

Representaciones sociales de la demencia de profesionales de la salud en México

Social representations of dementia of health professionals in Mexico

Victor A. Huerta-Francisco, Magdalena Medrano-Ramos y
Teresa M. Torres-López

Recibido 10 agosto 2022 / Enviado para modificación 22 junio 2024 / Aceptado 28 julio 2024

RESUMEN

Objetivo Comprender las representaciones sociales de la demencia de los profesionales de la salud con y sin experiencia en el trabajo con personas con demencia.

Métodos Investigación cualitativa con la teoría de las representaciones sociales, desde el enfoque estructural. Se obtuvo la participación de 151 personas por muestreo propositivo. La información se recolectó con la técnica de listados libres, y se realizaron análisis prototípico y procesual.

Resultados Se encuentran similitudes en las representaciones sociales de la demencia entre grupos. En la conceptualización se encuentran definiciones con base en conocimientos clínicos, y en menor medida subjetivos, como el cuidado y las emociones de la persona con demencia. Las diferencias culturales pueden generar desigualdad e impactar en la atención de la enfermedad, con implicaciones en los servicios de salud pública.

Conclusiones Atender la desigualdad en los servicios de salud puede implicar que se cuestionen los conocimientos reproducidos en el interior de las academias que forman a los recursos humanos en áreas de la salud, desde una perspectiva crítica, histórica y cultural. Según los profesionales con experiencia en el cuidado de personas con demencia, se precisan políticas públicas para fortalecer los sistemas de salud, ampliando su cobertura y mejorando la calidad de la atención.

Palabras Clave: Envejecimiento; demencia; trastornos mentales; estudiantes; profesionales de la salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To understand the social representations of dementia of health professionals with and without experience in working with people with dementia.

Methods Qualitative research with the theory of social representations, from the structural approach. The participation of 151 people was obtained by purposive sampling. The information was collected with the free list technique, and prototypical and processual analysis were performed.

Results Similarities are found in the social representations of dementia between groups, showing in the conceptualization definitions based on clinical knowledge, and to a lesser extent subjective as care and emotions of the person with dementia. Cultural differences can generate inequality and impact on the care of the disease, with implications for public health services.

Conclusions Addressing inequality in health services may involve questioning the knowledge reproduced within the academies that train human resources in health areas from a critical, historical and cultural perspective. According to professionals experienced in dementia care, public policies are needed to strengthen healthcare systems through expanded coverage and improved quality of care.

Key Words: Aging; dementia; mental disorders; students; health care providers (*source: MeSH, NLM*).

VH: Lic. Psicología. Ph. D. Ciencias de la Salud Pública. Jalisco, México.

victor.huerta.fco@gmail.com

MM: Lic. Gerontología. M.Sc. Gerontología. Ph. D. Ciencias de la Salud Pública. Docente, Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ). Querétaro, México. magdalena.medrano@outlook.com

TT: Lic. Psicología. M. Sc. Ciencias de la Salud Pública. Ph. D. Antropología Social y Cultural. Docente, Departamento de Salud Pública. Universidad de Guadalajara (UDG). Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS). Guadalajara, México.

tere.torres.cucs@gmail.com



DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V26n4.104186>

El proceso de envejecimiento de la población es una de las tendencias demográficas en aumento en el grupo etario de personas mayores a nivel global. Este aumento suele acompañarse de enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales pueden dificultar aún más el acceso a la atención, la gestión de la salud, la autonomía y la toma de decisiones (1).

Las enfermedades mentales en la población de adultos mayores son un problema de salud pública por los costos materiales para los sistemas de salud, la falta de coordinación en la atención por los profesionales de la salud, poco involucramiento de la red de apoyo de las personas que las padecen y una sociedad que las excluye de la vida social (1).

Tal es el caso de la demencia, un síndrome crónico progresivo caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, el lenguaje y el juicio. Se conoce que la edad es el principal factor de riesgo, y no una consecuencia inevitable del envejecimiento (2). En la actualidad, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su quinta edición, incluye la demencia en el constructo “trastorno neurocognitivo mayor y leve” (3).

Los costos de la enfermedad pueden requerir cuidados desde etapas tempranas, lo que aumenta la probabilidad de presentar comorbilidades, e incrementa el costo de salud hasta en un 300%. En 2015 se estimó que el costo médico y social, del cuidado informal llegó a más de 800 mil millones de dólares a nivel mundial (4). Actualmente los costos rebasan los 1300 billones de dólares anuales, con un costo aproximado por paciente de US\$ 20000 dólares anuales, lo que representa un gasto catastrófico para quien la padece y sus familiares, quienes sistemáticamente empobrecen (5), así como mayor incidencia de casos en países de ingresos bajos y medios (6,7).

En América Latina y el Caribe, la prevalencia es de alrededor de 4,5 millones de casos (6), y se prevé un incremento de casos que duplicará la prevalencia de casos cada 20 años y alcanzará casi los 20 millones de personas afectadas en el 2050 (8), especialmente en zonas rurales (9). En México, en el año 2014 la prevalencia estimada era de 860 000 casos; se estima que para el año 2050, la prevalencia aumentará a los 3,5 millones de casos, es decir, en menos de 40 años se cuadruplicará el número de casos (5).

Se han sugerido programas internacionales para mitigar el impacto de la enfermedad como el plan de acción global para la respuesta de la salud pública a la demencia 2017-2025, el cual considera a la demencia un asunto de salud pública, que impacta con mayor inequidad a los países de ingresos bajos y medios. Se sugiere promover políticas públicas locales que concienticen sobre la enfermedad, fortalezcan los servicios de salud para el diagnóstico temprano, y ofrezcan educación al paciente y a su entorno social acerca de la enfermedad (10).

Programas como este son de interés, ya que la demencia puede generar estigma a quien la padece por las alteraciones en la función cognitiva, con lo que puede verse excluido o discriminado de espacios de relación social. Ello supone un reto para los profesionales de la salud en ofrecer atención sanitaria equitativa, digna y de calidad (11).

En ese sentido, la conceptualización y los significados de la demencia han cambiado histórica y culturalmente. Algunos autores la rastrean en la antigua Grecia, como sujetos excluidos de la vida pública sin derechos cívicos ni jurídicos. Posteriormente, en el siglo XIX el concepto se refería a un deterioro intelectual adquirido y conducta desviada (12). Sin embargo, la conceptualización moderna difiere sustancialmente de la utilizada por siglos, y su desarrollo se dio a la par que el concepto de deterioro cognitivo. En el siglo XIX se encuentra evidencia de la convergencia entre los significados históricos de la demencia y definiciones del concepto del sentido médico actual (13).

En lo que respecta a la investigación en representaciones sociales, se han hecho aportes a la comprensión de la literatura de la salud mental en el adulto mayor, en específico, de la demencia. Las representaciones sociales son la información de sentido común basada en las creencias, los valores y las opiniones que construyen en las personas una representación de algo o alguien y orientan una acción frente a ello (14). Autores parten de orientaciones que abogan por la construcción de estructuras estables en las que se organiza la información para construir la representación. Al mismo tiempo, señalan la existencia de un núcleo central, propenso a la estabilidad y un núcleo periférico de carácter contextual o vivencial de la representación (15).

La literatura acerca de las representaciones sociales de la demencia es limitada, con predominio por diseños cualitativos, aunque existen investigaciones desde diseños cuantitativos y mixtos. Una investigación estudió los conceptos de salud mental y enfermedad mental de adultos. Las autoras señalan la asociación que hacen los participantes entre enfermedad mental y enfermedad por demencia. También resaltan la diferencia entre géneros, de acuerdo con la cual las mujeres expresan la necesidad de atención en salud mental, en tanto que los hombres la consideran en función del bienestar obtenido (16).

Una investigación con cuidadores primarios buscó conocer las representaciones sociales desde los primeros signos de la enfermedad hasta el momento del diagnóstico de la demencia. Los autores sugieren un modelo que concibe a la enfermedad como un agente, en articulación con los conocimientos, los sentimientos y las dificultades hacia el diagnóstico, lo que impactará en los mecanismos de confrontación de los cuidadores (17).

Mushi exploró las creencias socioculturales de una comunidad del África oriental en torno a la demencia, las

experiencias de personas que la padecen y sus cuidadores. Encontró cinco categorías, según las cuales la enfermedad es notoria hasta los primeros signos de deterioro cognitivo como la pérdida de la memoria. Ante ello, la mayoría busca atención por la vía de los cuidados modernos y por curanderos. Las personas con demencia y los cuidadores coincidieron en cuanto a las estrategias para brindar apoyo al binomio de la enfermedad paciente-cuidador (18).

La única investigación encontrado con una muestra similar a la del presente estudio, explora las percepciones y actitudes hacia la enfermedad de Alzheimer de una muestra aleatorio de 25 médicos practicantes del sector privado. Los autores son críticos al caracterizar a la enfermedad como una “enfermedad de la autonomía”; señalan que en la pérdida de autonomía de las actividades de la vida cotidiana los pacientes atraviesan un problema que luce no médico, e indican que la enfermedad resulta doblemente estigmatizante por aparentar tener pocas repercusiones médicas y la incertidumbre de la efectividad en los tratamientos farmacológicos (19).

Por lo anterior, el presente estudio se interesa por comprender las representaciones sociales de la demencia de profesionales de la salud con y sin experiencia en el trabajo con personas que padecen demencia.

MÉTODOS

Esta es una investigación cualitativa, con la perspectiva teórica de las representaciones sociales según la orientación estructural de Abric, autor que plantea la existencia de núcleos de la representación, en los cuales existe un núcleo central, compartido por el contexto social; igualmente, señala la existencia de un núcleo periférico que da sentido al núcleo central y se forja en el devenir de lo cotidiano de las personas (15).

Para la recolección de la información se usaron formularios en línea, con la herramienta de Google Forms® (20), distribuidos a través de grupos de Facebook, con el permiso de los administradores (21). Se tiene conocimiento que la realización de encuestas por este formato facilita la cooptación de participantes y supera las barreras espaciales que supone la aplicación de entrevistas en espacios físicos, como el caso de las campañas de donación (22).

Se hizo un muestreo propositivo y por bola de nieve, obteniendo la participación de 151 profesionales de la salud y estudiantes con y sin experiencia en el trabajo con personas con demencia (23). Se conformaron dos grupos. En el grupo compuesto por personal de la salud con experiencia en la demencia, hubo 67 participantes, de los cuales 55 fueron mujeres (88,1%) y 12 hombres (17,9%). La edad promedio fue de 33,52 años ($\pm 11,9$). El grupo compuesto por profesionales sin experiencia fue mayori-

tariamente de estudiantes del área de la salud, compuesto por 84 personas, 55 de ellas mujeres (64,5%) y 29 hombres (34,5%); su edad promedio fue de 22,9 años ($\pm 6,2$).

Para conocer la cantidad de personas requeridas para el estudio se usó la determinación del tamaño de muestra según la competencia cultural esperada (0,5) y el nivel de confianza aceptable (0,95). La literatura sugiere que en este tipo de estudios el tamaño mínimo de participantes sea 17 (24).

Los instrumentos para recolectar la información fueron los listados libres. Este instrumento usa el formato de entrevista estructurada, con características asociativas que animan a los participantes a dar respuestas espontáneas basadas en sus creencias naturales. Se utilizó la consigna: “a continuación, dime en qué palabras piensas cuando escuchas la palabra ‘demencia’” (25). Así mismo, se les aclaró que no existen respuestas correctas o incorrectas, para alentar a responder de manera natural.

Se hicieron dos tipos de análisis basados en la literatura de representaciones sociales: prototípico y estructural. En el primero, se calculó el índice de salience de Smith (26) de las respuestas de cada grupo en el instrumento de listados libres. Esto se basa en el rango de frecuencia de las palabras contestadas para determinar cómo se estructura el núcleo de la representación. Se usó el programa IRAMUTEQ para graficar la representación (27). Para el segundo análisis, se hizo un análisis de contenido de las palabras y la explicación de sus respuestas (28). Para satisfacer los criterios de calidad se triangularon los datos entre los autores (29).

Esta investigación se alinea con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en sus artículos 16, 17 y 21 del país de origen, al garantizar la privacidad y el anonimato de los participantes, haberles explicado el objetivo y cómo sería su participación, así como señalarles que su participación se considera sin riesgo para la salud (30). El consentimiento informado fue firmado a través de la plataforma de Google Forms®.

RESULTADOS

El grupo de profesionales de la salud que tienen contacto con personas con demencia, se encontró en los listados libres las palabras con mayor índice de salience de Smith (26). Algunas de ellas fueron “deterioro cognitivo”, “memoria”, “vejez”, “olvido”, entre otras.

Con las palabras del instrumento de listados libres se pudo estructurar el núcleo central de la representación del análisis prototípico. Se retuvieron las palabras mencionadas, por lo menos por dos participantes, y se evocaron 89 términos. En la Tabla 1 se presenta el prototipo (frecuencia x rango) de la representación de demencia

para el grupo de profesionales con experiencia con en el trabajo con personas con demencia.

En la región superior izquierda se ubican los términos con mayor frecuencia ($\geq 6,6$), en rangos bajos ($\leq 2,8$), que pueden representar el núcleo central de la representación. En el caso del concepto de demencia, en el núcleo

de la representación social se encuentran elementos cognitivos (deterioro cognitivo, memoria, Alzheimer, procesos cognitivos y olvidar), cronicidad (enfermedad crónica), cuidado (dependencia) y relación con una población (vejez).

Tabla 1. Análisis prototípico de la representación social de la demencia por parte de profesionales de la salud con experiencia en el trabajo con personas que padecen demencia

Rango		Bajo <= 2,8		Alto > 2,8			
Frecuencia	Alta => 6,6	Deterioro cognitivo	30	2,3	Cuidados	10	4,1
		Memoria	25	2,4	Tristeza	7	3,9
		Vejez	17	2,6			
		Alzheimer	16	2,5			
		Procesos cognitivos	16	2,6			
		Olvidar	15	2,3			
		Enfermedad crónica	14	2,6			
		Dependencia	12	2,8			
	Baja < 6,6	Discapacidad	6	2,2	Rehabilitación	5	3,2
		Progresivo	5	2,6	Natural	5	4
		Conducta	3	2,3	Tratamiento	5	3,8
		Locura	3	1,3	Depresión	5	3,8
		Miedo	2	2,5	Problema de salud pública	5	3
		Irracional	2	2,5	Soledad	4	3,5
		Independiente	2	2	Desgaste emocional	4	4,2
					Amor	4	3,2
			Familia	3	4		
Rango promedio 3.5		Evocaciones retenidas 68,4%					

En la región superior derecha se ubican los términos con mayor frecuencia ($\geq 6,6$), en rangos altos ($\geq 2,8$), que pueden representar el núcleo periférico de la representación, el cual muestra elementos de tipo contextual. En el concepto de la representación de la demencia fueron pocos los elementos identificados en el núcleo periférico que se relacionaron con a cuidado y afectos (tristeza).

El análisis procesual se centró en los significados y las categorías emergentes que pudieran ser agrupadas en el

análisis de contenido (28). La Tabla 2 muestra las categorías que emergieron del análisis, su significado y frecuencia, se consideraron seis categorías.

Por otro lado, el grupo de profesionales de la salud que no tuvieron experiencia con personas con demencia, reportó datos diferentes al primer grupo, en las palabras evocadas en los listados libres. Algunas de las palabras asociadas al concepto de demencia mencionadas fueron: “locura”, “vejez”, “enfermedad”, “trastorno”, entre otras.

Tabla 2. Principales categorías del análisis procesual de los profesionales de la salud con experiencia en el trabajo con personas que padecen demencia

Categorías	Definición	Porcentaje
Condición cognitiva	Elementos que señalan a la demencia como una enfermedad o trastorno caracterizado por el deterioro de las funciones neurocognitivas como la memoria y síntomas como el olvido.	55,4
Cuidado	Elementos del cuidado que puede requerir una persona con demencia, como dependencia, discapacidad y tratamiento.	21
Caracterización de la enfermedad	Impresiones abstractas del concepto. En este caso fueron dominantes: “conducta”, “frágil”, “soledad”.	7,2
Vejez y demencia	Asociación de la palabra con el sector de la población de adultos mayores y términos similares como “natural” y “lento”.	7
Sentimientos, emociones y sensaciones	Dimensión subjetiva que podría experimentar la persona con demencia, como “tristeza”, “depresión”, “angustia” o “miedo”.	5,4
Políticas públicas	Mención de la necesidad de implementar políticas públicas que atiendan las condiciones estructurales inequitativas en la atención a esta población.	4
Total		100

Con la lista de palabras se pudo articular el núcleo central de la representación social para el análisis prototípico. En este se retuvieron las palabras mencionadas por lo menos por dos participantes y se evocaron 101

términos diferentes. La Tabla 3 muestra el prototipo de la representación (frecuencia x rango) para el grupo de profesionales de la salud sin experiencia en el trabajo con personas con demencia.

Tabla 3. Análisis prototípico de la representación social de la demencia en profesionales de la salud sin experiencia en el trabajo con personas que padecen demencia

Rango		Bajo <= 2,9		Alto > 2,9			
Frecuencia	Alta => 6,4	Locura	40	1,6	Enfermedad	26	3
		Vejez	27	2,3	Confusión	12	3
		Olvidar	23	2,2	Soledad	10	3,3
		Memoria	20	2,5	Tristeza	10	4
		Trastorno	17	2,6	Mente	10	4
		Alucinación	11	2,9			
		Deterioro	8	2,1	Psiquiatra	9	3,7
		Discapacidad	8	2,9	Irracional	8	3,2
	Baja < 6,4	Daño	5	2,6	Cordura	6	4,2
		Amnesia	3	2	Explosivo	6	4,5
		Estrés	3	1,7	Agresivo	5	3,6
		Enfermedad mental	3	2,3	Facultades mentales	5	3
		Inestabilidad	3	2,7	Ansiedad	4	3,5
		Psicosis	3	1	Depresión	4	4,5
		Voces	2	1	Ayuda	4	4
					Hombre	3	3
					Anormal	3	3,3
Rango promedio 3,33 Evocaciones retenidas 65,0%							

En la región superior izquierda se ubican los términos con mayor frecuencia ($\geq 6,4$), en rangos bajos ($\leq 2,9$), que pueden representar el núcleo central de la representación. En este caso, hay elementos en el núcleo central de la representación de elementos cognitivos (locura, olvidar, memoria, alucinación), cronicidad (trastorno, deterioro), cuidado (discapacidad) y relación con una población (vejez).

En la región superior derecha se ubican los términos con mayor frecuencia ($\geq 6,4$), en rangos altos ($\geq 2,9$), que pueden representar el núcleo periférico de la representación. Existen varios elementos contextuales para

los participantes que pueden determinar el núcleo de la representación de la demencia, entre ellos, enfermedad, elementos cognitivos (confusión, mente, irracional) elementos afectivos (soledad, tristeza) y un profesional de la salud (psiquiatra).

Al momento de hacer el análisis procesual en este grupo, se realizó análisis de contenido (28), en el que destacan categorías similares al grupo de profesional de la salud con experiencia en el trabajo con personas que padecen demencia. En este grupo emergieron cinco categorías que se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Principales categorías del análisis procesual de los profesionales de la salud sin experiencia en el trabajo con personas que padecen demencia

Categorías	Definición	Porcentaje
Condición cognitiva	Elementos que llevan a considerar a la demencia como una enfermedad o trastorno caracterizado por el deterioro de funciones neurocognitivas como la memoria, además de olvido, o confusión; se señala la locura.	55,6
Cuidado	Elementos de cambio corporal que vuelven a la persona discapacitada, dependiente de alguien, o de un tratamiento, y la atención de profesionales de la salud.	17,8
Vejez y demencia	Asociación de la palabra con el sector de la población de adultos mayores y términos similares como "abuelo" y "anciano".	10,7
Caracterización de la enfermedad	Son elementos de impresiones abstractas del concepto. En este caso fueron dominantes "hombre", "anormal e inestable", "agresivo y explosivo".	9,5
Sentimientos y emociones	Dimensión subjetiva que experimenta la persona con demencia. Se señaló: "tristeza", "depresión", "miedo" y "ansiedad".	6,4
Total		100

DISCUSIÓN

Se encontraron similitudes y diferencias en las representaciones sociales sobre la demencia entre los profesionales de la salud que han tenido contacto con la población que padece esta enfermedad y quienes no han tenido contacto. La primera similitud que resalta es la evocación por ambos grupos del padecimiento con el grupo de adultos mayores, como lo sugiere la literatura (17,31,32).

Para el grupo que ha tenido experiencia en el trabajo con personas con demencia, su representación social evoca una condición cognitiva, enmarcada en el deterioro, la cronicidad y la vejez. Asimismo, el núcleo periférico de la representación está constituido por sentimientos como la tristeza y el reconocimiento de la necesidad de cuidado. Los participantes son críticos, en comparación con el grupo que no ha tenido experiencia, al señalar la necesidad de implementar políticas públicas que garanticen el acceso justo

y equitativo a la atención a la salud a las personas con este padecimiento, debido a la brecha de inequidad estructural.

Los profesionales de la salud que no han tenido contacto con personas con demencia suelen ser estudiantes, basan su representación social en elementos similares como el deterioro cognitivo y la vejez, aunque resalta su estereotipo hacia la demencia asociada a la locura. La conceptualización que hacen estos profesionales sin experiencia, generalmente estudiantes, tiende a ser clínica, con definiciones de sentido común (33).

Se ha demostrado que la conceptualización de la condición desde las dimensiones cognitivo, conductual y afectiva podría impactar en la estructuración y el manejo de la atención de pacientes que viven con demencia. Al respecto, se tiene conocimiento del estereotipo de la demencia de la voz de cuidadores y pacientes que viven con demencia, con significados positivos y negativos (34), lo que puede replicar tipificaciones del comportamiento de la persona que vive la enfermedad y crear barreras al acceso a la salud.

Ambos grupos reconocieron a la demencia como una enfermedad, aunque con mayor frecuencia lo indicó el grupo con experiencia en el campo. Aun así, es poco cuestionado por los participantes el despliegue de recursos que son puestos en marcha una vez que se realiza el diagnóstico, a lo que algunos autores consideran la “enfermedad de la autonomía” (19).

Encontramos que los conocimientos, las creencias y las actitudes de los profesionales de la salud en formación y los que realizan algún tipo de práctica con personas con demencia tienden a estereotipar a quien la padece, con lo que puede impactar a la salud pública (35). Toma relevancia atender la problemática de la calidad y el impacto de la atención médica de forma intersectorial, colaborativa y sensible a los diferentes entornos culturales en los que se ubica la demencia, que dan forma a la variedad de enfoques clínicos, políticos y sociales (31).

Este estudio busca aportar a la literatura en el campo, desde la perspectiva de los profesionales de la salud y la salud pública (19). Contribuye con nuevos retos, como la urgente necesidad de atender la brecha del acceso desigual a los servicios de salud por los pacientes con demencia, y prevenir el pensamiento estereotipado de los profesionales de la salud en el trato con el grupo vulnerable (16). Reformular los conceptos de la salud mental en la formación de los profesionales de la salud con un sentido histórico, supone un estudio crítico de la salud mental que considere imbricados a la cultura, la política y la sociedad, para cuestionar el exilio de lo público de los mentalmente desviados (36).

Consideramos, como otros autores (1), que se debe explorar la experiencia de las personas adultas mayores con demencia y sus cuidadores, así como indagar si las modifi-

caciones en el manual DSM V a la categoría evocan representaciones y significados diferentes a los encontrados aquí.

Encontramos fortalezas y limitaciones en esta investigación, como la facilidad en la recolección de la información y la posibilidad de dialogar con los participantes en caso de dudas. Entre las limitaciones, consideramos la necesidad de los participantes de contar con acceso a internet, así como algunos formularios incompletos no incluidos. Finalmente, los resultados de este estudio no pueden ser generalizables a todos los contextos ♣

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Bunn F, Burn A-M, Goodman C, Robinson L, Rait G, Norton S, et al. Comorbidity and dementia: a mixed-method study on improving health care for people with dementia (CoDem). Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2016. <https://doi.org/10.3310/hsdr04080>.
2. Organización Mundial de la Salud. Demencia [Internet]. 2025. Consultado en abril 2025. Disponible en: <https://bit.ly/4IE32YW>.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5.a ed. American Psychiatric Association. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
4. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 2015; 385(9967):549–62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7).
5. Gutiérrez-Robledo LM, Arrieta-Cruz I. Demencias en México: la necesidad de un plan de acción. *Gac Med Mex [Internet]*. 2015; 151(5):667–73. Disponible en: <https://bit.ly/3BRvQJ1>.
6. Organización Panamericana de la Salud. La demencia en América Latina y el Caribe: prevalencia, incidencia, repercusiones y tendencias a lo largo del tiempo. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2023. <https://doi.org/10.37774/9789275326657>.
7. Wimo A, Seeher K, Cataldi R, Cyhlarova E, Dieleman JL, Frisell O, et al. The worldwide costs of dementia in 2019. *Alzheimers Dement*. 2023; 19(7):2865–73. <https://doi.org/10.1002/alz.12901>.
8. Llibre Rodríguez J, Gutiérrez Herrera RF. Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Rev Cub Salud Publica [Internet]*. 2014; 40(3):378–87. Disponible en: <https://bit.ly/3Qcjjz>.
9. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Rodríguez JLL, et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Lancet*. 2012; 380(9836):50–8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60399-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60399-7).
10. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025 [Internet]. Ginebra: WHO; 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3A38oHf>.
11. Organización Panamericana de la Salud. Demencia: una prioridad de salud pública [Internet]. Washington, DC: OPS; 2013. Disponible en: <https://bit.ly/3E74MJh>.
12. Kurz AF, Lautenschlager NT. The concept of dementia: retain, reframe, rename or replace? *Int Psychogeriatr*. 2010; 22(1):37–42. <https://doi.org/10.1017/S1041610209991013>.
13. Custodio N, Montesinos R, Alarcón JO. Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Rev Neuropsiquiatr*. 2019; 81(4):235–50. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3438>.
14. Jodelet D. Représentations sociales: un domaine en expansion. En:

- Les representations sociales [Internet]. Presses Universitaires de France; 1989. p. 45–78. Disponible en : <https://bit.ly/3RbWym8>.
15. Abric JC. Prácticas sociales y representaciones [Internet]. Ciudad de México: Ediciones Coyoacán; 2001. Disponible en: <https://bit.ly/4jiNg3q>.
16. Torres-López TM, Munguía-Cortés JA. Desde el bienestar psicológico hasta la demencia, representaciones sociales sobre los conceptos de salud mental y enfermedad mental. En: Pando M, Salaza J, editores. Temas de condiciones de trabajo y salud mental [Internet]. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2007. p. 14–38. Disponible en: <https://bit.ly/4lpBF4w>.
17. Juárez-Cedillo T, Jarillo-Soto EC, Rosas-Carrasco O. Social representation of dementia and its influence on the search for early care by family member caregivers. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2013; 29(4):344–53. <https://doi.org/10.1177/1533317513517041>.
18. Mushi D, Rongai A, Paddick S-M, Dotchin C, Mtuya C, Walker R. Social representation and practices related to dementia in Hai District of Tanzania. *BMC Public Health*. 2014; 14:260. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-260>.
19. Lahjibi-Paulet H, Dauffy A, Minard A, Gaxatte C, Saint-Jean O, Somme D. Attitudes toward Alzheimer's disease: a qualitative study of the role played by social representation on a convenient sample of French general practitioners. *Aging Clin Exp Res*. 2012; 24(4):384–90. <https://doi.org/10.1007/BF03325270>.
20. Sostek K, Slatkin B. How google surveys works. White paper [Internet]. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3vQkrVY>.
21. Burkell J, Regan PM, Steeves V. Privacy, consent, and confidentiality in social media research. En: Quan-Haase A, Sloan L, editors. *The SAGE Handbook of social media research methods*. 2.a ed. Londres: Sage; 2022. p. 715–25. <https://doi.org/10.4135/9781473983847>.
22. Terbonssen T, Settmacher U, Wurst C, Dirsch O, Dahmen U. Effectiveness of organ donation information campaigns in Germany: a Facebook based online survey. *Interact J Med Res*. [Internet]. 2015; 4(3):e4287. Disponible en: <https://bit.ly/3QvfgCH>.
23. Suri H. Purposeful sampling in qualitative research synthesis. *Qual Res J*. 2011;11(2):63–75. <https://doi.org/10.3316/QRJ1102063>.
24. Weller SC. Cultural consensus theory: Applications and frequently asked questions. *Field Methods*. 2007; 19(4):339–68. <https://doi.org/10.1177/1525822X07303502>.
25. Bernard HR. Research methods in cultural anthropology: Qualitative and quantitative approaches [Internet]. Lanham, MD: Rowman & Littlefield; 2017. Disponible en: <https://bit.ly/42mdTOe>.
26. Smith J. Using Anthropac 3.5 and a spreadsheet to compute a free-list salience index. *Cult Anthropol Methods Newsl*. 1993; 5(3):1–3. <https://doi.org/10.1177/1525822X9300500301>.
27. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Trends Psychol* [Internet]. 2013; 21(2):513–8. Disponible en: <https://bit.ly/3zF00fD>.
28. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica [Internet]. Barcelona: Paidós Comunicación; 1990. Disponible en: <https://bit.ly/4282z9J>.
29. Hayashi P, Abib G, Hoppen N. Validity in qualitative research: a processual approach. *Qual Rep* [Internet]. 2019; 24(1):98–112. Disponible en: <https://bit.ly/3A6beLx>.
30. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 1986. Disponible en: <https://bit.ly/3bHmuou>.
31. Calia C, Johnson H, Cristea M. Cross-cultural representations of dementia: an exploratory study. *J Glob Health*. 2019; 9(1):011001. <https://doi.org/10.7189/jogh.09.011001>.
32. Cañabate P, Martínez G, Rosende-Roca M, Moreno M, Preckler S, Valero S, et al. Social representation of dementia: an analysis of 5,792 consecutive cases evaluated in a memory clinic. *J Alzheimers Dis*. 2017; 58(4):1099–108. <https://doi.org/10.3233/JAD-161119>.
33. Vatanabe IP, Manzine PR, Cominetti MR. Historic concepts of dementia and Alzheimer's disease: From ancient times to the present. *Rev Neurol (Paris)*. 2020; 176(3):140–7. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2019.03.004>.
34. Pabón Poches DK, Flórez García AL, Sanabria Vera LM. Estereotipos sobre la población adulta mayor en tres grupos etarios de cuidadores de personas mayores dependientes. *Actual Psicol*. 2019; 33(127):63–80. <https://doi.org/10.15517/ap.v33i127.34291>.
35. Olavarría L, Mardones C, Delgado C, Slachevsky Ch A. Percepción de conocimiento sobre las demencias en profesionales de la salud de Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2016; 144(10):1365–8. Disponible en: <https://bit.ly/3p5FwYG>.
36. Foucault M. Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason [Internet]. Routledge; 2003. Disponible en: <https://bit.ly/43Nzwt9>.