cerrar de ojos, la voz baja o alta, algunas veces la mirada al vacío, en otras las lágrimas que brotaban con los recuerdos de su niñez y de su vida en la residencia hacen pensar en la vulnerabilidad de estos pacientes. Lo observado está relacionado con las respuestas dadas.

4.3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS

Pacientes con diagnóstico de Deterioro Cognitivo tipo Alzheimer identificados previamente con el estudio cuantitativo.

4.3.2 HIPÓTESIS

- Los determinantes sociales y culturales, tales como discriminación, miedos, creencias, están asociados a la Enfermedad de Alzheimer.
- Los participantes en el estudio de ambos países, expondrán diferentes vivencias en torno a la enfermedad.

4.3.3 INSTRUMENTO

Empleamos una entrevista no estructurada con formato de respuesta abierta, compuesta por 6 preguntas, las mismas que se dieron en tiempo pasado, presente y futuro. Con esto, pretendemos valorar las respuestas de acuerdo a las experiencias vividas por los participantes en torno al desarrollo del Alzheimer.

El abordaje incluyó preguntas sobre la causa que cree por la que desarrolla su enfermedad y que consecuencias tendrá en el futuro sobre ello, si tuvo, tiene y tendrá discriminación de la sociedad y las personas que lo (la) rodean, los miedos que enfrentó en su pasado, presente y los miedos que cree que tendrá en el futuro. Asimismo, el rol de la familia cuando se dieron cuenta de su enfermedad, sus reacciones y que pasará más adelante, la descripción de su vida antes de tener el Alzheimer, su vida de hoy y como enfrentará su vida con la enfermedad para más adelante y, por último, cómo fue su reacción cuando le dijeron que tenía Alzheimer, que piensa ahora y que reacción tendrá en los años próximos.

Para el proceso de entrevistas en la ciudad de Lima, realizamos un consentimiento informado vía correo electrónico y se efectuó de acuerdo al día y horario propuesto por el familiar del paciente.

4.3.4 PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo del trabajo, se solicitó el consentimiento informado, previa explicación del proceso de la investigación y sus objetivos. La entrevista, se desarrolló en un consultorio habilitado especialmente para esta actividad, las cuales fueron grabadas, teniendo el consentimiento de los pacientes o familiares directos (esposos, esposas, hijos, nueras, yernos, etc.).

Previamente a las entrevistas, me presente a los pacientes como la responsable del estudio, la motivación que tenemos como equipo de trabajo, los objetivos y la exposición de la importancia del estudio una vez que se tengan los resultados, hablé un poco de mi persona, los estudios en la Universidad de Salamanca, mi familia, esto con el objetivo de darle confianza y demostrar ciertas habilidades para crear en el momento de la entrevista un clima grato que facilite una comunicación cordial y distendida con el (la) interlocutor (ra).

Las preguntas se dieron poco a poco, siempre conservando la pertinencia de evitar molestias en los pacientes, sobre todo considerando su vulnerabilidad. Cada respuesta dada en algunos casos era lacónica, se procedió a hacer una repregunta a fin de ampliar la gama de respuestas y que esta se extienda para una mayor valoración de cada una de ellas.

Cabe mencionar que algunas respuestas fueron incoherentes y en otras con falta de un mensaje continuo, se dieron casos que el (la) participante, daba respuestas no concordantes con las preguntas. Esas limitaciones pudimos evitar cuando teníamos a sus familiares, quienes aclararon algunas interrogantes, en otros casos solo tuvimos las respuestas de los pacientes tal y como se dieron.

Para el caso del Perú, las entrevistas se dieron por videoconferencia como se explicará más adelante.

4.3.5 VIDEOLLAMADAS POR GOOGLE MEET

Debido a las limitaciones de interactuar directamente entre las personas por la pandemia del COVID 19, hemos tenido que adecuar las entrevistas con videollamadas, lo que nos permitió agilizar la comunicación con el paciente y su familiar, evitando las barreras geográficas. Permite una comunicación simultánea bidireccional de audio y video. Entre las ventajas tuvimos:

- ❖ Comunicación en tiempo real
- ❖ Al ser un sistema interactivo, permite a varios usuarios mantener una conversación virtual por medio de la transmisión en tiempo real de video, sonido y texto a través de internet.
- ❖ Crea un espacio adecuado y cómodo
- ❖ Una buena iluminación, un espacio libre de ruidos, orden y limpieza.

Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento de los pacientes o familiares.

Se empleó el programa N Vivo versión 12, donde colocamos nuestra base de datos y efectuamos la codificación para los análisis respectivos.

4.3.6 PARTICIPANTES

En España, Provincia de Burgos, tuvimos en total 51 pacientes que aceptaron participar en el estudio y de Perú, tuvimos 38 participantes.

4.4 TERCER ESTUDIO EMPÍRICO. TEST DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA Y DIBUJO LIBRE.

En el tercer estudio, se realizó el Test de dibujo de la persona humana que permite plasmar y expresar sentimientos y actitudes en dibujos o símbolos mucho antes de que puedan transmitirlos en palabras. A través de este proceso, podemos averiguar lo que está tratando de comunicar una persona con Alzheimer, por ejemplo, la presión con el lápiz (Faundez-Zanuy et al., 2014) y constituye uno de los parámetros a la hora de analizar los dibujos de personas con Alzhéimer.

Para ello, se les pidió realizar dos dibujos: La figura humana y un dibujo libre. Se contó con profesionales psicólogos, expertos en la interpretación de dibujos en pacientes con deterioro cognitivo tipo Alzheimer con ayuda de la entrevista a profundidad. El estudio es netamente descriptivo.

La enfermedad de Alzhéimer, es una enfermedad cerebral que causa la muerte de neuronas y la pérdida de tejido cerebral. Afecta a la memoria, el estado de ánimo, el carácter, la forma de pensar, etc. En esta investigación analizamos el test de dibujo en pacientes con Alzheimer que complemente el estudio cuantitativo y la entrevista a profundidad.

La importancia del dibujo está en el hecho de que para llevarlo a cabo es necesario tener una buena organización visual y espacial, una buena planificación y una habilidad motora bien coordinada. Estos aspectos empiezan a fallar cuando una

persona sufre deterioro cognitivo (Online Drawings for Dementia Diagnose: In-Air and Pressure Information", 2013).

Este estudio se realizó junto a la entrevista a profundidad y cumplimos los protocolos de coordinación, visita, entrevista con familiares, entrega del consentimiento informado y el cumplimiento de los principios éticos.

Se le solicitó al participante que realice dos dibujos, se le entregó lápiz y papel y se le pidió que pinte (es el lenguaje con el que manifesté el objetivo de este estudio), al decir, “dibuje” o “dibuja”, no me entendían, pero al decir, “pinta” o “pinte”, ellos lo relacionan con dibujar y es lo que hicimos. Por eso, fue muy importante visitar las residencias con una persona colaboradora de la zona, así pudimos utilizar palabras con que la gente conoce lo que se quiere de ellos.

4.4.1 UNIDAD DE ANÁLISIS

Pacientes con diagnóstico de Deterioro Cognitivo tipo Alzheimer identificados previamente con el estudio cuali- cuantitativo.

4.4.2 HIPÓTESIS

Los dibujos de la figura humana y figura libre, se asocian al estadio evolutivo de los participantes con la Enfermedad de Alzheimer.

4.4.3 INSTRUMENTO

Se les solicitó realizar dos dibujos: uno, de la figura humana y el otro, un dibujo libre. Se le dio el tiempo que requerían y los dibujos se fueron realizando. Hubo mucha dificultad en realizar los trazos en algunos pacientes y otros manifestaban no recordar cómo era una imagen que querían representar en la hoja y que no permanecía en su recuerdo. Se pudo evidenciar el esfuerzo que hacían en recordar animales, cosas y recuerdos propios de su mente.

4.4.4 PROCEDIMIENTO

Este estudio se realizó junto a la entrevista a profundidad y cumplimos los protocolos de coordinación, visita, entrevista con familiares, entrega del consentimiento informado y el cumplimiento de los principios éticos.

4.4.5 PARTICIPANTES

En total participaron 38 pacientes de la Provincia de Burgos en España

- ❖ Los dibujos fueron realizados, respetando el tiempo y la dedicación que le ponía cada uno de los participantes
- ❖ Los dibujos realizados, fueron fotografiados y enlazados a una base de datos
- ❖ Se trabajó en equipo con profesionales psicólogos expertos en la terapia y análisis de los dibujos realizados, haciendo una profunda interpretación de cada uno de ellos.

5. CAPÍTULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 RESULTADOS PRIMER ESTUDIO EMPÍRICO: ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. ESTUDIO DESDE LA EPIDEMIOLOGÍA CULTURAL. ESPAÑA

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

Del total de entrevistados, el 80.7% (48), fue el mismo paciente y el 19.3% (11), fueron familiares de pacientes.

	n=57	f	%
Responde el cuestionario	Paciente	46	80.7
	Familiar	11	19.3

Estos resultados de acuerdo al sexo, coinciden con todos los estudios sobre el Alzheimer, en donde el sexo femenino prevalece en el estudio. De acuerdo con la Alzheimer's Association, el 65% de las personas que sufren Alzheimer son mujeres, lo que explica el por qué son la mayoría de los residentes en la atención de casos por Alzheimer.

Estadísticos

Edad	
N°	57
Válidos	
Perdidos	0
Media	87,43
Mediana	88,50
Desv. típ.	6,367
Varianza	40,540
Mínimo	74
Máximo	101

Tabla N° 28: Edad media de la población

DATOS PERSONALES

El porcentaje de mujeres fue de 73.7% (42), de hombres fue de 26.3% (15).

En cuanto a la edad media de pacientes, fue de 87 años (SD=6.31), la edad de los pacientes encuestados fue de 74 a más años, considerándose los rangos de 74-79 años, 80-85 años, 86-91 año y mayores a 92 años, de los cuales, el grupo de edad mayoritario es el de 86-91 años en un 47.4% (27), seguido del grupo de edad mayor a 92 años en un 24.6% (14).

Hay una mayor proporción de pacientes que provienen de la provincia de Burgos, en un 68.4% (39), seguido de Segovia en un 8.8% (5), Madrid en un 5.3% (3), Soria en un 5.3% (3) y Valladolid en un 3.5% (2).

Sobre el grado académico, un 87.7% (50) alcanzaron el nivel primario, un 5.3% (3) alcanzaron el nivel secundario y un 7% (4) indicaron no tener estudios.

Respecto a la profesión u ocupación, un 45.6% (26) refieren dedicarse a su casa, seguido de un 17.5% (10) que indican ser agricultores, un 8.7% (5) ser empleados/ funcionarios, un 3.5% (2) albañiles, de igual porcentaje (2) costurera/modista, (2) ser transportista, (2) camarera y (2) pescadera. Un 7.2% (4) menciona dedicarse a dos ocupaciones.

En cuanto al número de hijos que tienen, un 22.8% (13) refiere no tener hijos frente a un 77.2% (44) que tienen, el número promedio de hijos es de dos ($SD=1.53$)

Características		n=57	f	%
Género	Mujer		42	73.7
	Hombre		15	26.3
Edad (años) Media=87.43 DS=6.36	74-79		9	15,8
	80-85		7	12,3
	86-91		27	47,4
	>=92		14	24,6
Provincia de nacimiento	Burgos		39	68.4
	Ciudad Real		1	1.8
	Madrid		3	5.3
	Mallorca		1	1.8
	Salamanca		1	1.8
	Santander		1	1.8
	Segovia		5	8.8
	Sevilla		1	1.8
	Soria		3	5.3
	Valladolid		2	3.5
	Grado académico	primaria		50
secundaria			3	5.3
sin estudios			4	7.0
agricultor			10	17.5
albañil			2	3.5
costurera/modista			2	3.5
ama de casa			26	45.6
transportista			2	3.5
comerciante			1	1.8
empleado/funcionaria			5	8.7
Profesión u ocupación	limpieza		1	1.8
	camarero		2	3.5
	pescadera		2	3.5
	transportista y comerciante		1	1.8
	agricultor y su casa		1	1.8
	agricultor y comerciante		1	1.8
	ama de casa y empresaria		1	1.8
	sin hijos		13	22.8
	1		9	15.8
	2		11	19.3
Número de hijos Media=2 DS=1.53	3		18	31.6
	4		3	5.3
	5		1	1.8
	6		2	3.5

Tabla N° 29: Resumen: Datos generales de los pacientes con Alzheimer

DIMENSIÓN SOCIO FAMILIAR

En cuanto al tipo de religión, el 98.2% (56), son católicos y un 1.8% (1), es ateo.

De las mujeres, el 7.1% (3), refiere haber tenido un aborto frente a 92.9% (39).

Sobre la percepción sobre su vida, el 87.7% (50), se sienten felices y un 12.3% (7), se sienten infelices.

Sobre su participación en actividades de ayuda social, el 68.4% (39), mencionan que sí participan y el 31.6% (18), no lo hacen.

Respecto a intentos de suicidio, el 96.5% (55), indican que no han tenido intentos, mientras que un 3.5% (2), indican que si la tuvieron. Sobre intentos de suicidios de algún familiar, un 93% (53), indican que ningún familiar ha intentado suicidarse, un 5.3% (3), refirieron que sí y un 1.8% (1), no lo sabe.

Características		n=57	f	%
Socio familiar	Tipo de religión	Católica	56	98.2
		Ateo	1	1.8
	Tuvo abortos	No	39	92.9
		Si	3	7.1
	Percepción sobre su vida	Feliz	50	87.7
		Infeliz	7	12.3
	Participación en actividades de ayuda social	No	18	31.6
		Si	39	68.4
	Intento de suicidio de algún familiar	No	53	93.0
		Si	3	5.3
		No lo sé	1	1.8
	Intento de suicidio	No	55	96.5
		Si	2	3.5

Tabla N° 30: Datos sociofamiliares

Un 73.7% (42), se consideran sociables frente a un 26.3% (15), pocos sociables.

Sobre adicciones, el 71.9% (41) no consume tabaco, alcohol o drogas, el 14.0% (8) consume tabaco y alcohol, el 7.0% (4) solo alcohol, el 5.3% (3) solo tabaco y el 1.8% (1) consume drogas.

Sobre adicciones en la familia, el 40.4% (23), no consume ningunos de ellos (tabaco, alcohol o drogas), el 29.8% (17) consume tabaco y alcohol, el 19.3% (11), solo tabaco y el 10.5% (6) solo alcohol.

Respecto a la alimentación, el 77.2% (44), menciona que su alimentación contiene las cinco categorías: frutas y verduras, carnes y derivados, pescado, lácteos y legumbres; el 7% (4), 3.5% (2) y 1.75% (1), se alimentan de tres categorías indistintas, tres grupos de 1.75% (1) cada uno se alimentan de tres categorías indistintas, dos grupos de 1.75% (1) cada uno se alimenta de dos categorías, por último, el 1.75% (1) se alimenta solo de una categoría (carne y derivados).

Sobre la actividad física, el 15.8% (9), tienen actividad física tres veces por semana, el 7.0% (4) tienen actividad física una vez por semana, el 5.3% (3) tienen actividad física dos veces por semana, un 3.5 % (2) tienen actividad física a diario, un 1.8% (1) mencionó que tienen actividad física una vez por mes. La mayor proporción 66.7% (38), no realizan actividad física. Referente a problemas para dormir, el 29.8% (17), tienen problemas para dormir y el 70.2% (40), no lo tiene.

En cuanto a comorbilidades, el 56.1% (32) exponen que si tienen y el 43.9% (25) mencionan que no lo presentan.

Características		n=57	f	%
Hábitos y estilos de vida	Carácter	Sociable	42	73.7
		Poco sociable	15	26.3
	Consumo de tabaco, licor, drogas	No	41	71.9
		Tabaco	3	5.3
		Alcohol	4	7.0
		Drogas	1	1.8
		Tabaco y alcohol	8	14.0
		Ninguna	23	40.4
		Consumo familiar de tabaco, licor, drogas	Tabaco	11
	Alcohol		6	10.5
	Tabaco y alcohol diario		17	29.8
	3 veces/semana		2	3.5
	actividad física	2 veces/semana	9	15.8
		1 vez/semana	3	5.3
		1 vez/mes	4	7.0
		Ninguna	1	1.8
	Alimentación	Ninguna	38	66.7
		frutas y verduras, carnes y derivados, pescado, lácteos, legumbres	44	77.2
		frutas y verduras, pescado, lácteos, legumbres	4	7.0
		frutas y verduras, carnes y derivados, pescado, lácteos	2	3.5
		frutas y verduras, carnes y derivados, lácteos, legumbres	1	1.75
		carnes y derivados, pescado, legumbres	1	1.75
		frutas y verduras, lácteos, legumbres	1	1.75
		frutas y verduras, carnes y derivados, pescado	1	1.75
		pescado, lácteos	1	1.75
		frutas y verduras, legumbres	1	1.75
Problemas para dormir	carnes y derivados	1	1.75	
	No	40	70.2	
comorbilidades	Si	17	29.8	
	No	25	43.9	
		Si	32	56.1

Tabla N° 31: Hábitos y estilos de vida

Descripción de Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Enf. Endocrino - Metabol.: Dislipidemia, diabetes, hipertiroidismo	6	10.5
Enf. Cardiovascular: Hipertensión. arterial, arritmia, Infarto Cerebral., Fibrilación Auricular, Trombosis venosa	5	8.7
Enf. Cardiovascular y Enf. Endocrino-Metabólico	3	5.3
Enf. Cardiovascular y Trastornos psiquiátricos	3	5.3
Trastornos psiquiátricos: Depresión, ansiedad	1	1.8
Enfermedad Renal Crónica: Insuficiencia renal	1	1.8
Enfermedad oftalmológica: Glaucoma, Degeneración macular	1	1.8
Úlcera péptica	1	1.8
Patología respiratoria: Bronquitis asmátiforme, insuficiencia respiratoria	1	1.8
Enf. Cardiovascular y Enferm. Osteoarticulares	1	1.8
Enf. Cardiovascular y Neoplasia	1	1.8
Enf. Cardiovascular y Enfermedad oftalmológica	1	1.8
Enf. Cardiovascular y Patología respiratoria	1	1.8
Enf. Cardiovascular y Enfermedad venosa	1	1.8
Enf. Cardiovascular, Trastornos psiquiátricos, Enferm. Osteoarticulares	1	1.8
Enf. Cardiovascular, Enferm. Osteoarticulares, Enfermedad neurológica	1	1.8
Enf. Cardiovascular, Enf. Endocrino-Metabol Enfermedad neurológica	1	1.8
Enf. Cardiovascular, Enf. Endocrino-Metabólico, Enferm. Osteoarticulares, Enfermedad neurológica	1	1.8
Enf. Cardiovascular, Enfermedad Renal Crónica	1	1.8
No presenta comorbilidad	25	43.8

Tabla N° 32: Descripción de comorbilidades

CREENCIAS SOBRE LA ENFERMEDAD

En cuanto a los antecedentes de familiares que fallecen por Alzheimer, el 80.7% (46) exponen que no tienen ninguno, el 17.5% (10) que sí tuvieron a un familiar fallecido por Alzheimer y un 1.8% (1) no sabe o no conoce.

Al preguntarle si cree que sus hijos en un futuro tendrán la enfermedad de Alzheimer, el 52.6% (30) mencionan que no creen, el 29.8% (17) si creen que sus hijos en un futuro tendrán la enfermedad y un 17.5% (10) no lo saben.

Sobre las causas probables de su falta de memoria, el 19.3% (11) informan que es debido a su mala suerte, el 10.5% (6) a que ha cuidado poco su salud, el 7.0% (4) que la posible causa es la edad, el 5.3% (2) cree que es debido a una inadecuada alimentación, en la misma proporción (2) creen que es un castigo divino, un 3.5% (2) cree que se debe a depresión, lo mismo (2) a los nervios, además, un 10.5% (6) cree que se deba a dos o más causas y un 28.1% (16) no lo sabe.

Sobre las causas probables de su falta de memoria, el 19.3% (11) es debido a su mala suerte, el 10.5% (6) cree que se deba a que ha cuidado poco su salud, el 7.0% (4) que la posible causa es la edad, el 3.5% (2) cree que es debido a una inadecuada alimentación, en la misma proporción creen que es un castigo divino, depresión y los nervios. Además, un 10.5% (6) cree que se deba a dos o más causas y un 28.1% (16) no lo sabe.

Características	n=57	f	%	
Familiar fallece por Alzheimer	No	46	80.7	
	Si	10	17.5	
	NS/NC	1	1.8	
Familiar con Alzheimer	No	50	87.7	
	Si	6	10.5	
	NS/NC	1	1.8	
Creencias de hijos con Alzheimer	No	30	52.6	
	Si	17	29.8	
	No lo sé	10	17.5	
Creencias sobre la enfermedad	Ha cuidado poco su salud	6	10.5	
	Mala suerte	11	19.3	
	Inadecuada alimentación	3	5.3	
	Un castigo divino	3	5.3	
	Causas de Alzheimer	Nervios	2	3.5
		Carga hereditaria	1	1.8
		Depresión	2	3.5
	Edad	4	7.0	
	Dos o más causas	9	15.8	
	No lo sé	16	28.1	

Tabla: N° 33: Creencias sobre la enfermedad

Causas de Alzheimer	Frecuencia	Porcentaje
No lo sé	16	28.1
mala suerte	11	19.3
un castigo divino	3	5.3
mala suerte, castigo divino	1	1.8
ha cuidado poco su salud	6	10.5
edad	4	7.0
inadecuada alimentación	3	5.3
nervios	2	3.5
depresión/hipocondríaca	2	3.5
mala suerte, inadecuada alimentación, mala vida	2	3.5
carga hereditaria	1	1.8
mala suerte, inadecuada alimentación, castigo divino	1	1.8
mala suerte, mala vida	1	1.8
inadecuada alimentación, mala vida	1	1.8
inadecuada alimentación, edad	1	1.8
mala vida, castigo divino	1	1.8
depresión/hipocondríaca, edad	1	1.8

Tabla N° 34: Causas del Alzheimer

5.2 RESULTADOS: PRIMER ESTUDIO EMPÍRICO: ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. ESTUDIO DESDE LA EPIDEMIOLOGÍA CULTURAL. PERÚ DATOS PERSONALES

Del total de 42 participantes en el estudio, el 66.7% (28), fueron mujeres y el de 33.3% (14) fueron hombres.

La edad media fue de 82 años ($SD=8.81$), la edad de los pacientes encuestados fue de 62 a más años, considerándose los rangos de 62-67 años, 68-73 años, 74-79 años, 80-85 años, 86-91 años y mayores a 92 años, de los cuales, el grupo mayoritario corresponde al intervalo de 80-91 años en un 52.2% (22 pacientes).

Hay una mayor proporción de pacientes que provienen de la provincia de Lima, en un 66.7% (28), seguido de Arequipa en un 14.3% (8), Piura en un 4.8% (5) y Ancash, Cajamarca, Cuzco, Chiclayo y Trujillo en un 2.4% cada una.

Sobre el grado académico alcanzado por los pacientes, un 45.2% (19) alcanzaron el nivel universitario, un 31.0% (13) alcanzaron el nivel secundario, un 14.3% (6) tienen estudios primarios, un 7.1% (3) y un 2.4% (1) indicaron no tener estudios.

Respecto a la profesión u ocupación, un 38.1% (16), refieren dedicarse a su casa, seguido de un 9.5% (4) que indican ser contadores, un 7.1% (3) refieren pertenecer a las fuerzas armadas y/o policiales y en un mismo porcentaje el ser ingenieros, un 4.8% (2) mencionan ser administradores. El ser periodista, enfermera, pintora, sacerdote, docente, obrero(a), obstetra, médico, odontólogo (a), abogado, chef profesional y agentes de bancos con un 2.4% (1) cada una.

En cuanto al número de hijos que tienen, un 21.4% (9) refiere no tener hijos y un 77.6% (33) si los tienen, el número promedio de hijos es de cuatro ($SD=2.58$)

Características		n=42	f	%
Género	Mujer		28	66,7
	Hombre		14	33,3
Edad (años) Media=87.43 DS=6.36	62-67		4	9,5
	68-73		3	7,1
	74-79		8	19,0
	80-85		11	26,1
	86-91		11	26,1
	>=92		5	11,9
	Lima		28	66,7
Provincia de nacimiento	Arequipa		6	14,3
	Piura		2	4,8
	Leoncio Prado		1	2,4
	Ancash		1	2,4
	Cajamarca		1	2,4
	Cuzco		1	2,4
	Chiclayo		1	2,4
	Trujillo		1	2,4
	Primaria		6	14,3
	Secundaria		13	31,0
Grado académico	Universitario		19	45,2
	Máster		3	7,1
	Sin estudios		1	2,4
	Albañil		1	2,4
	Costurera/modista		1	2,4
	Ama de casa		16	38,1
	Contador		4	9,5
	Docente		1	2,4
	Obrero(a)		1	2,4
	Obstetra		1	2,4
Profesión u ocupación	General		3	7,1
	*PNP/General/comandante/teniente			
	Agente de bancos		1	2,4
	Administrador (a)		2	4,8
	Periodista		1	2,4
	Enfermera		1	2,4
	Pintora		1	2,4
	Sacerdote		1	2,4
	Médico		1	2,4
	Ingeniero		3	7,1
	Odontólogo (a)		1	2,4
	Abogado		1	2,4

	Chef profesional	1	2,4
	Sin hijos	9	21,4
	1	6	14,3
	2	9	21,4
	3	8	19,0
Número de hijos	4	4	9,5
Media=3	5	1	2,4
DS=2.58	7	2	4,8
	8	1	2,4
	9	1	2,4
	11	1	2,4

Tabla N° 35: Datos generales

SOCIO FAMILIAR

En cuanto al tipo de religión, el 100.0% (42) son católicos.

De las mujeres, el 21.4% (6) refiere haber tenido un aborto frente a 78.6% (22).

En cuanto a la percepción sobre su vida, el 90.5% (38), se sienten felices y un 14.3% (6), se sienten infelices.

Sobre su participación en actividades de ayuda social, un 52.4% (22) mencionan que sí participan y un 47.6% (20) dijeron que no lo hacen.

Respecto a intentos de suicidio, el 85.7% (36) indican que no han tenido intentos, mientras que un 14.3% (6) indican que sí. Además, sobre intentos de suicidios de algún familiar, un 97.6% (41) exponen que ningún familiar ha intentado suicidarse frente a un 2.4% (1) refirieron que sí.

Características		n=42	f	%
Socio familiar	Tipo de religión	católica	42	100.0
		Ateo	-	-
	Tuvo abortos (n°=28 mujeres)	No	22	78.6
		Si	6	21.4
	Percepción sobre su vida	Feliz	38	90.5
		Infeliz	4	9.5
	Participación en actividades de ayuda social	No	22	52.4
		Si	20	47.6
	Intento de suicidio de algún familiar	No	41	97.6
		Si	1	2.4
	Intento de suicidio	No	36	85.7
		Si	6	14.3

Tabla Nº 36: Datos sociofamiliares

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

Un 88.1% (37), se consideran sociables y un 11.9% (5) pocos sociables.

Sobre adicciones, el 78.6% (33) no consume tabaco, alcohol o drogas, el 16.7% (7) consume tabaco y el 4.8% (2) consume tabaco y alcohol.

Sobre adicciones en la familia, el 85.7% (36) no consume tabaco, alcohol o drogas, el 7.1% (3) consume tabaco, el 4.8% (2) consume alcohol y el 2.4% (1) consume tabaco y alcohol.

Respecto a la alimentación, el 9.5% (4), informa que su alimentación contiene las cinco categorías: frutas y verduras, carnes y derivados, pescado, lácteos y legumbres; 14 (33.3%) manifiestan tener una alimentación basada en carnes y derivados y 6 (14.3%) tiene una alimentación básica de frutas y verduras.

Sobre la actividad física, el 2.4% (1) tienen actividad física tres veces por semana, el 14.3% (6) lo tienen solo una vez por semana, el 2.4% (1) dos veces por semana, un 9.5% (4) tienen actividad física a diario, un 9.5% (4) una vez por mes. La mayor proporción 61.9% (26) no realizan actividad física.

Sobre problemas para dormir, el 78.6% (33) manifiesta tener problemas para dormir frente al 21.4% (9) que no lo tiene.

Respecto a enfermedades actuales aparte del Alzheimer, el 88% (37) detalla que tienen otras enfermedades y el 12% (5) mencionan que no lo presentan.

Características		n=42	f	%
Hábitos y estilos de vida	Carácter	Sociable	37	88,1
		Poco sociable	5	11,9
	Consumo de tabaco, licor, drogas	No	33	78,6
		Tabaco	7	16,7
		Alcohol	-	-
		Drogas	-	-
		Tabaco y alcohol	2	4,8
		Ninguna	36	85,7
		Consumo familiar de tabaco, licor, drogas	Tabaco	3
	Alcohol		2	4,8
	Tabaco y alcohol		1	2,4
	diario		4	9,5
	actividad física	3 veces/semana	1	2,4
		2 veces/semana	1	2,4
		1 vez/semana	6	14,3
		1 vez/mes	4	9,5
		Ninguna	26	61,9
		frutas y verduras.	6	14,3
		carnes y derivados.	14	33,3
		Pescado.	1	2,4
		Legumbres.	1	2,4
		frutas y verduras, carnes y derivados, pescado, lácteos, legumbres.	4	9,5
	Alimentación	frutas y verduras, carnes y derivados, lácteos, legumbres	1	2,4
		frutas y verduras, carnes y derivados, legumbres.	1	2,4
		frutas y verduras, carnes y derivados, pescado.	4	9,5
		carnes y derivados, pescado, lácteos.	1	2,4
		pescado, lácteos.	1	2,4
		frutas y verduras, legumbres.	1	2,4
		carnes y derivados, lácteos.	2	4,8
		lácteos, legumbres.	1	2,4
carnes y derivados, legumbres.		1	2,4	
frutas y verduras, carnes y derivados.		1	2,4	
carnes y derivados, pescado.		1	2,4	
frutas y verduras, lácteos.		1	2,4	
Problemas para dormir		No	33	78,6
	Si	9	21,4	
comorbilidades	No	37	88,0	
	Si	5	12,0	

Tabla N° 37: Hábitos y estilos de vida

Descripción de Comorbilidad	n=42	
	Frecuencia	Porcentaje
Enf. Endocrino - Metabol.: Dislipidemia, diabetes, hipertiroidismo	7	16.7
Enf. Cardiovascular: Hipertensión. arterial, arritmia, Infarto Cerebral., Fibrilación Auricular, Trombosis venosa	12	28.6
Enfermedad Renal Crónica: Insuficiencia renal	3	7.1
Enf. Osteoarticulares: Artritis, fibromialgia, artrosis, osteoporosis	4	9.5
Neoplasia: algún tipo de cáncer	1	2.4
Enf. Neurológica	1	2.4
Hiperplasia prostática	1	2.4
Patología respiratoria: Bronquitis asmatiforme, insuficiencia respiratoria	1	2.4
Poliomielitis	1	2.4
Traumatismo	1	2.4
Enf. Cardiovascular e Hiperplasia prostática	1	2.4
Enf. Endocrino-Metabólico y Enf. Osteoarticulares	1	2.4
Enf. Endocrino-Metabólico y Enfermedad Renal Crónica	1	2.4
Enf. Endocrino-Metabólico y Enfermedad oftalmológica	1	2.4
Enf. Cardiovascular y Neoplasia	1	2.4
No presenta comorbilidad	5	11.9

Tabla N° 38: Comorbilidades

CREENCIAS SOBRE LA ENFERMEDAD

Sobre antecedentes de familiares que fallecen por Alzheimer, el 88.1% (37) mencionan no han presentado estos antecedentes, mientras que el 11.9% (5) manifiestan que sí tuvieron un familiar que falleció por Alzheimer.

En relación a familiares que tienen Alzheimer, el 61.9% (26) indican que no tienen familiares con esta enfermedad, el 38.1% (16) mencionan que si lo tienen.

Al preguntarle si cree que sus hijos en un futuro tendrán la enfermedad de Alzheimer, el 69.0% (29) no lo creen y el 31.0% (13) creen que sí lo tendrán.

Sobre las causas probables de su falta de memoria, el 33.3% (14) lo atribuyen a su mala suerte, el 47.6% (20) cree que se deba a que ha cuidado poco su salud, el 9.5% (4) que la posible causa sea la mala vida que llevaron, el 4.8% (2) cree que es debido a la carga hereditaria y el 2.4% (1) cree que es por una inadecuada alimentación.

Características		n=42	f	%
Familiar fallece por Alzheimer	No		37	88,1
	Si		5	11,9
Familiar con Alzheimer	No		26	61,9
	Si		16	38,1
Creencias sobre la enfermedad	Creencias de hijos con Alzheimer	No	29	69,0
		Si	13	31,0
	No lo sé	1	2,4	
Causas de Alzheimer	mala suerte		14	33,3
	Mala vida		4	9,5
	Ha cuidado poco su salud		20	47,6
	Inadecuada alimentación		1	2,4
	Carga hereditaria		2	4,8

Tabla N° 39 Creencias sobre la enfermedad y percepción sobre causas del Alzheimer

5.3 ANÁLISIS COMPARATIVO DE ESPAÑA Y PERÚ

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Distribución de la muestra

De la muestra de personas que respondieron al cuestionario, en España, el 80.7% (46) respondió el mismo paciente y el 19.3% (11) fueron sus familiares. En Perú, el 100.0% (42) respondieron al cuestionario los mismos pacientes.

Datos personales

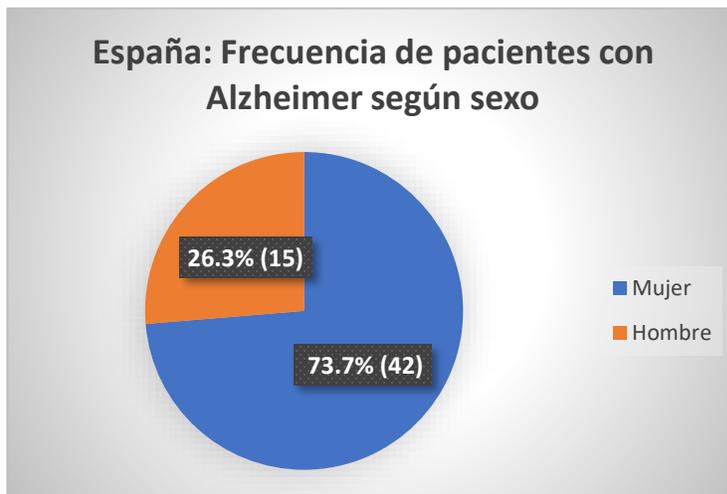


Figura N° 24: Frecuencia de pacientes con Alzheimer según sexo. España.

En la figura vemos un mayor porcentaje de mujeres entrevistadas con 73.7% (42), respecto al número de hombres entrevistados 26.3% (15).

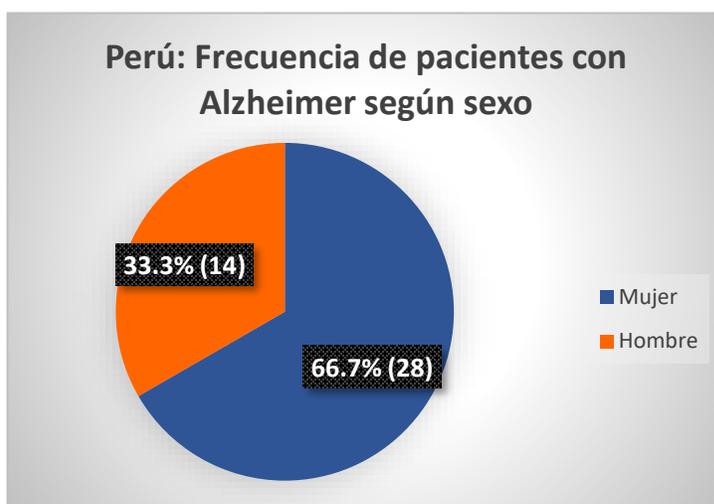


Figura N° 25: Frecuencia de pacientes con Alzheimer según sexo. Perú.

En la figura vemos un mayor porcentaje de mujeres entrevistadas con 66.7% (28), respecto al número de hombres entrevistados 33.3% (14).

EDAD		España	Perú
N	Válidos	57	42
	Perdidos	0	0
Media		87,40	81,74
Mediana		88,00	82,00
Desv. típ.		6,313	8,818
Varianza		40,540	77,759
Mínimo		74	62
Máximo		101	97

Tabla N° 40: Edad media de la población

La edad media de la muestra en España fue de 87 años. (SD=6.31), la edad mínima de los pacientes encuestados fue de 74 y la edad máxima fue de 101 años. La **desviación estándar** de 6.3, nos indica que las edades están menos dispersas.

En Perú, la edad media fue de 82 años (8.81), la edad mínima fue de 62 años y la edad máxima fue de 97 años. La **desviación estándar** de 8.8, nos indica que las edades están un poco más dispersas que la de España.

Edad categorizada	España n=57		Perú n=42	
	f	%	f	%
62-67	0	0,0	4	9,5
68-73	0	0,0	3	7,1
Válidos 74-79	9	15,8	8	19,0
80-85	7	12,3	11	26,1
86-91	27	47,4	11	26,1
>=92	14	24,6	5	11,9

Tabla N° 41: Edad categorizada y porcentajes. España

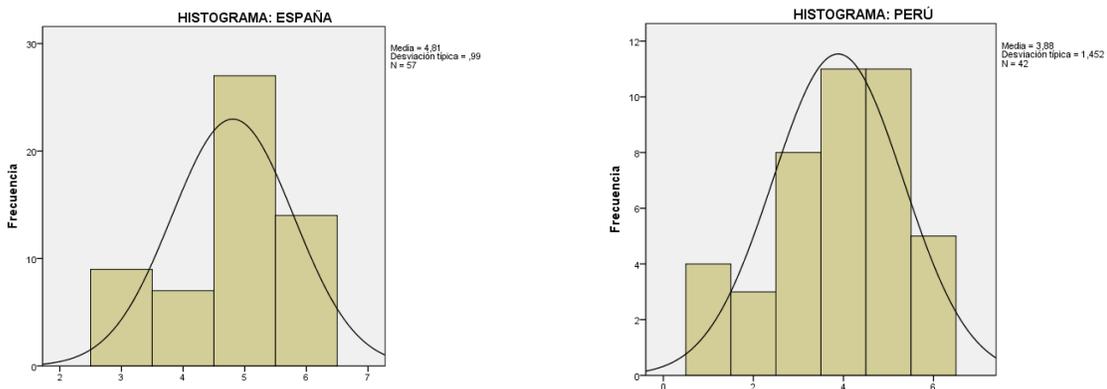


Figura N° 26: Edad categorizada de España y Perú.

Si agrupamos a la variable edad, las categorías son: 62-67 años (1), 68-73 años (2), 74-79 años (3), 80-85 años (4), 86-91 años y mayores a 92 años (5), de ello, podemos decir que, el grupo de edad mayoritario para España es de 86-91 años en un 47.4% (27 pacientes) y para Perú, el grupo mayoritario se amplía y corresponden al intervalo de 80-91 años en un 52.2% (22 pacientes).

El coeficiente de variación para España es 7.2%, mientras que para Perú es de 10.7%, lo que significa que hay más variabilidad en las edades de los pacientes en Perú, tal como se observa en los histogramas.

Características	España n= 57		Perú n= 42	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo				
Mujer	42	73,7	28	66,7
Hombre	15	26,3	14	33,3
Grado				
Primaria	50	87,7	6	14,3
Secundaria	3	5,3	13	31,0
Universitario	-	-	19	45,2
Máster	-	-	3	7,1
Sin estudios	4	7,0	1	2,4
Profesión/ocupación				
Agricultor	10	17,5	-	-
Albañil	2	3,5	1	2,4
Costurera/modista	2	3,5	1	2,4
Ama de casa	26	45,6	16	38,1
Transportista	2	3,5	-	-
Comerciante	1	1,8	-	-
Empleado/funcionaria	5	8,8	-	-
Limpieza	1	1,8	-	-
Camarero	2	3,5	-	-
Pescadera	2	3,5	-	-
Transportista y comerciante	1	1,8	-	-
Agricultor(a) y ama de casa	1	1,8	-	-
Agricultor y comerciante	1	1,8	-	-
Ama de casa y empresaria	1	1,8	-	-
Contador	-	-	4	9,5
Docente	-	-	1	2,4
Obrero(a)	-	-	1	2,4
Obstetra	-	-	1	2,4
General	-	-	3	7,1
*PNP/General/comandante/teniente	-	-	-	-
Agente de bancos	-	-	1	2,4
Administrador(a)	-	-	2	4,8
Periodista	-	-	1	2,4
Enfermera	-	-	1	2,4
Pintora	-	-	1	2,4
Sacerdote	-	-	1	2,4
Médico	-	-	1	2,4
Ingeniero	-	-	3	7,1
Odontólogo(a)	-	-	1	2,4
Abogado	-	-	1	2,4
Chef profesional	-	-	1	2,4

*PNP: Policía Nacional del Perú

Tabla N° 42: Resumen: Datos generales de los pacientes con Alzheimer (1)

Los casos de entrevistados que cursaron solo primaria, lo encontramos con mayor frecuencia en España con 87.7%, (50), secundaria un 5.3% (3) y un 7% (4) indicaron no tener estudios básicos. En el Perú, los datos son diferentes, tenemos un 14.3% (6) tienen estudios primarios, un 31.0% (13) alcanzaron el nivel secundario, un 45.2% (19) tienen una profesión con estudios universitarios; el 7.1% (3) alcanzaron un nivel Máster y solo uno 2.4% (1) indicó no tener estudios.

Para comprender los conceptos que le damos a estas dos palabras, la profesión y ocupación en España, se puede decir que es lo mismo, mientras que, en Perú, ambas tienen contextos diferentes, profesión lo da una carrera Universitaria con estudios mínimo de cinco años dependiendo de la carrera, mientras que la ocupación lo ejercen desde aquellas personas que no han podido estudiar hasta los que tienen estudios en una institución superior o tecnológica, no universitaria.

En ese marco, mientras que, en España, los entrevistados manifestaron tener una ocupación, mas no una profesión, en el Perú, tenemos que el 52.3% (18) son profesionales, de ellos, 9.6% (4) son profesionales de la salud entre médico, enfermera, odontólogo y obstetrix (lo que se denomina matrona en España), 7.1% (3) corresponden a oficiales de alto grado de la policía nacional del Perú y en la misma proporción indican ser ingenieros (de minas, industrial e informática), el resto 21.4% (9) lo conforman administradores, contadores entre otros.

Al hacer un análisis del grado universitario, vemos que en el Perú tenemos participantes con déficit cognitivo tipo Alzheimer con grados académicos 45,2% (19), 7.1% (3) con estudios de maestría, lo cual difiere con respecto a España en el cual no tenemos ningún caso de participantes con alguna profesión, la mayoría solo ha cursado estudios primarios con 87.7% (50), 5.3% (3) con estudios secundarios y 7.0% (4) sin estudios, frente a los participantes del Perú con 14.3% (6), 31.0% (13) y 2.4% (1) de estudios primarios, secundarios y sin estudios respectivamente.

Cuando disgregamos por ocupación en España, encontramos lo siguiente: un 45.6% (26) refieren haberse dedicado a su casa, seguido de un 17.5% (10) que manifiestan haber sido agricultores, un 8.8% (5) empleados/ funcionarios, un 3.5% (2) albañiles y lo mismo para el

caso de costurera/modista, transportista, camarera y pescadera. Del grupo, un 7.2% (4) refiere haberse dedicado a dos ocupaciones al mismo tiempo.

En el Perú, en relación a las ocupaciones, el ama de casa es la que ocupa el primer lugar con 38.1% (16), el resto; albañil, costurera/modista, obrero, pintora, tienen un total de 9.6% (4). En total de los profesionales entrevistados, tenemos un 52.3% (22) con diagnóstico de Alzheimer en el Perú.

Características	España n= 57		Perú n= 42	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
N° de hijos				
0	13	22,8	9	21,4
1	9	15,8	6	14,3
2	11	19,3	9	21,4
3	18	31,6	8	19,0
4	3	5,3	4	9,5
5	1	1,8	1	2,4
6	2	3,5	-	-
7	-	-	2	4,8
8	-	-	1	2,4
9	-	-	1	2,4
11	-	-	1	2,4
Edad categorizada				
España:				
Media=87.43, DS=6.36				
CV= 7.2%				
74-78	5	8,8	-	-
79-83	10	17,5	-	-
84-88	13	22,8	-	-
89-93	18	31,6	-	-
>=94	10	17,5	-	-
NS/NC	1	1,8	-	-
Perú:				
Media=81.74, DS=6.81				
CV= 10.7%				
62-68	-	-	4	9,5
69-75	-	-	6	14,3
76-82	-	-	12	28,6
83-89	-	-	14	33,3
>=90	-	-	6	14,3

Provincia				
España				
Burgos	39	68,4	-	-
Ciudad Real	1	1,8	-	-
Madrid	3	5,3	-	-
Mallorca	1	1,8	-	-
Salamanca	1	1,8	-	-
Santander	1	1,8	-	-
Segovia	5	8,8	-	-
Sevilla	1	1,8	-	-
Soria	3	5,3	-	-
Valladolid	2	3,5	-	-
Perú				
Lima			28	66,7
Arequipa			6	14,3
Piura			2	4,8
Leoncio Prado			1	2,4
Ancash			1	2,4
Cajamarca			1	2,4
Cuzco			1	2,4
Chiclayo			1	2,4
Trujillo			1	2,4

Tabla N° 43: Resumen: Datos generales de los pacientes con Alzheimer (2)

En cuanto al número de hijos, en España, 13 (22.8%) refiere no tener hijos y 44 (77.8%), tienen hijos que van entre 1 a 6. El promedio de hijos es de dos ($SD=1.53$). En Perú, 9 (21.4%) refiere no tener hijos y 33 (77.6%), tienen hijos que van entre 1 a 11. El promedio de hijos es de tres ($SD=2.58$)

Hay una mayor proporción de pacientes que provienen de la provincia de Burgos, con un 68.4% (39), seguido de Segovia con un 8.8% (5), Madrid con 5.3% (3), Soria con 5.3% (3) y Valladolid con un 3.5% (2). Ciudad Real, Mallorca, Salamanca, Santander y Sevilla con solo 1 paciente (que representa un 1.8%) en cada lugar.

En Perú, la mayor proporción de pacientes, provienen de la provincia de Lima, con un 66.7% (28), seguido de Arequipa con un 14.3% (6), Piura con 4.8% (2) y las provincias de Leoncio Prado, Ancash, Cajamarca, Cuzco, Chiclayo y Trujillo con un paciente 2.4% (1) en cada lugar.

Características	España n= 57		Perú n= 42	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Religión				
Católica	56	98,2	42	100.0
Ateo	1	1,8	-	-
Aborto				
No	54	94,7	36	85.7
Si	3	5,3	6	14.3
Como fue su vida				
Feliz	50	87,7	38	90.5
Infeliz	7	12,3	4	9.5
Ayuda social				
No	18	31,6	22	52.4
Si	39	68,4	20	47.6
Intento suicidio en familiar				
No	54	94,7	41	97.6
Si	3	5,3	1	2.4
Intento suicido en el (ella)				
No	55	96,5	36	85.7
Si	2	3,5	6	14.3

Tabla N° 44: Resumen datos sociofamiliares

Según la encuesta, casi el total de los pacientes entrevistados, en España, 98.2% (56), son católicos, este resultado es compartido con el Perú, cuyo 100.0% (42) encuestados son católicos.

Sobre el aborto, las mujeres entrevistadas en España y en Perú, manifestaron tener el 7.1% (3) y 14.3% (6) respectivamente.

Acerca de cómo fue su vida, en España, 87.7% (50), respondieron que se sintieron felices durante su vida frente a un pequeño grupo de 7 (12.3%) que se consideran infelices. Para el caso de Perú, 90.5% (38) se sintieron felices durante su vida frente a un pequeño grupo de 4 (9.5%) que se consideran infelices. Ambos grupos tienen bastante similitud frente a esta variable.

En ayuda social, en España, vemos que el 68.4% (39) participaron en estas actividades frente al 47.6% (20) de Perú. No participaron en ayuda social el 31.6% (18) y el 52.4% (22) respectivamente.

En relación a intentos de suicidio en uno de sus familiares y en el (la) misma paciente, vemos que en España se tiene un 5.3% (3) frente al 2.4% (1) en Perú.

Si revisamos este mismo indicador en el mismo paciente, vemos que solo el 3.5% (2) de los pacientes intentaron suicidarse. Con respecto al Perú tenemos un porcentaje más elevado con un 14.3% (6) de intentos de suicidio.

Variables	Categoría	España n= 57		Perú n= 42	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Carácter	Sociable	42	73,7	37	88,1
	Poco sociable	15	26,3	5	11,9
	No	41	71,9	33	78,6
Adicción en el paciente	Tabaco	3	5,3	7	16,7
	Alcohol	4	7,0	-	-
	Drogas	1	1,8	-	-
	Tabaco y alcohol	8	14,0	2	4,8
	No	23	40,4	36	85,7
	Adicción en su familiar	Tabaco	11	19,3	3
	Alcohol	6	10,5	2	4,8
	Tabaco y alcohol diario	17	29,8	1	2,4
	3 veces/semana	2	3,5	4	9,5
	2 veces/semana	9	15,8	1	2,4
Actividad física	1 vez/semana	3	5,3	1	2,4
	1 vez/mes	4	7,0	6	14,3
	1 vez/mes	1	1,8	4	9,5
	no	38	66,7	26	61,9

Tabla N° 45: Hábitos y estilos de vida

En España, un total de 73.7% (42) se consideran sociables y un 26.3% (15) pocos sociables.

En Perú, 88.1% (37) se consideran sociables y 11.9% (5) se consideran pocos sociables.

Vemos que, en relación al tabaco, alcohol, drogas y ambos tabaco y alcohol, en España, 41 (71.9%) no tienen ninguna adicción, sin embargo, aisladamente, si se tiene adicción al tabaco, alcohol, drogas y tabaco-alcohol, con 5.3% (3), 7% (4), 1.8% (1) y 14% (8) respectivamente. En el Perú, 78.6% (33) no tienen ninguna adicción, 16.7% (7) tienen adicción al tabaco y 4.8% (2) tienen adicción al tabaco y alcohol.

En cuanto a la adicción en su familia, en España, 23 (40.4%) de ellos manifestaron no tener adicción a ninguna de las variables y el grupo del Perú 85.7% (36). El 19.3% (11) declararon su adicción al tabaco, 10.5% (6) al alcohol y 29.8% (17) a tabaco-alcohol. En Perú, 85.7% (36) expusieron que sus familiares no tienen adicción al tabaco, alcohol o drogas, mientras que 7.1% (3) puntualizaron que sus familiares tienen adicción al tabaco, 4.8% (2) al alcohol y 2.4% (1) al tabaco y alcohol.

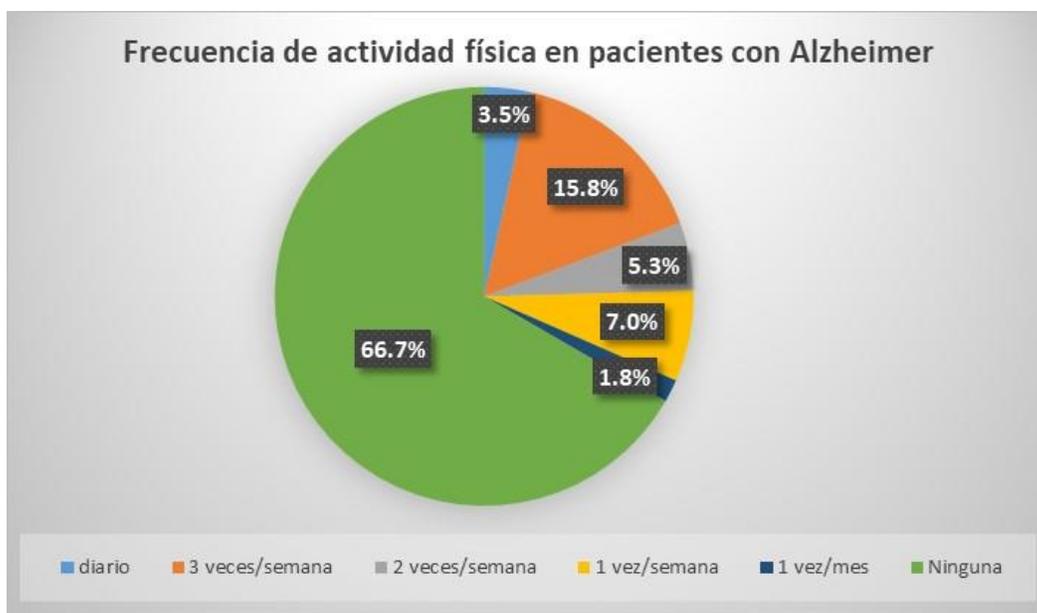


Figura N° 27: Actividad física. España

En España, solo 3.5% (2) tuvieron la costumbre de hacer ejercicio diariamente, mientras que la mayoría 66.7% (38) manifestaron no haber realizado actividad física en su vida.

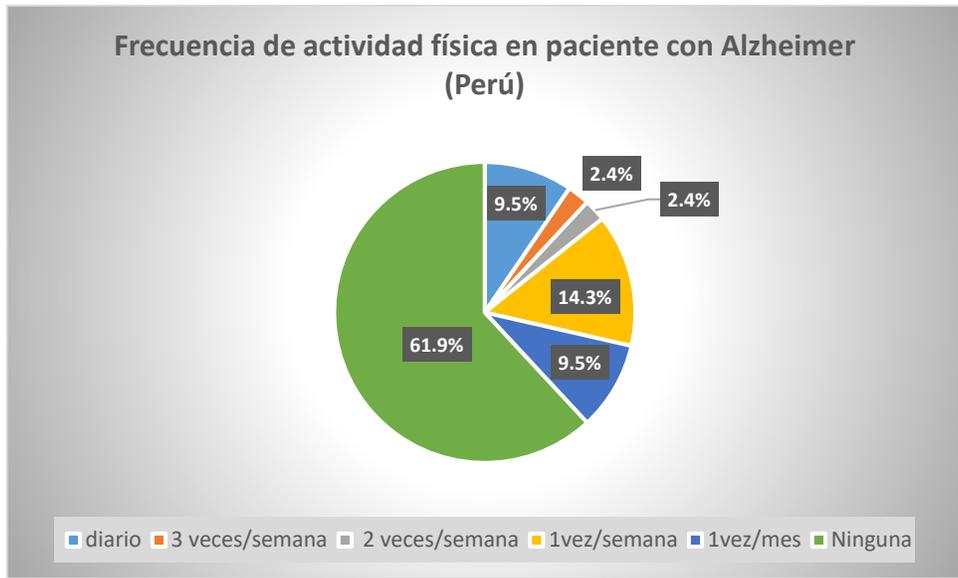


Figura N° 28: Actividad física. Perú

En Perú, 9.5% (4) tuvieron la costumbre de hacer ejercicio diariamente, frente a 61.9% (26) que mencionan no haberse ejercitado.

Variable	Características	España n=57		Perú n=42	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
alimentación	frutas y verduras.	-	-	6	14,3
	carnes y derivados.	1	1,75	14	33,3
	Pescado.	-	-	1	2,4
	Legumbres.	-	-	1	2,4
	frutas y verduras, carnes y derivados, pescado, lácteos, legumbres.	44	77,2	4	9,5
	frutas y verduras, pescado, lácteos, legumbres.	4	7,0	-	-
	frutas y verduras, carnes y derivados, lácteos, legumbres.	1	1,75	1	2,4
	frutas y verduras, carnes y derivados, pescado, lácteos.	2	3,5	-	-
	frutas y verduras, carnes y derivados, legumbres.	-	-	1	2,4
	carnes y derivados, pescado, legumbres.	1	1,75	-	-
	frutas y verduras, lácteos, legumbres.	1	1,75	-	-
	frutas y verduras, carnes y derivados, pescado.	1	1,75	4	9,5
	carnes y derivados, pescado, lácteos.	-	-	1	2,4
	pescado, lácteos.	1	1,75	1	2,4
	frutas y verduras, legumbres.	1	1,75	1	2,4
	carnes y derivados, lácteos.	-	-	2	4,8
	lácteos, legumbres.	-	-	1	2,4
	carnes y derivados, legumbres.	-	-	1	2,4
	frutas y verduras, carnes y derivados.	-	-	1	2,4
	carnes y derivados, pescado.	-	-	1	2,4
frutas y verduras, lácteos.	-	-	1	2,4	

Tabla N° 46: Consumo de alimentos

En la tabla 46, hemos combinado los alimentos de acuerdo a las respuestas de los entrevistados a fin de tener datos claros y exactos, es así que, en España, 44 (77.2%), mencionan que su alimentación contiene las cinco categorías: frutas y verduras, carnes y derivados, pescado, lácteos y legumbres; el resto no tiene una predilección de comer carnes rojas y derivados. En Perú, solo 4 (9.5%), expresan, incluir en su alimentación las cinco categorías: frutas y verduras, carnes y derivados, pescado, lácteos y legumbres, el 14 (33.3%), manifiestan tener una alimentación basada en carnes y derivados y en general el grupo de pacientes de Perú tienen una alimentación que varía en cada combinación de categorías.

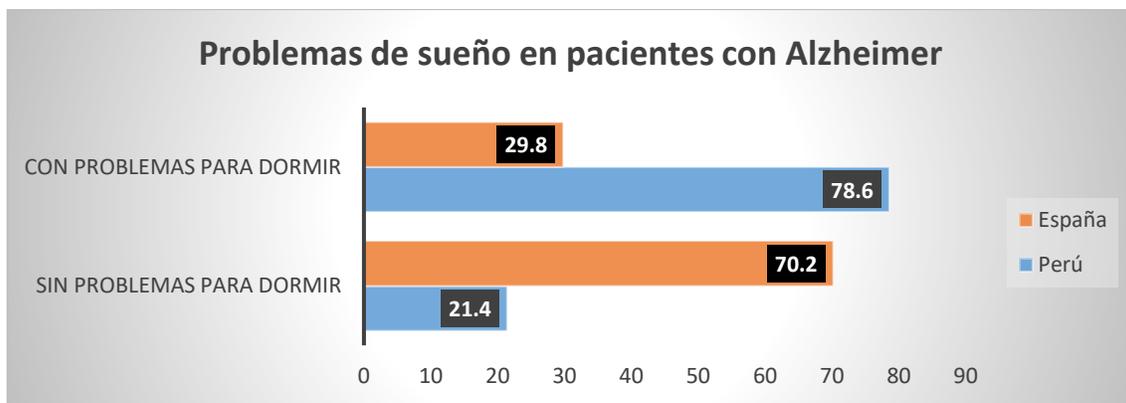


Figura N° 29: Problemas de sueño. España y Perú

En España, el 29.8% (17) informaron tener problemas para dormir y 70.2% (40) no lo presenta. Llama la atención que, en el Perú, un número considerable de pacientes tiene problemas para dormir, 33 (78.6%).

Descripción de Comorbilidad	España n =57		Perú n=42	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Enf. Endocrino - Metabol.: Dislipidemia, diabetes, hipertiroidismo	6	10.5	7	16.7
Enf. Cardiovascular: Hipertensión. arterial, arritmia, Infarto Cerebral., Fibrilación Auricular, Trombosis venosa	5	8.7	12	28.6
Trastornos psiquiátricos: Depresión, ansiedad	1	1.8	-	-
Enfermedad Renal Crónica: Insuficiencia renal	1	1.8	3	7.1
Enf. Osteoarticulares: Artritis, fibromialgia, artrosis, osteoporosis	-	-	4	9.5
Neoplasia: algún tipo de cáncer	-	-	1	2.4
Enfermedad oftalmológica: Glaucoma, Degeneración macular	1	1.8	-	-
Enf. Neurológica	-	-	1	2.4
Úlcera péptica	1	1.8	-	-
Hiperplasia prostática	-	-	1	2.4
Patología respiratoria: Bronquitis asmática, insuficiencia respiratoria	1	1.8	1	2.4
Poliomielitis	-	-	1	2.4
Traumatismo	-	-	1	2.4
Enf. Cardiovascular y Enf. Endocrino-Metabólico	3	5.3	-	-
Enf. Cardiovascular y Trastornos psiquiátricos	3	5.3	-	-
Enf. Cardiovascular e Hiperplasia prostática	-	-	1	2.4
Enf. Cardiovascular y Enferm. Osteoarticulares	1	1.8	-	-
Enf. Endocrino-Metabólico y Enf. Osteoarticulares	-	-	1	2.4
Enf. Endocrino-Metabólico y Enfermedad Renal Crónica	-	-	1	2.4
Enf. Endocrino-Metabólico y Enfermedad oftalmológica	-	-	1	2.4
Enf. Cardiovascular y Neoplasia	1	1.8	1	2.4
Enf. Cardiovascular y Enfermedad oftalmológica	1	1.8	-	-
Enf. Cardiovascular y Patología respiratoria	1	1.8	-	-
Enf. Cardiovascular y Enfermedad venosa	1	1.8	-	-
Enf. Cardiovascular, Trastornos psiquiátricos, Enf. Osteoarticulares	1	1.8	-	-
Enf. Cardiovascular, Enferm. Osteoarticulares Enfermedad neurológica	1	1.8	-	-
Enf. Cardiovascular, Enf. Endocrino-Metabólico y Enfermedad neurológica	1	1.8	-	-
Enf. Cardiovascular, Enf. Endocrino-Metabólico, Enf. Osteoarticulares, Enfermedad neurológica	1	1.8	-	-
Enf. Cardiovascular y Enfermedad Renal Crónica	1	1.8	-	-
No presenta comorbilidad	25	43.8	5	11.9

Tabla N° 47: Comorbilidades

Se ha visto por conveniencia clasificar a las enfermedades dando una aproximación a una categoría dada la gama de comorbilidades crónico degenerativas en ambos grupos de pacientes de España y Perú.

La frecuencia de enfermedades cardiovasculares es lo que prevalece en el Perú (hipertensión arterial, arritmias, infarto cerebral, fibrilación auricular y trombosis venosa) con un 28.6% (12) y un 16.7% (7) lo constituyen las enfermedades endocrino metabólicas: Dislipidemia, diabetes e hipertiroidismo. Algo similar ocurre en los pacientes de España cuya comorbilidad abarca en primer orden las enfermedades endocrinológicas con un 10.5% (6), frente a las enfermedades cardiovasculares con un 8.7% (5).

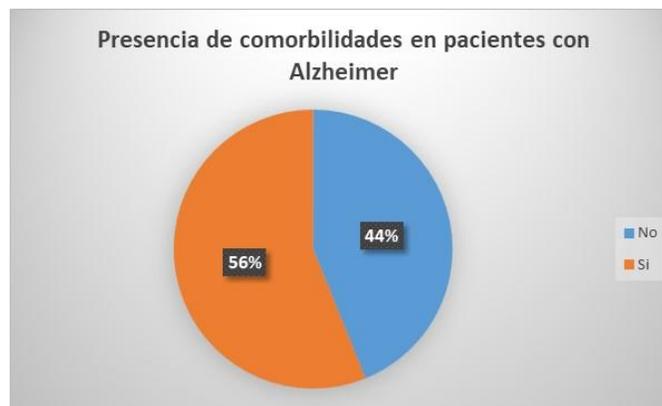


Figura N° 30: Comorbilidad. España

Un número importante de pacientes con Alzheimer de España, el 56% (32) presenta comorbilidades, frente al 44% (25) que manifiesta ausencia de ellas.

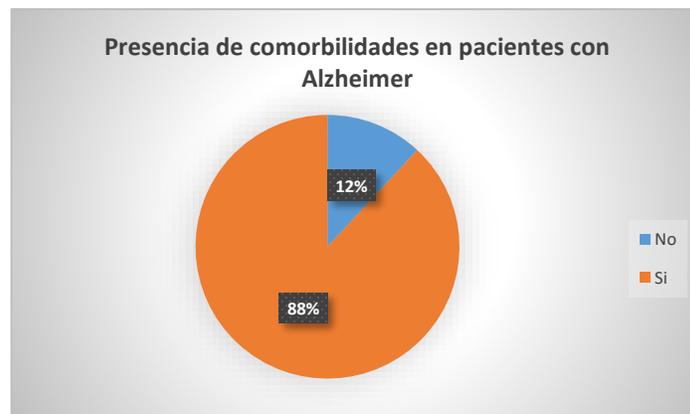


Figura N° 31: Comorbilidad. Perú

A diferencia de España, con respecto al Perú, el 88% (37) presenta comorbilidades, frente al 12% (5) que manifiesta ausencia de ellas.

CREENCIAS SOBRE LA ENFERMEDAD

Sobre antecedentes de familiares que fallecen por Alzheimer, en España, el 80.7% (46) no tienen familiares que hayan fallecido con esta enfermedad, el 17.5% (10) tuvieron uno o más familiares que fallecieron por Alzheimer y un 1.8% (1) no sabe o no conoce si algún familiar falleció por Alzheimer. En Perú, el 88.1% (37) no tiene familiares que hayan fallecido con la enfermedad de Alzheimer y el 11.9% (5) si tuvieron uno o más familiares que fallecieron con Alzheimer.

Variable	Características	España=57		Perú=42		
		f	%	f	%	
Creencias sobre la enfermedad	Familiar fallece por Alzheimer	No	46	80.7	37	88,1
		Si	10	17.5	5	11,9
		NS/NC	1	1.8	-	-
	Familiar con Alzheimer	No	50	87.7	26	61,9
		Si	6	10.5	16	38,1
		NS/NC	1	1.8	-	-
	Creencias de hijos con Alzheimer	No	30	52.6	29	69,0
		Si	17	29.8	13	31,0
		No lo sé	10	17.5	-	-

Tabla N° 48: Creencia sobre la enfermedad

De los familiares que fallecieron con Alzheimer, el 17.5% (10) participantes manifestaron haber tenido familiares sean padres o hermanos que fallecieron teniendo el Alzheimer frente a 80.7% (46) que no tuvieron esa relación. En el Perú, solo el 11,9% (5) manifestaron haber tenido familiares que fallecieron con Alzheimer frente a 88.1% (37) que no hubo esa relación.

De los pacientes con Alzheimer, en España, el 87.7% (50) mencionan no tener familiares con esta enfermedad, el 10.5% (6) informan que si lo tienen y el 1.8% (1) no sabe o no conoce si algún familiar padece de esta enfermedad. En Perú, 26 (61.9%) dijeron no tener familiares con Alzheimer y 16 (38.1%) mencionan que si lo tienen.

Al preguntarle si cree que sus hijos en un futuro tendrán la enfermedad de Alzheimer, en España, el 52.6% (30) mencionan que no lo creen, el 29.8% (17) creen que sus hijos en un futuro tendrán la enfermedad y un 17.5% (10) no lo saben. En Perú, el 69.0% (29) no cree que sus hijos tendrán la enfermedad frente a un 31.0% (13) que si lo creen.

Sobre las causas probables de su falta de memoria, en España, el 19.3% (11) cree que es debido a su mala suerte, el 10.5% (6) cree que se deba a que ha cuidado poco su salud, el 7.0% (4) que la posible causa es la edad, el 5.3% (3) cree que es debido a una inadecuada alimentación y en la misma proporción creen que es por castigo divino, un 7% (4) lo atribuye a la edad, un 3.5% (2) por depresión hipocondríaca y por los nervios. Además, un 15.8% (9) cree que se deba a dos o más causas, un 28.1% (16) no lo sabe y solo uno respondió que podría ser a una carga hereditaria, esta respuesta se repite con un participante en el Perú cuya mayoría manifiesta que la causa es, el no haber cuidado su salud, 47.6% (20), seguido de atribuirlo a la mala suerte, 33.3% (14), haber llevado una mala vida, 9.5% (4), nervios 4.8% (2), y una inadecuada alimentación, 2.4% (1).

CAUSAS DE ALZHEIMER	España n=57		Perú n=42	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No lo sé	16	28.1	1	2.4
mala suerte	11	19.3	14	33.3
Un castigo divino	3	5.3	-	-
Mala vida	-	-	4	9.5
mala suerte, castigo divino	1	1.8	-	-
Ha cuidado poco su salud	6	10.5	20	47.6
Edad	4	7.0	-	-
Inadecuada alimentación	3	5.3	1	2.4
Nervios	2	3.5	-	-
depresión/hipocondríaca	2	3.5	-	-
Mala suerte, inadecuada alimentación, mala vida	2	3.5	-	-
Carga hereditaria	1	1.8	2	4.8
Mala suerte, inadecuada alimentación, castigo divino	1	1.8	-	-
Mala suerte, mala vida	1	1.8	-	-
Inadecuada alimentación, mala vida	1	1.8	-	-
Inadecuada alimentación, edad	1	1.8	-	-
Mala vida, castigo divino	1	1.8	-	-
Depresión/hipocondríaca, edad	1	1.8	-	-

Tabla N° 49: Tabla resumen sobre causas del Alzheimer (más de una respuesta):

Como vemos, en España, la mayoría de pacientes (28.1%), desconocen las causas por las que tienen la enfermedad y un grupo importante (19.3%), lo atribuye a la mala suerte. En Perú, la mayoría de los pacientes menciona, que la causa es, el haber cuidado poco su salud.

Reiteramos que el estudio fue por conveniencia. En España, vemos que los lugares cercanos de la Provincia de Burgos fueron los elegidos, así como las provincias de Madrid, Valladolid, Segovia y Soria y en Perú los pacientes fueron de las diferentes regiones del Perú.

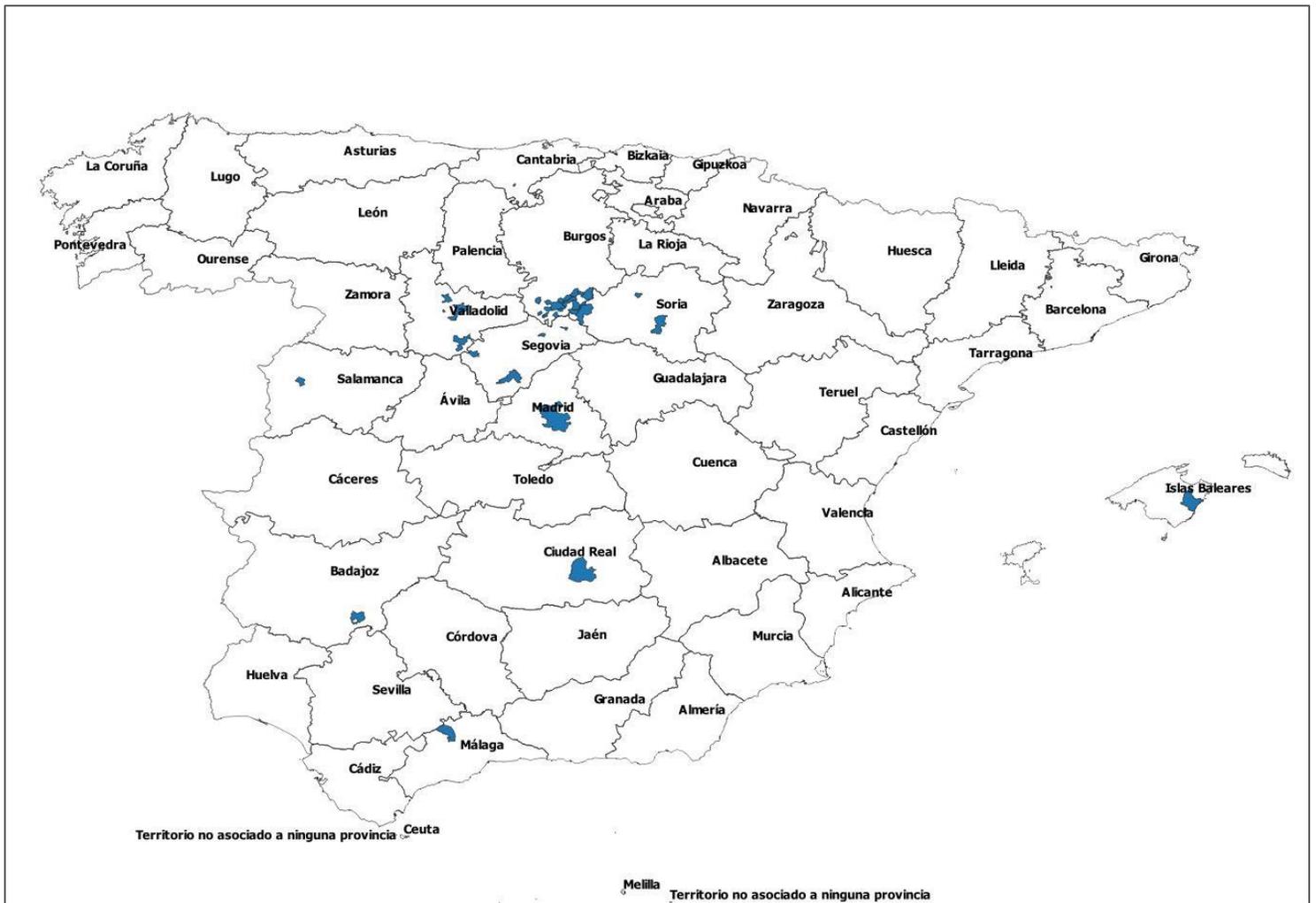


Figura N° 32: Distribución geográfica de los pacientes entrevistados en España

En el Perú, los participantes procedieron de las provincias de los Departamentos de Arequipa, Lambayeque, Ancash, Cuzco, Cajamarca, Piura, Lima, Huánuco, Arequipa y Trujillo.

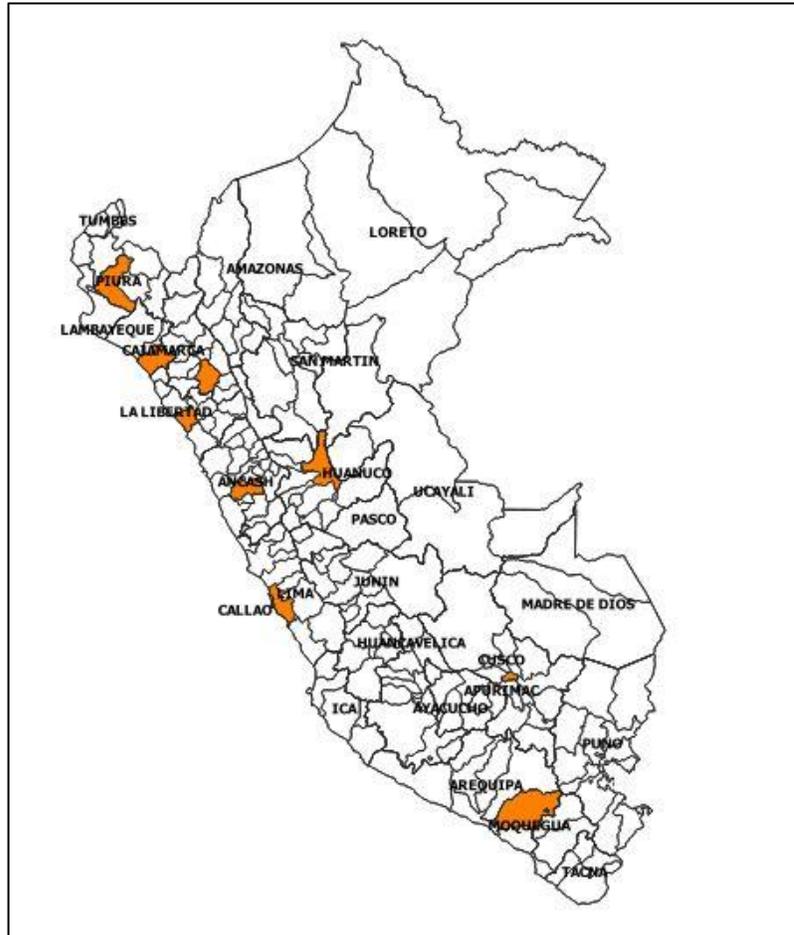


Figura N° 33: Distribución geográfica de los pacientes entrevistados en Perú

ANÁLISIS BIVARIADO

PAÍS DE PROCEDENCIA DEL PACIENTE

Entre los resultados de la asociación entre la variable país, no se observa asociación significativa con las variables: intento de suicidio (chi cuadrado=3,781; g.l =1; p=0,068), intento de suicidio de un familiar (chi cuadrado=1,289; g.l =1; p=0,525), cómo fue su vida (chi cuadrado=0,186; g.l =1; p=0,755), religión (chi cuadrado=0,744; g.l =1; p<1,000), carácter (chi cuadrado=3,115; g.l =1; p=0,127), tuvo un familiar que fallece por Alzheimer (chi cuadrado=1,402; g.l =1; p=0,496).

<i>Variable</i>	<i>Chi cuadrado</i>	<i>g.l</i>	<i>p-valor</i>
<i>Intento de suicidio</i>	3,781	1	0,068
<i>Intento de suicidio de un familiar</i>	1,289	1	0,525
<i>Cómo fue su vida</i>	0,186	1	0,755
<i>Religión</i>	0,744	1	<1,000
<i>Carácter</i>	3,115	1	0,127
<i>Tener un familiar que fallece por Alzheimer</i>	1,402	1	0,496
<i>Grado académico</i>	63,814	4	<0,000
<i>Comorbilidad</i>	11,691	1	0,0001
<i>Problemas para dormir</i>	22,987	1	<0,000
<i>Tiene algún familiar con Alzheimer</i>	11,107	1	0,004
<i>Tener en un futuro hijos con Alzheimer</i>	8,472	1	0,014

Tabla N° 50: Análisis bivariado: país de procedencia

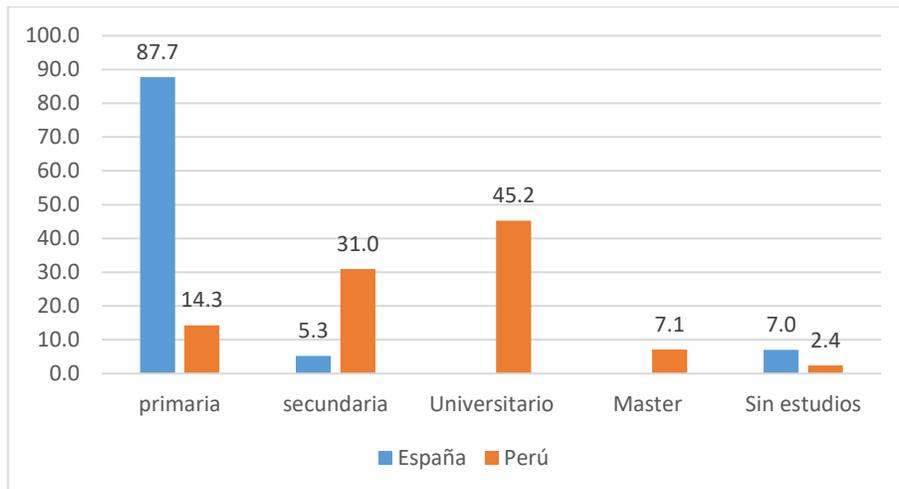


Figura N° 34: Asociación entre el país y el grado académico

En cuanto a la asociación con la variable edad, vemos que existe diferencias significativas entre la edad de los pacientes con Alzheimer en España y la edad de los pacientes con Alzheimer en Perú ($p < 0.000$).

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
EDAD	Se han asumido varianzas iguales	4,733	,032	3,727	97	,000	5,665	1,520	2,649	8,682
	No se han asumido varianzas iguales			3,547	70,457	,001	5,665	1,597	2,481	8,850

Tabla N° 51: Prueba de muestras independientes

Se observa una asociación significativa con la variable ayuda social ($\chi^2=4,346$; $g.l=1$; $p=0,041$), presentando un mayor número de pacientes en España que han brindado apoyo social, a diferencia del mayor porcentaje de pacientes en Perú que no han brindado apoyo social.

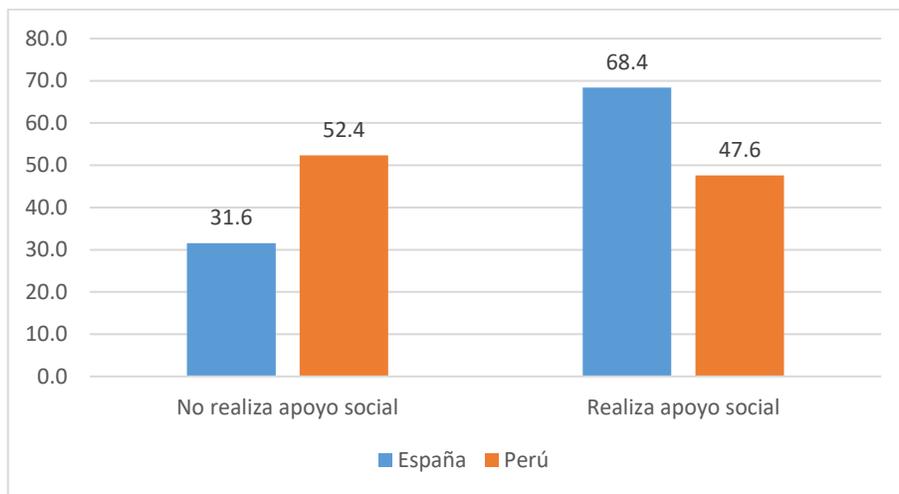


Figura N° 35: Asociación entre el país y la ayuda social

También se observa asociación significativa con la variable comorbilidad ($\chi^2=11,691$; $g.l=1$; $p=0,0001$), presentando un mayor número de pacientes en Perú que presenta alguna comorbilidad, a diferencia del mayor porcentaje de pacientes en España que no lo presenta.

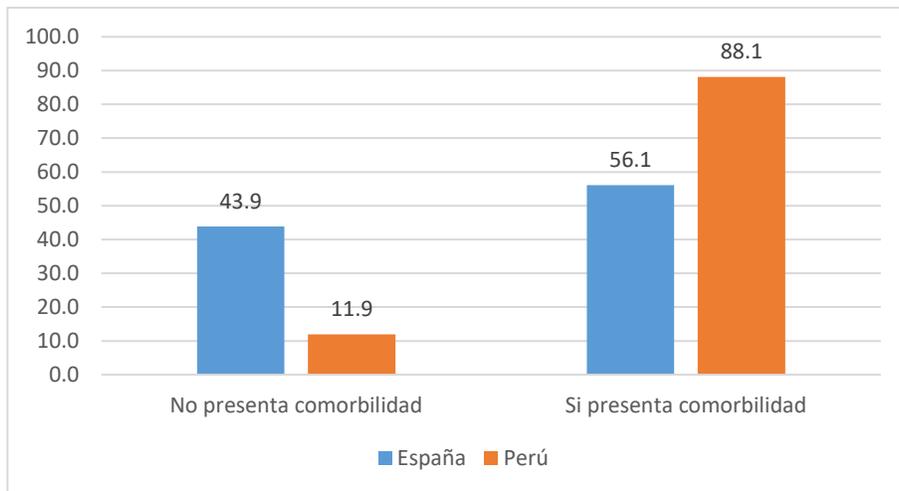


Figura N°36: Asociación entre el país y presencia de comorbilidad

Se observa asociación significativa con la variable presencia de problemas para dormir (chi cuadrado=22,987; g.l =1; $p < 0,000$), presentando un mayor número de pacientes en Perú que presenta problemas para dormir, a diferencia del mayor porcentaje de pacientes en España que no lo presenta

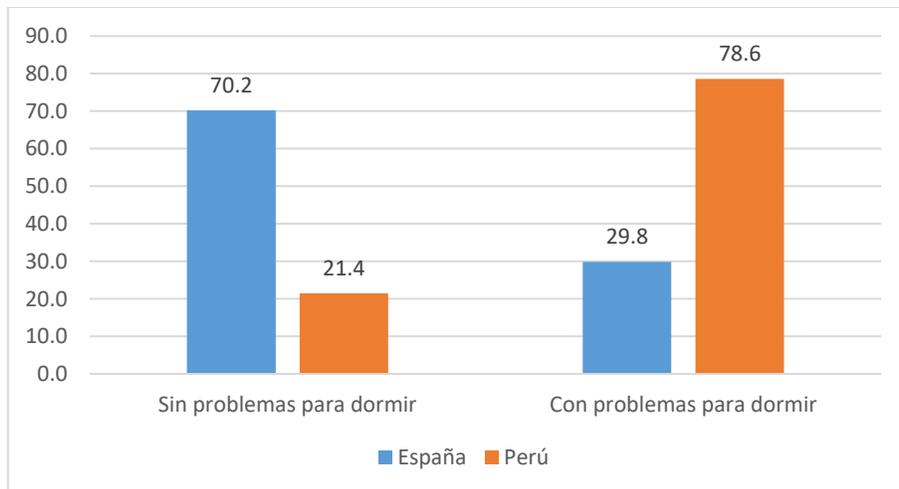


Figura N°37: Asociación entre el país y problemas para dormir

Se observa también, asociación significativa con la variable tiene algún familiar con Alzheimer (chi cuadrado=11,107; g.l =1; $p = 0,004$), presentando un mayor número de pacientes en Perú que tiene familiares con Alzheimer, a diferencia del mayor porcentaje de pacientes en España.

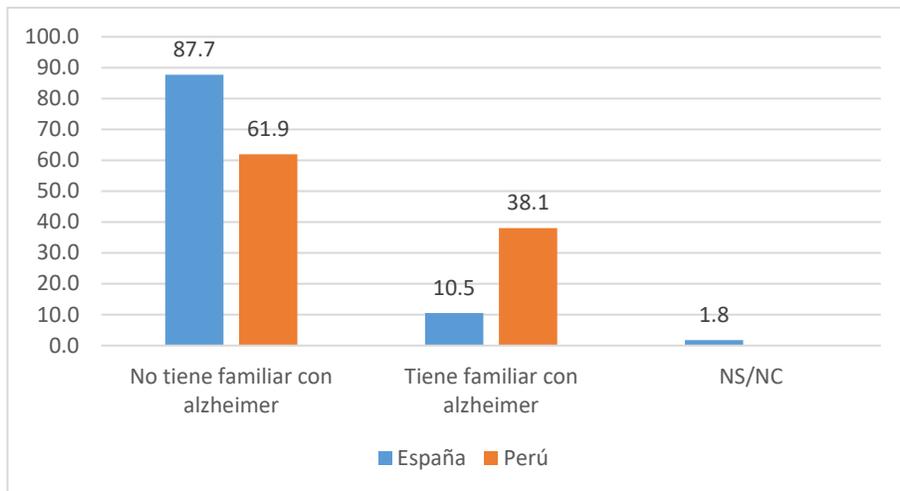


Figura N°38: Asociación entre tener familiares con Alzheimer en ambos países

Se observa también, asociación significativa con la variable creencia de tener en un futuro hijos con Alzheimer (chi cuadrado=8,472; g.l =1; p=0,014), presentando un mayor número de pacientes en Perú que no cree que tendrá hijos con Alzheimer.

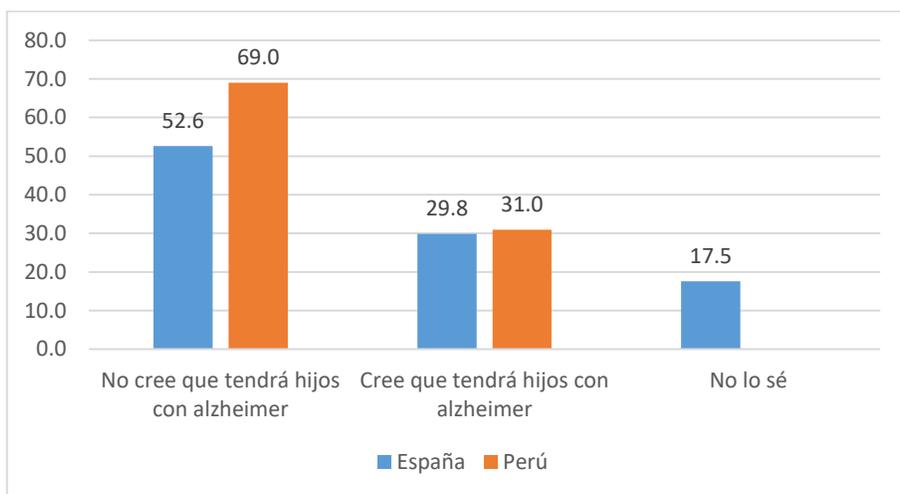


Figura N°39: Asociación entre la creencia de tener hijos con Alzheimer en ambos países.

GÉNERO

Al analizar los resultados del posible impacto del género, vemos que no hay asociaciones significativas con las demás variables de estudio, tales como: país (chi cuadrado=0,575; g.l =1; p=0,448), religión (chi cuadrado=2,438; g.l =1; p=0,293), cómo fue su vida (chi cuadrado=2,438; g.l =1; p=0,167), ayuda social (chi cuadrado=1,055; g.l =1; p=0,304), carácter (chi cuadrado=0,006; g.l =1; p<1,000), presencia de comorbilidad (chi cuadrado=0,738; g.l =1; p=0,475), problemas para dormir (chi cuadrado=0,024; g.l =1; p=0,876), intento de suicidio de él (chi cuadrado=1,802; g.l =1; p=0,228), o de un familiar (chi cuadrado=2,464; g.l =1; p=0,292), creencia de hijos con Alzheimer (chi cuadrado=4,754; g.l =1; p=0,093), familiar fallece por Alzheimer (chi cuadrado=5,238; g.l =2; p=0,073), familiar que presenta Alzheimer (chi cuadrado=2,173; g.l =2; p=0,337).

<i>Variable</i>	<i>Chi cuadrado</i>	<i>g.l</i>	<i>p-valor</i>
<i>País de procedencia</i>	0,575	1	0,448
<i>Cómo fue su vida</i>	2,438	1	0,167
<i>Ayuda social</i>	1,055	1	0,304
<i>Religión</i>	2,438	1	0,293
<i>Carácter</i>	0,006	1	<1,000
<i>Comorbilidad</i>	0,738	1	0,475
<i>Problemas para dormir</i>	0,024	1	0,876
<i>Intento de suicidio</i>	1,802	1	0,228
<i>Intento de suicidio de un familiar</i>	2,464	1	0,292
<i>Creencia de tener en un futuro hijos con Alzheimer</i>	4,754	1	0,093
<i>Tener un familiar que fallece por Alzheimer</i>	5,238	1	0,073
<i>Tener algún familiar con Alzheimer</i>	2,173	1	0,337
<i>Grado académico</i>	14,905	1	0,005

Tabla. N° 52: Asociación impacto de género.

Se observa también, asociación significativa con la variable Grado académico (chi cuadrado=14,905; g.l =4; p=0,005), presentando un mayor número de pacientes hombres con grado académico universitario en Perú que tiene familiares con Alzheimer, a diferencia del mayor porcentaje de pacientes mujeres con grado académico primario.

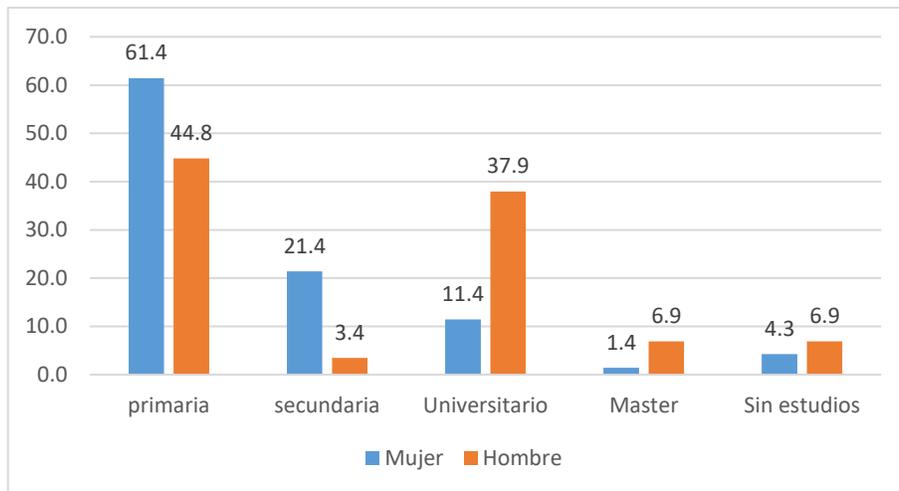


Figura N°40: Asociación entre género y grado académico

En cuanto a la asociación con la variable edad, vemos que existe diferencias significativas entre la edad de los pacientes con Alzheimer en hombres y la edad de los pacientes con Alzheimer en mujeres ($p=0.039$).

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
EDAD									
Se han asumido varianzas iguales	1,896	,172	2,090	97	,039	3,609	1,727	,182	7,036
No se han asumido varianzas iguales			1,909	43,702	,063	3,609	1,890	-,201	7,419

Tabla N° 53: Prueba de muestras independientes

GRADO ACADÉMICO

Para la variable grado académico, vemos que no hay asociaciones significativas con las demás variables de estudio: religión ($\chi^2=0,776$; $g.l =4$; $p=0,942$), cómo fue su vida ($\chi^2=4,928$; $g.l =4$; $p=0,295$), ayuda social ($\chi^2=9,457$; $g.l =4$; $p=0,051$), carácter ($\chi^2=6,700$; $g.l =4$; $p=0,153$), adicción en el paciente ($\chi^2=12,098$; $g.l =16$; $p=0,737$), adicción en algún miembro de la familia ($\chi^2=18,507$; $g.l =12$;

p=0,101), presencia de comorbilidad (chi cuadrado=5,008; g.l =4; p=0,286), familiar fallece por Alzheimer (chi cuadrado=2,686; g.l =8; p=0,952), familiar que presenta Alzheimer (chi cuadrado=14,737; g.l =8; p=0,064), intento de suicidio de él (chi cuadrado=6,961; g.l =4; p=0,138), o de un familiar (chi cuadrado=2,139; g.l =9; p=0,976), creencia de hijos con Alzheimer (chi cuadrado=9,216; g.l =8; p=0,324).

<i>Variable</i>	<i>Chi cuadrado</i>	<i>g.l</i>	<i>p-valor</i>
<i>Religión</i>	0,776	4	0,942
<i>Cómo fue su vida</i>	4,928	4	0,295
<i>Ayuda social</i>	9,457	4	0,051
<i>Carácter</i>	6,700	4	0,153
<i>Adicción en el paciente</i>	12,098	16	0,737
<i>Adicción en algún miembro de la familia</i>	18,507	12	0,101
<i>Comorbilidad</i>	5,008	4	0,286
<i>Tener un familiar que fallece por Alzheimer</i>	2,686	8	0,952
<i>Tener algún familiar con Alzheimer</i>	14,737	8	0,064
<i>Intento de suicidio</i>	6,961	4	0,138
<i>Intento de suicidio de un familiar</i>	2,139	9	0,976
<i>Creencia de tener en un futuro hijos con Alzheimer</i>	9,216	8	0,324
<i>Problemas para dormir</i>	17,189	4	0,002

Tabla N° 54: Variable Asociación “grado académico”

Se presenta asociación significativa con la variable, problemas para dormir (chi cuadrado=17,189; g.l =4; p=0,002), presentando un mayor número de pacientes con problemas para dormir en los que alcanzan un grado académico secundario y universitario, a diferencia del mayor porcentaje de pacientes sin problemas para dormir en los que alcanzan grado académico primario o sin estudios.

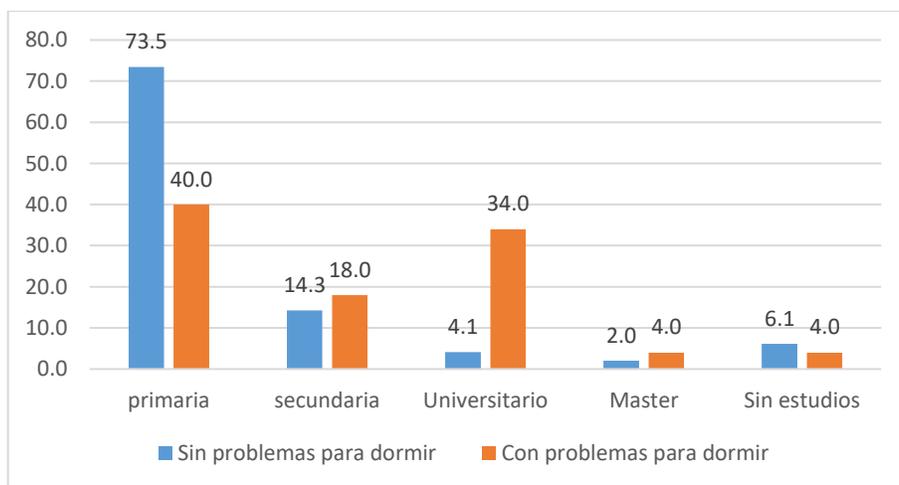


Figura N°41: Asociación entre grado académico y problemas para dormir

Para conocer si existe diferencias de la variable edad con cada una de las categorías del grado académico, realizamos la prueba de ANOVA, para lo cual se cumple la igualdad de varianzas ($p=0,674$)

EDAD

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
0,585	4	94	0,674

Tabla N°55: Prueba de homogeneidad de varianzas

Se concluye que la edad de al menos una las categorías del grado académico son diferentes ($p<0,000$).

EDAD

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1309,635	4	327,409	6,298	,000
Intra-grupos	4886,365	94	51,983		
Total	6196,000	98			

Tabla N° 56: ANOVA de la edad del grado académico

De acuerdo a la siguiente tabla, observamos que hay diferencias significativas entre la edad del grado académico máster con la edad de las demás categorías del grado académico ($p<0,05$).

EDAD

HSD de Tukey

(I) GRADO	(J) GRADO	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Primaria	Secundaria	3,759	2,044	,358	-1,93	9,44
	Universitario	4,578	1,914	,127	-,75	9,90
	Master	18,613*	4,273	,000	6,73	30,50
	Sin estudios	-2,054	3,365	,973	-11,41	7,31
Secundaria	primaria	-3,759	2,044	,358	-9,44	1,93
	Universitario	,819	2,446	,997	-5,99	7,62
	Master	14,854*	4,536	,013	2,24	27,47
	Sin estudios	-5,813	3,694	,518	-16,09	4,46
Universitario	primaria	-4,578	1,914	,127	-9,90	,75
	secundaria	-,819	2,446	,997	-7,62	5,99
	Master	14,035*	4,479	,019	1,58	26,49
	Sin estudios	-6,632	3,624	,363	-16,71	3,45
Master	primaria	-18,613*	4,273	,000	-30,50	-6,73
	secundaria	-14,854*	4,536	,013	-27,47	-2,24
	Universitario	-14,035*	4,479	,019	-26,49	-1,58
	Sin estudios	-20,667*	5,265	,002	-35,31	-6,02
Sin estudios	primaria	2,054	3,365	,973	-7,31	11,41
	secundaria	5,813	3,694	,518	-4,46	16,09
	Universitario	6,632	3,624	,363	-3,45	16,71
	Master	20,667*	5,265	,002	6,02	35,31

Tabla N°57: Comparaciones múltiples

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05

ADICCIONES

Para la variable adicciones, vemos que no hay asociaciones significativas con las demás variables de estudio: religión (chi cuadrado=8,991; g.l =4; p=0,061), cómo fue su vida (chi cuadrado=2,320; g.l =4; p=0,677), ayuda social (chi cuadrado=1,349; g.l =4; p=0,853), carácter (chi cuadrado=3,102; g.l =4; p=0,541), presencia de comorbilidad (chi cuadrado=1,745; g.l =4; p=0,783), problemas para dormir (chi cuadrado=2,444; g.l =4; p=0,655), familiar fallece por Alzheimer (chi cuadrado=3,253; g.l =8; p=0,917), familiar que presenta Alzheimer (chi cuadrado=2,198; g.l =8; p=0,974), intento de suicidio de él (chi cuadrado=1,558; g.l =4; p=0,816), o de un familiar (chi cuadrado=1,779; g.l =8; p=0,987), creencia de hijos con Alzheimer (chi cuadrado=5,883; g.l =8; p=0,660).

<i>Variable</i>	<i>Chi cuadrado</i>	<i>g.l</i>	<i>p-valor</i>
<i>Religión</i>	8,991	4	0,061
<i>Cómo fue su vida</i>	2,320	4	0,677
<i>Ayuda social</i>	1,349	4	0,853
<i>Carácter</i>	3,102	4	0,541
<i>Comorbilidad</i>	1,745	4	0,783
<i>Problemas para dormir</i>	2,444	4	0,655
<i>Tener un familiar que fallece por Alzheimer</i>	3,253	8	0,917
<i>Tiene algún familiar con Alzheimer</i>	2,198	8	0,974
<i>Intento de suicidio</i>	1,558	4	0,816
<i>Intento de suicidio de un familiar</i>	1,779	8	0,987
<i>Creencia de tener en un futuro hijos con Alzheimer</i>	5,883	8	0,660
<i>Género</i>	27,525	4	<0,000

Tabla N° 58: Variable, adicciones

Se observa asociación significativa con la variable género (chi cuadrado=27,525; g. l=4; p<0,000), presentando un mayor número de pacientes hombres con adicciones de tabaco, alcohol o ambos, a diferencia del mayor porcentaje de pacientes mujeres que no presentan adicciones.

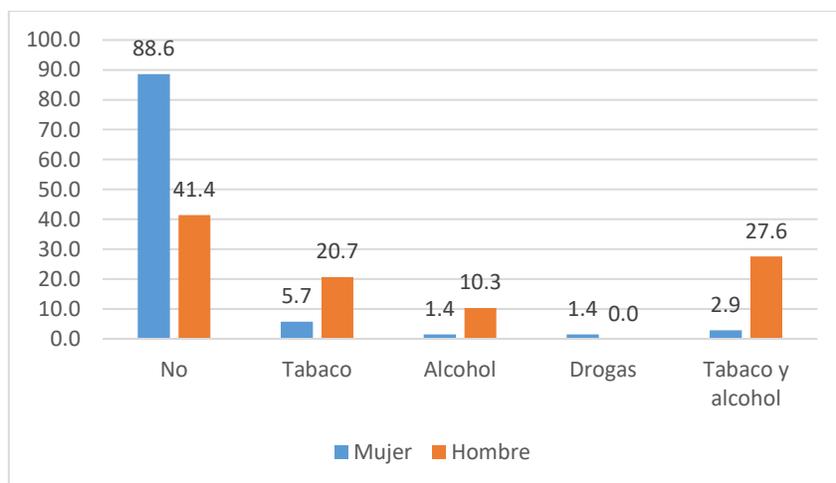


Figura N°42: Asociación entre género y adicciones







Figura N°44: Frecuencia de palabras más usadas. España

5.4.2 ANÁLISIS DE NODOS. PERÚ

<p>sola</p>	<p>olvido cosas</p>	<p>soledad</p>
<p>genetico</p>	<p>soledad</p>	<p>familia</p>
<p>pintar sientos porque</p>	<p>misas muerte preocupado</p>	<p>preocupado</p>
<p>familia constructora terapias</p>	<p>familia olvidar</p>	<p>muerte ayudarme comprenderme intentan</p>
<p>miedo tengo</p>	<p>trabajo tranquila</p>	<p>acompañada</p>



Figura N°44: Frecuencia de palabras más usadas. Perú

ANÁLISIS COMPARATIVO

En las tablas, que a continuación se detalla de España y Perú con las 4 a 6 letras más usadas por los participantes: en España priorizan las palabras, años, miedo, hijos, madre, esposo, mientras que el Perú se prioriza a la muerte, miedo, familia, preocupación, casa entre otros.



Figura N° 45: Diferencia de frecuencia de palabras empleadas por participantes españoles y peruanos.

Palabra	Longitud	Corteo	Porcentaje ponderado (%)	Palabras similares
miedo	5	83	0.64	miedo
tengo	5	81	0.63	tengo
contesta	8	67	0.52	contesta
tenia	5	63	0.49	tenia
madre	5	62	0.48	madre, madres
estare	6	57	0.44	estar, estare
padre	5	55	0.43	padre, padres
todos	5	54	0.42	todos
hermanos	8	52	0.40	hermano, hermanos
mejor	5	48	0.37	mejor, mejore
decia	5	37	0.29	decia, decias
hijos	5	37	0.29	hijos
residencia	10	37	0.29	residencia
esposo	6	35	0.27	esposo
veces	5	34	0.26	veces
olvido	6	33	0.26	olvido
familia	7	31	0.24	familia
problemas	9	29	0.23	problema, problemas
gente	5	28	0.22	gente
igual	5	27	0.21	igual
personas	8	26	0.20	persona, personas
viene	5	26	0.20	viene
acuerdo	7	25	0.19	acuerdo
mayores	7	25	0.19	mayor, mayores
esposa	6	24	0.19	esposa
pienso	6	24	0.19	pienso
cuenta	6	23	0.18	cuenta, cuentas
gusta	5	23	0.18	gusta
hermana	7	23	0.18	hermana, hermanas
quieres	7	23	0.18	quiere, quieres
murio	5	22	0.17	murio
vivia	5	22	0.17	vivia
marido	6	21	0.16	marido
verme	5	21	0.16	verme
mujer	5	21	0.16	mujer, mujeres
hacer	5	20	0.16	hacer
amigos	6	19	0.15	amigo, amigos
enfermedad	10	19	0.15	enfermedad, enfermedad
siento	6	19	0.15	siento
llevo	5	18	0.14	llevo
puede	5	18	0.14	puede, puedes
tiempo	6	17	0.13	tiempo, tiempos
medico	6	17	0.13	medico
normal	6	17	0.13	normal
dicen	5	16	0.12	dicen
pueblo	6	16	0.12	pueblo, pueblos
queria	6	16	0.12	queria
trabajar	8	16	0.12	trabajar
vamos	5	16	0.12	vamos
alzheimer	9	15	0.12	alzheimer

Tabla N° 59: Palabras más frecuentes por porcentaje ponderado. España

Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
muerte	6	37	2.17
familia	7	26	1.52
miedo	5	24	1.41
preocupados	11	22	1.29
tranquila	9	19	1.11
casa	4	18	1.06
olvidare	8	17	1
cosas	5	14	0.82
contesta	8	14	0.82
triste	6	12	0.7
activa	6	11	0.65
estoy	5	11	0.65
siento	6	11	0.65
soledad	7	11	0.65
tengo	5	11	0.65
trabajo	7	11	0.65
edad	4	10	0.59
sola	4	10	0.59
preocupacion	12	9	0.53
sedentaria	10	9	0.53
aburrida	8	7	0.41
creo	4	7	0.41
cuidan	6	7	0.41
estar	5	7	0.41
estrés	6	7	0.41
hacer	5	7	0.41
pena	4	7	0.41
puedo	5	7	0.41
seguiran	8	7	0.41
solo	4	7	0.41
tranquilos	10	7	0.41
avanzada	8	6	0.35
bien	4	6	0.35
difícil	7	6	0.35
enfermedad	10	6	0.35
mala	4	6	0.35
salir	5	6	0.35
tiempo	6	6	0.35
tuve	4	6	0.35
ayudaron	8	5	0.29
preocupación	12	5	0.29
terapias	8	5	0.29
ayudan	6	4	0.23
ayudaran	8	4	0.23
ayudarme	8	4	0.23
creer	5	4	0.23
entiendo	8	4	0.23
espero	6	4	0.23
hijos	5	4	0.23
morir	5	4	0.23

Tabla N°60: Palabras más frecuentes por porcentaje ponderado. Perú

Los resultados confirman las palabras más frecuentes por porcentaje ponderado: miedo (0.64% en caso de España) y muerte 37 (2.17% en caso de Perú)

5.4.3 FRECUENCIA DE LOS CÓDIGOS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL OBTENIDOS. ESPAÑA

Se presenta en la siguiente tabla la frecuencia de los códigos de primer y segundo nivel que se han obtenido, tras codificar las respuestas de los entrevistados. Se puede apreciar cómo en el código de **causa de la aparición del Alzheimer**, la referencia con mayor frecuencia fue: **Desconocimiento (incertidumbre)** siendo el término “no lo sé” el más identificado, así como la **edad (envejecimiento)** siendo el término “por la edad que tengo” el más identificado, de igual forma las **respuestas incoherentes** donde los entrevistados expresan respuestas fuera de lo real o que no tenga nada que ver con la pregunta formulada. Las respuestas con menor frecuencia: **hipocondríaco, falta de interés, problemas en la columna** entre otras.

En el código **¿Considera que ahora hay una discriminación en su vida?** La referencia “**No reconoce**” alude a que el paciente no distingue o no reconoce al entrevistador ni familiar acompañante de igual forma la referencia, “**otra respuesta**”, se refiere a que el entrevistado argumenta cosas fuera de lugar o que no tenga relación alguna a la pregunta planteada

Nombre	referencia	Totales parciales
¿Cuál cree que fue la causa de la aparición de su enfermedad?		59
Caída	2	
Consumo de bebida	1	
Depresión	3	
Desconocimiento	15	
Edad	10	
Falta de interés	1	
Hipocondriaco	1	
Muerte de un familiar	2	
No es consciente de la enfermedad	2	
No respondió la entrevista a profundidad	3	
Problemas en la columna	1	
Problemas en la vista y oído	1	
Problemas en la cabeza	1	
Problemas en los nervios	1	
Problemas financieros	2	
Problemas hepáticos	1	
Respuestas incoherentes	12	

¿Actualmente cuál cree que es la causa de la aparición de su enfermedad?		54
Accidente familiar	1	
Conflicto con personas	1	
Desconocimiento	19	
Edad	7	
Familiar enfermo	1	
Herencia	2	
Muerte de un familiar	1	
No es consciente de la enfermedad	5	
Problemas en la columna	1	
Problemas en los esfínteres	1	
Respuestas incoherentes	14	
Trastornos de ansiedad	1	
¿Qué consecuencias cree que tendrá la enfermedad en su vida?		54
Aumento de la enfermedad	16	
Desconocimiento	14	
Mejoramiento de la enfermedad	9	
Ninguna consecuencia	8	
Obtención de otras enfermedades	1	
Otra respuesta	6	

Tabla N°61: Códigos de primer y segundo nivel obtenidos. Aparición de la enfermedad

Nombre	Referencia	Totales parciales
¿Considera que hubo una discriminación de la sociedad en su vida?		53
Desconocimiento	1	
No hubo discriminación	44	
Otra respuesta	2	
Si hubo discriminación	6	
¿Considera que ahora hay una discriminación en su vida?		54
Desconocimiento	4	
No hay discriminación	39	
No reconoce	1	
Otra respuesta	8	
Si hay discriminación	2	
¿Considera que en el futuro será discriminado por su enfermedad?		52
Desconocimiento	7	
Ningún cambio	2	
No contesta	1	
No existirá discriminación	27	
Otra respuesta	12	
Si existirá discriminación	3	

Tabla N°62: Códigos de primer y segundo nivel obtenidos. Discriminación

En el código **¿Considera que ahora hay una discriminación en su vida?** Las respuestas más continuas son: “**No reconoce**”, “**otra respuesta**”, “**desconocimiento**” y más se da en el futuro

Nombre	referencia	Totales parciales
¿Qué miedos enfrentó en su pasado?		56
Desconocimiento	3	
Miedo a animales	4	
Miedo a enfermarse	1	
Miedo a la muerte	2	
Miedo a la oscuridad	2	
Miedo a la soledad	3	
Miedo a levantarse	1	
Miedo a los viajes	1	
Miedo a los objetos	1	
Miedo al pensamiento negativo	1	
Miedo de todo y a todos	6	
Miedo por la salud de un familiar	1	
No respondió la entrevista a profundidad	3	
Sin miedos	27	
¿Qué miedos enfrenta hoy?		50
Desconocimiento	5	
Miedo a enfermarse	1	
Miedo a la lluvia	1	
Miedo a la muerte	2	
Miedo a la oscuridad	1	
Miedo a los objetos	1	
Miedo al castigo	1	
Miedo a la soledad	1	
Miedo de todo y a todos	2	
Miedo de un familiar	1	
Otra respuesta	3	
Sin miedos	31	
¿Qué miedos enfrentará en el futuro?		52
Desconocimiento	18	
Miedo a la muerte	3	
Miedo a la toma de muestra sanguínea	2	
Miedo al frío	1	
Miedo de todo y a todos	1	
Otra respuesta	5	
Sin miedos	21	
Temor a la silla de ruedas	1	

Tabla N° 63: Códigos de primer y segundo nivel obtenidos. Miedos

En la pregunta sobre “**miedos en su vida**”, la mayoría manifestó no haber tenido miedos en el pasado presente ni en el futuro con 27, 31 y 21 respuestas respectivamente, el “desconocimiento” es otra de las respuestas con mayor frecuencia.

Nombre	referencia	Totales parciales
¿Cómo reaccionó su familia una vez que tuvieron conocimiento de su Enfermedad? 51		
Apoyo familiar	20	
Desamparo	5	
Desconocimiento	4	
Incredulidad	3	
Otra respuesta	13	
Preocupación	4	
Temor	2	
¿Cómo reacciona ahora su familia con su enfermedad?		50
Apoyo familiar	35	
Desamparo	4	
Desconocimiento	2	
Otra respuesta	8	
Preocupación	1	
¿Cómo cree que reaccionará su familia en un futuro por su enfermedad?		48
Apoyo familiar	23	
De igual manera	1	
Desamparo	5	
Desconocimiento	8	
Ninguna reacción	2	
Otra respuesta	9	

Tabla N° 64: Códigos de primer y segundo nivel obtenidos. Reacción familiar

Nombre	referencia	Totales parciales
¿Cómo era su vida antes de la enfermedad?		61
Desconocimiento	2	
Otra respuesta	3	
Vida activa	2	
Vida amargada	1	
Vida familiar	9	
Vida feliz	16	
Vida de trabajo	8	
Vida normal	10	
Vida sencilla	1	
Vida solitaria	4	
Vida triste	5	
¿Cómo es su vida hoy?		52
Desconocimiento	3	
Otra respuesta	17	
Vida de mal en peor	5	
Vida igual que siempre	1	
Vida mejor	12	
Vida normal	2	
Vida rara	1	
Vida tranquila	11	
¿Cómo es su vida después del diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer?		50
Desconocimiento	13	
En el mismo lugar de siempre	6	
Otra respuesta	17	
Vida buena	2	
Vida de mal en peor	5	
Vida normal	1	
Vida sin miedos	2	
Vida tranquila	4	

Tabla N° 65 Códigos de primer y segundo nivel obtenidos. Su vida

Nombre	referencia	Totales parciales
¿Cuál fue su reacción al conocer su enfermedad?		51
Desconocimiento	5	
Miedo	1	
Buena	4	
Mala	7	
Ninguna	16	
Otra respuesta	16	
Preocupación	1	
Tranquilidad	1	
¿Cuál es su reacción ahora al conocer su enfermedad?		49
Bienestar	2	
Desconocimiento	5	
Malestar	7	
Ninguna	9	
Otras respuestas	21	
Tranquilidad	5	
¿Cómo cree que será su reacción más adelante con su enfermedad?		48
Desconocimiento	20	
Ninguna	5	
Otra respuesta	17	
Temor	6	

Tabla N° 66: Códigos de primer y segundo nivel obtenidos. Reacción a la enfermedad

5.4.4 FRECUENCIA DE LOS CÓDIGOS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL OBTENIDOS. PERÚ

Se presenta la frecuencia de los códigos de primer y segundo nivel que se han obtenido, tras codificar las respuestas de los entrevistados. Se puede apreciar, cómo en el código de **causa de la aparición del Alzheimer**, la referencia con mayor frecuencia fue: desconocimiento junto con causas genéticas y el trabajo, siendo la de menor frecuencia: Traumatismos encéfalo craneano, accidente, alimentación entre otras. Respecto a las **Consecuencias que traerá la enfermedad** las referencias con mayor frecuencia olvido, escribiéndose con menor frecuencia: locura y ninguna consecuencia.

Nombre	referencia	Totales parciales
¿Cuál cree que fue la causa de la aparición de su enfermedad?		47
Accidente	1	
Alimentación	1	
Cantidad de hijos	1	
Desconocimiento	8	
Edad	4	
Estilo de vida	2	
Estrés	3	
Genético	6	
Hipertensión	1	
Mala alimentación	1	
Mala noche	2	
Mala suerte	1	
No asistió al médico	1	
Otra respuesta	1	
Por el trabajo	6	
Por la rutina	1	
Preocupación	3	
Siempre estuvo así	1	
Traumatismo encéfalo craneano	1	
*No participó en la entrevista a profundidad	3	
¿Actualmente cuál cree que es la causa de la aparición de su enfermedad?		40
Caída	2	
Consumo de fármacos	1	
Consumo de Tabaco	1	
Desconocimiento	5	
Edad	7	
Estrés	3	
Hipertensión	1	
Genético	3	
Jubilación	1	

Mala suerte	2
Mucho tiempo libre	1
Otra respuesta	5
Preocupación	2
Rutina	1
Soledad	2
Trabajo	1
Tristeza	1
Traumatismo encéfalo craneano	1
¿Qué consecuencias cree que tendrá la enfermedad en su vida	41
Alteración de la vida	3
Alteración socio- familiar	1
Desconocimiento	4
Dolores internos	1
Esperanza de mejorar	1
Falta de una buena alimentación	1
Locura	1
Olvido	18
Otra respuesta	3
Pérdida de la orientación de su entorno y persona	1
Poco cuidado de la salud	1
Sin consecuencia	1
Soledad	1
Vida limitada	2
Vida tranquila	1
Vida triste	1

Tabla N° 67: Códigos de primer y segundo nivel obtenidos. Aparición de la enfermedad.

Nombre	referencia	Totales parciales
¿Considera que hubo una discriminación de la sociedad en su vida?		38
Ninguna discriminación	36	
Definitivamente si	2	
¿Considera que ahora hay una discriminación en su vida?		38
Definitivamente si	2	
Ninguna discriminación	36	
¿Considera que en el futuro será discriminado por su enfermedad?		38
Definitivamente si	1	
Ninguna discriminación	36	
Desconocimiento	1	

Tabla N° 68: Códigos de primer y segundo nivel obtenidos. Discriminación

Nombre	referencia	Totales parciales
¿Qué miedos enfrentó en su pasado?		37
Miedo a la muerte	10	
Miedo a los terremotos	2	
Miedo al terrorismo	1	
Ninguno	12	
Miedo a la soledad	3	
Miedo a los animales	1	
Miedo a no pintar	1	
Miedo a la pobreza	1	
Miedo por el bienestar de la familia	2	
Miedo a los golpes	1	
Otra respuesta	1	
Miedo al maltrato	1	
Miedo a los problemas económicos	1	
¿Qué miedos enfrenta hoy?		24
Caídas	1	
Depender de algo o alguien	2	
Enfermedad	2	
Futuro	1	
Muerte	1	
Ningún miedo	5	
Olvido	3	
Soledad	7	
Temblores	2	
¿Qué miedos enfrentará en el futuro?		37
Depender de algo o alguien	2	
Desconoce	1	
Muerte	18	
Ningún miedo	3	
No ver a un familiar	1	
Olvido	5	
Otra respuesta	3	
Soledad	3	
Temblor	1	

Tabla N°: 69: Códigos de primer y segundo nivel obtenidos. Miedos

Nombre	referencia	Totales parciales
¿Cómo reaccionó su familia una vez que tuvo conocimiento de su Enfermedad?		43
Aceptación	1	
Ansiedad	1	
Apoyo	11	
Miedo	4	
Optimismo	5	
Otra respuesta	3	
Sorpresa	4	
Preocupación	12	
Tranquilidad	1	
Tristeza	1	

¿Cómo reacciona ahora su familia con su enfermedad?		50
Aceptación	2	
Apoyo	21	
Comprensión	2	
Normalidad	2	
Otra respuesta	3	
Preocupación	5	
Tranquilidad	4	
Tristeza	1	
Preocupación	5	
Tranquilidad	4	
Tristeza	1	
¿Cómo cree que reaccionará su familia en un futuro por su enfermedad?		38
Aceptación	1	
Apoyo	22	
Desinterés	4	
Otra respuesta	3	
Desconocimiento	2	
Preocupación	2	
Tranquilidad	1	
Tristeza	3	

Tabla N° 70 Códigos de primer y segundo nivel obtenidos. Reacción familiar

Nombre	referencia	Totales parciales
¿Cómo era su vida antes de la enfermedad?		46
Activa	12	
Dinámica	2	
Divertida	1	
Familiar	7	
Independiente	1	
Laboral	9	
Normal	1	
Otra respuesta	3	
Pasiva	1	
Sin cambios	1	
Solitaria	1	
Tranquila	7	
¿Cómo es su vida hoy?		41
Aburrida	5	
Calmada	1	
Controlada	1	
Dependiente	2	
Desesperante	1	
Difícil	1	
Hogareña	8	
Otra respuesta	1	
Rutinaria	1	
Sedentaria	9	
Solitaria	3	
Tranquila	6	
Triste	2	

¿Cómo es su vida después del diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer? 38

Aburrida	3
Complicada	1
Confusa	1
Dependiente	2
Difícil	2
Encerrada	3
Impotente	1
Incertidumbres	1
Inútil	3
Loca	1
Miedos	1
Monótona	1
Otra respuesta	6
Preocupante	7
Sedentaria	1
Tranquila	3
Triste	1

Tabla N° 71: Códigos de primer y segundo nivel obtenidos. Su vida

Nombre	referencia	Totales parciales
¿Cuál fue su reacción al conocer su enfermedad?		45
Aceptación	1	
Ansiedad	1	
Confusión	2	
Curiosidad	1	
Difícil de entender	2	
Miedo	12	
Negación	1	
Ninguna reacción	1	
Otra respuesta	1	
Preocupación	8	
Sorpresa	8	
Tranquilidad	4	
Tristeza	3	
¿Cuál es su reacción ahora al conocer su enfermedad?		41
Aceptación	6	
Confusión	1	
Curiosidad	1	
Depresión	1	
Impotencia	1	
Entendimiento	1	
Incertidumbre	1	
Indiferencia	1	
Miedo	6	
Otra respuesta	2	
Preocupación	8	
Seguridad	2	
Sorpresa	3	
Tranquilidad	5	
Tristeza	2	

¿Cómo cree que será su reacción más adelante con su enfermedad?		38
Aceptación de la enfermedad	7	
Depresión	1	
Desconocimiento	4	
Desesperación	1	
Miedo	3	
Olvido	4	
Optimismo	7	
Otra respuesta	5	
Resignación	2	
Tranquilidad	1	
Tristeza	4	

Tabla N°72: Códigos de primer y segundo nivel obtenidos. Reacción a la enfermedad

5.4.5 ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD UTILIZANDO EL DENDOGRAMA. ESPAÑA

Es un gráfico usado en el procedimiento jerárquico que nos permite visualizar el proceso de agrupamiento del clúster en los distintos pasos, formando un diagrama en árbol. Constituye una valiosa herramienta visual que nos ayuda a estructurar los grupos, teniendo en cuenta la forma en que se van anidando los clusters y la medida de similitud a la cual lo hacen. Los clusters, van englobándose o anidándose, hasta resumirse en uno solo. (De la Fuente 2011)

Presentamos a continuación, el análisis de conglomerados para determinar la agrupación de nodos que comparten palabras similares. Los conglomerados que aparecen juntos, son más similares que los que aparecen más lejos. Los dendrogramas horizontales que se presentan, permiten identificar en cada caso, los nodos más y menos similares. Se puede apreciar cómo en referencia al código de **¿Cuál cree que fue la causa de la aparición de su enfermedad?** Los nodos más cercanos y similares fueron **Desconocimiento** y **Edad**, más alejado se encuentran la **Problemas financieros**. Esta información complementa de manera más específica los códigos de primer y segundo nivel obtenidos.

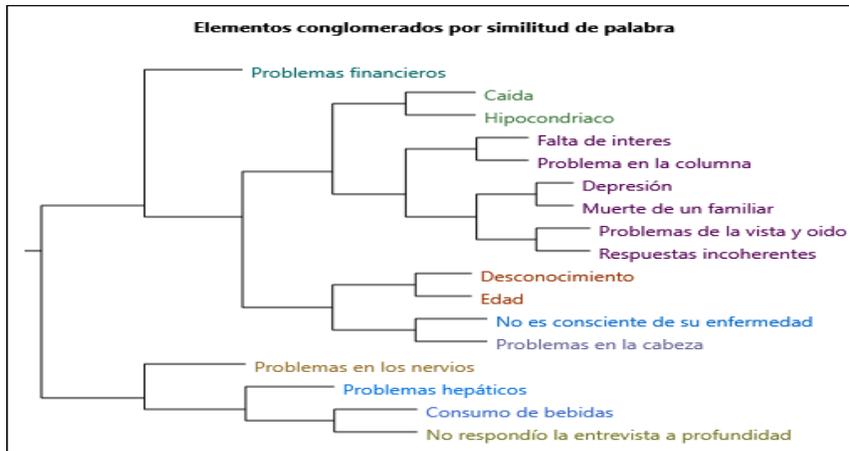
Sobre **¿Considera que hubo una discriminación de la sociedad en su vida?** se encontraron asociados códigos como: **Otra respuesta** y **No hubo discriminación**.

En relación al código de **¿Qué consecuencia traerá la enfermedad?**, los nodos más cercanos y similares fueron “desconocimiento” y “mejoramiento de la enfermedad”, más alejado se encuentran la “presencia de otras enfermedades”.

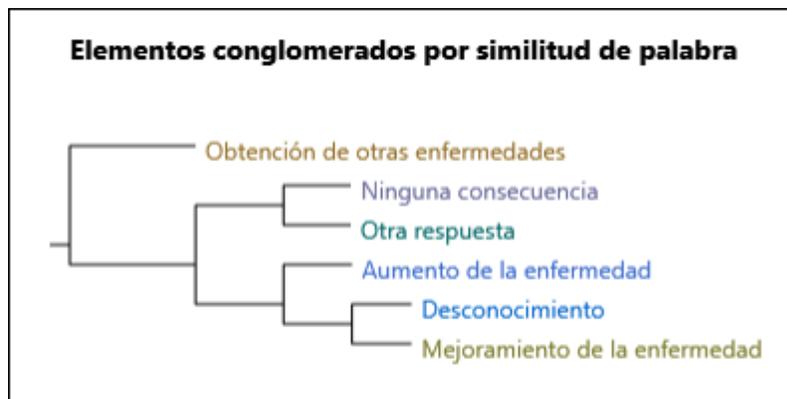
Sobre la “**causa de la aparición de la enfermedad**” se encontraron códigos asociados como: respuesta discordante, evocar el pasado, desconocimiento, no es consciente de la enfermedad.

Presentamos los diferentes dendogramas basados en la entrevista a profundidad.

1 ¿Cuál cree que fue la causa de la aparición de su enfermedad?



2 ¿Actualmente cuál cree que es la causa la aparición de su enfermedad?



3 ¿Qué consecuencias cree que tendrá la enfermedad en su vida?



4 ¿Considera que hubo una discriminación de la sociedad en su vida?



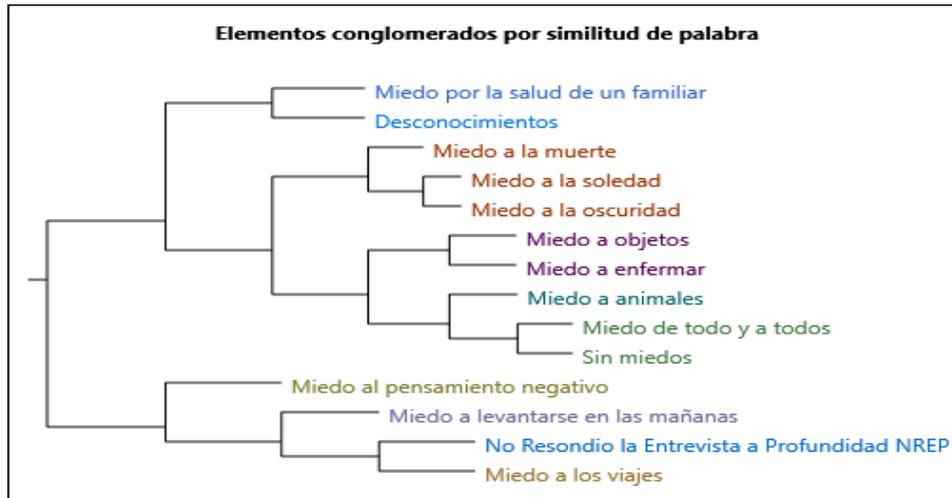
5 ¿Considera que ahora, hay discriminación en su vida?



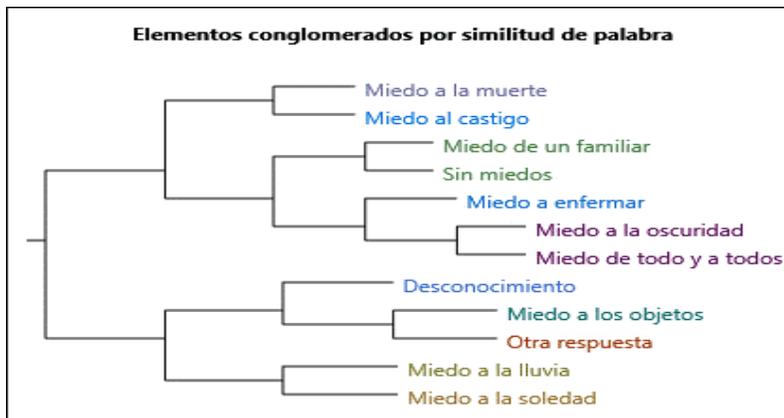
6 ¿Considera que, en el futuro, será discriminado por su enfermedad?



7 ¿Qué miedos enfrentó en su pasado?



7 ¿Qué miedos enfrenta hoy?



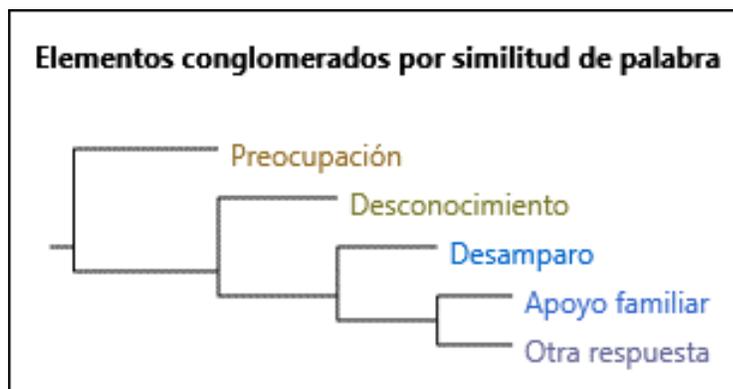
8 ¿Qué miedos enfrentará en el futuro?



9 ¿Cómo reaccionó su familia, una vez que tuvieron conocimiento de su Enfermedad?



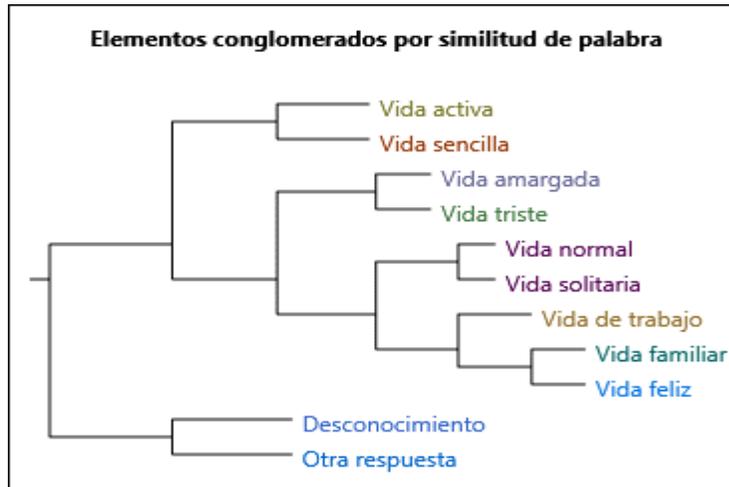
10 ¿Cómo reacciona ahora su familia con su enfermedad?



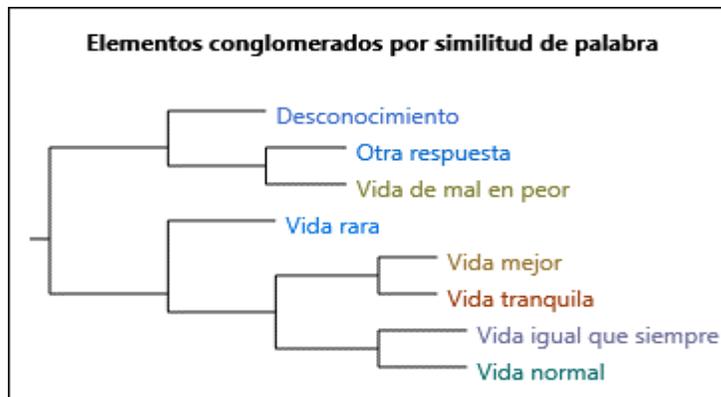
11 ¿Cómo cree que reaccionará su familia en un futuro por su enfermedad?



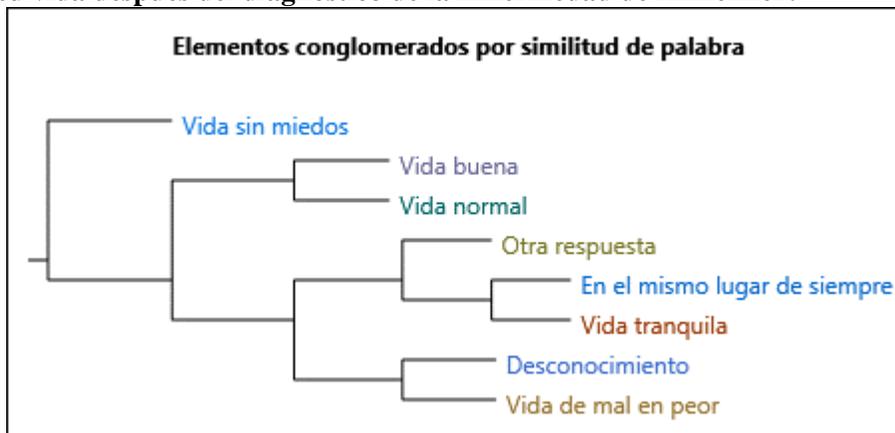
12 ¿Cómo era su vida antes de la enfermedad?



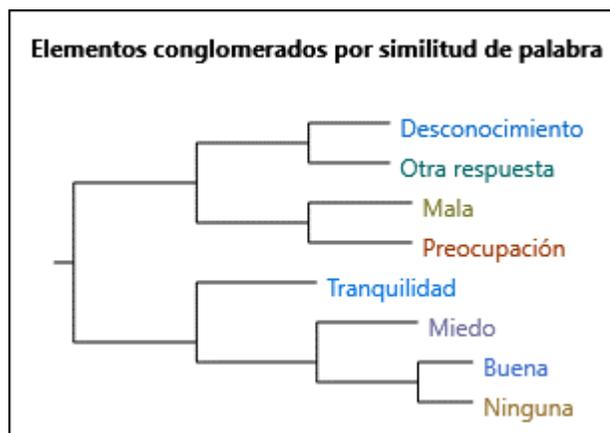
13 ¿Cómo es su vida hoy?



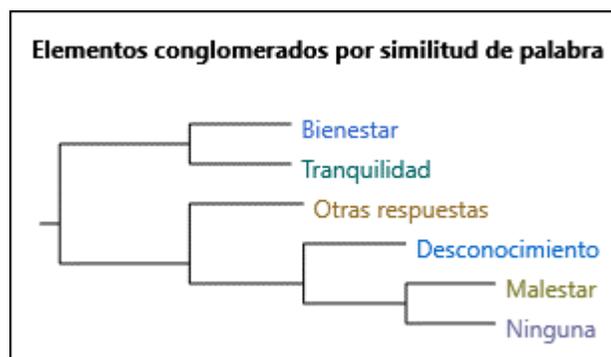
14 ¿Cómo es su vida después del diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer?



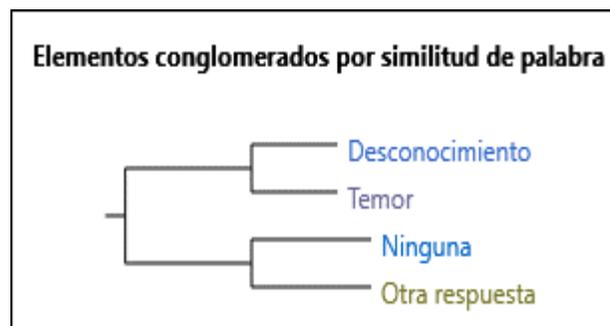
15 ¿Cuál fue su reacción al conocer su enfermedad?



16 ¿Cuál es su reacción ahora al conocer su enfermedad?



17 ¿Cómo cree que será su reacción más adelante con su enfermedad?



5.4.6 ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD UTILIZANDO EL DENDOGRAMA. PERÚ

Presentamos a continuación, el análisis de conglomerados, para determinar la agrupación de nodos que comparten palabras similares. Los conglomerados que aparecen juntos son más similares que los que aparecen más lejos. Los nodos horizontales, nos permiten identificar en cada caso los nodos más y menos similares. Se puede apreciar cómo en referencia al código de **¿Cuál cree que fue la causa de la aparición de su enfermedad?** Los nodos más cercanos y similares fueron: mala alimentación y mala suerte, más alejado se encuentran causas genéticas y la relación entre desconocimiento y estilo de vida.

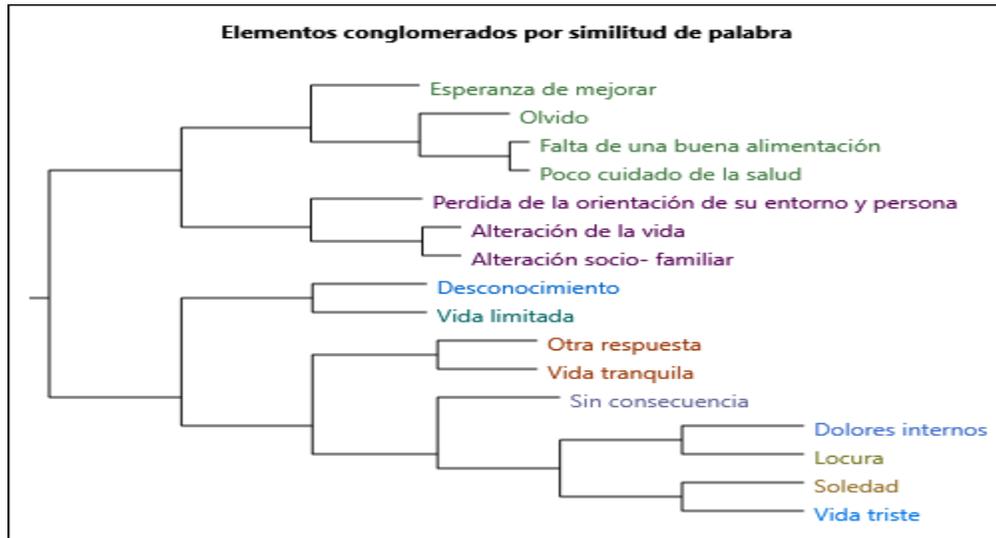
¿Cuál cree que fue la causa de la aparición de su enfermedad?



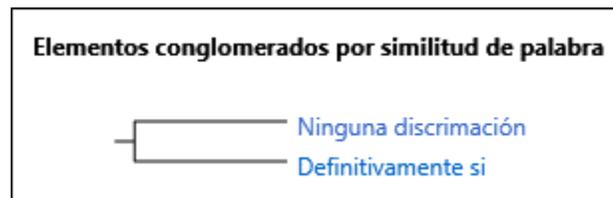
¿Actualmente cuál cree que es la causa la aparición de su enfermedad?



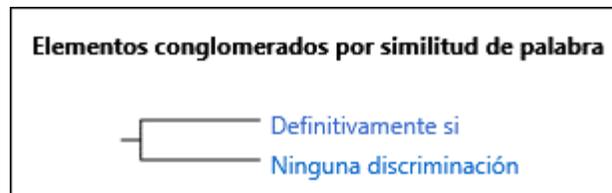
¿Qué consecuencias cree que tendrá la enfermedad en su vida



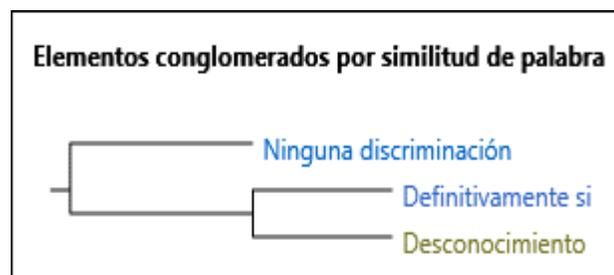
¿Considera que hubo una discriminación de la sociedad en su vida?



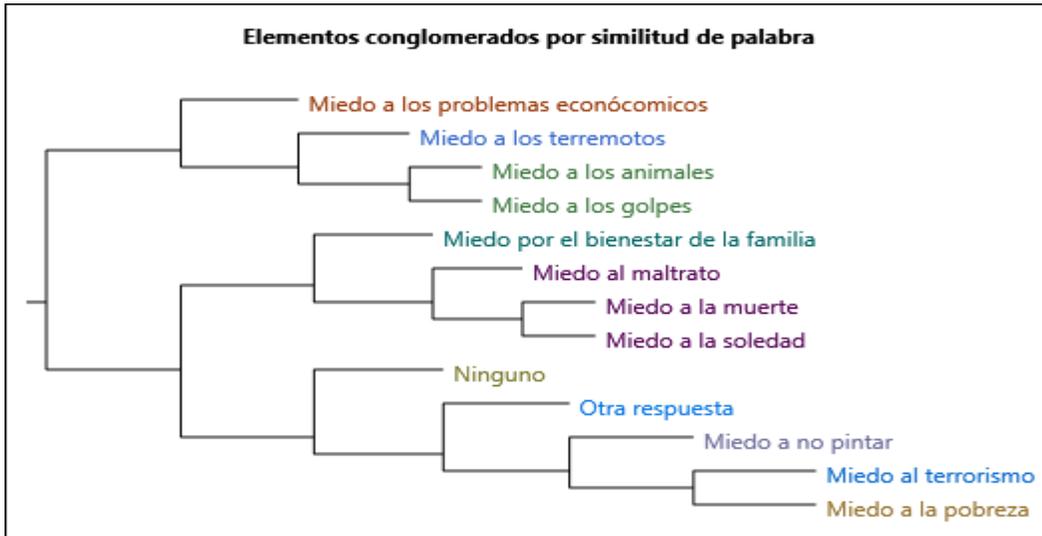
¿Considera que ahora hay una discriminación en su vida?



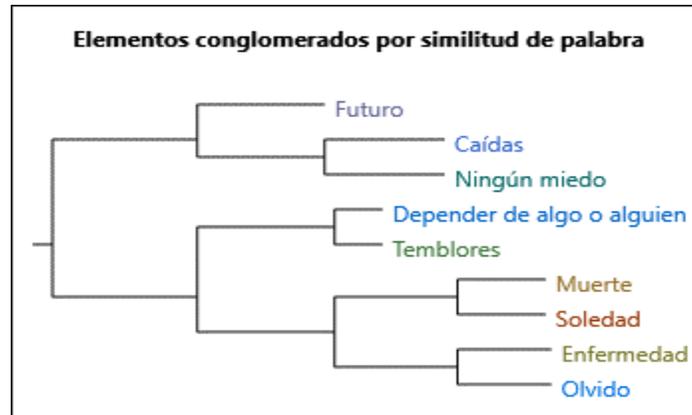
¿Considera que en el futuro será discriminado por su enfermedad?



¿Qué miedos enfrentó en su pasado?



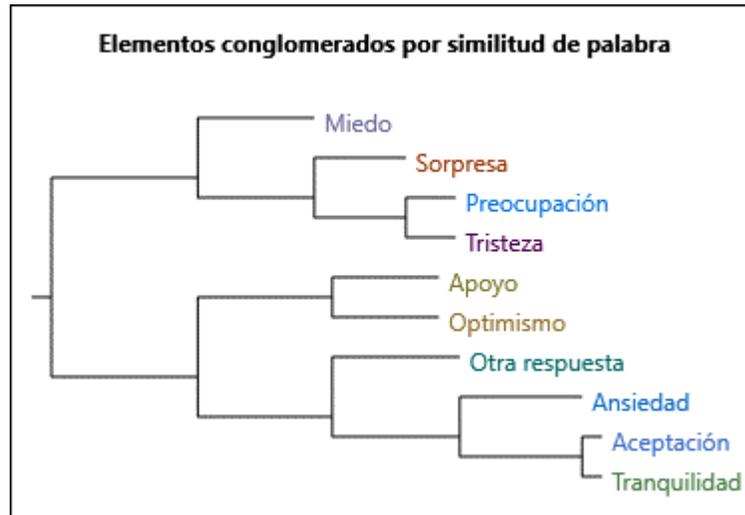
¿Qué miedos enfrenta hoy?



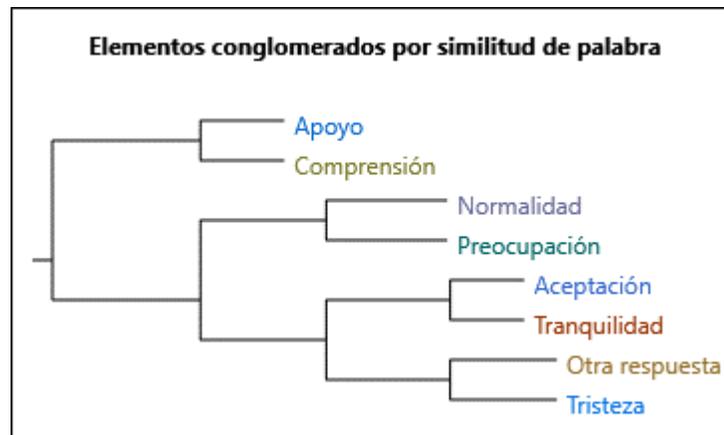
¿Qué miedos enfrentará en el futuro?



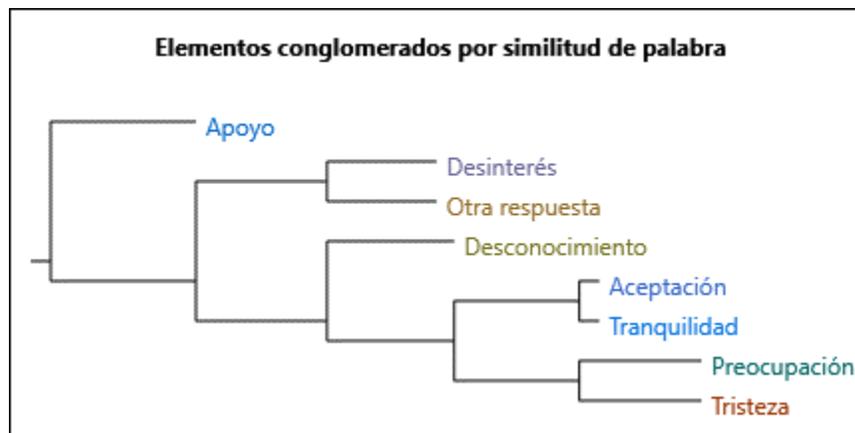
¿Cómo reaccionó su familia una vez que tuvieron conocimiento de su Enfermedad?



¿Cómo reacciona ahora su familia con su enfermedad?



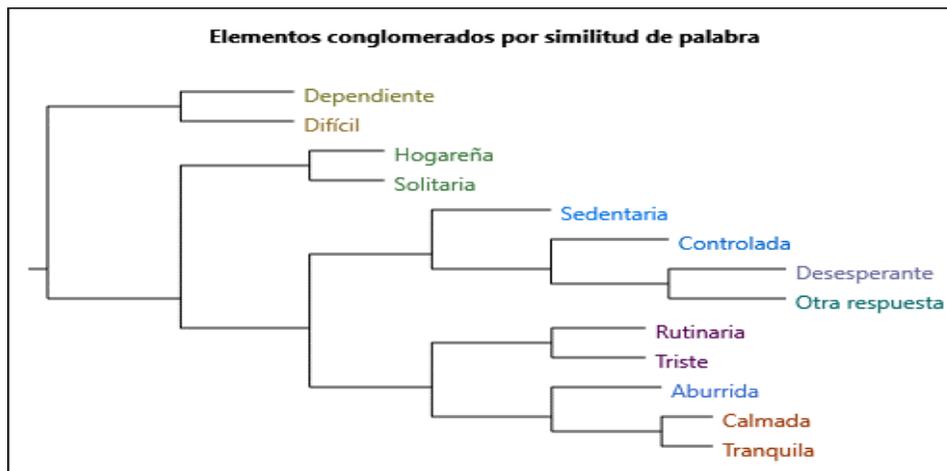
¿Cómo cree que reaccionará su familia en un futuro por su enfermedad?



¿Cómo era su vida antes de la enfermedad?



¿Cómo es su vida hoy?



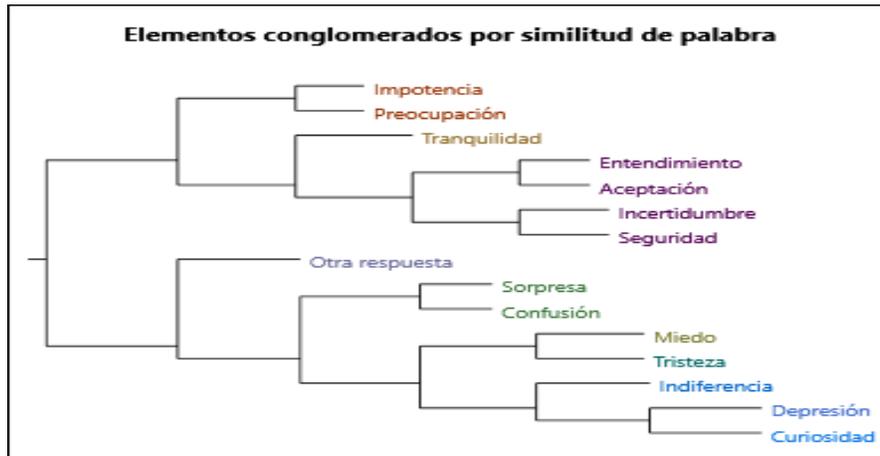
¿Cómo es su vida después del diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer?



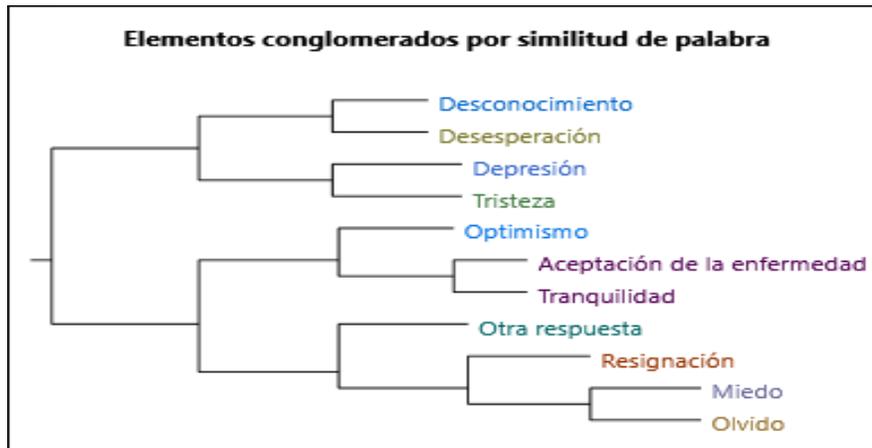
¿Cuál fue su reacción al conocer su enfermedad?



¿Cuál es su reacción ahora al conocer su enfermedad?



¿Cómo cree que será su reacción más adelante con su enfermedad?



Resumen respuestas nodos	España		Perú	
	Nodos cercanos	Nodos alejados	Nodos cercanos	Nodos alejados
¿Cuál cree que fue la causa de la aparición de su enfermedad?	Desconocimiento, edad	Problemas personales, problemas financieros	Mala alimentación Mala suerte	Genético
¿Actualmente cuál cree que es la causa la aparición de su enfermedad?	*otra respuesta, no es consciente de su enfermedad	Muerte de un familiar	Consumo de fármacos, mala suerte	Preocupación Rutina del trabajo
¿Qué consecuencias cree que tendrá la enfermedad en su vida	Desconocimiento, mejoramiento de la enfermedad	Presencia de otras enfermedades	Dolores intensos, locura, soledad, vida triste	mejorar
¿Considera que hubo discriminación de la sociedad en su vida?	*otra respuesta, no hubo discriminación	No hay discriminación	No hay discriminación	No hay discriminación
¿Considera que ahora hay una discriminación en su vida?	no hay discriminación, *otra respuesta	desconocimiento	No hay discriminación	No hay discriminación
¿Considera que en el futuro será discriminado por su enfermedad?	ningún cambio, desconocimiento	No contesta, no existirá	Si seré discriminado, desconozco	No seré discriminado
¿Qué miedos enfrentó en su pasado?	Miedo a todo y a todos, sin miedo	Miedo a pensamientos negativos	Miedo al terrorismo, miedo a la pobreza	Miedo a los problemas económicos
¿Qué miedos enfrenta hoy?	Miedo a la oscuridad, miedo a todo y a todos	miedo a la muerte” y “miedo al castigo”	Muerte, soledad, enfermedad, olvido	Miedo al futuro
¿Qué miedos enfrentara en el futuro?	Desconocimiento, miedo a la muerte	Miedo al frío	No reconocer, temblores	Miedo al olvido
¿Cómo reaccionó su familia una vez que tuvieron conocimiento de su enfermedad?	apoyo familiar, *otra respuesta	no contesta	Aceptación, tranquilidad	Tuvieron miedo
¿Cómo reacciona ahora su familia con su enfermedad?	apoyo familiar, *otra respuesta	preocupación	*otra respuesta, tristeza	Apoyo familiar
Como cree que reaccionará su familia en un futuro por su enfermedad	desamparo, desconocimiento	apoyo familiar, de igual manera	Preocupación, tristeza	Apoyo familiar
¿Cómo era su vida antes de la enfermedad?	vida familiar, vida feliz	Desconocimiento, *otra respuesta	Pasiva, solitaria	Vida activa
¿Cómo es su vida hoy?	vida igual que siempre, vida normal	desconocimiento	Desesperante, *otra respuesta	Dependiente, difícil
¿Cómo es su vida después del diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer?	En el mismo lugar de siempre, vida tranquila	vida sin miedos	Confusa, inútil	Dependiente, triste
¿Cuál fue su reacción al conocer su enfermedad?	Buena, ninguna	tranquilidad	Ansiedad, curiosidad, negación, *otra respuesta	preocupación
¿Cuál es su reacción ahora al conocer su enfermedad?	Malestar, ninguna	Bienestar, tranquilidad	Depresión, ansiedad	*otra respuesta
¿¿Cómo cree que será su reacción más adelante con su enfermedad?	Desconocimiento temor, ninguna, *otra respuesta	desconocimiento, temor, ninguna y otra respuesta	Miedo, olvido	Desconocimiento, desesperación

Tabla N° 73: Resumen de las diferencias de nodos cercanos y alejados de España y Perú.

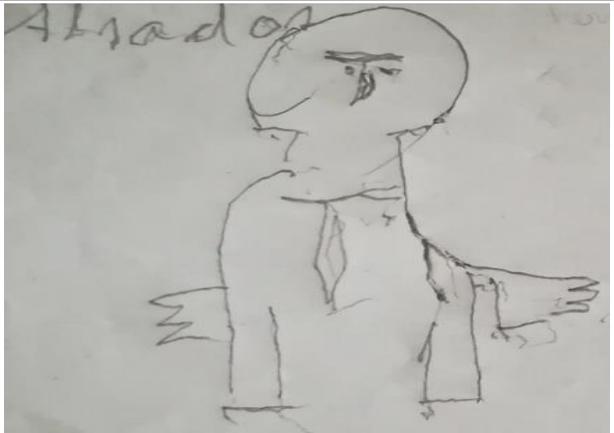
*Otra respuesta: respuestas que no tienen nada que ver con la pregunta o respuestas incoherentes

5.5 RESULTADOS DEL TEST DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA Y DIBUJO LIBRE.

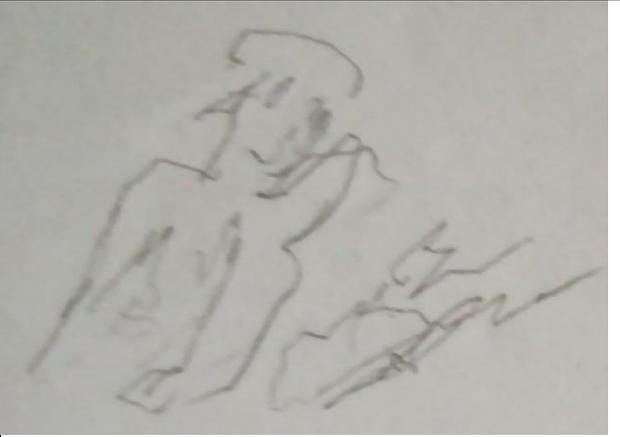
Se evaluaron las siguientes caracterizaciones:

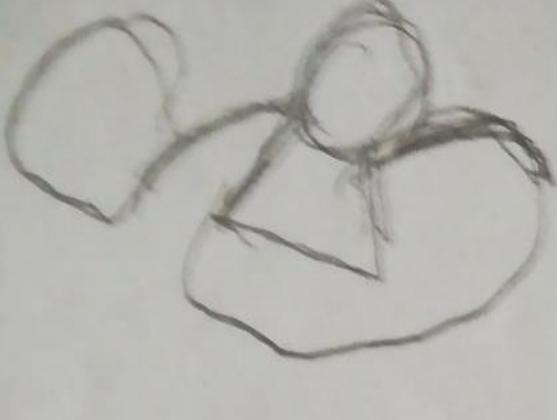
- ❖ Descripción de cada uno de los dibujos sobre el trazo, lógica, coherencia, coordinación viso motora y espacial.
- ❖ Expresión del lenguaje escrito
- ❖ Evidencia de destellos de lucidez
- ❖ Rasgos de agresión
- ❖ Contacto con la realidad
- ❖ Rasgo de conciencia y entendimiento
- ❖ Otras

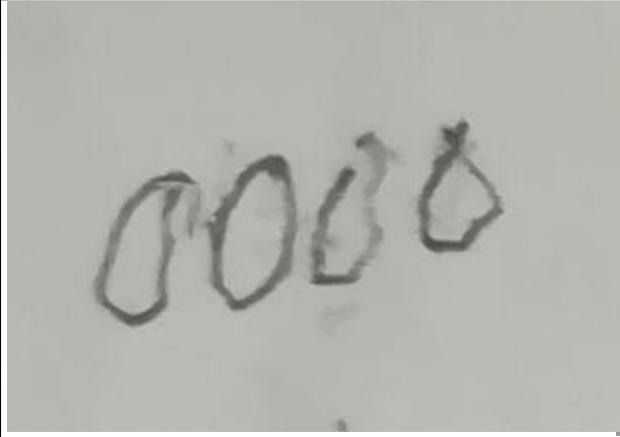
Se le solicitó a cada participante realizar dos dibujos: Una figura humana y una figura libre. Los resultados se muestran a continuación.

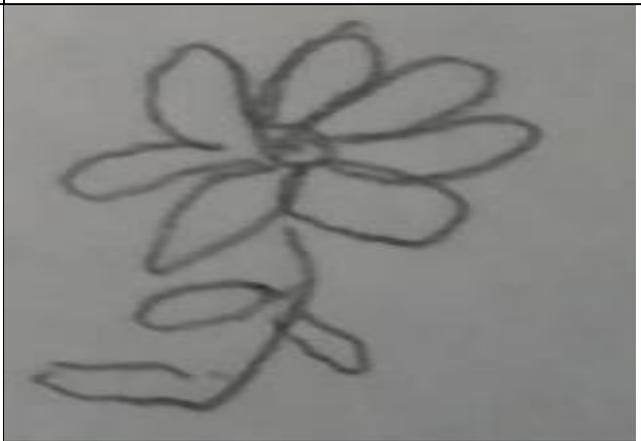
<p>Participante 01: hermano</p>	<p>pájaro</p>
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Lo operaron de 5 vértebras (problemas en la columna por el trabajo), le sacaron huesos de la tibia y peroné para reconstruir las vértebras.</p> <p>El paciente cree que una de las causales de su enfermedad son los problemas de salud y el trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Seria dificultad para realizar un trazo con lógica y coherencia ✓ Su esquema mental está en deterioro ✓ Se muestra algunos rasgos lógicos al realizar el dibujo del ave lo que evidencia que si puede tener algunos momentos o destellos de lucidez ✓ El trazo de algunas letras si logra realizarlas, pero no garantizan lógica en el conjunto o palabra, en su esquema mental si está la imagen, su problema es en la traducción para ejecutar y expresarlo mediante el lenguaje escrito

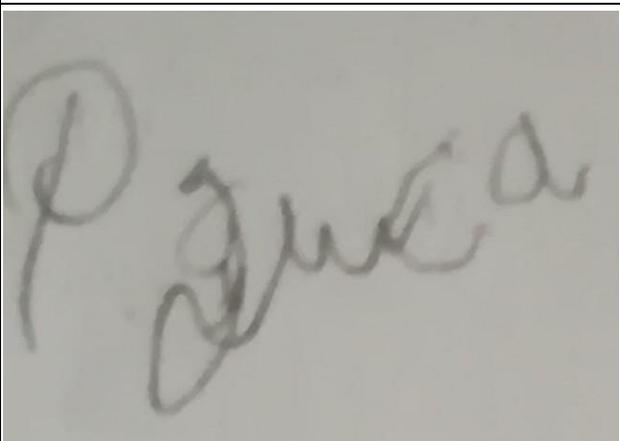
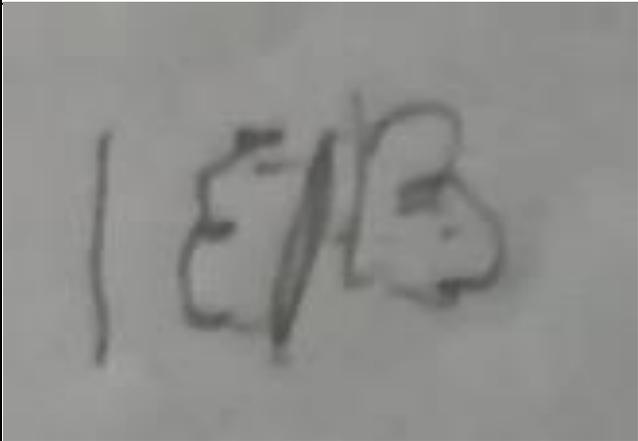
Participante 02: Madre	hijo
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Su hijo falleció a los siete años. Nunca se recuperó de esa pérdida. Ella piensa que por la partida de su hijo se enfermó del Alzheimer, lo mismo sus familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trata de forzar en el pensamiento y recuerdo, pero lo que sale o refleja es la dificultad para ponerlo en contexto ✓ Evidencia serio deterioro mental ✓ Escasa coordinación viso motora y espacial ✓ Sus trazos son primitivos ✓ Trata de mostrar lógica y coherencia que por algunos momentos si la tiene luego se pierde y aparece la confusión mental ✓ En el grafico ubicado a la derecha que representa al hijo, se aprecia ojos vacíos y dedos en forma de una línea, es una forma de no aceptar, no ver, no entender la partida de su hijo, resalta algunos rasgos de agresión.

Participante 03: su amigo	animal
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>No respondió a la entrevista a profundidad Tuvo accidente cerebrovascular, dislipidemia, vivía en casa pequeña, no había comodidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los trazos son legibles sin sentido ni coherencia evidenciando un garabato ✓ Muestra deterioro mental. ✓ Escaso contacto con la realidad. ✓ Los gráficos no muestran una forma clara, lógica y coherente de lo que desea realizar. ✓ Se evidencia intención, pero no logra plasmar la imagen de lo que realmente piensa o simboliza a nivel mental.

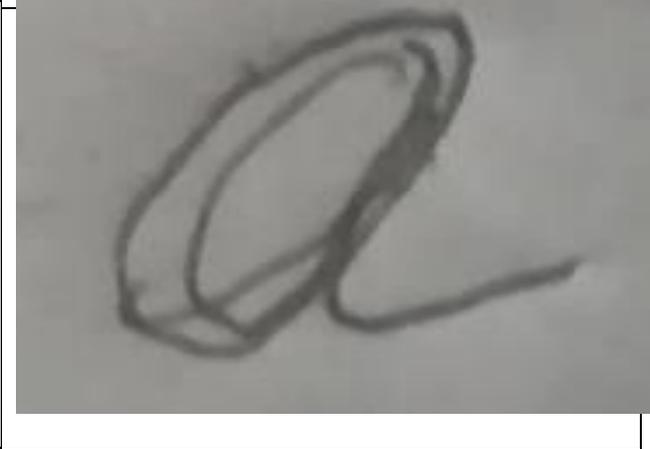
Participante 04: Su hermana	una letra
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Vivía en una casa pequeña, no tenía comodidades, tenía dislipidemia y ACV. En la entrevista habla de su esposo y su madre como si existieran y ya fallecieron hace años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trazos sin ningún sentido, son muy primitivos. ✓ No evidencian lógica ni coherencia ✓ Se aprecia serio deterioro mental para lograr articular su pensamiento y la ejecución de símbolos ✓ Son garabatos que no se asemeja al nombre que dice ser ✓ Refiere que es su hermana, la idea está, la intención está, pero no logra plasmar la idea completa, solo son rasgos que se han fijado en su mente.

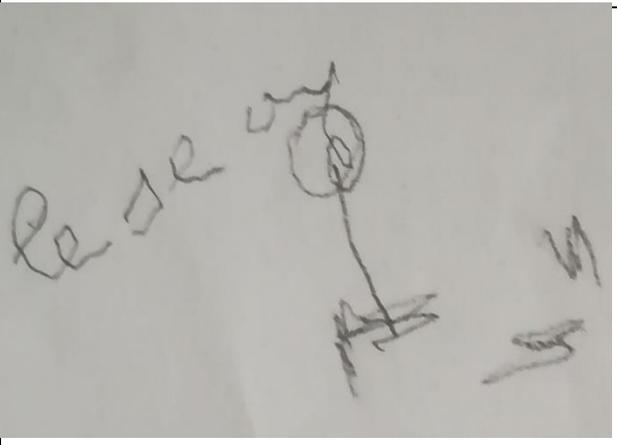
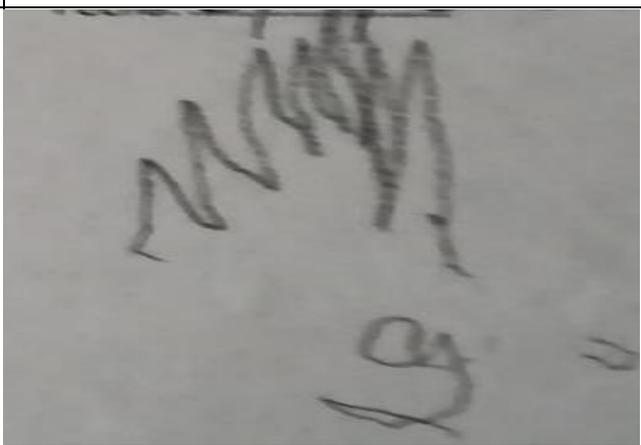
Participante 05: Una mujer	dieta
 <p>A hand-drawn sketch consisting of four simple, slightly irregular circles arranged horizontally. The lines are dark and somewhat shaky, suggesting a quick or gestural drawing.</p>	 <p>A hand-drawn sketch of a complex, abstract shape. It appears to be a stylized, somewhat chaotic form with multiple overlapping lines and sharp angles, possibly representing a face or a specific object in a distorted manner.</p>
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Diabética e hipertensa. La participante se queja constantemente de que le roban sus pertenencias, tiene muchos miedos, pero se reconforta viendo que la vienen a visitar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los gráficos son poco significativos, los círculos son primitivos sin sentido y orientación. ✓ Demuestra serio deterioro mental ✓ Divorcio con la realidad ✓ Está en otro mundo, su propio mundo

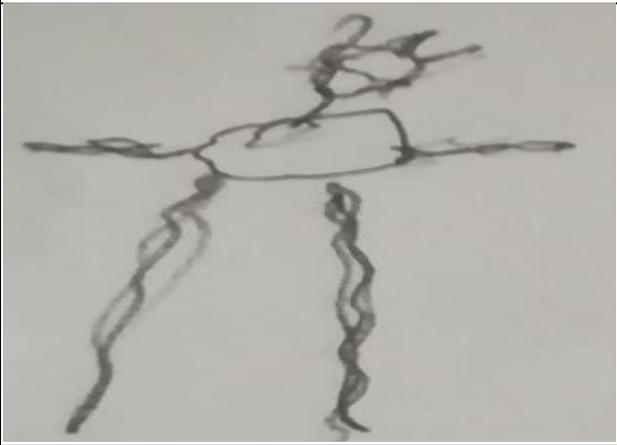
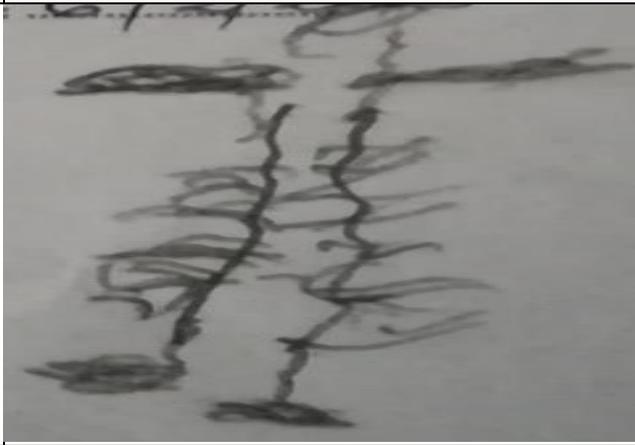
Participante 06: Madre	flor
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Ella piensa que sus males son por los nervios, menciona que no tiene miedo y que se siente feliz porque vienen a visitarla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En esta gráfica se aprecia a una persona que, si muestra rasgos positivos a nivel de pensamiento proyectando trazos tímidos, dudosos pero que si logra darle lógica y coherencia a la figura que plasma. ✓ Mantiene contacto con su realidad, puede expresar sus ideas y pensamientos ✓ La flor ubicada en la parte derecha del espacio también muestra trazos firmes y seguros mostrando una imagen con sentido. ✓ La interpretación de la flor muestra sentimientos de alegría, amor, sensibilidad y afecto que puede expresarlo.

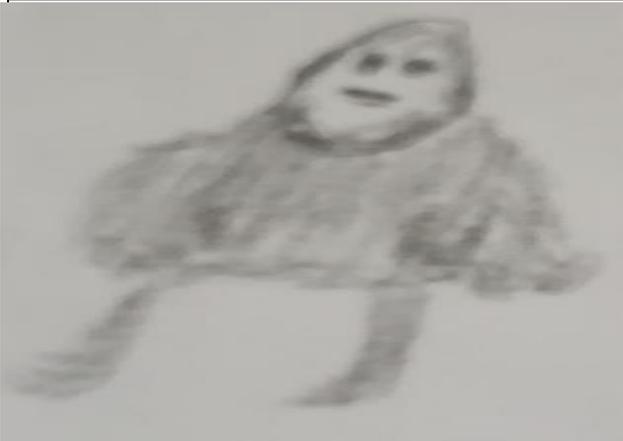
Participante 07: Mi nombre (Elena)	paloma
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Habla muchas incoherencias, palabras sin sentido, oraciones incompletas, no guarda un sentido o idea de lo que quiere explicar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se aprecia la palabra Elena que ella dice que ha realizado, hay letras p, u, c y a que se pueden observar. ✓ A nivel de dibujos no se aprecia ningún trazo ✓ En la parte derecha solo se observa algunos trazos sin sentido, garabatos que no explican nada

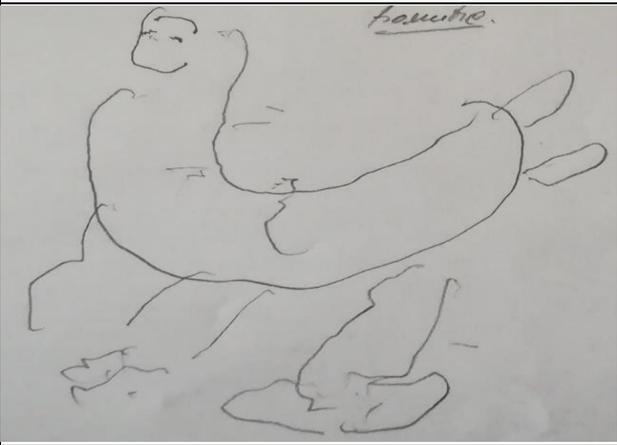
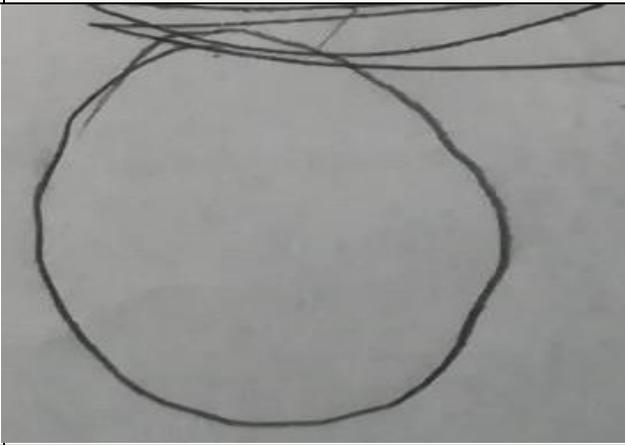
Participante 08: hombre	pato
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Habla de su familia que ya no lo tiene porque fallecieron, cuenta que su vida fue muy buena, tiene una percepción negativa para su enfermedad en relación al futuro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En la parte izquierda se ubica la figura de un hombre de tamaño pequeño ✓ Los trazos son simples y sencillos con lógica y coherencia dando sentido al dibujo realizado ✓ Se aprecia cabeza cuerpo y extremidades claramente definidos ✓ En el caso del dibujo ubicado en la parte derecha a la que se supone es un pato, los trazos y líneas muestran aparentemente otra ave ✓ La persona muestra rasgos de lucidez en la que su memoria y pensamiento puede expresarlos de manera abierta.

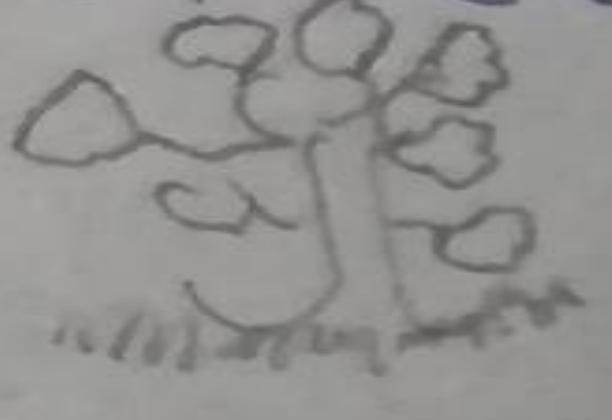
<p>Participante 09: hombre</p>	<p>pera</p>
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Hace referencia que sus padres fallecieron recientemente, algo no concordante con la realidad, que tiene muy buena relación con las mujeres de la residencia antes que con los varones.</p> <p>Piensa que cada día se olvidara más y se agravará su enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se aprecia líneas casi circulares, no está cerrada, que aparenta ser la cabeza, está unido por un triángulo y un cuadrado que aparentan ser el tórax y cuerpo del dibujo. ✓ Se aprecia a una persona que aparenta seguridad, puede mostrarse algo agresivo o responder de manera no coherente, no desea mostrarse tal como es, evidencia deterioro mental, escaso contacto con la realidad y la interacción social, se muestra apartado de la realidad, viviendo su propio mundo. ✓ El evaluado refiere que el dibujo de la derecha es una pera y no es concordante.

Participante 10: ella misma	árbol
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Paciente optimista, se ve muy bien en la residencia, cree que con el tiempo le irá mejor. Manifiesta que tiene muy buena relación con sus compañeros y sus familiares vienen a visitarla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En el espacio se aprecia letras y líneas que no muestran nada ✓ Es un claro deterioro mental, en la que evidencia dificultad para interpretar los estímulos del medio y responder. Vive su propio mundo, alejado de la realidad.

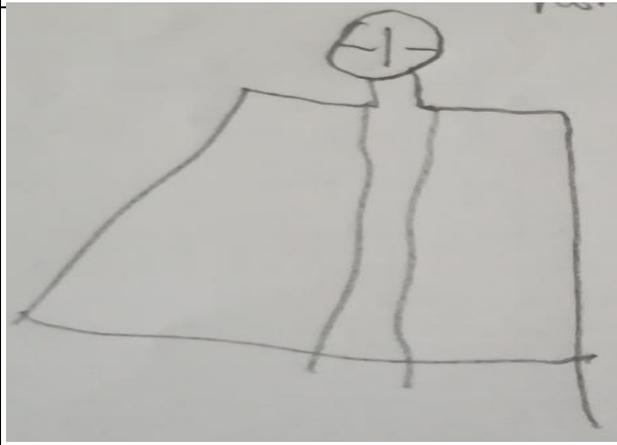
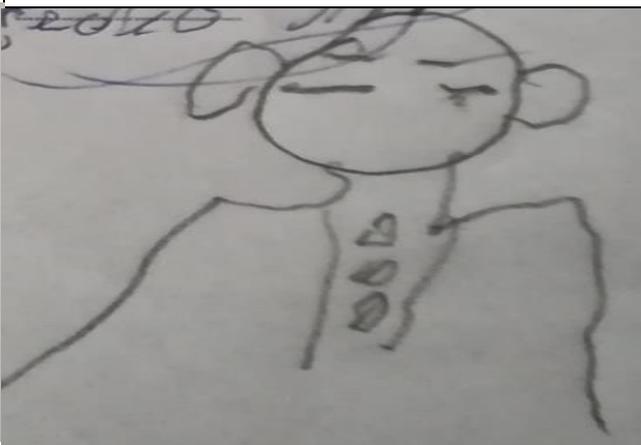
Participante 11: mujer	oveja
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Manifiesta que por sus propios medios fue a la residencia cuando falleció su hermana. Se quedó viudo con 8 hijos y fue criado durante cuatro años cuando era aún jovencito.</p> <p>Trabajador toda su vida, informa que se lleva bien con todos y que es una persona transparente.</p>	<p>Se aprecia dos gráficos uno al lado superior izquierdo y otro al lado inferior derecho líneas con tono algo fuerte, es un monigote o dibujo infantil.</p> <p>Evidencia escaso nivel de razonamiento, existe un claro deterioro a nivel de pensamiento y cognitivo, es una clara demencia senil, en la que no puede responder a los estímulos del medio.</p> <p>En el dibujo de la parte derecha, son dos simples trazos que no tienen un sentido lógico y poco se puede interpretar de ellos.</p>

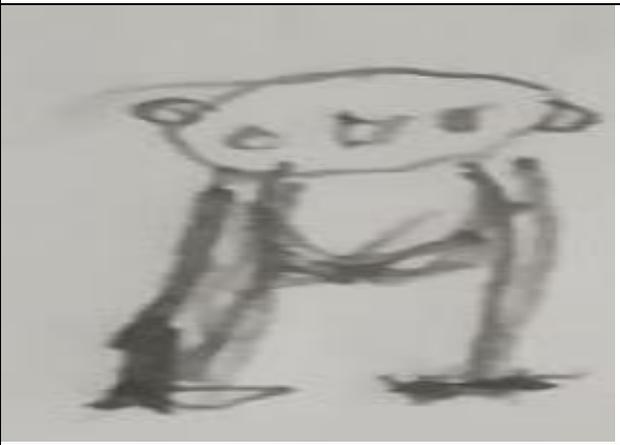
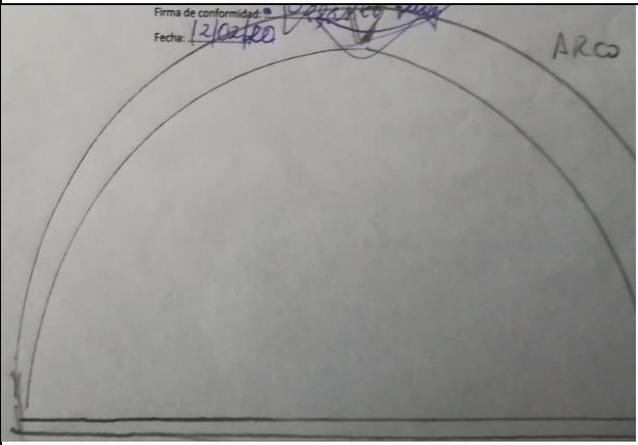
Participante 12: mujer	mujer
	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se aprecia una imagen poco clara, sombreada en la que se aprecia, una cara, cuerpo y extremidades. ✓ Es un dibujo primitivo con escasos detalles, tiene la idea cómo hacer el dibujo de una mujer, se muestra como una persona que, sí tiene momentos de lucidez, en la que se puede realizar un diálogo o conversación o realizar alguna actividad simple o sencilla, trata de no mostrarse cómo es, no quiere abrirse y expresarse, se limita. ✓ Muestra rasgos de deterioro mental, escaso nivel de discernimiento. <p>Entrevista a profundidad</p> <p>No respondió a entrevista a profundidad</p>	

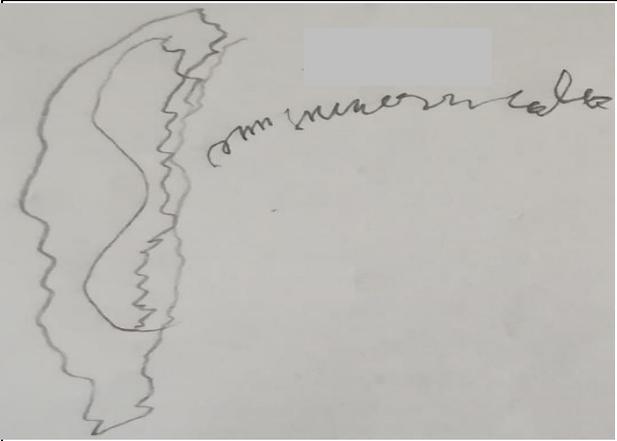
Participante 13: hombre	pelota
	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se aprecia diversas líneas que no representan o forman la figura de una persona, son líneas sin sentido y sin forma. ✓ En la parte derecha, se ven trazos diversos y un círculo que puede representar una pelota. ✓ La persona evidencia cierto grado de deterioro mental, alejado del contacto social, dificultad para establecer de manera lógica y coherente su pensamiento, lo cognitivo y la ejecución, sin embargo, muestra momentos de lucidez para ciertas actividades, esto evidencia que puede realizar algunas actividades cotidianas, establecer cierto grado de comunicación, aunque limitado, pero si puede dejarse entender. <p>Entrevista a profundidad No respondió a la entrevista a profundidad</p>	

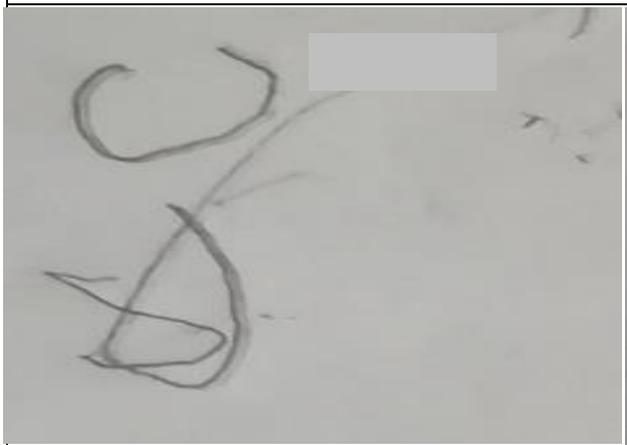
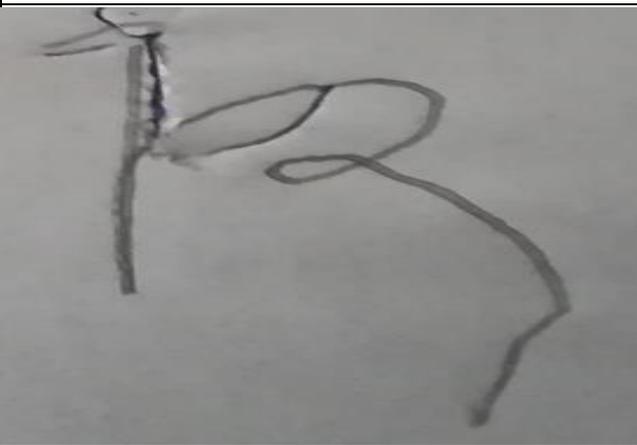
Participante 14: mamá barriendo	flores
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>El esposo tenía mal genio y ha vivido de esa manera desde que se casó. En su casa con sus padres era muy feliz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se percibe una figura humana de tamaño pequeño de perfil mirando hacia el lado izquierdo agarrando una supuesta escoba y en la parte derecha del espacio (hoja) unas líneas que podría interpretarse como plantas o flores. ✓ Se muestra como una persona algo tímida, desconfiada, sumisa que se aferra a sus mejores recuerdos de su pasado, logra establecer contacto con su realidad, sabe y conoce lo que hace o está sucediendo en su medio, puede establecer comunicación sin dificultad. ✓ A nivel cognitivo muestra buena actividad, su pensamiento y evocación no se muestra en deterioro. Conoce y sabe lo que desea. Puede interactuar sin dificultades.

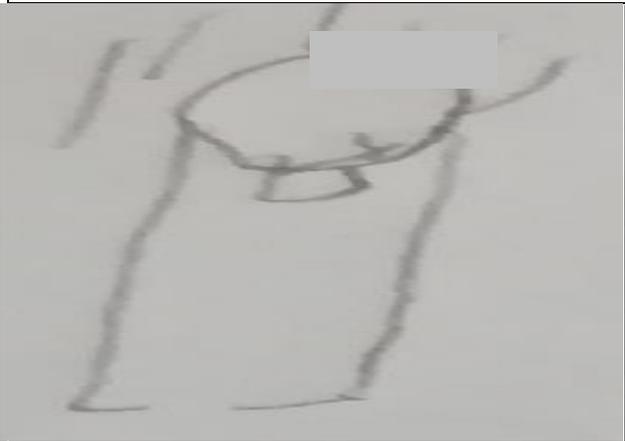
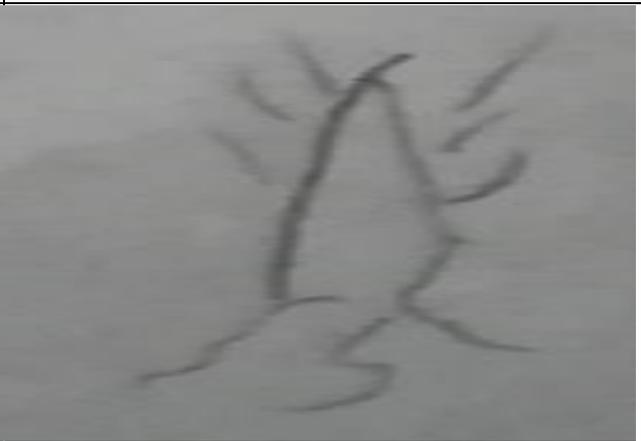
Participante 15: mujer	abanico
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Menciona que se encuentra bien, que no se acuerda de nada. Habla que le vienen a ver sus familiares, pero los sanitarios explicaron que no tiene familia y que nadie la viene a ver.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En el espacio (hoja) se aprecia líneas que aparentan la forma de una figura femenina, la ubicación es inclinada como si estuviera en el aire, sin una base, los trazos son primitivos, sin lógica y coherencia, los pies como si fueran las piernas de un ave, la cabeza está incompleta. ✓ En la parte derecha se aprecia un círculo pequeño unido a tres gráficos que aparentan el supuesto abanico. ✓ La persona muestra cierto grado de deterioro mental, escaso contacto con la realidad y el medio en que interactúa, dificultad para correlacionar su pensamiento y su nivel cognitivo, se expresa de manera aislada con los recursos que tiene a la mano. Claro alejamiento de su realidad.

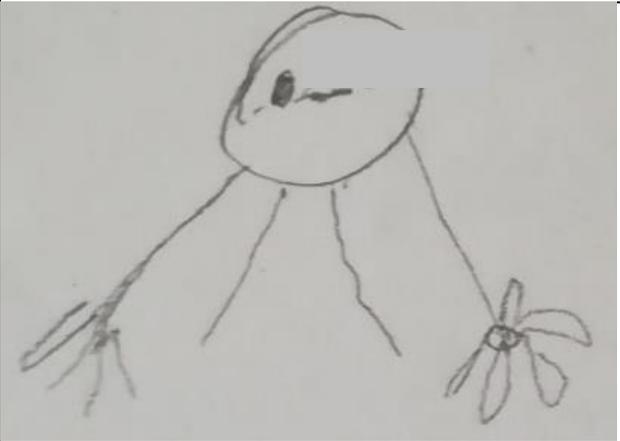
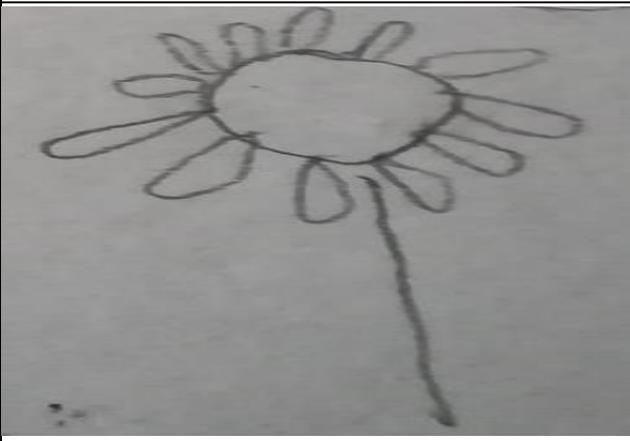
Participante 16: hombre	mujer
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>El deterioro cognitivo se inició a la edad de 50 años con algunos olvidos. Cuando tenía 54 años, iba con su esposa en el coche y en lugar de pisar el freno, pisó el acelerador, tuvieron un accidente y como consecuencia su esposa falleció. Eso agravó más su enfermedad. El paciente cree que está mejor cada día, su familiar nos informa, que su deterioro está cada vez más avanzado.</p> <p>Tomaba benzodiazepinas para dormir</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En el lado izquierdo, está la figura de un monigote, que comprende un círculo, un aparente cuello, y líneas que aparentan el cuerpo de una persona. En la parte derecha se aprecia líneas de una cabeza con ojos en forma de líneas, círculos que aparentan las orejas, cuello y el cuerpo, le adiciona unas figuras poco claras a la altura del pecho, luego encierra la figura con líneas para darle forma de cuerpo. ✓ La persona evidencia escaso nivel de razonamiento, discernimiento y criterio, muestra cierto grado de dificultad para estar en contacto con la realidad, y el contexto social para interactuar con su medio. ✓ Muestra una actitud infantil, pobre sin criterios de razonamiento y lógica, reflejando deterioro mental.

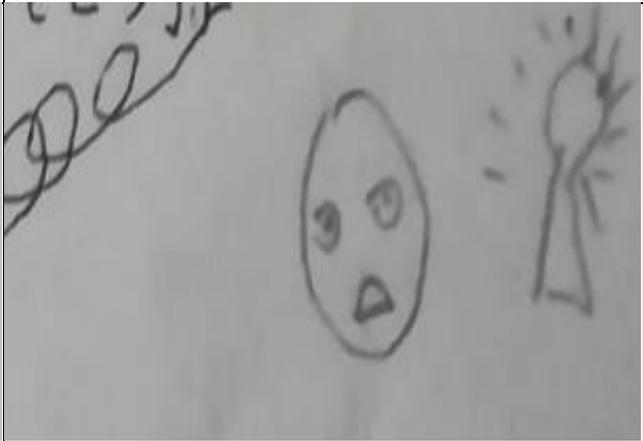
Participante 17: payaso	arco
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>El paciente no es consciente de su enfermedad, es hiperactivo, tiene una percepción que cada día se siente mucho mejor, pero la esposa nos dice todo lo contrario.</p> <p>De pequeño sufrió traumas porque de pastorcito, se le perdía una u otra oveja y el dueño lo castigaba con golpes.</p> <p>Antecedentes de enfermedades: Epilepsia, diabetes tipo II, artrosis, hipertensión, hijo con aneurisma cerebral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En el espacio ubicado en la parte izquierda el gráfico de un monigote, en la cabeza le pone ojos y boca, en la parte derecha ha dibujado un arco usando algún objeto para darle forma. ✓ Se aprecia escaso o pobre nivel de creatividad, líneas y trazos primitivos, infantiles sin base que lo sostenga o limite, apartado de la realidad, deterioro mental, escaso contacto social, no hay lógica ni coherencia simplemente es tal cual vive el momento. ✓ En el dibujo del arco, poco se puede decir, ya que ha utilizado algún objeto para su ejecución.

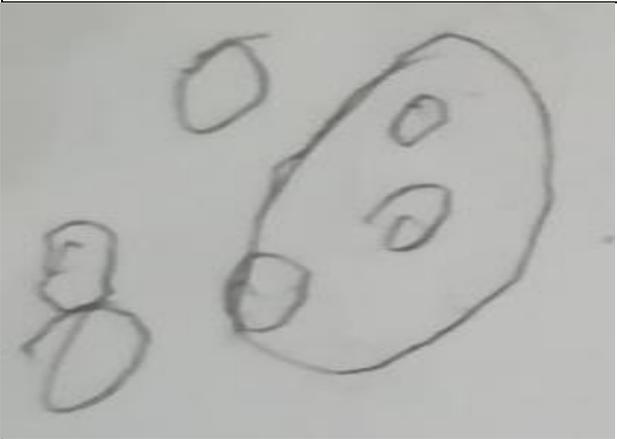
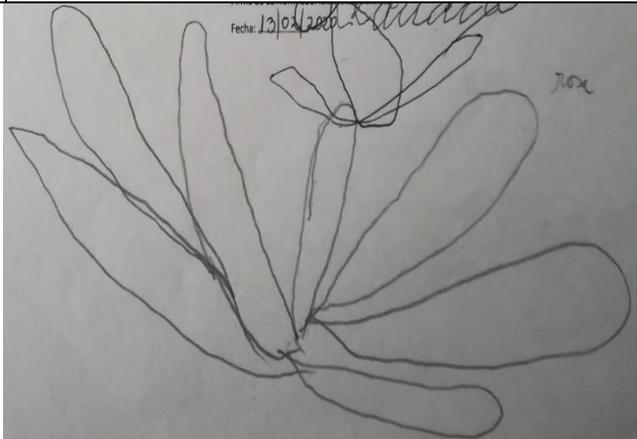
Participante 18: esposo	niño jugando con la pelota
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Ella es muy optimista con su enfermedad, dice que el único problema que tiene es que se olvida de las cosas. El resto, todo bien. Le sacaron un riñón. La hermana de ella, su madre y padre con Alzheimer.</p>	<p>✓ Claro deterioro mental, dificultad para expresar lo que le pidieron lo que evidencia que el proceso, escuchar, procesar y emitir una respuesta, está claramente deteriorado, viviendo un mundo distante a la realidad, estando en su propio mundo, sin embargo, se aprecia algunas letras que todavía están en actividad en su pensamiento y memoria y las puede evocar sin dificultad, esto quiere decir que puede estar o quedarse fijada a ciertas frases o palabra u objetos de su experiencia.</p>

Participante 19: No sabe lo que ha dibujado	Chivo
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>La esposa menciona que lo discriminaban desde que la conoció ya que no querían que se casara con ella. La esposa sufrió la discriminación de la familia de él, por eso él sufría, solo obedecía a sus padres, hasta que comenzó su enfermedad. Madre falleció con Alzheimer</p>	<p>✓ En el espacio, ha trazado diversas líneas sin ningún sentido u orden lógico y coherente. Son garabatos, sin ningún significado. Es una persona con un claro deterioro mental, alejado de su contexto social, tiene dificultad para establecer contacto con su medio circundante.</p>

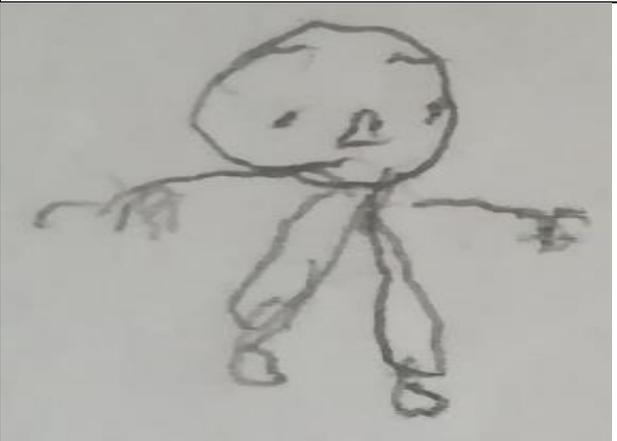
Participante 20: hombre	planta
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>El paciente informa que se siente bien, que solo no se acuerda de cuando tenía 8 o 10 años, que su vida es normal, que no sabe lo que pasará en el futuro.</p> <p>Su madre murió muy joven, hermanos separados.</p> <p>Tiene Diabetes e hipertiroidismo</p>	<p>En el espacio se visualiza dos gráficos. Los trazos son muy pobres, primitivos, infantiles que no representan lo que dibujó, lo que evidencia un pobre nivel mental para procesar cualquier tipo de orden o comunicación, se muestra alejado de la realidad, en deterioro cognitivo, con escasa relación con su medio.</p>

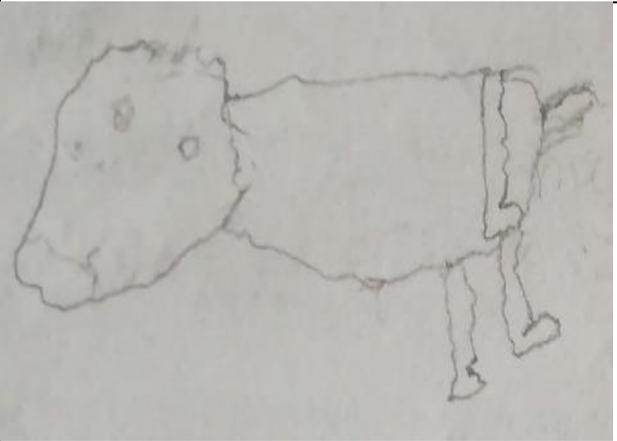
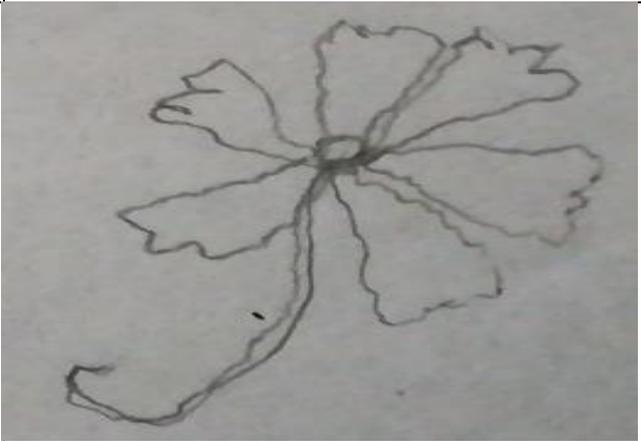
Participante 21: mujer	flor
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Manifiesta tener miedo cuando le sacan sangre para la analítica y miedo a la muerte. Por momentos se encuentra desconectada de la realidad. Hijo fallecido a los dos meses de nacido. Tiene hipertensión y degeneración macular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los trazos utilizados muestran un gráfico muy pobre, infantil, primitivo y un círculo que representa la cabeza. De la misma cabeza salen dos líneas que representan los brazos y dos líneas adicionales que representan las piernas. La flor si está graficada con más lógica y coherencia. ✓ Se muestra como una persona desconectada de la realidad, muy idealista y fantasiosa, su pensamiento está en otro lado, mostrando claro divorcio con la realidad y el contexto social en que se desarrolla. ✓ Está a la expectativa que la están mirando o lo que pueda estar haciendo, refleja cierto grado de agresividad. ✓ Muestra estadíos que sí puede establecer comunicación y seguir cierto tipo de instrucciones, recuerda algunos hechos o sucesos de su vida que los puede narrar sin dificultad, después puede perder contacto con la realidad y se encierra en su mundo.

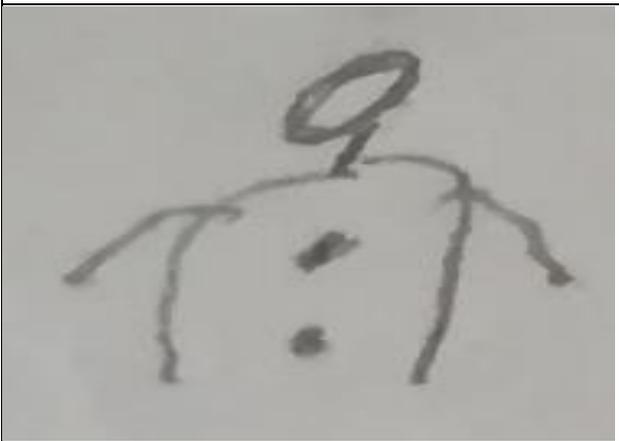
Participante 22: La hermana	Luna- gallina
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Muchas incoherencias en sus respuestas, habla bastante y dice que está muy bien pero que no se acuerda de las cosas, evoca mucho a sus padres y su vida con ellos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se muestra una cabeza claramente delineada con ojos vacíos boca abierta, pelo y pendiente, cuello y otros círculos de las que salen varias líneas cortas orientadas hacia abajo. ✓ Luego se muestra un círculo con ojos y boca que puede representar una cabeza, al lado un dibujo poco claro, y líneas circulares continuas. Refleja que, sí tiene cierto grado de discernimiento, se da cuenta de los hechos o sucesos de manera limitada. Puede establecer alguna comunicación de manera lógica y coherente, regresando luego a su mundo deteriorado. Existe un claro deterioro mental en su proceso cognitivo, pensamiento y procesamiento de la información. ✓ Es poco lo que puede hacer o aportar ya que está en su mundo limitado.

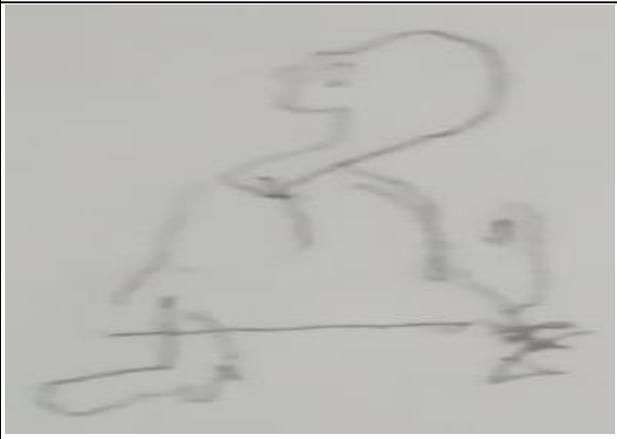
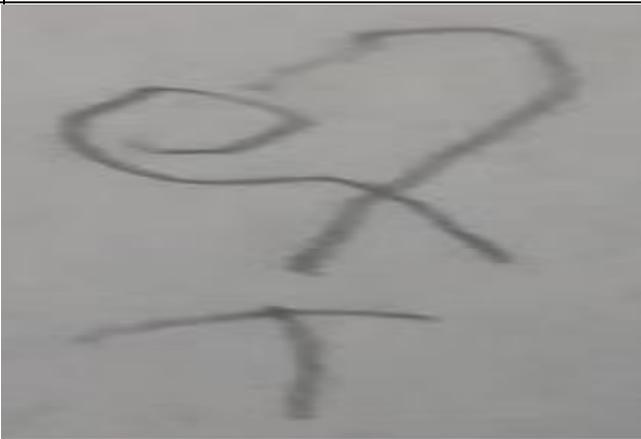
Participante 23: papá	rosa
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Ella habla como si tuviera una vida normal, menciona ir con bicicleta a Aranda de Duero a hacer las compras, que va con sus hijas y toda su familia, que debe preparar los alimentos. No es consciente del deterioro cognitivo. Menciona que se olvida poco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En el espacio se visualiza en la parte superior izquierda siete círculos que supuestamente, uno de ellos representa a su padre. En la parte derecha se aprecia siete gráficos aparentemente unidos que para la paciente es una rosa. ✓ Muestra serias limitaciones mentales para representar lo solicitado, sus gráficos son muy primitivos o infantiles evidenciando cierto grado de deterioro mental, con escaso contacto con la realidad, dificultad para establecer un correcto proceso a nivel de pensamiento y evocación. Está en su propio mundo, muy limitado.

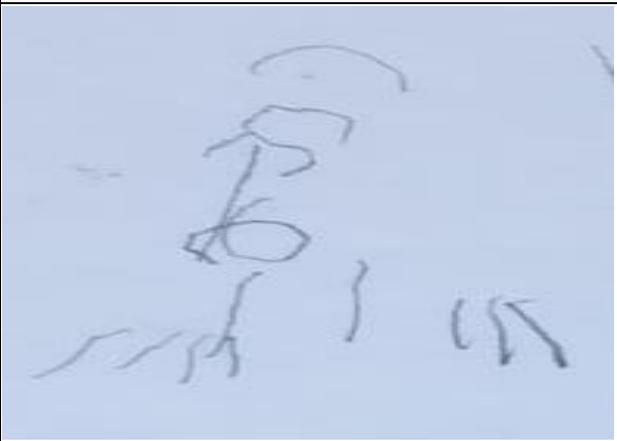
Participante 24: hermano	ramo de flores
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>La persona habla de su permanencia en la residencia, que las personas no son muy atentas con ella, no la tratan muy bien.</p> <p>Recuerda que su hijo menor la trataba mal y que no la viene a ver, el resto de sus hijos la vienen a visitar.</p> <p>Tiene miedo de estar en la residencia porque oye ruidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El de la parte superior izquierda, son trazos sin sentido ni orden, resaltando ciertas zonas con más presión (oscuridad) en la parte derecha de igual manera se aprecian líneas sin sentido ni lógica ni coherencia, resaltando algunas muy sombreadas. ✓ Evidencia serio deterioro mental, alejado del contexto y mundo circundante, está en su propio mundo, dificultad para seguir cualquier tipo de instrucciones, evidencia cierto grado de agresión que no puede canalizar. Tiene la idea de lo que se le pide, lo que evidencia que a nivel mental sabe a qué se está refiriendo, pero el proceso para evocar y plasmar lo que desea, está completamente nublado o en serio deterioro para plasmar lo que realmente desea.

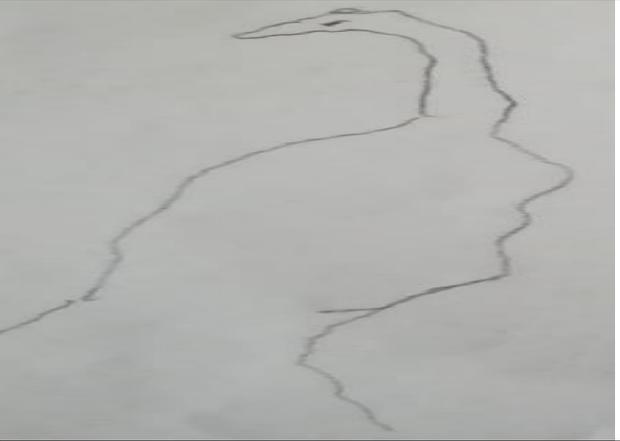
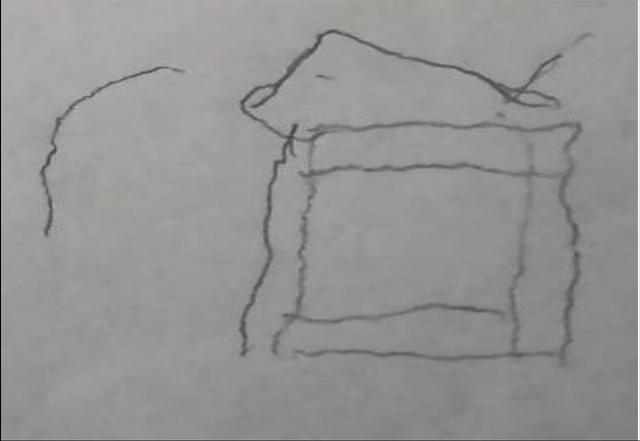
Participante 25: hombre	pelota
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Habla de lo mal que se llevaba con su esposo y por eso se separó.</p> <p>Su hijo la viene a ver siempre y a lo único que le tiene temor es a la muerte</p> <p>No es muy comunicativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un primer gráfico en forma de monigote, cabeza, piernas que salen directamente de la cabeza y dos líneas que parecen ser las manos unas salen de la cabeza y la otra flotando, al finalizar las piernas agregan unos trazos que aparentan ser zapatos. En el gráfico posterior, un círculo trazado con línea sinuosa y una mancha en su interior. ✓ Si bien es cierto que los gráficos son muy primitivos e infantiles, la persona que lo ha realizado, muestra cierto nivel de entendimiento y comprensión, es capaz de procesar cierta información, luego se muestra limitada para seguir otro tipo de órdenes, se queda en lo básico y sencillo. Puede colaborar y participar.

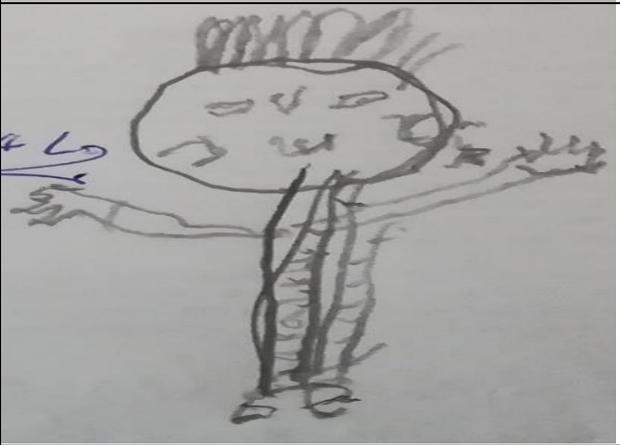
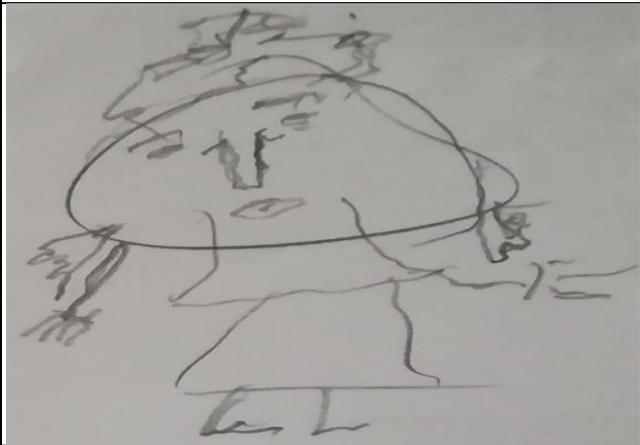
Participante 26: perro	flor
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Denota una tristeza amarga, su hijo se suicidó cuando tenía 14 años y eso la marcó. Recuerda que a él le gustaba la moto y no sabe porqué se suicidó.</p> <p>Esposo con Alzheimer ya fallecido. Ella tiene Parkinson, diabetes, presión alta y Alzheimer</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las líneas utilizadas son débiles, dudosas y otras algo más fuertes o normales, en la gráfica del perro logra realizar la cabeza, dibujando los ojos, boca y nariz, tres patas y la cola. La flor si está bastante bien ejecutada, con trazos firmes, con lógica y coherencia, visualizando realmente una flor. ✓ La persona se muestra algo tímida, dudosa, desconfiada de actuar o hacer algunas cosas que sabe que, si puede realizarlas, no muestra un severo divorcio con la realidad, se da cuenta perfectamente de lo que sucede en su medio, puede colaborar y participar. A nivel de pensamiento, si puede procesar cierta información básica y puede ejecutar lo que se le solicite.

Participante 27: hombre	flor
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Su hermana murió allí también de Alzheimer, otro hermano también falleció de Alzheimer, a otro hermano le atropelló el coche No se lleva bien con sus hermanos porque le quitaron unos huertos mientras él estaba delicado, luego le quitaron las cuentas de dinero. Habló también de darles muerte si no se encontraba en la residencia.</p>	<p>Ambos dibujos son considerados como garabatos, dibujos primitivos, infantiles, sin sentido para una persona de mayor edad. Esto refleja que está desconectado de la realidad, posible daño cerebral o deterioro mental o demencia senil, muestra algunos rasgos de contacto a la realidad, mentalmente algunos recuerdos llegan a su pensamiento, pero muestra seria dificultad para procesar la información que recibe del medio. Está muy limitado.</p>

Participante 28: mujer	corazón
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Piensa que como está muy mayor tiene dificultad para hacer las cosas y que por eso se olvida.</p> <p>La operaron de la cadera, de allí la llevaron a la residencia.</p> <p>Su única hermana falleció y también el cuñado.</p> <p>La vienen a ver sobrinos lejanos.</p>	<p>En el primer gráfico se muestra líneas tenues, poco claras, sin orden lógica y coherencia, es un monigote, primitivo, infantil, no expresa lo solicitado. En el siguiente gráfico, se aprecia dos líneas cruzadas que aparentan un corazón.</p> <p>La persona muestra un claro deterioro mental, alejada de la realidad, además muestra temor, duda, no sabe que está pasando, que sucede en su medio, muestra algunos rasgos de contacto con la realidad, pero desconoce el cómo reaccionar, se aprecia altos grados de fantasía, viviendo su propio mundo. Puede estar asociado a la demencia senil.</p>

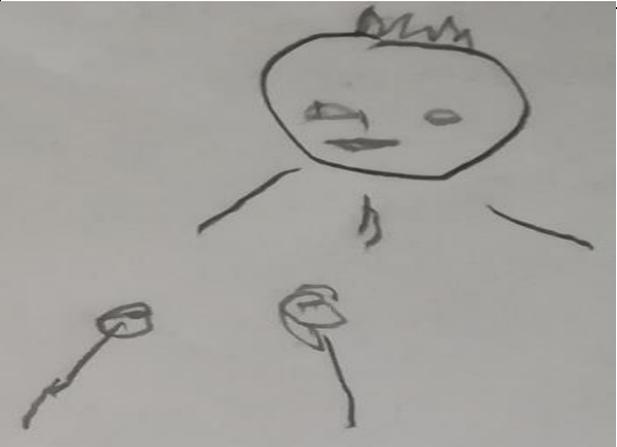
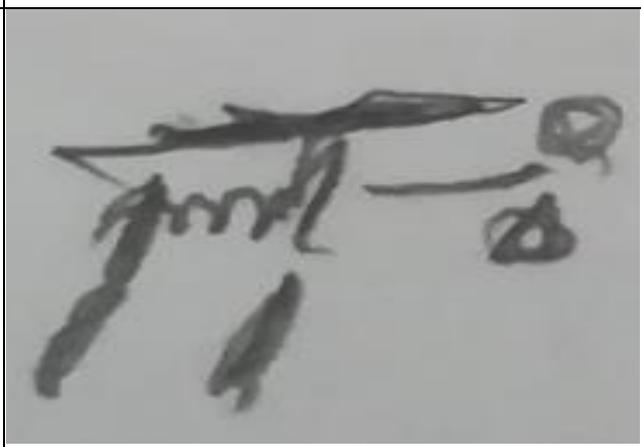
Participante 29: hombre	perro
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Piensa que su problema comenzó por la falta de audición y su visión que la perdió de a pocos.</p> <p>Su esposo se suicidó, no sabe por qué, pero sospecha que es por la calidad de vida que tenía, se tiró de la primera planta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se observan trazos de líneas simples, sencillas, tenues, sin forma que aporte alguna imagen concreta, en el segundo gráfico se aprecian líneas y un círculo que dan la apariencia de un perro. Ambos gráficos se muestran como dibujos primitivos. ✓ Se interpreta como una persona en deterioro mental, escasa relación con el medio social, dificultad para establecer una correcta interacción social y de comunicación con las personas que lo rodean, se muestra tímido, inseguro, no sabe lo que sucede, vive su propio mundo alejado de la realidad.

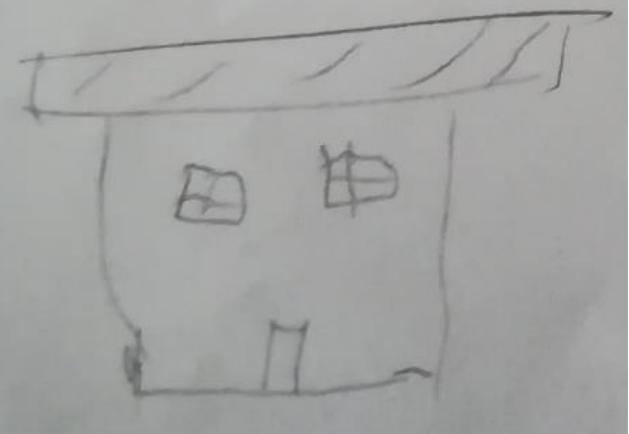
Participante 30: pato	casa
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Paciente cuyos sobrinos lo trajeron a la residencia, se siente muy feliz porque la gente lo saluda, lo tratan bien. No quiere salir de la residencia porque siente que está en casa y que las personas de allí son como su familia. Tuvo infarto cerebral, actualmente con metástasis hepática, soltero.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se aprecian líneas fijas y prolongadas para darle forma al dibujo y en la parte derecha, líneas cortas que dan forma a dos cuadrados y un pseudo techo para darle forma a una casa. ✓ La persona se muestra con rasgos de conciencia y entendimiento de lo que sucede en su medio, sabe lo que está sucediendo, sabe que hacer o responder cuando se lo soliciten, puede colaborar, luego regresa a su estado de aislamiento en sí mismo. Se puede realizar trabajos con él.

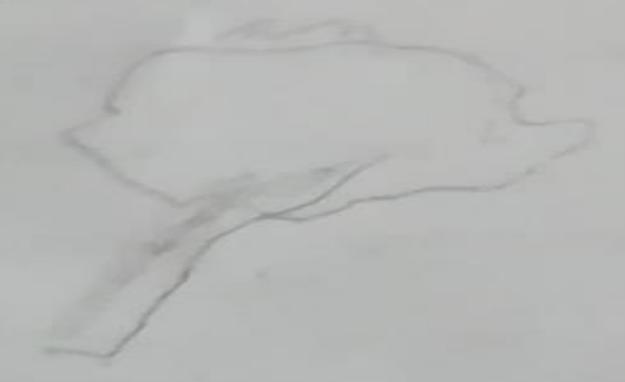
Participante 31: niña	señora
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>De niña era muy renegona y solo comía lo que quería, nunca ensaladas, ni frutas. Se casó con un uruguayo, vivió en Canadá, se quedó viuda con su hijo quien la hizo sufrir. En otro momento habla de su hija quien la viene a visitar en forma regular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se aprecian líneas simples y sencillas otras fuertes, líneas discontinuadas, punteadas y líneas sueltas, ojos vacíos, manos y dedos en forma de garras. ✓ Si la persona giró la hoja por propia iniciativa, evidencia que le agrada manejar o influir en su medio, llamar la atención, o sentirse como el centro de atención, no quiere ni le gusta mostrarse tal como es, se disfrazo, muestra rasgos de agresividad o no estar conforme o a gusto con lo que le sucede, evidencia rasgos esquizofrénicos, con deterioro mental.

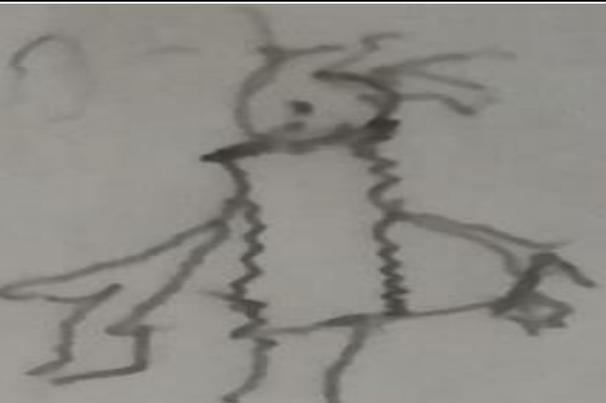
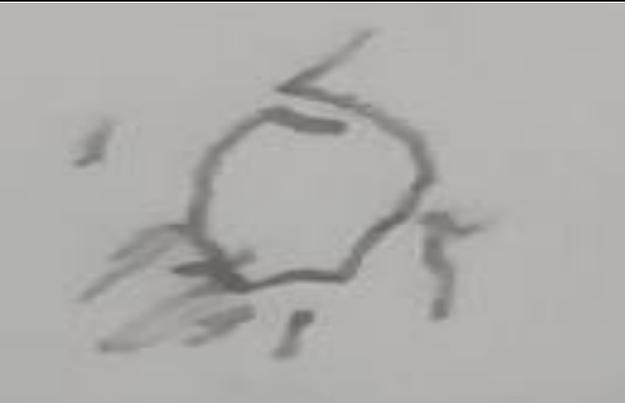
Participante 32: hombre-mujer	pelota
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Hace dos años se cayó y de allí al poco tiempo empezó con su deterioro cognitivo, no hacía nada en casa, ni hizo nada por su vida, su esposo es el que la apoya en todo, come lo que le gusta, es engreída.</p> <p>Su esposo se mudó a la residencia donde vive con ella. Él está sano.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los dos gráficos están realizados con trazos normales, se caracterizan por los círculos y las líneas que lo complementan son dibujos primitivos, sin lógica ni coherencia en su contenido. ✓ Se evidencia cierto grado de deterioro mental, alejado de su realidad, sin sentido con serias limitaciones para establecer contacto con la realidad, vive su propio mundo.

Participante 33: esposa	árbol
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Vive en la residencia con su esposa que también tiene un deterioro cognitivo tipo Alzheimer.</p> <p>Está feliz porque tiene a su esposa a su lado.</p> <p>Toma pastillas para dormir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los dos gráficos están realizados con trazos normales, se caracterizan por los círculos y las líneas que lo complementan son dibujos primitivos, sin lógica ni coherencia en su contenido. ✓ Se evidencia cierto grado de deterioro mental, alejado de su realidad, sin sentido con serias limitaciones para establecer contacto con la realidad, vive su propio mundo.

Participante 34: ella misma	oveja
	
<p>✓ Se aprecia líneas circulares y oblicuas, que no muestran un gráfico claro son simples gráficos infantiles.</p> <p>✓ La persona que lo realizó muestra serio deterioro mental, escaso nivel de razonamiento para interpretar y procesar alguna orden.</p> <p>Entrevista a profundidad</p> <p>No participó en entrevista</p>	

Participante 35: hijo (el que vive)	casa
	
<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Su esposo falleció de cáncer al colon hace 11 años, ella se deprimió primero por la muerte de su hijo hace 18 años y luego por la muerte de su esposo, aparte ha tenido microinfartos. Al hijo le gustaba la bebida y tuvo una vida desordenada, murió de un infarto cardiaco. Ella todo el tiempo ha sufrido de depresión y toma pastillas antidepresivas, es hipertensa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Por el tipo de trazos y líneas utilizadas se aprecia que el dibujo de la persona está flotando en el aire con líneas sesgadas y un círculo que aparenta la cabeza, en la casa son líneas simples, uniforme. ✓ La persona evidencia escaso contacto con su medio, se muestra fantasiosa, apartada de la realidad, sus gráficos son infantiles, primitivos sin mayores aspectos que resaltar, muestra deterioro mental.

Participante 36: El mismo	flor
	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los dibujos están realizados con líneas discontinuas, sesgadas, tenues, ralas, trazos sin sentido, son primitivos. ✓ La persona se muestra tímida, confundida, desconoce lo que realmente está pasando en su medio, no se da cuenta, no razona, simplemente perdió contacto con su medio y quienes lo rodean. ✓ Está en con deterioro mental. <p>Entrevista a profundidad No respondió a la entrevista</p>	

Participante 37: hijo	pelota
	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los trazos son simples, sencillos con líneas ondeantes, aparentan una pelota por la forma circular amorfa y un niño tipo monigote, sin lógica ni coherencia. ✓ Se muestra como una persona tímida, sumisa, sigue lo que le ordenan, su nivel de pensamiento y razonamiento es muy limitado. Evidencia deterioro mental. <p>Entrevista a profundidad No respondió a la entrevista</p>	

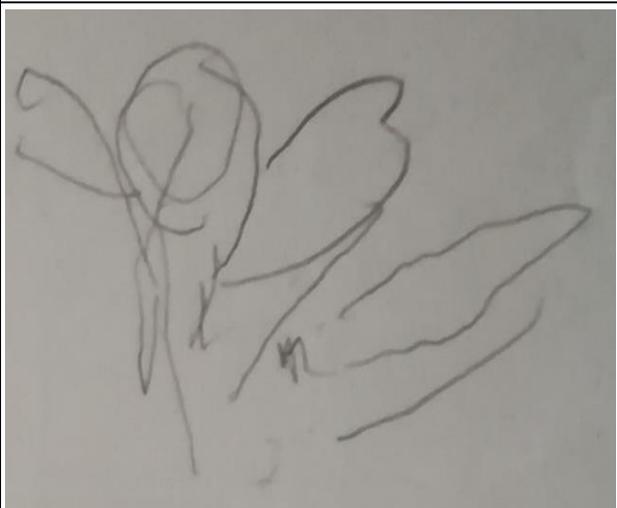
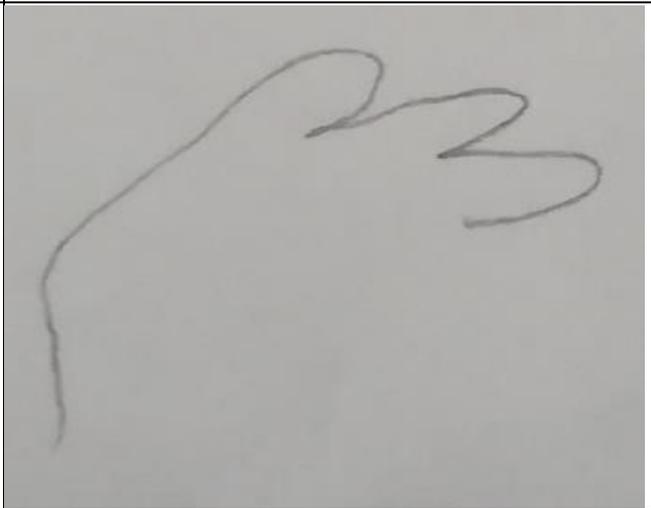
Participante 38: esposo	árbol
	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ En el espacio se aprecian algunos trazos uno en la parte izquierda inferior y otro en la parte derecha superior. La hoja está de manera vertical. ✓ Ambos gráficos están elaborados con trazos simples, sencillos, sin sentido, sin orden lógico y coherencia. No muestra ni representa nada. ✓ Es una persona que ha perdido el contacto total con la realidad, su pensamiento, memoria y razonamiento es nulo, vive su propio mundo. Deterioro mental. <p>Entrevista a profundidad No respondió a la entrevista</p>	

Tabla N° 56: Dibujos realizados por los participantes de España.

5.5.1 ANÁLISIS DE DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA Y DIBUJO LIBRE ESPAÑA

Algunos pacientes, evidencian cierto grado de contacto con su medio en la que pueden percibir la realidad y plasmar lo que observan, así también pueden expresar por medio de los trazos y símbolos lo que su pensamiento está produciendo. Se aprecia cierto grado de coherencia y lógica entre su pensamiento, memoria y todo el proceso de evocación a través de la grafía. Con estos participantes se puede realizar trabajos terapéuticos, dinámicas, actividades lúdicas, tareas laborales, música, danza, arte, etc.

Son personas que pueden liderar trabajos en equipos o en pares. En su comunicación a veces se quedan fijados en hechos, momentos o episodios de su vida las cuales la comentan y repiten muchas veces

Otro grupo de pacientes que muestran cierto grado de deterioro, no han perdido del todo su contacto con la realidad, muestran ciertos estadios o momentos de lucidez, sus reacciones son intermitentes, no se sabe realmente cuándo puede responder de manera lógica y coherente, seguir instrucciones, expresar su pensamiento y sentimientos, son impredecibles, se desconoce qué tipo de estímulos los pueden motivar para reaccionar de manera acertada, con ellos, se puede realizar trabajos terapéuticos en la que deben ser guiados y orientados.

Tenemos, otro grupo de pacientes, que han perdido todo el contacto con su medio y la realidad, donde existe una dependencia total para su asistencia personal, el deterioro es muy agresivo en la que la persona se comporta como un ente que solo tiene vida, mas no puede realizar ninguna actividad, seguir ordenes, tomar iniciativas, expresar sus pensamientos y sentimientos, actuando de manera muy primitiva, se muestran apagados, mirada perdida, posiciones catatónicas, ecolalia

6. CAPÍTULO VI: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

6.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DEL PRIMER ESTUDIO EMPÍRICO: (ENTREVISTA CUANTITATIVA)

En este primer estudio sobre en análisis cuantitativo de la Epidemiología cultural en pacientes con Alzheimer, hemos analizado cuatro dimensiones de acuerdo a las respuestas dadas por los participantes como son: 1) Datos generales: Lugar de nacimiento, profesión u ocupación, grado académico, fecha de nacimiento, género, N° de hijos y la variable si hubo intentos de quitarse la vida en el (ella) y su familiar. El objetivo de estas preguntas es conocer los aspectos fundamentales de los participantes en el estudio. 2) Dimensión socio familiar: Cuál es su religión; si tuvo abortos, como fue su vida y si ha participado en actividades de ayuda social; 3) Hábitos y estilos de

vida: Como define su carácter; hábitos de consumo en el paciente y su entorno (tabaco, alcohol, drogas); deportes o actividad física, alimentación, presencia de comorbilidades, y problemas al dormir y 4) Creencia sobre la enfermedad: Si tuvo y tiene algún familiar con Alzheimer; creencia si sus hijos podrían tener la enfermedad, y las causas que la persona cree a que se deba su enfermedad.

Se ha cumplido con los objetivos propuestos como: Describir las experiencias vividas en relación a su entorno y la sociedad, analizar semejanzas y diferencias en función de factores socioculturales en ambos países, analizar y evaluar el posible impacto de los elementos psicosociales en torno a la patología del Alzheimer, analizar el posible impacto del nivel educativo, identificar y analizar los posibles factores de riesgo que inciden en la aparición de la enfermedad, analizar la influencia de los factores socio-demográficos, entre ellos el género, edad y número de hijos y analizar la edad de los participantes y las condiciones de vida en ambos grupos poblacionales.

En cuanto a las hipótesis, las tendencias epidemiológicas del deterioro cognitivo tipo Alzheimer en España y Perú, se asocian a los diferentes factores de riesgo de las poblaciones estudiadas en cada uno de los países. Asimismo, en las hipótesis específicas sobre las experiencias vividas de los pacientes con Alzheimer en Perú y España, tendrán algunos puntos comunes. Esos puntos son la comorbilidad, presencia de problemas para dormir, familiares con Alzheimer, creencia de tener en un futuro hijos con Alzheimer, grado académico, lo mismo en la variable género, hay mayor porcentaje de mujeres entrevistadas con Alzheimer, por último, son más los hombres que presentan adicciones al tabaco y alcohol que las mujeres.

Los factores socioculturales de los pacientes peruanos repercuten en su calidad de vida, por las condiciones con que llevan la enfermedad, los hacen más propensos a morir sea por la falta de atención médica, falta de acompañamiento de sus familiares, limitada condición económica, su mala alimentación y el poco o nulo control médico.

Las tendencias de los elementos psicosociales en torno al Alzheimer tienen factores comunes en ambos países sea por el cambio de modo de vida de sus familiares, los cuidados que se deben dar a estos enfermos, los recordatorios frecuentes, adaptarse a las necesidades del paciente. Sin embargo, difiere en las posibilidades que tiene el paciente de España en acudir a centros de apoyo del Alzheimer que no tiene el paciente de Perú.

Los niveles educativos del Alzheimer en ambos países tienen los mismos principios, aunque la oportunidad es diferente. En el grupo de España, una hipótesis es que no pudieron tener acceso a la educación por los problemas de la guerra civil, que ocurrió en el primer tercio del siglo pasado, en el Perú el terrorismo vino después y a pesar de todo, muchos consiguieron estudiar.

Los factores de riesgo son comunes en algunos casos como la depresión, el modo de vida, el trabajo etc., sin embargo, los pacientes peruanos tienen más factores de riesgo por la misma situación de incertidumbre que se vive en el país.

El análisis de los factores sociodemográficos, tiene un mayor impacto en el Perú donde hay una superpoblación; al 2020 tenemos 32'162,184 habitantes con una superficie de 1'285,220 k², con 25 habitantes/k², sin embargo, falta aclarar que tenemos amplias zonas como montañas, valles, desiertos sin que haya habitantes, la mayoría está concentrada en Lima con más de 9 millones y medio de habitantes. En España tenemos 47'329,981 habitantes con una superficie de 505,990 km², con 94 habitantes/k². Lo mismo que en Perú, la mayoría está concentrada en su capital Madrid con 6'685,471 habitantes. En el Perú el control de la natalidad es muy escasa y la adherencia a ello no se da en pueblos alejados razón por la que tienen más hijos y eso lo vemos en la presente investigación.

Las personas estudiadas, si bien tienen factores comunes en cuanto a educación, dista mucho de la calidad de vida, ya que a pesar que los trabajos pueden ser los mismos;

las condiciones con que se realizan en el Perú distan mucho de las que se realizan en España. Recordemos que en el Perú aproximadamente entre 70 a 80% de la población es netamente informal, la población no tiene un trabajo seguro remunerado quinquenalmente o mensualmente, somos pocos los privilegiados y la mayoría se dedica a trabajar en forma ambulatoria, es decir “día que no se trabaja, día que no se come”. Generalmente los padres de familia e hijos trabajan en las calles vendiendo cualquier material de alimentos, adornos, útiles de escritorio, oficina, o cualquier insumo que pueda valerle unos soles para su manutención.

En el caso de la población que tiene un “trabajo seguro”, este no es suficiente para el sostenimiento familiar, por consiguiente, ambos cónyuges o pareja de hecho, debe tener por lo menos dos trabajos para poder tener una calidad de vida adecuada.

Estos factores son condicionantes para adquirir enfermedades crónico degenerativas ya que generalmente los padres o hermanos mayores se dedican a trabajar todo el día, no hay momentos de ocio, las comidas o almuerzos se dan a cualquier hora ya que “primero es el trabajo”.

Si mencionamos el sistema de salud, cada día más deteriorado, con un médico para 781 pacientes en caso de Perú y un médico para 250 pacientes en caso de España, vemos que el caso de Perú, si analizamos que el personal sanitario se encuentra concentrado en Lima, a pesar que el gobierno hace denodados esfuerzos por integrar el equipo de salud en zonas alejadas, muchas veces no cuenta con transporte público, dificultades en el acceso a los centros y puestos de salud, con falta de personal, insumos e infraestructura carente de lo básico para el primer nivel de atención como son los centros y puestos de salud.

En caso de España, vemos que el sistema de salud está más acorde a la cantidad de atenciones que se realiza diariamente. Ambos países tienen el factor común del

limitado personal médico, sin embargo, en el Perú, vemos más limitaciones en ese aspecto, lo que suma ya a los bajos ingresos del personal médico.

Los galenos peruanos deben abocarse cuatro horas a las atenciones médicas y dos a las administrativas, haciendo un total de 6 horas, sin embargo, la ausencia de personal obliga a dedicarle la jornada entera a las citas; lo más grave es que, cada médico debe recibir según el reglamento 20 a 30 pacientes por día, sin embargo, recibe a más de 50 disminuyendo la calidad de atención y por consiguiente la presunción diagnóstica y el tratamiento. Otro factor es que tenemos más nacimientos, además la esperanza de vida aumentó a un promedio de 76 años, solo que esta población se encuentra con enfermedades crónico degenerativas haciendo uno de los servicios de salud en forma continua ocasionando un gasto en salud que podría haberse evitado con las medidas preventivas.

Muchas veces el personal médico, debe llevar sus propios implementos para suturar heridas y atender a la población. Se ven casos diarios donde el mismo medico compra los medicamentos y paga algunos exámenes de laboratorio a sus pacientes por calidad humana.

Con respecto a la población española, que es más ordenada en ese sentido, se tienen espacios donde hay reuniones sociales, almuerzos en familia o con amigos, el tráfico ordenado, poco hacinamiento y por ende escasa delincuencia, hacen que el comportamiento de esta población sea más adecuada y con un sistema de salud organizado a pesar de tener algunas falencias en cuanto a las citas médicas que se entregan a los pacientes con los espacios relativamente lejanos.

Cada médico en España atiende una media de 30 pacientes diarios, dependiendo de la especialidad, los pediatras por ejemplo atienden un promedio de 21 niños por jornada. En España se tienen menos nacimientos y mayor esperanza de vida.

Otro factor importante es que, en el Perú a diferencia de España, el trabajador autónomo o ambulante no cotiza, no existe una reglamentación, artículo o directiva que lo obligue a hacerlo, además tampoco lo podría hacer porque los ingresos que recibe son ínfimos o simplemente no recibe nada por la venta de sus productos.

El seguro universal peruano conocido como SIS (Seguro integral de salud) es incompleto, muchas veces el mismo paciente debe comprar desde los guantes quirúrgicos hasta los insumos para una simple curación que le realizan en el establecimiento de salud, mientras que un autónomo de España, es aquel que invierte su tiempo de acuerdo a sus necesidades y las de sus clientes. En muchos casos no cumplen horarios rutinarios o de oficina, tienen la autonomía de modificar su agenda de acuerdo a la carga de trabajo que posean y en la mayoría de los casos ofrecen sus servicios por medio de contratos, especificando el tiempo que trabajarán para el empleador y bajo qué condiciones.

La edad y las condiciones de vida, repercuten en el desarrollo de la enfermedad. Un aspecto importante que recalcar es que, en el Perú la población inicia su trabajo a temprana edad, muchas veces en condiciones infrahumanas, es normal ver a niños trabajando desde muy pequeños y muchas veces no estudian, esto podría repercutir en el desarrollo de la enfermedad en aquellos participantes tanto de España como de Perú que no tienen estudios o sólo tienen estudios básicos. Esto es uno de los muchos indicadores que podrían considerarse factores de riesgo para el desarrollo del Alzheimer.

Urge en base a los resultados encontrados, primero socializar los datos de este estudio en los establecimientos que tratan pacientes con Alzheimer, así como asociaciones de familiares de pacientes con Alzheimer, residencias, casas de reposo y todo establecimiento que trabaje con esta población vulnerable.

Tanto en Perú como en España no se conoce la dimensión del concepto EPIDEMIOLOGÍA CULTURAL y sus implicancias integradoras, cuyo objetivo prioritario es aplicar diversos métodos y aproximaciones en función de la dimensión multifactorial de las enfermedades, incluyendo lo más importante de las categorías que es el “daño evitable”, y todos los indicadores para enfrentar el daño. Por ello consideramos que la Epidemiología Cultural, constituye una herramienta que debe aplicarse en diferentes estudios de investigación descriptivos, analíticos, de casos y controles, estudios epidemiológicos, estudios retrospectivos, estudio de caso, revisiones sistemáticas y en la parte clínica, asimismo, debe formar parte del equipo de salud; por ejemplo, los médicos conocen el caso de los Testigos de Jehová que prohíben a sus integrantes realizarse transfusiones sanguíneas y sus derivados, o los pertenecientes al movimiento religioso Hare Krishna, que tienen una alimentación vegetariana. Entre los argumentos, del por qué estas dietas incluyen el cuidado del medio ambiente, bienestar animal y consideraciones de salud, en general, esta dieta se asocia a mayores beneficios para la salud por la composición de los lípidos y la mayor ingesta de fibra dietética, la eliminación de la carne roja se ha asociado a una disminución del riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y presentan finalmente mejores estilos de vida (Brignardello G et al., 2013).

La comunidad practica el ayuno dos veces al mes, por lo general los hombres lo realizan por todo un día, incluso sin consumir agua y las mujeres por medio día. Dentro de su alimentación incluyen gran cantidad de lentejas y garbanzos, frutas, avena, leche de alpiste, leche de almendras, de arroz o de coco. (Albero et al., 2004)

Por consiguiente, el Perú es un país multicultural, el medico no conoce todo, es importante identificar los diferentes grupos étnicos, costumbres, alimentación y factores de riesgo para conocer más la enfermedad. El fenómeno de la enfermedad como proceso colectivo, se nutre de saberes y recursos reconocidos y no reconocidos como científicos, es decir el conocimiento científico y el conocimiento empírico. La

salud enfoca un marco netamente relacional sintetizando diversas esferas de la calidad de vida.

Una de las principales limitaciones del trabajo en el Perú es la pandemia de COVID19 que, de acuerdo a las investigaciones de la Universidad Johns Hopkins, de EEUU, Perú ocupó el primer puesto en muertes por millón de personas y es el único país de Latinoamérica por exceder las 600 muertes por millón de habitantes; esto no nos permitió terminar el trabajo en los primeros meses de mi retorno al país ya que la ciudad fue confinada en su totalidad desde el inicio de la pandemia. Las Instituciones que trabajan con pacientes y familiares con Alzheimer no estaban autorizados a la aprobación para trabajar con los pacientes por considerarse población extremadamente vulnerable, inclusive tuvimos poco tiempo para realizar las encuestas ya que al inicio sus familiares no dieron el consentimiento informado.

Se incluyó en el estudio a personal médico y Tecnólogo médico que nos apoyó con los pacientes a los que realizamos encuestas, razón por la que tenemos una limitación en el número de participantes que conseguimos con muchísimo esfuerzo, ha sido un reto realizar este estudio ya que a pesar de las dificultades conseguimos nuestro objetivo de realizar las entrevistas a los pacientes con Alzheimer de Perú.

Con respecto a España, el estudio se terminó justo en la primera semana de iniciar la pandemia y con órdenes de no visitar ya las residencias por disposición del gobierno, en contrapartida ya tenía la cantidad adecuada de entrevistas, lo cual me permitió continuar con el estudio.

Algo que desconoce el personal sanitario y los familiares de pacientes con Alzheimer son la legislación vigente, que en caso de Perú, no se cumple por las prioridades de investigación en la cual, no está incluida la enfermedad de Alzheimer y la otra razón fundamental es por la poca o nula importancia que se da a esta población vulnerable. Los familiares carecen de medios económicos para internarlos en un Centro de Adulto

mayor o el asilo de ancianos como se llama en el Perú, teniéndolos en sus casas, con escasa atención y que muchas veces fallecen por las comorbilidades o accidentes de tránsito ya que carecen en su mayoría de personal que pueda acompañarlos en todo momento.

En el caso de España también se tiene este desconocimiento y al margen de ello, todavía algunos familiares tienen los medios económicos para costear el ingreso a las residencias de sus familiares directos, lo cual les permite tener una mejor calidad de vida.

Esperamos que con estos resultados y las propuestas planteadas nos sirvan para incluir los aspectos socioculturales dentro de la vigilancia epidemiológica, la evaluación clínica y el tratamiento de los pacientes con Alzheimer en ambos países estudiados.

6.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DEL SEGUNDO ESTUDIO EMPÍRICO: ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Cumplimos con los objetivos propuestos:

Describir las conductas, creencias y actitudes desde el punto de vista de la Epidemiología Cultural. Los participantes peruanos denotan mayor tristeza y melancolía en sus miradas, vemos con mayor detalle que algunos de ellos lloran al recordar los episodios tristes de su vida, sea por la pérdida de un familiar, por la pobreza o por los problemas familiares. Si bien este aspecto también se ha percibido en los participantes de España, se da con mayor énfasis en el grupo peruano. El factor común de ambos es la creencia en Dios y el hecho de profesar la religión católica. Se puede concluir que los pacientes peruanos tienen mayor tolerancia a las situaciones adversas, sea por la costumbre de vivir en medio de ella o por el tipo de vida que ha llevado.

Describir las experiencias vividas en torno a la sociedad en relación a las causales de su enfermedad y discriminación vivida. Se ha descrito las experiencias vividas

en torno a la sociedad en relación a las causales de su enfermedad y discriminación vivida. Ambos grupos informan no haber sufrido de discriminación, sin embargo, los participantes peruanos tienen una percepción que serán discriminados más adelante.

Analizar los miedos y su implicancia en el transcurso de su vida. Al hacer un análisis de los miedos y su implicancia en el transcurso de su vida, vemos que ambos grupos denotan miedo a todo y a todos, sobre todo en caso de participantes españoles, los peruanos especifican más el miedo al terrorismo y el miedo a la pobreza, más alejados se tienen los miedos a pensamientos negativos (España) y miedo a los problemas económicos (Perú)

Explorar las experiencias vividas en torno a su pasado, presente y lo que espera del futuro. En relación al pasado, los factores comunes de ambos grupos, es que todos han padecido por diversas experiencias de vida sea la muerte de un familiar muy cercano, el tipo de trabajo que tenían, problemas de ansiedad y depresión en algunas vivencias. En la actualidad la situación es muy parecida, esto se acrecienta mucho más en los participantes peruanos, la preocupación constante por lo que le depara el futuro con la situación muy limitada es un factor constante. Se observa una mayor tranquilidad de su vida en los participantes españoles, por ello la palabra que se repite con mayor frecuencia en el Perú es “muerte”, mientras que en España es “familia”

6.3 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DEL TERCER ESTUDIO: ELABORACIÓN DE LA FIGURA HUMANA Y LIBRE

Describir la desestructuración a través de los dibujos realizados en los participantes. Respondiendo a este objetivo y a la hipótesis, en el cual, decimos que los dibujos de la figura humana y figura libre se asocian al estadio evolutivo de los participantes con la Enfermedad de Alzheimer.

El deterioro cognitivo es directamente proporcional a la desestructuración de la figura humana, perdiendo su característica normal, es así que hemos observado dibujos con

detalles deteriorados como los dedos, ojos, cejas, nariz, etc. con la preservación solo de las estructuras básicas como cabeza, tronco y extremidades, inclusive se ha visto obviar el tronco en algunos participantes. Otro aspecto que se ha observado momentos previos a la realización del dibujo es al levantar el bolígrafo y hacer movimientos en el aire tratando de colocar el bolígrafo en el papel. (Faundez-Zanuy et al., 2013)

Algunos de los entrevistados realizaron múltiples movimientos antes de plasmar lo que se les solicita en el dibujo. Esto es una característica de la Enfermedad de Alzheimer. Otro dato importante es la presión que ejercen sobre la hoja, siendo muy fuerte la presión sobre el papel, lo cual también dificultó realizar el dibujo libre que se les solicitó.

Analizar los dibujos de la figura humana y el dibujo libre realizado y corroborarlo con la Enfermedad de Alzheimer. Los dibujos están relacionados a sus vivencias y al hacer un análisis de los trazos, estas muestran deterioro cognitivo y en algunos casos no representan lo que dicen que han dibujado, sus trazos son primitivos, discontinuos y con deterioro que va desde el leve hasta el severo.

Correlacionar los resultados encontrados en el estudio cualitativo y el dibujo libre. Los pacientes entienden el término “pintar” antes que “dibujar”. Evocan a la persona que han amado y que ha significado mucho en sus vidas, puede ser un hijo, esposo (a), hermano, padre, madre, etc., por ejemplo, una participante con diagnóstico de diabetes dibujo la palabra “dieta”, otro paciente manifiesta su felicidad dibujando una flor. Los dibujos realizados están relacionados con la naturaleza, animales, árboles, plantas, aves como pájaros, palomas, patos, otros animales como ovejas, perros, también evocan a personas en actividad (mujer barriendo, niño jugando con la pelota). Algunos una vez que concluyeron con su dibujo, dijeron no acordarse lo que habían dibujado.

Hay casos que dibujaron el recuerdo de la muerte de un hijo o un ser que falleció y que en algunos casos repercutió en el desarrollo de la enfermedad según sus familiares.

Este estudio solo se pudo realizar en España por el problema de la Pandemia Covid19.

7. CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

7.1 CONCLUSIONES PRIMER ESTUDIO

Al hacer un análisis de ambos grupos de pacientes, vemos ciertas diferencias significativas. Uno de los datos es el sexo, en el cual coinciden con todos los estudios sobre el Alzheimer. El sexo femenino prevalece en el estudio. De acuerdo con la Alzheimer's Association, el 65% de las personas que sufren Alzheimer son mujeres, lo que explica el por qué son la mayoría de los residentes en la atención de casos por Alzheimer.

Otra de las diferencias es que vemos un mayor número de pacientes de Perú que tienen estudios secundarios y universitarios a diferencia del mayor porcentaje de pacientes en España que cuentan solo con estudios primarios o no poseen estudios, inclusive hay profesionales con grado de maestría. Los grupos son similares porque en ambos hemos trabajado con pacientes de Lima e interior del país (regiones) y en España de las diferentes ciudades de Burgos, Madrid, Islas Baleares entre otros. La cultura de los peruanos es que, si no tienes una carrera universitaria, no podrás tener una vida digna ya que solo algunos profesionales alcanzaran a tener un “trabajo seguro”, pero para ello deben ingresar a una universidad estatal que muchas veces ingresan después de 3 a 4 años de preparación insistiendo año a año. Aquí, vale la pena realizar un análisis en torno a que los nacimientos de estos pacientes en España, concuerdan con la guerra civil (1936- 1939) y continúa con las repercusiones en los años siguientes. En esa época había mucha escasez y la preocupación fundamental de las familias era la alimentación y sacar adelante a sus hijos, eran pocas las familias que disponían de medios suficientes para pensar en dar una formación a sus hijos.

En el caso del Perú, el principal flagelo fue el terrorismo, el cual fue dividido en periodos; primeros atentados y emboscadas (mayo de 1980-enero de 1983). Escalada y pico de la violencia: masacres y atentados (enero de 1983-junio de 1986). Despliegue nacional del terrorismo (junio de 1986-marzo de 1989). Puedo incluirme como parte de la historia cuando comenzó el año 1980, yo había ingresado a la universidad, es por ello que tenemos esta discordancia entre el grado de educación entre España y Perú.

Los entrevistados de España han brindado mayor ayuda social que nuestros entrevistados de Perú, esto se puede deber a la situación económica del Perú donde las personas necesitan tener dos o tres trabajos para subsistir y entre el 70 a 80% de la población trabaja para el día y su sustento es de la labor que realiza en el día a día. Otros problemas son el endeudamiento, bajos niveles de educación, y salud no controlada. Por otro lado, la situación económica de España es totalmente diferente, los salarios mensuales e inclusive particulares pueden sostener una canasta familiar. Aquí vemos una brecha muy grande entre ambos países.

En Perú, los pacientes con Alzheimer tienen mayor cantidad de familiares con esta enfermedad que en España. En nuestro país no tenemos residencias o lugares especializados en tratar a estos pacientes. Los que ya tienen un diagnóstico de deterioro cognitivo se quedan en sus casas (si es que las tienen) con sus familiares quienes con mucho esfuerzo se turnan para atenderlos, en algunos casos los pacientes son jubilados, el dinero que reciben de esa jubilación es ínfima (hablamos de 100 a 500 soles en el mejor de los casos), un equivalente a 29 a 142 euros. Esto dificulta, el tener una calidad de vida por lo menos con lo básico para su sustento.

La cultura del poblador peruano es vivir en grupos o en familia. Hay casos en que los hijos o familiares llevan a sus padres a vivir a su hogar. Difícilmente se encuentra un anciano viviendo solo por diversos motivos (no tiene casa, no le alcanza el dinero para los pagos, menos para un alquiler, medicinas, comida, etc.). La particularidad de las familias peruanas es que viven en grupo sea con los nietos, nueras, yernos, así la

canasta familiar se multiplica y todos aportan para la manutención. Caso antagónico el de España, cuya costumbre es en muchos casos el de vivir solos. Hay ancianos que viven solos en sus casas, sus familiares los vienen a ver y algunos se encuentran en residencias. En Perú, se añora mucho a la familia, se está acostumbrado a las visitas familiares, vivir con ellos a pesar de los problemas que se pueden suscitar por los enfrentamientos entre familiares sea por problemas económicos, caracteres diferentes o invasión a la privacidad.

Los principales problemas del por qué tendríamos no solo problemas de Alzheimer sino otros problemas de salud y las comorbilidades son la inseguridad, falta de acceso a los seguros de salud, acceso a los servicios básicos nulos o limitados, bajos niveles de educación, la informalidad, corrupción, trabajo infantil, situación precaria en cuanto a los derechos humanos, vandalismo juvenil, y hasta problemas raciales, pobreza y trabajo negro, economía sumergida (informalidad en la labor del trabajador peruano), el 75% de la población trabajadora de Perú, está involucrado en el trabajo negro, esto quiere decir que no tienen un trabajo regular, por lo que no reciben beneficios como seguro social, ni aportes a una jubilación, dificultades de acceso a la vivienda digna, analfabetismo, carencia formativa, etc.

Son más los entrevistados de España, que manifiestan creer que tendrán hijos con Alzheimer que los de Perú, quizás por el hecho que no tengan estudios, tienen dificultades para discernir este pensamiento. En esta variable, el peruano es optimista frente al futuro incierto que se puede presentar.

En el Perú, se cree, que todavía en algunos lugares, el hombre es el que debe trabajar y cómo los pacientes son mayores, pertenecen a ese grupo, por ello la cultura del poblador peruano es que ellos deben estudiar más que las mujeres. En este estudio, vemos pacientes hombres con grado académico universitario a diferencia del mayor porcentaje de pacientes mujeres con grado académico primario.

Otro de los problemas que aqueja a la población peruana, son los casos de insomnio y esto sucede en una gran cantidad de la población. En el estudio del Perú, los pacientes con problemas para dormir son aquellos que alcanzan un grado académico secundario y universitario, a diferencia del mayor porcentaje de pacientes sin problemas para dormir en los que alcanzan grado académico primario o sin estudios de España. Cuanto más estudio se tenga, mayor será la carga de pensamientos negativos, ansiedad, depresión y estrés en la población. Cuanto menos estudio, menos será la preocupación por el ¿Qué pasará? El factor común de las mujeres, es la preocupación constante por los hijos y esto es por la realidad en que se vive en el cual se tiene una inseguridad ciudadana. Es muy difícil, “estandarizar” una sola respuesta de los pacientes entrevistados, ya que provienen de las diferentes regiones del país y cada una tiene sus particularidades, recordemos que en el Perú se hablan 47 lenguas nativas, cada departamento tiene sus propias costumbres, el quechua de Ayacucho es diferente al idioma quechua del Cuzco, Cajamarca, Huánuco, Huancavelica y otros departamentos. Al igual que sus costumbres ancestrales cada uno los tiene y no lo podemos generalizar, por eso decimos que el Perú está constituido por 24 departamentos que serían como si fueran 24 países dentro de uno más grande.

Hay una diferencia de edades entre Perú y España. En España, la esperanza de vida es de 81 años para hombres y 86 para mujeres, mientras que, en Perú, la esperanza de vida es de 74 a 79 años para hombres y mujeres respectivamente. Este dato está representado en el estudio, en el cual, el promedio de pacientes de Perú tiene menor edad que los pacientes de España, es posible que en el Perú se tengan mayores factores de riesgo, dada la situación en la que vivimos hace muchos años con la pobreza, la discriminación, desigualdades, la informalidad, delincuencia a los cuales se ha sumado, poblaciones que han llegado al Perú de los países de Venezuela y Colombia que potencian más este problema.

Otro indicador de la diferencia social entre ambos grupos es el número de hijos, mientras que, en España, el número de hijos de los entrevistados llega máximo a 6, en

el Perú tenemos hasta 11. El machismo es mucho más acentuado en Perú que en España, por ende, hay actitudes machistas que condicionan el comportamiento de las mujeres. En algunas regiones, inclusive en algunos lugares de Lima, donde las mujeres no pueden asistir solas a los consultorios médicos, deben ir “supervisadas por el esposo o pareja”, otro factor es que, en algunos lugares de la sierra, el esposo no permite el uso de ningún método anticonceptivo y menos el uso del preservativo por parte de él, caso contrario su comentario es “*me estás engañando*”. En ambos países la otra forma de machismo que se manifiesta es con las muertes por violencia de género, en España estas muertes hasta mediados del mes de noviembre de este año, se contabilizaron en 79 víctimas, mientras que, en Perú, hasta el mes de octubre de este año se tuvieron 111 víctimas.

Esta inequidad en el trato a las mujeres, se evidencia con la cantidad de hijos que se tienen mayormente en los pueblos alejados, donde el personal de salud debe visitar a la población y, realizar charlas preventivas promocionales, cuya respuesta de la población muchas veces es nula o muy pobre. Hay situaciones en las que las mujeres del interior del país prefieren tener hijos porque el estado les entrega una canasta de víveres en forma mensual y estos productos son compartidos por toda la familia. Otro factor, es que prefieren alimentar a los abuelos antes que a los hijos. La cultura de los padres es que, si alimentan a los hijos, engordaran y así ya no recibirán los alimentos que les da el estado, ya que personal de salud acuden a sus casas a realizar el control de peso y talla de los niños, por ello los niños casi siempre están desnutridos y propensos a tener anemia, parasitosis y otras enfermedades infecciosas.

Cabe mencionar que ambos grupos profesan la religión católica y este es un factor común en ambos países a pesar que en el Perú se han incorporado diferentes religiones o sectas como los evangélicos, adventistas, mormones, israelitas, Testigos de Jehová entre otros, lo mismo que en España.

Como consecuencia del problema social, no llama la atención del intento de suicidio en mayor cantidad de nuestros entrevistados peruanos con respecto a los españoles. La delincuencia en el Perú impera en las calles, los trabajos que se debe ejercer (dos o tres) dificultan cada vez más la permanencia de la familia unida, generalmente son los padres quienes solo comparten en la noche con los hijos quienes están solos durante parte del día cuando regresan del colegio o estudios técnicos o universitarios, la zozobra que se vive en las calles por la presencia de ambulantes vendiendo productos a toda hora, sumados a la delincuencia, el tráfico, etc. repercuten en la vida del poblador. Por ello, no es casual que más pacientes de Perú piensen más en el suicidio en comparación con sus pares de España.

Las enfermedades cardiovasculares prevalecen en pacientes del Perú con respecto al de España. Esto puede ser multifactorial. El tipo de alimentación, tipo de trabajo, falta de ejercicios, estrés, calidad de vida, etc. En cuanto a lo primero, nuestra alimentación incluye en todos o casi todos los platos, el arroz y las papas o patatas, es una costumbre de años esa constitución de nuestra comida, los dos o tres trabajos para la manutención de la familia, el caos vehicular, la delincuencia, la falta de una medicina preventiva en la población hacen que se tengan mayores factores de riesgo para desarrollar estas enfermedades. Los pacientes de España tienen la costumbre de realizar ejercicios o actividad física, es frecuente ver caminar a los mayores, algo que no se puede realizar en el Perú porque el peligro con la delincuencia es inminente, sumados al tráfico y caos vehicular, sus comidas van acompañadas del vino, un acompañamiento cuyo estudio lo ha definido como beneficioso en la persona, se tiene poco estrés, el ordenamiento de la ciudad es tal que se tiene más controlado a los pocos delincuentes, las penas de cárcel son mayores, hay más control, definitivamente es una situación que difiere totalmente al Perú.

En cuanto a lo que piensan los entrevistados con respecto a la presencia del Alzheimer en Perú y España, manifiestan que es debido a que han cuidado poco su salud y mala suerte respectivamente. Se tienen dos concepciones antagónicas, mientras que los

pacientes peruanos son conscientes de la calidad de vida que llevan cuyos resultados es posible que se desencadene en la presencia de esta enfermedad, los pacientes españoles creen que no podrá existir ninguna razón por la que tienen esa enfermedad y lo atribuyen a su mala suerte.

Como vemos, las culturas de ambos grupos de pacientes son diferentes y cada uno presenta un comportamiento acorde a su realidad como parte de la sociedad en que vivimos.

7.2 CONCLUSIONES SEGUNDO ESTUDIO

De acuerdo a los resultados encontrados en los nodos y los dendogramas, podemos concluir que, los pacientes con Alzheimer de Perú denotan mayor tristeza y melancolía en sus miradas con respecto a sus pares españoles. A pesar del factor limitante por el cual no se pudo realizar la entrevista de manera directa, se ha podido observar en las entrevistas vía Google Meet, la tristeza y preocupación con mayor énfasis en estos pacientes sea por la vida que han llevado y que llevan cuya enfermedad ya los hace susceptibles a los diferentes agentes externos y esto se potencia por la indiferencia de la sociedad ante esta situación, la indiferencia muchas veces de sus propias familias y al tener dificultades económicas hace que el problema sea aún mayor.

Los pacientes de España, tienen el factor común de la melancolía, sin embargo, ellos presentan una mejor calidad de vida comparado con sus pares peruanos, a pesar de las dificultades propias de la enfermedad, si están en sus casas, tienen el apoyo absoluto de sus familiares, el sustento económico con las que cuentan sus familias permiten que ellos puedan visitar a especialistas, ir a lugares de recreo, acudir a centros de día o establecimientos especializados y participar en charlas especiales y los que están en las residencias participan en diferentes programas de aprendizaje, terapia física, terapia cognitiva, tienen un programa calendarizado de estimulación cognitiva y esto no es ajeno para aquellos que están con sus familiares.

Los entrevistados peruanos, habitan en la casa familiar con muchas limitaciones. La mayoría no cuenta con personal especializado en su cuidado, esto está a cargo de la misma familia, no tienen ninguna actividad, están todo el día en casa esperando que pase el tiempo, carecen de la compañía de sus parejas, sus pares (personas con la misma enfermedad) u otros pacientes y

sus familias, con mucho esfuerzo los tienen en casa. No existe un programa de desarrollo psicomotor cognitivo, actividades manuales, terapia física, etc.

En ambos grupos, se ha podido observar que han tenido una vida muy sufrida, las miradas al vacío es un factor común en ambos grupos. La incertidumbre en el abordaje de los retos que les ha planteado la vida y la opresión, bien del entorno familiar, bien de la sociedad, han podido coadyuvar a este desenlace.

Otro factor es el optimismo, los entrevistados europeos creen que mejorarán con los años, los sudamericanos les espera según ellos, la locura completa, dolores intensos, soledad, vida triste según sus propias respuestas, es decir son menos optimistas.

Algo importante de mencionar son, como los años pasados en el Perú, como el problema del terrorismo ha calado en los participantes, aseveran el miedo hacia esa etapa muy dura de nuestro país ya que vivieron durante esa época y el miedo a la pobreza, miedo a la muerte, soledad, olvido. En España expresan tener miedo a todo y a todos.

Un factor limitante de la entrevista a profundidad es que, en caso del Perú, no pudimos interactuar física y directamente con los participantes dado el problema de la pandemia Covid19, por el cual está prohibido terminantemente visitar a los pacientes de la tercera edad, a pesar de ello cumplimos con nuestros objetivos más allá de todo el problema que tenemos hasta la fecha en el país.

7.3 CONCLUSIONES DEL TERCER ESTUDIO

Hemos podido analizar, los dibujos de la figura humana y dibujo libre, relacionando los primeros dos estudios con las imágenes que han plasmado los pacientes.

A medida que el deterioro cognitivo empeora, el dibujo de la figura humana se desestructura y pierde su característica normal.

Ambos dibujos están relacionados a sus vivencias y tienen complementos entre sí, pero al hacer el análisis de los trazos, estas muestran deterioro cognitivo y en algunos casos no representan lo que dicen que han dibujado.

La mayoría de los dibujos se relacionan a las respuestas que dieron en la entrevista en profundidad.

No hemos podido obtener los dibujos de los pacientes del Perú por la emergencia sanitaria en la que estamos viviendo todos los países.

7.4 RECOMENDACIONES

Realizar el test del dibujo de la figura humana y dibujo libre en población con Alzheimer del Perú, actividad que no se pudo realizar por el problema de la Pandemia COVID19 en mi país y que esperamos esto se dé más adelante cuando volvamos a la normalidad con la vacuna y estrategias de prevención de esta enfermedad. El estudio comparativo en ambos países complementaría los resultados de los estudios cuali cuantitativos. De acuerdo a los resultados encontrados, se espera obtener datos que coadyuvarían a relacionar el estudio cuali-cuantitativo con el estudio de la figura humana y dibujo libre.

7.5 PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Se han realizado coordinaciones con el área de USAL EMPRENDE en el mes de julio del presente año a propósito de mi participación en el Curso: EMPRENDIMIENTO SOCIAL Y CULTURAL, (curso de 5 días) donde presente unas cinco líneas del estudio derivada de la tesis y que involucra otras enfermedades crónico degenerativas como: Esclerosis múltiple, hipertensión arterial, Enfermedad de Parkinson, obesidad, EPOC, entro otros.

El emprendimiento social consiste en el uso de estrategias empresariales y comerciales propias del sector privado o estatal para dar respuesta a necesidades sociales o resolver sistémicamente un problema social.

Se ha coordinado la propuesta de intervención con la responsable del área vía telefónica (por el problema de la pandemia). El objetivo es, implementar este estudio de Epidemiología Cultural a la población con Alzheimer primero del Distrito de Salamanca, Valladolid y Ávila como un estudio piloto ya que estratégicamente se

encuentran muy cerca entre sí, luego extendernos a toda la Comunidad de Castilla y León. Esperemos que esto se inicie en los próximos meses.

Para el caso del Perú, tenemos la propuesta de trabajar con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, de la cual soy docente y el Instituto Nacional de Salud. Se me ha solicitado realizar la ponencia y explicar los resultados del estudio y así aplicar el instrumento en la población con Alzheimer del Perú.

REFLEXIONES FINALES

De todo el análisis realizado, concluyo que es muy importante, incluir la Epidemiología Cultural en la atención de Salud de los pacientes con Alzheimer. Hemos visto la gama de vivencias que nos ha explicado cada grupo de pacientes de España y Perú y nos damos cuenta de algunas semejanzas y diferencias que se tienen de acuerdo a la cultura de cada uno. Si esto lo relacionamos a los aspectos económicos, políticos, sociales, vemos que hay grandes diferencias. Todo está interrelacionado y el aspecto social juega un rol muy importante en la calidad de vida de la población. Se puede vivir con ciertas limitaciones económicas, pero en un ambiente tranquilo, seguro, con orden en todo sentido.

En España, hay una mayor tranquilidad y seguridad en el modo de vida de cada persona. La calidad de vida es algo invaluable, no es lo mismo el nivel de vida que la calidad de vida que incluye factores emocionales, físicos, económicos y hasta mentales.

La OMS nos dice que la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos,

Ha sido para mí una experiencia maravillosa, interactuar con estos pacientes, vivir sus experiencias; a través de sus manifestaciones ha sido vivir mi propia experiencia. Me

sensibiliza aún más con cada caso en particular. Por ello, espero tener la oportunidad de trabajar para este grupo vulnerable sea en mi país o en España.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abutalebi, J., Cappa, S., & Perani, D. (2001). The Bilingual Brain as Revealed by Functional Neuroimaging. *Bilingualism: Language and Cognition*, 4, 179-190.

Agar Corbinos, L. (2004). La ética de la investigación en ciencias sociales en el contexto de la globalización: de la investigación cuantitativa a la cualitativa. *Acta bioethica*, 10(1). <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2004000100008>

Aguilar, D. H., & Chávez, R. R. (2013). La investigación biográfico-narrativa, una alternativa para el estudio de los docentes. *Actualidades Investigativas en Educación*, 13(3), 15. Recuperado 23 de diciembre 2019 de <https://www.redalyc.org/pdf/447/44729878019.pdf>

Aisen Ps. (2017). Continuing Progress in Alzheimer's Disease Trials: Cause for Optimism. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 4(4), 211-212. <https://doi.org/10.14283/jpad.2017.34>

Akpınar, B., Küçükgülü, O., & Yener, G. (2011). Effects of gender on burden among caregivers of Alzheimer's patients. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 43(3), 248-254. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01402.x>

Alarcón M, A. M., Vidal H, A., & Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>

Albero, R., Sanz, A., & Playán, J. (2004). Metabolismo en el ayuno. *Endocrinología y Nutrición*, 51(4), 139-148. [https://doi.org/10.1016/S1575-0922\(04\)74599-4](https://doi.org/10.1016/S1575-0922(04)74599-4)

Altmann, A., Tian, L., Henderson, V. W., Greicius, M. D., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative Investigators. (2014). Sex modifies the APOE-related risk of developing Alzheimer disease. *Annals of Neurology*, 75(4), 563-573. <https://doi.org/10.1002/ana.24135>

Alzheimer, A. (1907). "Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde". *Zentralbl. Nervenhe. Psych.*, 18, 177-179.

Alzheimer's disease facts and figures. (2019). *Alzheimer's & Dementia*, 15(3), 321-387. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.01.010>

Alva J. Silva M. (1978). Problemática en el proceso de identificación en el cholo. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Obrero.* ;4(5):457-464 (7) (PDF) Síndromes culturales: Aportes de la psiquiatría peruana a la antropología médica. Available from: https://www.reseahrchgate.net/publication/317340956_Sindromes_culturales_aportes_de_la_psiquiatria_peruana_a_la_antropologia_medica [Acceso el 20 de abril de 2020].

Alvar Nuño, A., & Alvar Nuño, A. (2010). *El mal de ojo en el occidente romano: Materiales de Italia, norte de África, Península Ibérica y Galia* [Info:eurepo/semantics/doctoralThesis, Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones]. <https://eprints.ucm.es/11039/>

Alzheimer, A., Stelzmann, R. A., Schnitzlein, H. N., & Murtagh, F. R. (1995). An English translation of Alzheimer's 1907 paper, «Über eine eigenartige Erkankung der Hirnrinde». *Clinical Anatomy (New York, N.Y.)*, 8(6), 429-431. <https://doi.org/10.1002/ca.980080612>

Alzheimer's Research UK *Women and Dementia: A Marginalised* (2015). Improving Dementia Education and Awareness (IDEA).

<https://idea.nottingham.ac.uk/resources/women-and-dementia-marginalised-majority-alzheimers-research-uk-report>

Allen, J., Oyebode, J. R., & Allen, J. (2009). Having a father with young onset dementia: The impact on well-being of young people. *Dementia*. <https://doi.org/10.1177/1471301209349106>

Anderson, N. B., Bulatao, R. A., Cohen, B., on Race, P., & National Research Council. (2004). Ethnic differences in dementia and Alzheimer's disease. In *Critical perspectives on racial and ethnic differences in health in late life*. National Academies Press (US).

Armas CG, Pezoa JRE, Vásquez MJA. (2010). Factor neurotrófico derivado del cerebro en el trastorno depresivo mayor. *Residente.*;5(1):19-21.

Arrighi, H. M., Neumann, P. J., Lieberburg, I. M., & Townsend, R. J. (2010). Lethality of Alzheimer disease and its impact on nursing home placement. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 24(1), 90-95. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e31819fe7d1>

Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. (2005). Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database Syst. Rev.*;(1):CD004017. PMID: 15674925

Avello, M., & Suwalsky, M. (2006). Radicales libres, antioxidantes naturales y mecanismos de protección. *Atenea (Concepción)*, 494, 161-172. <https://doi.org/10.4067/S0718-04622006000200010>

Ávila, M. G. (2002). *Título: Aspectos éticos de la investigación cualitativa*. 21.

Babulal, G. M., Quiroz, Y. T., Albensi, B. C., Arenaza-Urquijo, E., Astell, A. J.,

Babiloni, C., Bahar-Fuchs, A., Bell, J., Bowman, G. L., Brickman, A. M., Chételat, G., Ciro, C., Cohen, A. D., Dilworth-Anderson, P., Dodge, H. H., Dreux, S., Edland, S., Esbensen, A., Evered, L., O'Bryant, S. E. (2019). Perspectives on ethnic and racial disparities in Alzheimer's disease and related dementias: Update and areas of immediate need. *Alzheimer's & Dementia*, *15*(2), 292-312. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.09.009>

Balota, D. A., & Duchek, J. M. (1991). Semantic priming effects, lexical repetition effects, and contextual disambiguation effects in healthy aged individuals and individuals with senile dementia of the Alzheimer type. *Brain and Language*, *40*(2), 181-201. [https://doi.org/10.1016/0093-934x\(91\)90124-j](https://doi.org/10.1016/0093-934x(91)90124-j)

Ballard, C., Khan, Z., Clack, H., & Corbett, A. (2011). Nonpharmacological treatment of Alzheimer disease. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, *56*(10), 589-595. <https://doi.org/10.1177/070674371105601004>

Barcia Salorio D. (2001). Conceptos de demencia y de enfermedad de Alzheimer. In: Martínez Lage, J. M., Khachaturian, Z. S. (eds.), *Alzheimer XXI, ciencia y sociedad*. Barcelona: Masson: pp. 59-76

Barnes, D., & Yaffe, K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *Lancet neurol*, *10*(9), 819-828.

Barnes, J., Dickerson, B., Frost, C., Jiskoot, L. C., Wolk, D., & van der Flier, W. M. (2015). Alzheimer's disease first symptoms are age dependent: Evidence from the NACC dataset. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, *11*(11), 1349-1357. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.12.007>

Barnes, L. L., Wilson, R. S., Bienias, J. L., Schneider, J. A., Evans, D. A., & Bennett, D. A. (2005). Sex differences in the clinical manifestations of Alzheimer disease pathology. *Archives of general psychiatry*, *62*(6), 685-691.

Barnes, D. E., & Yaffe, K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet. Neurology*, *10*(9), 819-828. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70072-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70072-2)

Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(1), 51-54. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x>

Barranco-Quintana J.L., Allam M.F., Del Castillo A.S., Navajas R.F.-C. (2005). Factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, *40*(10): 613-618. DOI: <http://www.neurologia.com/articulo/2004360>

Bateman, R. J., Xiong, C., Benzinger, T. L., Fagan, A. M., Goate, A., Fox, N. C., & Holtzman, D. M. (2012). Clinical and biomarker changes in dominantly inherited Alzheimer's disease. *N Engl J Med*, *367*, 795-804.

Bayles, K. A., Tomoeda, C. K., & Trosset, M. W. (1992). Relation of linguistic communication abilities of Alzheimer's patients to stage of disease. *Brain and Language*, *42*(4), 454-472. [https://doi.org/10.1016/0093-934x\(92\)90079-t](https://doi.org/10.1016/0093-934x(92)90079-t)

Bayles, K. A. (2003). Effects of working memory deficits on the communicative functioning of Alzheimer's dementia patients. *Journal of Communication Disorders*, *36*(3), 209-219. [https://doi.org/10.1016/s0021-9924\(03\)00020-0](https://doi.org/10.1016/s0021-9924(03)00020-0)

Behuniak, S. M. (2011). The living dead? The construction of people with Alzheimer's disease as zombies. *Ageing & Society*, 31(1), 70-92. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10000693>

Bialystok, E., Craik, F. I. M., & Freedman, M. (2007). Bilingualism as a protection against the onset of symptoms of dementia. *Neuropsychologia*, 45(2), 459-464. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2006.10.009>

Bialystok, E., Luk, G., Peets, K. F., & Yang, S. (2010). Receptive vocabulary differences in monolingual and bilingual children. *Bilingualism (Cambridge, England)*, 13(4), 525-531. <https://doi.org/10.1017/S1366728909990423>

Bialystok, E., Craik, F. I. M., & Luk, G. (2012). Bilingualism: Consequences for Mind and Brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(4), 240-250. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.03.001>

Blay, S. L., & Toledo Pisa Peluso, E. (2010). Public stigma: The community's tolerance of Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 18(2), 163-171. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181bea900>

Bond, J., Stave, C., Sganga, A., O'Connell, B., & Stanley, R. L. (2005). Inequalities in dementia care across Europe: Key findings of the Facing Dementia Survey. *International Journal of Clinical Practice. Supplement*, 146, 8-14. <https://doi.org/10.1111/j.1368-504x.2005.00480.x>

Bourbonnais, A., & Ducharme, F. (2015). The social positioning of older people living with Alzheimer's disease who scream in long-term care homes. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 14(6), 751-768. <https://doi.org/10.1177/1471301213510166>

Bowen, S. (2001). *Language Barriers to Access to Healthcare*. Ottawa: Publications, Health Canada

Brice, A., & Brice, R. (2009). *Language development: Monolingual and bilingual acquisition*.

Brignardello G, J., Heredia P, L., Paz Ocharán S, M., & Durán A, S. (2013). Conocimientos alimentarios de vegetarianos y veganos chilenos. *Revista chilena de nutrición*, 40(2), 129-134. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182013000200006>

Brody, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217-228.

Brody, H., Seeher, K., & Gibson, L. (2012). Dementia time to death: A systematic literature review on survival time and years of life lost in people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(7), 1034-1045. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002924>

Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. *BMC Health Services Research*, 10(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-80>

Brookmeyer, R., Corrada, M. M., Curriero, F. C., & Kawas, C. (2002). Survival following a diagnosis of Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 59(11), 1764-1767. <https://doi.org/10.1001/archneur.59.11.1764>

Brunstein Klomek, A., Sourander, A., & Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 55(5), 282-288. <https://doi.org/10.1177/070674371005500503>.

Buckley, R. F., Mormino, E. C., Amariglio, R. E., Properzi, M. J., Rabin, J. S., Lim, Y. Y., Papp, K. V., Jacobs, H. I. L., Burnham, S., Hanseeuw, B. J., Doré, V., Dobson, A., Masters, C. L., Waller, M., Rowe, C. C., Maruff, P., Donohue, M. C., Rentz, D. M., Kirn, D., Harvard Aging Brain Study. (2018). Sex, amyloid, and APOE ε4 and risk of cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease: Findings from three well-characterized cohorts. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 14(9), 1193-1203. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.04.010>

Bureau, U. C. (2014). *National Population Projections Tables*. The United States Census Bureau. Recuperado 12 de marzo de 2020, de <https://www.census.gov/data/tables/2014/demo/popproj/2014-summary-tables.html>

Burgener, S. C., & Berger, B. (2008). Measuring perceived stigma in persons with progressive neurological disease: Alzheimer's dementia and Parkinson's disease. *Dementia*. <https://doi.org/10.1177/1471301207085366>

Byford, S., Torgerson, D. J., & Raftery, J. (2000). Economic note: Cost of illness studies. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7245), 1335. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7245.1335>

Cant, R., & Standen, P. (2007). What professionals think about offenders with learning disabilities in the criminal justice system. *British Journal of Learning Disabilities*, 35, 174-180. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2007.00459.x>

Carnero-Pardo, C. (2000). Educación, demencia y reserva cerebral. *Revista de Neurología*, 31, 584. <https://doi.org/10.33588/rn.3106.99486>

Carter, C. L., Resnick, E. M., Mallampalli, M., & Kalbarczyk, A. (2012). Sex and gender differences in Alzheimer's disease: Recommendations for future research. *Journal of Women's Health (2002)*, 21(10), 1018-1023. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3789>

Casado, BL, Hong, M & Lee, SE (2018), 'Attitudes toward Alzheimer's care-seeking among Korean Americans: Effects of knowledge, stigma, and subjective norm', *Gerontologist*, 58(2): p. e25-e34.

Castelli, L., Zogmaister, C., & Tomelleri, S. (2009). The transmission of racial attitudes within the family. *Developmental Psychology*, 45(2), 586-591. <https://doi.org/10.1037/a0014619>

Castro, J. M. A. (2014). La ocupación como factor protector de la demencia por enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(2), 149-159. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2014.35718>

Castro, A. B. S. (2006). La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. 24. <https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/288>

Cataldo, A. M., Peterhoff, C. M., Troncoso, J. C., Gómez-Isla, T., Hyman, B. T., & Nixon, R. A. (2000). Endocytic pathway abnormalities precede amyloid beta deposition in sporadic Alzheimer's disease and Down syndrome: Differential effects of APOE genotype and presenilin mutations. *The American Journal of Pathology*, 157(1), 277-286. [https://doi.org/10.1016/s0002-9440\(10\)64538-5](https://doi.org/10.1016/s0002-9440(10)64538-5)

Corenblum, B., & Stephan, W. G. (2001). White fears and native apprehensions: An integrated threat theory approach to intergroup attitudes. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 33(4), 251-268. <https://doi.org/10.1037/h0087147>

Chêne, G., Beiser, A., Au, R., Preis, S. R., Wolf, P. A., Dufouil, C., & Seshadri, S. (2015). Gender and incidence of dementia in the Framingham Heart Study from mid-adult life. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 11(3), 310-320. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2013.10.005>

Chertkow, H., Whitehead, V., Phillips, N., Wolfson, C., Atherton, J., & Bergman, H. (2010). Multilingualism (but not always bilingualism) delays the onset of Alzheimer disease: Evidence from a bilingual community. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 24(2), 118-125. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181ca1221>

Chiappe, M., Lemlij, M., & Millones Santagadea, L. (1985). *Alucinógenos y shamanismo en el Perú contemporáneo*. Ediciones El Virrey.

Chiappe, M. (1983). La psiquiatría y la realidad peruana. In *Anales del VII Congreso Nacional de Psiquiatría*. Lima: Asociación Psiquiátrica Peruana (pp. 83-90).

Chiu, Y.-C., Hsu, W.-C., & Algase, D. L. (2011). Validation of the Chinese Revised Algase Wandering Scale-Community Version for persons with dementia in northern Taiwan. *Aging & Mental Health*, 15(2), 243-251. <https://doi.org/10.1080/13607860903046511>

Chou, Y.-C., Lee, Y.-C., Lin, L.-C., Kröger, T., & Chang, A.-N. (2009). Older and younger family caregivers of adults with intellectual disability: Factors associated with future plans. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(4), 282-294. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-47.4.282>

Choy, E. (1985). *Antropología e historia*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima- Perú.

Cipriani, G., & Borin, G. (2015). Understanding dementia in the sociocultural context: A review. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(2), 198-204. <https://doi.org/10.1177/0020764014560357>

Clark, P. C., Kutner, N. G., Goldstein, F. C., Peterson-Hazen, S., Garner, V., Zhang, R., & Bowles, T. (2005). Impediments to timely diagnosis of Alzheimer's disease in African

Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(11), 2012-2017.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53569.x>

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.

Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481-491.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>

Corrigan, P. W., & Kleinlein, P. (2005). The Impact of Mental Illness Stigma. En *on the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 11-44). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10887-001>

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>

Corrigan, P. W. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry*, 15(1), 67-73.
<https://doi.org/10.1002/wps.20295>

Creavin, S. T., Wisniewski, S., Noel-Storr, A. H., Trevelyan, C. M., Hampton, T., Rayment, D., Thom, V. M., Nash, K. J. E., Elhamoui, H., Milligan, R., Patel, A. S., Tsivos, D. V., Wing, T., Phillips, E., Kellman, S. M., Shackleton, H. L., Singleton, G. F., Neale, B. E., Watton, M. E., & Cullum, S. (2016). Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011145.pub2>

Crous-Bou, M., Minguillón, C., Gramunt, N., & Molinuevo, J. L. (2017). Alzheimer's disease prevention: From risk factors to early intervention. *Alzheimer's Research & Therapy*, 9(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0297-z>

Custodio, N. (2016). Vivir con demencia en Perú: ¿El sistema de salud está enfrentando la sobrecarga? *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 1. <https://doi.org/10.20453/rnp.v79i1.2762>

Deane, R., Wu, Z., Sagare, A., Davis, J., Du Yan, S., Hamm, K., Xu, F., Parisi, M., LaRue, B., Hu, H. W., Spijkers, P., Guo, H., Song, X., Lenting, P. J., Van Nostrand, W. E., & Zlokovic, B. V. (2004). LRP/amyloid beta-peptide interaction mediates differential brain efflux of A β isoforms. *Neuron*, 43(3), 333-344. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2004.07.017>

De la Barrera, M. L., Donolo, D., & Rinaudo, M. C. (2010). Riesgo de demencia y niveles de educación: Cuando aprender es más saludable de lo que pensamos. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 26(1), 34-40.

De la Fuente Fernández, S. (2011). Análisis conglomerados. *Madrid: Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado 3 de marzo de 2020 de <http://tinyurl.com/conglomerados>*

Del Busto J. (2011). Compendio de historia del Perú I. Lima: Editorial El Comercio.

DeFleur, M. L. (1964). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. By Erving Goffman. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1963. 147 pp. Cloth, \$4.50; paper, \$1.95. *Social Forces*, 43(1), 127-128. <https://doi.org/10.1093/sf/43.1.127>

Demirovic, J., Prineas, R., Loewenstein, D., Bean, J., Duara, R., Sevush, S., & Szapocznik, J. (2003). Prevalence of Dementia in Three Ethnic Groups: The South

Florida Program on Aging and Health. *Annals of Epidemiology*, 13(6), 472-478.
[https://doi.org/10.1016/S1047-2797\(02\)00437-4](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(02)00437-4)

Dilworth-Anderson, P., Hendrie, H. C., Manly, J. J., Khachaturian, A. S., Fazio, S., & Social, Behavioral and Diversity Research Workgroup of the Alzheimer's Association. (2008). Diagnosis and assessment of Alzheimer's disease in diverse populations. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 4(4), 305-309.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2008.03.001>

Draper, W. R., Reid, C. A., & McMahon, B. T. (2011). Workplace discrimination and the perception of disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 55(1), 29-37.
<https://doi.org/10.1177/0034355210392792>

Dubois, B., & Albert, M. L. (2004). Amnesic MCI or prodromal Alzheimer's disease? *The Lancet. Neurology*, 3(4), 246-248. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(04\)00710-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(04)00710-0)

Dubois, B., Feldman, H. H., Jacova, C., Dekosky, S. T., Barberger-Gateau, P., Cummings, J., Delacourte, A., Galasko, D., Gauthier, S., Jicha, G., Meguro, K., O'Brien, J., Pasquier, F., Robert, P., Rossor, M., Salloway, S., Stern, Y., Visser, P. J., & Scheltens, P. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: Revising the NINCDS-ADRDA criteria. *The Lancet. Neurology*, 6(8), 734-746.
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(07\)70178-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(07)70178-3)

Duncan P. (1988). Curanderos, divinidades, santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médicos. Trabajos del II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales; 95-114.

Durazzo, T. C., Mattsson, N., Weiner, M. W., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. (2014). Smoking and increased Alzheimer's disease risk: A review of potential

mechanisms. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 10(3 Suppl), S122-145. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.04.009>

Espino, D. V., Lichtenstein, M. J., Palmer, R. F., & Hazuda, H. P. (2001). Ethnic differences in mini-mental state examination (MMSE) scores: Where you live makes a difference. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 538-548. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49111.x>

Esquerda-Canals, G., Montoliu-Gaya, L., Güell-Bosch, J., & Villegas, S. (2017). Mouse Models of Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 57(4), 1171-1183. <https://doi.org/10.3233/JAD-170045>

Esteve Esteve, M., & Collado Gil, Á. (2013). El hábito de lectura como factor protector de deterioro cognitivo. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 68-71.

Earnshaw, V. A., & Quinn, D. M. (2012). The impact of stigma in healthcare on people living with chronic illnesses. *Journal of Health Psychology*, 17(2), 157-168. <https://doi.org/10.1177/1359105311414952>

Emanuel, E., & Macklin, R. (1999). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. *Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional*, 1999, 33-46. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=299739&indexSearch=ID>

Fabián, M. G., & Cobo, C. (2007). Tabaquismo y diabetes. *Rev inst nal enf resp mex*, 20(2), 149-58.

Faundez-Zanuy, M., Sesa-Nogueras, E., Roure, J., Garre-Olmo, J., López-de-Ipiña, K., & Solé-Casals, J. (2013). Online Drawings for Dementia Diagnose: In-Air and Pressure

Information Analysis. En *IFMBE Proceedings* (Vol. 41). https://doi.org/10.1007/978-3-319-00846-2_140

Faundez-Zanuy, M., Sesa-Nogueras, E., Roure-Alcobé, J., Garré-Olmo, J., López-de-Ipiña, K., & Solé-Casals, J. (2014). Online Drawings for Dementia Diagnose: In-Air and Pressure Information Analysis. En L. M. Roa Romero (Ed.), *XIII Mediterranean Conference on Medical and Biological Engineering and Computing 2013* (pp. 567-570). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-00846-2_140

Farooq, S., Large, M., Nielsens, O., & Waheed, W. (2009). The relationship between the duration of untreated psychosis and outcome in low-and-middle income countries: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 109(1-3), 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.008>

Farran, C. J., Fogg, L. G., McCann, J. J., Etkin, C., Dong, X., & Barnes, L. L. (2011). Assessing family caregiver skill in managing behavioral symptoms of Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 15(4), 510-521. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.536140>

Farris W, Mansourian S, Chang Y, Lindsley L, Eckman EA, Frosch MP, Eckman CB, Tanzi RE, Selkoe DJ, Guenette S 2003. Insulin-degrading enzyme regulates the levels of insulin, amyloid beta-protein, and the beta-amyloid precursor protein intracellular domain in vivo. *Proc Natl Acad Sci* 100: 4162–4167 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Feagin, J. R. (1989). *Racial and ethnic relations / Joe R. Feagin*. (3rd ed.). Prentice Hall,

Fernando, S. M., Deane, F. P., & McLeod, H. J. (2010). Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 733-739. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0113-6>

Filshtein, T. J., Dugger, B. N., Jin, L.-W., Olichney, J. M., Farias, S. T., Carvajal-Carmona, L., Lott, P., Mungas, D., Reed, B., Beckett, L. A., & DeCarli, C. (2019). Neuropathological Diagnoses of Demented Hispanic, Black, and Non-Hispanic White Decedents Seen at an Alzheimer's Disease Center. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 68(1), 145-158. <https://doi.org/10.3233/JAD-180992>

Fitten, L. J., Ortiz, F., & Pontón, M. (2001). Frequency of Alzheimer's disease and other dementias in a community outreach sample of Hispanics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1301-1308. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49257.x>

Flatt, J. D., Johnson, J. K., Karpiak, S. E., Seidel, L., Larson, B., & Brennan-Ing, M. (2018). Correlates of Subjective Cognitive Decline in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 64(1), 91-102. <https://doi.org/10.3233/JAD-171061>

Folch, J., Ettcheto, M., Petrov, D., Abad, S., Pedrós, I., Marin, M., Olloquequi, J., & Camins, A. (2018). Review of the advances in treatment for Alzheimer disease: Strategies for combating β -amyloid protein. *Neurologia (Barcelona, Spain)*, 33(1), 47-58. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.03.012>

Forsythe, A., Williams, T., & Reilly, R. G. (2017). What paint can tell us: A fractal analysis of neurological changes in seven artists. *Neuropsychology*, 31(1), 1-10. <https://doi.org/10.1037/neu0000303>

Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E. B., & Goldsen, J. (2018). Cognitive Impairment, Alzheimer's Disease, and Other Dementias in the Lives of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) Older Adults and Their Caregivers: Needs and Competencies. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 37(5), 545-569. <https://doi.org/10.1177/0733464816672047>

Froehlich, T. E., Bogardus, S. T., & Inouye, S. K. (2001). Dementia and race: ¿Are there differences between African Americans and Caucasians? *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(4), 477-484. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49096.x>

Furlotte, C., Schwartz, K., Koornstra, J., & Naster, R. (2012). «Got a room for me? » Housing Experiences of Older Adults Living with HIV/AIDS in Ottawa. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 31, 37-48. <https://doi.org/10.1017/S0714980811000584>

García-Aranda, V. L., & Rubira, J. C. G. (2004). Tabaco y enfermedad cardiovascular. *Monografía Tabaco*, 16(suplemento 2), 101

García, E. B. (2016). Estudio Epidemiológico y Síndromes Folklóricos en Cinco Ciudades de la Selva Peruana. *Revista ANALES DE SALUD MENTAL*, 26(1). <http://www.insm.gob.pe/ojsinism/index.php/Revista1/article/view/65>

García T., & Villalobos J. (2012). *Malnutrición en el anciano. Parte II: obesidad, la nueva pandemia*. 8.

Ganguli, M., & Hendrie, H. C. (2005). Screening for cognitive impairment and depression in ethnically diverse older populations. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 19(4), 275-278. <https://doi.org/10.1097/01.wad.0000190807.90254.24>

Garre-Olmo J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Epidemiology of Alzheimer's disease and other dementias]. *Revista de neurología*, 66(11), 377–386.

Garrote, J. M. P. C. (2007). Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable. *JANO: Medicina y humanidades*, (1638), 40-45.

Gauthier, I., Behrmann, M., & Tarr, M. (1999). ¿Can Face Recognition Really be Dissociated from Object Recognition? *Journal of cognitive neuroscience*, *11*, 349-370. <https://doi.org/10.1162/089892999563472>

Gázquez, J. J., Pérez-Fuentes, M.C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I. & Díaz, A. (2009). Old-age stereotypes related to the gerontology education: an intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, *2*, 263-273. <https://doi.org/10.30552/ejep.v2i3.27>

Gélinas, I., Gauthier, L., McIntyre, M., & Gauthier, S. (1999). Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease: The disability assessment for dementia. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, *53*(5), 471-481. <https://doi.org/10.5014/ajot.53.5.471>

Gibbons, L. E., Van Belle, G., Yang, M., Gill, C., Brayne, C., Huppert, F. A., Larson, E. (2002). Cross-cultural comparison of the Mini-Mental State examination in United Kingdom and United States participants with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(8), 723-728. <https://doi.org/10.1002/gps.683>

Gil Gregorio, P., & Crespo Santiago, D. (2012). *Decisiones terapéuticas difíciles en Alzheimer*. IM&C.

Glymour, M. M., Weuve, J., Fay, M. E., Glass, T., & Berkman, L. F. (2008). Social Ties and Cognitive Recovery after Stroke: ¿Does Social Integration Promote Cognitive Resilience? *Neuroepidemiology*, *31*(1), 10-20. <https://doi.org/10.1159/000136646>

Gollan, T. H., Salmon, D. P., Montoya, R. I., & Galasko, D. R. (2011). Degree of bilingualism predicts age of diagnosis of Alzheimer's disease in low-education but not

in highly educated Hispanics. *Neuropsychologia*, 49 (14), 3826-3830.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2011.09.041>

González, U. (2002). Ubicación de la ética, la bioética y la ética clínica en el campo del conocimiento. *Revista Cubana Salud Pública*, 28(3). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300004&lng=es

González, H. M., Tarraf, W., Fornage, M., González, K. A., Chai, A., Youngblood, M., Abreu, M. de los A., Zeng, D., Thomas, S., Talavera, G. A., Gallo, L. C., Kaplan, R., Daviglus, M. L., & Schneiderman, N. (2019). A research framework for cognitive aging and Alzheimer's disease among diverse US Latinos: Design and implementation of the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos—Investigation of Neurocognitive Aging (SOL-INCA). *Alzheimer's & Dementia*, 15(12), 1624-1632.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.08.192>

Gravelly-Witte, S., Jurgens, C. Y., Tamim, H., & Grace, S. L. (2010). Length of delay in seeking medical care by patients with heart failure symptoms and the role of symptom-related factors: A narrative review. *European Journal of Heart Failure*, 12(10), 1122-1129. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq122>

Guerreiro, R., & Bras, J. (2015). The age factor in Alzheimer's disease. *Genome Medicine*, 7(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s13073-015-0232-5>

Gurland, B. J., Wilder, D. E., Lantigua, R., Stern, Y., Chen, J., Killeffer, E. H., & Mayeux, R. (1999). Rates of dementia in three ethnorracial groups. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(6), 481-493.

Gustafson, D. R., Bäckman, K., Waern, M., Ostling, S., Guo, X., Zandi, P., Mielke, M. M., Bengtsson, C., & Skoog, I. (2009). Adiposity indicators and dementia over 32 years

in Sweden. *Neurology*, 73(19), 1559-1566.
<https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181c0d4b6>

Gutiérrez, J. L. A. (2008.). *¿Está justificado el tratamiento prolongado con benzodiazepinas?* 3.

Haan, M. N., Mungas, D. M., González, H. M., Ortiz, T. A., Acharya, A., & Jagust, W. J. (2003). Prevalence of dementia in older latinos: The influence of type 2 diabetes mellitus, stroke and genetic factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(2), 169-177. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51054.x>

Haller, B., Dorries, B., & Rahn, J. (2006). Media labeling versus the US disability community identity: A study of shifting cultural language. *Disability & Society*, 21(1), 61-75. <https://doi.org/10.1080/09687590500375416>

Hamberger, M. J., Friedman, D., Ritter, W., & Rosen, J. (1995). Event-related potential and behavioral correlates of semantic processing in Alzheimer's patients and normal controls. *Brain and Language*, 48(1), 33-68. <https://doi.org/10.1006/brln.1995.1002>

Hardy, J. A., & Higgins, G. A. (1992). Alzheimer's disease: The amyloid cascade hypothesis. *Science (New York, N.Y.)*, 256(5054), 184-185. <https://doi.org/10.1126/science.1566067>

Hardman, R. J., Kennedy, G., Macpherson, H., Scholey, A. B., & Pipingas, A. (2016). Adherence to a Mediterranean-style diet and effects on cognition in adults: a qualitative evaluation and systematic review of longitudinal and prospective trials. *Frontiers in nutrition*, 3, 22.

Harwood, D. G., Sultzer, D. L., & Wheatley, M. V. (2000). Impaired insight in Alzheimer disease: Association with cognitive deficits, psychiatric symptoms, and

behavioral disturbances. *Neuropsychiatry, neuropsychology, and behavioral neurology*, 13, 83-88.

Haeusermann, T. (2018). Professionalised intimacy: How dementia care workers navigate between domestic intimacy and institutional detachment. *Sociology of Health & Illness*, 40(5), 907-923. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12730>

Hamann, H. A., Howell, L. A., & McDonald, J. L. (2013). Causal attributions and attitudes toward lung cancer. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(Suppl 1), E37-E45. <https://doi.org/10.1111/jasp.12053>

He W, Goodkind D, Kowal P. (2015) U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/16-1, An Aging World: 2015, U.S. Government Publishing Office, Washington, D.C., 2016. Available Accedido el 22 de junio de 2020. at: <http://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>.

Hebert LE, Scherr PA, McCann JJ, Beckett LA, Evans DA. (2001). *Is the risk of developing AD greater for women than for men?* *Am J Epidemiol*; 153:132-6. https://www.researchgate.net/publication/331120639_Factores_de_riesgo_de_la_enfermedad_de_Alzheimer

Hebert, L. E., Weuve, J., Scherr, P. A., & Evans, D. A. (2013). Alzheimer disease in the United States (2010-2050) estimated using the 2010 census. *Neurology*, 80(19), 1778-1783. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31828726f5>

Helzner, E. P., Scarmeas, N., Cosentino, S., Tang, M. X., Schupf, N., & Stern, Y. (2008). Survival in Alzheimer disease: A multiethnic, population-based study of incident cases. *Neurology*, 71(19), 1489-1495. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000334278.11022.42>

Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: Una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*, 55(5), 512. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i5.7252>

Herek, G. M. (2007). Confronting Sexual Stigma and Prejudice: Theory and Practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905-925. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x>

Hernández-Muela, S., Mulas, F., & Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. *REV NEUROL*, 11.

Herrmann, L. K., Welter, E., Leverenz, J., Lerner, A. J., Udelson, N., Kanetsky, C., & Sajatovic, M. (2018). A Systematic Review of Dementia-related Stigma Research: ¿Can We Move the Stigma Dial? *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 26(3), 316-331. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.09.006>

Hlavka, J. P., Mattke, S., & Liu, J. L. (2018). *Assessing the Preparedness of the Health Care System Infrastructure in Six European Countries for an Alzheimer's Treatment*: [Product Page]. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR2503.html

Hohman, T. J., Tommet, D., Marks, S., Contreras, J., Jones, R., Mungas, D., & Alzheimer's Neuroimaging Initiative. (2017). Evaluating Alzheimer's disease biomarkers as mediators of age-related cognitive decline. *Neurobiology of Aging*, 58, 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2017.06.022>

Hohman, T. J., Dumitrescu, L., Barnes, L. L., Thambisetty, M., Beecham, G., Kunkle, B., Gifford, K. A., Bush, W. S., Chibnik, L. B., Mukherjee, S., De Jager, P. L., Kukull, W., Crane, P. K., Resnick, S. M., Keene, C. D., Montine, T. J., Schellenberg, G. D., Haines, J. L., Zetterberg, H., Alzheimer's Disease Genetics Consortium and the Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. (2018). Sex-Specific Association of

Apolipoprotein E With Cerebrospinal Fluid Levels of Tau. *JAMA Neurology*, 75(8), 989-998. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.0821>

Holtzman, D. M., Herz, J., & Bu, G. (2012). Apolipoprotein E and apolipoprotein E receptors: Normal biology and roles in Alzheimer disease. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 2(3), a006312. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a006312>

Huarcaya-Victoria, J. E. F. F. (2017). Síndromes culturales: aportes de la psiquiatría peruana a la antropología médica. *Rev. Per Psiquiat*, 7(1), 18-28. Recuperado el 15 de abril de 2020; <https://www.researchgate.net/publication/317340956>

Hughes, T. F., & Ganguli, M. (2009). Modifiable Midlife Risk Factors for Late-Life Cognitive Impairment and Dementia. *Current Psychiatry Reviews*, 5(2), 73-92. <https://doi.org/10.2174/157340009788167347>

Hyde, J. S. (2014). Gender similarities and differences. *Annual Review of Psychology*, 65, 373-398. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115057>

Idoyaga Molina, A., & Ávila Testa, M. C. (2013). *Medicina natural, complementariedades terapéuticas y estrategias de atención en la población peruana asentada en Buenos Aires*. <http://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/28342>

Iragorri Cucalón, Ángela María. (2007). Demencia frontotemporal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (Suppl. 1), 139-156. Retrieved November 06, 2020, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474502007000500012&lng=en&tlng=es.

Izquierdo Munuera, E., Fernández, E., Sitjas, M., Elias, M., & Chesa, D. (2003). Depresión y riesgo de demencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 87, 31-52.

Jack, C. R., Knopman, D. S., Jagust, W. J., Petersen, R. C., Weiner, M. W., Aisen, P. S., Shaw, L. M., Vemuri, P., Wiste, H. J., Weigand, S. D., Lesnick, T. G., Pankratz, V. S., Donohue, M. C., & Trojanowski, J. Q. (2013). Tracking pathophysiological processes in Alzheimer's disease: An updated hypothetical model of dynamic biomarkers. *The Lancet. Neurology*, *12*(2), 207-216. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70291-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70291-0)

Jaggi, A., & Lambert, S. (2010). Rehabilitation for shoulder instability. *British Journal of Sports Medicine*, *44*(5), 333-340. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2009.059311>

James, B. D., Wilson, R. S., Boyle, P. A., Trojanowski, J. Q., Bennett, D. A., & Schneider, J. A. (2016). TDP-43 stage, mixed pathologies, and clinical Alzheimer's-type dementia. *Brain*, *139*(11), 2983-2993. <https://doi.org/10.1093/brain/aww224>

Jiménez Herrera, M. F., Canals Sala, J., Universitat Rovira i Virgili, Facultat de Lletres de Tarragona, Universitat Rovira i Virgili, & Departament d'Antropologia, F. i T. S. (2009). *Construcción de la ética asistencial del cuidar en urgencias y emergencias tesis doctoral*. Universitat Rovira i Virgili. <http://hdl.handle.net/10803/8434>

Jones, N., & Corrigan, P. W. (2014). Understanding stigma. En *the stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices* (pp. 9-34). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14297-002>

Jurado, M. B., Santibáñez, R., Palacios-Mendoza, M., Moreno-Zambrano, D., Peñaherrera, C., Duarte, M. C., Gamboa, X., Cevallos, C., Regato, I., Palacio, A. M., & Tamariz, L. (2018). Deterioro cognitivo en Pacientes diabéticos de 55 a 65 Años de Edad. Reporte final de estudio observacional, transversal en la Ciudad de Guayaquil. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, *27*(1), 41-50.

Kalaria, R. N., Maestre, G. E., Arizaga, R., Friedland, R. P., Galasko, D., Hall, K., Luchsinger, J. A., Ogunniyi, A., Perry, E. K., Potocnik, F., Prince, M., Stewart, R.,

Knapp-Oliver, S., & Moyer, A. (2009). Visibility and the Stigmatization of Cancer: Context Matters¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(12), 2798-2808. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2009.00550.x>

Kang, J. E., Lim, M. M., Bateman, R. J., Lee, J. J., Smyth, L. P., Cirrito, J. R., ... & Holtzman, D. M. (2009). Amyloid- β dynamics are regulated by orexin and the sleep-wake cycle. *Science*, 326(5955), 1005-1007.

Kang, J. H., & Grodstein, F. (2012). Postmenopausal hormone therapy, timing of initiation, APOE and cognitive decline. *Neurobiology of Aging*, 33(7), 1129-1137. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2010.10.007>

Kapasi, A., DeCarli, C., & Schneider, J. A. (2017). Impact of multiple pathologies on the threshold for clinically overt dementia. *Acta Neuropathologica*, 134(2), 171-186. <https://doi.org/10.1007/s00401-017-1717-7>

Kawas C, Gray S, Brookmeyer R, Fozard J, Zonderman A. (2000) Age-specific incidence rates of Alzheimer's disease: The Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Neurology*;54(11):2072-2077.

Kempler, D., Almor, A., Tyler, L. K., Andersen, E. S., & MacDonald, M. C. (1998). Sentence comprehension deficits in Alzheimer's disease: A comparison of off-line vs. on-line sentence processing. *Brain and Language*, 64(3), 297-316. <https://doi.org/10.1006/brln.1998.1980>

Kiesskalt, L., Volland-Schüssel, K., Sieber, C. C., & Bollheimer, L. C. (2018). [Hospital pastoral care of people with dementia: A qualitative interview study with professional hospital pastoral carers]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 51(5), 537-542. <https://doi.org/10.1007/s00391-018-1396-6>

Kivipelto, M., Mangialasche, F., & Ngandu, T. (2018). Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology*, *14*(11), 653-666. <https://doi.org/10.1038/s41582-018-0070-3>

Koran, M. E. I., Wagener, M., Hohman, T. J., & Alzheimer's Neuroimaging Initiative. (2017). Sex differences in the association between AD biomarkers and cognitive decline. *Brain Imaging and Behavior*, *11*(1), 205-213. <https://doi.org/10.1007/s11682-016-9523-8>

Kramarow, E. A., & Tejada-Vera, B. (2019). Dementia Mortality in the United States, 2000-2017. *National Vital Statistics Reports: From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*, *68*(2), 1-29.

Kubiak, S. P., Ahmedani, B. K., Rios-Bedoya, C. F., & Anthony, J. C. (2011). Stigmatizing Clients with Mental Health Conditions: An Assessment of Social Work Student Attitudes. *Social Work in Mental Health*, *9*(4), 253-271. <https://doi.org/10.1080/15332985.2010.540516>

Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(10), 892-909. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n1007>

La autoidentificación étnica: Población indígena y afroperuana (2017). Instituto Nacional de Estadística e Informática. Recuperado el 23 de abril de <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/autoidentificacion-etnica.pdf>

Lane, C. A., Hardy, J., & Schott, J. M. (2018). Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology*, 25(1), 59-70. <https://doi.org/10.1111/ene.13439>

Langa, K. M., Larson, E. B., Crimmins, E. M., Faul, J. D., Levine, D. A., Kabeto, M. U., & Weir, D. R. (2017). A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012. *JAMA internal medicine*, 177(1), 51-58. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.6807>

Lannin, D. R., Mathews, H. F., Mitchell, J., & Swanson, M. S. (2002). Impacting cultural attitudes in African-American women to decrease breast cancer mortality. *American Journal of Surgery*, 184(5), 418-423. [https://doi.org/10.1016/s0002-9610\(02\)01009-7](https://doi.org/10.1016/s0002-9610(02)01009-7)

Launer, L. J., Andersen, K., Dewey, M. E., Letenneur, L., Ott, A., Amaducci, L. A., Brayne, C., Copeland, J. R., Dartigues, J. F., Kragh-Sorensen, P., Lobo, A., Martinez-Lage, J. M., Stijnen, T., & Hofman, A. (1999). Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: Results from EURODEM pooled analyses. EURODEM Incidence Research Group and Work Groups. European Studies of Dementia. *Neurology*, 52(1), 78-84. <https://doi.org/10.1212/wnl.52.1.78>

Larson, E. B., Shadlen, M.-F., Wang, L., McCormick, W. C., Bowen, J. D., Teri, L., & Kukull, W. A. (2004). Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease. *Annals of Internal Medicine*, 140(7), 501-509. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-7-200404060-00008>

Lee, S. E., Lee, H. Y., & Diwan, S. (2010). What do Korean American immigrants know about Alzheimer's disease (AD)? The impact of acculturation and exposure to the disease on AD knowledge. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(1), 66-73. <https://doi.org/10.1002/gps.2299>

Letenneur, L., Gilleron, V., Commenges, D., Helmer, C., Orgogozo, J., & Dartigues, J. (1999). ¿Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 66(2), 177-183.

Lines, L., Sherif, N., & Wiener, J. (2014). *Racial and ethnic disparities among individuals with Alzheimer's disease in the United States: A literature review*. RTI Press. RTI Press Publication No. RR-0024-1412 <https://doi.org/10.3768/rtipress.2014.RR.0024.1412>

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112. <https://doi.org/10.2307/2095395>

Link, B. G., Struening, E., Cullen, F. T., Shrout, P., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400-423.

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* (1982), 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>

Lobaina-Lobaina, L., Bertotâ€“Ortega, L., & Veitiaâ€“Fernández, Z. M. (2020). Actividades ajedrecísticas para mejorar el rendimiento de la memoria en los adultos mayores. *Capablanca*, 1(1), 40-54.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-43. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352008000100004>

Lopez, RP, Rose, KM, Kenney, L, Sanborn, V & Davis, JD (2019). Managing Shame: A Grounded Theory of How Stigma Manifests in Families Living with Dementia- Ruth Palan Lopez, Karen M. Rose, Lauren Kenney, Victoria Sanborn, Jennifer Duncan Davis, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* Epub ahead of print. Recuperado 25 de julio de 2020, de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1078390319832965>

Love, S., & Miners, J. S. (2016). Cerebrovascular disease in ageing and Alzheimer's disease. *Acta Neuropathologica*, 131(5), 645-658. <https://doi.org/10.1007/s00401-015-1522-0>

Loy, C. T., Schofield, P. R., Turner, A. M., & Kwok, J. B. J. (2014). Genetics of dementia. *Lancet (London, England)*, 383(9919), 828-840. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60630-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60630-3)

Lucas-Carrasco, R., Pero, M., & March, J. (2011). [Overall quality of life in persons with dementia]. *Revista De Neurología*, 52(3), 139-146.

Luis, F. (2008). El papel del arte como protector de las funciones cerebrales. La música, la pintura y la escritura facilitan la capacidad de reserva cerebral. *Revista mexicana de neurociencia*, 9(2), 154-158.

Mars, D., Davis, B. L., Montgomery, A. J., Gregoski, M. J., Burns, D. P., & Coffey, D. (2017). The Lived Experience of African-American Informal Caregivers of Family

Members with Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Journal of National Black Nurses' Association: JNBNA*, 28(2), 19-25.

<https://europepmc.org/article/med/30282137>

Martínez-Lage, P., Martín-Carrasco, M., Arrieta, E., Rodrigo, J., & Formiga, F. (2018). Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Proyecto MapEA. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 53(1), 26-37.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.006>

Martínez -Lage Álvarez J.M., Martínez -Lage Álvarez P., Moya Molina M.A. (2001). Historia de las demencias degenerativas y de la enfermedad de Alzheimer. In: Fernández-Ballesteros, R., Díez Nicolás, J. (eds.), *Libro blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Obra Social Caja de Madrid: pp. 35-57

Martínez Lage J.M., Martínez -Lage Álvarez P., Álvarez M.-L. (2001a). El fenómeno médico, social y cultural de la enfermedad de Alzheimer en la segunda mitad del siglo xx. In: Martínez Lage, J. M., Khachaturian, Z. S. (eds.), *Alzheimer xxi, ciencia y sociedad*. Barcelona: Masson: pp. 87-95

Matthews, F. E., Stephan, B. C. M., Robinson, L., Jagger, C., Barnes, L. E., Arthur, A., & Brayne, C. (2016). A two-decade dementia incidence comparison from the Cognitive Function and Ageing Studies I and II. *Nature Communications*, 7(1), 11398.

<https://doi.org/10.1038/ncomms11398>

Matthews, K. A., Xu, W., Gaglioti, A. H., Holt, J. B., Croft, J. B., Mack, D., & McGuire, L. C. (2019). Racial and ethnic estimates of Alzheimer's disease and related dementias in the United States (2015-2060) in adults aged ≥ 65 years. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 15(1), 17-24.

<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.06.3063>

Mayeda, E. R., Glymour, M. M., Quesenberry, C. P., & Whitmer, R. A. (2016). Inequalities in dementia incidence between six racial and ethnic groups over 14 years. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 12(3), 216-224. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.12.007>

Mayeda, E. R., Glymour, M. M., Quesenberry, C. P., Johnson, J. K., Pérez-Stable, E. J., & Whitmer, R. A. (2017). Survival after dementia diagnosis in five racial/ethnic groups. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 13(7), 761-769. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.12.008>

Mehta, K. M., & Yeo, G. W. (2017). Systematic review of dementia prevalence and incidence in United States race/ethnic populations. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 13(1), 72-83. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.06.2360>

Metaxas, A., Thygesen, C., Kempf, S. J., Anzalone, M., Vaitheeswaran, R., Petersen, S., Landau, A. M., Audrain, H., Teeling, J. L., Darvesh, S., Brooks, D. J., Larsen, M. R., & Finsen, B. (2019). Ageing and amyloidosis underlie the molecular and pathological alterations of tau in a mouse model of familial Alzheimer's disease. *Scientific Reports*, 9. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-52357-5>

McShane, R., Sastre, A. A., & Minakaran, N. (2006). Memantine for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003154.pub5>

Michaelson, D. M. (2014). APOE ε4: The most prevalent yet understudied risk factor for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 10(6), 861-868. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.06.015>

Mielke, M. M., Vemuri, P., & Rocca, W. A. (2014). Clinical epidemiology of Alzheimer's disease: Assessing sex and gender differences. *Clinical Epidemiology*, 6, 37-48. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S37929>

Mielke, M. M., Hagen, C. E., Xu, J., Chai, X., Vemuri, P., Lowe, V. J., Airey, D. C., Knopman, D. S., Roberts, R. O., Machulda, M. M., Jack, C. R., Petersen, R. C., & Dage, J. L. (2018). Plasma phospho-tau181 increases with Alzheimer's disease clinical severity and is associated with tau- and amyloid-positron emission tomography. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 14(8), 989-997. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.013>

Mirabella, G. (2015). Is Art Therapy a Reliable Tool for Rehabilitating People Suffering from Brain/Mental Diseases? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(4), 196-199. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0374>

Mitchell, J. P., Banaji, M. R., & Macrae, C. N. (2005). The link between social cognition and self-referential thought in the medial prefrontal cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 17(8), 1306-1315. <https://doi.org/10.1162/0898929055002418>

Montañés, P. (2005). Fluidez verbal en pacientes con enfermedad de Alzheimer: un análisis transversal y longitudinal. *Rev. de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría*, 19, 816-827.

Moses, T. (2010). Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science & Medicine* (1982), 70(7), 985-993. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.022>

National Alliance for Caregiving, & AARP Public Policy Institute. (2015). Caregiving in the U.S. 2015 (p. 87). <https://doi.org/10.26419/res.00062.001>

Navarro Esquerda, A. (2018). *Intervenciones para disminuir el autoestigma en personas con* *TMG. Revisión bibliográfica.*

<http://eugdspace.eug.es:80/xmlui/handle/123456789/504>

Neu, S. C., Pa, J., Kukull, W., Beekly, D., Kuzma, A., Gangadharan, P., Wang, L.-S., Romero, K., Arneric, S. P., Redolfi, A., Orlandi, D., Frisoni, G. B., Au, R., Devine, S., Auerbach, S., Espinosa, A., Boada, M., Ruiz, A., Johnson, S. C., ... Toga, A. W. (2017). Apolipoprotein E Genotype and Sex Risk Factors for Alzheimer Disease: A Meta-analysis. *JAMA Neurology*, *74*(10), 1178-1189.

<https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2017.2188>

Neurology, T. L. (2018). Will Europe be ready for the treatment of Alzheimer's disease? *The Lancet Neurology*, *17*(12), 1025. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30409-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30409-5)

Ngandu, T., von Strauss, E., Helkala, E.-L., Winblad, B., Nissinen, A., Tuomilehto, J., Soininen, H., & Kivipelto, M. (2007). Education and dementia: What lies behind the association? *Neurology*, *69*(14), 1442-1450.

<https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000277456.29440.16>

Nitrini, R., Bottino, C. M. C., Albala, C., Custodio Capuñay, N. S., Ketzoian, C., Llibre Rodríguez, J. J., Maestre, G. E., Ramos-Cerqueira, A. T. A., & Caramelli, P. (2009). Prevalence of dementia in Latin America: A collaborative study of population-based cohorts. *International Psychogeriatrics*, *21*(4), 622-630.

<https://doi.org/10.1017/S1041610209009430>

Nygård, L., & Borell, L. (2016). A Life-World of Altering Meaning: Expressions of the Illness Experience of Dementia in Everyday Life over 3 Years: *The Occupational Therapy Journal of Research*. <https://doi.org/10.1177/153944929801800203>

O'Connor, D. (2019.). *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia*. Recuperado 5 de agosto de 2020 de website: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019.pdf>

Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J. M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Muñiz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(2), 161-178. <https://doi.org/10.1159/000316119>

OMS | Informe sobre la salud en el mundo 2010. (2010). Recuperado 25 de agosto de <https://www.who.int/whr/2010/es/>

Oliver, L. (2018, septiembre 1). ¿Por qué el alzhéimer afecta más a las mujeres que a los hombres? *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/vert-fut-45337992>

Opazo Baeza, V., & Rivera Toledo, J. (2011). Indicadores gráficos de la prueba del Dibujo de la Figura Humana en adolescentes hombres y mujeres de 12 a 16 años víctimas de agresiones sexuales. *Revista de Psicología*, 19(1). <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2010.17099>

OMS Reunión sobre Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional (1977: Ginebra) & World Health Organization. (1978). Promoción y desarrollo de la medicina tradicional: informe de una reunión de la OMS, [Ginebra, 28 de noviembre - 2 de diciembre de 1977]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41183>

Ossher, L., Bialystok, E., Craik, F. I. M., Murphy, K. J., & Troyer, A. K. (2013). The effect of bilingualism on amnesic mild cognitive impairment. *The Journals of*

Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 68(1), 8-12.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbs038>

Östman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 494-498. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.6.494>

Ostrowitzki, S., Lasser, R. A., Dorflinger, E., Scheltens, P., Barkhof, F., Nikolcheva, T., Ashford, E., Retout, S., Hofmann, C., Delmar, P., Klein, G., Andjelkovic, M., Dubois, B., Boada, M., Blennow, K., Santarelli, L., & Fontoura, P. (2017). A phase III randomized trial of gantenerumab in prodromal Alzheimer's disease. *Alzheimer's Research and Therapy*, 9(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0318-y>

Ott, C. H., Sanders, S., & Kelber, S. T. (2007). Grief and Personal Growth Experience of Spouses and Adult-Child Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease and Related Dementias. *The Gerontologist*, 47(6), 798-809. <https://doi.org/10.1093/geront/47.6.798>

Panhofer, H., & MacDonald, J. (2015). Moviéndonos hacia el final de nuestros días. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 10, 51-64. https://doi.org/10.5209/rev_ARTE.2015.v10.51683

Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: Family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 446-457. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04250.x>

Pardal-Refoyo, J. L. (2019). La pregunta de investigación. *Revista ORL*, 10(4), 233. <https://doi.org/10.14201/orl.21687>

Paz, J., Guzmán, J. M., Martínez, J., Rodríguez, J., Naciones Unidas, & Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (2004). *América Latina y el Caribe: Dinámica demográfica y políticas para aliviar la pobreza*. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7191/1/S045457_es.pdf

Peluso, E. de T. P., & Blay, S. L. (2009). Public stigma in relation to individuals with depression. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 201-206. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.08.013>

Pentzek, M., Wollny, A., Wiese, B., Jessen, F., Haller, F., Maier, W., Riedel-Heller, S. G., Angermeyer, M. C., Bickel, H., Mösch, E., Weyerer, S., Werle, J., Bachmann, C., Zimmermann, T., van den Bussche, H., Abholz, H.-H., Fuchs, A., & AgeCoDe Study Group. (2009). Apart from nihilism and stigma: ¿What influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia? *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 17(11), 965-975. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181b2075e>

Perales A, Sogi C, Bernal E, Frisancho D, Arévalo J, Pedersen D, Tejada K. (1988). Conocimiento, opiniones y actitudes de los médicos frente a la medicina tradicional en tres ciudades del Perú. En Cabieses F Camillol P editores. Trabajos del II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales; Lima 26- 29 de junio de 1988. Lima: Talleres Gráficos Marín, 1988; p. 115-135.

Perales, Alberto. (2008). Carlos Alberto Seguí: paradigma docente de la Facultad de Medicina de San Fernando, a 100 años de su nacimiento. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(1), 59-61. Recuperado en 30 de octubre de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102555832008000100013&lng=es&tlng=es

Pérez P. (2004). *Psicología y Psiquiatría Transcultural. Bases prácticas para la acción*. Recuperado 2 de marzo de 2020, de <http://www.pauperez.cat/es/tematico/libros/psicologia-y-psiQUIATRIA-transcultural-bases-practicas-para-la-accion/>

Pérez-Pareja, J. (1997). *Autoinformes*. En G. Buela y J. Sierra. *Manual de Evaluación Psicológica. Madrid Siglo XXI. | Validez (Estadísticas) | Comportamiento*. Scribd. Recuperado 25 de julio de 2020, de <https://es.scribd.com/document/386533124/Perez-Pareja-J-1997-Autoinformes-en-G-Buela-y-J-Sierra-anual-de-Evaluacion-Psicologica-Madrid-Siglo-XXI>

Pérez Testor, S., Cabedo Sanromà, J., Barnet López, S., Guerra Bálic, M., Griño Roca, A., Aceituno Martín, P., & Salvati Magini, C. (2019). *El dibujo de la figura humana como instrumento de la evaluación de danza creativa en personas con Alzheimer: Estudio de caso*. <https://doi.org/10.1387/ausart.20615>

Perkins P, Annegers JF, Doody RS, Cooke N, Aday L, Vernon SW. (1997). *Incidence and prevalence of dementia in a multiethnic cohort of municipal retirees*. *Neurology* ;49(1):44-50.

Petersson, S. D., & Philippou, E. (2016). Mediterranean Diet, Cognitive Function, and Dementia: A Systematic Review of the Evidence. *Advances in Nutrition (Bethesda, Md.)*, 7(5), 889-904. <https://doi.org/10.3945/an.116.012138>

Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 115-126. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033304>

Pillemer, S., Davis, J., & Tremont, G. (2018). Gender effects on components of burden and depression among dementia caregivers. *Aging & Mental Health*, 22(9), 1156-1161. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1337718>

Pincus, F. L. (1999). From individual to structural discrimination. In H. J. Ehrlich (Ed.), *Race and ethnic conflict: Contending views on prejudice, discrimination, and ethnoviolence* (pp. 205-222). Boulder, CO: Westview Press.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>

Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023). (2020, marzo 2). Instituto Matia. <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/plan-integral-de-alzheimer-y-otras-demencias-2019-2023>

Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., Burke, J. R., Hurd, M. D., Potter, G. G., Rodgers, W. L., Steffens, D. C., Willis, R. J., & Wallace, R. B. (2007). Prevalence of Dementia in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. *Neuroepidemiology*, 29(1-2), 125-132. <https://doi.org/10.1159/000109998>

Pinazo, S. y Sánchez, M. (2005). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice-Hall.

Pohlman, E. G. (2011). *Ethics and politics of caring and curing: The case of Down Syndrome and Alzheimer Disease*. ProQuest Information & Learning. (2011-99031-173).

Polito, C. A., Cai, Z.-Y., Shi, Y.-L., Li, X.-M., Yang, R., Shi, M., Li, Q.-S., Ma, S.-C., Xiang, L.-P., Wang, K.-R., Ye, J.-H., Lu, J.-L., Zheng, X.-Q., & Liang, Y.-R. (2018). Association of Tea Consumption with Risk of Alzheimer's Disease and Anti-Beta-Amyloid Effects of Tea. *Nutrients*, *10*(5). <https://doi.org/10.3390/nu10050655>

Ponce, O. V. (1975). *Hampicamayoc: Medicina folklórica y su substrato aborigen en el Perú*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Dirección Universitaria de Biblioteca y Publicaciones.

Potter, G. G., Plassman, B. L., Burke, J. R., Kabeto, M. U., Langa, K. M., Llewellyn, D. J., Rogers, M. A. M., & Steffens, D. C. (2009). Cognitive performance and informant reports in the diagnosis of cognitive impairment and dementia in African Americans and whites. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, *5*(6), 445-453. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2009.04.1234>

Prince, M. J. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia*. <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>

Profile of Older Americans: 2016 | ACL Administration for Community Living. (2016). Recuperado 12 de agosto de 2020, de <https://acl.gov/news-and-events/announcements/subject-profile-older-americans-2016>

Pruchno, R. A. and S. (2007). *Challenges of an Aging Society: Ethical Dilemmas, Political Issues*. Eweb:303156. <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/967500>

Raja, W. K., Mungenast, A. E., Lin, Y.-T., Ko, T., Abdurrob, F., Seo, J., & Tsai, L.-H. (2016). Self-Organizing 3D Human Neural Tissue Derived from Induced Pluripotent Stem Cells Recapitulate Alzheimer's Disease Phenotypes. *PloS One*, *11*(9), e0161969. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161969>

Rajabli, F., Feliciano, B. E., Celis, K., Rodríguez Hamilton-Nelson, K. L., Whitehead, P. L., Adams, L. D., Bussies, P. L., Manrique, C. P., A., Rodríguez, V., Starks, T., Byfield, G. E., Sierra López, C. B., McCauley, J. L., Acosta, H., China, A., Kunkle, B. W., Reitz, C., Farrer, L. A., ... Pericak-Vance, M. A. (2018). Ancestral origin of ApoE ϵ 4 Alzheimer disease risk in Puerto Rican and African American populations. *PLoS Genetics*, *14*(12), e1007791. <https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1007791>

Rajan, K. B., Weuve, J., Barnes, L. L., Wilson, R. S., & Evans, D. A. (2019). Prevalence and incidence of clinically diagnosed Alzheimer's disease dementia from 1994 to 2012 in a population study. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, *15*(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.07.216>

Rajan, K. B., Barnes, L. L., Wilson, R. S., McAninch, E. A., Weuve, J., Sighoko, D., & Evans, D. A. (2017). Racial Differences in the Association Between Apolipoprotein E Risk Alleles and Overall and Total Cardiovascular Mortality Over 18 Years. *Journal of the American Geriatrics Society*, *65*(11), 2425-2430. <https://doi.org/10.1111/jgs.15059>

Redolfi, A., Orlandi, D., Frisoni, G.B., Au, R., Devine, S., Auerbach, S., Espinosa, A., Boada, M., Ruiz, A., Johnson, S.C., Kosciak, R., Wang, J.-J., Hsu, W., C., Chen, Y., L., Toga, A.W., 2017. Apolipoprotein E Genotype and Sex Risk Factors for Alzheimer Disease: A Meta-analysis. *JAMA Neurology* **74**, 1178. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2017.2188>

Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, *139*(9), 1136-1139. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>

Reitz, C., Tosto, G., Vardarajan, B., Rogaeva, E., Ghani, M., Rogers, R. S., Conrad, C., Haines, J. L., Pericak-Vance, M. A., Fallin, M. D., Foroud, T., Farrer, L. A., Schellenberg, G. D., George-Hyslop, P. S., & Mayeux, R. (2013). Independent and

epistatic effects of variants in VPS10-d receptors on Alzheimer disease risk and processing of the amyloid precursor protein (APP). *Translational Psychiatry*, 3(5), e256. <https://doi.org/10.1038/tp.2013.13>

Remorini, C. (2009). *Aporte a la caracterización etnográfica de los procesos de salud-enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital, en comunidades Mbya- Guaraní de Misiones, República Argentina* [Doctor en Ciencias Naturales, Universidad Nacional de La Plata]. <https://doi.org/10.35537/10915/4293>

Rivera, M. F. (2007.). *Evaluación Psicológica de Rocío Fernández. 2a ed.* Recuperado 15 de julio de 2020, de https://www.academia.edu/36502435/Evaluaci%C3%B3n_Psicol%C3%B3gica_de_Roc%C3%ADo_Fern%C3%A1ndez._2a_ed

Roberts, J. R., & Maxfield, M. (2018). Examining the Relationship Between Religious and Spiritual Motivation and Worry About Alzheimer's Disease in Later Life. *Journal of Religion and Health*, 57(6), 2500-2514. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0635-x>

Roby, D., Ruiz, F., Kermath, B., Voorhees, J., Niehoff, M., Zhang, J., Morley, J., Musiek, E., & Burris, T. (2019). Pharmacological activation of the nuclear receptor REV-ERB reverses cognitive deficits and reduces amyloid- β burden in a mouse model of Alzheimer's disease. *PLOS ONE*, 14, e0215004. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215004>

Rocca, W. A., Mielke, M. M., Vemuri, P., & Miller, V. M. (2014). Sex and gender differences in the causes of dementia: A narrative review. *Maturitas*, 79(2), 196-201. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.008>

Rocca, W. A. (2017). Time, Sex, Gender, History, and Dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 31(1), 76-79. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000187>

Rodríguez Álvarez, M., & Sánchez Rodríguez, J. L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de psicología*. <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/8036>

Rodríguez Constantín, A., Couso Seoane, C., Orozco González, M. I., del Pino Boytel, I. A., & Tintores Tamés, A. (2003). Factores de riesgo asociados a la demencia degenerativa en pacientes geriátricos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2), 0-0.

Rojas-Jara, C., Calquín, F., González, J., Santander, E., & Vásquez, M. (2019). Efectos negativos del uso de benzodiacepinas en adultos mayores: Una breve revisión. *Salud & Sociedad*, 10(1), 40-50. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00003>

Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., Rivière, D., & Vellas, B. (2007). Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: A 1-year randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(2), 158-165. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01035.x>

Rosa, M. M., & Contreras, A. (2010.). *EL "SUSTO": "Síndrome culturalmente específico" en contextos pluriculturales. algunas consideraciones sobre su etiología y terapéutica en México y argentina*. 8.

RTI International, & Lines, L. (2014). *Racial and Ethnic Disparities Among Individuals with Alzheimer's Disease in the United States: A Literature Review*. RTI Press. <https://doi.org/10.3768/rtipress.2014.RR.0024.1412>

Rubel, A. J. (1964). "The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America". En: *Ethnology*, Vol. 3, pp. 268-283 [dito in Landy (ed.), 1977, pp. 119-128].

Ruiz Ramos, M. (2012). Análisis de las principales variables determinantes de la evolución de la mortalidad por demencias en Andalucía. *Revista Española de Salud Pública*, 86, 219-228. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272012000300002>

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(8), 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>

Russ, T. C., Stamatakis, E., Hamer, M., Starr, J. M., Kivimäki, M., & Batty, G. D. (2013). Socioeconomic status as a risk factor for dementia death: Individual participant meta-analysis of 86 508 men and women from the UK. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 203(1), 10-17. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119479>

Sabia, S., Dugravot, A., Dartigues, J.-F., Abell, J., Elbaz, A., Kivimäki, M., & Singh-Manoux, A. (2017). Physical activity, cognitive decline, and risk of dementia: 28-year follow-up of Whitehall II cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 357, j2709. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2709>

Salas, K. B. (2016). Terapia de reemplazo hormonal en relación a la enfermedad de Alzheimer. *Revista Médica Sinergia*, 1(12), 15-20.

Salzer, M., Wick, L., & Rogers, J. (2008). Familiarity with and Use of Accommodations and Supports Among Postsecondary Students with Mental Illnesses. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59, 370-375. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.4.370>

Sánchez-González, D., & Egea-Jiménez, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de población*, 17(69), 151-185.

Samper-Ternent, R., Michaels-Obregon, A., Wong, R., & Palloni, A. (2012). Older Adults Under a Mixed Regime of Infectious and Chronic Diseases. *Salud pública de México*, 54, 487-495. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342012000500005>

Sayles, J. N., Ryan, G. W., Silver, J. S., Sarkisian, C. A., & Cunningham, W. E. (2007). Experiences of social stigma and implications for healthcare among a diverse population of HIV positive adults. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 84(6), 814-828. <https://doi.org/10.1007/s11524-007-9220-4>

Schmidt, R., Hofer, E., Bouwman, F. H., Buerger, K., Cordonnier, C., Fladby, T., Galimberti, D., Georges, J., Heneka, M. T., Hort, J., Laczó, J., Molinuevo, J. L., O'Brien, J. T., Religa, D., Scheltens, P., Schott, J. M., & Sorbi, S. (2015). EFNS-ENS/EAN Guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology*, 22(6), 889-898. <https://doi.org/10.1111/ene.12707>

Schultz C., Del Tredici K.H.B (2004): Neuropathology of Alzheimer's Disease. In Alzheimer's Disease Current Clinical Neurology. Edited by R. R, B. R. Totowa, NJ: Humana Press.

Seguín, C. A. (1962). *Psiquiatría y sociedad: Estudios sobre la realidad peruana*. la Univ.

Seguín C. (1988) *Medicina tradicional y medicina folklórica*. Lima: Banco Central de Reserva del Perú; 1988.

Seguín C. (1981). *Medicina tradicional y medicina folklórica*. *El Comercio, Lima*, 7 de junio.

Selkoe, D. J. (2000). Imaging Alzheimer's amyloid. *Nature Biotechnology*, 18(8), 823-824. <https://doi.org/10.1038/78422>

Serrano LaVertu, D., & Linares Parada, A. M. (1990.). Principios éticos de la investigación biomédica en seres humanos: Aplicación y limitaciones en América Latina

y el Caribe. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*;108(5-6), mayo. -jun. 1990. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16826>

Seshadri, S., Wolf, P. A., Beiser, A., Au, R., McNulty, K., White, R., & D'Agostino, R. B. (1997). Lifetime risk of dementia and Alzheimer's disease. The impact of mortality on risk estimates in the Framingham Study. *Neurology*, 49(6), 1498-1504. <https://doi.org/10.1212/wnl.49.6.1498>

Shao, W., Peng, D., & Wang, X. (2017). Genetics of Alzheimer's disease: From pathogenesis to clinical usage. *Journal of Clinical Neuroscience: Official Journal of the Neurosurgical Society of Australasia*, 45, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.06.074>

Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family—Caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 7-17. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.7>

Shenk D. (2006). El Alzheimer. La enfermedad degenerativa que llega a destruir la propia identidad. Madrid: Espasa Calpe. Recuperado 2 de agosto de 2020, de https://www.popularlibros.com/libro/el-alzheimer_168185

Shier, M., Graham, J. R., & Jones, M. E. (2009). Barriers to employment as experienced by disabled people: A qualitative analysis in Calgary and Regina, Canada. *Disability & Society*, 24(1), 63-75. <https://doi.org/10.1080/09687590802535485>

Shim, Y. S., Yang, D. W., Kim, H.-J., Park, Y. H., & Kim, S. (2017). Characteristic differences in the mini-mental state examination used in Asian countries. *BMC Neurology*, 17(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12883-017-0925-z>

Silva M. Carlos Alberto Seguin. (1994). *Otros perfiles, otros frentes*. Lima: Banco Central de Reserva Fondo Editorial

Spinney, L. (2014). Alzheimer's disease: The forgetting gene. *Nature*, *510*(7503), 26-28. <https://doi.org/10.1038/510026a>

Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2004). Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, *18*(3), 88-96. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2004.03.004>

Stevenson, S., Bruce, L., Dwosh, E., Beattie, B. L., & Illes, J. (2016). When culture informs neuroscience: Considerations for community-based neurogenetics research and clinical care in a First Nation community with early onset familial Alzheimer disease. In J. Y. Chiao, S.-C. Li, R. Seligman, & R. Turner (Eds.), *The Oxford handbook of cultural neuroscience*. (pp. 171-181). New York, NY: Oxford University Press. (2016-08565-011).

Stout, P. A., Villegas, J., & Jennings, N. A. (2004). Images of Mental Illness in the Media: Identifying Gaps in the Research. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(3), 543-561. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007099>

Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, *19*(5), 522-526. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000238482.27270.5d>

Stutterheim, S. E., Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Brands, R., Liebrechts, M., & Schaalma, H. P. (2011). Psychological and social correlates of HIV status disclosure: The significance of stigma visibility. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, *23*(4), 382-392. <https://doi.org/10.1521/aeap.2011.23.4.382>

Steenland, K., Goldstein, F. C., Levey, A., & Wharton, W. (2016). A Meta-Analysis of Alzheimer's Disease Incidence and Prevalence Comparing African-Americans and

Caucasians. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 50(1), 71-76.
<https://doi.org/10.3233/JAD-150778>

Sterne, J. A. C., & Smith, G. D. (2001). Sifting the evidence—What's wrong with significance tests? *BMJ: British Medical Journal*, 322(7280), 226-231.

Stevenson, S., Bruce, L., Dwosh, E., Beattie, B. L., & Illes, J. (2015). *When Culture Informs Neuroscience*. The Oxford Handbook of Cultural Neuroscience.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199357376.013.12>

Sun, F., Gao, X., Shen, H., & Burnette, D. (2014). Levels and correlates of knowledge about Alzheimer's disease among older Chinese Americans. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 29(2), 173-183. <https://doi.org/10.1007/s10823-014-9229-6>

Sun, F., Ong, R., & Burnette, D. (2012). The influence of ethnicity and culture on dementia caregiving: A review of empirical studies on Chinese Americans. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 27(1), 13-22.
<https://doi.org/10.1177/1533317512438224>

Syme, S. L. (2005). Historical Perspective: The social determinants of disease – some roots of the movement. *Epidemiologic perspectives & innovations: EP+I*, 2, 2.
<https://doi.org/10.1186/1742-5573-2-2>

Takizawa, C., Thompson, P. L., van Walsem, A., Faure, C., & Maier, W. C. (2015). Epidemiological and economic burden of Alzheimer's disease: A systematic literature review of data across Europe and the United States of America. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 43(4), 1271-1284. <https://doi.org/10.3233/JAD-141134>

Tan, J. Z. A., & Gleeson, P. A. (2019). The role of membrane trafficking in the processing of amyloid precursor protein and production of amyloid peptides in

Alzheimer's disease. *Biochimica Et Biophysica Acta. Biomembranes*, 1861(4), 697-712. <https://doi.org/10.1016/j.bbamem.2018.11.013>

Tanco, E. D., & Espino, C. G. (2018). *Características demográficas*. 644.

Tarricone, R. (2006). Cost-of-illness analysis: ¿What room in health economics? *Health Policy*, 77(1), 51–63. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2005.07.016> Last accessed 30 August 2019.

Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D., & Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 342-350. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>

Testor, S. P., Sanrom Ñ, J. C., López, S. B., Balic, M. G., Roca, A. G., Martín, P. A., Martín, P. A., & Magini, C. S. (2019). El dibujo de la figura humana como instrumento de la evaluación de danza creativa en personas con Alzheimer: Estudio de caso. *AusArt*, 7(1), Article 1. <https://ojs.ehu.eus/index.php/ausart/article/view/20615>

Teixeira, M. E., & Budd, G. M. (2010). Obesity stigma: A newly recognized barrier to comprehensive and effective type 2 diabetes management. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(10), 527-533. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00551.x>

Todd, S., Barr, S., Roberts, M., & Passmore, A. P. (2013). Survival in dementia and predictors of mortality: A review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1109-1124. <https://doi.org/10.1002/gps.3946>

Toh, W. H., & Gleeson, P. A. (2016). Dysregulation of intracellular trafficking and endosomal sorting in Alzheimer's disease: Controversies and unanswered questions. *The Biochemical Journal*, 473(14), 1977-1993. <https://doi.org/10.1042/BCJ20160147>

Toledo, J. B., Vanderstichele, H., Figurski, M., Aisen, P. S., Petersen, R. C., Weiner, M. W., Jack, C. R., Jagust, W., Decarli, C., Toga, A. W., Toledo, E., Xie, S. X., Lee, V. M.-Y., Trojanowski, J. Q., Shaw, L. M., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. (2011). Factors affecting A β plasma levels and their utility as biomarkers in ADNI. *Acta Neuropathologica*, 122(4), 401-413. <https://doi.org/10.1007/s00401-011-0861-8>

Tom, S. E., Hubbard, R. A., Crane, P. K., Haneuse, S. J., Bowen, J., McCormick, W. C., McCurry, S., & Larson, E. B. (2015). Characterization of dementia and Alzheimer's disease in an older population: Updated incidence and life expectancy with and without dementia. *American Journal of Public Health*, 105(2), 408-413. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301935>

Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 19(2), 113-122. <https://doi.org/10.1080/09540260701278937>

Trostle, J. (2005). *Epidemiology and Culture (Cambridge Studies in Medical Anthropology)*. Cambridge: University Press. [Doi: 10.1017/CBO9780511806025](https://doi.org/10.1017/CBO9780511806025)

Trudeau, F., & Shephard, R. J. (2010). Relationships of Physical Activity to Brain Health and the Academic Performance of Schoolchildren. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 4(2), 138-150. <https://doi.org/10.1177/1559827609351133>

Ungar, L., Altmann, A., & Greicius, M. D. (2014). Apolipoprotein E, gender, and Alzheimer's disease: An overlooked, but potent and promising interaction. *Brain Imaging and Behavior*, 8(2), 262-273. <https://doi.org/10.1007/s11682-013-9272-x>

Valdivia O. Hampicamayoc. (1975). *Medicina folklórica y su substrato aborigen en el Perú*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; p. 200.

Valdivia O. (1986). Hampicamayoc. *Medicina Folklórica y su Substrato Aborigen en el Perú*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Dirección Universitaria de Biblioteca y Publicaciones. Recuperado 2 de marzo de 2020, de <http://www.librosperuanos.com/libros/detalle/2508/Hampicamayoc.-Medicina-folklorica-y-su-substrato-aborigen-en-el-Peru>

Valdivia, N. (2011). *El uso de categorías étnico/raciales en censos y encuestas en el Perú: Balance y aportes para una discusión* (Vol. 60). GRADE Group for the Analysis of Development.

Valdizan, H., & Colección Fondos Prop. (1990). *V Paleopsiquiatria del antiguo Perú*. CONCYTEC Universidad Peruana Cayetano Heredia, Fondo E.

Valdizán, H., Ángel Maldonado. (1922). *La medicina popular peruana—Tomo Segundo—LIBROS PERUANOS*.
<http://www.librosperuanos.com/libros/detalle/16055/La-medicina-popular-peruana-Tomo-Segundo>

Valls-Pedret, C., Sala-Vila, A., Serra-Mir, M., Corella, D., de la Torre, R., Martínez-González, M. Á., Martínez-Lapiscina, E. H., Fitó, M., Pérez-Heras, A., Salas-Salvadó, J., Estruch, R., & Ros, E. (2015). Mediterranean Diet and Age-Related Cognitive Decline: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, 175(7), 1094-1103.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1668>

Vasco, U. (2008). Salud, medicina y clases sociales. *Recuperado el 2 de febrero 2020 de* https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/19

Valls-Pedret, C., Sala-Vila, A., Serra-Mir, M., Corella, D., de la Torre, R., Martínez-González, M. Á., Martínez-Lapiscina, E. H., Fitó, M., Pérez-Heras, A., Salas-Salvadó, J., Estruch, R., & Ros, E. (2015). Mediterranean Diet and Age-Related Cognitive Decline: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, *175*(7), 1094-1103. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1668>

Velert, J., Velert, M., Salar, L., Avellana, J., y Moreno, L. (2012). Adecuación de la utilización de benzodiacepinas en ancianos desde la oficina de farmacia: un estudio de colaboración médico-farmacéutico. *Atención Primaria*, *44*(7), 402-410. doi: 10.1016/j.aprim.2011.07.018

Velligan, D., Sajatovic, M., Valenstein, M., Riley, W. T., Safren, S., Lewis-Fernandez, R., Weiden, P., Ogedegbe, G., & Jamison, J. (2010). Methodological challenges in psychiatric treatment adherence research. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, *4*(1), 74-91. <https://doi.org/10.3371/CSRP.4.1.6>

Vergheze, J., Wang, C., Lipton, R. B., & Holtzer, R. (2013). Motoric cognitive risk syndrome and the risk of dementia. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, *68*(4), 412-418. <https://doi.org/10.1093/gerona/gls191>

Voorhees, J. R., Remy, M. T., Cintrón-Pérez, C. J., El Rassi, E., Kahn, M. Z., Dutca, L. M., Yin, T. C., McDaniel, L. M., Williams, N. S., Brat, D. J., & Pieper, A. A. (2018). (-)-P7C3-S243 protects a rat model of Alzheimer's disease from neuropsychiatric deficits and neurodegeneration without altering amyloid deposition or reactive glia. *Biological psychiatry*, *84*(7), 488-498. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.10.023>

Wadley, V. G., & Haley, W. E. (2001). Diagnostic attributions versus labeling: Impact of Alzheimer's disease and major depression diagnoses on emotions, beliefs, and helping intentions of family members. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological*

Sciences and Social Sciences, 56(4), P244-252.
<https://doi.org/10.1093/geronb/56.4.p244>

Wagner, K.-H., Cameron-Smith, D., Wessner, B., & Franzke, B. (2016). Biomarkers of Aging: From Function to Molecular Biology. *Nutrients*, 8(6), 338.
<https://doi.org/10.3390/nu8060338>

Waldemar, G., Phung, K. T. T., Burns, A., Georges, J., Hansen, F. R., Iliffe, S., Marking, C., Rikkert, M. O., Selmes, J., Stoppe, G., & Sartorius, N. (2007). Access to diagnostic evaluation and treatment for dementia in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(1), 47-54. <https://doi.org/10.1002/gps.1652>

Waring, S. C., Doody, R. S., Pavlik, V. N., Massman, P. J., & Chan, W. (2005). Survival among patients with dementia from a large multi-ethnic population. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 19(4), 178-183.
<https://doi.org/10.1097/01.wad.0000189033.35579.2d>

Werner, P., & Heinik, J. (2008). Stigma by association and Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 12(1), 92-99. <https://doi.org/10.1080/13607860701616325>

Werner, P. (2005). Social distance towards a person with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(2), 182-188.
<https://doi.org/10.1002/gps.1268>

Werner, P., Goldstein, D., & Buchbinder, E. (2010). Subjective experience of family stigma as reported by children of Alzheimer's disease patients. *Qualitative Health Research*, 20(2), 159-169. <https://doi.org/10.1177/1049732309358330>

Werner, P. (2014). Stigma and Alzheimer's disease: A systematic review of evidence, theory, and methods. En *the stigma of disease and disability: Understanding causes and*

overcoming injustices (pp. 223-244). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/14297-012>

Weuve, J., Hebert, L. E., Scherr, P. A., & Evans, D. A. (2015). Prevalence of Alzheimer disease in US states. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 26(1), e4-6.
<https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000199>

Weuve, J., Rajan, K. B., Barnes, L. L., Wilson, R. S., & Evans, D. A. (2018). Secular Trends in Cognitive Performance in Older Black and White U.S. Adults, 1993–2012: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(Suppl 1), S73-S81.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbx167>

WHO | *The world health report 2004—Changing history*. (2004). WHO; World Health Organization. Recuperado 15 de junio de 2020, de <https://www.who.int/whr/2004/en/>

Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T., Prina, A. M., Winblad, B., Jönsson, L., Liu, Z., & Prince, M. (2017). The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 13(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.07.150>

Wimo, A., Zhang, Z.-X., & Antuono, P. (2008). Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: Prevalence, management, and risk factors. *Lancet neurology*, 7(9), 812-826. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70169-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70169-8)

Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD005562. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2>

World Alzheimer Report (2015), The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends—Executive Summary.
<https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>

Worldalzheimerreport-spanish.pdf. (2018.). Recuperado 7 de diciembre de 2019, de <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2018-spanish.pdf>

World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025.

World Population Prospects: The 2017 Revision | Multimedia Library—United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2017.). Recuperado 4 de agosto de 2020, de <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html>

Wudicks, E. F. (1994). Clifford R. Jack, Jr, MD Departamento de Neurología y Radiología Diagnóstica Clínica Mayo Rochester, Minnesota. *Stroke*, 25(3).

Yaffe, K., Haan, M., Byers, A., Tangen, C., & Kuller, L. (2000). Estrogen use, APOE, and cognitive decline: Evidence of gene-environment interaction. *Neurology*, 54(10), 1949-1954. <https://doi.org/10.1212/wnl.54.10.1949>

Yaffe, K., Falvey, C., Harris, T. B., Newman, A., Satterfield, S., Koster, A., Ayonayon, H., & Simonsick, E. (2013). Effect of socioeconomic disparities on incidence of dementia among biracial older adults: Prospective study. *BMJ*, 347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7051>

Yahalom, J. (2017). *Social dimensions of Alzheimer's disease among caregivers in Oaxaca, Mexico.* ProQuest Information & Learning. (2016-53065-181). Recuperado 12 de abril de 2020 de <https://dsc.duq.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1093&context=etd>

Yeo, I. J., Lee, M. J., Baek, A., Miller, Z., Bhattarai, D., Baek, Y. M., Jeong, H. J., Kim, Y. K., Kim, D.-E., Hong, J. T., & Kim, K. B. (2019). A dual inhibitor of the proteasome catalytic subunits LMP2 and Y attenuates disease progression in mouse models of Alzheimer's disease. *Scientific Reports*, 9. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-54846-z>

Young, J. A., Lind, C., Orange, J. B., & Savundranayagam, M. Y. (2019). Expanding current understandings of epistemic injustice and dementia: Learning from stigma theory. *Journal of Aging Studies*, 48, 76-84. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.01.003>

Zhan, L. (2004). Caring for family members with Alzheimer's disease: Perspectives from Chinese American caregivers. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(8), 19-29. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20040801-06>

Zhang, X., Mormino, E. C., Sun, N., Sperling, R. A., Sabuncu, M. R., Yeo, B. T. T., & Initiative, the A. D. N. (2016). Bayesian model reveals latent atrophy factors with dissociable cognitive trajectories in Alzheimer's disease. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(42), E6535-E6544. <https://doi.org/10.1073/pnas.1611073113>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres con diagnóstico cognitivo tipo Alzheimer en Perú y España a los cuales se les invita a participar en el estudio *“Epidemiología Cultural de pacientes con diagnóstico cognitivo tipo Alzheimer en Perú y España. Año 2009”*

Soy María Elena Muñoz Zambrano, Tecnólogo Médico, salubrista, ex miembro del comité de Ética del Instituto Nacional de Salud del Perú, que se dedica a la investigación de enfermedades no Transmisibles desde hace más de 15 años. Actualmente estoy realizando este estudio de investigación a cargo del Área de Antropología y Psicología de la Universidad de Salamanca- España.

Financiamiento:

El financiamiento de este estudio, está a cargo de la Universidad de Salamanca, Fundación Carolina, ambos del gobierno de España y el Instituto Nacional de Salud y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del Perú.

Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participa o no. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me lo comunica según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme antes, durante o después de la entrevista.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido informado que mi participación en esta investigación es voluntaria. He sido informado que mi participación no implica riesgo para la salud o molestia alguna. He sido informado de que el investigador adquiere el compromiso de responder a cualquier pregunta que se le haga sobre los procedimientos. Una vez concluida la investigación. He sido informado que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento sin penalización de ningún tipo.

Doy mi consentimiento informado para participar en este estudio.

Entiendo que, aunque se guardara un registro de mi participación en el estudio, el investigador adquiere un compromiso de que todos los datos de mi conducta recogidos de mi participación solo serán identificados por un número y en ningún caso se mostraran asociados a mi identidad.

RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN:

Doña María Elena Muñoz Zambrano, Don Francisco Giner Abati (Asesor) Universidad de Salamanca (Asesor)

MARIA ELENA MUÑOZ ZAMBRANO

Investigadora. Universidad de Salamanca

Doctorado en Salud y Desarrollo en los Trópicos

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

FAMILIAR (Grado de parentesco):

FIRMA DE CONFORMIDAD:

FECHA:

ANEXO 2

CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO: EPIDEMIOLOGÍA CULTURAL DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN PERÚ Y ESPAÑA

Lugar de Nacimiento:

1.1 ¿Cuál es su profesión u ocupación?

1.2 ¿Qué grado académico posee?

(1) Primario (2) Secundario (3) Universitario (4) Master (5) Doctor (PhD) (6) Sin estudios

1.3 Fecha de nacimiento:

1.4 ¿Cuál es su género?

(0) Mujer (1) Hombre (3) Otro

1.5 Número de hijos que tiene:

1.6 ¿Hubo intentos de quitarse la vida en su familia?

(0) No (1) Si

1.7 ¿A tenido un pensamiento de quitarse la vida?

(0) No (1) Si

2. DIMENSIÓN SOCIO FAMILIAR

2.1 ¿Cuál es su religión?

(1) Católica (2) Testigo de Jehová (3) Evangélica (4) Mormón (5) Atea (6) Otra

2.2 ¿Ha tenido abortos?

(0) No (1) Si

2.3 ¿Cómo considera que fue su vida?

(0) Feliz (1) Infeliz

2.4 ¿Ha participado en actividades de ayuda social?

(0) Si (1) No

3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

3.1 ¿Como define su carácter?

(0) Sociable (1) Poco sociable

3.2 ¿Ha tenido hábito de consumo de tabaco, licor y/o drogas en algún momento de su vida? Marque una o más de una alternativa

(0) No (1) Tabaco (2) Vino (3) Droga

3.3 ¿En su entorno familiar hubo hábitos de consumo de licor, tabaco o drogas?

(0) No (1) Tabaco (2) vino (3) Droga

3.4 ¿Hizo deportes o actividad física?

(0) diario (1) 3 veces/semana (2) 2 veces/semana (3) 1vez/semana (4) 1vez/mes (5)
No

3.5 ¿En cuanto a su alimentación, su dieta se basa predominantemente en alimentos de origen?

(1) Fruta y verdura (2) Carnes y derivados (3) Pescado
(4) Lácteos (5) Legumbres

3.6 ¿Tiene alguna enfermedad actual en tratamiento? Pueda marcar más de una.

(0) No (1) Si Indicar cual.....

3.7 ¿tiene problemas para dormir?

(0) No (1) Si

4. CREENCIA SOBRE LA ENFERMEDAD

4.1 ¿ha tenido algún familiar que ha fallecido por un problema Alzheimer?

(0) No (1) Si

4.2 ¿Tiene algún familiar con un problema de Alzheimer?

(0) No (1) Si

4.3 ¿Cree que sus hijos podrán tener en un futuro este problema de Alzheimer

(0) No (1) Si

4.4 ¿Cree que su problema de salud se debe a? puede marcar más de uno

(0) Ha cuidado poco su salud (1) Mala suerte (2) Inadecuada alimentación
(3) mala vida (4) Un castigo divino causa/especifique.....

ANEXO 3

CUESTIONARIO ABIERTO (ENTREVISTA A PROFUNDIDAD)

1. ¿Cuál cree que **fue** la causa de la aparición de su enfermedad?
¿Actualmente cuál cree que **es** la causa la aparición de su enfermedad?
¿Qué consecuencias cree que **tendrá** la enfermedad en su vida
2. ¿Considera que **hubo** una discriminación de la sociedad en su vida?
¿Considera que **ahora** hay una discriminación en su vida?
¿Considera que en el futuro **será** discriminado por su enfermedad?
3. ¿Qué miedos **enfrentó** en su pasado?
¿Qué miedos enfrenta **hoy**?
¿Qué miedos enfrentara en el **futuro**?
4. ¿Cómo **reaccionó** su familia una vez que tuvieron conocimiento de su Enfermedad?
¿Cómo **reacciona** ahora su familia con su enfermedad?
¿Cómo cree que **reaccionara** su familia en un futuro por su enfermedad?
5. ¿Cómo era su vida antes de la enfermedad
¿Cómo es su vida hoy?
¿Cómo es su vida después del diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer?
6. ¿Cuál **fue** su reacción al conocer su enfermedad?
¿Cuál **es** su reacción ahora al conocer su enfermedad?
¿Cómo cree que **será** su reacción más adelante con su enfermedad?

Validación 2

Yo Jorge Luis Guerra Reyes, (CPP) 10921 de profesión **Psicólogo**, y ejerciendo actualmente como Docente Universitario en la institución, la Universidad Nacional del Callao – Lima - Perú, hago constar que he revisado, con fines de validación el instrumento “Epidemiología Cultural en pacientes con deterioro cognitivo tipo Alzheimer en Perú y España”, diseñado por la investigadora MARIA ELENA MUÑOZ ZAMBRANO y revisado por el DR. FRANCISCO GINER ABATI, médico cirujano- Antropólogo, luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Excelente
Congruencia ítem-dimensión			X
Amplitud de contenidos			X
Redacción de los ítems			X
Ortografía			X
Presentación			X

En Lima, a los 05 días del mes de febrero de 2020



FIRMA

Validación 3

Yo Marie Nathalie Rivas Chunga, de profesión médico-cirujano, auditora médica y ejerciendo actualmente como médico- cirujana en la institución ESSALUD hago constar que he revisado, con fines de validación el instrumento “Epidemiología Cultural en pacientes con deterioro cognitivo tipo Alzheimer en Perú y España”, diseñado por la investigadora MARIA ELENA MUÑOZ ZAMBRANO y revisado por el DR. FRANCISCO GINER ABATI, médico cirujano- Antropólogo, y luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Excelente
Congruencia ítem-dimensión			X
Amplitud de contenidos			X
Redacción de los ítems			X
Ortografía			X
Presentación			X

En Lima, a los 16 días del mes de febrero de 2020



.....
Dra. Marie Nathalie Rivas Chunga



Médico Cirujano
CMP. 081168

Validación 4

Yo **AURELIO CANDIA MENOR**, (CPP) **C.Ps.P. 6485** de profesión **PSICOLOGO CLINICO**, y ejerciendo actualmente como **JEFE DE PSICOLOGIA Y SALUD MENTAL** en la institución **HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD VITARTE- MINSa – LIMA PERU**, hago constar que he revisado, con fines de validación el instrumento “Epidemiología Cultural en pacientes con deterioro cognitivo tipo Alzheimer en Perú y España”, diseñado por la investigadora **MARIA ELENA MUÑOZ ZAMBRANO** y revisado por el **DR. FRANCISCO GINER ABATI**, médico cirujano- Antropólogo, luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Excelente
Congruencia ítem-dimensión			X
Amplitud de contenidos			X
Redacción de los ítems			X
Ortografía			X
Presentación			X

En Lima, a los 27 días del mes de febrero de 2020

AURELIO CANDIA MENOR

FIRMA

Validación 5

Yo Fabian Julio Del Pozo Lopez, CMP 13823 de profesión Médico, con especialidad en Medicina Interna y Patología Clínica, ex docente de la Facultad de Medicina de San Juan Bautista y ex médico jefe del Laboratorio del Hospital Vitarte, Lima, Perú, hago constar que he revisado, con fines de validación el instrumento “Epidemiología Cultural en pacientes con deterioro cognitivo tipo Alzheimer en Perú y España”, diseñado por la investigadora MARIA ELENA MUÑOZ ZAMBRANO y revisado por el DR. FRANCISCO GINER ABATI, médico cirujano- Antropólogo, doy el Visto bueno para que este sea utilizado en la investigación mencionada, para lo cual firmo en señal de aprobación y validación.

	Deficiente	Aceptable	Excelente
Congruencia ítem-dimensión			X
Amplitud de contenidos			X
Redacción de los ítems			X
Ortografía			X
Presentación			X

En Lima, a los 02 días del mes de febrero de 2020



FIRMA

ANEXO 5

TABLA DE ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
A β	Péptido β -amiloide
ACE	Examen cognitivo de Péptido
ADN	Ácido desoxirribonucleico
ADI	Enfermedad de Alzheimer internacional
ADRD	Demencias relacionadas con Enfermedad de Alzheimer
AFA	Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Salamanca
AFAR	Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de la Ribera
APOE	Apolipoproteína
APP	Proteína precursora del amiloide
AVD	Actividades de la vida diaria
AVP:	Años de vida perdidos por muerte prematura
AVD:	Años vividos con discapacidad;
AVP + AVD.	AVISA: Años de vida saludable perdidos
BA	Beta amiloide
B-ADL	Escala de actividades de la vida diaria de Bayer
BDNF	Factor neurotrófico derivado del cerebro
BZDR	Benzodiazepinas
CCAA	Comunidades autónomas
CDESC	Comité de derechos económicos, sociales y culturales de las naciones unidas
CEAFA	Confederación Española de Alzheimer
CEPAL	Comisión económica para América Latina y el Caribe
cP	Proteosoma constitutivo
CREA	Centro de referencia estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
DAD	Evaluación de la discapacidad por la demencia
DCL	Deterioro cognitivo leve
DFH	Dibujo de la figura humana
DV	Demencia Vascular
EA	Enfermedad de Alzheimer
EAFP	Enfermedad de Alzheimer familiar precoz
FAQ	Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer

GDS	Escala de deterioro global
IDDD	Entrevista para el deterioro de las actividades de la vida diaria de la demencia
IFN- γ	Interferón gamma
iP	Inmunoproteosoma
ISTAART	Sociedad internacional de la asociación de Alzheimer para promover la investigación y el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer
LA	Latinoamérica
LARES	Asociación de residencias y servicios de atención a los mayores- sector solidario.
LGTB	Colectivo lesbiana, gay, bisexual y transexual
LMP2	Polipéptido de baja masa molecular
LSE	Ciencia económica y política
MAPT	Proteína TAU asociada a los microtúbulos
MD	Dieta mediterránea
MMSE	Mini examen del estado mental
OMS	Organización mundial de la salud
PDR-M	Prueba de dibujo del reloj- versión de manos
PIA	Programa de atención individual
PREDIMED	Prevención con dieta mediterránea
PSEN1	Presenilina 1
PSEN2	Presenilina 2
RAE	Real academia española
RDRS-2	Escala de evaluación rápida de la incapacidad
SLP	Patólogos del habla y del lenguaje
SM	Salud Mental
TAT	Test de apercepción temática
T@M	Test de alteración de la memoria
TFH:	Test de la figura humana
TFN- α :	Factor de necrosis tubular alfa
TM:	Trastorno mental
TO:	Terapia ocupacional

ANEXO 6

RESIDENCIAS VISITADAS

Asociación de Familiares con Alzheimer de la Ribera



Residencia María de Molina



Residencia Geriátrica San Miguel



Residencia Del Carmen (Virgen de los Dolores)



Residencia Nuestra Señora del Carmen (Los Dolores)



Residencia Ciudad de Aranda



Centro de día Las Candelas

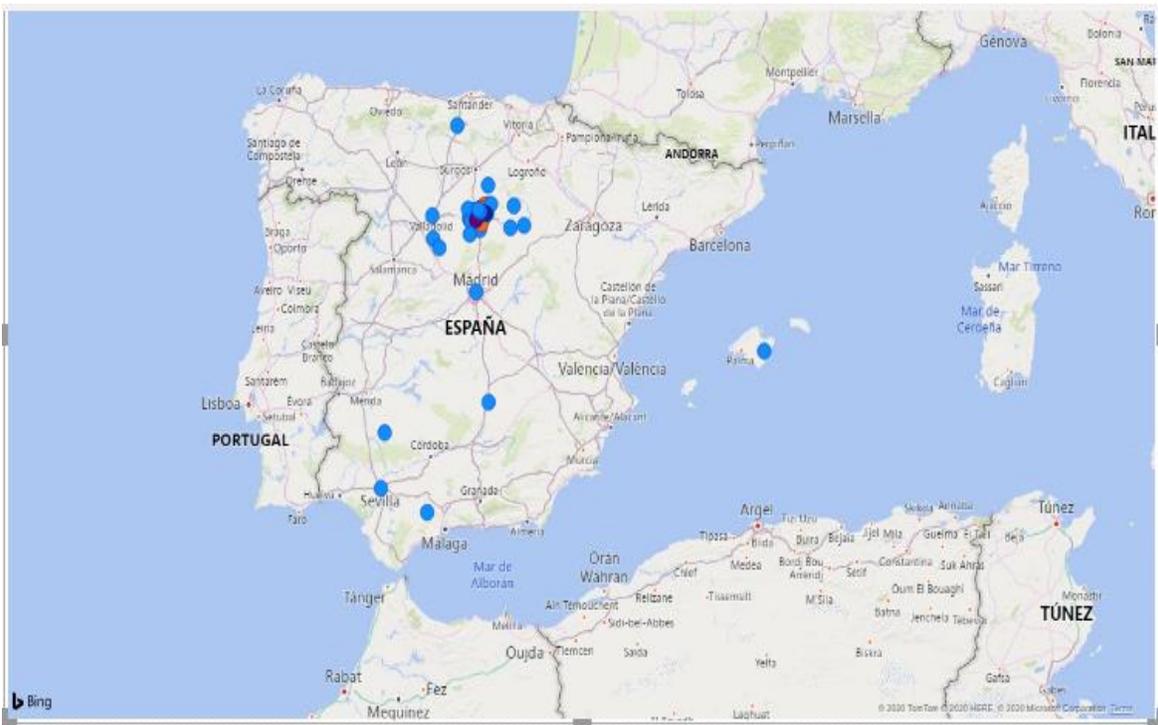
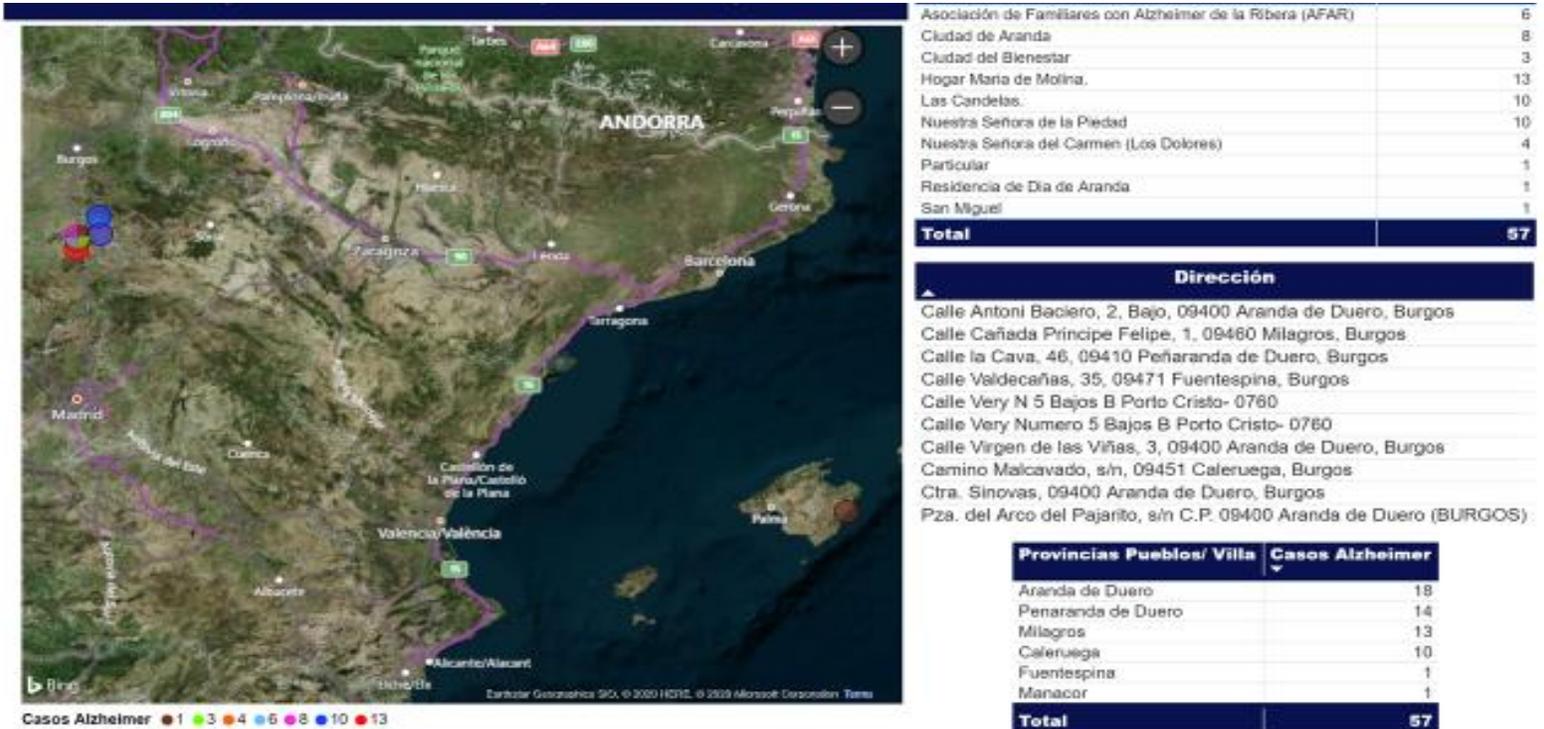


Residencia Nuestra Señora de la Piedad



ANEXO 7

Mapa de las residencias (casas de reposo) de los pacientes entrevistados. España



ANEXO 8

Lugar de nacimiento de los participantes del estudio por provincias y comunidad autónoma.

Comunidad autónoma	Provincia	Lugar de Nacimiento	Latitud	Longitud	Pacientes entrevistados
Castilla y Leon	Burgos	Campillo	37.00295279	-4.85409571	1
		Hontangas	41.5880653	-3.790431227	2
		Milagros	41.58810627	-3.684656545	5
		Casanova	41.68487	-3.44858	1
		Caleruega	41.8130058	-3.481388165	2
		Banos de Valdearados	41.77048829	-3.55415616	5
		Aranda de Duero	41.69215411	-3.683646264	3
		Castrillo de la Vega	41.64945335	-3.767891571	1
		Hontoria de Valdearados	41.76338131	-3.498153757	2
		Berlangas	38.28352765	-5.869673464	1
		La Horra	41.7509128	-3.875472862	1
		Penaranda de Duero	41.68711662	-3.453225016	3
		La Aguilera	41.73169	-3.76921	1
		Fresnillo de las Duenas	41.640859	-3.632965662	1
		Arauzo de Salce	41.81742378	-3.400288291	2
		La Sequera De Haza	41.56754584	-3.81531607	1
		Ouemada	41.71248005	-3.583635959	1
		La Vid y Barrios	41.62466089	-3.491059152	1
		Villanueva de Gumiel	41.74320528	-3.629301178	1
		Fuentemolinos	41.60842679	-3.852857249	1
Cuzcurritas de Aranda	41.6833	-3.4167	1		
Huerta del Rey	41.82505626	-3.327305113	1		
Penalba de Castro	42.11078	-3.39617	1		
Castilla y Leon	Segovia	Santiuste de San Juan Bautista	41.16266099	-4.56244307	1
		Cilleruelo De San Mames	41.44056445	-3.588930068	1
		Linares del Arroyo	41.523666	-3.556685	2
		Valle De Tabladillo	41.36817795	-3.833424639	1
Castilla y Leon	Valladolid	Olmedo	41.30161165	-4.708806089	1
		Valladolid	41.65229669	-4.728541374	1
Castilla y Leon	Soria	Langa de Duero	41.4680342	-2.862399981	1
		Villa de Abejar	41.80009049	-2.780804827	1

ANEXO 9

Comunidades autónomas y provincias de los pacientes entrevistados en España

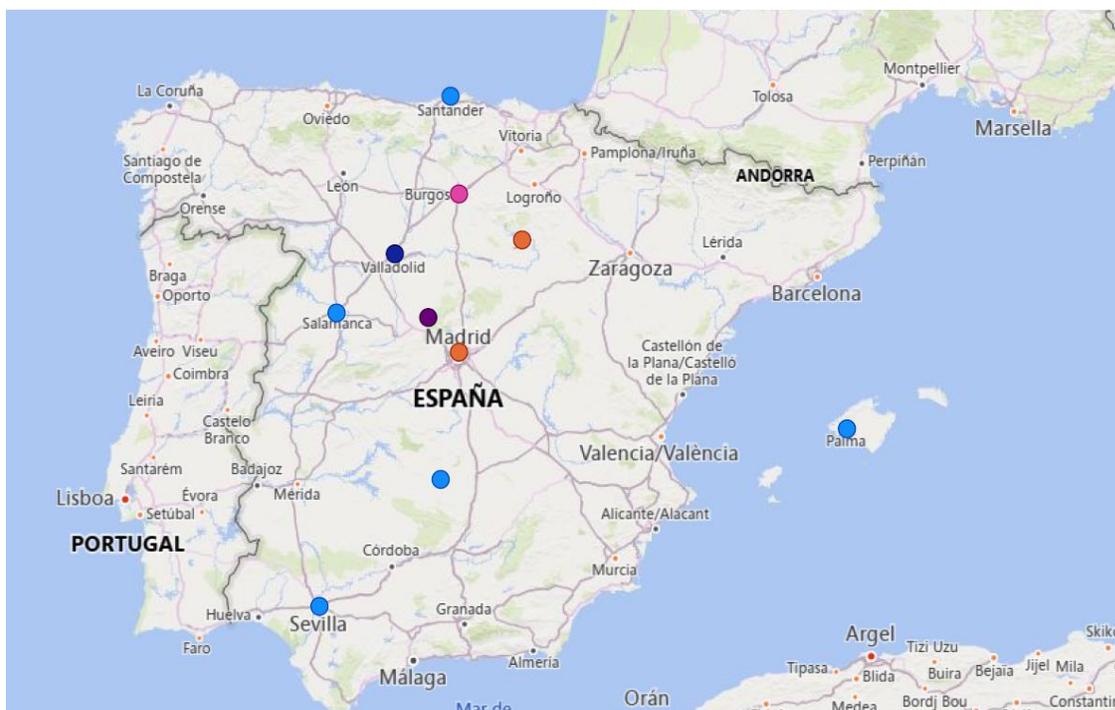


Comunidad Autónoma	Provincia	Casos Alzheimer
Castilla y Leon	Burgos	39
Castilla La Mancha	Ciudad Real	1
Madrid	Madrid	3
Islas Baleares	Palma de Mallorca	1
Castilla y Leon	Salamanca	1
Cantabria	Santander	1
Castilla y Leon	Segovia	5
Castilla y Leon	Sevilla	1
Castilla y Leon	Soria	3
Castilla y Leon	Valladolid	2
Total		57

Comunidad Autónoma	Casos Alzheimer
Cantabria	1
Castilla La Mancha	1
Islas Baleares	1
Madrid	3
Castilla y Leon	51
Total	57

ANEXO 10

Mapa según comunidades autónomas y provincias de España de participantes en el estudio



ANEXO 11

Procedencia de pacientes según comunidades autónomas

Comunidad autónoma	Provincia	Latitud	Longitud	Casos Alzheimer
Castilla y León	Burgos	2.349967729503	-3.6822051133	39
Castilla y León	Salamanca	40.9559681717042	-5.6802244925	1
Castilla y León	Segovia	40.9019416673774	-4.1829892208	5
Castilla y León	Soria	41.8151715668429	-2.6511915798	3
Castilla y León	Valladolid	41.6522966863625	-4.7285413742	2
Andalucía	Sevilla	37.3914105564361	-5.9591776906	1
Castilla La Mancha	Ciudad Real	38.9554156999021	-3.980987465	1
Cantabria	Santander	43.4722475797229	-3.8199358808	1
Madrid	Madrid	40.4893538421231	-3.6827461557	3
Islas Baleares	Palma de Mallorca	39.56947	2.650017	1
Total				57

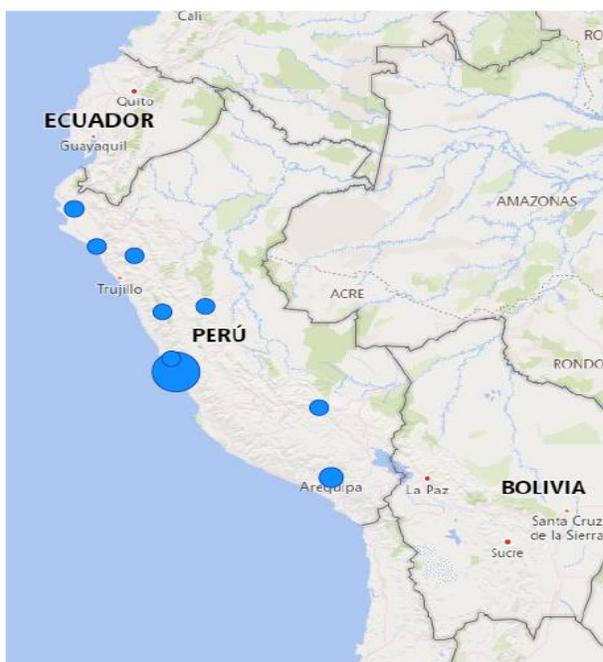
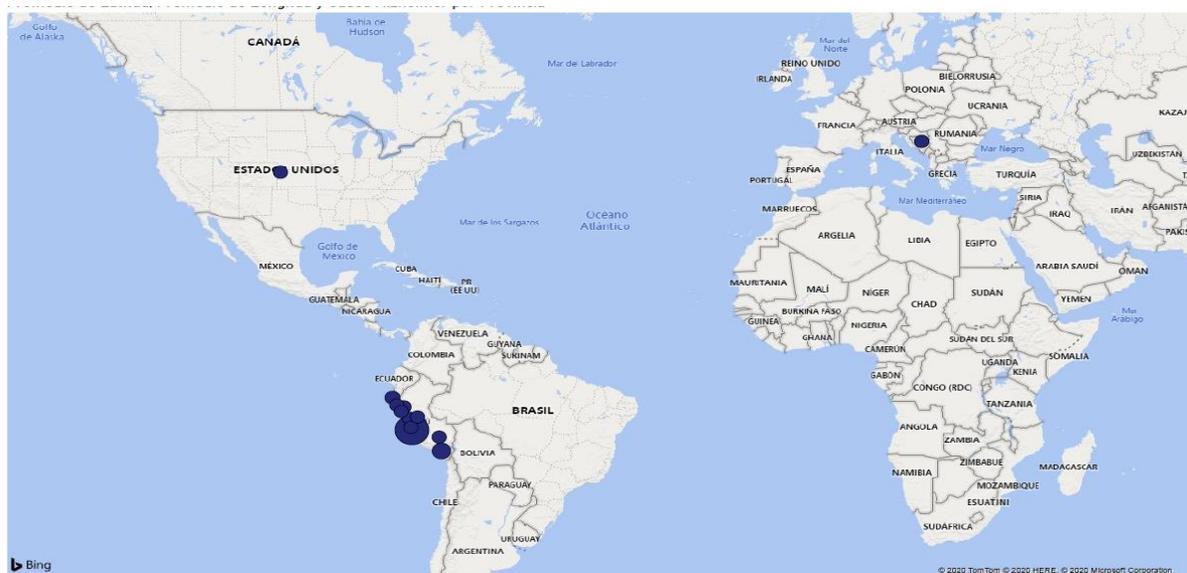
ANEXO 12

Participantes según lugar de nacimiento. España

LUGAR_NACIMIENTO		
	Frecuencia	Porcentaje
Almazán	1	1,8
Aranda de Duero	3	5,3
Arauzo de Salce	2	3,5
Baños de Valdearados	5	8,8
Berlangas	1	1,8
Caleruega	2	3,5
Campilla	1	1,8
Casanova	1	1,8
Castrillo de la Vega	1	1,8
Cilleruelo de San Mames	1	1,8
Cuzcurritas de Aranda	1	1,8
Fresnillo de las Dueñas	1	1,8
Fuentemolinos	1	1,8
Hontangas	2	3,5
Hontoria de Valdearados	2	3,5
Huerta del Rey	1	1,8
La Aguilera	1	1,8
La Horra	1	1,8
La Sequera de Haza	1	1,8
La Vid Zuzones	1	1,8
Langa de Duero	1	1,8
Linares del Arroyo	2	3,5
Madrid	2	3,5
Manacor	1	1,8
Milagros	5	8,8
Olmedo	1	1,8
Peñalba de Castro	1	1,8
Peñaranda de Duero	3	5,3
Pueblo de Sevilla	1	1,8
Puerta del Ángel	1	1,8
Quemada	1	1,8
Reinosa	1	1,8
Santiuste de San Juan Bautista	1	1,8
Valdepeñas	1	1,8
Valladolid	1	1,8
Valle del Tabladillo	1	1,8
Villa de Abejar	1	1,8
Villanueva de Gumiel	1	1,8
Villavieja de Yeltes	1	1,8
Total	57	100,0

ANEXO 13

Participantes según lugar de nacimiento. Perú



Provincia	Latitud	Longitud	Casos Alzheimer
Lima	-12.0463669	-77.0427507	28
Arequipa	-16.4076693	-71.5390559	6
Chiclayo	-6.77142182	-79.8529894	1
Ancash	-9.53279834	-77.5252512	1
Cuzco	-13.5315189	-71.9679171	1
Cajamarca	-7.16148619	-78.515361	1
Piura	-5.17769849	-80.655134	2
Huaral	-11.4962644	-77.2131426	1
Tingo Maria	-9.29996166	-76.0023528	1
Total			42

ANEXO 14

Marco Normativo España- contexto político

En respuesta al reto prioritario que plantea el Alzheimer en el contexto político, son diversas las iniciativas (de la Organización Mundial de la Salud, de las Instituciones de la Unión Europea y también en el ámbito estatal), dirigidas a promover, que los países se doten de una planificación específica, con enfoque transversal, implicando a diversos ámbitos y agentes clave, para responder a esta realidad. En este contexto, España no debe seguir siendo una excepción. En el ámbito internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha aprobado el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025, en el que insta a los Estados Miembros a que formulen cuanto antes respuestas nacionales ambiciosas para su aplicación general. En concreto, les insta a “elaborar, fortalecer y aplicar estrategias, políticas, planes o marcos de ámbito nacional o subnacional sobre el tema de la demencia”.

Son varios los países y regiones del entorno europeo, los que tienen aprobados sus respectivos planes o estrategias de abordaje del Alzheimer (Suiza, Malta, Noruega, Escocia, Gales, Inglaterra, Israel, Holanda, Francia, Finlandia, Gibraltar, Irlanda e Irlanda del Norte). Planes que, con distintas consideraciones y planteamientos, abordan las 7 esferas de actuación que propone el marco estructural Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025 de la OMS:

1. La demencia como prioridad de salud pública
2. Sensibilización y adaptación a la demencia
3. Reducción del riesgo de demencia
4. Diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo de la demencia
5. Apoyo a los cuidadores de las personas con demencia
6. Sistemas de información sobre la demencia
7. Investigación e innovación sobre la demencia.

En el ámbito europeo y, al margen de otras iniciativas, la Declaración del Parlamento Europeo sobre las prioridades en la lucha contra la enfermedad de Alzheimer (2010/C 76 E/17) pide al Consejo, a la Comisión y a los Gobiernos de los Estados miembros, que reconozcan la Enfermedad de Alzheimer, como prioridad en materia de salud pública europea y desarrollen un plan de acción europeo para:

- Promover la investigación pan europea sobre las causas, la prevención y el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer.
- Mejorar el diagnóstico precoz.
- Simplificar los trámites para los enfermos y los que les atienden y mejorar su calidad de vida.

- Promover el papel de las asociaciones de Alzheimer y prestarles un apoyo regular.

En el ámbito estatal, es destacable la Proposición Nº de Ley (PNL) aprobada de manera unánime por la Comisión de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Congreso de los Diputados el 11 de marzo de 2017, en la que el Congreso insta al Gobierno a:

- Establecer una Política de Estado de Alzheimer y otras demencias, en coordinación con las Comunidades Autónomas y con pleno respeto al actual marco competencial, desarrollando un Plan Integral Específico, centrándose en la prevención, el diagnóstico adecuado y la intervención, no sólo de las personas con Alzheimer, sino también teniendo en cuenta al cuidador/a, así como todo el impacto social que genera la enfermedad, desde una dimensión bio-psico-social y económica. El Alzheimer no es sólo una enfermedad, es una problemática social que trasciende al ámbito familiar. Necesita por tanto, una intervención comunitaria y una política de estado integral.

- Establecer un registro de personas con alzhéimer.
- Fomentar la investigación en alzhéimer y la investigación social.
- Crear una mesa de trabajo, contando con las Comunidades Autónomas y con representación de las organizaciones de la sociedad civil, para elaborar de manera conjunta el Plan Nacional Específico, con un plazo máximo de convocatoria inicial de tres meses desde su aprobación.

Por otro lado, el marco normativo, político y/o institucional y científico, orienta las claves desde, las que enfocar este abordaje y respuesta a las personas con alzhéimer y sus familiares cuidadores y desde su consideración como ciudadanía de pleno derecho, hacia el logro de mayores cotas de calidad de vida, participación y autonomía personal. En este sentido, el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias de España tiene en cuenta las siguientes referencias:

- ✓ Marco jurídico de reconocimiento y garantía de derechos: Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; Carta Social Europea; Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea; Constitución Española; Real Decreto Legislativo 1/2013 por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
- ✓ Marco jurídico relativo al derecho de acceso y garantía de servicios y prestaciones de los distintos Sistemas: Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Leyes de Servicios Sociales y demás normativas de desarrollo en este ámbito; Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; Ley 14/1986, General de Sanidad; Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y

de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

- ✓ Marco médico-científico y bio-psico-social: Impacto epidemiológico y evidencias sobre los avances en diagnóstico, tratamiento y atención. Entre otras, la Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).
- ✓ Marco político: Políticas de envejecimiento activo y Estrategias relacionadas del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud (2012), Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (2014) y Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud (2016).

Desde una perspectiva de retorno e impacto en el desarrollo sostenible, este Plan Integral de Alzheimer no pierde de vista:

- 1) Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, recogidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la Asamblea General de las Naciones Unidas y, su concreción en nuestro país, en el Plan de Acción para la Implementación de la Agenda 2030 del Gobierno de España.
- 2) El potencial de generación de empleo que supone desarrollar servicios adecuados para las personas con Alzheimer y sus familiares cuidadores. En este sentido, serán necesarios empleos nuevos y más profesionales (en el ámbito social y sanitario) para lograr una cobertura amplia y eficaz de todo el abanico de servicios necesarios. Según la OMS, “para hacer frente a la demencia será esencial aumentar las plantillas de trabajadores sanitarios y asistentes sociales con personas dotadas de la combinación apropiada de competencias, así como incrementar las intervenciones y los servicios disponibles, para poder prevenir, diagnosticar, tratar y atender los casos de demencia”.
- 3) La sostenibilidad de los Sistemas de Protección Social, supone desarrollar respuestas adecuadas, adaptadas a las distintas fases de la enfermedad, dispositivos de apoyo innovadores que favorezcan el mantenimiento de las capacidades durante el mayor tiempo posible y la permanencia en el domicilio y entorno natural, y servicios y soportes para los familiares cuidadores como mecanismos de prevención que eviten futuras situaciones de claudicación y/o dependencia. Así, por ejemplo, el hecho de que puedan disponer de apoyos y soluciones que permitan su mantenimiento en el mercado laboral o su reincorporación al mismo, supondrá un importante retorno económico y social. Por último, no se pueden obviar las múltiples actuaciones e

iniciativas que se vienen llevando a cabo en las distintas Comunidades Autónomas desde hace varios años, que suponen todo un bagaje de experiencia en planificación y puesta en práctica de acciones en respuesta a las personas afectadas por la enfermedad. (Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)).

ANEXO 15

Iniciativa europea acerca de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. resolución del parlamento europeo, de 19 de enero de 2011, sobre una iniciativa europea acerca de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Considerando, que el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer emitido en cerca del 70 % de los casos de demencia no tiene plenamente en cuenta la variedad de lesiones cerebrales observadas en los pacientes, ni el hecho de que los enfermos jóvenes y de edad avanzada, no presentan el mismo cuadro patológico y clínico.

1. Pide al Consejo que declare la demencia como prioridad de la UE en materia de salud e insta firmemente a los Estados miembros a que elaboren planes y estrategias nacionales específicos para abordar las consecuencias sociales y sanitarias de la demencia y prestar servicios y apoyo a las personas con demencia y a sus familias, como ya ocurre en algunos estados miembros, donde el plan «Alzheimer y enfermedades afines» iniciado en 2008 ha permitido coordinar la atención médico-social y la investigación clínica y básica sobre estas enfermedades a escala nacional.
2. Acoge con satisfacción la iniciativa de programación conjunta de la UE promovida por los Estados miembros para potenciar la investigación sobre el alzhéimer y otras enfermedades neurodegenerativas, y anima a la Comisión a que siga impulsando iniciativas para abordar los retos sanitarios, sociales, tecnológicos y ambientales que plantea el tratamiento del alzhéimer y de las demás enfermedades neurodegenerativas;
3. Pide al Consejo y a la Comisión que tengan en cuenta el concepto de demencia al preparar medidas futuras en el ámbito de la prevención de la salud, en particular por lo que se refiere a su interacción con las enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la actividad física, la educación en el campo de la salud y las nuevas tecnologías;
4. Pide a los Estados miembros que faciliten a los ciudadanos de la Unión información sobre el estilo de vida con vistas a retrasar o prevenir la aparición del alzhéimer y de otras formas de demencia, promoviendo el concepto de «una mente sana gracias a un estilo de vida sano»;
5. Sugiere la conveniencia de que el Consejo y la Comisión examinen la posibilidad de proclamar un Año Europeo de la Salud Mental, complementario del Día Mundial del Alzhéimer que se celebra el 21 de septiembre, para difundir entre el público, el conocimiento de las enfermedades cerebrales asociadas al envejecimiento y de las medidas de detección e identificación de sus síntomas tempranos, junto con el

lanzamiento de campañas de información pública sobre su prevención y sobre el tratamiento de los accidentes vasculares cerebrales; considera que el Año Europeo también debería servir para fomentar el intercambio de buenas prácticas entre los países de Europa;

6. Señala que a) el envejecimiento creciente de la población y b) la creciente presión sobre las finanzas públicas y la productividad privada provocada por el aumento del gasto para atender el envejecimiento de la población planteará un problema estructural a los Estados miembros; observa, por tanto, que la Unión Europea debería adoptar en su estrategia a largo plazo una política que promueva firmemente el principio de prevención (tanto en términos de prácticas médicas como de fomento de estilos de vida más sanos); considera que los indicadores en materia de salud contribuirán a mejorar significativamente los indicadores económicos;
7. Pide al Consejo y a la Comisión, que reconozcan el papel de las asociaciones de pacientes en el ámbito de las enfermedades neurodegenerativas y que las involucren en las campañas de información y prevención y en medidas de apoyo a las personas con demencia, así como en el establecimiento de programas de investigación;
8. Sugiere, que la Comisión examine la posibilidad de proclamar un «Día de los Cuidadores» para aumentar la conciencia del público al respecto y reconocer el papel fundamental que desempeñan los cuidadores profesionales y no profesionales en toda Europa;
9. Subraya que el descubrimiento de intervenciones eficaces que prevengan la aparición del alzhéimer o retrasen el avance de la enfermedad reviste un carácter de urgencia absoluta;
10. Pide al Consejo y, a la Comisión, que tomen medidas para concienciar a los ciudadanos de la Unión sobre la demencia, facilitando así el reconocimiento de los primeros síntomas de dicha enfermedad con vistas a obtener un diagnóstico precoz, así como el tratamiento correspondiente y un apoyo adecuado;
11. Subraya el carácter primordial de la prevención y la importancia del diagnóstico precoz para llevar a cabo una intervención eficaz; subraya la necesidad de mejorar los datos epidemiológicos y clínicos con objeto de orientar la investigación, la rehabilitación y la acción, en particular en las fases asintomáticas y anteriores a la manifestación de la discapacidad, y pide a los Estados miembros sus esfuerzos en este sentido;
12. Observa que no existe actualmente ninguna política específica de prevención de la enfermedad de Alzheimer, y pide por tanto el establecimiento de tal política, también a escala europea, que estaría basada

en la necesidad de mantener un entorno favorable a la actividad física e intelectual de los pacientes, en una alimentación conforme a lo recomendado por la Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud, y en el fomento de todas las políticas de reducción del tabaquismo, tanto activo como pasivo;

13. Expresa su convencimiento, de que las pruebas de diagnóstico precoz propuestas por el Grupo de trabajo internacional sobre los nuevos criterios para la enfermedad de Alzheimer, la investigación sobre los factores de riesgo y la definición de criterios de diagnóstico precoz son de una importancia capital;
14. Alienta a todos los Estados miembros, a que participen activamente en la definición, el desarrollo y la implementación de protocolos comunes para el diagnóstico precoz, a que establezcan marcadores biológicos para sacar partido de la introducción de nuevas terapias para la demencia y la predemencia, y a que definan un programa común de investigación en el ámbito de las enfermedades neurodegenerativas y un intercambio de buenas prácticas en lo que respecta a su investigación, reduciendo de este modo las desigualdades entre los Estados miembros y dentro de los propios Estados miembros, en lo que respecta al diagnóstico y al tratamiento; señala que los procedimientos operativos normalizados para la evaluación de marcadores de enfermedades serán fundamentales para el descubrimiento de fármacos y para el desarrollo de una atención más eficaz que recurra a la tecnología para las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer;
15. Anima a los Estados miembros a que garanticen que los fármacos capaces de retrasar la aparición de los síntomas del alzhéimer se pongan a disposición de todas las personas que padecen la enfermedad, y no solo de aquellos pacientes quienes se haya diagnosticado un cuadro grave de Alzhéimer;
16. Anima a la Comisión a que elabore directrices para el desarrollo y la puesta en práctica de un método común de diagnóstico precoz basado en una evaluación multidisciplinar de la memoria del paciente y en un dispositivo adaptado de notificación e información, que permita que el paciente y su entorno se enfrenten a la aparición de la enfermedad en las mejores condiciones posibles;
17. Anima a los Estados miembros a que establezcan centros especializados y faciliten equipos médicos satisfactorios (en particular, equipos de imagen por resonancia magnética, cuya contribución a la investigación sobre la demencia es indiscutible) en todo su territorio;
18. Pide al Consejo y a la Comisión que, al elaborar planes de acción para la investigación, tengan en cuenta la rapidez con que se están propagando la demencia y el Alzhéimer, así como la repercusión de estas enfermedades;

19. Insta a los Estados miembros a que desarrollen políticas que faciliten el acceso a la financiación de la investigación en el ámbito de la demencia y el Alzheimer, incluida la investigación sobre la prevención, a una escala proporcional al impacto económico que estas enfermedades tienen en la sociedad;
20. Subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario, de la manera en que la cooperación y la coordinación en la investigación a escala europea pueden mejorar la comprensión, el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y la investigación social, por lo que se refiere al bienestar de los pacientes, sus familias y las personas que los atienden; considera que la investigación sobre la validación de nuevos criterios de diagnóstico, el desarrollo de pruebas de detección precoz y la determinación de los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad desde la fase de predemencia, hasta fases más avanzadas, tienen una importancia crucial; recomienda que los representantes de los pacientes, las organizaciones sanitarias y los prestadores de servicios médicos, participen en este proceso; observa, a este respecto, que la elaboración de estudios epidemiológicos y clínicos a gran escala sobre la base de una colaboración transnacional aportará un claro valor añadido;
21. Reconoce la importancia actual del apoyo de la Unión Europea a 34 proyectos sobre las enfermedades neurodegenerativas, por un importe de 159 millones de euros; considera indispensable, no obstante, que en el marco del futuro VIII PMID, se remedie el carácter fragmentario de la investigación, en particular la del Alzheimer, y se incluyan proyectos en aquellos ámbitos insuficientemente explorados de las terapias no medicamentosas, cognitivas y de comportamiento;
22. Considera cruciales las pruebas y los criterios de diagnóstico precoz, así como la investigación de los factores de riesgo; observa, a este respecto, que la elaboración de estudios epidemiológicos y clínicos a gran escala sobre la base de una colaboración transnacional aportará un claro valor añadido; otorga la misma importancia a la Encuesta Europea de Salud por Examen, que proporcionará, a través de su módulo de prueba cognitivo, información útil sobre el número de personas que padecen una deficiencia cognitiva en su fase inicial;
23. Pide a la Comisión, al Consejo y a los Estados miembros, que tengan en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, cuyo porcentaje del total de personas afectadas por la enfermedad dobla al de los hombres, y que representan asimismo, un porcentaje desproporcionado del total de los cuidadores, en los ámbitos de la investigación médica y social, y la política sanitaria, de empleo y social;
24. Pide a los Estados miembros, que desarrollen políticas y planes de acción a largo plazo en el ámbito de la atención y la prevención para anticiparse a las tendencias sociales y demográficas, prevenirlas, y que

se centren en el apoyo prestado a las familias de los pacientes a los que atienden, facilitando así la protección social de las personas vulnerables, que padecen demencia;

25. Subraya la importancia de prevenir la enfermedad de Alzheimer mediante el fomento de un estilo de vida sano, lo que incluye seguir estando social y mentalmente activo, apostar por una buena alimentación y hacer ejercicio;
26. Pide a los Estados miembros que desarrollen un plan de acción estratégico, en materia de investigación para establecer las necesidades y los objetivos de la investigación a medio y largo plazo en el ámbito de las enfermedades neurodegenerativas, incluidas las necesidades en materia de prestación de cuidados, especialmente en lo que al Alzheimer se refiere; considera que dichos planes de acción deben centrarse en reforzar el potencial de los jóvenes investigadores y en respaldar los enfoques innovadores en materia de investigación, sobre la base de una asociación público-privada; recomienda que se impulse el desarrollo de los centros de excelencia en ámbitos de investigación específicos y que se cuente con la participación de los representantes de los pacientes, las organizaciones de cuidadores y los prestadores de asistencia sanitaria tanto públicos como privados;
27. Pide a los Estados miembros, que cooperen con la Comisión en la exploración de posibles iniciativas de esta para asistirles en el desarrollo y la aplicación del programa de investigación común;
28. Pide a los Estados miembros que desarrollen planes de acción dirigidos a mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas que padecen alzhéimer u otras formas de demencia, así como los de sus familias;
29. Pide a las instituciones europeas que apoyen en la mayor medida posible al Observatorio de investigación sobre la demencia de Alzheimer Europa, ya que es una herramienta útil para difundir las mejores prácticas y los resultados de las investigaciones entre los pacientes y sus cuidadores;
30. Señala la importancia de la investigación sobre la relación entre el proceso de envejecimiento y la demencia y sus diferencias, y entre la demencia y la depresión en las personas de edad avanzada, así como entre las diferencias por razón de sexo y los distintos tipos de demencia; insta además a los Estados miembros, a que promuevan programas específicos de asistencia sanitaria y de investigación que concedan mayor importancia a las decisiones del paciente y a su punto de vista, y a que formulen recomendaciones centradas en los principios clave de la dignidad y la inclusión social, promoviendo así la autonomía y la autodeterminación de las personas con demencia;

31. Pide a los Estados miembros, que asignen recursos suficientes a la asistencia sanitaria de los enfermos de Alzheimer y al intercambio de información y la puesta en red de los resultados obtenidos;
32. Subraya la importancia de la asistencia a domicilio para los pacientes y las personas mayores, y la contribución vital que realizan las organizaciones de voluntariado y sin ánimo de lucro en la asistencia a los enfermos de Alzheimer y a aquellos que padecen enfermedades seniles; anima a los Estados miembros a que creen formas de asociación con dichas organizaciones y apoyen sus actividades; pide además a los Estados miembros, que valoren y reconozcan como es debido el papel desempeñado por los parientes que brindan cuidados informales a sus parientes afectados por estas enfermedades;
33. Subraya, la necesidad de adoptar medidas que no se centren solo en un tratamiento farmacológico una vez desarrollada la enfermedad de Alzheimer, sino también en enfoques preventivos, que incluyan la dieta y la alimentación, para reducir la probabilidad de padecer esta enfermedad; aboga por una investigación en profundidad sobre los efectos de la dieta y la alimentación en la enfermedad de Alzheimer, y por el asesoramiento, incluido el asesoramiento nutricional, para prevenir el desarrollo de la enfermedad, que deberá difundirse entre el público mediante campañas de información;
34. Subraya, que la investigación sobre la economía sanitaria, las ciencias sociales y las humanidades, así como los enfoques no farmacológicos, también son necesarios para entender los aspectos psicológicos y sociales de la demencia;
35. Opina, que el diagnóstico de los primeros signos de trastornos de la memoria debería ser uno de los puntos centrales de la salud ocupacional;
36. Insta a la Comisión, al Consejo y a los Estados miembros, a que examinen la posibilidad de establecer normas de seguridad aplicables a las instituciones especializadas en la atención a las personas mayores, a las comunidades a las que pertenecen y a las modalidades de asistencia a domicilio;
37. Pide a los Estados miembros que, en estrecha cooperación con la Comisión y junto con las organizaciones dedicadas a la investigación, elaboren directrices encaminadas a la capacitación del personal (tanto médico como paramédico) que se ocupa de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, así como a la formación y el seguimiento de los miembros de la familia y otros cuidadores no profesionales que les prestan asistencia con objeto de permitir un uso adecuado y eficaz de los recursos disponibles; señala que la necesidad de disponer de personal cualificado para trabajar con las personas con demencia está aumentando rápidamente;

38. Pide a los Estados miembros, que estudien las oportunidades que brindan por las iniciativas «Una agenda para nuevos empleos» y «Nuevas capacidades para nuevos empleos» de la Estrategia Europa 2020, para reforzar la futura capacitación del personal que se dedica a cuidar a las personas afectadas por el Alzheimer u otras formas de demencia; considera necesario promover en toda Europa nuevos trabajos con competencias específicas para atender a una población que envejece y se vuelve cada vez más dependiente;
39. Pide a la Comisión, que aproveche los recursos de la iniciativa emblemática «Unión por la innovación» de la Estrategia Europa 2020 y de la asociación piloto prevista sobre el envejecimiento activo y en buena salud (que se iniciará a primeros de 2011) para hacer frente a la demencia en Europa;
40. Destaca, que los recientes avances en la investigación en los ámbitos de la impresión de imagen y de los marcadores biológicos abren la vía a una detección de los procesos moleculares silenciosos y los primeros signos de la enfermedad de Alzheimer, utilizando por ejemplo un marcador, actualmente en fase de estudio, que permite visualizar en el cerebro las placas amiloides, una de las dos lesiones relacionadas con esta enfermedad;
41. Reconoce la contribución vital de las familias, los cuidadores y las comunidades a la hora de permitir que los enfermos desarrollen su potencial, y pide a los Estados miembros que respalden a esos tres grupos;
42. Subraya, la importancia de prestar apoyo psicológico a los pacientes y a sus familias; hace hincapié en la importancia de combinar un enfoque psicológico del envejecimiento con los resultados de la investigación médica y biomédica; defiende la necesidad de la investigación en el ámbito de la economía sanitaria, los aspectos sociales y humanos, y los enfoques no farmacéuticos del tratamiento para comprender mejor los aspectos psicológicos, económicos y sociales de la demencia y fomentar el uso de las tecnologías existentes (sanidad electrónica, TIC, tecnologías asistenciales, etc.);
43. Recomienda, que la Comisión examine la manera de ampliar las iniciativas de la UE en el ámbito de los derechos de las personas con demencia, incluidos el uso de documentos de voluntades anticipadas (testamento vital) y la cuestión de los regímenes de tutela;
44. Anima a los Estados miembros a que examinen la posibilidad de reducir el uso de fármacos antipsicóticos en sus planes de acción para ayudar a los enfermos de alzhéimer, ya que, aunque estos fármacos se recetan en la actualidad con frecuencia para contrarrestar los efectos de la demencia, sus efectos benéficos han resultado ser limitados, sin olvidar que su prescripción ha contribuido a aumentar el número de fallecimientos al año;

45. Hace hincapié en que, es necesario preservar la dignidad de las personas que padecen Alzheimer y acabar con la estigmatización y discriminación contra ellas;
46. Anima a los Estados miembros y a la Comisión, a que desarrollen nuevos incentivos basados en políticas para facilitar la difusión de la información y las estrategias de acceso al mercado para las terapias innovadoras y las pruebas de diagnóstico, que respondan a las actuales necesidades no satisfechas de los enfermos de Alzheimer;
47. Alienta a los Estados miembros a que desarrollen servicios sociales y de atención sanitaria, cuyo principio fundamental sea garantizar la máxima cobertura posible, así como el acceso equitativo y la igualdad, y que fomenten el desarrollo de la prestación de servicios integrados en las comunidades y a domicilio, con el fin de beneficiar a las personas con demencia, independientemente de la edad, el sexo, la etnia, los recursos económicos, la discapacidad y el lugar de residencia en zona rural o urbana; anima a los Estados miembros a que tomen medidas para hacer frente a los factores que tienen repercusiones desiguales, pero evitables, en la salud de la población; alienta a la Comisión y a los Estados miembros a que desarrollen en mayor medida la recopilación de datos sobre desigualdades en materia de salud;
48. Insta a los Estados miembros, a que tomen conciencia de los tratamientos preventivos que ayudan a retrasar la aparición de la demencia y a que garanticen el acceso a una atención asequible y de calidad a los enfermos; llama la atención de los Estados miembros sobre el hecho de que esos servicios deben ser protegidos en un momento en que Europa se encuentra en una fase de saneamiento presupuestario;
49. Pide a los Estados miembros, que establezcan una red europea interconectada de centros de referencia, en la que se reunirían conocimientos especializados en materia de diagnóstico, tratamiento y cuidados para los casos de demencia y Alzheimer, y gracias a la cual podrían intercambiarse y evaluarse datos e información entre los Estados miembros;
50. Anima a los Estados miembros, a que desarrollen vías personalizadas de atención y acompañamiento multiprofesionales y multidisciplinares coordinadas, desde el momento del diagnóstico, por una única persona de referencia, con objeto de facilitar la asistencia a domicilio gracias al mayor uso de los servicios polivalentes y especializados de ayuda y atención domiciliarias, de la domótica y de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación;
51. Pide a los Estados miembros, que desarrollen infraestructuras de descanso variadas, innovadoras y de calidad para los cuidadores, como centros de alojamiento y acogida temporal, y que garanticen un

seguimiento de la salud de estos, ofreciéndoles por ejemplo una atención médica adecuada y un apoyo psicológico o social;

52. Pide a la Unión Europea y a los Estados miembros que refuercen la investigación, mejoren el acceso al diagnóstico y adapten los servicios de atención y acompañamiento a las necesidades de los enfermos jóvenes;
53. Alienta a los Estados miembros a que, en cuanto estén disponibles nuevos tratamientos cuya eficacia terapéutica haya sido comprobada y demostrada, faciliten el acceso de los pacientes a los mismos lo antes posible;
54. Insta a los Estados miembros, a que conciencien en mayor medida sobre la demencia a los profesionales sanitarios cualificados y semicualificados, a los responsables de la política de atención sanitaria y a los medios de comunicación, con vistas a lograr un mejor reconocimiento de los síntomas del Alzheimer y una mayor comprensión de esta enfermedad y de los cuidados que requiere; señala que esta concienciación debe centrarse en diferentes elementos, como el diagnóstico, el tratamiento y un apoyo adecuado;
55. Recuerda a la Comisión, el informe Bowis de 2006 en el que se pedía a los empleadores, que introdujeran políticas relativas a la salud mental en el trabajo, como parte necesaria de su responsabilidad en materia de salud y seguridad en el trabajo, con vistas a garantizar la mayor incorporación posible al mercado laboral de personas con trastornos de la memoria, y opina que dichas políticas deberían hacerse públicas y ser objeto de control en el marco de la legislación vigente en materia de salud y seguridad; recuerda a la Comisión que el Parlamento sigue a la espera de que esas políticas se hagan públicas;
56. Hace hincapié en la magnitud de los costes médicos originados por la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia, y en que es importante encontrar soluciones viables que tengan en cuenta lo siguiente: los costes médicos directos (que abarcan los costes del sistema sanitario, como costes de especialistas, medicamentos, reconocimientos médicos y controles periódicos); los costes sociales directos (que comprenden el coste de los servicios oficiales fuera del sistema médico, como servicios comunitarios, atención a domicilio, suministro de alimentos, transporte e ingreso de los pacientes en centros residenciales especializados en la atención a personas mayores, en los que pueden recibir asistencia médica); y los costes informales (incluidos los costes vinculados a una menor productividad en caso de prolongación de la vida activa o a la pérdida de producción debido a una jubilación anticipada, al cese en el trabajo por enfermedad o al fallecimiento);

57. Alienta a los Estados miembros, a que lleven a cabo campañas de información para el público en general y para grupos específicos, como escolares, profesionales de la salud y trabajadores sociales, y a que comparen e intercambien experiencias sobre las medidas de apoyo a los familiares que atienden a enfermos, a las asociaciones de pacientes y a las organizaciones no gubernamentales, promoviendo la publicación y distribución de folletos informativos, también en línea, sobre la formación y organización de trabajadores voluntarios y de asistentes en los ámbitos jurídico, psicológico y sanitario, tanto en el domicilio del enfermo como en centros de día, y fomentando y creando asociaciones de enfermos de Alzheimer, con objeto de que todas las partes interesadas puedan intercambiar experiencias; subraya la importancia, en todas las campañas educativas y de sensibilización, de que se enseñe a reconocer los síntomas de demencia;
58. Anima a los Estados miembros, a que promuevan pruebas de cribado voluntarias y gratuitas sobre la memoria para aquellos grupos de población que, según los datos científicos, corran un alto riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer u otras formas de demencia;
59. Anima a los Estados miembros y a la Comisión, a que promuevan la reflexión sobre las necesidades de los enfermos y la adopción de un enfoque ético ante los mismos para garantizar el respeto de la dignidad humana, y a que examinen el estatuto jurídico de las personas que padecen enfermedades neurodegenerativas con vistas a establecer un marco jurídico para la privación de libertad y la protección jurídica de los enfermos;
60. Aboga por el reconocimiento de las asociaciones de Alzheimer como interlocutores de primer orden y por qué sean involucradas en 1) la elaboración de recomendaciones en materia de prevención y buenas prácticas y la difusión de estas en los niveles de base, 2) la facilitación de la información y el apoyo indispensables a las personas con demencia y sus cuidadores, 3) la defensa de los intereses de las personas con demencia y sus cuidadores ante los responsables políticos, y 4) el fomento de asociaciones con la profesión médica para ofrecer un enfoque holístico; señala que, para ello, las instituciones europeas deberían investigar las posibilidades que brinda el Programa Europeo de Salud Pública para ofrecer regularmente una financiación de base a las asociaciones europeas contra el Alzheimer y para animar a los Estados miembros a que apoyen a las asociaciones contra el Alzheimer a escala nacional;
61. Alienta a los Estados miembros, a que desarrollen grupos de apoyo para los profesionales de la salud que trabajan en centros, así como grupos de apoyo para los parientes de los pacientes hospitalizados, los parientes que atienden al enfermo a domicilio y los profesionales de la salud que trabajan en los servicios de atención sanitaria a domicilio;

62. Pide al Consejo, a la Comisión y a los Estados miembros que, junto con el Parlamento, fomenten la autonomía de las personas con demencia y promuevan su dignidad e inclusión social a través de planes de acción en el ámbito de la salud, así como que faciliten información sobre las mejores prácticas en materia de respeto de los derechos de las personas vulnerables y luchen contra el maltrato de las personas que padecen demencia;
63. Pide a la Comisión y al Consejo, que impulsen el desarrollo, en conexión con la aplicación de proyectos de investigación, de asociaciones entre instituciones públicas, y entre instituciones públicas y privadas, aprovechando así las instalaciones, los recursos y la experiencia de los sectores público y privado para luchar contra las repercusiones del alzhéimer y de otras formas de demencia;
64. Señala que todavía queda mucho por hacer en materia de acceso a los ensayos terapéuticos para las personas que padecen Alzheimer u otras enfermedades similares, a fin de garantizar la eficacia de las nuevas moléculas; subraya que este problema debería abordarse con ocasión de la próxima revisión de la Directiva de la UE sobre ensayos clínicos de medicamentos (Directiva 2001/20/CE);
65. Pide a los Estados miembros que, dado el violento impacto que el Alzheimer tiene sobre la memoria y las facultades mentales, elaboren estrategias nacionales para que las autoridades encargadas de proporcionar ayudas económicas a los enfermos se encarguen también de supervisar que estas sean utilizadas exclusivamente en beneficio de los enfermos;
66. Encarga a su presidente que transmita la presente Resolución al Consejo y a la Comisión

ANEXO 16

Marco Normativo- Perú. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30795, Ley para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

Disposiciones generales

Artículo 1.- Objeto

El presente Reglamento tiene como objeto establecer disposiciones técnicas y normativas para la implementación de la Ley N° 30795, Ley para la prevención y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, en adelante la Ley.

Artículo 2.- Ámbito de aplicación

El presente Reglamento, es de aplicación en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) e Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), así como Instituciones que intervienen en la investigación, prevención, evaluación, diagnóstico y atención integral de salud de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

Artículo 3.- Definiciones

Para efectos de la aplicación de la Ley N° 30795 y del presente Reglamento, se entiende como:

- a) Atención Integral de la Salud:** Son las intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, provistas de manera integral, integrada y continua por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS: públicas, privadas o mixtas) con calidad, equidad e igualdad, teniendo como eje de intervención a la persona afectada por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, su familia y su comunidad.

- b) Cuidador/a:** Es la persona natural, que acompaña y presta atención a título gratuito al paciente con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, de quien no es familiar directo ni su cuidador domiciliario de salud.
Su acreditación como cuidador se efectúa mediante designación vía notarial, informe médico, constancia policial o certificado domiciliario.

- c) Cuidador/a Domiciliario de Salud:** Persona que desempeña la prestación de Cuidado Domiciliario de Salud a la persona con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, para lo cual debe tener como mínimo el Título de Técnico de Enfermería y estar debidamente capacitado y acreditado por el ente correspondiente.

- d) Demencia:** Es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebrovascular y en otras situaciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.
- e) Enfermedad de Alzheimer (EA):** Es una demencia neurodegenerativa primaria, de inicio insidioso y curso progresivo, relacionada frecuentemente a edades tardías, caracterizada por un compromiso severo de la memoria, incapacidad para comprender o formular el lenguaje (afasias), incapacidad para realizar movimientos en ausencia de parálisis física (apraxia) y pérdida de capacidad para reconocer objetos, personas, sonidos, formas u olores, mientras que el sentido específico no es defectuoso ni existe una pérdida significativa de memoria (agnosia), que paulatinamente deterioran el desempeño personal, familiar, social y laboral, generando una discapacidad crónica.
- f) Familiar Directo:** Son los hijos, independientemente de su edad; padre o madre; cónyuge o conviviente del paciente con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
Conviviente es aquella persona que junto con el paciente con enfermedad de Alzheimer y otras demencias conforma una unión de hecho, según lo establecido en el artículo 326 del Código Civil.
- f) Otras Demencias:** Son otras enfermedades degenerativas primarias (demencia: fronto temporal, con cuerpos de Lewy, asociada a enfermedad de Parkinson, por enfermedad de Huntington); secundarias (demencia: vascular, infecciosa, carencial, endocrino-metabólica, toxicológica o por otras patologías médicas); y las combinadas o mixtas (demencia de etiología múltiple); todas las cuales generan discapacidad crónica. Asimismo, se considera a la Enfermedad de Alzheimer de aparición temprana autosómica dominante y a la Enfermedad priónica familiar tipo Alzheimer”.

DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Artículo 4.- De la protección de salud y el acceso universal al tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias

4.1 El Ministerio de Salud en su calidad de rector del sector salud, formula, monitorea y evalúa el cumplimiento de la política pública para la atención integral de salud de las personas con enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

La Autoridad Regional en Salud elabora y ejecuta planes regionales para el abordaje integral de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, incluyendo la intervención de las IPRESS y las IAFAS que se encuentren en su ámbito geográfico.

4.2 Las personas diagnosticadas con la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias tienen derecho a acceder a la atención de salud de manera oportuna y eficaz a través del sistema de aseguramiento que les corresponda según su condición, incluyendo el diagnóstico, tratamiento ambulatorio y/o de hospitalización, rehabilitación y seguimiento, en el marco de lo dispuesto en la normatividad nacional vigente, así como disposiciones normativas sectoriales en materia de salud mental.

4.3 Las personas que al momento del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias no cuenten con afiliación a un plan de aseguramiento en salud, tienen derecho a ser atendidas, de forma inmediata y efectiva, en una IPRESS pública a cargo del Ministerio de Salud, hasta que se defina su afiliación a una IAFAS. Cuando esté definida su afiliación, la IAFAS del paciente efectúa el reembolso a la IPRESS que corresponda por los gastos realizados en la atención del paciente, en el marco de su normatividad.

4.4 En casos de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias con discapacidad severa, certificadas por el médico tratante, procede la asignación, por parte de la IPRESS, de la prestación de salud de Cuidado Domiciliario de Salud, labor que cumple un personal de salud, denominado Cuidador/a Domiciliario de Salud, que cuente mínimamente con título de Técnico de Enfermería, debidamente capacitado y acreditado por el ente correspondiente.

De las actividades vinculadas a la prevención, atención, rehabilitación e investigación de la persona con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias

- ✓ Las actividades vinculadas a la detección temprana, la prevención del riesgo, atención y rehabilitación de la persona con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias se desarrollan en el marco de las disposiciones establecidas en la normatividad nacional vigente, así como disposiciones normativas sectoriales en materia de salud mental.

- ✓ El Ministerio de Salud, aprueba los lineamientos de atención integral para las personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, brindando asistencia técnica para su implementación.
- ✓ La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), supervisa en el marco de sus competencias a las Instituciones encargadas de brindar servicios de salud de calidad, confiables, seguros y sostenibles para las personas con estas patologías.
- ✓ El Instituto Nacional de Salud (INS), en coordinación con el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN), establecen prioridades, gestionan y fomentan la investigación en Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias. El INS en coordinación con el INCN, instauran el Premio a la Investigación sobre la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.
- ✓ El Ministerio de Salud promueve la investigación básica y aplicada a través del INS, del INCN, de las universidades, de los centros de investigación e instituciones vinculadas con la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias. Las investigaciones destacadas reciben públicamente un reconocimiento en fecha conmemorativa por el Día Internacional del Alzheimer.

Del Registro Nacional de Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias

- El Ministerio de Salud garantiza la protección de datos de las personas afectadas por la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias. Con ese fin, el Registro Nacional de Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias mantiene en el nivel nacional y regional, información actualizada de los pacientes afectados por la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, de forma estadística y anonimizada, y no nominal.
- El Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de Tecnologías de la Información, diseña el soporte informático que permita el acceso a la información individual de los pacientes, a partir de las historias clínicas a cargo del establecimiento de salud público o privado donde se atiende, y este es responsable de reportar al nivel de red y de la Autoridad Regional de Salud, los casos que atienda, basado en el uso del identificador de datos en salud correspondientes.
El tratamiento de la información se rige por la normativa que regula la materia.

DE LAS RESPONSABILIDADES DEL ESTADO

En concordancia con el marco normativo vigente, constituyen responsabilidades del Estado, a través del Ministerio de Salud:

- ✓ Reconocer los derechos del paciente enfermo de Alzheimer y Otras Demencias, protegiendo la dignidad de la persona afectada y su familia.
- ✓ Brindar servicios y atención de salud a las personas que padecen de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias en los establecimientos de salud más cercanos al domicilio de la persona afectada, y en caso se requiera, ser referidas a los centros de salud mental comunitarios, garantizando de esta manera, la protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- ✓ Los establecimientos de salud del primer nivel de atención, integrados en la red de servicios de atención reciben capacitación y asesoría en la aplicación de protocolos de evaluación y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, por parte de los Centros de Salud Mental Comunitarios, quienes establecen los criterios de referencia y contrarreferencia.
- ✓ El Ministerio de Salud coordina con los Gobiernos Regionales y Locales, principalmente en las localidades con mayor cantidad de población adulta mayor, la realización de actividades que permitan brindar información adecuada a la población que le favorezca mantener estilos de vida saludables y una probable identificación temprana de manifestaciones clínicas compatibles con la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias para que estas personas estén orientadas para su pronta evaluación por personal de salud.
- ✓ Los establecimientos de salud promueven la responsabilidad compartida entre mujeres y hombres que integran la familia, para el cuidado de las personas con enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias
- ✓ En las localidades con mayor cantidad de población adulta mayor y en las que se hayan realizado la mayor cantidad de diagnósticos, se pone más énfasis en la capacitación al personal de salud y a familiares directos y/o cuidadores para lograr la detección precoz y su evaluación especializada, así como el apoyo necesario por parte de quienes asuman su cuidado.
- ✓ Fomentar, en las redes de salud, la continuidad de cuidados, que permita la articulación entre los establecimientos de salud, lo cual contribuye en la mejor atención a la persona afectada, así como a sus familiares directos o cuidadores. (*Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30795, Ley para la Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias-DECRETO SUPREMO-N° 030-2018-SA, 2018*).

- ✓ Si bien existen estos artículos y reglamentos en el Perú, nada de esto se cumple, las autoridades priorizan las enfermedades transmisibles que año a año aumentan. Solo en casos aislados hay algún apoyo. En el Perú, solo se tienen tres asociaciones de Alzheimer, uno en Lima, otro en Trujillo y en Arequipa.

ANEXO 17

Ejemplos de encuestados de ser tratados injustamente en la vida social debido a la demencia, categorizados por tema

Temas	Ejemplos de encuestados
Accesibilidad	<p>Confío en que la gente me lleve a sitios, a menudo me olvidan o están demasiado ocupados - 59, mujer, Reino Unido</p> <p>Controlan lo que creen que puedo hacer. Dicen que me llevarán a dar una vuelta y luego ponen excusas que no puedo - 57, mujer, Reino Unido</p> <p>Tener que usar siempre un andador hace que me pierda la posibilidad de socializar y asistir a eventos. No puedo incluso ir al cine ahora. Recientemente me perdí de asistir a un buen concierto que mi hijo y mi nuera asistió. Ni siquiera intentaron incluirme. Eso me dolió - 75, mujer, Estados Unidos</p> <p>No pude asistir a un evento porque no tenía un cuidador que me acompañara. Vivo sola y no necesito uno todavía - 65, mujer, Estados Unidos</p> <p>A veces no estoy incluido. También debido a las discapacidades físicas (como efecto de la demencia) la accesibilidad en un lugar dado hace que me sea imposible asistir - 56, mujer, Reino Unido</p> <p>Siento que ya no puedo contribuir- 68, mujer, Europa</p> <p>En una reunión familiar porque hay gente que se molesta o se siente incómoda - 46, mujer, Panamá</p> <p>Me excluyo, porque no puedo mantener el ritmo, 58, hombre, Países Bajos</p>
Pérdida de contacto	<p>A veces los amigos ya no me piden que vaya a fiestas tan a menudo como antes, porque ya no conduzco. Eso dolió al comenzar, ahora no tanto- 49, mujer, Reino Unido</p> <p>Excepto por un par de amigos muy cercanos ya no me invitan a nada - 57, mujer, Estados Unidos</p> <p>Ya no estoy invitado a hacer cosas con mis amigos. Si hago algo, normalmente es por mí mismo o con mi exmujer. Tengo muy pocos amigos cercanos ahora - 58, hombre, Estados Unidos</p> <p>Demasiados para contarlos. Mi hija hace de niñera mientras sale con sus suegros. Nunca me invitan. La actual novia de mi hijo no me tendría en su casa. Ya no se me permite visitar a mi nieto de cinco años que yo visite desde el nacimiento hasta los tres años y medio. La nueva novia está a cargo - 64, Mujer, Estados Unidos</p> <p>No se nos invita a los cumpleaños de los familiares y eso duele. Tanto mi marido como yo no estábamos en las invitaciones más - 66, mujer, Australia</p> <p>Estoy excluido de las reuniones sociales con los suegros o amigos - 57, mujer, Surinam</p>
,"Estás condenado al ostracismo"	<p>La gente me trató como un monstruo en las comidas de la iglesia. Los vecinos me evitan - 69, mujer, Estados Unidos</p> <p>Expulsada del club de lectura - 69, mujer, Estados Unidos</p> <p>Solía estar activo en un club, pero ahora no soy una persona - hombre, Estados Unidos</p> <p>Solía ser voluntaria ayudando a los inmigrantes a aprender inglés hasta que descubrieron que tenía demencia - 60, mujer, Canadá</p> <p>La primera vez en la función de almuerzo del nuevo club de residentes, después de haber sido aceptados previamente en su reunión de la junta, ellos rechazaron mi esfuerzo de ayudar a los voluntarios a preparar y servir la comida como dijeron anteriormente que estaría ayudando -77, mujer, Estados Unidos</p> <p>Me tratan como si no existiera. Se alejan de mí. Me siento solo - 65, mujer, Argentina</p> <p>El organizador negó a una persona que vivía con demencia la participación en la sesión de capacitación para el cuidado de la salud y dejó de enviar la información sobre la sesión - 55, hombre, Japón</p>

ANEXO 18

Ejemplos de encuestados que recibieron un trato injusto en la atención médica por demencia, clasificados por tema

Temas	Ejemplos de encuestados
Sobre mí. No para mí.	A veces le hablan a mi esposa de cosas como si yo no estuviera allí, pero estoy sentado ahí mismo - 58, varón, EEUU
	Mi neurólogo ignoró mi presencia cuando se discutió mi diagnóstico con mi marido - 59, mujer, Sur África
	Necesidad de reentrenamiento en habilidades de conciencia de la demencia - 56, hombre, Reino Unido Un administrador de casos que sólo quiere arreglar las cosas en lugar de hablar de las dificultades que estoy pasando - 68,
Despreciativo e impaciente	Se me aconsejó que no debía seguir buscando otra razón que la de tener demencia. No hay ninguna razón específica o síntoma para impulsar esta decisión y estoy en una etapa muy temprana de la enfermedad - 57, mujer, Estados Unidos
	Un proveedor médico me aconsejó que dejara mis compromisos sociales porque soy viejo - 70 años, hombre, Canadá
	El doctor me aconsejó que no cocinara más, que no condujera. Algunos doctores me ignoraron totalmente y hablaron solo con mi nuera- 76, varón, Malasia
	El médico de cabecera me dijo a la cara, "qué pena que la eutanasia sea ilegal aquí" - 65, mujer, Estados Unidos El neurólogo me diagnosticó Alzheimer a los 56 años, diciéndome que fuera a casa y pusiera mis asuntos finales en orden y que esperar hasta mi muerte prematura - 60, hombre, Estados Unidos
La falta de Comprensión	Personas, incluyendo profesionales de la salud, ignorando lo que estoy diciendo - 86, hombre, Zambia
	Cuando fue admitido en el hospital por un derrame cerebral, la enfermera dijo, "Vamos a enviarlo a casa tan pronto como sea posible porque no nos gusta lidiar con los terrores nocturnos", un síntoma común de la demencia de los cuerpos de Lewy que tenemos - 66, hombre, Estados Unidos
	La gente me mira como un paciente con demencia, no como una persona que vive con demencia - 62, hombre, Japón
"Sugirió que yo estaba fingiendo"	La brusquedad del primer neurólogo y su diagnóstico - sin ningún examen adicional - 78, varón, No pasé suficiente tiempo, sólo me mostró una vez cómo usar un aparato para leer las lecturas de la diabetes. Necesito que me muestren un pocas veces para que recuerde cómo usarlo - 73, mujer, Nueva Zelanda
	Mientras estaba en el hospital una enfermera se quejaba de un ruidoso paciente con demencia - me hizo sentir como lo que son que dicen de mí - 70, mujer, Reino Unido
	¡Un médico de cabecera me dijo que quería estar enfermo! - 69, mujer, Estados Unidos
	Cuando me dicen que no estoy enfermo pero que soy demasiado viejo - 86, hombre, Zambia
	El neuropsicólogo pensó que podría haber hecho un mayor esfuerzo, mientras que yo estaba realmente tratando y cansándome mucho... 62, mujer, Países Bajos
	Sugirió que estaba fingiendo - mujer, Reino Unido
	No de la manera que usted ha pedido ejemplos, muchos profesionales de la salud a menudo no creen que yo tenga demencia, lo cual es abusivo y ofensivo. Pero, también hablan sobre mí, y nunca a mí debido a que tengo demencia. Muy irónico, y ¿quién tiene el nivel de IGNORANCIA sobre la demencia - 60, mujer, Australia
	Muchos profesionales de la salud no me han creído debido a mi edad y al hecho de que todavía estoy cognitivamente bien.
	Cuando tuve que pasar un largo período en el hospital se esperaba que fuera sumiso y no para cuestionar a nadie o para defender mis derechos. Me trataron como un paciente "difícil" - 56, Mujer, Reino Unido
	Me doy cuenta de que los profesionales de la salud no me escuchan, o no saben cómo hacer las preguntas y siempre dicen... quién te dijo que tienes esto y luego desacreditan el diagnóstico o dicen que no creen... cuando trato de explicar el nivel de cambio de vida que he experimentado recientemente, me dejan de lado - 56, mujer, Estados Unidos
Un médico se negó a creer lo que dije, insinuando que me lo estaba inventando. 73 años, mujer, Reino Unido.	

ANEXO 19

Ejemplos de encuestados que recibieron un trato injusto en la atención médica por demencia, clasificados por injusto tratamiento

Dominio de injusto tratamiento	Cita de los encuestados que viven con la demencia
<p>Gente haciendo cosas por usted que podría hacer Ud. mismo, porque ellos saben que tienes demencia</p>	<p>Mi pareja se ha hecho cargo de todas nuestras finanzas. Creo que podría administrar algunas, 63 mujeres de Sudáfrica. A veces la gente trata de hablar por mí, pero insisto en que todavía soy capaz de hacerlo - 56, mujer, Reino Unido La gente tiene buenas intenciones, pero yo no soy una inválida. Mi familia puede ser así, por eso vivo sola. Si me ofrezco a ayudar cuando voy a su casa no me dejan a menudo - 49, mujer, Reino Unido Dar una ducha a las personas con demencia en lugar de ayudarlas y dejar que se duchen ellas mismas porque no tienen tiempo y tienen que ir a trabajar - 50, mujer, Tailandia El cónyuge me recuerda cosas que puedo recordar por mi cuenta, es decir, "no olvides tus llaves". ¿Tienes tu ¿Teléfono? Todo en una que suena como si le recordara a un niño - 57, mujer, Estados Unidos Un amigo íntimo a veces termina mi frase mientras me tomo el tiempo de encontrar mis palabras. Estoy en una etapa muy temprana y la afasia es mi mayor problema - 75, mujer, Estados Unidos Creo que todavía puedo hacer muchas cosas por mí en nombre de la ayuda... 62, mujer, Estados Unidos Siempre me ofrecí como voluntario para hacer cosas que no quiero. Cansado - 60, mujer, Malasia Fui excluido de la rotación de la asociación de vecinos - 87, mujer, Japón</p>
<p>No tomar su opinión seriamente por tu demencia</p>	<p>A veces en conversaciones abiertas en grupos de amigos, siento que mi opinión es "marginada" - 63, mujer, Sur África Simplemente piensan que soy tonta. Especialmente porque parezco 10+ años más joven que mi edad - 48, mujer, Uganda Algunas personas tienen la impresión de que debería ser menos habladora en mis opiniones. Cuando hablo con los cuidadores (de otros) para difundir la conciencia de la experiencia de la demencia me han gritado y me han dicho que no entienden la situación, aunque también he sido cuidador de un familiar con demencia - 56, Mujer, Reino Unido Es como si fuera invisible, si le pido a mi marido que haga algo, lo ignora totalmente causando discusiones todo el tiempo - 57, mujer, Reino Unido Me encanta un buen debate. Tengo un trasfondo de debate a lo largo de mi vida. Recuerdo haber intentado un debate con alguien sobre un tema de mi interés. Su respuesta fue que usted es muy argumentativo. Es la demencia la que habla... 61, hombre, Canadá La gente no me escucha cuando hablo. 69, mujer, Estados Unidos. Incluso me han dicho, "pero tienes demencia, así que, ¿qué sabrás tú!" - 60, mujer, Australia</p>
<p>Se le negó la opción de hacer algo que todavía pensabas que podría, debido a su demencia</p>	<p>Ya no puedo hacer nada sin preguntarle a alguien, pero a nadie le importa si quiero hacerlo o no. La gente parece olvida que sigo siendo una persona real con sentimientos y emociones muy reales - 59, mujer, Reino Unido Ser voluntario de la Asociación de Alzheimer requiere que tenga un compañero de viaje incluso para eventos locales donde soy el mejor en la navegación. No hay excepciones sólo porque tengo Alzheimer. También se me negó el acceso a un seminario de Alzheimer porque tengo la enfermedad y se me permitió asistir, sólo si no le decía a nadie que tenía demencia. Este era un conocido hospital que imparte este seminario - 57, mujer. EEUU Llevar tarjetas de crédito, dinero en efectivo - 81, hombre, Estados Unidos Todavía vivo por mi cuenta. Siento que los médicos se apresuran a convencerme de que vaya a un centro de atención. Prefiero conocer sobre cómo puedo vivir por mi cuenta más tiempo y qué servicios están disponibles para prolongar mi independencia - 69, hombre, Estados Unidos Conducción, finanzas, y especialmente pagos por consultas u otros consejos normalmente financiados de organizaciones de Alzheimer en defensa de los derechos. Curiosamente, las organizaciones fuera del sector de la demencia no tienen ningún problema en pagarme para el asesoramiento, la consulta o el apoyo apropiado a la discapacidad - ha sido exclusivamente el sector de la demencia el que me negó sistemáticamente esto, y he tenido que autofinanciarme total o parcialmente para tener voz o ser incluido - 60, mujer, Australia Quitarme la llave del coche; desconectar el suministro de gas de mi casa y alejar mi coche y decir que después los ladrones lo robaron. Me negué a cerrar la puerta - 76, hombre, Malasia</p>

Dominio de injusto tratamiento	Cita de los encuestados que viven con la demencia
La gente bromea sobre tu síntomas de la demencia	<p>Me llaman por mi nombre - 55, mujer, Zambia</p> <p>Pongo un poco de humor en mi situación para que otras personas se sientan cómodas - 56, mujer, Sudáfrica</p> <p>Mis nietos se burlan de mí porque mis decisiones no son acertadas. 86, varón, Zambia.</p> <p>Convertirse en un chiste / bromear - 69, hombre, Indonesia</p> <p>Intimidación, hablando de la demencia como una broma divertida - 40, mujer, Tailandia</p> <p>Me han dicho: "Bueno, mi memoria es mejor que la tuya" o "No olvides usar el mismo tipo de zapatos" - 57, mujer, Estados Unidos</p> <p>¡No puedes recordar nada! - 70, mujer, Estados Unidos</p> <p>¿Cuánto tiempo pasará antes de que te vuelvas completamente demente? 60 años, mujer, Canadá</p> <p>Cuando cometo un error, dicen: "Oh, es un momento importante, pero no saben que tengo demencia", porque no se lo he dicho - 80, mujer, Estados Unidos</p> <p>Es 100% ofensivo, e inexcusable bromear sobre mis síntomas (a menos que sea yo quien lo haga). También significa que no me comprometeré con esta gente después. Pedirle a la gente que no bromea sobre nosotros, siempre significa que se ofenden, en lugar de aceptar que pueden ofender o molestarnos - 60, mujer, Australia</p> <p>Mi hijo dijo que me veía como una alpaca cuando goteaba saliva - 53, mujer, Japón</p> <p>La gente decía que no me parecía a alguien con demencia - 58, hombre, Japón</p>
Tratada injustamente en hacer o mantener amigos por tu demencia	<p>Tienden a visitar con menos frecuencia evitan las visitas - 74, mujer, Sudáfrica</p> <p>Olvidar sus nombres o cuándo reunirse... les hace pensar que lo hago intencionadamente - 48, mujer, Uganda.</p> <p>Con algunos amigos se distanciaron al enterarse de mi diagnóstico. No siempre estoy incluido en los planes de amigos que he mantenido y lo atribuyo a mi diagnóstico - 56, mujer, Reino Unido.</p> <p>Mis hermanos ya no me hablan ni me preguntan cómo estoy - 62, hombre, Reino Unido.</p> <p>Prohibida la entrada a la casa de mi hermana porque dicen que he usado un lenguaje abusivo y obsceno - 70 años, hombre, Canadá</p> <p>Las personas tienden a correr cuando se enteran de que tienen demencia - 60, hombre, Estados Unidos.</p> <p>Cuando hago declaraciones que están fuera de carácter algunos amigos y familiares se lo han tomado como algo personal y dejó de hablarme - 58, mujer, Estados Unidos</p> <p>Me siento aislado - 65, mujer, Argentina</p> <p>Muchos me han dicho que no están en absoluto interesados en "el viaje de la demencia" - 60, mujer, Australia.</p> <p>A algunos amigos no les gusta hablar conmigo porque repito - 87, mujer, Singapur</p> <p>Tengo algunas personas que dicen que no le hables, ella no tiene idea de lo que está hablando - 65, mujer, Nueva Zelanda</p> <p>Algunas personas no pueden lidiar con el diferente yo - 69, hombre, Australia</p>
Evitado o rechazado por gente que sabe que tiene demencia	<p>Porque piensan que no pueden estar a la altura de su nivel de pensamiento - 55, mujer, Zambia</p> <p>Evitan socializar - 74, mujer, Sudáfrica</p> <p>El amigo íntimo ya no llama en absoluto - 60, hombre, Estados Unidos</p> <p>En mi comunidad de fe, me evitan - 66, hombre, Estados Unidos</p> <p>Nadie viene a mi casa, pero un vecino (que quiere mis muebles cuando me mudo) y mi adulto</p> <p>los niños visitan raramente - cuando vienen me evitan la mayor parte del tiempo y salen a divertirse. Mis suegros</p> <p>La postura siempre fue como alejarse de un animal peligroso. Mi suegra me acosó e insultó</p>

y me amenazó con llamar a la policía por decirle que se retirara. 69, mujer, Estados Unidos

Dominio de un tratamiento injusto	Cita de los encuestados que viven con la demencia
Tratada injustamente en su seguridad personal y seguridad debido a su demencia	<p>La gente me regaña porque me equivoco o digo algo que no les gusta - 62, hombre, Reino Unido</p> <p>He sido verbalizado en el pasado por personas que no entienden mi demencia. Como la gente que dice que mi demencia es "El castigo de Dios para mí por algo que he hecho en mi vida" y otras cosas así - 49, Mujer, Reino Unido</p> <p>Siento que mi marido hará algo, deshacerse de algo por ejemplo y cuando me acerco a él, dirá que nunca existió o que está todo en mi cabeza, dirá que no sé de qué estás hablando o que estoy iniciando una discusión que normalmente ocurre - 57, mujer, Reino Unido</p> <p>Abuso verbal de ancianos por la sociedad - 50, mujer, India</p> <p>Ante una crisis, como tengo un leve deterioro cognitivo... ..mi hijo mayor me tiró al suelo, a los 55 años, Mujer, Argentina</p> <p>Al principio mis hijos gritaban y mi compañero también. Parecía saber que yo era más débil - 60, mujer, Estados Unidos</p> <p>No le preguntes a ella, ya que ha perdido la cabeza. 65 años, mujer, Nueva Zelanda.</p> <p>Mi marido habla mal. Los hijos no tienen en cuenta lo que digo - 65, mujer, Argentina</p> <p>Abuso verbal... la criada que mi hija empleó. Abuso físico... la enfermera de la residencia de ancianos que me restringe a mi cama atándome a la barandilla de la cama mientras decían que me quitaba los pañales y desordenaba la cama y el suelo con orina y mierda - 76, hombre, Malasia</p>
Tratada injustamente en su vivienda debido a su demencia	<p>Cuando el lugar supo que tenía demencia me mostraron la puerta y me dijeron que no era bienvenida - 76, mujer, Reino Unido</p> <p>He vivido en el campo durante muchos años y después del diagnóstico me han puesto en una ciudad - 58, mujer, Irlanda</p> <p>Quiero vivir en mi propia casa, pero en mi lugar vive un niño - 68, mujer, Indonesia</p> <p>Al mudarme a una instalación independiente para ancianos cuando mencioné que tenía pérdida de memoria a corto plazo, me dijeron que tenía que estar en una sección dependiente según sus reglas. Tuve que conseguir una carta del médico. que declaraba que era competente - 77, mujer, EEUU</p>

Fuente: Informe Mundial sobre el Alzheimer 2019 Actitudes hacia la demencia

ANEXO 20:

Entrevistas







