

**MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA Y RESPUESTA EMOCIONAL/AFFECTIVA EN  
ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**

**MARIANA BRAVO ARAGÓN  
PAULA CARMONA LEÓN**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
SANTIAGO DE CALI, 2023**

**MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA Y RESPUESTA EMOCIONAL/AFFECTIVA EN  
ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**

**MARIANA BRAVO ARAGÓN  
PAULA CARMONA LEÓN**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA  
OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO**

**MARIA TERESA CUERVO**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
SANTIAGO DE CALI, 2023**

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre memoria autobiográfica (MA) y la respuesta emocional/afectiva en pacientes con demencia tipo Alzheimer en la ciudad de Cali, Colombia.

**Método:** la muestra fueron 19 adultos mayores con enfermedad de Alzheimer (EA), 11 mujeres y 8 hombres. Estudio no experimental, con alcance descriptivo correlacional y diseño transversal. Los instrumentos que se utilizaron fueron *Autobiographical Interview* (AI) y *Self-Assessment Manikin*. **Resultados:** no se encontró una correlación significativa entre la MA y las respuestas emocionales/afectivas, sin embargo, se observó un mejor desempeño en la evocación de los recuerdos de la juventud en comparación con la adultez en cuanto a la variable detalle del hecho. **Conclusiones:** en los pacientes con EA, existen diferencias significativas en la MA sobre la capacidad de recordar eventos entre la juventud y la adultez, con una disminución más notable en los recuerdos recientes. En cuanto a las respuestas emocionales/afectivas se observó una tendencia a experimentar más respuestas negativas en respuesta a estímulos, lo que refleja el impacto de la enfermedad en la percepción emocional. Para futuras investigaciones, se sugiere seguir investigando estas variables, ya que son importantes para favorecer la calidad de vida de los pacientes, logrando identificar enfoques terapéuticos y posibles estrategias de prevención.

**Palabras claves:** Memoria autobiográfica, respuestas emocionales/afectivas, Alzheimer.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the relationship between autobiographical memory (AM) and emotional/affective responses in patients with Alzheimer's disease in the city of Cali, Colombia. **Method:** The sample consisted of 19 older adults with Alzheimer's disease (AD), 11 women and 8 men. This was an experimental study with a descriptive correlational approach and a cross-sectional design. The instruments used were the Autobiographical Interview (AI) and the Self-Assessment Manikin. **Results:** No significant correlation was found between AM and emotional/affective responses. However, a better performance was observed in the recall of memories from youth compared to adulthood in terms of the level of detail variable. **Conclusions:** In patients with AD, there are significant differences in AM concerning the ability to remember events between youth and adulthood, with a more noticeable decrease in recent memories. Regarding emotional/affective responses, there was a tendency to experience more negative responses to stimuli, reflecting the impact of the disease on emotional perception. For future research, it is suggested to continue investigating these variables as they are essential for improving the quality of life of patients and identifying therapeutic approaches and possible prevention strategies.

**Keywords:** Autobiographical memory, emotional/affective responses, Alzheimer's disease.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	13
Tipo de estudio	13
Participantes	13
Instrumentos	15
Procedimiento	18
Análisis de resultados	20
Consideraciones éticas	20
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	26
REFERENCIAS	32

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de la muestra	14
Tabla 2. Variables analizadas	14
Tabla 3. Caracterización de la MA según las variables cuantitativas de los recuerdos de juventud y adultez	22
Tabla 4. Comparación entre MA Juventud y MA Adultez	23
Tabla 5. Caracterización de la respuesta emocional y afectiva	24
Tabla 6. Correlación entre MA Juventud y la respuesta emocional/afectiva	24
Tabla 7. Correlación entre MA Adultez y respuesta emocional y afectiva	25

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo 2. CARTA CONFIRMACIÓN PACIENTES FUNDACIÓN DE ALZHEIMER, CALI

Anexo 3. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS Y TERAPIA MULTIMODAL PARA ATENCIÓN EN CRISIS EN ADULTO MAYOR

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso que inicia desde el nacimiento del ser humano, el cual implica momentos de desarrollo, evolución y deterioro en diferentes dimensiones como lo son lo biológico y psicológico. El envejecimiento, se puede definir como aquel proceso complejo e intrínseco de la vida, en donde el ser humano está en constante interacción social, cultural y ambiental (Ministerio de salud y protección social, 2023).

Así mismo, el envejecimiento es un desarrollo natural, por lo que la vejez es una construcción social y biográfica que se ubica en el último momento de la vida humana, en donde debido a la evolución y el deterioro que es intrínseco al envejecimiento; se generan cambios, limitaciones, dependencias y fortalezas humanas (Ministerio de salud y protección social, 2023). Es por esto, que el declive hace parte del envejecimiento y se evidencia en las personas adultas mayores, las cuales son denominadas como aquellas que cuentan con sesenta años o más (DANE, 2021). Ese tránsito hacia la vejez, no se da de una sola manera, ya que depende de cómo cada ser humano vive; su genética, sus experiencias y la manera en que se enfrentan las situaciones (Cerquera, 2015).

Con el envejecimiento se presentan cambios en el cerebro que, dependiendo de la plasticidad cerebral, muchas funciones pueden llegar a presentar alteraciones o continuar con su funcionamiento normal. Algunos de los cambios que se pueden presentar son la pérdida de volumen y adelgazamiento de la corteza frontal, que es fundamental en la atención y funciones ejecutivas. También, se presenta disminución del volumen neuronal y del número de receptores; sobre todo en enfermedades neurodegenerativas. Las alteraciones en la memoria están dadas por cambios en los circuitos frontales que parecen estar involucrados en el proceso de la memorización y la formación de recuerdos. Estos cambios se presentan alrededor de los 60 años, caracterizados por una disminución de la memoria, la fluidez verbal, la lógica matemática, la eficacia y la rapidez de análisis (Benavides-Caro, 2017).



La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022) ha expuesto que, a nivel mundial se experimenta un aumento en la cantidad de personas adultas mayores en la población. Se estima que entre el 2015 y 2050, el porcentaje de habitantes adultos mayores del planeta se duplicará, pasando del 12% al 22%. En el 2020, la cantidad de personas adulto mayor superó la cantidad de menores de cinco años. Dicho lo anterior, se evidencia que el ritmo del envejecimiento de la población ha aumentado de manera significativa. Reflejando así, estimaciones para el 2050 donde la población de adultos mayores habrá duplicado a 2100 millones de personas mostrando un incremento del 210 % (OMS, 2022).

Ahora bien, haciendo un análisis en los países occidentales, se ha presentado un aumento progresivo de la longevidad y la tasa de natalidad ha sido muy baja en comparación a los últimos 20 años (Ramirez-Velez et al., 2008). Es por esto que, en la actualidad la sociedad ha buscado como priorizar a los adultos mayores y ahondar un poco más en los estudios científicos, para así brindar una mejor calidad de vida en esta etapa natural del ser humano.

Específicamente en Colombia, se realizaron estimaciones para el 2020, donde se consideró que habría alrededor de 6.808.641 adultos mayores en Colombia, donde 3.066.140 (45%) son hombres y 3.742.501 (55%) son mujeres. Así mismo, se encontró que 818.814 (12%) adultos mayores colombianos reportan tener alguna discapacidad bien sea leve o severa (DANE, 2021).

Un factor importante dentro del envejecimiento normal es el deterioro cognitivo. Según United Nations (como se citó en Ayala, 2018), se presentan aproximadamente 20 millones en el año 2000, por lo que en unos 20 años esta cifra aumentaría, llevando a alcanzar a los 81.1 millones para el año 2040. Adicionalmente, hablando sobre la población adulta mayor en las edades entre los 60 y los 74 años, se puede evidenciar que el deterioro cognitivo incrementaría, llegando a un 30.2% en los mayores de 75.

Cuando se habla de deterioro cognitivo, hace referencia a una disminución de una o más capacidades mentales como la memoria, la orientación, el pensamiento abstracto, el lenguaje, la capacidad de juicio, capacidad de cálculo, capacidad de aprendizaje, entre otras (Pérez-Martínez, 2005). Dentro de esta afección, es de gran importancia hablar sobre las funciones cognitivas, estas se conciben como aquellos procesos mediante los cuales la información es recibida, transformada, reducida, elaborada, almacenada, recuperada y utilizada. Estas funciones se subdividen en básicas y complejas. Dentro de las básicas se encuentra la atención, la percepción y la memoria; mientras que dentro de las funciones complejas, está el lenguaje, las habilidades sensoriomotoras y las funciones ejecutivas (Ramírez-Ramírez, et al., 2020; Benavides-Caro, 2017).

Por otra parte, no solo se puede identificar el envejecimiento normal, sino también el patológico, éste compromete la funcionalidad del individuo produciendo cambios en la composición corporal, genera discapacidad, eventualmente conduce a la dependencia lo que hace que su manejo sea más complejo (González-González et al., 2011). Moragas (como se citó en Cerquera, 2015), menciona que, en este tipo de envejecimiento los aspectos de la cognición con mayor afectación son la atención, funciones ejecutivas, la velocidad en el procesamiento de la información y la disminución de la memoria, la cual genera un mayor impacto debido a las dificultades cognitivas (Casanova-Sotolongo et al., 2004).

Uno de los diagnósticos que se puede identificar dentro del envejecimiento patológico es la demencia. A nivel mundial, se han reportado datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en donde actualmente, hay alrededor de 47 millones de personas con demencia, por lo que se han hecho estimaciones para el año 2050 donde se espera que para el 2023 habría aproximadamente 75 millones de personas con demencia y para el 2050 se cree que podrían ser aproximadamente 132 millones. En adición, se ha identificado una tendencia en

cuanto al registro de esta enfermedad, donde más o menos se reconoce alrededor de 10 millones de casos nuevos anualmente (Ministerio de salud y protección social, 2017).

Por otro lado, el Ministerio de salud y protección social colombiano realizó un estudio en el 2015, en donde reportó una predominancia de la demencia del 9,4% que ha ido aumentando con la edad; por lo que en mayores de 85 años la prevalencia fue del 57,4%. Se observó también la diferencia entre hombres y mujeres frente a este síndrome donde se encontró que en hombres la prevalencia es de 8,1% y en mujeres es de 10,7% (Ministerio de salud y protección social, 2017).

Existen diferentes tipos de demencias como lo son la demencia frontotemporal, enfermedad de Parkinson, enfermedad por cuerpos de Lewy y la Enfermedad de Alzheimer (EA). Esta última es la más común y la que será el enfoque de la presente investigación. La EA se presenta entre el 60% y 70% de los casos en el mundo (Ministerio de salud y protección social, 2017). Específicamente, Colombia tiene el grupo poblacional más grande del mundo con Alzheimer genético. Se descubrió que gran parte de esta población se encuentra ubicada en el municipio de Antioquia, y son alrededor de 6.000 herederos o más y 1.200 portadores de la mutación que la provoca. Además, tuvo un seguimiento constante por alrededor de 30 años, con el fin de encontrar una cura para la enfermedad, donde se determinó que es más fácil prevenir este tipo de enfermedades que curarla (Laboratorio Roche Internacional y el Grupo de Neurociencias de Antioquia, 2023).

La EA es una de las principales causas de la demencia en adultos mayores, tiene un inicio gradual y progresivo e implica un deterioro cognitivo continuo. Esta patología origina la pérdida de neuronas y sus conexiones generando interrupciones en las sinapsis; esta es la conexión intercelular especializada entre neuronas, por lo que cuando se genera una pérdida de estas conexiones se interrumpe la comunicación entre las neuronas ocasionando el síntoma del olvido (Arabia, 2019).

Adicionalmente la EA, puede producir una o más alteraciones cognoscitivas tales como afasia, apraxia, agnosia y alteración de las funciones ejecutivas (American Psychiatric Association, 1995; Alzheimer 's association, 2017). Esta es una enfermedad con un factor predisponente de la genética, por lo que se reconoce como un trastorno neurodegenerativo, que afecta las neuronas de determinadas áreas del cerebro (Castellani, et al., 2010), ocasionando trastornos de comportamiento, de movilidad, y disminución en la capacidad para realizar actividades cotidianas (Romano et al., 2007; Roa et al., 2017).

La gravedad de los síntomas depende del avance de la enfermedad y no todas las personas presentan la misma sintomatología. Arabia (2019) enumera con mayor claridad los síntomas y las señales para identificar la EA. Entre estos se encuentran: la pérdida de la memoria, dificultades para realizar tareas familiares, problemas en el lenguaje, desorientación en el tiempo y espacio, adicionalmente se presenta dificultad en el pensamiento abstracto, extravío de cosas, cambios en el ánimo o la conducta, cambios en la personalidad como la irritabilidad, depresión, ansiedad, hiperactividad y pérdida de la iniciativa (apatía progresiva). Así mismo, se ha encontrado que la EA a menudo afecta más profundamente a la memoria más reciente en comparación con la memoria remota y los recuerdos de la juventud, al ser más antiguos, pueden estar menos afectados por la pérdida de memoria retrógrada, sin embargo, estos recuerdos se van afectando a medida que la enfermedad avanza (Martínez-Castillo, et al., 2001).

La EA presenta tres etapas, la primera se llama Alzheimer Preclínico, en donde no se manifiesta todavía ningún síntoma, no hay problemas de memoria, sin embargo, las alteraciones que destruyen el cerebro ya están presentes. Este proceso puede durar entre 25 y 30 años. En esta etapa no se presentan cambios a nivel familiar ni a nivel social o cognitivo, ya que el individuo no siente la presencia de algún cambio (Arabia, 2019).

La segunda etapa se nombra como Deterioro Cognitivo Leve (DCL), se reconoce como una condición patológica y no como un proceso normal del envejecimiento. Así mismo, el DCL es un término que se utiliza específicamente para referirse a un grupo de individuos que presentan cierto grado de déficit cognitivo especialmente en la memoria a corto plazo; repitiendo constantemente palabras y olvidando sucesos, cuya severidad resulta insuficiente para cumplir criterios de demencia, ya que no presentan un compromiso esencial en las actividades de la vida diaria, dado que el individuo no pierde su autonomía ni requiere de un cuidador para las tareas más sencillas (Pose et al., 2010).

Finalmente, la tercera fase es la Demencia, ocurre cuando la persona ha perdido la memoria y otras funciones cognitivas, la autonomía, la independencia y todas las capacidades en tal grado que se requiere de un cuidador y supervisión para todas las actividades, esto puede durar entre unos 10 y 15 años. Los cambios en esta fase son mucho más marcados, ya que la persona a nivel cognitivo presenta un deterioro muy grande, donde se pierde la autonomía total, generando impacto en el ámbito social, familiar y emocional y es uno de los diagnósticos que más impactan a los adultos mayores (Arabia, 2019).

A nivel cognitivo como se mencionó anteriormente, uno de los procesos más afectados en la EA es la memoria, siendo un proceso crucial, que permite a los individuos adquirir, almacenar y recuperar información sobre experiencias, eventos y conocimientos pasados (Baddeley, 2017). Además, es un gran proceso mental, el cual permite procesar, memorizar, entre otros. Esta se puede dividir en tres tipos de memoria: memoria sensorial (información de los sentidos se registra brevemente), memoria a corto plazo (almacenamiento temporal de información en el cerebro durante unos segundos o minutos) y memoria a largo plazo (información se almacena por un período más largo) (Baddeley, 2017).

Del mismo modo, la memoria a largo plazo se puede dividir en dos tipos: memoria implícita (no declarativa, inconsciente e involuntaria) y memoria explícita (declarativa,

recuperación consciente e intencional de información) (Tulving, 2002; Matos, 2017; Moreno et al., 2016). Esta última, se divide en dos, la memoria semántica y la memoria episódica. La primera, se refiere al conocimiento general y abstracto sobre el mundo, incluyendo conceptos, categorías, hechos y principios (Tulving, 1972), y se enfoca en el significado, la comprensión del conocimiento y la información (Moreno, et al., 2016). La segunda, tiene una gran relación con la memoria autobiográfica (MA), ya que ambas guardan recuerdos de sucesos ocurridos en determinado tiempo y espacio; esos recuerdos están mediados por respuestas emocionales/afectivas o relevancia cognitiva que favorece la recuperación de esa información (Beltrán-Jaimes et al., 2012). Es aquella que funciona para recordar conscientemente eventos personales y permite crear recuerdos, conectarnos con el mundo a través del lenguaje y las interacciones sociales. Por lo que posibilita que el ser humano tenga una identidad, y a través de sus vivencias pueda conformarse y distinguirse de los demás (Vadillo, 2017).

En este sentido, la MA, se puede definir como:

“un sistema de memoria funcionalmente distinto y fundamentalmente humano, que surge a través de los años preescolares e implica habilidades de memoria básicas, el desarrollo de la comprensión de relaciones temporales, de la narrativa y del reconocimiento de estados mentales del yo y de los otros. Constituye un tipo de memoria declarativa y explícita, con una forma distintivamente episódica” (Beltrán-Jaimes et al., 2012, p. 109).

Existen dos características principales que hacen que la MA se diferencie del resto; en primer lugar, es que tiene implicaciones personales, los cuales generan la sensación de que la persona es propietaria de ese evento, esto sucede ya que estos acontecimientos que están en la memoria le ocurrieron al sujeto que les ha incorporado una carga emocional. La segunda, es que es única, ya que sucedieron en un lugar y tiempo concreto (Vadillo, 2017).

Un aspecto importante de la MA son las historias que se evocan a través del lenguaje de los sucesos vividos. La historia humana está compuesta de millones de relatos y vivencias que de alguna manera le han dado estructura al mundo de hoy en día. Es por esto, que las historias y las narrativas humanas, hacen parte de la formación de la MA. Esta es la manera como los seres humanos han logrado entenderse entre sí y con el mundo (Nelson & Fivush, 2020).

Siendo así, las emociones están íntimamente relacionadas con la memoria; se considera que el contenido emocional de los eventos influye directamente sobre el recuerdo posterior, logrando recuperar con mayor facilidad los eventos con contenido emocional positivo o negativo en comparación con los neutros (Justel et al., 2013). Así mismo,

En adición, gracias a Barret (2017), se puede comprender la importancia de un modelo de construcción de emociones, el cual expresa que las emociones no son estados internos ya existentes dentro de cada ser humano, sino que estos se construyen a través de las experiencias sensoriales y cognitivas. Es por esto que, las respuestas emocionales/afectivas tanto las positivas como las negativas, influyen en la manera en la que cada ser humano construye sus emociones y las comprende, dependiendo de sus vivencias.

Ahora bien, haciendo un énfasis en los estudios analizados sobre la MA, se puede evidenciar que ha sido evaluada en poblaciones con adultos mayores, adolescentes y jóvenes con trastornos de la salud mental, personas que han pasado por sucesos traumáticos y violentos, entre otros (Collazos et al., 2019; Navarro, et al., 2008). Es por esto que, la MA es relevante y se ha estudiado en diferentes escenarios, para observar su efecto en diferentes contextos.

En esa misma línea, estudios de MA han identificado que la presencia de trastornos afectivos como la depresión, causan afecciones en relación con el recuerdo autobiográfico transformando los sucesos como afectivamente negativos, prefiriendo una perspectiva

observadora para los recuerdos más emotivos, y por lo contrario una perspectiva más personal para los recuerdos menos dolorosos. De igual forma, se ha identificado que el acceso a las memorias autobiográficas, puede alterarse debido a diversos trastornos afectivos, especialmente la depresión (Navarro et al., 2008; Alonso-Quecuty, 1990; Nascimento et al., 2011; Lolich et al., 2016; Hernández et al., 2013).

Otro de los trastornos que ha sido estudiado en relación con la MA ha sido la esquizofrenia, donde se muestra que es posible entrenar la memoria en personas con este diagnóstico, permitiendo el mejoramiento de la codificación y almacenamiento de nueva información, disminuyendo la confusión a la hora de atribuir las fuentes de donde se originaron los recuerdos (Navarro et al., 2008; Alonso-Quecuty, 1990; Nascimento et al., 2011; Lolich et al., 2016; Hernández et al., 2013).

Así mismo, en la MA se ha identificado que la cultura es un determinante en la construcción de esta, especificando la importancia del yo en la cultura, por lo que está directamente relacionada con la edad temprana o tardía en la creación de recuerdos autobiográficos. También, se evidencia que estas variables se construyen a través del lenguaje y la manera en que el recuerdo es transmitido y codificado (De la Mata et al., 2014; De la Mata et al., 2011; Santamaría et al., 2008).

Adicionalmente, en relación con la manera en la que los humanos recuerdan sucesos importantes de su vida, se ha evidenciado que las narraciones autobiográficas específicamente en personas con EA se presentan de manera poco específicas en cuanto a cronología y complejidad de detalles, sin embargo, la representación de sí mismo se conserva satisfactoriamente, manteniendo su identidad; no obstante, en el individuo se presentan dificultades en las habilidades de producción del lenguaje expresivo, con limitaciones para encontrar palabras específicas, especialmente sobre recuerdos en el periodo de la vida adulta,



lo que pone en evidencia la fuerte diferencia temporal en estas personas (Salazar-Villanea, 2020; Salazar-Villanea, 2007; Cuetos et al., 2003).

En relación con la MA, se han realizado algunos estudios enfocados a la población de adultos mayores. Se ha evidenciado que la capacidad de recordar eventos autobiográficos depende mucho de factores como la edad, la salud física, la salud mental y sus vivencias (Grossi, 2014; Cheng, 2005). Adicionalmente, se hicieron estudios en los cuales se analizaba el nivel educativo de los adultos y como estos se desenvuelven en sus contextos dependiendo de sus vivencias; si hay un nivel educativo alto, tenía un efecto positivo en la capacidad de recordar eventos muchos más específicos y detallados en comparación a adultos mayores con un nivel educativo bajo (Cheng, 2005; Janssen, 2011; McGuire, 2011). También, se ha comprobado que la especificidad de los recuerdos autobiográficos disminuye con la edad, ya que al estar en una etapa en donde ocurre un deterioro tanto físico como mental, hay una gran relación con la disminución de la función cognitiva y la capacidad del recuerdo (Luchetti, 2021; Addis, 2008).

Otro aspecto investigado, es la importancia de las respuestas emocionales/afectivas. Estas han evidenciado que afectan la especificidad de la MA, de tal forma que dependiendo de la emoción del recuerdo recuperado influye en el efecto de la congruencia entre el recuerdo y el estado de ánimo. Igualmente, se ha encontrado que principalmente en pacientes con trastorno depresivo, existe cierto sesgo en cuanto a los recuerdos de experiencias personales, logrando recuperar mayor cantidad de recuerdos con respuestas emocionales/afectivas negativas en comparación con personas sin ningún trastorno (Meléndez et al., 2019; Boyano et al., 2015; Ruiz-Caballero et al., 1999; Rodrigues et al., 2015; Vale et al., 2019; Williams et al., 2007).

Gracias a estos estudios, se puede comprender que la memoria autobiográfica es un concepto relevante para el ser humano, debido a que a través de ella se conforma una historia

personal que a lo largo de la vida va sumando a las experiencias del individuo y recuerdos esenciales (Alonso-Quecuty, 1990; Grossi, 2014; Cheng, 2005). Es por esto que, al ser un tipo de memoria tan subjetiva, las narraciones autobiográficas permiten reconocer cómo cada individuo ha vivenciado una situación, generando un impacto emocional en ellos, ya sean valencias con un valor positivo o negativo; estas valencias se relacionan directamente con la MA, ya que facilitan o dificultan la recuperación de esta (Boyano et al., 2015; Ruiz-Caballero et al., 1999; Rodrigues et al., 2015). Entonces, sería relevante comprender la relación de la MA y las respuestas emocionales/afectivas, en población adulta mayor, específicamente aquellos con EA, ya que partir de allí, se podría sugerir programas que les beneficien en sus recuerdos, por ejemplo, terapias encaminadas a la Reminiscencia o “Life review” ya que posibilitan a que el paciente pueda lograr una mejor recuperación de recuerdos, tanto de valencias positivas como las negativas (Afonso, 2010).

Finalmente, de acuerdo a este panorama sobre y la revisión de estudios de la MA en adultos mayores (Grossi, 2014; Cheng, 2005; Cheng, 2005) y las respuestas emocionales/afectivas a la hora de relacionarlo con la recuperación de recuerdos (Meléndez et al., 2019; Boyano et al., 2015; Ruiz-Caballero et al., 1999), se ha identificado una brecha importante al explorar dichas variables en personas con antecedente de EA, dado que una posible relación entre las respuestas emocionales/afectivas en la recuperación de recuerdos autobiográficos, podrían encaminar futuros estudios, orientados a la rehabilitación de la memoria. Adicionalmente, se puede identificar otra brecha, y es que son nulas las investigaciones en el contexto colombiano, lo cual podría contribuir como peldaño para futuros estudios en personas con antecedente de EA.

Teniendo en cuenta lo anterior, se propone responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre memoria autobiográfica y respuestas emocionales/afectivas en pacientes con demencia tipo Alzheimer en la ciudad de Cali? Para

responder a esta, se plantea el objetivo general, el cual es: Determinar la relación entre memoria autobiográfica y las respuestas emocionales/afectivas en pacientes con demencia tipo Alzheimer en Cali, Barranquilla y Jamundí. Así mismo se proponen los siguientes objetivos específicos: 1) Describir la memoria autobiográfica en adultos mayores con demencia tipo Alzheimer; 2) Comparar el recuerdo de la etapa de juventud y adultez de la memoria autobiográfica de pacientes con demencia tipo Alzheimer; 3) Identificar las respuestas emocionales/afectivas de los adultos mayores con demencia tipo Alzheimer. Finalmente, como hipótesis del presente trabajo, se espera que haya una correlación positiva entre la memoria autobiográfica y las respuestas emocionales/afectivas de los pacientes con EA.

## MÉTODO

### Tipo de estudio

La presente investigación se realizó desde una postura cuantitativa, con modalidad no experimental, un alcance descriptivo correlacional y un diseño de corte transversal (Hernandez et al, 2014).

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 19 adultos mayores con diagnóstico de EA vinculados a diferentes fundaciones especializadas en el cuidado del adulto mayor como: la Fundación de Alzheimer (ver Anexo 1), centro especializado de la ciudad de Cali, la Fundación el Cottolengo, Jamundí, Valle del Cauca y la fundación Reencontrarse de la ciudad de Barranquilla. La selección de la muestra se realizó a conveniencia y de manera no probabilística.

En cuanto a los criterios de inclusión fueron: (a) tener antecedentes de enfermedad de Alzheimer entre etapa 1 y 2; (b) tener una edad de 60 años o más; (c) tener comprensión lectora. Por otro lado, los criterios de exclusión son: (a) tener antecedente de alguna enfermedad psiquiátrica actual adicional a la EA; (b) tener antecedentes neurológicos y/o psiquiátricos adicionales; (c) tener Alzheimer en etapa 3; (d) presentar consumo de sustancias psicoactivas en un lapso de tiempo mayor a dos años; (e) presentar algún déficit de la audición o visión.

Con relación a la caracterización de la muestra, el 57.9% eran mujeres (n = 11) y el 42.1% eran hombres (n = 8). La edad promedio de los participantes fue de 77.8 años, con una desviación estándar de 7.39. Respecto a la organización de la que hacen parte, la mayoría de los participantes provenían de Cottolengo (31.6%), seguido por la Fundación AI (42.1%) y la organización Reencontrarse (26.3%). En cuanto al tipo de demencia, el 57.9% de los

participantes presentaba EA en su etapa leve, mientras que el 42.1% tenía EA en su etapa moderada.

**Tabla 1**

*Caracterización de la muestra*

Variables		M / n (n=19)	DE /%
<b>Edad</b>		77,8	7,39
<b>Sexo</b>	Femenino	11	57,9
	Masculino	8	42,1
<b>Organización</b>	Cottolengo	6	31,6
	Fundación AI	8	42,1
	Reencontrarse	5	26,3
<b>Tipo de demencia</b>	E.A Leve	11	57,9
	E.A. Moderada	8	42,1

En cuanto a las variables de medición, se establecieron la memoria autobiográfica y la respuesta emocional y afectiva (Ver tabla 2).

**Tabla 2**

*Variables analizadas*

Variable	Definición	Definición operacional
Memoria autobiográfica	<p>“La MA es un sistema de memoria funcionalmente distinto y fundamentalmente humano, que surge a través de los años preescolares e implica habilidades de memoria básicas, el desarrollo de la comprensión de relaciones temporales, de la narrativa y del reconocimiento de estados mentales del yo y de los otros. Constituye un tipo de memoria declarativa y explícita, con una forma distintivamente episódica”</p> <p>(Beltrán-Jaimes et al., 2012, p. 109).</p> <p>Esta memoria tiene implicaciones personales, las cuales generan la sensación de que la persona es</p>	Autobiographical Interview (AI)

propietaria de ese evento, esto sucede ya que estos acontecimientos que están en la memoria le ocurrieron al sujeto que les ha incorporado una carga emocional. La segunda, es que es única, ya que sucedieron en un lugar y tiempo concreto (Vadillo, 2017).

Las respuestas emocionales/afectivas no son estados internos ya existentes dentro de cada ser humano, sino que estos se construyen a través de las experiencias sensoriales y cognitivas. Es por esto que, las respuestas emocionales/afectivas tanto las positivas como las negativas, influyen en la manera en la que cada ser humano construye sus emociones y las comprende, dependiendo de sus vivencias (Chayo-Dichy, et al., 2003).

Respuesta  
emocional/afectiva

El arousal hace referencia al nivel de estimulación o activación que una persona experimenta una persona a estímulos o situaciones, es una respuesta que se da tanto física como emocionalmente y se relaciona con el estado de alerta de una persona (Moltó, et al., 2013; Redondo et al., 2010).

Self-Assessment Manikin  
(SAM)

La dominancia es el nivel de control o poder que una persona percibe que experimenta en una determinada situación, puede variar desde una sensación de poco control hasta una sensación de control elevado (Chayo-Dichy, et al., 2003; Nista-Cassanova, 2017).

---

## Instrumentos

***Autobiographical Interview (AI) (versión traducida).*** Este es un instrumento para medir la MA (descriptivo y cuantitativo), creado y diseñado por el psicólogo Brian Levine en el año 2002 (Levine et al., 2002). Este fue traducido por la investigadora Claudia Múnica en el año 2011. El objetivo del instrumento, es recoger información verbal sobre recuerdos que han ocurrido a lo largo de la vida, dividido en cinco periodos: (a) niñez (1-11 años), (b)

adolescencia (11-18 años), (c) juventud (18-30 años), (d) adultez (30-55 años) y (e) último año transcurrido con los recuerdos más recientes. A partir del recuerdo de una situación, se busca identificar variables que contextualicen lo que sucedió en ese momento de vida, como, por ejemplo, el tiempo, el espacio, la presencia de objetos, personas, los sentimientos y percepciones que experimentaba la persona frente a ese recuerdo y que brinde información de los contenidos de la MA (Levine et al., 2002).

En la evocación de los recuerdos se tiene en cuenta la evocación libre, la exploración general y la exploración específica. Con evocación libre se hace referencia a que el participante debe elegir un recuerdo según la etapa de la vida que se evalúa. Por otro lado, en la exploración general el investigador apoya al participante para elaborar un poco más el recuerdo. Finalmente, en la exploración específica el entrevistador plantea preguntas puntuales, para profundizar aún más en el recuerdo y lograr tener información más detallada sobre los hechos que se comparten.

Posterior a la obtención de las respuestas cualitativas se categorizan las respuestas verbales, esto consiste en elegir frases que contengan información que pueda dividirse en detalles internos que hacen parte de eventos, hace referencia a la información episódica o en detalles externos que ocurren por fuera del evento principal, hace referencia a la información semántica (Levine et al., 2002). En esa categorización, se usan siete detalles de los hechos, los cuales describen de manera general la historia evocada con el fin de entender el desarrollo de los sucesos, estos son: a) lugar, es la información que especifica un espacio del hecho; b) tiempo, es la especificación de una fecha, hora, etapa de vida, entre otros, que ayudan a identificar momentos puntuales del hecho; c) percepciones, es la evocación de detalles percibidos por los cinco sentidos, información propioceptiva y de objetos; d) emoción /pensamiento, es el detalle que involucra los estados mentales, emociones, sentimientos, opiniones, expectativas y creencias; e) semántica, es la información propia a conocimientos

generales y específicos de la persona; f) repeticiones, son los detalles que el sujeto ya ha mencionado anteriormente; g) otros detalles, son declaraciones que no influyen en la presentación del recuerdo).

Las categorías de detalles semánticos, repeticiones y otros detalles, hacen parte de los detalles externos y las categorías de lugar, tiempo, percepciones y emoción/pensamiento pueden variar entre detalles internos o externos. Este proceso de segmentación se realiza en los tres tipos de exploración mencionados anteriormente (libre, general y específica) (Levine et al., 2002).

Después del proceso de segmentación, se realizan las frecuencias cuantitativas, estas son la suma de los detalles encontrados en cada evocación según la categoría a la que corresponde. Esas puntuaciones se derivan de las puntuaciones totales de los detalles internos y externos de cada variable, del momento de la evocación y la combinación general de las variables en los tres momentos (Levine et al., 2002).

Así mismo, existe otra categoría nombrada como otro tipo de calificaciones, esta se divide en ratings y autocalificaciones. Los ratings son asignados por el entrevistador teniendo los detalles internos establecidos. Esas puntuaciones varían de 0 a 3; siendo 0: no menciona ninguna información relacionada a la categoría específica; 1: descripción que se limita a información general; 2: descripción detallada que no llega a estar en un 3 debido a que no hay mucha riqueza en la información; 3: descripción rica en detalles altamente específicos. Es importante aclarar que esta puntuación se realiza específicamente en las categorías de lugar, tiempo, percepción y emoción/pensamiento (Levine et al., 2002).

Por otro lado, las autocalificaciones son: a) reexperimentación perceptual, hace referencia a la claridad en la que el evaluado puede ver el hecho; b) emocionalidad, hace referencia al cambio de estado emocional antes y después del evento; c) relevancia personal, hace referencia a la importancia del hecho para el evaluado; d) frecuencia en la que se



recuerda o habla de ese episodio. Las puntuaciones como reexperimentación perceptual, emocionalidad y relevancia personal se puntúan de 1 a 6, siendo 1 el puntaje más bajo y 6 el puntaje más alto.

Levine et al. (2002) realizaron diferentes calificaciones para identificar la confiabilidad del instrumento AI. Se identificó que el coeficiente para los detalles internos fue de 0.88 y de los detalles externos fue de 0.96. En cuanto a la evocación libre, tuvo una calificación de 0.79 y la exploración específica tuvo una calificación de 0.41 siendo la más baja. Sobre las categorías de los detalles se obtuvo un rango de 0.60 a 0.90.

***Self-Assessment Manikin (SAM)***. Es un instrumento de evaluación psicológica utilizado para medir la respuesta de evaluación afectiva y emocional de un individuo hacia un estímulo, como puede ser una imagen, un video, un sonido, etc. El SAM, creado por Bradley y Lang en 1999, utiliza tres maniqués para representar tres dimensiones afectivas: a) la valencia, la cual se refiere a la medida en que un individuo percibe un estímulo como agradable o desagradable; b) la activación, la cual indica el nivel de activación emocional que el estímulo provoca en el individuo, por lo que ciertos estímulos generan activación o desactivación; c) la dominancia indica el grado en que el individuo percibe que el estímulo tiene un control o poder sobre él mismo. Esta prueba ha sido aplicada en población Colombia, Gantiva y Camacho (2016) presentan que la confiabilidad del SAM es de 0.81, evidenciando una alta consistencia interna y estabilidad dentro de la prueba. Además, la validez de numerosos estudios han demostrado la importancia para medir la parte afectiva y emocional en diferentes contextos, tanto clínicos como de investigación.

### **Procedimiento**

En primera medida, este proyecto fue remitido a un evaluador experto en el área de Neuropsicología, quien confirmó la viabilidad del proyecto tanto a nivel teórico, metodológico y ético. Posterior a esto, el trabajo de grado se presentó al comité de ética de la

Pontificia Universidad Javeriana Cali (PUJ Cali), quienes estimaron que se sigue fielmente todas las consideraciones que se requieren para la investigación con humanos. De manera simultánea se contactó con la fundación de Alzheimer de Cali, la fundación el Cottolengo y la fundación Reencontrarse, a través de una visita, donde se expusieron los objetivos de la investigación y a través de esto, accedieron a la realización de la investigación en la fundación.

Una vez se obtuvo el aval por todas las instituciones, se procedió a presentar los objetivos a los y las acudientes de los participantes que asisten a la fundación y se dejó en consideración la colaboración libre y voluntaria. Una vez acepten, se procedió a explicar la investigación y a firmar el consentimiento informado (Ver anexo 1) donde se inició con la revisión de historias clínicas para identificar quiénes cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Luego, se realizó la aplicación de la prueba de Entrevista Autobiográfica (AI) (Levine et al., 2002) y el Self-Assessment Manikin (SAM) (Bradley y Lang, 1999).

Adicionalmente, al tener contacto con los adultos mayores, fue primordial la prevención de la salud y el cuidado de estos, por lo que se tuvo presente una guía de atención a adulto mayor en crisis - Primeros auxilios psicológicos (Ver anexo 3) en caso de que el paciente se hubiera sentido incómodo o recuerde sucesos fuertes a la hora de presentar las respectivas pruebas. En este protocolo de atención al adulto mayor se brinda contención, descripción de síntomas y cómo actuar de manera respectiva en caso de crisis (Universidad Industrial de Santander, 2014).

Una vez se concluyó con la fase de evaluación, se procedió al análisis de los datos y finalización del proyecto. Posterior a esto, se ofrecerá un informe con los hallazgos obtenidos a la fundación. Además, como apropiación social del conocimiento, se realizará un taller con los participantes de acuerdo a las necesidades establecidas por la fundación. De igual forma, se les dará un certificado de participación.

### **Análisis de resultados**

Para la caracterización de la muestra se utilizó estadísticos descriptivos de desviación estándar y media. Para determinar la normalidad de los datos, se utilizó la prueba de Kolmogorov – Smirnov y de acuerdo a los resultados, las variables no presentaron una distribución normal, por tanto se hizo uso de pruebas no paramétricas para evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de la prueba MA (Wilcoxon) y para determinar si existe una correlación entre la MA y SAM se utilizó el estadístico de correlación de Spearman; todo esto con el objetivo de aceptar o rechazar la hipótesis ( $p$  valor  $\geq 0.5$ ). Para el análisis de datos se utilizará el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

### **Consideraciones éticas**

El presente estudio se rige bajo lo establecido por el código deontológico y bioético del profesional en psicología No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (1993), el cual permite regular aquellos aspectos éticos de la investigación en personas especialistas en el área de la salud; la ley 1090 del 2006 del Congreso de la República de Colombia (2006), el cual establece aquellas normas pertinentes frente a los aspectos técnicos, administrativos y científicos para la investigación en la salud, específicamente en el área de la psicología. Al igual que la ley 1996 del 2019 del Congreso de la República de Colombia (2019) el cual decreta las disposiciones generales y el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad en mayores de edad.

Es importante destacar que para recolectar la información pertinente acerca del entendimiento de la memoria autobiográfica y su relación con las valencias emocionales en adultos mayores con EA, se llevaron a cabo dos entrevistas (SAM y Autobiographical Interview) dirigidas hacia los pacientes, considerando así que este estudio tiene un riesgo mínimo para la salud mental y psicológica de los participantes.

Para la presente investigación se presenta el consentimiento informado donde se establece el objetivo de la investigación, el carácter voluntario de la participación, posibles riesgos y la libertad de retirarse del estudio. Es importante resaltar y garantizar la confidencialidad, el anonimato y el bienestar de los participantes, por lo que se hizo uso de códigos que no revelan la identidad de estos; por último, las pruebas se aplicaron en un espacio privado y seguro en las instalaciones de las Fundaciones.

Finalmente, como es mencionado en el consentimiento, tiempo después de finalizar el proyecto se realizará la socialización de los resultados generales, se entregarán reportes individuales de los resultados que arrojen las pruebas y se llevará a cabo un taller con los adultos mayores participantes.

## RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados sobre la caracterización de la MA de los recuerdos de juventud y adultez (Ver tabla 3).

**Tabla 3**

*Caracterización de la MA según las variables cuantitativas de los recuerdos de juventud y adultez*

Agrupación de variables cuantitativas	Variables MA	Adultez		Juventud	
		M	DE	M	DE
Evocación libre	Interna	4,58	3,388	6,32	4,933
	Externa	3,79	4,104	6,16	6,14
Exploración general	Interna	-	-	2,32	3,713
	Externa	2,79	4,117	3,26	4,227
Exploración específica	Interna	9,63	3,862	12,63	6,326
	Externa	4,37	4,179	5,74	5,384
Combinación de Evocación Libre + General Interna	Detalles del hecho	2,58	1,677	3,37	1,892
	Lugar	1,16	1,608	1,21	1,619
	Tiempo	0,89	1,329	1,79	1,813
	Percepciones	1,05	1,311	1,11	1,41
	Emociones/Pensamientos	1,58	1,865	1,42	1,865
Combinación de Evocación Libre + General Externa	Detalles del hecho	1,58	1,465	3,53	3,657
	Lugar	0,53	1,073	0,79	1,134
	Tiempo	0,37	0,761	0,84	1,167
	Percepciones	0,68	1,336	0,53	1,264
	Emociones/Pensamientos	0,95	2,013	0,95	1,9
	Detalle semántico	1	1,291	1,05	1,508
	Repeticiones	1,05	1,508	1,37	1,64
	Otros detalles	0,47	0,841	0,63	1,012
Combinación de Evocación Libre + Exploración General + Exploración Específica Interna	Detalles del hecho	5,89	2,767	8,11	3,348
	Lugar	2,74	2,353	3,58	2,143
	Tiempo	2,58	1,575	4,53	2,27
	Percepciones	1,79	1,96	2,84	5,134
	Emociones/Pensamientos	3,89	2,558	3,63	2,608
Combinación de Evocación Libre + Exploración General + Exploración Específica Externa	Detalles del hecho	2,84	2,93	5,84	5,188
	Lugar	0,84	1,675	1,53	2,611
	Tiempo	0,63	1,165	1,16	1,608
	Percepciones	1,11	2,079	1	2,028
	Emociones/Pensamientos	1,58	3,006	1,37	2,852
	Detalle semántico	1,63	1,832	1,58	2,244
	Repeticiones	1,53	2,091	2,11	1,912

---

Otros detalles      0,79    1,357    0,84    1,302

---

Según los resultados observados en la Tabla 3, las medias más altas en el recuerdo de adultez corresponden a las variables Exploración Específica Interna, Combinación de Evocación Libre + Exploración General + Exploración Específica Interna en Detalles del hecho, Evocación Libre Interna y Exploración Específica Externa. Respecto al recuerdo de Juventud, las medias más altas se ubicaron en Exploración Específica Interna, Combinación de Evocación Libre + Exploración General + Exploración Específica Interna, Evocación Libre Interna y Evocación Libre Externa. Por otro lado, se evidencian las medias más bajas en recuerdo de la adultez para la categoría Combinación de Evocación Libre + General Externa en Tiempo, Otros detalles y Lugar. En cuanto al recuerdo de juventud, también se ubicaron en las mismas categorías aunque difiere Tiempo por Percepciones.

Al comparar con la prueba de Wilcoxon los resultados de MA Juventud y MA Adultez, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $Z = -3,97$ ;  $p = 0,001$ ), teniendo mayor recuerdo en el momento de juventud (Ver tabla 4).

**Tabla 4**

*Comparación entre MA Juventud y MA Adultez*

MA Juventud				MA Adultez				Z	p
M	DS	Mdn	Rango	M	DS	Mdn	Rango		
2,9	2,67	1,68	12,1	2,1	1,65	1,56	10	-3,97	,001***

*Nota:* Elaboración propia. \* $p$ -valor  $< 0,001$ ; Mdn: mediana

Por su parte, en la tabla 5 se muestran los resultados de respuesta emocional y afectiva obtenidos. Las puntuaciones promedio más altas se ubicaron en las dimensiones de Valencia y Dominancia; principalmente en el estímulo negativo y neutral para la primera; y en el estímulo neutral para la segunda dimensión.

En detalle, se encontró que el estímulo positivo de Valencia tenía una media de 13,95 (DE= 4,588), seguido por el estímulo neutro con una media de 15,84 (DE = 6,194) y el estímulo negativo con una media de 35,95 (DE = 5,307). En cuanto al Arousal, se observó que el estímulo positivo tenía una media de 28,26 (DE = 7,156), seguido por el estímulo neutro con una media de 33,84 (DE = 6,776) y el estímulo negativo con una media de 28,37 (DE = 8,328). En lo que respecta a la dominancia, se encontró que el estímulo positivo tenía una media de 28,47 (DE = 6,319), seguido por el estímulo neutro con una media de 29,53 (DE = 5,026) y el estímulo negativo con una media de 23,63 (DE = 8,057).

**Tabla 5**

*Caracterización de la respuesta emocional y afectiva*

Dimensión		<i>M</i>	<i>DE</i>
Valencia	Estímulo Positivo Total	13,95	4,588
	Estímulo Neutro Total	15,84	6,194
	Estímulo Negativo Total	35,95	5,307
Arousal	Estímulo Positivo Total	28,26	7,156
	Estímulo Neutro Total	33,84	6,776
	Estímulo Negativo Total	28,37	8,328
Dominancia	Estímulo Positivo Total	28,47	6,319
	Estímulo Neutro Total	29,53	5,026
	Estímulo Negativo Total	23,63	8,057

*Nota:* Elaboración propia

Por otro lado, en cuanto a la correlación de los resultados de la MA y respuesta emocional/afectiva se sugiere una correlación negativa débil entre estas, con un coeficiente de correlación  $Rho = -0.25$ , lo cual indica que a medida que una variable aumenta, la otra disminuye. Sin embargo, debido al valor de  $p$  ( $p = 0.516$ ), no es posible concluir que esta correlación sea estadísticamente significativa (Ver tabla 6).

**Tabla 6***Correlación entre MA Juventud y la respuesta emocional/afectiva*

	<b>MA Juventud</b>	<b>SAM</b>
<b>MA Juventud</b>	1	-0,25 <sup>a</sup>
<b>SAM</b>	-0, 25 <sup>a</sup>	1

*Nota:* <sup>a</sup>  $p$ -valor=0.516 (Rho de Spearman)

Asimismo, los resultados entre la MA Aduldez y la respuesta emocional y afectiva indican una correlación negativa débil (Rho= -0.30), la cual no es estadísticamente significativa ( $p=0.433$ ) (Ver tabla 7).

**Tabla 7***Correlación entre MA Aduldez y respuesta emocional y afectiva*

	<b>MA Aduldez</b>	<b>SAM</b>
<b>MA Aduldez</b>	1	-0,30 <sup>a</sup>
<b>SAM</b>	-0, 30 <sup>a</sup>	1

*Nota:* <sup>a</sup>  $p$ -valor =0.433



## DISCUSIÓN

En los últimos años, las investigaciones sobre la enfermedad de Alzheimer han experimentado avances relevantes, los cuales son importantes para acompañar los tratamientos terapéuticos en esta población. Este trabajo, se centró en analizar la relación existente entre la MA y las respuestas emocionales/afectivas en adultos mayores con diagnóstico de EA, la cual no tuvo resultados estadísticamente significativos. Sin embargo, investigaciones previas identifican que las emociones afectan el acceso a los recuerdos autobiográficos, facilitando la codificación y el almacenamiento de nueva información; lo que, a su vez, ayuda a reducir la confusión en la atribución de las fuentes de origen de los recuerdos (Navarro et al., 2008; Alonso-Quecuty, 1990; Nascimento et al., 2011; Lolich et al., 2016; Hernández et al., 2013).

Con relación a la MA, esta se caracteriza por su capacidad para recordar eventos personales y establecer conexiones con el mundo a través del lenguaje y las interacciones sociales; generando la construcción y definición de la identidad del ser humano y diferenciándolo de los demás (Vadillo, 2017). En los resultados de la muestra seleccionada, se observó que la exploración general de los recuerdos (capacidad de evocar el evento específico con una cantidad amplia de detalles), muestra valores más bajos en comparación con la evocación libre y la exploración específica de recuerdos seleccionados. Es por esto que, haciendo una relación con las investigaciones, estas refieren que, las narraciones autobiográficas en pacientes con EA se presentan de manera poco específicas cuando se trata de evocar recuerdos de manera autónoma, sin embargo, la representación de sí mismo se conserva satisfactoriamente, manteniendo su identidad (Salazar-Villanea, 2020; Salazar-Villanea, 2007; Cuetos et al., 2003).

Asimismo, se encontró que en los pacientes con alzheimer, a lo largo de su entrevista y discurso del hecho, los detalles que están relacionados con el tiempo y el lugar en donde

ocurrió su acontecimiento o evento son los menos recordados; mientras que los detalles del hecho tienen mejor retención. Esto quiere decir que, hay una mayor facilidad para recordar detalles generales del hecho que han vivido, sin embargo, cuando se indaga sobre datos específicos como el mes, el año y en qué lugar se encontraban; la evocación se reduce, generando en el paciente un recuerdo parcial sobre el evento.

Diversas investigaciones han demostrado que el deterioro cognitivo no solo repercute en la memoria a corto plazo, sino que también afecta significativamente la memoria episódica, restringiendo la capacidad de evocar datos específicos de los recuerdos (Moreno, et al., 2016; Beltrán-Jaimes et al., 2012). También se ha demostrado que, las narraciones autobiográficas tienden a presentarse de manera limitada en términos de cronología, manifestando dificultades en la producción del lenguaje expresivo (Salazar-Villanea, 2020; Salazar-Villanea, 2007; Cuetos et al., 2003). En este sentido, se podría indagar si la repetición del hecho, enfatizando en aquellas vivencias y datos específicos del paciente, puede generar una mejora en la recuperación del recuerdo impactando en la memoria y disminuyendo el deterioro específicamente en la memoria episódica.

En cuanto a la memoria en pacientes con EA, a la hora de realizar una comparación sobre la evocación de recuerdos autobiográficos, específicamente entre los momentos de juventud y adultez, se evidenció, cómo los recuerdos de la etapa juventud se evocan con mayor facilidad que los recuerdos en la adultez, identificando así una diferencia significativa en esta etapa. La recuperación de recuerdos con facilidad en la etapa de la juventud puede explicarse a través de investigaciones que indican que la enfermedad de Alzheimer suele tener un impacto notable en las memorias más recientes, en comparación con las más antiguas, respaldando la noción de que los recuerdos de la juventud son menos propensos a sufrir la pérdida de memoria asociada a la enfermedad (Addis, 2008; Luchetti, 2021; Martínez-Castillo et al., 2001). Siguiendo así, otras investigaciones argumentan que hay

limitaciones especialmente para recuperar los contenidos de los recuerdos en el periodo de la vida adulta, lo que pone en evidencia la fuerte diferencia temporal en la memoria de estas personas (Salazar-Villanea, 2020; Salazar-Villanea, 2007; Cuetos et al., 2003). Sin embargo, es esencial destacar que a partir de la presente investigación se identificó que, aunque los recuerdos de la juventud pueden aparecer con mayor frecuencia en los pacientes con demencia tipo Alzheimer, existe una limitada evocación libre en lo que respecta a los detalles temporales y las experiencias emocionales o cognitivas asociadas. Por lo que cuando se hacen indagaciones profundas a los pacientes respecto a recordar lo que desencadenó esos eventos, la mayoría tienden a hacer suposiciones sobre sus emociones y pensamientos en lugar de recuperar la respuesta emocional real.

Por otro lado, en cuanto a la caracterización de las respuestas emocionales/afectivas, se evaluaron tres variables fundamentales que son: valencias emocionales, arousal y dominancia. Las valencias emocionales se construyen a través de las experiencias sensoriales y cognitivas. Por lo que, tanto las positivas como negativas, influyen en la manera en la que cada ser humano construye sus emociones, las comprende e interpreta, dependiendo de sus vivencias y relación con el entorno (Chayo-Dichy, et al., 2003). En este sentido, las valencias refieren al grado de placer o desagrado que experimenta una persona en respuesta a una experiencia (Chayo-Dichy, et al., 2003).

Teniendo en cuenta lo anterior, a partir de lo estudiado en la investigación, se observó que los estímulos con connotaciones negativas son los que predominan en la respuesta de los participantes en comparación con los estímulos positivos, sin encontrar diferencias significativas entre los estímulos positivos y neutros. Este mismo patrón se identificó en estudios previos donde se sustentaba que las valencias negativas eran las que predominaban, esto relacionado con algún trastorno emocional donde existe cierto sesgo en cuanto a los recuerdos de experiencias personales, logrando recuperar mayor cantidad de recuerdos con

valencias emocionales negativas (Meléndez et al., 2019; Boyano et al., 2015; Ruiz-Caballero et al., 1999; Rodrigues et al., 2015; Vale et al., 2019; Williams et al., 2007). Además, través del presente estudio, se logró identificar la presencia de estados emocionales depresivos y sintomatología como llanto fácil, ideas sobrevaloradas de minusvalía, pérdida de interés, lo que podría indicar que el deterioro de la memoria y la pérdida de control en actividades cotidianas que se genera producto de la EA, causa en los pacientes estados de ánimo negativo,s al recordar situaciones del pasado y eventos en donde estos eran funcionales e independientes.

En cuanto a las respuestas emocionales/afectivas la variable arousal, se relaciona con el nivel de excitación emocional o activación que una persona siente ante una experiencia o estímulo (Moltó, et al., 2013). A partir del presente estudio se identificó que los estímulos neutros generaron un mayor nivel de activación emocional en los pacientes, en comparación con los estímulos positivos y negativos, ya que los pacientes expresaban que estos estímulos neutros eran parte de su rutina, por lo que generó una fácil evocación en relación con su recuerdo (Chayo-Dichy, et al., 2003).

Con relación a la variable dominancia, la cual se vincula con el grado de control o dominio que una persona percibe en relación con la situación o experiencia (Chayo-Dichy, et al., 2003). Se evidenció que, los estímulos con una connotación negativa, generaron la menor sensación de control sobre la situación. Adicionalmente, se puede encontrar una posible relación con la variable arousal, ya que los mismos estímulos negativos que generaron activación emocional negativa, también generaron un bajo control o dominancia sobre el estímulo. Por otro lado, los estímulos de carácter neutro y positivo representaron un mayor sentido de dominio para los pacientes. Lo anterior, lo señalan estudios previos, donde expresan que los niveles de activación emocional están estrechamente relacionados con la percepción de dominio frente al estímulo (Chayo-Dichy et al., 2003; Nista-Cassanova, 2017;

Redondo et al., 2010). Esto sugiere que, dado que los estímulos neutros y positivos no generaron una activación emocional significativa, la percepción de dominio experimentada por los participantes fue mayor.

Por su parte, en cuanto a la posible correlación entre la MA y las respuestas emocionales/afectivas en pacientes con alzheimer en niveles leve y moderado, no se encontró relaciones significativas. Sin embargo, se logró identificar un desempeño diferente entre la MA de juventud y de adultez, permitiendo sugerir la profundización de realizar nuevos estudios enfocados en la memoria episódica y la importancia de ésta en diagnósticos como la enfermedad de alzheimer.

Ahora bien, en la realización de la presente investigación se identificaron ciertas limitaciones tales como: a) dificultad en el acceso a la muestra por falta del seguimiento a la evolución de la enfermedad; b) deterioro en la salud de los participantes ocasionando su inasistencia en las fundaciones; c) falta de tiempo para la realización de las pruebas debido a sus actividades planeadas por las fundaciones, que generaron una reducción de la muestra proyectada.

Para futuras investigaciones, se recomienda ampliar la muestra, ya que permitiría realizar análisis estadísticos más robustos. Asimismo, se recomienda poder hacer una investigación con un grupo de control, para lograr comparar el desempeño de la MA y las respuestas emocionales/afectivas entre pacientes normo-típicos y pacientes con enfermedad de alzheimer.

Es crucial resaltar la relevancia de la presente investigación, por lo que, desde una perspectiva científica e investigativa, este estudio aporta un mayor entendimiento sobre el impacto de la enfermedad en la MA de los pacientes, lo cual tiene implicaciones más amplias en el campo de la neurociencia y en la comprensión de las enfermedades neurodegenerativas en general. Estos conocimientos sirven de base para desarrollar tratamientos dirigidos a

trastornos de la memoria y su prevención efectiva. Además, permite avanzar en la comprensión de la enfermedad y crear terapias o estrategias diseñadas específicamente para mejorar la calidad de vida de los pacientes, permitiéndoles mantener un sentido de identidad y conexión con su pasado (Davicino, et al.,2019).

Desde un punto de vista social, la relevancia de esta investigación se extiende más allá del paciente directamente afectado, sino también al cuidador, con el objetivo de brindarles estrategias y conocimientos esenciales, como la importancia del cuidado de los recuerdos y la MA. Como lo menciona Arabia (2019), en la importancia de desempeñar un papel protector en la promoción de actividades y estímulos que beneficien la salud mental de los pacientes con EA.

## REFERENCIAS

- Afonso, R. M. y Bueno, B. M. N. (2010). Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. *Psicothema*, 22(2), 213–220. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72712496007.pdf>
- Acosta, G. y Sosa, A. (2016). Epidemiología de las demencias (pp. 1-6). En M. Alonso, A. Sosa y Z. De los Santos. (Eds.). *Archivos De Neurociencias*. Cerebrum divina lux ratio salus scientiae.
- Alonso-Quecuty, M. (1990). Memoria autobiográfica: la influencia de los estados de ánimo sobre las perspectivas del recuerdo. *Estudios de psicología*, (43), 5-18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=66061>
- Addis, D. R., Wong, A. T., & Schacter, D. L. (2008). Age-related changes in the episodic simulation of future events. *Psychological Science*, 19(1), 33-41.
- Alzheimer's Association. (2017). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 13(4), 325-373. doi: 10.1016/j.jalz.2017.02.001
- Arabia, J. (2019). *Convivir con el olvido. Una guía para cuidadores y familiares de personas con enfermedad de Alzheimer*. Editorial Fundación Alzheimer.
- Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made: The secret life of the brain*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Beltrán-Jaimes, J., Moreno-López, N., Polo-Díaz, J., Zapata-Zabala, M. y Acosta-Barreto, M. (2012). Memoria autobiográfica: un sistema funcionalmente definido. *International journal of psychological research*, 5(2). 108 - 123. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-20842012000200012](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-20842012000200012)

- Benavides-Caro, C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de anestesiología*, 40(2), 107-112. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Boyano, J. y Mora, J. (2015). Estado de ánimo y memoria autobiográfica: efectos sobre la intensidad de los recuerdos escolares. *Anales de Psicología*, 31(3), 1035-1043. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.155201>
- Baddeley, A. (2020). *Exploring Working Memory: Selected Works of Alan Baddeley*. Routledge. [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=6LA0DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT12&dq=Baddeley,+A.+\(2020\).+Exploring+Working+Memory:+Selected+Works+of+Alan+Baddeley.+Taylor+%26+Francis.&ots=KXNm8vC4NC&sig=WmVUw234UmB-Ro8txrzxx4Vh8MM#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=6LA0DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT12&dq=Baddeley,+A.+(2020).+Exploring+Working+Memory:+Selected+Works+of+Alan+Baddeley.+Taylor+%26+Francis.&ots=KXNm8vC4NC&sig=WmVUw234UmB-Ro8txrzxx4Vh8MM#v=onepage&q&f=false)
- Chayo-Dichy, R., Velez, A., Arias, N., Castillo-Parra, G. y Ostrosky-Solis, F. (2003). Valencia, activación, dominancia y contenido moral, ante estímulos visuales con contenido emocional y moral: un estudio en población mexicana. *Revista Española de Neuropsicología*, 9(3-4), 213-225. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1128645>
- Cheng, S. T., Chan, A. C., & Leung, E. M. (2005). Recollection of life events as a function of age and education in Chinese older adults. *Aging & Mental Health*, 9(5), 525-531.
- Casanova-Sotolongo, P., Casanova-Carrillo, P. y Casanova-Carrillo, C. (2004). La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista Neurológica*, 38(5), 469-472. [https://extension.uned.es/archivos\\_publicos/webex\\_actividades/4773/alzheimer11.pdf](https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4773/alzheimer11.pdf)
- Castellani, R. J., Rolston, R. K., y Smith, M. A. (2010). Alzheimer disease. *Disease-a-month* 56(9), 484-546. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2010.06.001>



- Cerquera Córdoba, A. M. y Quintero Mantilla, M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45, 173-180.  
<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/665/1196>
- Collazos, C. y Cuervo, M.T. (2019). Caracterización de la memoria autobiográfica en adultos mayores de Cali, Colombia. *Informes Psicológicos*, 19(1), 31-48.  
<http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v19n1a02>
- Cuetos, F., Rodriguez-Ferreiro, J. y Martinez, C. (2003). Alteraciones de memoria en los inicios de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de neuropsicología*, 5(1), 15-31. [https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART11236/alteraciones\\_memoria\\_inicios\\_enfermedad\\_alzheimer.pdf](https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART11236/alteraciones_memoria_inicios_enfermedad_alzheimer.pdf)
- Da Silva, C., Ramos, V. y Carvalho, P. (2018). Incremento de los cambios cognitivos en pacientes con enfermedad de Alzheimer inicial debido a depresión. *Cuadernos de Neuropsicología*, 12(1), 42-51. <https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/318>
- DANE. (2021). Adulto mayor en colombia, características generales. DANE.  
<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf>
- Davicino, N. A., Muñoz, M. S., de la Barrera, M. L., y Donolo, D. (2019). El rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4, 6-11.  
<https://www.redalyc.org/pdf/1793/179317756002.pdf>
- De la Mata, M., Santamaría, A. y Ruiz, L. (2014). Cultura y memoria autobiográfica: concepciones del yo en estudiantes universitarios mexicanos y españoles. *Estudios de Psicología*, 31(1), 21-38.

[https://www.researchgate.net/publication/261644644\\_Cultura\\_y\\_memoria\\_autobiografica\\_concepciones\\_del\\_yo\\_en\\_estudiantes\\_universitarios\\_mexicanos\\_y\\_espanoles](https://www.researchgate.net/publication/261644644_Cultura_y_memoria_autobiografica_concepciones_del_yo_en_estudiantes_universitarios_mexicanos_y_espanoles)

De la Mata, M., Santamaría, A., Ruiz, L., y Hansen, T. (2011). Memoria autobiográfica, narrativa y concepciones del yo: Un estudio transcultural. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 183-191. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243029631007.pdf>

Division of Population Health. (2019). About Dementia. Centers for Disease Control and Prevention

[https://www.cdc.gov/populationhealth/?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fncddphp%2Fdph%2Findex.html](https://www.cdc.gov/populationhealth/?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fncddphp%2Fdph%2Findex.html)

Gantiva, C. y Camacho, K. (2016). Características de la respuesta emocional generada por las palabras: un estudio experimental desde la emoción y la motivación. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 10(2), 55-62.

<https://www.redalyc.org/pdf/2972/297248896005.pdf>

González-González, C., Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., Rosas-Carrasco, O., Gutiérrez-Robledo, L. M., y García-Peña, C. (2011). Health care utilization in the elderly Mexican population: expenditures and determinants. *BMC Public Health*, 11(192), 1-10. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-192>

Hernández, J., Ricarte, J., Segura, L., Del Rey, F. y Latorre, J. (2013). Revisión de vida en pacientes con esquizofrenia: Efectos sobre el estado emocional y la memoria autobiográfica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(3), 317-328. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4420904>

Justel, N., Psyrdellis, M. y Ruetti, E. (2013). Modulación de la memoria emocional: una revisión de los principales factores que afectan los recuerdos. *Suma Psicológica*, 20(2), 163-174. <https://doi.org/10.14349/sumapsi2013.1276>

- Janssen, S. M., & Rubin, D. C. (2011). Age and educational level differences in the content of autobiographical memories. *Memory*, 19(8), 795-806.
- Levine, B., Svoboda, E., Hay, J.F., Winocur, G. & Moscovitch, M. (2002). Aging and autobiographical memory: Dissociating episodic from semantic retrieval. *Psychology and Aging*, 17(4), 677- 689.  
[https://www.researchgate.net/publication/10969537\\_Aging\\_and\\_autobiographical\\_memory\\_Dissociating\\_episodic\\_from\\_semantic\\_retrieval](https://www.researchgate.net/publication/10969537_Aging_and_autobiographical_memory_Dissociating_episodic_from_semantic_retrieval)
- Ley 1090 de 2006. (2006, 6 de septiembre). Congreso de Colombia. Diario oficial, edición 46.383.  
[https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos\\_de\\_usuario/Documentos/Documentos\\_Investigacion/Docs\\_Comite\\_Etica/Ley\\_1090\\_2006\\_-\\_Psicologia\\_unisabana.pdf](https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia_unisabana.pdf)
- Lolich, M. y Azzollini, S. (2016). Estilos fenomenológicos de evocación de recuerdos autobiográficos en individuos con depresión mayor. *Revista de Psicología*, 35(1), 125-166. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337849319006>
- Martinez-Castillo, E., Fernández, A. Maestú, F, López-Ibor, M. y Ortiz, T. (2001). Neuropsicología de la memoria : aplicaciones al estudio de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de psicología general y aplicación*, 54(1), 17-29. [Neuropsicología de la memoria: aplicaciones al estudio de la enfermedad de Alzheimer](#)
- Matos, M. (2017). Memoria implícita y experiencia traumática. *Revista electrónica de psicoterapia*, 11(2), 369-379. <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2017.110210>
- McGuire, L., & Talarico, J. M. (2011). Autobiographical remembering and individual differences: Introduction to the special issue. *Memory*, 19(8), 769-775.
- Meléndez, J., Escudero, J., Satorres, E. y Pitarque, A. (2019). Type of memory and emotional valence in healthy aging, mild cognitive impairment, and Alzheimer's disease. *Psicothema*, 31(1), 60–65. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.181>

- Ministerio de salud y protección social. (2023). *Envejecimiento y vejez*. Ministerio de salud y protección social. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Millán, J. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galega de Economía*, 20 (extraordinario), 1-13. <https://www.redalyc.org/pdf/391/39121275006.pdf>
- Ministerio de salud y protección social. (2017). Boletín de salud mental Demencia. Ministerio de salud y protección social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-demencia-salud-mental.pdf>
- Moltó, J., Segarra, P., López, R., Esteller, À., Fonfría, A., Pastor, M. C., & Poy, R. (2013). Adaptación española del "International Affective Picture System" (IAPS). Tercera parte. *Anales de Psicología*, 29(3), 965-984. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16728244036.pdf>
- Moreno, J., García, M. F., Gámez, A. S., y Moreno, B. G. (2016). Estudio piloto. Memoria implícita, memoria explícita y deterioro cognitivo: evolución en el trastorno psicótico. *Enfermería Global*, 15(1), 135-152. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.1.207021>
- Navarro, B., Latorre, J., López-Torres, J. y Pretel, F. (2008). Memoria autobiográfica y entrenamiento en revisión de vida como método de mejora del estado de ánimo en la vejez. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(4), 171-177. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2008000200007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000200007)
- Nascimento, J. y Pergher, G. (2011). Memoria autobiográfica y depresión: un estudio correlacional con una muestra clínica. *Psicología: teoría y práctica*, 13(2), 142-153. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872011000200011&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872011000200011&script=sci_abstract&tlng=es)

- Nelson, K., & Fivush, R. (2020). The Development of Autobiographical Memory, Autobiographical Narratives, and Autobiographical Consciousness. *Psychological Reports, 123*(1), 71-96. <https://doi.org/10.1177/0033294119852574>
- Nista-Cassanova, C. (2017). Obesidad y Emociones, diferencia de activación, valencia y dominancia frente a la exposición de imágenes emocionales en una muestra de obesos y no obesos. [Tesis de pregrado, Universidad de Palermo]. Archivo digital. <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1934/Nista%20Casanova%2C%20Cynthia%20%20Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Todos%20los%20pa%C3%ADses%20del%20mundo,en%202020%20a%201400%20millones>.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.). Demencia. Organización mundial de la salud <https://www.paho.org/es/temas/demencia>
- Pérez-Martínez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 21*(1-2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000100017&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017&lng=es&tlng=pt).
- Pose, M. y Manes, F. (2010). Deterioro cognitivo leve. *Instituto de Neurología Cognitiva (INECO), 26*(3), 7-12. [https://www.academia.edu/25215196/Deterioro\\_cognitivo\\_leve\\_Mild\\_cognitive\\_impairment\\_Mariangeles\\_Pose\\_Facundo\\_Manes#:~:text=Deterioro%20cognitivo%20leve%20Mild%20cognitive%20impairment%20Mariangeles%20Pose%2C%20Facundo%20Manes,-](https://www.academia.edu/25215196/Deterioro_cognitivo_leve_Mild_cognitive_impairment_Mariangeles_Pose_Facundo_Manes#:~:text=Deterioro%20cognitivo%20leve%20Mild%20cognitive%20impairment%20Mariangeles%20Pose%2C%20Facundo%20Manes,-)

[Marisa%20Candame&text=Se%20denomina%20%22Deterioro%20Cognitivo%20Leve,estadio%20temprano%20de%20la%20demencia.](#)

- Ramirez-Ramirez, M. y Olmos-Castillo, H. (2020). Funciones cognitivas y motivación en el aprendizaje de las matemáticas. *Universidad de Guanajuato*, 2, <http://quimica.ugto.mx/index.php/nyt/article/view/383>
- Ramírez-Vélez, R., Agredo, R., Jerez, A. y Chapal, L. (2008). Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. *Revista de salud pública*, 10(4). <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a03.pdf>
- Redondo, J., & Fernández-Rey, J. (2010). Reconocimiento de fotografías de contenido emocional: Efectos de la valencia cuando se controla el arousal. *Psicológica*, 31(1), 65-86. <https://www.redalyc.org/pdf/169/16912881004.pdf>
- Resolución número 8430 de 1993. (1993, 4 de octubre). Ministerio de Salud. Decreto 2164. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Roa, P., Martínez, A. y García, M. (2017). Marco Conceptual. En L. Gutiérrez, M. García, P. Roa, A. Martínez. (Eds.). *La Enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud I* (pp. 1-15). Intersistemas S.A de C.V., Academia Nacional de Medicina de México.
- Rodrigues, G., Oliveira, D., Foss, M., & Takayanagui, O. (2015). Cross-cultural adaptation and validation of the episodic autobiographical memory interview for Brazilian Portuguese. *Neuro Psiquiatric*, 73(8), 676-680. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20150084>
- Romano, M., Nissen, M., Paredes, N. y Parquet, C. (2007). Enfermedad de alzheimer. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 175, 9-12. [https://med.unne.edu.ar/revistas/revista175/3\\_175.pdf](https://med.unne.edu.ar/revistas/revista175/3_175.pdf)

- Romero, N., Romero-Ramos, O. y González, A. (2021). Actividad física y funciones cognitivas en personas mayores: revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista retos*, 39(7), 1017–1023 <https://doi.org/10.47197/retos.v0i39.79960>
- Ruíz-Caballero, J. y Donoso-Cortés, C. (1999). Depresión y memoria autobiográfica congruente con el estado de ánimo. *Psicothema*, 11(3), 611-616.  
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7545>
- Salazar-Villanea, M. (2007). Identidad personal y memoria en adultos mayores sin demencia y con enfermedad de Alzheimer. *Actualidades en psicología*, 21(108), 1-37.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133212641001>
- Salazar-Villanea, M. (2012). Neuropsicología y envejecimiento: El potencial de la memoria autobiográfica en investigación e intervención clínica. *Revista costarricense de psicología*, 31(1-2)123-146. <https://www.redalyc.org/pdf/4767/476748710004.pdf>
- Salazar-Villanea, M. (2020). Narrativa autobiográfica y reminiscencias en costarricenses con Alzheimer. *Revista Signos*, 53(102), 219-241.  
<https://www.scielo.cl/pdf/signos/v53n102/0718-0934-signos-53-102-219.pdf>
- Salazar Villanea, M. (2015). Aproximaciones desde la Gerontología Narrativa: La memoria autobiográfica como recurso para el desarrollo de la identidad en la vejez. *Anales En Gerontología*, 7(7), 41–68.
- Santamaría, A. y Montoya, E. (2008). La memoria autobiográfica: el encuentro entre la memoria, el yo y el lenguaje. *Estudios de Psicología*, 29(3), 333-350.  
[https://www.researchgate.net/publication/233683230\\_La\\_memoria\\_autobiografica\\_el\\_encuentro\\_entre\\_la\\_memoria\\_el\\_yo\\_y\\_el\\_lenguaje](https://www.researchgate.net/publication/233683230_La_memoria_autobiografica_el_encuentro_entre_la_memoria_el_yo_y_el_lenguaje) [Autobiographical memory An encounter between memory self and language](https://www.researchgate.net/publication/233683230_La_memoria_autobiografica_el_encuentro_entre_la_memoria_el_yo_y_el_lenguaje)
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: From mind to brain. *Annual review of psychology*, 53(1), 1-25. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135114>

UdeA Noticias. (junio 26 de 2023). La lucha contra el alzhéimer continúa. Universidad de Antioquia [https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia/!ut/p/z0/fYw9D4IwGIT\\_igsjaalYdCQOJsbBwRjoYt6URI7sF6UY468XdDAuLpe7y3NHBKmlsHDHK0R0FvSUa8Ev682WZWVOD5TnnJb8mK8KtluezpTsifgPTA\\_Y9b0oiZDORvWIpPIuRNBjoyChMPym1hn18bMurIsoEYAEvtcWGzdT39qrgK5B6UAbMBBVSKgeZQsp6Ger0KiQejBFVqTdaBljPibqF92LfTG/#:~:text=Colombia%20tiene%20el%20grupo%20poblacional,la%20mutaci%C3%B3n%20que%20la%20provoca](https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia/!ut/p/z0/fYw9D4IwGIT_igsjaalYdCQOJsbBwRjoYt6URI7sF6UY468XdDAuLpe7y3NHBKmlsHDHK0R0FvSUa8Ev682WZWVOD5TnnJb8mK8KtluezpTsifgPTA_Y9b0oiZDORvWIpPIuRNBjoyChMPym1hn18bMurIsoEYAEvtcWGzdT39qrgK5B6UAbMBBVSKgeZQsp6Ger0KiQejBFVqTdaBljPibqF92LfTG/#:~:text=Colombia%20tiene%20el%20grupo%20poblacional,la%20mutaci%C3%B3n%20que%20la%20provoca)

Universidad Industrial de Santander. (2014). Guía de atención para paciente en crisis. [https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\\_estudiantil/guias/GBE.80.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.80.pdf)

Universidad Internacional de La Rioja. (2021). Estimulación cognitiva: claves e importancia. *UNIR revista*. <https://www.unir.net/salud/revista/estimulacion-cognitiva/#:~:text=El%20conjunto%20de%20ejercicios%20y,%20C%20memoria%20%20lenguaje%20y%20percepci%C3%B3n>.

Vadillo, A. (2017). La memoria autobiográfica y la influencia de la cultura en su desarrollo. [Trabajo fin de grado, Universidad de Jaén] [https://tauja.ujaen.es/jspui/bitstream/10953.1/6113/1/Vadillo\\_Melero\\_Alexandra\\_TF\\_G\\_Psicologia.pdf](https://tauja.ujaen.es/jspui/bitstream/10953.1/6113/1/Vadillo_Melero_Alexandra_TF_G_Psicologia.pdf)

Vale, A., Silva, H., & Chiariglione, I. (2019). Autobiographical memory: A proposal for mnemonic stimulation in elderly individuals. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(2), 378-396. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872019000200013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872019000200013)

Williams, J. C., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E. R., & Dalgleish, T. (2006). Autobiographical memory specificity and emotional disorder.



*Psychological Bulletin*, 133(1), 122–148. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122>

## **ANEXOS**

### **Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado(a) familiar y/o acudiente

La Fundación de Alzheimer de la ciudad de Cali, Colombia acompaña a las estudiantes de psicología Mariana Bravo y Paula Carmona, pertenecientes a la Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali, quienes están llevando a cabo la investigación titulada: “Memoria autobiográfica y respuestas emocionales/afectivas en adultos mayores con demencia tipo Alzheimer”, la cual pretende determinar la relación entre memoria autobiográfica y las respuestas emocionales/afectivas en pacientes con enfermedad de Alzheimer en la ciudad de Cali. Así mismo, de manera específica se propone describir la memoria autobiográfica en adultos mayores con demencia tipo Alzheimer e identificar las respuestas emocionales/afectivas de los adultos mayores con demencia tipo Alzheimer. Para lograr los anteriores objetivos se realizará la aplicación de las pruebas Autobiographical Interview (AI) y el Self-Assessment Manikin (SAM) los cuales evalúan las variables de memoria autobiográfica y respuestas emocionales/afectivas que se desean medir.

Los beneficios de la participación será que al finalizar la investigación los acudientes tendrán total acceso al documento final de la investigación, se realizará un reporte individual de los resultados de las dos pruebas que se le entregarán al acudiente de cada participante. Así mismo, se socializarán los resultados generales del estudio en las instalaciones de la fundación y se hará una actividad con los adultos mayores participantes del proyecto. Se entregarán reportes individuales de los resultados recogidos en las pruebas aplicadas y la socialización de los resultados generales de la investigación. Esto le permitirá al acudiente y/o familiar contar con mayor información del estado del paciente desde el componente emocional y la memoria. Del mismo modo, se le brindará a la fundación mayores herramientas para acompañar al paciente. Un posible riesgo de la participación es que a partir de los recuerdos surja una crisis psicológica para lo que se tendrá el manual de cuidados psicológicos. Antes de aceptar o rechazar su participación en la investigación, debe de tener en cuenta lo siguiente:

- La decisión de participar en la investigación es completamente PERSONAL, LIBRE y VOLUNTARIA.

- Sus datos personales y la información obtenida son completamente CONFIDENCIALES, por el contrario, se utilizará un código para identificarlo.
- En el transcurso del estudio usted podrá SOLICITAR información actualizada sobre el mismo.
- En el transcurso de aplicación de las pruebas se realizarán grabaciones de audio, la información será utilizada única y exclusivamente como material de estudio para las investigadoras, la información no será divulgada con ninguna persona externa al estudio y será eliminada del dispositivo donde se almacene al terminar la investigación.
- En el transcurso del estudio usted podrá RETIRARSE en cualquier momento, agradeciendo que nos informe las sus razones.
- En el transcurso del estudio nosotros podremos retirarnos en cualquier momento, y le explicaremos nuestras razones.
- NO recibirá ningún beneficio económico por su participación.
- NO tendrá que hacer un gasto económico durante su participación.

La investigación se enmarca en los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 24, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la **Ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006**, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, adicionalmente, los artículos 5, 8, 10, 11, 12, 14, 15 y 16 de la **Resolución No. 008430 de 1993** que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud y **la Ley 1996 de 2019**, establecida por el congreso en donde se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad en mayores de edad teniendo disposiciones generales en cuenta y así mismo, ha recibido el aval por parte del Comité de Investigaciones y Ética de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede firmar el siguiente Consentimiento Informado.

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi participación en la investigación. En tal sentido, la firma del consentimiento informado, implica autorización para realizar el Autobiographical Interview (AI) y el Self-Assessment Manikin (SAM).

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con CC \_\_\_\_\_ declaro que he sido informado(a) de los objetivos, fines del presente estudio a realizar por estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Y obrando en forma **AUTÓNOMA Y CONSCIENTE, ACEPTO** la participación de \_\_\_\_\_ en esta investigación. Se firma a los días \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA PARTICIPANTE**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ -\_\_

**CC:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**TESTIGO 1**

**Firma** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**CC:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**TESTIGO 2**

**Firma** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**CC:** \_\_\_\_\_

*MBravoA*

Firma del **Mariana Bravo**

**CÉDULA DE CIUDADANÍA:**

**1005868821**

**CORREO:**

**marianabravo15@javerianacali.edu.co**

**TELÉFONO: 3017439473**

*P. Carmona*

Firma del **Paula Carmona**

**CÉDULA DE CIUDADANÍA: 1010006128**

**CORREO:**

**paulacarmona7@javerianacali.edu.co**

**TELÉFONO: 3113860008**

*Maria Teresa Cuervo C.*

Firma del docente encargado/a

**Maria Teresa Cuervo Cuesta**

**CÉDULA DE CIUDADANÍA: 67030288**

**CARGO Docente e investigadora de la PUJ Cali**

**CORREO mtcuervo@javerianacali.edu.co**

**OFICINA 3-49**

**TELÉFONO 3105009458**

**Anexo 2. CARTA CONFIRMACIÓN PACIENTES FUNDACIÓN DE ALZHEIMER,  
CALI**



Santiago de Cali, agosto 31 de 2023

SEÑORES  
COORDINACIÓN TRABAJO DE GRADO  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
L.C.

Cordial saludo,

Me permito informar que a las estudiantes de PSICOLOGÍA, PAULA CARMONA C.C. 1010006128 y MARIANA BRAVO CC. 1005868821, en reunión realizada el día 4 de agosto en la oficina de la dirección de la FUNDACIÓN ALZHEIMER, se les aprobó la realización su trabajo de tesis con un grupo de pacientes de nuestra entidad.

Atentamente,

**AGATHA LEÓN G.**  
Coordinadora General

### **Anexo 3. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS Y TERAPIA MULTIMODAL PARA ATENCIÓN EN CRISIS EN ADULTO MAYOR**

La palabra crisis revela conceptos que son muy ricos en su significado psicológico como son: Peligro, oportunidad, decisión, discernimiento, momento crucial, y de cambio. Según Slaikeu todos los humanos están expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. Slaikeu dice que el estado de crisis surge de un evento precipitante, que genera impacto emocional e implica desorganización y desequilibrio, está limitado en tiempo, sigue patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos y bajos generando crecimiento o deterioro. Según Caplan los principales aspectos del estado de crisis son el trastorno emocional, el desequilibrio y el fracaso en la solución de problemas para salir adelante. Desde la perspectiva cognitiva de Taplin el componente más importante es la pérdida transitoria de las expectativas de vida, las distorsiones cognitivas asociadas al suceso traumático, la incapacidad para manejar situaciones nuevas y dramáticas y la confusión de sentimientos, pensamientos y conductas. Los objetivos de los primeros auxilios psicológicos y de la terapia de crisis en adultos mayores con una enfermedad de salud mental están centrados en:

- Alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción del recuerdo.
- Reducir el peligro de respuestas violentas y para potenciar la motivación del paciente a hallar una nueva perspectiva para afrontar las circunstancias de la enfermedad.
- Restauración de un nivel de funcionamiento CASIC mínimo: (Cognitivo, Afectivo y Somático, Interpersonal y Conductual).

- Comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio. Identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: Personales, familiares, profesionales, comunitarios, sociales y legales.
- Identificar nuevas formas de Percibir, Pensar y Sentir lo que hasta ahora ha sucedido.
- Dar seguimiento a la intervención o asegurar la resolución final de la crisis.

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

La desorganización, confusión y trastornos del estado de crisis pueden afectar diversos aspectos de la vida del adulto mayor y al mismo tiempo sentimientos, pensamientos, conductas, relaciones sociales y funcionamiento físico. Los síntomas principales que lo definen son:

1. Cambios en el comportamiento como agresión, impulsividad, hiperactividad y actos vulgares e indecentes.
2. Cambios en el estado emocional con sentimientos de angustia, temor, frustración, confusión, cansancio, agotamiento, culpa, desamparo, enajenación, ira, irritabilidad, miedo, tristeza, depresión, pesadillas, angustia, ansiedad, pánico, tensión mental, indecisión, falta de confianza y sentimientos de inadecuación.
3. Vulnerabilidad al llanto.
4. Dificultad para pensar, falta de concentración, pensamiento de “túnel”, dificultad para tomar decisiones e ideas o acciones autodestructivas.
5. Síntomas físicos dados en enfermedades, dolores psicósomáticos, alteraciones del sueño, dolores de cabeza, indigestión, falta de apetito, etc.
6. Desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales, escolares, familiares y sociales.



## **TRATAMIENTO**

El tratamiento para responder a las problemáticas de los adultos mayores se basa en una Psicoterapia Cognitiva o terapia breve y de urgencia de carácter individual con cierto límite de tiempo y está orientada a aliviar el malestar psicológico mediante la modificación de esquemas disfuncionales. Para la presente guía de atención, se establece un tratamiento psicoterapéutico rápido y de un solo encuentro con la finalidad de realizar el encuadre con el paciente y revisar las dimensiones del problema que generaron impacto emocional, adicionalmente se buscará indagar acerca del pasado inmediato, el presente, incidente que precipitó la crisis, recursos personales (internos), recursos sociales (externos).

Identificar y analizar posibles soluciones: Consiste en realizar un análisis cuidadoso de las posibles soluciones para las necesidades inmediatas o posteriores y generar compromisos para que el adulto mayor en crisis tome decisiones y actúe en búsqueda de la solución:

- Preguntar por lo que la persona ha intentado hacer para solucionar el problema.
- Identificar redes de apoyo.
- Posibles remisiones a otros profesionales o Áreas.
- Fortalecer estrategias de afrontamiento o realizar fortalecimiento yoico.
- Examinar qué puede o podría hacer.
- Proponer nuevas alternativas.
- Llamar a un acudiente o persona responsable que acompañe a la persona en crisis Informar sobre la condición emocional del paciente y del trato que debe recibir.

En caso de que no sea autorizada la grabación de audio para las entrevistas, como plan alternativo se propone que una de las participantes realice la transcripción en vivo de lo que el participante comente mientras que la aplica la prueba.

### **Ruta de atención en crisis**

Mientras se habla con el paciente sobre su momento de crisis, simultáneamente se llamará a la línea 106 enfocada en el apoyo a la salud mental en la Ciudad de Cali, el cual le proveerá ayuda psicológica al paciente. Adicionalmente, se contará con el apoyo continuo de la directora del proyecto, la cual es la docente María Teresa Cuervo Cuesta.