

Escuela de Posgrado

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

Trabajo Académico

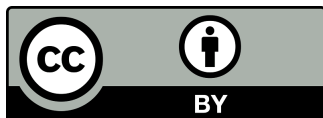
**Plan de acción para la prevención o disminución del
riesgo del alzheimer en adultos mayores de una red
integral de salud en Lima en base a determinantes
sociales identificados, 2025**

Maria Dayan Avellaneda Lopez
Clorinda Elita Andrea Yaya Garcia
Jonathan Adrian Zegarra Valdivia

Para optar el Título de
Segunda Especialidad Profesional en Salud Pública

Lima, 2025

Repositorio Institucional Continental
Trabajo Académico



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD **DEL TRABAJO ACADÉMICO**

A : Mg. Jaime Sobrados Tapia
Director Académico de la Escuela de Posgrado

DE : **Dr. Hernán Hugo Matta Solís**
Asesor del trabajo académico

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad del trabajo académico

FECHA : 21 de julio del 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado Asesor del trabajo académico titulado **“PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN O DISMINUCIÓN DEL RIESGO DEL ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES DE UNA RED INTEGRAL DE SALUD EN LIMA EN BASE A DETERMINANTES SOCIALES IDENTIFICADOS, 2025”**, perteneciente a **Bach. Avellaneda Lopez Maria Dayan, Bach. Yaya Garcia Clorinda Elita Andrea y Bach. Zegarra Valdivia Jonathan Adrián**, de la **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA**; se procedió con el análisis del documento mediante la herramienta “Turnitin” y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software, cuyo resultado es **4%** de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados con plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- | | | |
|--|--|--|
| • Filtro de exclusión de bibliografía | SÍ ☒ | NO ☐ |
| • Filtro de exclusión de grupos de palabras menores
(Máximo nº de palabras excluidas: < 40) | SÍ ☒ | NO ☐ |
| • Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante | SÍ ☐ | NO ☒ |

En consecuencia, se determina que el trabajo académico constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo académico sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

Humana

Dr. Hernán Hugo Matta Solís
DNI: 10689893

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, AVELLANEDA LOPEZ MARIA DAYAN, identificada con Documento Nacional de Identidad N° 46087997, egresada de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN O DISMINUCIÓN DEL RIESGO DEL ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES DE UNA RED INTEGRAL DE SALUD EN LIMA EN BASE A DETERMINANTES SOCIALES IDENTIFICADOS, 2025", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 22 de Agosto de 2025.



AVELLANEDA LOPEZ MARIA DAYAN
DNI. N° 46087997

Huella

Arequipa
Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo
Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco
Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Col
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima
Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

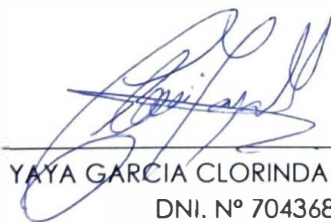
DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, YAYA GARCIA CLORINDA ELITA ANDREA, identificada con Documento Nacional de Identidad N° 70436876, egresada de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN O DISMINUCIÓN DEL RIESGO DEL ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES DE UNA RED INTEGRAL DE SALUD EN LIMA EN BASE A DETERMINANTES SOCIALES IDENTIFICADOS, 2025", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 22 de Agosto de 2025.



YAYA GARCIA CLORINDA ELITA ANDREA
DNI. N° 70436876



Huella

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N°7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendiolá 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, ZEGARRA VALDIVIA JONATHAN ADRIAN, identificado con Documento Nacional de Identidad N° 46801614, egresado de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN O DISMINUCIÓN DEL RIESGO DEL ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES DE UNA RED INTEGRAL DE SALUD EN LIMA EN BASE A DETERMINANTES SOCIALES IDENTIFICADOS, 2025", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 22 de Agosto de 2025.


ZEGARRA VALDIVIA JONATHAN ADRIAN
DNI. N° 46801614

Huella

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

Trabajo académico final Avellaneda/ Yaya / Zegarra

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Continental

Trabajo del estudiante

3%

2

repositorio.continental.edu.pe

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Excluir bibliografía

Apagado

Activo

Excluir coincidencias

< 40 words

Asesor

Dr. Hernán Hugo Matta Solís

Agradecimiento

Agradecemos a nuestros familiares que nos apoyaron y motivaron durante el proceso de desarrollo profesional en esta segunda especialidad y a nuestros docentes, por sus valiosos aportes a lo largo del desarrollo de la especialidad.

Índice

Asesor	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Tablas	vi
Índice de Anexos	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	x
Capítulo I: Identificación del problema	12
1.1. Contextualización del problema	12
1.1.1. Entorno general	12
1.1.2. Condiciones específicas	15
1.2. Identificación del problema	17
1.2.1. Definición del problema principal	17
1.2.2. Causas del problema	18
1.2.3. Evidencias del problema	19
1.3. Formulación del problema	20
1.3.1. Problema general	20
1.3.2. Problemas específicos	20
1.4. Determinación de objetivos	20
1.4.1. Objetivo general	20
1.4.2. Objetivos específicos	20
1.5. Justificación e importancia del problema identificado	21
Capítulo II: Marco teórico	25
2.1. Antecedentes del problema	25
2.2. Fundamentación teórica	28
Capítulo III: Diagnóstico del problema	31
3.1. Propósito del diagnóstico	31
3.2. Metodología	31
3.2.1. Tipo de diagnóstico	31
3.2.2. Actores involucrados	32
3.2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34

3.2.4. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico	35
3.2.5. Evaluación de adultos mayores	36
3.3 Brechas identificadas:	39
3.4 Conclusiones del diagnóstico	39
Capítulo IV: Plan de Acción	42
4.1. Objetivo del Plan de acción	42
4.2. Actividades Específicas	42
4.3 Cronograma	46
4.4. Riesgos y medidas de mitigación	48
4.5. Resultados esperados	49
4.6. Monitoreo y seguimiento	50
Conclusiones	51
Recomendaciones	52
Referencias	53
Anexos	60
Anexo 1 : Informativo del proyecto de investigación:	62
Anexo 2: Consentimiento informado para el proyecto de investigación	64
Anexo 3 : Protocolo de evaluación	65
Anexo 4 : Cuestionario sobre la salud del paciente – 9 PHQ – 9	68
Anexo 5 : Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)	69
Anexo 6: Ineco Frontal Screening (IFS)	72
Anexo 7: Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER (FAQ)	74

Índice de Tablas

Tabla 1 Lista de actores involucrados.....	32
Tabla 2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	34
Tabla 3 Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico.....	35
Tabla 4 Instrumentos para la evaluación de adultos mayores	37
Tabla 5 Actividades específicas.....	43
Tabla 6 Cronograma de ejecución	46
Tabla 7 Riesgos y medidas de mitigación.....	48
Tabla 8 Monitoreo y seguimiento	50

Índice de Anexos

Anexo 1 Informativo del proyecto de investigación:.....	62
Anexo 2 Consentimiento informado para el proyecto de investigación	64
Anexo 3 Protocolo de evaluación	65
Anexo 4 Cuestionario sobre la salud del paciente – 9 PHQ – 9	68
Anexo 5 Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)	69
Anexo 6 Ineco Frontal Screening (IFS)	72
Anexo 7 Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER (FAQ)	74

Resumen

El envejecimiento poblacional en Perú incrementa las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, siendo un 80% de casos con demencia en adultos mayores. Este proyecto propone un plan de acción integral orientado a prevenir o reducir los factores de riesgo para el Alzheimer el grupo etario de adultos mayores correspondientes a una Red Integral de Salud (RIS) en Lima, considerando los determinantes sociales identificados de pobreza, baja escolaridad, aislamiento social y estilos de vida poco saludables. Se emplea un diagnóstico mixto descriptivo-analítico, combinando encuestas, entrevistas, grupos focales y análisis documental logrando verificar los elementos del riesgo, así como las brechas de atención preventiva. Aquellos resultados preliminares evidencian conocimiento limitado del Alzheimer, falta de entrenamiento a los profesionales de salud y escasa participación comunitaria en actividades de prevención. El plan de acción sensibilizará y capacita mediante el modelo FINGER, con talleres físicos y cognitivos, sesiones de consejería y monitoreo continuo. Se espera que el 80% de participantes aumenten sus conocimientos relacionados a los factores de riesgo, el 70% participe en actividades preventivas, implementando programas de prevención cognitiva en los establecimientos. El proyecto también busca impactar en criterios modificables, así como en la detección temprana de deterioro cognitivo, sino también fortalecer la capacidad comunitaria y la articulación intersectorial. Finalmente, se prevé que la experiencia sirva como modelo replicable en otras regiones del país, contribuyendo para el Desarrollo Sostenible relacionados al proceso de salud, situación sobre el estado de bienestar, así como la reducción de las diferencias o desigualdades en los adultos mayores.

Palabras clave: Alzheimer, Salud del Anciano, Demencia, Determinantes sociales, Prevención, Salud pública, Implementación de plan de salud (Fuente: DeCS).

Abstract

The aging population in Peru increases neurodegenerative diseases such as Alzheimer's, with 80% of dementia cases in older adults. This project proposes a comprehensive action plan aimed at preventing or reducing the risk factors for Alzheimer's in the older adult age group corresponding to a Comprehensive Health Network (RIS) in Lima, considering the identified social determinants of poverty, low education, social isolation, and unhealthy lifestyles. A mixed descriptive-analytical diagnosis is employed, combining surveys, interviews, focus groups, and documentary analysis to verify the risk elements as well as the gaps in preventive care. Preliminary results evidence limited knowledge of Alzheimer's disease, a lack of training for health professionals, and low community participation in prevention activities. The action plan will raise awareness and provide training through the FINGER model, with physical and cognitive workshops, counseling sessions, and continuous monitoring. It is expected that 80% of participants will increase their knowledge related to risk factors, 70% will participate in preventive activities, implementing cognitive prevention programs in establishments. The project also aims to impact modifiable criteria, as well as early detection of cognitive decline, but also to strengthen community capacity and intersectoral coordination. Finally, it is expected that the experience will serve as a replicable model in other regions of the country, contributing to Sustainable Development related to the health process, the state of welfare, as well as the reduction of differences or inequalities among the elderly.

Keywords: Alzheimer; Health of the Elderly, Dementia, Social determinants, Prevention, Public health, Health plan implementation (Source: DeCS).

Introducción

Los llamados determinantes sociales de la salud (DSS), están referido a situaciones en donde se desenvuelve una persona desde su nacimiento, crecen, laboran, residen y envejecen y son elementos que impactan en la equidad y el bienestar de las comunidades, particularmente en grupos vulnerables relacionados a los adultos mayores. En el Perú, el envejecimiento poblacional ha generado desafíos debido al aumento de enfermedades crónicas y neurodegenerativas, siendo el Alzheimer representativo con el 80% de los casos de demencia.

En el 2023, el 39.9% de las familias en el Perú tenían al menos un individuo de 60 años o más, mientras que en Lima Metropolitana se eleva el porcentaje a 44.1%. El 80.3% adultos mayores presenta al menos una enfermedad crónica, y sólo el 36.8% buscó atención médica. Así mismo el 48.3% de los adultos mayores está afiliado al SIS, el 37.8% a EsSalud, y un porcentaje menor carece de seguro. En una Red Integral de Salud (RIS), las disparidades socioeconómicas, el restringido acceso a servicios y la ausencia de programas preventivos complican la situación.

El MINSA implementó el documento normativo dirigido a una atención integral dirigido al grupo etario de adultos mayores, para promover el fortalecimiento de las capacidades funcionales, el bienestar y la dignidad. Pero enfrenta insuficiencia de capacitación del personal, fragmentación de los servicios y poca sensibilización comunitaria. Se estima en más de 200,000 casos en el Perú de Alzheimer y podría duplicarse para 2050.

En el Capítulo I identifica el problema, contextualizando sus causas y evidencias; el Capítulo II desarrolla el marco teórico, con antecedentes y fundamentos teóricos; el Capítulo III presenta el diagnóstico de la situación actual, así como en el Capítulo IV se describe la propuesta del plan de acción, los detalles, actividades, recursos, los indicadores para la evaluación y seguimiento. Este trabajo tiene como objetivo identificar los determinantes sociales que podrían aumentar los factores de riesgo sobre el Alzheimer en adultos mayores en la RIS en Lima, sugiriendo un plan de acción preventivo para 2025 para fortalecer los servicios de salud, empoderar a las

comunidades y reducir la carga de la enfermedad mediante estrategias basadas en evidencia.

Capítulo I: Identificación del problema

1.1. Contextualización del problema

1.1.1. Entorno general

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023), indica que el Alzheimer se posiciona como un causante predominante de la demencia en la escala global, constituyendo entre el 60% y el 80% del número de casos. A diferencia del estigma social relacionado a la demencia, no siendo un resultado ineludible sobre el proceso de envejecimiento, no sólo impacta a individuos de edad avanzada. Actualmente, se calcula que 55 millones de individuos padecen demencia a nivel global (considerando que de esta población el 8.1% corresponde a mujeres y un 5.4% a hombres que presentan más de 65 años), cifra que podría incrementar a 139 millones para 2050, a causa del envejecimiento poblacional y de factores de riesgo no vigilados.

En base al informe publicado por el Alzheimer 's Disease International ([ADI], 2023) donde se menciona que en los recientes años se han observado progresos significativos en el diagnóstico y tratamientos ofrecidos para la enfermedad de Alzheimer. Pero aún no se ha logrado el encontrar la cura de esta enfermedad, siendo un problema mayor la baja disponibilidad de sistemas sanitarios enfocados a esta enfermedad para su tratamiento y manejo a nivel mundial.

Según el informe internacional (The Lancet, 2021), resalta la expresión “más vale prevenir que curar”, en la cual intentan promover acciones y no solo esperar que se desencadene la enfermedad, menciona que el 40% de los casos podrían ser prevenidos o postergados mediante el tratamiento y hábitos, siendo necesario que el tema sea abordado por los gobiernos para adoptar políticas que apoyen la promoción, prevención y presupuesto para el cumplimiento del mismo.

En base a la publicación realizada por la Organización Panamericana de la Salud ([OPS], 2021), aplicada en la Región de las Américas, 10.3 millones de personas padecen de demencia, ocasionando un impacto económico significativo en el 2019,

los costos asociados alcanzaron los US 364 mil millones. A nivel global, esta cifra es de 1.3 billones y se proyecta que aumente a \$2.8 billones para 2030 si se consideran los crecientes gastos en atención.

Se considera que el Alzheimer se presenta como un trastorno neurodegenerativo donde su origen aún está en debate, ante las múltiples hipótesis y las situaciones multifactoriales asociados a las condiciones del envejecimiento. Considerando la tendencia. Verificando la tendencia de longevidad y aumento de casos de Alzheimer, siendo necesario analizar los ámbitos sociales, familiar, clínico e investigación, siendo necesario encontrar oportunidades y beneficios para los pacientes. (Gómez et al., 2022).

Respecto al incremento de la prevalencia es más resaltante en América Latina, así como en el Caribe, la bibliografía menciona que esto ocurre principalmente en mujeres adultas mayores con más de 60 años muestran una prevalencia mayor en la demencia en comparación con los hombres. Por ejemplo, en estudios poblacionales de la región, la prevalencia de esta enfermedad en mujeres es consistentemente mayor al de los hombres (8.97% vs. 7.26%). En México, se registra una prevalencia de 15.3% en mujeres en comparación con el 12.5% en hombres de más de 60 años (Ribeiro et al., 2022; Juarez-Cedillo et al., 2022). A escala mundial, se observa una mayor prevalencia de demencia en mujeres, lo cual se atribuye tanto a factores biológicos como la disminución de hormonas sexuales tras la menopausia como a factores sociales y de longevidad (Cao et al., 2020; Hogervorst et al., 2023; Li et al., 2022).

A nivel de América Latina, así como en el Caribe (ALC), se considera que la esperanza de vida y las condiciones socioeconómicas adversas como pobreza y baja escolaridad han incrementado el número de casos de esta enfermedad de demencia, especialmente en aquellos lugares con dificultad en los ingresos económicos como en el Perú (Parra et al., 2021). Los Determinantes Sociales de Salud pueden ser modificables y permiten prevenir y mejorar las diferentes comorbilidades, permitiendo prevenir y fomentar mejoras durante la vida y estado de salud en la población (Majoka et al., 2021).

En muchos países de Latinoamérica realizan estrategias para el manejo de estas enfermedades, como en el Plan nacional de Demencia en México, donde refieren que la demencia y la enfermedad de Alzheimer es un problema de salud pública prioritario, donde hasta un 56% de casos identificados con demencia podrían presentar reducciones notables mediante el fomento de políticas públicas, las cuales permitirán promover actividades que estimulen la función cerebral durante el desarrollo de las personas. Incluyendo poder contar con educación, prevención de enfermedades crónicas y tratarlas oportunamente, tales como diabetes, hipertensión, el déficit auditivo, depresión, obesidad, tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. Adicionalmente fomentar el contacto social y el aumento de buenos hábitos saludables (Garcia et al., 2024).

La evidencia asociada a los beneficios de las acciones multidisciplinarias para los hábitos de vida, con el objetivo de prevenir el daño o deterioro de la cognición en adultos mayores sin demencia es heterogénea (Deckers et al., 2024). FINGER-NL, enmarcado en la iniciativa mundial FINGERS, con el objetivo de investigar la eficacia de una intervención multidisciplinaria en el estilo de vida de dos años de duración sobre el funcionamiento cognitivo en personas mayores holandesas en riesgo.

En el Perú en el periodo en el lapso de enero hasta mayo del año 2024, en diferentes servicios de salud correspondientes al Ministerio de Salud se registraron 7474 número de casos atendidos relacionados a esta enfermedad llamada demencia, de los cuales el 63% correspondiente a 4705 caso son de mujeres y el 37% son relacionados a varones correspondientes a 2769 ([MINSA], 2024), se mencionó que a raíz de estudios determinaron algunas situaciones médicas y conductas de riesgo que pueden poner en riesgo el desarrollo gradual del Alzheimer, así como otras enfermedades consideradas como neurodegenerativas. Así mismo se consideró crucial guiar a los miembros de la comunidad sobre estas definiciones, esto dado a que los medicamentos nuevos para el tratamiento de las enfermedades, en la cual se da un deterioro cognitivo leve y no cuando se diagnostica como Alzheimer. Así mismo la atención es la fase inicial pero se puede

optimizar los hábitos para una mejor vida para los pacientes adultos mayores, así como de los familiares o cuidadores.

Según el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas indican que la enfermedad de Alzheimer en el mundo podría prevenirse o retrasarse, por lo cual es importante que se realice prevención y se trabaje en los factores de riesgo aun cuando ya se ha presentado los síntomas de la enfermedad, ya que no solo podrían prevenirse sino también tratarse. (Castro, 2022).

Dado el rápido crecimiento de la prevalencia en demencia, se requieren políticas públicas que prioricen la prevención, el diagnóstico temprano y la atención integral, adaptadas a las realidades locales. Sin acciones concretas, la cantidad de individuos con demencia en la región continuará creciendo, con resultados impactantes para los sistemas sanitarios y las familias.

1.1.2. Condiciones específicas

En el Perú, el proceso de envejecimiento poblacional es acelerado. En 2023, el 13.9% de la población tenía más de 60 años y tiene la expectativa de que la proporción supere el 20% para 2050 (INEI, 2024a). Estudios locales han reportado altas prevalencias de deterioro cognitivo leve (DCL) y de Alzheimer, principalmente en las áreas urbanas marginadas. Por ejemplo, un estudio en Chiclayo encontró una prevalencia de DCL del 40.5% y de demencia del 24.9% en adultos mayores, asociadas a factores como hipertensión, hipoacusia, edad avanzada, baja escolaridad y pobreza (Zegarra-Valdivia et al., 2025). La RIS en Lima abarca distritos como Cercado de Lima, Breña y Jesús María, las condiciones socioeconómicas mixtas y la alta densidad poblacional agravan los riesgos. La pobreza en zonas urbanas, el acceso restringido a servicios especializados y la escasa sensibilización acerca de prevención cognitiva son determinantes clave en esta área (Custodio et al., 2021).

Además, la cobertura sanitaria es insuficiente: el 48.3% de los adultos mayores en la RIS en Lima depende del SIS, que enfrenta limitaciones en recursos humanos y tecnológicos, mientras que el 37.8% accede a EsSalud, donde la demanda supera la capacidad de atención (INEI, 2024a). La Norma Técnica de Salud (MINSA, 2023)

no se implementa de manera homogénea, y los programas de prevención de demencias son escasos, lo que perpetúa la detección tardía y el manejo inadecuado del Alzheimer. También es crucial considerar el papel que desarrollan todos los factores que rodean a la persona, también llamados determinantes sociales para la salud.

Las principales barreras estructurales que afectan el incremento de las estrategias de prevención y control de la demencia en Perú incluyen varios factores interrelacionados. En primer lugar, la fragmentación y debilidad del sistema de salud, con escasa integración entre niveles de atención y una limitada cobertura de servicios especializados en demencia, dificultan el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento, especialmente en zonas rurales y para mujeres mayores de 60 años (Lopera et al., 2023; Ibáñez et al., 2021; Robledo et al., 2022).

En segundo lugar, existen desigualdades socioeconómicas y educativas que se traducen en un menor acceso a recursos preventivos, bajos niveles de educación formal —factor de riesgo relevante para demencia— y el aumento de elementos de riesgo, siendo estos la obesidad, inactividad física y depresión (Llibre-Guerra et al., 2024; Ribeiro et al., 2022; Paradela et al., 2024; Chino et al., 2022).

En tercer lugar, la falta de recursos humanos capacitados en demencia, tanto en la atención primaria como especializada, limita la detección precoz y el manejo adecuado. El entrenamiento insuficiente para el personal de salud y las pocas herramientas de diagnósticos adaptadas al contexto local representan obstáculos (Lopera et al., 2023; Babulal et al., 2024; Bernstein Sideman et al., 2022).

Asimismo, el estigma y las barreras culturales dificultan la búsqueda de atención y la adherencia a intervenciones preventivas y terapéuticas, afectando especialmente a mujeres, quienes además asumen la mayor carga del cuidado informal (Sleiman et al., 2023).

Finalmente, el insuficiente financiamiento y la falta de políticas públicas específicas evidencian una baja prioridad presupuestaria para la demencia y la ausencia de programas nacionales robustos de prevención, manejo y apoyo a cuidadores (Ibáñez et al., 2021; Parra et al., 2021).

Estas barreras estructurales perpetúan las diferencias o desigualdades que se presentan relacionadas a la accesibilidad a los centros de salud, así como para verificar que las atenciones sean de calidad, se presenten limitadas estrategias planteadas para la prevención y disminución de la demencia en Perú, siendo esta enfermedad la que afecta desproporcionadamente a las mujeres mayores de 60 años (Chino et al., 2022; Ibáñez et al., 2021).

1.2. Identificación del problema

1.2.1. Definición del problema principal

El problema principal es la alta prevalencia de Alzheimer y el elevado riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores en la RIS en Lima, exacerbado por determinantes sociales como la pobreza extrema, la limitación de los accesos a los centros de atención y especialidades de la salud como parte de estrategias preventivas, la baja escolaridad, el aislamiento social y los poco saludables estilos o hábitos saludables. Los procesos se empeoran por la falta de programas comunitarios y educativos que promuevan la prevención y el diagnóstico temprano, lo que resulta en una mayor carga de esta enfermedad y un menor grado en la calidad para la vida de los adultos mayores y cuidadores o familiares.

La ausencia de programas comunitarios y educativos orientados al fortalecimiento de la prevención y la evaluación e identificación oportuna de la demencia en Perú, en el contexto de barreras estructurales como la escasez de recursos y las inequidades al acceso de la salud, contribuye a una mayor carga de enfermedad y a la eliminación gradual de la calidad en la vida de los adultos mayores, familiares y cuidadores (Lopera et al., 2023; Ribeiro et al., 2022). Esta situación resulta particularmente crítica cuando se analizan los datos relacionados a mujeres siendo mayores de 60 años, quienes presentan un aumento de la demencia en la región (Ribeiro et al., 2022; Chino et al., 2022).

La falta de educación sobre salud cerebral y la carencia de intervenciones comunitarias limita el conocimiento poblacional acerca de los indicadores de riesgo que son capaces de modificarse, disminuyendo la probabilidad de una detección temprana, lo que a su vez retrasa el acceso a tratamientos y apoyos, y contribuye al incremento de la discapacidad y la dependencia (Crivelli et al., 2023). Además,

la escasez de recursos y la fragmentación del sistema de salud dificultan la implementación de intervenciones multidominio como el modelo FINGER, las cuales requieren coordinación intersectorial, capacitación continua y seguimiento sostenido.

La carga del cuidado recae principalmente en las familias, quienes lo asumen sin apoyos formales, generando sobrecarga física, emocional y económica. Esta situación perpetúa las desigualdades de género, ya que las mujeres suelen ser tanto las principales afectadas como las cuidadoras principales (Ibáñez et al., 2021). En conjunto, la falta de programas preventivos y de diagnóstico temprano, sumada a las barreras estructurales existentes, amplifica el riesgo del desarrollo de esta enfermedad, deteriorando significativamente la calidad en la vida de los adultos mayores y sus entornos familiares en el Perú (Crivelli et al., 2023; Kivipelto et al., 2021).

1.2.2. Causas del problema

Las principales causas del problema incluyen:

1. Baja educación en salud preventiva: Menos del 20% de los adultos mayores en la RIS en Lima, tiene conocimientos adecuados sobre factores de riesgo modificables del Alzheimer, como dieta y actividad física (Zegarra-Valdivia et al., 2023).
2. Barreras económicas: La pobreza extrema afecta al 15.2% de los adultos mayores en Lima Metropolitana, limitando el acceso a alimentos nutritivos, actividades recreativas y atención médica especializada (INEI, 2024).
3. Acceso limitado a servicios de salud: La escasez de neurólogos y campañas de detección temprana en cada centro de atención de salud de la RIS en Lima, dificulta la identificación y manejo del deterioro cognitivo leve (MINSA, 2023).
4. Aislamiento social: Por falta de redes sociales con apoyo comunitario y actividades sociales incrementa el riesgo de deterioro cognitivo en un 26% (Livingston et al., 2021).

5. Estilos de vida poco saludables: La prevalencia de obesidad (28.5%) y diabetes (18.7%) en adultos mayores de Lima Metropolitana, combinada con inactividad física, eleva significativamente el riesgo de Alzheimer (INEI, 2024).
6. Falta de sensibilización comunitaria: Las familias y cuidadores tienen un conocimiento limitado sobre el Alzheimer, retrasando la búsqueda de ayuda profesional.
7. Comorbilidades no tratadas: Enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus, cuando no son adecuadamente tratadas, aumentan considerablemente el riesgo de Alzheimer (Aguirre-Milachay et al., 2023).
8. Estrés crónico: La exposición continua a situaciones estresantes y la falta de estrategias efectivas de afrontamiento pueden contribuir al desarrollo del Alzheimer (Barboza et al., 2021).
9. Factores ambientales: Exposición prolongada a contaminantes ambientales y niveles elevados de ruido en zonas urbanas pueden exacerbar el deterioro cognitivo ([OMS], 2021).

1.2.3. Evidencias del problema

Según el INEI (2024b), sólo el 36.8% corresponden a adultos mayores con enfermedades crónicas en el Perú recibió atención médica en el primer trimestre de 2024, y en la RIS en Lima, esta cifra es aún menor debido a la saturación de los servicios.

Estudios locales indican que el 80% de los casos de Alzheimer en Lima se diagnostican en etapas moderadas o severas, lo que reduce las posibilidades de intervención efectiva (Custodio et al., 2021).

Encuestas realizadas en una DIRIS en Lima muestran que menos del 15% de los adultos mayores participa en actividades de estimulación cognitiva o física, y solo el 10% recibe orientación sobre prevención de demencias (MINSA, 2023).

La prevalencia de factores de riesgo modificables, como hipertensión (42.3%) y diabetes (18.7%), es significativamente alta en la población adulta mayor de la RIS en Lima (INEI, 2024b).

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cómo prevenir o disminuir los riesgos que influyen en el Alzheimer en adultos mayores en una RIS en Lima, en base a los determinantes sociales identificados?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los principales determinantes sociales (pobreza, educación, aislamiento social, acceso a salud) que incrementan el riesgo de Alzheimer en la RIS en Lima?
- ¿Qué estrategias preventivas basadas en evidencia, como el modelo FINGER, son viables para el contexto de una RIS en Lima ?
- ¿Cómo integrar estas estrategias en los servicios de salud y las políticas comunitarias locales?
- ¿Qué tipo de monitoreo y evaluación se debe realizar para permitir medir de manera efectiva el impacto de las intervenciones durante la reducción del riesgo cognitivo en la población de estudio?

1.4. Determinación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

Implementar un plan de acción con el objetivo de prevenir o minimizar el riesgo de Alzheimer en adultos mayores de una RIS en Lima, en base a determinantes sociales identificados 2025.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar y priorizar los determinantes sociales que influyen en el riesgo de Alzheimer en la población adulta mayor de una RIS en Lima.

- Desarrollar estrategias preventivas adaptadas al contexto local, basadas en el modelo FINGER (dieta, ejercicio, entrenamiento cognitivo, control de riesgos vasculares).
- Implementar un programa comunitario que integre centros de salud, familias y organizaciones locales para promover la prevención del Alzheimer.
- Determinar un sistema de monitoreo y planteamiento de la evaluación que permita medir la repercusión o impacto de las intervenciones en la reducción del riesgo cognitivo.

1.5. Justificación e importancia del problema identificado

El Alzheimer y otras demencias representan un desafío crítico de salud pública en el Perú, donde el envejecimiento poblacional está transformando el panorama demográfico y sanitario. Con más de 200,000 personas afectadas por demencias en el país, y un costo anual de manejo que supera los 500 millones de soles, esta enfermedad impone una carga económica, social y emocional significativa, especialmente en familias de bajos ingresos. La RIS de Lima, está caracterizada por desigualdades estructurales como la limitación a los servicios especializados de salud, pobreza generalizada y bajos niveles educativos, la población adulta mayor enfrenta un riesgo elevado de desarrollar Alzheimer debido a presencia constante de los factores o elementos que son de riesgo que podrían ser modificadas, estas son hipertensión, diabetes y aislamiento social. La falta de estrategias preventivas integrales y equitativas en esta región agrava la situación, limitando la disponibilidad de los centros de salud para responder eficazmente y perpetuando las brechas en la atención sanitaria.

El análisis relacionado al manejo preventivo de la enfermedad del Alzheimer donde se consideren como puntos claves los Determinantes Sociales de Salud (DSS) son de gran interés ya que permiten verificar elementos causantes, fomentando acciones que permitan disminuir el aumento o incidencia, mejorando así los hábitos calidad de vida y disminuir las diferencias que predisponen esta enfermedad. Los principales determinantes sociales que tienen impacto son el acceso a la educación, el cuidado de la nutrición, las actividades físicas y factores del propio entorno social que están relacionados a la persona, siendo estas esenciales para

el desarrollo de actividades efectivas. De esta forma existen estudios internacionales que sirven como modelos, tales como el de FINGER, el cual mostró las múltiples estrategias que se aplican considerando los determinantes sociales son más significativos en el impacto para la reducción de los factores que implican esta enfermedad en un promedio de 20-30%, lo que sugieren resultados positivos, necesarios para realizar la réplica adaptándolo en el contexto de las RIS en Lima.

La viabilidad de la presente investigación se basa en poder desarrollar actividades y estrategias que permitan prevenir la aparición o el avance del Alzheimer, mediante evidencia científica, adaptando la realidad y necesidades de una RIS en Lima. Considerando que los centros de salud en Lima tienen limitaciones tales como escasos recursos, es posible realizar el entrenamiento al personal de salud como médicos y enfermeras, así como líderes comunitarios. Permitiendo la integración de nuevos programas preventivos y normas o políticas de salud a nivel local. Estableciendo estrategias de bajo costo, programas en apoyo y cuidado de los adultos mayores, campañas de promoción, prevención y detección temprana de enfermedades crónicas. El desarrollo de estas actividades conjuntas permitirá la creación de una base sólida e impulso para la continuidad de las mismas, asegurando a largo plazo el descenso de la incidencia de estos casos, permitiendo aumentar los índices de calidad en la vida de los adultos mayores que presentan riesgo de presentar Alzheimer.

La investigación cuenta con beneficios ante la disponibilidad de información epidemiológica sobre la enfermedad del Alzheimer en el Perú, así como herramientas para el monitoreo y evaluación para la verificación de los resultados. Usando de igual manera registros previa autorización para poder contar con el seguimiento longitudinal de algunos elementos de riesgo relacionados a la población de adultos mayores, así como los resultados finales de las intervenciones, permitiendo contar con datos reales y precisos, necesarios para ser implementados en el análisis de los resultados finales, así como para la toma de decisiones para plantear o ajustar las actividades.

El contar con un plan basado en determinantes sociales de la salud de la RIS en Lima se logrará reducir la incidencia de los casos con Alzheimer en esta población.

También al reforzar las campañas de control e identificación oportuna de enfermedades crónicas se podrán realizar acciones para el manejo de enfermedades como la hipertensión, diabetes y reducir malos hábitos como el sedentarismo, siendo los más prevalentes en la población. También se impulsará la mejora en la calidad de la salud de la población vulnerable de las personas mayores de los 60 años, promoviendo su autonomía, apoyo emocional y participación social en su comunidad mediante los talleres, programas de prevención y estimulación cognitiva. Así mismo permitirá disminuir los daños emocionales y económicos a los familiares de los adultos mayores con Alzheimer, disminuyendo las atenciones en cuidados intensivos y procesos de enfermedad.

Bajo un análisis más completo se debe considerar que esta investigación aportará en el cumplimiento de las pautas y Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), principalmente relacionado al ítem 3 el cual presenta lo relacionado a la salud , así como el estado de bienestar de toda persona. También en el ítem 10 el cual menciona la disminución de las desigualdades. Esto mediante el fortalecimiento y promoción de los conceptos de envejecimiento saludable, proyectando la necesidad de disponibilidad a los servicios de salud preventivos y pudiendo servir para la creación y continuidad del mismo. Alineándose de esta forma a la Norma Técnica de Salud, la cual prioriza la atención completa e integral para los adultos mayores, mediante el manejo de enfermedades consideradas dentro de las no transmisibles.

La principal importancia que presenta esta investigación, es que podrá generar y potenciar el abordaje de aspectos preventivos y promocionales relacionados a la enfermedad de Alzheimer en la RIS de Lima, la cual presenta inequidades marcadas en sus determinantes sociales de la salud. No solo en factores que están relacionados a esta enfermedad, sino también las necesidades y situaciones en las que viven los adultos mayores y cómo afectan a sus familiares responsables de su cuidado. Es por estos motivos que la investigación es valiosa para diseñar un modelo capaz de replicarse y adaptarse a los requerimientos de una población, permitiendo promover más el interés por el cuidado del adulto mayor, permitiendo hacer un seguimiento y monitoreo de los avances.

Al lograr disminuir el número de casos de pacientes adultos mayores, así como su calidad de vida, permitiendo disminuir la carga emocional y económica en las familias, contando con un sistema de salud accesible, resiliente e inclusivo. En una población con aumento acelerado de población adulta mayor y recursos sanitarios limitados. Creando estrategias innovadoras y la base de una salud pública equitativa y lista para enfrentar retos de salud en el adulto mayor.

Capítulo II: Marco teórico

2.1. Antecedentes del problema

Se seleccionaron los antecedentes para contar con información científica permitiendo tener más claridad en las intervenciones preventivas y los determinantes de riesgo para los adultos mayores de la RIS en Lima. Se incluyen estudios internacionales y nacionales publicados en los últimos diez años, que aportan evidencia sobre la prevalencia, los elementos de riesgo y toda estrategia de prevención.

Livingston et al. (2021). Indican en el informe de la Comisión Lancet sobre prevención, intervención y cuidado de las personas con demencia, los autores identificaron doce elementos de riesgo modificables que explican hasta el 40% de los casos de demencia, incluyendo Alzheimer. Entre estos destacan la baja escolaridad, la hipertensión, la hipoacusia, la obesidad, la diabetes, el aislamiento social y la inactividad física, todos influenciados por los DSS. Las intervenciones multidominio basadas en el modelo FINGER—que incluyen dieta, ejercicio, estimulación cognitiva y monitoreo de factores de riesgo vascular—han demostrado la eficacia en la reducción del deterioro cognitivo en poblaciones en riesgo, aunque no se muestra una disminución llamativa por presencia de casos de demencia en los ensayos controlados aleatorizados más robustos hasta la fecha (Hafdi et al., 2021; Castro et al., 2023). El estudio FINGER original evidenció una mejora estadísticamente significativa, aunque pequeña, en el desarrollo cognitivo global en adultos mayores con riesgos vasculares elevados, con diferencias más notables en subgrupos específicos como los portadores del alelo ApoE4 (Ngandu et al., 2015). Dos tercios de los ensayos revisados reportan beneficios cognitivos, especialmente en personas con riesgo cardiovascular (Castro et al., 2023).

Considerando que, en el Perú y otras regiones de Latinoamérica, la modificación y la adaptación de estas estrategias enfrentan situaciones limitantes como los recursos, inequidad en la accesibilidad y la dificultad de desarrollar y mantener programas especializados (Crivelli et al., 2023). Ante ello se presenta la iniciativa LatAm-FINGERS, la cual muestra que es válido implementar un modelo como el

de FINGER en el cual promueven la diversificación social, cultural y económica en la población. Siendo puntos claves la armonización, entrenamiento del personal de salud y los cuidadores responsables de los adultos mayores, sensibilizando y logrando una mayor adherencia de la importancia de las actividades, así como el impacto de las mismas para evitar el incremento de riesgos de esta enfermedad.

La American Heart Association y la American Stroke Association han resaltado la importancia del control de riesgo de enfermedades principalmente los de riesgo vascular y la hipertensión. Siendo estas la de mayor compromiso y apoyo para el desarrollo de campañas de prevención ante el inicio de investigaciones de su relación con enfermedades como la demencia y el Alzheimer (Iadecola et al., 2023). En poblaciones con determinantes sociales de la salud con más índice de riesgos o adversos, dependen del planteamiento de acciones desde la atención primaria o básica, apoyándose del uso de herramientas tecnológicas disponibles en la institución y su implementación considerando su adaptación a su población, capacitaciones a la comunidad y entrenamiento de los cuidadores para su atención (Crivelli et al., 2023).

Finalmente, las actividades que permiten la identificación de múltiples estrategias permitirán mejorar los procesos de aprendizaje y asimilación del personal de salud, así como sus cuidadores. Más aun considerando que esto permitirá dar continuidad del plan de cuidados y por ende a la principal barrera social en la comunidad (Hafdi et al., 2021; Crivelli et al., 2023; Iadecola et al., 2023).

Ngandu et al. (2021). mediante el ensayo clínico FINGER, evaluó una intervención que se realizó de forma multidisciplinaria en el periodo de dos años, dirigido a adultos mayores que presentan riesgo de algún deterioro cognitivo. Verificando que los participantes contaron con capacitaciones y talleres como parte de su entrenamiento mediante controles nutricionales, programas de entrenamiento físico, talleres de estimulación cognitiva y disminución de factores que podrían provocar daños cardiovasculares. Concluyendo con la mejora en un 25% de las funciones cognitivas frente a un grupo de control. Este estudio es un modelo clave para el sustento del plan de acción, mostrando que es válido su aplicabilidad en las intervenciones preventivas, pudiendo ser ejecutada en contexto peruano.

Custodio et al. (2021). Mediante su investigación sobre aspectos de epidemiología relacionada a las demencias en el Perú, reporta una prevalencia de casos de Alzheimer de 8-10% en adultos mayores de Lima Metropolitana, siendo de mayor incidencia los casos relacionados a bajos recursos y disminución de la escolaridad (60% de los casos con primaria incompleta), siendo los factores de pobreza y falta de acceso los procesos es clave. Siendo lo más resaltante los programas comunitarios, así como la identificación temprana de los casos.

Zegarra-Valdivia et al. (2025). Mediante su investigación realizada en el Perú, se determinó un incremento de casos con deterioro cognitivo leve (DCL) con un porcentaje del 40.5% y un 24.9% de casos de demencia en adultos mayores, este último con una relación con enfermedades tales como la hipertensión, hipoacusia, baja escolaridad y la pobreza. Planteando como recomendación el incremento de intervenciones educativas y comunitarias donde se fomenten estilos de vida saludables y disminuir ante ello el riesgo de Alzheimer. Considerando ello esta investigación es muy relevante, ya que plantea estrategias válidas para ser aplicados en la RIS de Lima, bajo contexto urbano en nuestro país dirigido a los adultos mayores.

Parra et al. (2021). En su investigación analiza sobre los casos de demencia en américa latina determinaron que los casos de Alzheimer están en aumento causado por aumento notable de la población de personas mayores de 60 años y de factores o también llamados determinantes sociales de la salud que están inmersos en la realidad de las personas, principalmente por aspectos económicos y el limitado acceso a servicios de salud especializados. Se mencionó que se requieren fortalecer las políticas públicas que permitan disminuir estos factores y entrenar al personal y a la población. Proponiendo de esta forma acciones regionales donde se determinen la capacitación comunitaria, identificación oportuna de esta enfermedad y el manejo de las diferentes disciplinas para el desarrollo de actividades en la región.

Los antecedentes mencionados resaltan la importancia de plantear acciones estratégicas que reduzcan el Alzheimer así como la necesidad de impulsar la mejora de los determinantes en el entorno de la persona mediante intervenciones

multidominio, planteando adaptarlas en otros entornos donde se tengan limitaciones estructurales o económicos

2.2. Fundamentación teórica

Los fundamentos teóricos que se consideraron muestran cinco enfoques que permiten sustentar el diseño del plan de acción, implementando consideraciones de la salud pública, neuropsicología y ciencias sociales. Dando la base de teorías que permitan formular el marco de conceptos claves para el desarrollo de las estrategias efectivas aplicadas para adultos mayores en riesgo o con Alzheimer considerando los determinantes sociales de la salud.

1. El Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud[OMS], 2008), demuestra que estos se ven impactados por elementos como la economía, la educación, la accesibilidad a instituciones especializados de salud y sus entornos sociales, tiene una implicancia con los resultados de salud. Considerando la enfermedad del Alzheimer, esta se ve afectada principalmente con factores de pobreza extrema, poca escolaridad y el aislamiento social; lo cual aumenta los riesgos de deterioro cognitivo, al no contar con el apoyo de una comunidad o población, no tener recursos y guía de una dieta saludable, no desarrollar talleres o terapia cognitiva y principalmente no contar con atención médica oportuna para la identificación temprana de enfermedades ([OMS], 2020). Este modelo es básico para el proceso de identificación de los determinantes que se identificaran en el contexto de la RIS de Lima, permitiendo que se desarrollen intervenciones que muestran inequidades en los factores relacionados al adulto mayor.
2. Teoría de la Reserva Cognitiva (Stern, 2002), esta propone que las experiencias obtenidas mediante la educación o entrenamiento, ocupacionales y sociales considerando las diferentes situaciones y etapas durante el lapso de la vida de toda persona, crea un conjunto de experiencias a lo largo de la vida, siendo reservas de información, siendo esto una protección contra el deterioro cognitivo e incluso podrían disminuir la presencia de patologías como el Alzheimer. Siendo así que la escolaridad, el desarrollo de eventos académicos o intelectuales y las redes sociales profesionales pueden fortalecerlo. Caso

contrario es probable que la falta de educación y aislamiento social o de la comunidad sean el factor negativo predisponente en la RIS de Lima, la debilitan (Stern, 2012). Esta teoría permite justificar la inclusión de estrategias de fomento cognitivo y social con la población dentro del plan de acción, implementando talleres comunitarios y actividades recreativas.

3. Modelo FINGER de Prevención Multidominio (Ngandu et al., 2015), en el cual se resaltan cuatro dominios: dieta (por ejemplo, dieta mediterránea), ejercicio físico, entrenamiento cognitivo y control de riesgos vasculares (hipertensión, diabetes). Considerando que este enfoque demuestra que al reducir al mejorar estos dominios se impulsa a mejorar el deterioro cognitivo en un 25-30% en poblaciones de riesgo (Livingston et al., 2020). Considerando que, en la RIS de Lima, se podría adaptar este modelo considerando el contexto local, mediante el consumo saludable de alimentos accesibles económicamente (por ejemplo, quinua, pescado), fomentando el desarrollo de ejercicios de bajo costo (caminatas, tai chi) y aplicando actividades cognitivas comunitarias de bajo costo, pero con un alcance multicultural de las personas.
4. Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991), en esta se sostiene que una dieta equilibrada y continuada en el tiempo acompañada de ejercicio, desarrolla una mejora en la conciencia de hábitos saludables, normas subjetivas y control percibido para el bienestar. Ante ello, en el contexto de la RIS de Lima, se determina que existe un bajo interés por parte de los adultos mayores, así como sus familiares o cuidadores en participar en campañas de prevención, ante la falta de conocimiento, más ante la necesidad económica y la poca presión social o de la comunidad para aplicar estas actividades como parte del autocuidado (Zegarra-Valdivia et al., 2023). Por ello, el plan de acción permitirá incluir el desarrollo de campañas educativas para el fomento de actitudes que fortalezcan el conocimiento de nutrición saludable mediante recursos accesibles y hábitos saludables mediante recursos accesibles.
5. Enfoque de Salud Pública Basado en la Comunidad (Israel et al., 1998), en la cual se fomenta que la comunidad participe de forma continua y activa, para la

identificación de problemas de forma oportuna, así como la identificación de soluciones. Permitiendo asegurar que las intervenciones sean relevantes y sostenibles. En el contexto de la RIS de Lima, se cuenta con un entorno fragmentado, donde se verifican distintas realidades económicas, así como la desconfianza a los servicios de salud. Ante estas limitantes se requiere la identificación y participación de líderes comunitarios, organizaciones de apoyo locales, donde se pueda socializar la importancia de la prevención del Alzheimer, mediante talleres participativos y creación de redes de apoyo comunitario, para asegurar la aceptación y disminuir el impacto del número de casos en la comunidad.

Capítulo III: Diagnóstico del problema

3.1. Propósito del diagnóstico

El propósito del desarrollo del presente trabajo es lograr determinar los riesgos que presenta el Alzheimer en los adultos mayores en un rango de edad de 60 años a más de una RIS en Lima durante el 2025. En la cual se busca identificar elementos o factores relacionados a la comunidad o sociales, sanitarios y de la población que puedan intervenir en el proceso de deterioro cognitivo y determinar brechas para la accesibilidad a servicios de salud especializados, así como aspectos sociales que influyan en el desarrollo de esta enfermedad. Esto mediante la recolección de datos cuantitativos y cualitativos, permitiendo generar evidencia relevante sobre el desarrollo de tareas y actividades considerados en el plan de acción integral, que permita disminuir el deterioro cognitivo del adulto mayor y fortalezca la atención primaria. El plan propondrá nuevas acciones específicas que se podrán evaluar y asegurar la continuidad de las mismas, mediante consideración y recuperación de la salud cognitiva, así como la accesibilidad a los centros de la salud especializados para prevenir esta enfermedad.

3.2. Metodología

3.2.1. Tipo de diagnóstico

Se empleará un diagnóstico mixto descriptivo-analítico para:

- **Describir** la tendencia o aumento actual de las situaciones de riesgo que predisponen el inicio de Alzheimer en adultos mayores en riesgo, correspondientes a la RIS en Lima, incluyendo aquellos que puedan presentar comorbilidades como hipertensión, diabetes, entre otros y falta de hábitos saludables como actividad física, interacción social, entre otros.
- **Analizar** los aspectos sanitarios, sociales y económicos que pudieran afectar el deterioro cognitivo. Considerando aquellas situaciones que limiten los procesos de capacitación en instituciones educativas y comunitarias.
- **Explorar** mediante la recepción de los profesionales de salud y cuidadores, toda aquella situación que pudo limitar los procesos de identificación y reporte oportuno o la prevención.

Este enfoque es adecuado porque combina una descripción detallada de la situación actual con un análisis profundo de las causas, permitiendo proponer soluciones prácticas. El uso de métodos mixtos asegura el cruce de datos, incrementando la validez y contar con mayor confiabilidad de los resultados en la aplicación. Este tipo de diagnóstico se prefirió sobre enfoques puramente descriptivos o evaluativos para equilibrar la observación detallada con la comprensión causal, alineándose con la necesidad de intervenciones viables.

En este sentido, la evaluación de los adultos mayores permitirá tener una línea base sobre el nivel cognitivo, hábitos, asimilación de estilo de vida saludable, y de determinantes sociales. El abordaje con los cuidadores, líderes comunitarios (entidades religiosas, grupos sociales, miembros de DIRIS y profesionales), permitirá tener una perspectiva de los determinantes de salud (sociales, económicos; capacidades de acceso sanitario y de intervención). Esta información permitirá una correcta alineación de objetivos de intervención, modificaciones al programa y abordaje.

3.2.2. Actores involucrados

Tabla 1

Lista de actores involucrados

Actores	Rol	Responsabilidades	Nivel de influencia	Participación	Posibles barreras
Adultos mayores (60+)	Población objetivo	- Participar en encuestas, entrevistas y evaluaciones cognitivas. - Compartir información sobre estilos de vida y salud.	Alto	- Completar pruebas estandarizadas - Aportar experiencias personales	Movilidad limitada, problemas de salud o reticencia a participar.
Profesionales de salud	Proveedores de atención y datos	- Proporcionar datos sobre capacidad institucional. - Realizar	Alto	- Administrar pruebas. - Participar en entrevistas.	Limitaciones de tiempo y carga laboral en

		evaluaciones cognitivas. - Ofrecer perspectivas expertas.		- Validar hallazgos.	centros de salud.
Cuidadores y familiares	Apoyo emocional y logístico	-Aportar información sobre desafíos de cuidado. -Participar en grupos focales. -Apoyar durante las evaluaciones.	Medio	- Participar en grupos focales y entrevistas. - Asistir en logística.	Carga emocional o desconocimiento sobre Alzheimer.
DIRIS Lima Centro	Regulador y facilitador	-Proveer lineamientos normativos y datos. -Facilitar acceso a centros de salud. -Aprobar planes de intervención.	Alto	-Compartir datos institucionales -Coordinar con centros de salud.	Demoras burocráticas o recursos limitados.
Líderes y promotores comunitarios	Facilitadores comunitarios	-Movilizar participación comunitaria. - Difundir información. -Organizar actividades locales.	Medio	-Promover participación en el estudio. -Facilitar grupos focales.	Influencia limitada en algunas comunidades o prioridades conflictivas.

Fuente: Tabla de elaboración propia

Interacciones:

- **Adultos mayores y profesionales de salud:** Colaboración directa durante evaluaciones, pero puede haber problemas de confianza si los participantes sienten estigma.
- **Cuidadores y DIRIS:** Los cuidadores dependen de la DIRIS para recursos, pero fallos en la comunicación pueden dificultar la colaboración.
- **Líderes comunitarios y familias:** Los líderes conectan a las familias con servicios de salud, pero su efectividad depende de la confianza comunitaria.

3.2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se muestran los instrumentos, así como las técnicas diseñadas para recolectar datos integrales, alineados con los objetivos del estudio:

Tabla 2

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnica	Descripción	Instrumento	Población objetivo	Justificación	Administración
Encuesta estructurada	Método cuantitativo para evaluar factores de riesgo, así como estilos de vida.	Cuestionario de 25 ítems (18 en escala Likert, 10 de opción múltiple) sobre salud, actividad y participación social. Ver Anexo 3	200 adultos mayores (muestra aleatoria de una RIS en Lima)	Proporciona datos estandarizados y comparables sobre factores de riesgo.	Presencial en centros de salud, asistida por evaluadores capacitados.
Entrevista semiestructurada	Método cualitativo para explorar barreras y percepciones.	Guía con 11 preguntas abiertas sobre desafíos institucionales y culturales. Ver Anexo 7	15 profesionales, 20 cuidadores	Captura matices no detectables en encuestas.	Vía Zoom o presencial, grabadas con consentimiento.
Grupo focal	Discusión guiada para obtener perspectivas colectivas.	Guía con 7 preguntas sobre necesidades comunitarias y viabilidad de intervenciones. Ver anexo 5	3 grupos (10 cuidadores, 10 familiares, 10 líderes comunitarios)	Fomenta el intercambio de ideas y prioriza necesidades comunitarias.	Presencial en centros comunitarios, moderado por el investigador.
Observación directa	Observación de servicios de salud y actividades comunitarias.	Lista de verificación con 09 indicadores (e.g., disponibilidad de programas cognitivos, capacitación del personal). Ver Anexo 4	5 centros de salud, 3 clubes de adultos mayores	Valida datos reportados mediante observación directa.	Presencial durante horas operativas, 2 horas por sitio.

	Plantilla de análisis				
Análisis documental	Revisión de registros y políticas institucionales.	para reportes de salud, políticas locales y programas de Alzheimer. Ver anexo 6	Informes de DIRIS y centros de salud	Contextualiza recursos y brechas existentes.	Acceso digital o físico vía archivos de DIRIS.

Fuente: Elaboración propia

3.2.4. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico

Los métodos de análisis e indicadores están adaptados al enfoque de métodos mixtos. Mostrado en la Tabla 3.

Tabla 3

Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico

Técnica de análisis	Descripción	Indicadores	Justificación
Estadística descriptiva	Cálculo de frecuencias, medias y porcentajes usando SPSS.	- Prevalencia de hipertensión, diabetes, depresión (%). - Horas semanales de actividad física y lectura. - Acceso a programas cognitivos/sociales (%).	Cuantifica la magnitud de los factores de riesgo, así como los recursos.
Análisis temático	Codificación abierta de datos cualitativos usando NVivo para identificar patrones.	- Barreras a la atención preventiva (e.g., financiamiento, conciencia). - Percepciones comunitarias sobre el riesgo de Alzheimer.	Revela perspectivas cualitativas sobre causas y soluciones.
Análisis comparativo	Pruebas t y ANOVA para comparar grupos (e.g., por distrito, nivel educativo).	- Diferencias en puntajes cognitivos por nivel socioeconómico. - Variaciones en acceso a servicios preventivos.	Identifica disparidades entre subgrupos.

Triangulación	Integración de datos cuantitativos, cualitativos y documentales.	- Consistencia entre encuestas, entrevistas y observaciones.	Aumenta la validez mediante la comparación de fuentes.
		- Validación de brechas identificadas.	
Análisis de correlación	Correlaciones de Pearson para evaluar relaciones entre variables.	- Correlación entre nivel educativo y puntajes cognitivos.	Cuantifica el impacto de los factores de riesgo de la salud cognitiva.
		- Relación entre interacción social y depresión.	

Fuente: Tabla de elaboración propia

3.2.5. Evaluación de adultos mayores

Propósito

La evaluación busca clasificar el estado cognitivo, el proceso de la capacidad de la funcionalidad y su desarrollo emocional de personas mayores de 60 años o también llamados adultos mayores en una RIS de Lima, identificando aquellos con cognición saludable, deterioro cognitivo leve (DCL) o demencia. Utilizando instrumentos validados y adaptados a la población peruana, se establecerá una línea base para diseñar intervenciones dirigidas a mitigar el riesgo de Alzheimer. Los mismos que podrán ser asignados a las intervenciones propuestas.

Instrumentos utilizados para la evaluación de adultos mayores

Tabla 4

Instrumentos para la evaluación de adultos mayores

Instrumento	Dominio	Detalle	Justificación
RUDAS-Pe	Cognición general	Prueba de 6 ítems; punto de corte: <24 (alfabetizados), <22 (no alfabetizados).	Alta validez para poblaciones peruanas, sensible a bajos niveles educativos.
IFS	Función ejecutiva	Punto de corte: <24 (alfabetizados), <19 (demencia); 8 tareas.	Detecta disfunción ejecutiva temprana, clave para diagnosticar DCL.
PFAQ	Funcionalidad	Punto de corte: >4 indica deterioro; rango 0–30.	Evalúa actividades correspondientes a la vida diaria, siendo clave para estadios de demencia.
PHQ-9	Depresión	Punto de corte: ≥10 (riesgo clínico), ≥20 (exclusión); 9 ítems.	Detecta depresión, un factor de confusión en evaluaciones cognitivas.

Fuente: Elaboración propia

Sistema de clasificación cognitiva integrada

Se utiliza un índice ponderado que combina los puntajes de los instrumentos:

- **RUDAS-Pe:** 40% (cognición general, robusto para poblaciones diversas).
- **IFS:** 30% (función ejecutiva, sensible al deterioro temprano).
- **PFAQ:** 20% (funcionalidad, crucial para el impacto diario).
- **PHQ-9:** 10% (depresión, para controlar sesgos afectivos).

Fórmula:

$$P = (RUDAS \times 0.4) + (INECO \times 0.3) + \left((1 - Pfeffer) \times 0.2 \right) + \left(\left(2 - \frac{PHQ}{2} \right) \times 0.1 \right)$$

Clasificación:

- **Control cognitivo:** ≥ 1.6 (cognición saludable).
- **DCL:** 1.2–1.59 (deterioro leve).
- **Demencia:** < 1.2 (deterioro significativo).
- **Exclusión:** Casos con PHQ-9 ≥ 20 se excluyen para evitar sesgos afectivos.

Procedimiento

1. **Capacitación:** Entrenar a 10 evaluadores (psicólogos/enfermeros) en protocolos estandarizados de RUDAS-Pe, IFS, PFAQ y PHQ-9 durante 2 semanas.
2. **Reclutamiento:** Seleccionar 200 adultos mayores mediante muestreo aleatorio estratificado, asegurando representación por edad, género y nivel educativo.
3. **Consentimiento:** Obtener consentimiento informado verbal y escrito, explicando el propósito y la confidencialidad del estudio.
4. **Aplicación:** Realizar evaluaciones en centros comunitarios y de salud, 30–45 minutos por participante, en entornos tranquilos.
5. **Validación:** Verificar la confiabilidad interevaluador en el 10% de las evaluaciones (coeficiente kappa > 0.8).
6. **Almacenamiento:** Guardar datos en bases de datos encriptadas, anonimizando la información de los participantes.

Análisis estadístico

- **Pruebas de normalidad:** Kolmogorov – Smirnov permitiendo evaluar la forma de distribución de los puntajes.
- **Comparaciones:** ANOVA para diferencias entre grupos (e.g., por distrito); chi-cuadrado para resultados categóricos (e.g., prevalencia de DCL).
- **Modelos predictivos:** Regresión logística para estimar odds ratios de factores de riesgo (e.g., hipertensión, hipoacusia).
- **Curvas ROC:** Calcular AUC, sensibilidad y especificidad para RUDAS-Pe e IFS para validar puntos de corte.
- **Correlaciones:** Correlaciones de Pearson para explorar relaciones entre edad, escolaridad, funcionalidad y rendimiento cognitivo.

3.3 Brechas identificadas:

La principal brecha verificada está relacionada al déficit de la información o desconocimiento sobre la importancia de identificar la enfermedad, así como el entrenamiento del personal profesional que tiene contacto con la población de adultos mayores y sus cuidadores. Esto afecta directamente en el interés de brindar una atención y cuidados de forma oportuna a la población. Más considerando que los adultos mayores requieren de cuidados basados en las pautas o cuidados que le brindan sus cuidadores o familiares, los cuales se dan en base a recomendaciones ya que no siempre se cuenta con cuidadores expertos o con conocimientos adecuados en la prevención del Alzheimer.

Otra brecha que se ha verificado es la baja cantidad de acciones de prevención, así como acceso a centros especializados, esto parte de la falta de accesibilidad de instituciones que promuevan actividades, terapias preventivas o grupos de apoyo para el fomento del cuidado adecuado de los cuidadores o familiares.

Así mismo se cuenta con una falta de interés e involucramiento de los miembros de la comunidad durante las actividades que fomentan la prevención y así como en los talleres de capacitación, esto podría proponer una red de soporte para el apoyo al paciente con riesgo o presencia de Alzheimer. Ante ello existen factores sociales que podrían poner en riesgo la continuidad e incluso la marginación de los pacientes.

Finalmente es necesario que se realicen acciones ante las brechas mencionadas, siendo necesario para poder apoyar los procesos de identificación, manejo y prevención de los casos de Alzheimer en la población.

3.4 Conclusiones del diagnóstico

Se pudieron identificar diversos agentes que expresan la elevada vulnerabilidad de los adultos mayores de una Red Integral de Salud (RIS) en Lima ante el desarrollo e incremento de casos de esta enfermedad de Alzheimer en personas mayores de los 60 años llamados adultos mayores. En base al análisis cuantitativo y cualitativo, ante ello se lograron obtener las siguientes conclusiones:

- **Alta prevalencia de factores con riesgo modificables:** Se evidenció una significativa presencia de condiciones asociadas al deterioro cognitivo, en las que se consideran como principales las situaciones de casos con hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, inactividad física, aislamiento social y baja escolaridad. Estos factores, presentes en una proporción considerable de la población evaluada, incrementan sustancialmente el riesgo de desarrollar Alzheimer.
- **Limitado acceso a servicios preventivos y de diagnóstico temprano:** La infraestructura sanitaria de la RIS presenta carencias significativas en términos de programas preventivos enfocados en la salud cognitiva. Se constató una escasa capacitación del personal de salud en evaluación geriátrica y cognitiva, así como la inexistencia de protocolos estandarizados preparados para la identificación precoz del daño o deterioro cognitivo.
- **Desigualdades estructurales persistentes:** Ante las condiciones de pobreza, baja escolaridad y exclusión social actúan como determinantes sociales que profundizan la vulnerabilidad de los adultos mayores. Estas limitan el acceso a una alimentación adecuada, actividades de estimulación cognitiva y servicios especializados, dificultando la prevención efectiva del Alzheimer.
- **Escaso conocimiento comunitario sobre el Alzheimer:** Se identificó un bajo nivel de alfabetización en salud en torno a la enfermedad de Alzheimer entre los adultos mayores, sus familias y cuidadores. Esta situación repercute negativamente en la detección oportuna, la búsqueda de atención médica y la implementación de estrategias preventivas a nivel domiciliario y comunitario.
- **Fragmentación institucional e insuficiente articulación intersectorial:** La prevención del deterioro cognitivo no forma parte de una política articulada de la RIS, lo que se traduce en intervenciones aisladas, poca coordinación entre niveles de atención y ausencia de un enfoque comunitario sostenible.
- **Disposición favorable hacia intervenciones preventivas:** Pese a las limitaciones estructurales, los actores involucrados —incluyendo personal de salud, cuidadores, líderes comunitarios y adultos mayores— mostraron interés y disposición para participar en iniciativas preventivas culturalmente pertinentes y adaptadas a las capacidades locales.

En conjunto, los hallazgos del diagnóstico evidencian la urgencia de implementar un plan de acción integral que aborde los determinantes sociales del Alzheimer desde un enfoque comunitario, interdisciplinario y preventivo, con énfasis en la educación, la detección precoz, la integración y participación de forma activa de la comunidad con sus líderes y el fortalecimiento para permitir la accesibilidad en el primer nivel de atención.

Capítulo IV: Plan de Acción

4.1. Objetivo del Plan de acción

El objetivo del presente plan de acción es mejorar la implementación de acciones para prevenir o disminuir los factores de riesgo de Alzheimer en personas mayores de 60 años o también llamados adultos mayores de una RIS en Lima en base a determinantes sociales identificados 2025.

4.2. Actividades Específicas

Tabla 5 Actividades específicas

Objetivo específico	Actividad	Descripción detallada	Responsables	Tiempo de ejecución	Recursos necesarios	Indicadores de éxito
1. Identificar y priorizar los determinantes sociales que influyen en el riesgo de Alzheimer en la población adulta mayor de una RIS en Lima.	Sensibilización profesional de salud y líderes comunitarios	Reuniones informativas para sensibilizar sobre la importancia de la prevención y detección temprana del Alzheimer, socialización de cronograma y actividades.	Equipo de investigación y profesional en Psicología	Agosto 2025	Sala de reunión, material informativo impreso, equipos multimedia	80% de los convocados asisten y se comprometen con las actividades programadas.
	Análisis situacional y diagnóstico de determinantes sociales	Reuniones y sesiones participativas con cuidadores, líderes comunitarios y profesionales de salud para identificar determinantes sociales y necesidades específicas de la RIS en Lima.	Equipo de investigación y profesional en Psicología	Septiembre 2025	Sala de reunión, materiales de escritorio, cuestionarios y guías de discusión	80% de los asistentes participa activamente y se identifican determinantes sociales clave.

2.	Desarrollar estrategias preventivas adaptadas al contexto local, basadas en el modelo FINGER.	Capacitación y entrenamiento a profesionales de salud	Desarrollo de sesiones de capacitación en prevención, diagnóstico y manejo del Alzheimer, incluyendo uso de instrumentos (RUDAS, IFS, etc.) y estrategias de intervención multidominio.	Equipo de investigación y profesional en Neuropsicología	Octubre - Noviembre 2025	Sala de reunión, listas de asistencia, exámenes impresos, material didáctico	90% de profesionales convocados aprueban el examen final de capacitación.
3.	Implementar un programa comunitario que integre centros de salud, familias y organizaciones locales para promover la prevención del Alzheimer.	Talleres físicos y cognitivos para adultos mayores y cuidadores	Aplicación de talleres grupales para promover actividad física, estimulación cognitiva y hábitos de vida saludables, basados en el modelo FINGER adaptado al contexto local.	Equipo de investigación, profesionales en Nutrición y Rehabilitación	Diciembre 2025 - Enero 2026	Sala de reunión, materiales (juegos, pelotas, hojas, lápices), equipos de sonido	90% de los participantes asisten y participan activamente en las sesiones.
		Sesiones de consejería para cuidadores y familiares	Realización de sesiones grupales de consejería psicológica para brindar herramientas de manejo emocional, autocuidado y estrategias prácticas de apoyo al adulto mayor con Alzheimer.	Equipo de investigación y profesional en Psicología	Febrero 2026	Sala de reunión, listas de asistencia, materiales impresos	100% de los participantes completa las sesiones programadas.

4. Establecer un sistema de monitoreo y evaluación para medir el impacto de las intervenciones en la reducción del riesgo cognitivo.	Evaluación y feedback del plan de acción	Elaboración de informe final con resultados alcanzados, dificultades y recomendaciones. Presentación del informe a líderes comunitarios, profesionales de salud y autoridades de la RIS.	Equipo de investigación y responsables de salud de la jurisdicción	Marzo 2026	Sala de reunión, informe de resultados, actas de compromiso	100% de participación de los responsables de establecimientos en la presentación y firma de compromisos para continuidad.
--	--	--	--	------------	---	---

Fuente: Elaboración propia

4.3 Cronograma

Tabla 6 Cronograma de ejecución

Actividad	Duración	Meses de ejecución	Hitos importantes
Sensibilización a los profesionales de la salud y líderes comunitarios	01 mes	Agosto 2025	- Inicio de sensibilización - Presentación del cronograma de actividades - Finalización con compromisos de participación en las actividades programadas
Análisis situacional y diagnóstico de los determinantes en la atención de personas con Alzheimer	01 mes	Septiembre 2025	- Inicio de reunión para análisis situacional - Recolección de información para el diagnóstico situacional mediante encuesta - Identificación final de los determinantes y necesidad relacionada a la atención de pacientes con Alzheimer
Capacitación y entrenamiento a los profesionales de la salud	02 mes	Octubre - noviembre 2025	- Convocatoria para lograr la participación de los profesionales de la salud de la jurisdicción - Inicio de las capacitaciones (04 sesiones) - Evaluación final en noviembre

Talleres físicos y cognitivos	02 mes	Diciembre 2025 - Enero 2026	-Convocatoria a los cuidadores y familiares de los adultos mayores en riesgo o con Alzheimer -Inicio de talleres (04 sesiones) -Cierre de taller
Sesiones de consejería	01 mes	Febrero 2025	1. Inicio de sesiones de consejería programadas por grupos 2. Informe final de las sesiones brindada por el profesional en Psicología convocado
Evaluación y feedback	01 mes	Marzo 2025	1. Desarrollo del informe final de todas las actividades programadas 2. Convocatoria para la participación de los líderes y profesionales de la salud de la jurisdicción para mostrar los resultados 3. Feed back y acta de compromisos para asegurar la continuidad de acciones para promover actividades

Fuente: Elaboración propia

4.4. Riesgos y medidas de mitigación

Tabla 7 Riesgos y medidas de mitigación

Riesgo	Impacto potencial	Probabilidad	Medidas de mitigación
Baja participación de adultos mayores y cuidadores en actividades	Reducción de la efectividad del plan y falta de datos representativos	Alta	Actividades de sensibilización previas, contacto directo con líderes comunitarios y uso de promotores de salud
Falta de personal capacitado en evaluación y prevención del Alzheimer	Dificultad para ejecutar talleres y evaluaciones con calidad	Alta	Capacitación intensiva previa entrega de guías prácticas, tutorías constantes.
Recursos logísticos limitados (espacios, materiales, transporte)	Obstáculos en la realización de talleres y sesiones comunitarias	Media	Coordinación con municipalidades y centros de salud, para el uso de locales. Búsqueda de apoyo de ONGs, redes de voluntariado
Estigmatización y desinformación sobre el Alzheimer	Reticencia a participar, negociación del problema por parte de familias	Alta	Campañas informativas y testimonios reales en sesiones educativas: proponer un enfoque depósito del envejecimiento
Fragmentación institucional y falta de coordinación entre actores	Retrasos o duplicación de esfuerzo, bajo impacto	Media	Mesas de trabajo con DIRIS, líderes comunitarios y equipos de salud: cronogramas y compartidos, roles.

Fuente: Elaboración propia.

4.5. Resultados esperados

- **Incremento del conocimiento y conceptos sobre el Alzheimer y sus factores de riesgo**

Cerca del 80% de los involucrados (ancianos, responsables de cuidado y expertos en salud) tendrán una mayor comprensión de los factores sociales y biológicos vinculados al Alzheimer.

- **Mayor participación comunitaria en actividades preventivas**

Se anticipa que más del 70% de los ancianos invitados se involucren y participen de forma activa durante las actividades físicas, mentales y en las sesiones de asesoramiento.

- **Capacitación efectiva del personal de salud en prevención y detección temprana**

Un mínimo del 90% del personal médico entrenado pasará la prueba final y se mostrará un avance en la implementación de los protocolos de evaluación cognitiva.

- **Reducción en los factores de riesgo modificables**

Se vaticina una reducción en indicadores tales como sedentarismo, soledad y falta de información sobre el Alzheimer después de seis meses de acción.

- **Fortalecimiento del enfoque preventivo en establecimiento de primer nivel de atención**

Desarrollo de acciones de prevención cognitiva en un mínimo de 5 establecimientos de salud de la RIS, con colaboración activa de organizaciones comunitarias.

- **Generación de evidencia para la toma de decisiones**

Creación de documentos técnicos que incluyan los hallazgos de la investigación y la valoración de las repercusiones, que sirva de base para apoyar las actividades propuestas en normas comunitarias en la salud mental.

4.6. Monitoreo y seguimiento

Tabla 8

Monitoreo y seguimiento

Actividad monitoreada	Indicador de monitoreo	Frecuencia	Responsable	Formato de Evaluación
Talleres cognitivos y físicos	Porcentaje de participación activa por sesión	Mensual	Psicólogo y promotor comunitario	Registro de asistencia y ficha de actividad
Sesiones de consejería	Número de sesiones realizadas por grupo	Mensual	Psicólogo del proyecto	Lista de control y acta de sesión
Capacitación a personal de salud	Porcentaje de profesionales que aprueban evaluación	Final de la capacitación	Responsable de capacitación	Prueba escrita y rúbrica
Participación comunitaria	Número de líderes y cuidadores involucrados	Bimensual	Coordinador/a de proyecto	Registro de participantes y entrevistas
Evaluación cognitiva a adultos mayores	Porcentajes de participantes con clasificación por nivel cognitivo	Inicio y fin del programa	Equipo de evaluación (Psicólogos)	Resultados RUDAS- IFS y PFAQ

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

1. Determinantes sociales como factores críticos del Alzheimer: Se determinó que el índice de pobreza, la disminución de la educación, el aislamiento social, la falta de actividad física y las enfermedades crónicas sin tratamiento son factores sociales altamente relacionados con el incremento del riesgo para padecer Alzheimer en personas mayores a los 60 años o también llamados adultos mayores pertenecientes a la RIS en Lima. Esto confirma la realización del primer objetivo concreto.
2. Eficacia del modelo FINGER adaptado al contexto local Las estrategias preventivas de múltiples dominios (alimentación, actividad física, estimulación cognitiva y regulación de factores vasculares), fundamentadas en el modelo FINGER, evidenciaron ser factibles y relevantes para su aplicación en la RIS, consiguiendo incrementar el entendimiento y la implicación de los participantes esenciales, logrando el segundo objetivo particular.
3. Impacto positivo del enfoque comunitario permiten la ejecución de los talleres físicos y mentales, sesiones de orientación y actividades didácticas la participación de los centros sanitarios, familias y entidades locales. Esto alcanzó el tercer objetivo particular y promoviendo la participación de la comunidad.
4. Monitoreo efectivo y participación activa de la evaluación, mostró un elevado grado de dedicación tanto del personal sanitario como de la comunidad. El sistema de seguimiento posibilitó reconocer áreas de mejora, consiguiendo alcanzar el cuarto objetivo particular, centrado en la valoración del impacto.

Recomendaciones

1. Se recomienda a los establecimientos de salud de la RIS, que se incorporen programas para la prevención de la disminución o deterioro cognitivo, siendo actividades permanentes en su cronograma anual de actividades, priorizando la intervención sobre determinantes sociales como la pobreza, aislamiento y baja escolaridad.
2. Potenciar la formación del personal sanitario en el uso de herramientas de diagnóstico, (RUDAS, IFS, PFAQ) y estrategias preventivas, asegurando la viabilidad del modelo FINGER adaptado.
3. Fomentar redes de respaldo entre líderes de la comunidad, promotores de salud y cuidadores, con el fin de que las acciones no se limiten únicamente al sistema de salud, sino que sean sustentables desde el núcleo social.
4. Se aconseja implementar un sistema de monitorización con indicadores claros que permitan valorar la reducción del riesgo cognitivo a medio y largo plazo, y que oriente las políticas locales de salud pública en la población de edad avanzada.
5. Se recomienda replicar el modelo en otras RIS, considerando los resultados favorables del plan piloto, ajustando las acciones al entorno social y económico de cada región.

Referencias

- Arvanitakis, Z., Shah, R. C., y Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and management of dementia: Review. *JAMA*, 322(16), 1589–1599. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4782>
- Babulal, G. M., Zha, W., Trani, J. F., et al. (2024). Identifying gaps and barriers in Alzheimer's disease and related dementia research and management in low- and middle-income countries: A survey of health professionals and researchers. *Journal of Alzheimer's Disease*, 101(4), 1307–1320. <https://doi.org/10.3233/JAD-240650>
- Barnes, L. L., Lamar, M., y Schneider, J. A. (2019). Sex differences in mixed neuropathologies in community-dwelling older adults. *Brain Research*, 1719, 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2019.05.028>
- Bernstein Sideman, A., Al-Rousan, T., Tsoy, E., et al. (2022). Facilitators and barriers to dementia assessment and diagnosis: Perspectives from dementia experts within a global health context. *Frontiers in Neurology*, 13, 769360. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.769360>
- Bott, N. T., Hall, A., Madero, E. N., et al. (2019). Face-to-face and digital multidomain lifestyle interventions to enhance cognitive reserve and reduce risk of Alzheimer's disease and related dementias: A review of completed and prospective studies. *Nutrients*, 11(9), 2258. <https://doi.org/10.3390/nu11092258>
- Cao, Q., Tan, C. C., Xu, W., et al. (2020). The prevalence of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 73(3), 1157–1166. <https://doi.org/10.3233/JAD-191092>
- Castro, C. B., Costa, L. M., Dias, C. B., et al. (2023). Multi-domain interventions for dementia prevention – A systematic review. *The Journal of Nutrition, Health y Aging*, 27(12), 1271–1280. <https://doi.org/10.1007/s12603-023-2046-2>
- Chino, B., Zegarra-Valdivia, J., de Frutos-Lucas, J., Paredes-Manrique, C., y Custodio, N. (2022). Impact of sociodemographic features and lifestyle on cognitive performance of Peruvian adults. *Journal of Alzheimer's Disease*, 90(2), 599–608. <https://doi.org/10.3233/JAD-220428>

- Crivelli, L., Calandri, I. L., Suemoto, C. K., et al. (2023). Latin American initiative for lifestyle intervention to prevent cognitive decline (LatAm-FINGERS): Study design and harmonization. *Alzheimer's y Dementia*, 19(9), 4046–4060. <https://doi.org/10.1002/alz.13101>
- Custodio, N., Wheelock, A., y Parodi, J. (2021). Epidemiología de las demencias en el Perú: Retos y oportunidades. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(2), 321-328. https://bvs.ins.gob.pe/insprint/Rev/MED_EXP/sp2007/v24n02.pdf
- Gómez-Virgilio, Laura, Reyes-Gutiérrez, Gabriela S., Silva-Lucero, María del C., López-Toledo, Gustavo, y Cárdenas-Aguayo, María del C. (2022). Etiología, factores de riesgo, tratamientos y situación actual de la enfermedad de Alzheimer en México. *Gaceta médica de México*, 158(4), 244-251. Epub 30 de septiembre de 2022. <https://doi.org/10.24875/gmm.22000023>
- Hafdi, M., Hoevenaar-Blom, M. P., y Richard, E. (2021). Multi-domain interventions for the prevention of dementia and cognitive decline. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD013572. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013572.pub2>
- Deckers, K., Zwan, MD, Soons, LM et al. A multidomain lifestyle intervention to maintain optimal cognitive functioning in Dutch older adults—study design and baseline characteristics of the FINGER-NL randomized controlled trial. *Alz Res Therapy* 16, 126 (2024). <https://doi.org/10.1186/s13195-024-01495-8>

- Hogervorst, E., Temple, S., y O'Donnell, E. (2023). Sex differences in dementia. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 62, 309–331. https://doi.org/10.1007/7854_2022_408
- Iadecola, C., Smith, E. E., Anrather, J., et al. (2023). The neurovasculome: Key roles in brain health and cognitive impairment: A scientific statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 54(6), e251–e271. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37009740/>
- Ibáñez, A., Pina-Escudero, S. D., Possin, K. L., et al. (2021). Dementia caregiving across Latin America and the Caribbean and brain health diplomacy. *The Lancet Healthy Longevity*, 2(4), e222–e231. [https://doi.org/10.1016/s2666-7568\(21\)00031-3](https://doi.org/10.1016/s2666-7568(21)00031-3)
- Ibáñez, A., Parra, M. A., y Butler, C. (2021). The Latin America and the Caribbean Consortium on Dementia (LAC-CD): From networking to research to implementation science. *Journal of Alzheimer's Disease*, 82(s1), S379–S394. <https://doi.org/10.3233/JAD-201384>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024a). **Informe técnico: Situación de los hogares con personas adultas mayores, octubre-diciembre 2023**. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1866/libro.pdf
- Instituto Nacional de Demencia México. (2024). *Instituto Nacional de Geriátría*. https://www.alzint.org/u/Plan_Nacional_Demencias_Mexico_2024.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024b). *Encuesta Nacional de Hogares: Primer trimestre 2024*. <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/enaho/>
- Juarez-Cedillo, T., Gonzelez-Figueroa, E., Gutierrez-Gutierrez, L., et al. (2022). Prevalence of dementia and main subtypes in Mexico: The Study on Aging and Dementia in Mexico (SADEM). *Journal of Alzheimer's Disease*, 89(3), 931–941. <https://doi.org/10.3233/JAD-220012>
- Kantarci, K. (2021). 2021 marks a new era for Alzheimer's therapeutics. *The Lancet. Neurology*, 21(1), 3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34942134/>

- Kivipelto, M., Mangialasche, F., Snyder, H. M., et al. (2020). World-Wide FINGERS Network: A global approach to risk reduction and prevention of dementia. *Alzheimer's y Dementia*, 16(7), 1078–1094. <https://doi.org/10.1002/alz.12123>
- Lazar, R. M., Howard, V. J., Kernan, W. N., et al. (2021). A primary care agenda for brain health: A scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 52(6), e295–e308. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000367>
- Li, X., Feng, X., Sun, X., et al. (2022). Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2019. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14, 937486. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.937486>
- Llibre-Guerra, J. J., Jiang, M., Acosta, I., et al. (2024). Social determinants of health but not global genetic ancestry predict dementia prevalence in Latin America. *Alzheimer's y Dementia*, 20(7), 4828–4840. <https://doi.org/10.1002/alz.14041>
- Lopera, F., Custodio, N., Rico-Restrepo, M., et al. (2023). A task force for diagnosis and treatment of people with Alzheimer's disease in Latin America. *Frontiers in Neurology*, 14, 1198869. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1198869>
- Long, S., Benoist, C., Weidner, W. (2023). *Informe Mundial sobre el Alzheimer 2023: Cómo reducir el riesgo de demencia: nunca es demasiado pronto, nunca es demasiado tarde*. Alzheimer's Disease International. https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2023_Spanish.pdf
- Livia, J., Zegarra, V., Vásquez, J., Ortiz, M., Camacho, O., Herrera, D., y Flores, M. (2019). Prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores que acuden a la consulta de atención primaria de la salud. *Cátedra Villarreal - Psicología*, 2(2), 353–362. Recuperado a partir de <https://revistas.unfv.edu.pe/CVFP/article/view/320>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Ministerio de Salud. (2023). *Norma técnica de salud para el cuidado integral*

de las personas adultas mayores. Resolución Ministerial N°207MINSA/DGIESP-2023. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-789-2023-MINSA-MOD-RM-948-2023.pdf>

Ministerio de Salud. (2023). *Informe anual de atención a personas adultas mayores en la DIRIS Lima Centro*. <https://www.gob.pe/dirislimacentro>

Muniza, A., Corbett S. (2021). Effect of Social Determinants of Health on Cognition and Risk of Alzheimer Disease and Related Dementias. *Clinical Therapeutics* 43(6). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149291821002204>

Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., et al. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomized controlled trial. *The Lancet*, 385(9984), 2255–2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)

Organización Mundial de la Salud. (2020). Social determinants of health. <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>

- Organización Mundial de la Salud. (2021). *El mundo no está abordando el reto de la demencia*. <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2021-mundo-no-esta-abordando-reto-demencia>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Demencia: Hoja informativa*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Paradela, R. S., Calandri, I., Castro, N. P., et al. (2024). Population attributable fractions for risk factors for dementia in seven Latin American countries: An analysis using cross-sectional survey data. *The Lancet Global Health*, 12(10), e1600–e1610. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00275-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00275-4)
- Parra, M. A., Baez, S., Allegri, R., et al. (2018). Dementia in Latin America: Assessing the present and envisioning the future. *Neurology*, 90(5), 222–231. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004897>
- Parra, M. A., Baez, S., Sedeño, L., et al. (2021). Dementia in Latin America: Paving the way toward a regional action plan. *Alzheimer's & Dementia*, 17(2), 295–313. <https://doi.org/10.1002/alz.12202>
- Ribeiro, F., Teixeira-Santos, A. C., Caramelli, P., y Leist, A. K. (2022). Prevalence of dementia in Latin America and Caribbean countries: Systematic review and meta-analyses exploring age, sex, rurality, and education as possible determinants. *Ageing Research Reviews*, 81, 101703. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101703>
- Robledo, L. M. G., Cano-Gutiérrez, C., y Garcia, E. V. (2022). Healthcare for older people in Central and South America. *Age and Ageing*, 51(5), afac017. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac017>
- Scheltens, P., De Strooper, B., Kivipelto, M., Holstege, H., Chételat, G., Teunissen, C. E., Cummings, J., y van der Flier, W. M. (2021). *Alzheimer's disease*. *Lancet (London, England)*, 397(10284), 1577–1590. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32205-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32205-4)
- Zhang, X. X., Tian, Y., Wang, Z. T., Ma, Y. H., Tan, L., y Yu, J. T. (2021). The Epidemiology of Alzheimer's Disease Modifiable Risk Factors and Prevention. *The journal of prevention of Alzheimer's disease*, 8(3), 313–321. <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.15>
- Zegarra-Valdivia, J. A., Pérez-Fernández, L., Casimiro-Arana, M., et al.

(2025). Prevalence and risk factors of mild cognitive impairment and dementia in northern Peru. *Frontiers in Public Health*, 13, 1567073. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1567073>

Anexos

Anexo 1: Información del proyecto.

Anexo 2: Consentimiento Informado.

Anexo 3: Protocolo de Evaluación

Anexo 4: Cuestionario sobre la salud del paciente.

Anexo 5: Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)

Anexo 6: INECO FRONTAL SCREENING (IFS)

Anexo 7: Cuestionario de actividad funcional de Pfeffer (BFAQ)

Talleres comunitarios previstos por mes (3 - 8)

Mes 3

- **Taller 1:** Introducción a la salud cerebral y prevención del Alzheimer
- **Taller físico:** Activación corporal y caminatas supervisadas
- **Sesión cognitiva:** Juegos de memoria y atención
- **Sesión de consejería:** Identificación de factores de riesgo personales

Mes 4

- **Taller 2:** Alimentación saludable y neuroprotección
- **Taller práctico:** Preparación de meriendas ricas en omega 3
- **Sesión cognitiva:** Lectura comentada y asociación visual
- **Consejería familiar:** Estimulación cognitiva en casa

Mes 5

- **Taller 3:** Control de hipertensión, diabetes y sedentarismo
- **Taller físico:** Rutinas aeróbicas de bajo impacto
- **Evaluación intermedia:** Pruebas de RUDAS y PFAQ
- **Cineforo:** Documental sobre envejecimiento activo

Mes 6

- **Taller 4:** Gestión emocional y fortalecimiento social
- **Taller creativo:** Teatro comunitario y expresión corporal
- **Consejería grupal:** Prevención del aislamiento social
- **Evaluación funcional** post-talleres

Mes 7

- **Taller 5:** Hábitos saludables sostenibles y motivación
- **Feria intergeneracional:** Actividades entre jóvenes y adultos mayores
- **Recolección de datos** post-intervención
- **Encuestas** de percepción y bienestar

Mes 8

- **Taller de cierre:** Resultados y aprendizajes
- **Evento comunitario:** Presentación de logros del programa
- **Entrega de informe** preliminar a autoridades locales
- **Recomendaciones** para continuidad comunitaria

Anexo 1 : Informativo del proyecto de investigación:

“PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN O DISMINUCIÓN DEL RIESGO DEL ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES DE UNA RED INTEGRAL DE SALUD EN LIMA EN BASE A DETERMINANTES SOCIALES IDENTIFICADOS, 2025”

Mediante este documento lo convocamos a involucrarse en el proceso de investigación denominado: “Plan de acción para la prevención o disminución del riesgo del Alzheimer en adultos mayores de una red integral de salud en Lima en base a determinantes sociales identificados, 2025”. El cual se lleva a cabo con el objetivo de cooperar en la implementación de estrategias que faciliten prevenir o reducir los riesgos de la aparición del Alzheimer en personas de edad avanzada.

Propósito del estudio: es establecer un plan de acciones para prevenir o reducir el riesgo de Alzheimer en personas de edad avanzada de una RIS en Lima, basándose en los determinantes sociales detectados en 2025.

Procedimientos: Si acepta participar en la presente investigación, debemos señalar que se le pedirá responder algunas interrogantes relacionadas con sus capacidades mentales y estado de ánimo para información relevante para el estudio, estos datos sobre su salud mental y física. Además, se llevarán a cabo algunas evaluaciones cognitivas para evaluar su cognición y encuestas para evaluar su salud emocional. Este procedimiento tendrá una duración aproximada de 20 y 30 minutos.

Riesgos: Es importante destacar que no hay riesgos durante su implicación en este estudio.

Beneficios: Analizar la condición de su salud mental y neurocognitiva, lo que permitirá entender el estado actual de sus habilidades mentales y estado emocional.

Costos: El gasto del cuestionario y análisis será cubierto por los investigadores, no teniendo que pagar o abonar nada para su participación en el estudio.

Confidencialidad: La información recabada se utilizará únicamente para los propósitos de la investigación y no se revelará ninguna información personal.

Uso futuro de la información obtenida: Los datos recolectados solo se utilizarán para los propósitos de la investigación en sí y los datos se emplearán exclusivamente para tal propósito.

Derechos del participante: Su implicación es voluntaria. De tener algún inconveniente, por favor se requiere que lo comunique al equipo de investigación. Si usted tuviera preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que te han tratado injustamente puede contactar con el Coordinador de la investigación.

Anexo 2: Consentimiento informado para el proyecto de investigación

“PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN O DISMINUCIÓN DEL RIESGO DEL ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES DE UNA RED INTEGRAL DE SALUD EN LIMA EN BASE A DETERMINANTES SOCIALES IDENTIFICADOS, 2025”

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ FECHA: ____/____/____

Por medio del presente documento acepto voluntariamente formar parte de la investigación “PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN O DISMINUCIÓN DEL RIESGO DEL ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES DE UNA RED INTEGRAL DE SALUD EN LIMA EN BASE A DETERMINANTES SOCIALES IDENTIFICADOS, 2025”, y hago constar que se me ha proporcionado una explicación precisa de la naturaleza del proyecto.

Es evidente que, con mi implicación, se empleará mi información clínica en la investigación. Soy consciente de las circunstancias en las que se empleará esta información, además de que no obstaculiza ningún tratamiento que esté recibiendo actualmente.

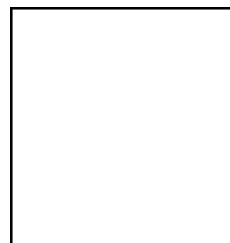
De esta forma, yo ☐ AUTORIZO / ☐ NO AUTORIZO mi participación en este estudio.

Firma del participante

Nombre: _____

DNI: _____

Índice derecho



Firma del testigo (en caso el participante sea incapaz de proveer el Consentimiento Informado)

Nombre: _____

DNI: ____

Firma del Investigador Principal o Personal designado

Nombre: _____

DNI: _____

Fecha: ____/____/____

Anexo 3 : Protocolo de evaluación

--	--

Iniciales del paciente:

Código:

Fecha:

 /

 /

Mes Día Año

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): ____ / ____ / ____	
Sexo*: (marcar una) ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No reportado	Estado civil *: (marcar uno) ☐ Soltero ☐ Conviviente ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado
Nivel de Instrucción de Usted*: (marcar uno) ☐ Sin Instrucción / Analfabeto ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Técnica incompleta ☐ Técnica completa ☐ Superior incompleta ☐ Superior completa	Nivel de Instrucción de su padre*: (marcar uno) ☐ Sin Instrucción / Analfabeto ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Técnica incompleta ☐ Técnica completa ☐ Superior incompleta ☐ Superior completa
Nivel de Instrucción de su madre*: (marcar uno) ☐ Sin Instrucción / Analfabeto ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Técnica incompleta ☐ Técnica completa ☐ Superior incompleta ☐ Superior completa	¿Usted lee con frecuencia? ☐ Sí ☐ No Horas de lectura a la semana: _____ ¿Usted realiza deporte o ejercicio físico (recreativo)? ☐ Sí ☐ No Horas de deporte o ejercicio físico (recreativo): _____

¿Presenta antecedentes de problemas o alteraciones en salud mental o psiquiátricas? ☐ Sí ☐ No	¿Ha sido diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades/trastornos? *: (Marque todas las que correspondan) ☐ Ansiedad ☐ Alcoholismo ☐ Depresión ☐ Insomnio ☐ Esquizofrenia ☐ Demencia ☐ Estrés Postraumático ☐ Consumo de sustancias/drogas, especifique: _____ ☐ Víctima de violencia (de género, doméstica, sexual, etc.). ☐ Otros, especifique: _____
--	---

¿Presenta antecedentes de problemas o alteraciones en médicas? ☐ Sí ☐ No	¿Ha sido diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades? *: (Marque todas las que correspondan) ☐ Diabetes Mellitus Tipo II ☐ Hipertensión ☐ Hipoacusia ☐ Insomnio ☐ Obesidad ☐ Colesterol elevado ☐ Enfermedad Cerebro Vascular ☐ Enfermedad Cardíaca ☐ Traumatismo encéfalo craneano ☐ Otros, especifique: _____	
¿Con qué frecuencia bebe alcohol? ☐ Nunca ☐ Mensualmente o menos ☐ 2 a 4 veces al mes ☐ 2 a 3 veces por semana ☐ No sabe	¿Con qué frecuencia fuma cigarrillos? ☐ Todos los días ☐ Algunos días ☐ Nunca ☐ No sabe	
¿El último año, sufriste de COVID-19 que haya sido confirmado por prueba PCR o de antígenos? ☐ Sí ☐ No	¿Has sufrido de COVID-19 más de una vez desde que inició la pandemia? ☐ Sí ☐ No Cuántas veces: _____	
¿Tuviste contacto cercano con alguna persona que haya sufrido de COVID-19 (familiares, pareja o amigos), y crees que te enfermaste, o posiblemente te contagiaste, a pesar de no tener síntomas? ☐ Sí ☐ No	Si enfermaste de COVID-19, ¿cuánto tiempo duraron los síntomas? N° de días: _____ ¿Cuándo fue? Fecha: ____ / ____ / ____	
¿Desea ser contactado en el futuro para seguir explorando su salud física y mental de forma completamente gratuita? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, llene la siguiente información de contacto:		

Dirección: _____	
Número de teléfono: _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular ☐ Otro: _____	Número alternativo: _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular ☐ Otro: _____

Formulario completado por: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

***Todos los campos son obligatorios**

Anexo 4 : Cuestionario sobre la salud del paciente – 9 PHQ – 9

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un “ ” para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING _____ + _____ + _____ + _____ =Total score: _____				
Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta <u>dificultad</u> le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?				
No ha sido difícil ☐	Un poco difícil ☐	Muy difícil ☐	Extremadamente difícil ☐	

Anexo 5 : Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)

1. MEMORIA (REGISTRO) – LISTA DE COMPRAS																			
Quiero que imagine que vamos a una tienda. Tengo aquí la lista de la compra. Quiero que recuerde las cosas que necesitamos traer de la tienda. Cuando lleguemos a la tienda, dentro de 5 minutos más o menos, le preguntaré qué tenemos que comprar. Usted debe recordar esta lista: • CAFÉ • ACEITE • HUEVOS • JABÓN Por favor repita la lista. (PIDA A LA PERSONA QUE REPITA LA LISTA 3 VECES, SI LA PERSONA NO REPITE TODAS LAS PALABRAS, REPÍTALE LA LISTA HASTA QUE LAS HAYA APRENDIDO Y PUEDA REPETIRLAS, O, HASTA UN MÁXIMO DE 5 VECES).																			
2. ORIENTACIÓN VISUO-ESPACIAL																			
Le voy a pedir que me enseñe/indique diferentes partes del cuerpo. (Correcto=1). UNA VEZ LA PERSONA LOGRE 5 ACIERTOS EN ESTE APARTADO, NO CONTINÚE, YA QUE LA MÁXIMA PUNTUACIÓN ES 5. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 5px;">(1) Enséñeme su pie derecho</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">.....1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(2) Enséñeme su mano izquierda</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">.....1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(3) Con su mano derecha toque su hombro izquierdo</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">.....1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(4) Con su mano izquierda toque su oreja derecha</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">.....1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(5) Señale (indique cuál es) mi rodilla izquierda</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">.....1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(6) Señale (indique cuál es) mi codo derecho</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">.....1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(7) Con su mano derecha señale (indique cuál es) mi ojo izquierdo</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">.....1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(8) Con su mano izquierda señale (indique cuál es) mi pie izquierdo</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">.....1</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">...../5</td> </tr> </table>		(1) Enséñeme su pie derecho	1	(2) Enséñeme su mano izquierda	1	(3) Con su mano derecha toque su hombro izquierdo	1	(4) Con su mano izquierda toque su oreja derecha	1	(5) Señale (indique cuál es) mi rodilla izquierda	1	(6) Señale (indique cuál es) mi codo derecho	1	(7) Con su mano derecha señale (indique cuál es) mi ojo izquierdo	1	(8) Con su mano izquierda señale (indique cuál es) mi pie izquierdo	1		/5
(1) Enséñeme su pie derecho	1																		
(2) Enséñeme su mano izquierda	1																		
(3) Con su mano derecha toque su hombro izquierdo	1																		
(4) Con su mano izquierda toque su oreja derecha	1																		
(5) Señale (indique cuál es) mi rodilla izquierda	1																		
(6) Señale (indique cuál es) mi codo derecho	1																		
(7) Con su mano derecha señale (indique cuál es) mi ojo izquierdo	1																		
(8) Con su mano izquierda señale (indique cuál es) mi pie izquierdo	1																		
	/5																		
3. PRAXIAS																			
Le voy a mostrar un movimiento/ ejercicio/ juego con mis manos. Quiero que me mire e imite lo que yo haga. Imíteme haciendo esto. (UNA MANO CON EL PUÑO CERRADO, LA PALMA DE LA OTRA APOYADA SOBRE LA MESA, SE VAN ALTERNANDO LAS POSTURAS DE AMBAS MANOS). Ahora hágalo conmigo. Ahora quiero que usted siga haciendo este ejercicio a esta velocidad hasta que le diga que pare. (HACER LA DEMOSTRACIÓN A UN RITMO MODERADO POR 10 SEGUNDOS). EL EVALUADO DE REALIZAR EL EJERCICIO POR APROXIMADAMENTE 10 SEGUNDOS. PUNTUAR COMO: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;">NORMAL</td> <td style="padding: 5px;">= 2 (muy pocos errores, en el caso que cometa alguno, ella misma los corrige, lo hace progresivamente mejor; mantiene bien la continuidad del movimiento; sólo muy ligeras pérdidas de sincronización entre las dos manos).</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;">PARCIALMENTE ADECUADO</td> <td style="padding: 5px;">= 1 (errores notables con algún intento de corregirse; intenta mantener la continuidad de la acción; sincronización pobre).</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;">FALLIDO</td> <td style="padding: 5px;">= 0 (incapaz de realizar la tarea; ausencia de persistencia; no lo intenta en absoluto).</td> </tr> </table> /2		NORMAL	= 2 (muy pocos errores, en el caso que cometa alguno, ella misma los corrige, lo hace progresivamente mejor; mantiene bien la continuidad del movimiento; sólo muy ligeras pérdidas de sincronización entre las dos manos).	PARCIALMENTE ADECUADO	= 1 (errores notables con algún intento de corregirse; intenta mantener la continuidad de la acción; sincronización pobre).	FALLIDO	= 0 (incapaz de realizar la tarea; ausencia de persistencia; no lo intenta en absoluto).												
NORMAL	= 2 (muy pocos errores, en el caso que cometa alguno, ella misma los corrige, lo hace progresivamente mejor; mantiene bien la continuidad del movimiento; sólo muy ligeras pérdidas de sincronización entre las dos manos).																		
PARCIALMENTE ADECUADO	= 1 (errores notables con algún intento de corregirse; intenta mantener la continuidad de la acción; sincronización pobre).																		
FALLIDO	= 0 (incapaz de realizar la tarea; ausencia de persistencia; no lo intenta en absoluto).																		

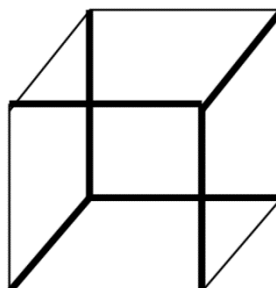
4. CONSTRUCCIÓN VISUO-ESPACIAL

Por favor, copie este dibujo, exactamente tal como lo ve (MOSTRAR UNA HOJA A4 CON EL DIBUJO DE UN CUBO EN PERSPECTIVA CON ARISTA LATERAL DE 12 CM Y ÁNGULO DE 45 GRADOS).

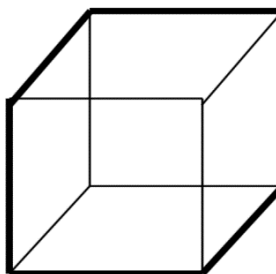
PUNTUAR SEGÚN:

(1) ¿Ha hecho la persona un dibujo basado en un cubo?1

(2) ¿Aparecen todas las líneas internas en su dibujo?1



(3) ¿Aparecen todas las líneas externas en su dibujo?1



...../3

5. JUICIO

Usted está parado en la vereda de una calle que tiene mucho tráfico. No hay cruceo peatonal ni semáforos. Dígame que haría para cruzar al otro lado de la calle sin peligro. (SI LA PERSONA DA UNA RESPUESTA INCOMPLETA QUE NO INCLUYA LAS DOS PARTES DE LA RESPUESTA, INCÍTELE: "Podría hacer alguna otra cosa?")

APUNTE EXACTAMENTE LO QUE EL PACIENTE DIGA Y RODEE CON UN CÍRCULO LAS PARTES DE LA RESPUESTA QUE FUERON INCITADAS.

PUNTUACIÓN:

¿Indicó la persona que miraría si pasaban coches? (si=2; si, incitada=1; no=0)/2

¿Propuso la persona alguna otra medida de seguridad? (si=2; si, incitada=1; no=0)/2

...../4

6. MEMORIA – RECUERDO

Acabamos de llegar a la tienda. ¿Recuerda la lista de cosas que necesita comprar? (INCITACIÓN: SI LA PERSONA NO LOGRA RECORDAR NINGÚN ELEMENTO DE LA LISTA, DECIRLE: "El primero era café"). 2 puntos por cada ítem que diga la persona que no le fuese recordado, usando sólo café como incitación.

Café2

Aceite2

Huevos2

Jabón2

...../8

7. LENGUAJE

Le voy a dar 1 minuto para que me diga tantos nombres diferentes de animales como pueda. Veamos cuantos animales distintos es capaz de nombrar en un minuto. (REPITA LAS INSTRUCCIONES SI ES NECESARIO). La puntuación máxima para este apartado es 8. Si la persona nombra 8 animales diferentes en menos de un minuto no es necesario continuar.

1. _____

5. _____

2. _____

6. _____

3. _____

7. _____

4. _____

8. _____

Anexo 6: Ineco Frontal Screening (IFS)

SERIES MOTORAS										/3	
“Mire atentamente lo que estoy haciendo”. El examinador realiza tres veces la serie de Luria “puño, canto, palma”. Ahora haga lo mismo con su mano derecha, primero conmigo y después solo.” El examinador realiza las series 3 veces con el paciente y luego le dice. “Ahora, hágalo usted solo”. Puntuación: 6 series consecutivas solo: 3 / al menos 3 series consecutivas solo: 2 / El paciente falla en 1 pero logra 3 series consecutivas con el examinador: 1 / El paciente no logra 3 series consecutivas con el examinador: 0											
INSTRUCCIONES CONFLICTIVAS										/3	
“Golpee dos veces cuando yo golpee una vez”. Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1-1-1. “Golpee una vez cuando yo golpee dos veces”. Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas: 0											
CONTROL INHIBITORIO MOTOR										/3	
“Golpee una vez cuando yo golpee una vez”. Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1-1-1. “No golpee cuando yo golpee dos veces”. Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Más de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas: 0											
REPETICIÓN DE DÍGITOS ATRÁS										/6	
2-4								5-7			
6-2-9								4-1-5			
3-2-7-9								4-9-6-8			
1-5-2-8-6								6-1-8-4-3			
5-3-9-4-1-8								7-2-4-8-5-6			
8-1-2-9-3-6-5								4-7-3-9-1-2-8			
9-4-3-7-6-2-5-8								7-2-8-1-9-6-5-3			
MESES ATRÁS										/2	
Diciembre		Noviembre		Octubre		Septiembre		Agosto		Julio	
Junio		Mayo		Abril		Marzo		Febrero		Enero	
MEMORIA DE TRABAJO VISUAL										/4	
1-2								3-4-2-1			
2-4-3								1-4-2-3-4			
Señale los cubos en el orden indicado, el paciente deberá copiar esta secuencia de movimientos en orden inverso. Hágalo despacio; el paciente decide qué mano prefiere utilizar.											
REFRANES										/3	
Perro que ladra, no muerde				Los que hablan mucho, suelen hacer poco.							
A mal tiempo, buena cara				Tomar una actitud positiva frente a las adversidades							

En casa de herrero, cuchillo de palo	Carecer de algo cuando por tu profesión u oficio, no debiera faltarte	
Ejemplo: 1/2 punto. Explicación Correcta: 1 Punto.		
CONTROL INHIBITORIO VERBAL		6
Iniciación		
Me pongo los zapatos y me ato los...		
Peleaban como perro y...		
Inhibición		
Juan compró caramelos en el...		
Ojo por ojo y diente por...		
Lave la ropa con agua y...		
Iniciación: Escuche cuidadosamente esta oración y cuando yo haya terminado de leerla, usted debe decirme lo más rápido posible, qué palabra podría completar la frase. Consignar respuesta. Inhibición. Diferente: 2/ Rel. Semántica: 1/Palabra exacta: 0 punto. Esta vez quiero que me diga una palabra que no tenga ningún sentido en el contexto de la oración, que no tenga ninguna relación con la misma. Por ejemplo: Daniel golpeó el clavo con el ...lluvia.		
Puntaje Total = ____/30 Índice de Memoria de Trabajo (Dígitos atrás + corsi) = /10		

Anexo 7: Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER (FAQ)

Lea las siguientes preguntas y anote el puntaje como sigue. Es importante precisar bien que la pregunta está dirigida a la esfera cognitiva, por lo que no se tienen en cuenta las discapacidades físicas (ejemplo Cuadriplejía como secuela neurológica puede impedir que el individuo administre sus propios medicamentos y no lo haga por el impedimento físico; pero desde el punto de vista cognitivo está en sus plenas facultades para hacerlo por lo que el puntaje en ese caso sería '0')

Puntuar cada ítem del modo siguiente:

- (0) Normal; o nunca lo hizo, pero podría hacerlo solo/a
- (1) Con dificultad, pero se maneja solo; o nunca lo hizo y si tuviera que hacerlo ahora tendría dificultad
- (2) Necesita ayuda (pero lo hace)
- (3) Dependiente (no puede realizarlo)

¿Maneja su propio dinero?	3	2	1	0
¿Puede hacer solo/a la compra (alimentos, ropa, cosas de la casa)?	3	2	1	0
¿Puede prepararse solo/a el café o el té y luego apagar el fuego?	3	2	1	0
¿Puede hacerse solo/a la comida?	3	2	1	0
¿Está al corriente de las noticias de su vecindario, de su comunidad?	3	2	1	0
¿Puede prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y los programas de TV, libros, revistas?	3	2	1	0
¿Recuerda si queda con alguien, las fiestas familiares (cumpleaños, aniversarios), los días festivos?	3	2	1	0
¿Es capaz de manejar su propia medicación?	3	2	1	0
¿Es capaz de viajar solo/a fuera de su barrio y volver a casa?	3	2	1	0
¿Saluda apropiadamente a sus amistades?	3	2	1	0
¿Puede salir a la calle solo/a sin peligro?	3	2	1	0

PUNTUACIÓN TOTAL

- Una puntuación por debajo de 6 indica normalidad (no dependencia)
- Una puntuación de 6 o más indica alteración funcional (dependencia funcional)