



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 28 No. 3

Septiembre de 2025

<https://doi.org/10.22402/REPI.2025.28.03.9>

FACTORES DE RIESGO E INDICADORES TEMPRANOS DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DESDE LA PERSPECTIVA DE SUS FAMILIARES: UNA EXPLORACIÓN CUALITATIVA

Arlen Fabiola Sarabia García¹

Instituto Superior de Estudios de Occidente

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue identificar los factores de riesgo e indicadores tempranos de deterioro cognitivo percibidos por los familiares de adultos mayores con demencia, a través de una metodología cualitativa con un diseño narrativo y fenomenológico. Con una muestra de casos-tipo conformada por 4 familiares cercanos de adultos mayores diagnosticados con demencia.

Los datos se recabaron a través de entrevistas en profundidad. El análisis fue descriptivo. De todos los factores de riesgo identificados, los que más llaman más la atención por no ser mencionados en la literatura consultada, son los antecedentes de histerectomía, abortos, y sobre todo las experiencias de vida difíciles, traumáticas y las pérdidas, que pueden ser un tema relevante para profundizar en otras investigaciones. Respecto a los primeros indicadores de deterioro cognitivo, se encontraron alteraciones en el lenguaje, como olvido de palabras, sustitución o mezcla de palabras; olvidos aparentemente comunes y cotidianos, repetición de temas en las conversaciones, cambios en el estado de ánimo, empezar a realizar actividades de manera monótona y limitada, rehusarse a hacer actividades que parecen un reto cognitivo, desorientación y hablar de eventos pasados de la infancia dejando de lado anécdotas más recientes.

Palabras clave: Alzheimer, demencias, deterioro cognitivo, investigación cualitativa.

¹ Doctora en Salud Mental por el Instituto Superior de Estudios de Occidente, licenciada y maestra en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México: sarabiaarlen@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-0752-9620>

RISK FACTORS AND EARLY INDICATORS OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN ELDERLY ADULTS SINCE YOUR FAMILY PERSPECTIVE: AN EXPLORATION QUALITATIVE

ABSTRACT

The objective of this research was to identify the risk factors and early indicators of cognitive impairment perceived by the relatives of older adults with dementia, through a qualitative methodology of narrative and phenomenological design. With a case-type sample made up of 4 close relatives of older adults diagnosed with dementia.

The data was collected through in-depth interviews. The analysis was descriptive. Of all the risk factors identified, the ones that attract the most attention because they are not mentioned in the literature consulted for this research are a history of hysterectomy, abortions, and above all difficult, traumatic life experiences and losses, which can be a relevant topic to deepen in other investigations. Regarding the first indicators of cognitive deterioration, alterations in language were found, such as forgetting words, substitution or mixing of words; seemingly common and everyday forgetfulness, repetition of topics in conversations, changes in mood, beginning to carry out activities in a monotonous and limited way, refusing to do activities that seem cognitively challenging, disorientation and talking about past events from childhood leaving aside more recent anecdotes.

Keywords: Alzheimer's, cognitive decline, dementia, qualitative research.

El envejecimiento poblacional va en aumento. Los avances en las ciencias médicas, entre otras variables, han contribuido a una mayor esperanza de vida, que no necesariamente conlleva a una mejor calidad de la misma. Por el contrario, parece que el incremento en la longevidad ha traído consigo un mayor número de patologías y condiciones asociadas con la edad, entre ellas, el deterioro cognitivo y las demencias.

El deterioro cognitivo es un concepto muy general que hace referencia a la disminución de las funciones mentales superiores, como la memoria, la atención, el lenguaje, la percepción y las habilidades ejecutivas; siendo la manifestación más frecuente la enfermedad de Alzheimer.

El deterioro cognitivo se ha convertido en un problema de salud pública que urge atender, debido al fuerte impacto negativo que tiene en la calidad de vida de quienes lo presentan, sus familias y la sociedad.

Empieza afectando la capacidad del individuo para procesar y recordar información, y posteriormente puede afectar su funcionamiento en las actividades de la vida diaria, como su autocuidado, la capacidad para socializar, tomar de decisiones, trabajar, trasladarse, entre otros, generando una dependencia cada vez mayor del cuidado de otros; lo que afecta la vida de sus seres familiares, quienes pueden llegar a presentar el síndrome del cuidador.

El deterioro cognitivo también tiene importantes implicaciones socioeconómicas. Además, el sistema de salud también se ve afectado por el aumento en los casos, representando todo un reto para el sector salud. Se requieren recursos para el diagnóstico, tratamiento y apoyo a largo plazo de las personas afectadas, lo que plantea desafíos para la sostenibilidad del sistema de atención médica.

He ahí la relevancia de la detección temprana del deterioro cognitivo, por lo que este trabajo propone apoyarse de la perspectiva de los familiares, ya que son ellos quienes pueden notar los primeros signos de cambios cognitivos en sus seres queridos.

La identificación temprana puede permitir la búsqueda de tratamiento médico y la implementación de estrategias de apoyo y cuidado adecuadas, antes de que el problema esté muy avanzado y haya menos posibilidades de éxito.

Si bien existe una amplia literatura científica sobre los factores de riesgo y los indicadores tempranos del deterioro cognitivo en adultos mayores, hay pocas investigaciones centradas en la perspectiva de los familiares.

En este trabajo se considera que los familiares tienen un papel fundamental en la vida de los adultos mayores, ya que son quienes generalmente están más cerca de ellos y pueden observar cambios sutiles en su funcionamiento cognitivo y comportamental.

Su participación en la detección temprana del deterioro cognitivo puede ser invaluable para identificar señales de alerta y brindar apoyo oportuno y adecuado a sus seres queridos.

Problema de investigación:

La presente investigación busca responder las siguientes preguntas:

¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar demencia detectados por los familiares?

¿Cuáles son los indicadores tempranos de deterioro cognitivo percibidos por los familiares de las personas diagnosticadas con demencia?

Objetivo: Identificar los factores de riesgo e indicadores tempranos de deterioro cognitivo percibidos por los familiares de adultos mayores con demencia.

Justificación:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2015), la longevidad de la población humana ha aumentado, con una esperanza de vida actual de 75 años y una proyección de llegar a 79 años para el año 2050, aunque esto no necesariamente se traduce en una mejor calidad de vida.

Según datos del INEGI (2021) la cantidad de adultos mayores en todo el mundo aumenta cada año y en México, en el año 2020, se registraron 15 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa alrededor del 13% de la población. Se espera que esta cifra aumente aún más, con una estimación de 36 millones de adultos mayores en México para el año 2050, lo que correspondería al 27% de la población total.

Todo esto resalta la importancia de profundizar en la detección temprana del deterioro cognitivo y las demencias para no retrasar el tratamiento correspondiente, contar con datos que permitan desarrollar instrumentos de evaluación de alta sensibilidad para la detección oportuna, identificar a las personas en riesgo de desarrollar una demencia, implementar estrategias de intervención para mejorar la salud mental y la calidad de vida de los adultos mayores y por ende de sus cuidadores.

Marco teórico:

Definición de demencias

La demencia es un síndrome caracterizado por una disminución global de la función cognitiva y del comportamiento adquirido, que puede ser degenerativo y

multicausal, lo que afecta significativamente la vida social, familiar y laboral de la persona afectada (Jiménez y Criales, 2016).

Según Arriola (et.al., 2017) el término "deterioro cognitivo leve" (DCL) es el término más utilizado en la literatura sobre el tema. Este término se refiere a una alteración en uno o más dominios cognitivos, que supera lo esperado para la edad y nivel educativo de la persona, pero que no es lo suficientemente intensa como para confirmar un diagnóstico de demencia.

Varios estudios indican que un porcentaje importante de personas con DCL acaban desarrollando demencia (Jiménez y Criales, 2016).

Aunque el DCL es útil para identificar a quienes tengan mayor probabilidad de desarrollar demencia, su heterogeneidad en la definición limita su confiabilidad para predecir la evolución clínica. Además, no garantiza que exista una patología neurodegenerativa de base, ni que los pacientes avancen hacia una demencia.

Evolución Del Deterioro Cognitivo

De acuerdo con Jiménez y Criales (2016) la evolución de la demencia es variable, pero generalmente empieza por una disminución gradual de la memoria, manteniendo la función sensorial y motora. La disminución de la memoria se caracteriza primero como dificultades para el aprendizaje y la memoria a corto plazo, y después se pierde la capacidad de recordar cosas del pasado. Con frecuencia, los pacientes con deterioro cognitivo también experimentan alteraciones conductuales y diversos trastornos psicológicos como depresión, delirios, paranoia, ansiedad y alteraciones del sueño.

Conforme la patología avanza, las personas muestran una disminución gradual en su capacidad funcional. El periodo que transcurre desde la fase preclínica hasta la fase grave de la enfermedad suele ser de alrededor de 10 años.

Debido a que la etapa preclínica de la demencia, sobre todo el Alzheimer es asintomática, las personas pierden la oportunidad de iniciar tratamientos que puedan modificar el curso de la patología antes de que se produzca un daño cerebral mayor que no se pueda revertir.

Factores de riesgo

Bermejo (2016) clasifica los factores de riesgo para el desarrollo de Alzheimer en dos categorías principales: los no modificables y los modificables. Dentro de los no modificables se encuentran factores como la edad, el sexo, el tamaño del cráneo, factores genéticos y antecedentes familiares.

Los factores de riesgo modificables se extienden a lo largo de la vida del individuo y pueden incluir baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico, obesidad, padecimientos crónicos como diabetes mellitus, hipertensión arterial, arteriosclerosis, otras patologías como ictus, cardiopatía, recibir anestesia general, traumatismo craneal grave, depresión, alteraciones sensoriales (visuales o auditivas), y exposición a tóxicos ambientales; así como el estilo de vida, hábitos no saludables como el tabaquismo, la falta de actividad física, escasa estimulación cognitiva, falta de actividad intelectual y social, malos hábitos nutricionales, etc.

De acuerdo con Moreno (et.al., 2015), otros factores de riesgo son la carencia de vitamina B12 y la depresión que comienza en edades avanzadas y que no responde a los tratamientos.

Reserva cognitiva

El concepto de reserva cognitiva surge tras observar, en estudios de anatomía patológica, que algunas personas tenían daño neuronal característico del Alzheimer, pero no presentaban síntomas clínicos de la patología y tenían un cerebro más pesado que otros pacientes. Esto sugiere que existe alguna forma de reserva cerebral que protege contra la expresión clínica de la enfermedad (Valls, et.al., 2010).

Podría considerarse entonces a la reserva cognitiva como a la capacidad del cerebro para resistir y compensar los efectos del envejecimiento, las lesiones cerebrales o las enfermedades neurodegenerativas (López, 2021).

Existen ciertas variables que se han asociado con una mayor reserva cognitiva, como la cantidad total de años de escolaridad, el coeficiente intelectual, el tipo de trabajo desempeñado a lo largo de la vida, los pasatiempos y aficiones, la actividad física regular, entre otras.

Indicadores en test psicológicos

De acuerdo con Valls (et.al., 2010), diversos estudios prospectivos realizados en pacientes con deterioro cognitivo leve han identificado alteraciones en la memoria episódica y la memoria semántica como posibles predictores para la evolución a Alzheimer, incluso cuando las demás habilidades cognitivas se encuentran dentro del promedio.

Además, mencionan que hay una correlación entre el déficit de memoria y la pérdida de sustancia gris en estas áreas, y durante la fase predemencia, también se han encontrado errores semánticos cualitativos en las pruebas de denominación.

Moreno (et.al., 2015) señalan algo similar, ya que consideran que la alteración de la memoria, especialmente la episódica y semántica, es una característica clínica de la enfermedad de Alzheimer, mientras que el deterioro en las funciones ejecutivas corresponde más a un deterioro cognitivo vascular.

Indicadores en la vida cotidiana

De acuerdo con Arriola (et.,al., 2017) la presencia de síntomas neurológicos y psiquiátricos en la adultez tardía puede ser un indicador de deterioro cognitivo y demencia.

Estos síntomas incluyen cambios en la conducta o en la personalidad que se mantienen por más de seis meses, a partir de los 50 años y que pueden ser reportados por el propio paciente o un familiar.

Los cambios en la conducta se caracterizan por uno o más de los siguientes síntomas: apatía, indiferencia, ansiedad, euforia, disforia, irritabilidad, estado anímico cambiante, cambios en la personalidad, impulsividad, agitación, desinhibición, obsesividad, comportamiento social inapropiado, falta de empatía, rasgos previos de personalidad exacerbados y alucinaciones.

Es importante evaluar la presencia de estos cambios conductuales y funcionales en la persona, y observar si afectan significativamente las relaciones interpersonales u otros aspectos de la vida social o laboral, a pesar de que la persona mantenga su independencia para realizar las actividades cotidianas.

Desafortunadamente, es posible que transcurran varios años, incluso varias décadas, antes de que los síntomas previamente mencionados empeoren lo suficiente para ser un motivo de preocupación y puedan ser diagnosticados.

MÉTODO

En esta investigación se ha optado por una metodología cualitativa, ya que busca abordar el tema de estudio desde una perspectiva humana y comprender la experiencia de los participantes, así como su percepción acerca del desarrollo y progresión de la demencia en sus familiares.

La metodología cualitativa permite recurrir a un número reducido de participantes, lo que facilita la comprensión de los casos y situaciones estudiadas (Patton, 1990).

Aunque esto limita la generalización de los resultados, al centrarse en la interpretación y significado que los individuos dan a los fenómenos estudiados, se le da un nuevo valor y significado al ser humano como sujeto de la investigación (Gutiérrez, 1990).

Todo conocimiento tiene un sujeto y se trata de un sujeto activo, por lo tanto tiene un componente subjetivo y personal (Martínez, 2004) y como profesionales de la salud mental debemos reconocer que el componente subjetivo prevalecerá en mayor medida que en otras disciplinas, por lo que si bien otras vías de investigación como la cuantitativa es muy útil en el conocimiento de los trastornos mentales, hay que reconocer, como señala Martínez (2004) que todo conocimiento será siempre el resultado de una interacción dialéctica, entre la realidad exterior y el contexto personal interior.

El diseño metodológico es narrativo y fenomenológico. Un diseño narrativo recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de las personas, lo que ayuda a clarificar el estudio de los fenómenos de interés, y ayuda a comprender una sucesión de acontecimientos (Hernández-Sampieri, et.al., 2018), como en este caso será conocer la evolución del deterioro cognitivo de acuerdo con lo percibido por los familiares.

De manera más específica, el diseño de investigación es narrativo de tópicos pues se enfoca en una temática específica que es la demencia.

Con respecto al diseño fenomenológico, éste se enfoca a las experiencias individuales y subjetivas de los participantes. Pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante, tratando de aprehender su experiencia (Hernández-Sampieri, et.al., 2018).

La investigación se apegó a los lineamientos éticos y científicos vigentes:

- La declaración de Helsinki
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud.

- Se solicitó la carta de consentimiento informado a los participantes.

- Se cuidó la privacidad y la confidencialidad de los participantes omitiendo sus nombres en los resultados.

1. Participantes

Se recurrió a una muestra de casos-tipo, integrada por 4 familiares cercanos de adultos mayores con diagnóstico de demencia.

Participante 1. Mujer de 46 años, hija de mujer de 72 años diagnosticada con Alzheimer.

Participante 2. Hombre de 44 años, hijo de mujer de 71 años diagnosticada con Alzheimer

Participante 3. Mujer de 41 años, nieta de mujer diagnosticada con Alzheimer

Participante 4 Mujer de 70 años, hermana de mujer de 68 con demencia.

2. Instrumentos

Se realizaron entrevistas en profundidad a los familiares, utilizando una guía de entrevista semiestructurada que aborda los factores de riesgo y los indicadores tempranos de deterioro cognitivo percibidos por los familiares. Las entrevistas se grabaron para su posterior análisis y se tomaron notas de campo.

3. Procedimiento de recolección de datos:

Etapa 1. Selección de los participantes del estudio que cumplieran con las características requeridas con un muestreo tipo bola de nieve.

Etapa 2. Trabajo de campo. Una vez que se contactó a los participantes, se les explicó con más detalle el objetivo de la investigación y se brindó el consentimiento informado. Una vez aceptada su participación se programó una entrevista por video llamada por medio de plataforma zoom misma que fue grabada con autorización del entrevistado.

Etapa 3. Análisis de la información.

4. Estrategia de análisis de datos: Se realizó un análisis descriptivo, los datos se agruparon en ejes temáticos, identificando patrones y temas comunes en los datos.

RESULTADOS

A continuación, se describe lo reportado por los entrevistados en cada uno de los ejes de análisis:

Como se puede ver en la tabla 1, la edad de las personas con demencia es de alrededor de 70 años, todas mujeres, la mayoría con diagnóstico de Alzheimer y con un bajo nivel escolar:

Sexo	Edad	Diagnóstico	Escolaridad
P1 Femenino	72	Alzheimer	Primaria
P2 Femenino	71	Alzheimer	Carrera Técnica
P3 Femenino	Finada	Alzheimer	Sin escolarización
P 4Femenino	68	Demencia sin especificar	Secundaria

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las personas con demencia del estudio

Antecedentes laborales:

Se encontró que la mayoría de las personas con demencia de este estudio dejaron de trabajar a una edad temprana:

“Sólo trabajó como 2 o 3 años, atendiendo una cremería, pero sí era mucho trabajo, mucho estrés porque ella hacía de todo, el aseo del negocio, recibir mercancía, atender clientes, acomodar la mercancía, ahí desayunaba, ahí comía, era cansado, pesado y estresante, no era feliz haciendo eso, en ese tiempo casi siempre estaba de mal humor, pero el negocio cerró y pues ya ella no volvió a tener un trabajo remunerado sólo el trabajo de la casa...Ella tenía como 40 años cuando dejó de trabajar” (E1).

“Llevaba la nómina en una escuela, era muy buena para manejar dinero y siempre las cuentas le cuadraban perfecto, luego la corrieron de la noche a la mañana y le afectó, ya no volvió a trabajar desde entonces” (E2).

“Trabajó varios años como cocinera. Dejó de trabajar cuando una de sus hijas más chicas empezó a trabajar, y su hija era la que le ayudaba con sus gastos, todavía era muy joven, tenía como cuarenta y tantos” (E3).

“Nunca trabajó, se casó muy joven y se dedicó al hogar, pero eso es sólo un decir, porque siempre tuvo alguien que le ayudara con los quehaceres de la casa, así que en realidad ella nunca hizo nada” (E4).

Factores de riesgo:

Persona con deterioro/demencia	Antecedentes psiquiátricos	Hipertrigliceridemia	Procesos infecciosos	Hipertensión arterial	Anestesia general	Desnutrición	Consumo de pan	Alteraciones del sueño
P1		*			*			*
P2				*			*	
P3	*		*	*		*		*
P4							*	

Persona con deterioro/demencia	Primer caso en la familia	Problemas gastro intestinales	Sobrepeso	Abortos	Histerectomía	Exposición a químicos	Poca ingesta de agua	Experiencias traumáticas o duelos
P1	*	*	*	*	*	*	*	*
P2	*	*	*	*	*	*		*
P3	*	*	*	*	*	*	*	*
P4	*	*	*				*	*

Persona con deterioro/demencia	Vida sedentaria	Escasa vida social
P1	*	*
P2	*	*
P3		*
P4	*	*

Tabla 2. Factores de riesgo identificados por los familiares de las personas con demencia

Antecedentes familiares de demencia. Como se puede ver en la tabla 2, no se encontraron antecedentes de demencia en la historia médica familiar de las personas diagnosticadas con demencia que formaron parte de este estudio:

“Mi mamá es el primer caso en la familia, de hecho, mi abuela, la mamá de mi mamá murió a los 94 años y siempre estuvo muy lucida y tenía una memoria impresionante” (E1).

“Es lo más extraño, ninguno de sus hermanos o de sus papás manifestaron nada similar, pero murieron como a los 70 y tantos, no sé si hubieran vivido más años se les hubiera manifestado o no” (E2); “Antes de mi abuelita no hubo personas con demencia o Alzheimer en la familia, pero ahora también mi mamá, aunque no está confirmado un diagnóstico como tal, pero tiene muchas similitudes con lo que

"tuvo mi abuelita" (E3); "Es el primer caso en la familia y ahorita otro de mis hermanos ya empezó a estar igual que ella, también se le olvidan las cosas, repite lo mismo una y otra vez" (E4).

Antecedentes médicos. En general se refiere una salud general óptima en las personas con demencia antes del diagnóstico, sin embargo, sí presentaban varios factores de riesgo, aunque no manifestaran síntomas o problemas de salud crónicos o evidentes en la mayoría de los casos:

"Al parecer siempre fue sana, muy rara vez se enfermaba, nunca la vi estar en cama, sólo padecía de triglicéridos altos, pero nunca le mandaron medicina para eso, pero cada vez que se hacía estudios de sangre eso salía" (E1).

"Yo creo que siempre tuvo buena salud, bueno, antes la gente no acostumbraba a hacerse chequeos médicos como ahora, pero siempre la vi bien, nunca se quejó de nada, o tal vez como era una mujer de la vieja escuela, asumía toda la carga del quehacer, los hijos, sin quejarse nunca de sentirse mal o que le doliera algo" (E2).

"Siempre fue muy sana, no padeció de nada, era la más sana de todos, yo tengo diabetes, uno de mis hermanos ya se ha infartado, otra hermana también tiene varias enfermedades, pero ella siempre fue la que estuvo mejor que todos" (E4).

Procesos infecciosos: Sólo se encontró en una de las personas: "Padeció de infecciones respiratorias luego de un viaje que hizo con mi tía, tuvo una infección muy fuerte porque nevó, terminó hospitalizada cuando regresó... también tenía infecciones de vías urinarias muy recurrentes" (E3).

En cuanto a problemas gastrointestinales, se refirió: "Mi mamá siempre, desde que me acuerdo ha padecido de estreñimiento, gran parte de su vida se la pasó tomando laxantes y cuanta cosa para poder evacuar, y hasta la fecha hay que estarle dando porque si no pueden pasar días sin hacer del baño" (E1). También el E2 refirió problemas de estreñimiento en su mamá.

"Tenía gastritis, traía el vientre siempre muy inflamado, ella siempre tuvo pancita, pero era por la gastritis" (E3); *padeció mucho de diarreas"* (E4).

Por otro lado, los entrevistados 2 y 3 refirieron que sus familiares presentaban hipertensión arterial.

En cuanto al sobrepeso: “*Muchos años mi mamá tuvo sobrepeso, no se podía decir que era obesa, pero si estaba llenita, ya luego cuando empezó a hacer ejercicio bajó mucho de peso y se mantuvo, aunque dejó de hacer ejercicio ya no volvió a subir de peso*” (E1), también el E2 refiere que su mamá tenía sobre peso. “*Siempre tuvo sobrepeso desde niña hasta como los 15 años siempre fue gordita*” (E4).

Otros antecedentes médicos: “*...también tenía una hernia hiatal y artritis reumatoide*” (E3).

Anestesia general: “*Mi mamá ha tenido diversas cirugías que han implicado el uso de anestesia general, desde cesáreas, una histerectomía, le quitaron la vesícula, le quitaron un tumor benigno en un seno, la operaron de una rodilla*” (E1).

Antecedentes de histerectomía: “*Padeció de miomas, una vez tuvo una hemorragia muy fea y le quitaron la matriz de emergencia, ella tenía 53 años*” (E1), “*...le quitaron la matriz cuando tenía como 55 años*” (E2), “*A mi abuelita le quitaron la matriz, después del último hijo, tendría ella como 40-41 años... y a mi mamá se la quitaron como a los 34*” (E3).

Antecedentes de abortos: Las mamás de los entrevistados 1 y 2 tuvieron dos abortos, y la E3 refiere: “*Mi abuelita tuvo al menos un aborto, que se supiera... mi mamá tuvo 7 abortos*”.

Exposición a químicos: “*Mi mamá usaba productos químicos para la limpieza de la casa, pero eran muy fuertes, por ejemplo, recuerdo que usaba ácido muriático en los baños, y era un olor muy fuerte, no usaba ningún tipo de protección, si acaso se ponía a veces un paliacate en la nariz y boca, y luego echaba creolina en el patio para lavarlo porque teníamos perros, usaba sosa para lavar la estufa y la cocina*” (E1).

“*Sí, estuvo expuesta a químicos trabajando en su trabajo, una compañera de ella también empezó a tener problemas, ya no reconocía ni a su marido, pero no sé la verdad qué clase de químicos eran*” (E2), “*...usaba mucho químico en todos los*

productos para la limpieza, la verdad no sé qué eran, pero sí sé que usaba mucho de eso” (E3).

Desnutrición: “No tenía dentadura, la perdió por mala alimentación y descuido porque no tenía los medios para atenderse” (E3).

Mala higiene dental: “Mi mamá nunca tuvo una muy mala higiene dental,” (E1). Probablemente en el caso de la abuelita de la E3 también haya tenido malas prácticas de higiene dental que hayan contribuido a la pérdida de la dentadura.

Consumo de pan: “Comía mucho pan, su papá fue panadero” (E3). “Toda su vida hasta la fecha ha consumido muchísimo pan, puede estar comiendo pan todo el día, y también mucho consumo de lácteos, siempre ha tomado lecha bronca” (E4).

Alteraciones del sueño: “Por lo regular se dormía tarde y cuando mis hermanos salían peor, porque no se dormía hasta que llegaban, y eso sí siempre se levantaba muy temprano, yo creo que dormía menos de 8 horas, y roncaba, eso sí de hace como 15 años para acá empezó a roncar terrible” (E1).

La madre del entrevistado 2 aparentemente no presentó alteraciones del sueño, pero sí ronquidos.

“Casi toda su vida padeció de insomnio, dormía muy pocas horas, roncaba mucho” (E3).

Poca ingesta de agua: “Casi no tomaba agua, yo creo que sólo a la hora de la comida, aunque por muchos años en mi casa se tomaba refresco a la hora de la comida” (E1), “Tomaba muy poca agua, ella prefería el refresco” (E3). “Siempre ha tomado muy poca agua, es más casi no toma, puro refresco” (E4).

Experiencias de vida difíciles o traumáticas: Dentro de este tipo de experiencias resalta la vivencia de violencia física y/o psicológica y haber enfrentado diferentes pérdidas y duelos.

“Mi mamá siempre se lamentó de su infancia, ella al parecer recibía malos tratos de mi abuela, su papá era alcohólico y estaba prácticamente ausente. Las cosas no mejoraron cuando se casó, no fue feliz, decía que había salido de Guatemala para entrar a Guatepeor...Por años mi mamá se quejaba de su vida y

decía que le gustaría irse lejos y no volver, creo que de alguna manera lo logró con el Alzheimer” (E1).

“De niña tuvo una buena vida, pero cuando se iba a casar, mi papá se arrepintió y la dejó, al final regresó un tiempo después, pero quién sabe eso cómo le haya afectado, y luego le realizaron uno o dos abortos, sin su consentimiento, mi abuelita la llevó con engaños... A veces pienso que mi mamá, aunque sé que no es realmente así, pero he pensado que mi mamá de alguna manera desarrolló esto para olvidar experiencias dolorosas, yo me imagino que por lo que vivió, lo que sufrió” (E2).

“De joven mi abuela llevó una vida difícil, vivía en extrema pobreza, mi abuela tenía que trabajar todo el tiempo para poder mantener a sus 10 hijos... Llevó una vida muy estresante, vivió maltrato desde niña y se agudizó de casada y continuó aún separada. Mi abuelo la golpeaba todo el tiempo, y la experiencia más fuerte que derivó en la separación fue que él le dio un cuchillazo en la mano... Ella decía que su vida había sido muy difícil, eran experiencias que ella quería olvidar, eran cosas que quería omitir de su vida o hacer como que nunca pasó porque le dolía mucho” (E3).

Experiencias de duelo: “Tuvo 6 hijos, hace 23 años murió el mayor en un accidente, mi mamá debía tener 49, fue un golpe muy duro para todos, pero seguramente más para ella, ahí la vi envejecer de golpe, también como 3 ó 4 años después de eso se murió una amiga suya y hace 3 años su mamá, y aunque nunca se llevó bien con ella, creo que si le afectó mucho esa pérdida... “También decían, cuando la diagnosticaron con depresión, que era porque mi hermana, la mayor se casó y se fue a vivir a Estados Unidos, y yo me casé hace 10 años y me fui a vivir a Querétaro, éramos las más allegadas a ella, tal vez por ser mujeres, pero éramos las que más estábamos con ella, y sí creo que eso le afectó mucho” (E1).

“... el duelo de mi papá que se murió joven y sorpresivamente, eso fue en el 99, mi mamá tenía como 48 años, yo me casé en el 2008 y me fui de la casa y eso también fue un duelo para ella” (E2).

“...sufrió por el duelo de su mamá, fue muy doloroso para ella, y el alejamiento de sus hermanos desde que murió su mamá, también los perdió a ellos” (E3) “Tiene

un pasaje de su vida muy doloroso, desde ahí se hizo más hermética todavía, más triste, pero es algo de lo que no habla, y si fue algo que le dolió mucho...la muerte de su esposo hace como 12 años, pero nunca ha expresado lo que siente, todo se lo guardaba.” (E4).

Vida sedentaria: “*Cuando mi mamá dejó de ir a hacer ejercicio, no tenía mucha actividad física, ella decía que con los quehaceres de la casa era suficiente” (E1), “...llevaba una vida sedentaria, no hacía ejercicio más que los quehaceres (E2).*

“Ha tenido vida sedentaria toda su vida, siempre fue muy floja, nunca le gustó hacer nada, ni ejercicio, ni deportes, ni los quehaceres de la casa, ni cocinar, ni leer, ni escribir, nada que implicara cualquier clase de esfuerzo, podía estar horas acostada viendo la televisión, y eso era lo único que hacía todo el día” (E4).

Escasa vida social: “*Ni tiempo tenía de socializar, con tantos hijos, un marido que atender, tantos quehaceres, un tiempo fue a clases de zumba, ahí medio socializaba con otras señoras, pero de un día para otro lo dejó” (E1).*

“Cuando dejó de trabajar a veces asistía a reuniones de Alanon y medio socializaba con otras mujeres, pero no veía que tuviera su mente activa... Siempre iba a visitar a mi abuelita y a mis tíos, sólo tenía un par de amigas, pero no tenía una convivencia frecuente con ellas” (E2).

“Tenía una vida social muy limitada, en su juventud convivía con gente cuando trabajaba, pero ya de mayor no, durante los últimos 10 años de su vida no convivía con nadie, vivía sola, rara vez iban a verla, yo un tiempo viví en Acapulco y por eso tampoco casi la veía. Mi abuelita siempre estaba sola, y cuando ibas y te tenías que regresar ella se quedaba llorando porque no quería quedarse sola” (E3).

“De soltera era muy sociable, tenía muchas amigas, pero desde que se casó, a los 20 años, ya no tuvo vida social... Para mí, la causa del deterioro es su soledad, siempre ha estado sola, antes su vida social era su familia, porque no salía, no convivía con nadie, se murió su esposo y uno de sus hijos se hizo cargo de ella, otro ya se había casado y se había ido a vivir a Morelia, luego se casa otro de sus hijos y luego el que se hacía cargo de ella y con el que estaba muy apegado, y se va a vivir a Chihuahua y pues ya casi no vienen más que en las fiestas de fin de año, y ella está sola” (E4).

Primeros síntomas percibidos: Se encuentra en la mayoría de los casos, que los primeros síntomas se manifestaron por lo menos una o dos décadas antes de llegar al diagnóstico, aunque no fueran vistos como señales de alerta en su momento. A continuación, se describen las impresiones de los familiares, marcadas en la tabla 3:

Persona con deterioro /demencia	Mezclar palabras	Olvidos cotidianos	Dejar de hacer actividades	Repetición de temas	Olvidar situaciones recientes	Hablar de situaciones de hace varios años	Irritabilidad	Desorientación Y confusión	Dificultad para seguir una conversación
P1	+	+	+	+		+	+	+	+
P2		*		*	*	*	*	*	*
P3		*				*	*	*	
P4	*	*	*			*	*	*	*

Tabla 3. Indicadores de deterioro cognitivo percibidos por los familiares

“Desde hace muchísimos años empezamos a notar cosas, pero en ese momento no le dimos importancia, no nos preocupaba, incluso podría decir que hasta nos daba risa. Es hasta ahora que lo vemos en retrospectiva y nos damos cuenta de que seguramente esos ya eran indicios de que algo estaba mal. Lo que más le pasaba era que mezclaba palabras o dijera una cosa por otra. También tenía leves olvidos, como los típicos de no saber dónde había dejado las llaves o el monedero, o para qué había entrado a tal parte de la casa, o cuando iba al mercado, tenía que regresar 2 o hasta 3 veces porque siempre se le olvidaba algo de lo que iba a comprar. Y luego conforme pasó el tiempo los olvidos eran mayores, ya no sólo eran las llaves o el monedero sino cualquier otra cosa, también al leer mezclaba palabras, luego no quería ver películas porque decía que no les entendía, o cuando dejó de usar el celular de un día para otro y dijo que no sabía cómo usarlo; siempre contaba las mismas anécdotas, parecía que no tenía más tema de conversación, o a veces ya ni siquiera participaba en las pláticas, se quedaba callada, como que no lograba integrarse, o tal vez no entendía ni siquiera de qué se trataba” (E1).

“Repetía las cosas cuando hablaba, repetía un tema una y otra vez, incluso nos reclamaba a mi esposa y a mí que no la hubiéramos invitado a nuestra boda, nos daba risa, le decíamos cómo crees que no te vamos a invitar, claro que fuiste... antes hablaba de mi papá todo el tiempo, ahora ya no, ahora habla mucho de su infancia, pero no sale de ahí...una vez dejó el coche encendido desde la mañana

hasta la tarde, se le olvidó apagarlo, no sé si eso ya era una señal de que tenía problemas de memoria” (E2).

“Mi mamá empezó a notar que se le iba el avión, pero pensaba que era normal por la edad, pero ya más marcado fue cuando mi abuelita se empezó a volver violenta, porque antes no era así, le gustaba que fueras a verla, y después ya no, ya te corría, te sacaba a empujones de su casa o te daba puñetazos, y empezaba a pelear mucho con mi tío, el más chico que es el que vivió siempre con ella” (E3).

Algo similar reporta la entrevistada 1 respecto a las peleas de su mamá con su hermano, el cuidador primario: “*cuando sólo se quedaron en la casa mis papás y mi hermano menor, mi mamá empezó a tener muchos conflictos con ellos, siempre estaba malhumorada, mi mamá peleaba todo el tiempo con ellos, era un ambiente muy estresante, mi mamá buscaba pleito por todo, pero especialmente con mi hermano*” (E1).

“Mi mamá empezó con síntomas ya muy evidentes desde hace como 8 años o más, estamos hablando ya de olvidos más acentuados, se irrita muy fácilmente, principalmente ahorita, tiene crisis de ausencia de repente, de qué no sabe ni donde está, se le pierde el dinero fácilmente, no sabe dónde lo dejó o qué hizo con él, cosas así...los síntomas más leves fueron hace muchos años, ella debió de haber tenido como 50 años, o sea hace más de 20 años, empezó con algunos olvidos como dónde dejaba las cosas, a veces decía aquí voy a guardar esto para que no se me olvide y luego ya no se acordaba donde lo había dejado” (E3).

Respecto a los síntomas que fueron una clara señal de alerta de que su familiar estaba presentando un problema de salud mental, se refiere:

“Ya bien nos empezó a preocupar hace unos 5 años, aunque quizá hace 10 años ya veíamos algunos cambios importantes en ella, pero nunca lo vimos como un problema cognitivo. Dejó de ir a sus clases de zumba, empezó a ser muy monótona en sus actividades, por ejemplo, hacía de comer siempre lo mismo, dejó de hacer los quehaceres de la casa. Pensábamos que tal vez sólo estaba cansada de hacerlo por tantos años. Se negaba a hacer cosas que antes hacía como ir a hacer un trámite o preparar un determinado platillo, ella decía que no sabía cómo, cuando era algo que había hecho por años, pero pensábamos que era un problema

de actitud. Llegó el momento en que ya no sabía ni qué día era, en qué año estamos, ya no sabía su dirección, ni siquiera en qué planeta vivimos, literal” (E1).

“Creo que fue en el 2013 cuando la empezamos a llevar con el geriatra y el neurólogo porque ahí si veíamos que se le iba más el avión, estaba como más desorientada y nos dijeron que sí tenía un daño moderado en su cabeza” (E2).

“Mi abuelita ya no reconocía a mi mamá, o se desorientaba porque a veces mi mamá se la llevaba al mercado y ya no sabía ni donde estaba, entonces fue cuando mi mama empezó a buscar ayuda” (E3).

“Hace 3 o 4 años empezamos a ver que olvidaba mucho las cosas a corto plazo, le pedíamos que hiciera algo y no lo hacía o no comprendía qué es lo que tenía que hacer, empezó a tener dificultad para seguir una conversación, no hilaba las palabras o no entiende de lo que estamos hablando, o solo dice sí, no, pero no aporta más a la plática, vamos a un restaurante y dice que no quiere nada, que ya comió, pero luego se enoja porque el mesero a ella no le trae nada. También vemos que a veces dice una palabra por otra o las mezcla. Pero sobre todo lo que más hemos visto es que es más irritable, está más enojada, de repente contestaba feo, me decía -cállate, qué te importa, eres una ladrona, me robas mi dinero, eres una víbora-. Otra cosa que todo el tiempo pasaba es que a cada rato se le quemaba la comida, o iba 2-3 veces a la carnicería a comprar el mandado y el señor me decía, ya vino su hermana y me compro tres veces lo mismo, o le pedía fiado y cuando él le cobraba ella se enojaba y decía que ya le había pagado o que ni siquiera le había pedido nada, luego se gastaba su dinero y ya no sabía ni en qué, ella pensaba que seguía teniendo dinero, pero no, ya se lo había gastado” (E4).

Proceso para llegar al diagnóstico: Respecto al tiempo que pasó desde los primeros síntomas percibidos por los familiares y recibir el diagnóstico de demencia, se encuentra que pasó más de una década para confirmar la sospecha de demencia:

“Desde hace como 10 años la llevamos con una neuropsicóloga para que la valorara y dijo que estaba bien, le empezamos a imprimir cuadernos bajados de internet de estimulación cognitiva y veíamos que los respondía bien, así que confiamos que todo estaba bien, pero si veíamos con el tiempo que el asunto

empeoraba, la llevamos tiempo después a otra valoración psicológica y también dijeron que había salido bien, nos dijeron que más bien estaba deprimida porque estaba teniendo la experiencia del nido vacío, la mandaron con psiquiatra y la medicaron por depresión. Pero hace como 5 años ya era evidente que sí había un problema, los olvidos eran cada vez mayores, la incoherencia en lo que decía, a veces afirmaba situaciones que nunca habían ocurrido, estaba malhumorada constantemente, ya no recordaba su dirección, así que otra vez la llevamos a que la vieran, con una neuróloga que le mandó a hacer un electroencefalograma y una resonancia magnética o tomografía, no me acuerdo, y ella dijo que se veía que había tenido algunos micro infartos y se veía un cerebro envejecido que no correspondía a la edad de mi mamá, pero que ella consideraba que más que algo cognitivo era depresión y la volvió a mandar a psiquiatría. Entonces llevamos los estudios con otros dos neurólogos, uno en cuanto los vio dijo así de golpe “esto es Alzheimer”, y fue como un balde de agua fría, pero el otro dijo lo mismo que la otra doctora, que él sólo veía un cerebro envejecido pero que no se veía que fuera Alzheimer, y claro, para nosotros fue mejor pensar que si dos coincidían que no era Alzheimer pues entonces estaban en lo cierto. Pero empezamos a ver cosas que definitivamente no eran normales, a veces abría la llave del agua para llenar algo y la dejaba abierta o dejaba prendida la estufa, o se salía de bañar y dejaba las llaves de la regadera abiertas. Al ver que la cosa empeoraba la llevamos otra vez con otra neuropsicóloga, y ella nos dio el diagnóstico de Alzheimer. Desde los primeros probables síntomas, al diagnóstico pasaron como 20 años, pero desde que los síntomas ya eran más evidentes tardamos unos 5 años, en ese tiempo fue valorada por una neuropsicóloga, una psicóloga, tres neurólogos” (E1).

“Desde el 2011 que fue cuando nos empezamos a preocupar por sus olvidos, hasta el 2013 la llevamos a consulta, pero fue hasta este año que ya nos dijeron que era Alzheimer... Trastorno neurocognitivo moderado de etiología mixta, Alzheimer vascular” (E2).

“La llevamos con su médico de toda la vida, y ya después la llevamos al Fray y ahí la diagnosticaron con demencia senil tipo Alzheimer” (E3).

“Desde hace como 4 años, que fue cuando ya no nos pareció normal sus olvidos y cosas que hacía. Al principio pensábamos que lo hacía a propósito, que como siempre ha sido floja y nunca le ha gustado hacer nada, por eso no hacía las cosas que se le pedían, para que ya no se lo volviéramos a pedir” (E4).

“La llevamos primero con una psicóloga, pero no aguantó ni la primera cita, dijo que no tenía por qué hablar con una extraña sobre su vida. Luego la llevamos con el neurólogo, le hizo estudios de la cabeza y en uno de ellos salió que su cerebro se estaba achicando y que le habían dado micro infartos” (E4).

Como se puede ver han sido diferentes especialistas los que han realizado el diagnóstico: Neuropsicóloga (E1), geriatra (E2), psiquiatra (E3) y neurólogo (E4).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La mayoría de las personas con deterioro cognitivo referidas en este estudio tienen diagnóstico de Alzheimer, con alrededor de 70 años, lo que coincide con lo expuesto por Bermejo (2016) respecto a la alta prevalencia de demencias en la población mayor de 60 años siendo la forma más frecuente el Alzheimer.

Las personas de este estudio tuvieron un bajo nivel de estudios, con una vida laboral coartada a una edad temprana, luego de lo cual tuvieron una vida poco estimulante cognitiva y socialmente, lo que puede provocar una baja reserva cognitiva, como señalan Valls (et.al., 2010).

Aunque, también al analizar el tiempo de vida laboral se encuentra que en la persona que trabajó durante más años (P3), los síntomas se manifestaron más tarde, por lo que tal vez la actividad laboral es un factor protector, en tanto favorece la activación mental y la vida social.

Factores de riesgo: Dentro de los no modificables, en todas las entrevistas se trató del primer caso de Alzheimer o demencia en la familia, por lo que podría considerarse que no hay componente genético, sin embargo, en dos de las entrevistas se encuentra la posibilidad de que familiares directos la desarrollen pues empiezan a manifestar síntomas.

En cuanto a los factores modificables se encontraron el sobrepeso, problemas gastrointestinales como estreñimiento crónico, diarreas y gastritis, exposición a

químicos, incluso los que se utilizan para hacer la limpieza del hogar, poca ingesta de agua que conlleva a deshidratación, y escasa vida social.

La mayoría de los casos presentados coinciden en haber tenido abortos y haber sido sometidas a una histerectomía.

Algo que resalta, de las explicaciones que los familiares se dan acerca del desarrollo del Alzheimer, son los aparentes deseos de olvidar las experiencias difíciles de sus vidas, en las personas diagnosticadas.

Dentro de esas experiencias de vida difíciles se encuentran las carencias económicas, pero sobre todo la historia de violencia física y/o psicológica vivida desde una edad temprana, y las experiencias de duelo.

Por otro lado, resulta interesante profundizar en el papel de altos niveles de cortisol en el deterioro cognitivo, pues en la mayoría de las personas con Alzheimer de este estudio tuvieron experiencias de vida muy estresantes en el entorno familiar o en el trabajo.

Indicadores de deterioro cognitivo: En la mayoría de los casos, los primeros síntomas se manifestaron por lo menos una o dos décadas antes de llegar al diagnóstico, aunque no fueran vistos como señales de alerta en su momento, incluso eran vistos con gracia por parte de los familiares, pues empezaron siendo muy sutiles dentro del funcionamiento diario, que se minimizan o normalizan pensando que la persona está estresada, distraída, cansada o es propio de la edad.

Lo que se encontró en este estudio es que las primeras manifestaciones de deterioro cognitivo pueden iniciar hasta 20 años antes del diagnóstico, habiendo cambios mínimos los primeros 10 años, luego empiezan a hacerse más evidentes y empeorar en 5 años más cuando el declive es más acelerado. Lo que coincide con lo señalado por Jiménez y Criales (2016) respecto a que entre la fase preclínica y la fase de severidad pasan 10 años aproximadamente.

Cuando los síntomas se acentúan y empieza a ser innegable el deterioro cognitivo, uno de los síntomas más presentes fue la irritabilidad, los cambios de carácter y conducta de la persona.

Diagnóstico: El proceso para llegar al diagnóstico es demorado, los especialistas tampoco logran reconocer los primeros síntomas como parte de un

deterioro cognitivo, y pueden emitir un diagnóstico distinto, como depresión, o bien, quizá la depresión puede ser la antesala de la demencia.

Fueron distintos los profesionales de la salud que establecieron el diagnóstico, neuropsicóloga, geriatra, psiquiatra y neurólogo. Por lo que resulta necesario unificar criterios y contar con una ruta diagnóstica clara, y por supuesto contar con instrumentos neuropsicológicos con alta sensibilidad para la detección temprana.

Para ello, los distintos profesionales de la salud, además de apoyarse de los criterios establecidos en los manuales de diagnóstico, también deberían conceder importancia al declive cognitivo percibido por el propio individuo o un informante, ya que no siempre se llegará a una valoración más formal en las primeras fases de la enfermedad, o como reportaron algunos de los participantes de este estudio, aunque se realicen pruebas neuropsicológicas es probable que arrojen puntajes dentro de la norma, mientras que en la vida cotidiana de las personas es en donde el deterioro se empieza a hacer evidente. Por lo tanto, sería importante generar instrumentos de evaluación que se enfoquen más a las actividades de la vida diaria que al rendimiento de un test aplicado en el consultorio.

Los hallazgos de este estudio también resaltan que, por un lado, la desinformación de la familia o quizás el proceso de negación que es parte normal de su duelo, más la falta de sensibilidad diagnóstica de los métodos para evaluar la presencia de una demencia tipo Alzheimer, hace que se llegue a un diagnóstico tardío, cuando el deterioro cognitivo ya está muy avanzado.

Quizá no es que el tratamiento sea poco efectivo, sino que se administra tarde. Esto resalta la urgencia de que los distintos profesionales de la salud sepan identificar las señales de alerta y no minimizarlas o normalizarlas, sino darle la atención y el seguimiento correspondiente.

Así como en la infancia se le da mucha importancia al seguimiento médico y el desarrollo de los niños, sería de gran ayuda también dar seguimiento, no sólo a la salud física, sino mental de los adultos mayores, con mayor énfasis en los que tengan algún antecedente o factor de riesgo para el desarrollo de algún tipo de demencia.

También es importante brindar psicoeducación a la población en general, así familias y profesionales de la salud podrían estar más alertas a los primeros síntomas y más sensibilizados para reconocerlos como tales.

Por otro lado, es necesario resaltar la necesidad del trabajo interdisciplinario, que permita derivar a los adultos mayores con el especialista correspondiente para valorar, confirmar, descartar y atender cualquier patología física o mental detectada.

El papel de la familia es primordial tanto en la detección como en la intervención y el cuidado posterior de la persona con demencia. La familia juega el papel principal en la atención de la persona que padece demencia. Sin embargo, el foco de atención no debe estar puesto solamente en la persona diagnosticada con demencia sino incluir al integrante de la familia que asume el rol del cuidador principal y brindarle la atención necesaria para prevenir o abordar el síndrome del cuidador.

Si bien se espera que la familia sea la principal red de apoyo para la persona con demencia, la familia a su vez debe contar con otras redes de apoyo que la sostenga.

Se considera importante incluir programas de atención a los cuidadores en los servicios de salud que ofrecen las instituciones públicas.

CONCLUSIONES

El deterioro cognitivo es un problema de salud pública en México que se necesita seguir investigando para un mayor conocimiento de los factores de riesgo y los indicadores tempranos, para poder prevenir, diagnosticar y tratar la demencia de manera efectiva.

La identificación temprana de los indicadores de deterioro cognitivo en los adultos mayores puede ser una herramienta útil para prevenir o retrasar la aparición de la demencia en esta población y esta identificación puede hacerse en el medio familiar, al ser los integrantes de la familia los que perciban cambios sutiles en el comportamiento y las funciones mentales del adulto afectado.

De acuerdo con los resultados de este estudio se puede concluir que los indicadores tempranos de deterioro cognitivo percibidos por los familiares de

personas diagnosticadas con demencia pueden variar según la etapa y tipo de relación que tienen con la persona. Sin embargo, algunos de los indicadores más comunes son la pérdida de memoria reciente, dificultades para realizar tareas cotidianas, cambios en el estado de ánimo y personalidad, dificultades en el habla y la comunicación, y la desorientación en tiempo y lugar.

La detección temprana de estos indicadores es de suma importancia para un diagnóstico oportuno y un tratamiento efectivo de la demencia. También puede permitir a las familias y cuidadores prepararse para los cambios que vendrán y brindar un mejor cuidado y apoyo a la persona afectada.

Retomando las preguntas de investigación que guiaron la presente tesis, se puede decir que esta investigación identificó como posibles factores de riesgo asociados con el deterioro cognitivo en los adultos mayores el sobrepeso, problemas gastrointestinales, exposición a químicos incluso para realizar las labores del hogar, poca ingesta de agua, vida sedentaria, falta de actividad social. Pero es necesario aclarar que no se podría adjudicar el desarrollo del deterioro cognitivo a alguno de estos factores, sino probablemente a la suma de ellos.

De todos los factores de riesgo identificados, algunas llaman más la atención por no ser mencionados en la literatura consultada para esta investigación, como los antecedentes de histerectomía, abortos, y sobre todo las experiencias de vida difíciles, traumáticas y las pérdidas, que pueden ser un tema relevante para profundizar en otras investigaciones.

Respecto a los indicadores tempranos de deterioro cognitivo percibidos por los familiares de las personas diagnosticadas con demencia, este estudio apuntó hacia alteraciones en el lenguaje como olvido, sustitución o mezcla de palabras al hablar o leer, olvidos aparentemente comunes y cotidianos, repetición de temas en las conversaciones, cambios en el estado de ánimo, como irritabilidad y malhumor, dejar de hacer actividades cotidianas, empezar a realizar actividades de manera monótona y limitada, rehusarse a hacer actividades que parecen un reto cognitivo, desorientación y hablar de eventos pasados de la infancia dejando de lado anécdotas más recientes.

Destaca como estos indicadores fueron normalizados en todos los casos, considerando que era parte de la edad, del estrés o de la saturación de pensamientos en las personas con el deterioro cognitivo, lo que retrasa la detección temprana, porque se consideran normales e incluso generan risa.

Por último, a partir del reconocimiento de los factores de riesgo y los indicadores tempranos del desarrollo de demencia, se pueden emprender acciones de prevención primaria como:

1. Mantener una vida activa y saludable, llevando una dieta equilibrada, hacer ejercicio físico regular, controlar los factores de riesgo médicos.

2. Mantener una vida social activa, manteniendo relaciones sociales, realizar actividades que estimulen las funciones mentales, aprender nuevas habilidades y participar en actividades grupales.

3. Realizar evaluaciones periódicas de la salud cognitiva para detectar cualquier cambio temprano en la función cognitiva y poder intervenir tempranamente. Así como se le concede gran importancia al seguimiento del desarrollo en los primeros años de vida, debería concederse la misma importancia al seguimiento médico/neurológico en la adultez mayor, considerando la alta incidencia de deterioro cognitivo en esta etapa, aplicando pruebas de screening y de ser necesario derivar a las personas a una valoración más completa.

4. Psicoeducación, ya que es importante informar a la población acerca de los factores de riesgo y los indicadores tempranos del desarrollo de la demencia para fomentar una mayor conciencia que permita adoptar estilos de vida saludables.

5. Intervenciones tempranas: En el caso de que se detecten indicadores tempranos de demencia, es importante proporcionar intervenciones tempranas para retrasar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de la persona afectada.

Para finalizar, lo encontrado en esta investigación plantea nuevas interrogantes, que podrían ser retomadas en estudios posteriores, como:

- Investigar el papel del cortisol en el desarrollo de Alzheimer.
- Investigar la relación que existe entre las experiencias de vida emocionalmente difíciles o traumáticas en el Alzheimer.

-Investigar la relación entre la histerectomía y el desarrollo de Alzheimer en las mujeres.

-Investigar la relación entre tener varios abortos y el desarrollo de Alzheimer en las mujeres.

Referencias Bibliográficas

- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López, J., Manzano, S., & Olazarán, J. (2017). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor: *Documento de consenso. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.* <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
- Bermejo-Pareja, F., Llamas-Velasco, S., & Villarejo-Galende, A. (2016). Prevención de la enfermedad de Alzheimer: Un camino a seguir. *Revista Clínica Española*, 216(9), 495–503. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256516300832>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Edamsa.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas Adultas Mayores (Comunicado de prensa 547/21). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMA_Y2022.pdf
- Jiménez, D., & Criales, J. (2016). ¿Un camino sin señal? Alzheimer la enfermedad del siglo, hallazgos por imagen en PET-CT. *Revista Colombiana de Radiología*, 27(1), 3940–3942. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-987560>
- López, J. (2021). Reserva cognitiva y deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1(8). <https://cienciauanl.uanl.mx/ojs/index.php/revista/article/view/226/>
- Martínez, M. (2004). Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Trillas.
- Moreno, C., Mimenza, A., Aguilar, S., Alvarado, P., Gutiérrez, L., Juárez, S., & Ávila, J. (2015). Factores asociados a la demencia mixta en comparación con demencia tipo Alzheimer en adultos mayores mexicanos. *Neurología*, 32(5), 309–315. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-factores-asociados-demencia-mixta-comparacion-S0213485316000189>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>

Patton, M. Q. (1990). Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.). Sage.

Valls-Pedret, C., Molinuevo, J. L., & Rami, L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: Fase prodrómica y preclínica. *Revista de Neurología*, 51(8), 471–480.

<https://www.imrpress.com/journal/RN/51/8/10.33588/rn.5108.2010501>