



Departamento de Psicología

TRABAJO DE DIPLOMA

Título: Caracterización del conocimiento sobre la demencia en una
muestra de público general cubano

Autor: Daymara Castillo Quintero

Tutores: MSc. Zoylen Fernández Fleites

Santa Clara, Noviembre, 2021
Copyright©UCLV

UCLV
Universidad Central
"Marta Abreu" de Las Villas



FCS
Facultad de
Ciencias Sociales

DIPLOMA THESIS

Title: Dementia Knowledge in a Cuban sample

Author: Daymara Castillo Quintero

Thesis Director: MSc. Zoylen Fernández Fleites

Santa Clara , November, 2021
Copyright©UCLV

Este documento es Propiedad Patrimonial de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, y se encuentra depositado en los fondos de la Biblioteca Universitaria “Chiqui Gómez Lubian” subordinada a la Dirección de Información Científico Técnica de la mencionada casa de altos estudios.

Se autoriza su utilización bajo la licencia siguiente:

Atribución- No Comercial- Compartir Igual



Para cualquier información contacte con:

Dirección de Información Científico Técnica. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Carretera a Camajuaní. Km 5½. Santa Clara. Villa Clara. Cuba. CP. 54 830

Teléfonos.: +53 01 42281503-1419

“Nada sobre esta tierra puede detener al hombre que posee la correcta actitud mental para lograr su meta”

Thomas Jefferson

- A mi mamita bella, la copiloto de todos mis sueños y la impulsora de todos mis éxitos. Tu bendición a diario a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien. Gracias por tu paciencia y amor; mis logros te los debo a ti, y en especial este.
- A mis súper abuelos, mis personas favoritas. Gracias por siempre apoyarme, por tener una palabra de aliento para mí en los peores momentos, por amarme incondicionalmente y por enseñarme a no rendirme y a luchar por lo que quiero. Sus canas son sinónimo de sabiduría, y soy la persona más afortunada del mundo al tenerlos como abuelos.
- A mi papito, quien me ha apoyado en las buenas y en las malas, quien siempre ha confiado en mí aun cuando ni yo lo hacía. Gracias por haberme inspirado desde niña a ser una buena persona y una gran profesional.
- A mi tata, mi ejemplo a seguir, el cimiento para la construcción de mi vida profesional. Gracias por guiarme siempre por el mejor camino y por apoyarme en todas mis locuras; no sé qué hubiese sido de mí durante la realización de este proyecto sin nuestros relajantes téis nocturnos. Solo puedo decir que si hoy estoy aquí es gracias a ti.
- A Anthony, mi compañero de mil batallas, mi dulce paladín. Gracias por soportarme y entenderme en mis noches más duras, por tu paciencia infinita y por apoyarme en cada uno de mis proyectos, especialmente en este. Eres uno de los mayores regalos que me ha traído la vida y estoy agradecida por eso.
- A mis tías Zena, Mayulis y mi primo Yordi, por siempre apoyarme y luchar junto a mí para que todos mis sueños se hagan realidad.
- A Johncito y Bananita, la alegría de mis días y los desvelos de mis noches. Gracias por sacarme una sonrisa cuando nada ni nadie lo lograba.

Agradecimientos

- A toda mi familia, por su apoyo y cariño incondicional; por siempre saber guiarme por los caminos correctos para hacer realidad mis sueños.
- *De forma muy especial a mi tutora y guía Zoylen Fernández, por pensar y confiar en mí. Gracias por su esfuerzo, por estar a mi lado en los altibajos y siempre tener una frase de aliento en los momentos difíciles. Gracias por su acertada orientación y contribución al resultado de este trabajo, fue un privilegio trabajar junto a usted.*
- A Ana Cristina, por su colaboración y recomendaciones para el desarrollo de esta investigación.
- A Broche, también por su confianza, apoyo, recomendaciones y consejos para realizar este trabajo.
- A Elizabeth, muchas gracias por sus recomendaciones y aportes, su ayuda fue muy oportuna.
- A la profesora Idania, muchas gracias por sus valoraciones y colaboración, su apoyo fue muy valioso.
- A mis profesores, por prepararme durante el transcurso de mi formación profesional e incentivarme a ser cada vez mejor.
- A mi amiga y tesiante Lily, por brindarme su amistad y apoyo constante desde el primer momento que nos conocimos, y por siempre estar para mí cuando lo necesité.
- A los tesiantes Danairys y Brayan que contribuyeron certeramente en los resultados de la investigación.
- A mi mejor amiga, Lisnay, por sufrir conmigo mis penas aun en la distancia, y por siempre contagiarme con su energía para seguir adelante.

Agradecimientos

- A la familia Díaz Medina, por la preocupación y apoyo brindado durante toda mi carrera y en especial en esta etapa.
- A mis muchos amigos, por ofrecerme su ayuda y comprensión: Nataly, Maria Carla, Marcos.
- A los que de lejos siempre se mantuvieron cerca.
- A todas las personas que de una forma u otra han hecho posible la elaboración de este proyecto.

A todos Muchas Gracias

Resumen

Introducción: A medida que la población envejece, proporcionar atención eficaz a la promoción de salud cognitiva y la prevención de la demencia se volverá esencial para disminuir el riesgo de padecer el síndrome. El adecuado manejo de personas con demencia y el logro de una disminución de la incidencia, requiere la constante actualización sobre su conocimiento.

Objetivo: Caracterizar los conocimientos sobre la prevención de demencia en una muestra de la población cubana.

Método: Se diseñó un estudio transversal, no experimental, descriptivo; mediante la encuesta a 305 participantes del público general cubano. Para el procesamiento de los datos se empleó la estadística descriptiva. Los ítems de respuestas abiertas del cuestionario se analizaron mediante el método de análisis de contenido.

Resultados: Se obtuvo un nivel medio de conocimiento sobre la demencia, con una puntuación promedio del DKAS-Sp de 24.65 y un máximo de 48. Se destacó un elevado dominio en la dimensión referente al cuidado de los pacientes con este diagnóstico. La mayoría de los encuestados reconocieron sentirse poco informados con respecto a la enfermedad. Sin embargo, revelaron sus necesidades educativas sentidas con relación a la prevención, tratamiento y cuidado de pacientes con esta patología.

Conclusiones: Aunque la prevención de demencia constituye un tema de interés para los encuestados, aun no se tiene suficiente conocimiento sobre la enfermedad a modo general. Los resultados obtenidos son un punto de partida para el desarrollo de intervenciones psicoeducativas dirigidas a potenciar el conocimiento sobre la demencia y su prevención.

Palabras Claves: conocimiento sobre demencia, prevención de demencia, necesidades psicoeducativas sobre la demencia

Abstract

Background: As the population ages, providing effective attention to cognitive health promotion and dementia prevention will become essential to dementia risk reduction. Proper management of people with dementia and achieving a decrease in incidence, requires constant updating of dementia knowledge.

Objective: To characterize the knowledge about dementia prevention in a sample of Cuban population.

Method: A cross-sectional, non-experimental, descriptive study was designed; through the survey of 305 participants of the Cuban general public. Descriptive statistics were used for data processing. The open response items of the questionnaire were analyzed using the content analysis method.

Results: A medium level of knowledge about dementia was obtained, with an average DKAS-Sp score of 24.65 and a maximum of 48. A high domain in the dimension referring to patients care with this diagnosis was highlighted. Most of the respondents acknowledged feeling poorly informed about the disease. However, they revealed their felt educational needs in relation to the prevention, treatment and care of patients with this pathology.

Conclusions: Although, dementia prevention is a topic of interest to the respondents, there is still not enough knowledge about the disease in general. The results obtained are a starting point for the development of psychoeducational interventions aimed to enhancing knowledge about dementia and its prevention.

Key Words: dementia knowledge, dementia prevention, psychoeducational needs about dementia

Índice

Introducción	1
Marco Teórico	8
1.1 Demencia	8
1.2 Prevención de Demencia: Factores protectores y de riesgo, estado del arte	13
1.3 Exploración del conocimiento sobre demencia en el público general: estado del arte	23
Marco Metodológico	34
2.1 Enfoque y Diseño Metodológico	34
2.2 Población y muestra	34
2.3 Instrumentos	36
2.4 Definición conceptual y operacional de la variable	38
2.6. Procedimientos	39
2.6.1. Procedimientos de análisis	40
Resultados y Discusión	41
3.1 Conocimiento sobre demencia	41
3.2 Necesidades psicoeducativas para la prevención de demencia	44
3.3 Discusión de resultado	47
Conclusiones	54
Recomendaciones	55
Referencias	56
Apéndices	77

Introducción

El envejecimiento poblacional es en la actualidad uno de los fenómenos demográficos de mayor trascendencia a nivel mundial, está relacionado con el aumento en la proporción de personas de edad avanzada con relación al resto de la población (UNFPA, 2012). Sus efectos sobre la sociedad se presentan en distintos ángulos del desarrollo. A nivel global, la tasa de crecimiento de las personas adultas mayores es más grande que el de cualquier otro grupo etario (Banks & Oldfield, 2007).

En la actualidad, el 11.5% de la población tiene 60 o más años de edad, considerándose que en el año 2050 alcanzará el 22%. Se estima que, entre 2015 y 2030, la población de 60 años y más se elevará de 900 millones a más de 1.400 millones de personas. Ello supone un incremento del 64% en tan solo 15 años, siendo el grupo de edad que más crece. En términos relativos, el porcentaje de población de 60 años y más pasará del 12,3% en 2015 al 16.4% en 2030 (Huenchuan, 2018).

Este fenómeno ocurre a nivel mundial debido al aumento de la esperanza de vida secundario a la disminución de la natalidad y de la mortalidad infantil y por edades, entre otros factores. Dichos elementos son producto de las mejoras ocurridas en los sistemas de salud en el último siglo, contribuyendo a que las personas tengan vidas más largas y saludables. Sin embargo, esto ha tenido como resultado un aumento en el número de personas con enfermedades no transmisibles, incluyendo la demencia que, aunque no es una parte normal del envejecimiento, afecta principalmente a los adultos mayores en el mundo entero (OMS, 2013).

Se estima que, a nivel mundial, en el 2015 la demencia afectó a 47 millones de personas. Esta cifra se habrá casi duplicado para el año 2030 y se triplicará para el 2050. Según diferentes estimaciones, entre 2% y 10% de todos los casos de demencia comienzan antes de los 65 años.

La prevalencia se duplica con cada intervalo de 5 años después de los 65 años de edad. El número total de nuevos casos de demencia en todo el mundo es de casi 7.7 millones, siendo el Alzheimer la más frecuente en los diagnósticos, oscilando del 50 al 70% en todos los casos. Diversos estudios epidemiológicos indican que se espera que este número aumente de manera alarmante. Se estima que la cifra casi se duplicará cada 20 años, alcanzando el valor de 75 millones en 2030 y 132 millones en 2050 (OMS, 2017). Los mismos significan un aumento de un 12%-13% más de las reportadas en el Informe Mundial sobre el Alzheimer del año 2009 (Alzheimer Disease International, 2015).

En América Latina existe un incremento sostenido en la proporción y número absoluto de personas de 60 años y más. El proceso de envejecimiento continuará incrementándose de manera acelerada en los próximos años, sobre todo en el período 2010-2030, cuando el crecimiento del segmento de 60 años y más será del 2.3 %. Si bien este crecimiento disminuirá al 1.5 % en el 2030-2050, continuará como la más elevada entre el conjunto de grupos poblacionales (Berrío, 2012; García & Alfonso, 2014). Los cálculos para esta región pronostican que, para los próximos 15 años, la expectativa de crecimiento de la población de adultos mayores será de un 71%, siendo la más alta a nivel mundial (Benavides-Caro, 2017). En este escenario, destaca la prevalencia de la demencia con un 11% en la población adulta, con una mayor incidencia en mujeres y en población urbana (Sánchez y col., 2019). Se estima que para el año 2040 exista un aproximado de 9.1 millones de personas con demencia en América Latina (Llibre & Gutiérrez-Herrera, 2014).

Por su parte, Cuba clasifica dentro de los 30 países más longevos del mundo y el país con mayor proporción de adultos mayores de Latinoamérica (Bayard, Aspiazú, y col., 2019). En la nación, el 19.4 % de sus habitantes tiene 60 y más años de edad, y se estima que, para el 2025,

sea el 26.1% (Vila, Valdés, & Cabrera, 2018). En este sentido, se calculan aproximadamente 160 mil personas con demencia, número que se incrementará en 2.3 veces para el año 2040, o sea 300 mil personas con demencia (2.7%) de la población cubana (Bayard, Aspiazú, y col., 2019).

El incremento de los diagnósticos de demencia provoca repercusiones económicas, sociales, médicas y humanas de importante magnitud. Se considera como la sexta causa de muerte (MINSAP, 2015), la primera causa de discapacidad en adultos mayores, y la mayor contribuyente de dependencia, necesidades de cuidado, así como sobrecarga económica y estrés psicológico para los pacientes y sus cuidadores (Llibre, 2011; Sousa y col., 2009).

Si bien las cifras y los costos son enormes, el impacto en los que padecen la enfermedad, sus cuidadores y familiares es extremo. Los síntomas psicológicos y del comportamiento asociados con la demencia afectan profundamente la calidad de vida de las personas que la sufren y la de sus cuidadores. En cierto grado, en la mayoría de los países existe una falta de sensibilización y comprensión de la demencia. Frecuentemente se la considera parte normal del envejecimiento o una condición por la que no se puede hacer nada (Llibre & Gutiérrez-Herrera, 2014).

Teniendo en cuenta la actual situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado un llamado a los gobiernos del mundo para que declaren la demencia como una prioridad de salud pública (OMS, 2013). Para implementar esa resolución, se ha diseñado el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia, para el periodo 2017-2025, que incluye áreas de actuación en diagnóstico, tratamiento y atención (OMS, 2017).

Cuba se encuentra entre los 29 países de un grupo de 190 que han dado respuesta y elaborado planes de acción para enfrentar la demencia, mediante la consecución de objetivos como: perfeccionar los sistemas de información en relación con la demencia, actualizar los

indicadores acordes con el plan de la OMS, crear ambientes y ciudades amigables para las personas con síndrome demencial; así como la creación y mantenimiento de centros especializado en cada provincia para el diagnóstico temprano de la enfermedad, a partir del nivel de Atención Primaria de Salud (Bayard, Fernández, y col., 2019). Para darle cumplimiento a estos objetivos, Cuba elaboró en el año 2014 la Estrategia para la enfermedad de Alzheimer y los síndromes demenciales que, junto con su plan de acción, se han venido actualizando periódicamente; y se implementa como parte del Programa de Atención al Adulto Mayor (Bayard y col., 2016),

Dichas acciones e implementación, constituyen un elemento fundamental. Si bien en el pasado se consideraba que el diagnóstico de esta enfermedad significaba un camino irreversible hacia el declive cognitivo, en la actualidad existen evidencias que señalan que este síndrome puede ser prevenido (A. Smith & Yaffe, 2014). Para lograrlo, resulta imprescindible diseñar e implementar acciones orientadas a la promoción de salud cognitiva (Pase y col., 2017). En este sentido, existe evidencia suficiente para afirmar que al menos la mitad del riesgo para padecer demencia es atribuible a factores del estilo de vida (Barnett, Hachinski, & Blackwell, 2013) por lo que se considera que aproximadamente un tercio de los diagnósticos de demencia pueden ser disminuidos con el manejo de elementos como estilos de vida saludables y control de factores de riesgo cardiovasculares (Norton, Matthews, Barnes, Yaffe, & Brayne, 2014).

Si se realiza una mirada hacia estudios realizados en otros contextos, se puede observar que en las naciones desarrolladas se ha comprobado la existencia de una baja percepción general relacionada con el riesgo de padecer demencia, así como la ausencia de conciencia sobre factores preventivos que se pueden llevar a cabo para potenciar salud cognitiva (Broche-Pérez, Fernández-Fleites, González, Hernández, & Salazar, 2021). Sin embargo, a pesar de que el

mayor número de estudios con respecto a esta temática se llevan a cabo en países desarrollados, son las naciones con bajos ingresos y en vías de desarrollo, las que presentan los mayores índices de demencia actualmente, esperándose en un futuro un incremento (Broche-Pérez y col., 2021).

En el contexto latinoamericano y caribeño, son pocos los estudios publicados con respecto al conocimiento sobre el riesgo de padecer demencia y cómo prevenirla. Se puede citar, un estudio llevado a cabo en Argentina, cuyo objetivo fue evaluar la percepción y el grado de conocimiento público acerca de la enfermedad de Alzheimer (Russo y col., 2012). En esta investigación se obtuvo que alrededor del 85% de los encuestados identificaron adecuadamente los síntomas de la enfermedad, el 40% la consideró una enfermedad fatal y el 50% cree que existe una prueba definitiva para su diagnóstico. El mencionado estudio, no concibió preguntas que exploraran el conocimiento sobre los factores de riesgo relacionados con el riesgo de presentar demencias, y tampoco exploró el conocimiento sobre las posibles acciones a desarrollar para su prevención.

En el contexto cubano, se destaca el estudio preliminar de Broche-Pérez y col. (2021) sobre el conocimiento público y creencias sobre las demencias en la población cubana; donde se obtuvo como resultado que el 64.5% de los participantes consideró que el riesgo de demencia podía ser reducido y el 60% que la edad idónea para iniciar la prevención es posterior a los 40 años, puntualizando la necesidad de continuación de la investigación.

Un estudio publicado en el 2021 en este mismo contexto obtiene resultados interesantes a través de la aplicación de una encuesta con el objetivo de medir la importancia que se le otorga a la demencia, al conocimiento de la reducción del riesgo de padecerla y las acciones para prevenirla. Los resultados obtenidos en el estudio muestran un consenso en la mayoría de los participantes sobre necesidad de realizar acciones de prevención de demencia antes de los 40

años de edad; y se seleccionó a la estimulación cognitiva y la actividad física como principales factores protectores. A modo general, el estudio concluyó que la exploración de variables demográficas permite predecir la probabilidad de conocer o tener creencias positivas en relación con la demencia (Fernández-Fleites, Broche-Pérez, Eccleston, & Jiménez-Puig, 2021).

Teniendo en cuenta estos datos, resulta inminente incrementar la toma de conciencia y la comprensión de la enfermedad en todos los niveles de la sociedad como un paso hacia la mejora de la calidad de vida de las personas con demencia. En este sentido, cualquier acción orientada a la prevención de demencias y la promoción de salud cognitiva debe partir de la exploración del conocimiento que tiene la población sobre este tema (Pase y col., 2017).

Ante los elementos expuestos, la presente investigación se orienta a partir de la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué conocimiento sobre la prevención de demencia posee una muestra de la población cubana?

Objetivo General: Caracterizar los conocimientos sobre la prevención de demencia en una muestra de la población cubana.

Objetivos Específicos:

- Identificar los conocimientos sobre las causas y características de la demencia en una muestra de la población cubana.
- Explorar los conocimientos que posee una muestra de la población cubana sobre la comunicación, comportamiento y cuidado de los pacientes con demencia.
- Determinar los conocimientos sobre los factores de riesgo de demencia y la promoción de salud en una muestra de la población cubana.

- Describir las necesidades psicoeducativas en relación a la demencia y su prevención en una muestra de la población cubana.

A medida que la población envejece, proporcionar atención eficaz a la promoción de salud cognitiva y la prevención de la demencia, se volverá esencial para disminuir el riesgo de padecer el síndrome. La concientización en la población y el conocimiento sobre los factores de riesgo y factores preventivos, mediante la implementación de estilos de vida saludables, son un elemento clave para la disminución del riesgo de padecer la enfermedad. Por su parte, el envejecimiento demográfico del país, demuestra que las habilidades para el cuidado de la demencia se han convertido en habilidades básicas. Sin embargo, el adecuado manejo de personas con demencia y el logro de una disminución de la incidencia de la enfermedad requiere la constante actualización en el conocimiento del síndrome, para garantizar el perfeccionamiento de las alternativas preventivas en la comunidad y una asistencia de calidad a nuestros mayores.

La presente investigación se organiza en tres capítulos. El primero se destina a los elementos teóricos contemplados, incluyendo aportes de diversos autores sobre los factores protectores y factores de riesgo para padecer demencia, además de un acápite dedicado a la síntesis de diversos estudios a nivel internacional y nacional donde se ha indagado en el conocimiento público sobre la enfermedad. El segundo capítulo describe el diseño metodológico llevado a cabo a partir de las directrices previamente asumidas, donde se exponen los criterios para la selección de la muestra, los instrumentos empleados, y los procedimientos de análisis de los datos recabados. En el tercer y último capítulo, se exponen y discuten los resultados obtenidos, de los cuales se despliegan las pertinentes conclusiones y recomendaciones.

Marco Teórico

1.1 Demencia

La demencia es un síndrome encefálico orgánico crónico; caracterizado por graves trastornos de la memoria y múltiples funciones cerebrales como la inteligencia, el juicio, el cálculo, la comprensión, el pensamiento abstracto en general, la orientación y el aprendizaje. Esta se encuentra acompañada de graves alteraciones de la afectividad, la comunicación, las capacidades para hacer uso del segundo sistema de señales y de la coordinación motora (Otero y col., 2001).

De acuerdo con el Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima edición (CIE-10), la característica esencial de la demencia consiste en el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos; deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución. La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto (CIE-10, 1995). Los síntomas anteriormente descritos representan un deterioro de los niveles de funcionamiento premórbido y son lo suficientemente intensas para interferir de manera significativa con la capacidad del paciente para sostener una adecuada e independiente actividad social laboral, familiar y personal (Otero y col., 2001).

La Organización Mundial de la Salud, define la demencia como un término genérico que hace referencia a varias enfermedades, en su mayoría progresivas, que afectan la memoria, otras capacidades cognitivas y el comportamiento, y que interfieren notablemente en la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana (OMS, 2017).

Para establecer el diagnóstico de demencia se requiere que el deterioro de la memoria sea el síntoma más precoz y prominente. Los sujetos con demencia tienen deteriorada la capacidad para aprender información nueva y olvidan el material aprendido previamente. Ambos tipos de deterioro de la memoria están presentes en los sujetos con demencia, aunque a veces en el curso de la enfermedad puede ser difícil demostrar la pérdida del material aprendido previamente (CIE-10, 1995).

Las personas con esta condición pueden perder objetos de valor como la cartera o las llaves, olvidan la comida que están cocinando y pueden perderse en lugares con los que no están familiarizados. En las formas avanzadas, el deterioro de la memoria es tan intenso que el sujeto olvida su ocupación, el grado de escolarización, los aniversarios, los familiares o, en ocasiones, incluso su propio nombre (CIE-10, 1995).

Recientemente, el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición, maneja el término Trastorno Neurocognitivo Mayor para referirse al síndrome, empleando como pautas diagnósticas (APA, 2013):

A. Evidencia de un declive cognoscitivo significativo en comparación con un nivel de actuación anterior en uno o dos dominios cognoscitivos, tales como: la atención, ejecución de tareas, aprendizaje y memoria, idioma, capacidad motora, o la cognición social basado en: 1) la preocupación del individuo, familiar o el médico por un declive significativo en la función cognoscitiva; y 2) un deterioro sustancial en la actuación cognoscitiva, que se obtiene mediante la aplicación de una prueba estandarizada o la valoración clínica.

B. Los déficits cognoscitivos interfieren en la independencia del paciente en las actividades cotidianas (requiriendo ayuda con las actividades de la vida diaria, los medicamentos, etc.).

C. Los déficits cognoscitivos no ocurren exclusivamente en el transcurso de un delirium.

D. Los déficits cognoscitivos no se explican mejor por otro desorden mental (por ejemplo, el trastorno depresivo y la esquizofrenia).

Según el Clasificador Internacional de Enfermedades en su décima edición, establece tipologías para la demencia, de acuerdo a: Demencia tipo Alzheimer; Demencia vascular; Demencia debida a enfermedad por VIH; Demencia debida a enfermedad de Parkinson; Demencia debida a enfermedad de Huntington; Demencia debida a enfermedad de Pick; Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob; Demencia en otras enfermedades específicas clasificadas en el lugar; Demencia persistente inducida por sustancia; Demencia debida a múltiples etiologías; Demencia debida a traumatismo craneal; Demencia no especificada (CIE-10, 1995).

La sintomatología de la demencia se concentra en cinco dominios fundamentales: cognitivo, funcional, psiquiátrico, conductual y físico. Entre los síntomas más comunes se encuentran la pérdida de memoria, los cambios de comportamiento y de personalidad. Los síntomas de la demencia difieren según el tipo de enfermedad subyacente, pues puede ocurrir que las personas con demencia a menudo tienen otras afecciones médicas crónicas (Annear, Towe, McInerney, y col., 2015).

El reconocimiento de los síntomas de esta condición es importante para el diagnóstico temprano y la evaluación de la patología subyacente, lo cual afecta el tratamiento y el manejo de la condición. El enfoque en la comunicación y la capacidad de las personas con demencia para retener la habilidad de comprender e interactuar (incluyendo comunicación no verbal) está apoyado en la literatura (Hubbard, Cook, Tester, & Downs, 2002).

En este sentido, se reflejan las opiniones de los expertos de que la comunicación, en diversos grados y tipos, es posible (aunque a menudo es difícil) incluso cuando la demencia afecta una variedad de dominios y se manifiesta con síntomas complejos y desafiantes. El consenso actual indica la existencia de otros elementos, igual de importantes, que deben ser reconocidos como parte de la enfermedad, en función de síntomas y progresión, diagnóstico y valoración, tratamiento; así como la prevención y el cuidado a las personas con demencia. Adicionalmente, se reconoce que la demencia no es parte del envejecimiento normal; que las personas con demencia tienen afectada la estructura y función de su cerebro, por lo que la demencia no es una condición psicológica; y que, aunque esta enfermedad afecta más comúnmente a los adultos mayores, puede ocurrir en adultos más jóvenes (Annear, Towe, McInerney, y col., 2015).

El diagnóstico de demencia es fundamentalmente clínico. Por este motivo es importante realizar una evaluación completa del paciente. Siguiendo una secuencia diagnóstica que incluye evaluación clínica con un examen físico general y por sistemas, profundizando en el examen neuropsiquiátrico, evaluación neuropsicológica y funcional del paciente, seguido de la realización de exámenes complementarios y la evaluación familiar, a través de entrevistas al paciente, familiares o cuidador (Marcheco, López, Otero, & Llibre, 2006).

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores a nivel global, y tiene un enorme impacto no solo en las personas afectadas, sino también en los cuidadores, las familias y las sociedades. Esta produce un incremento de los costos de la atención crónica para los gobiernos, las comunidades, las familias y las personas, y una pérdida de productividad para las economías. Actualmente, hay un gran desfase entre las necesidades de servicios de prevención, tratamiento y atención de la demencia y la prestación

efectiva de esos servicios. La demencia está infradiagnosticada en todo el mundo y, cuando se establece un diagnóstico, este suele llegar en fases relativamente avanzadas de la enfermedad (OMS, 2017).

Las vías de atención crónica (desde el diagnóstico hasta el final de la vida) para las personas con demencia son muchas veces fragmentarias, cuando no inexistentes. La razón se encuentra a menudo en la falta de conciencia y comprensión de la demencia, lo que conlleva la estigmatización de la enfermedad y obstáculos para el diagnóstico y la atención (OMS, 2017).

Al ser diagnosticada la enfermedad, es importante planificar el cuidado, debido al alto nivel de atención y asistencia en las actividades diarias que estas personas requieren. Por lo que es necesario el adiestramiento al cuidador de una persona con demencia; tanto en el manejo del enfermo como en la incorporación de información específica relacionada con la patología (Fernández-Fleites, 2019).

Los cuidadores de personas con esta condición también son expuestos durante largo tiempo a condiciones estresantes, que provienen del propio cuidado que están ofreciendo. Estos incluyen las demandas de ayuda para la realización de actividades diarias (ejemplo: comer, higiene), ayudar con tareas de mayor nivel (ejemplo: hablar, escribir), y lidiar con los cambios de humor (ejemplo: depresión, ira) y comportamiento (ejemplo: agitación, paranoia) (Lathan, Wallace, Shewbridge, Morrison, & Resnick, 2016).

Acompañado del importante papel que juegan los cuidadores en el proceso de atención y cuidado a personas con esta condición, se emplean otros tratamientos que conducen a aliviar los síntomas de la demencia, aun cuando no existe una cura específica; ya sea a través del uso de terapias farmacológicas, que no incluyan medicamentos psicotrópicos, terapias no

farmacológicas, ejercicio físico, estimulación cognitiva y las intervenciones psicosociales (Annear, Toye, McInerney, y col., 2015).

En ausencia de tratamientos que puedan detener la progresión de las formas comunes del síndrome, la exploración del conocimiento sobre la demencia es una forma útil de establecer una comprensión básica de los profesionales de la salud y la población no especializada respecto al tema. En este sentido, el conocimiento de los factores protectores y de riesgo es también un importante paso, en aras de promover salud cognitiva y estilos de vida saludables en la población, para evitar el riesgo de padecer demencia (Annear, Toye, y col., 2016).

La actual problemática exige el diseño e implementación de programas de prevención de demencias y promoción de salud cognitiva (Fernández-Fleites, 2019). Debido a lo antes mencionado, se subraya como aspecto importante la prevención de dicha patología, desde un abordaje general, alertando a la población sobre los factores protectores y de riesgo para padecerla, como la principal alternativa frente al tratamiento.

1.2 Prevención de Demencia: Factores protectores y de riesgo, estado del arte

Broche (2018), plantea que el deterioro cognitivo y las demencias (incluyendo Alzheimer) pueden ser prevenidos, y que su diagnóstico no implica un camino irreversible hacia el declive cognitivo. Incluso en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer se ha comprobado que determinadas intervenciones (con enfoque multimodal) pueden resultar muy útiles para revertir el deterioro cognitivo y devolver a los pacientes la funcionabilidad necesaria para desenvolverse adecuadamente en sus entornos cotidianos. Es por ello que el conocimiento de los factores de riesgo, así como acciones y estrategias que permitan concientizar y potenciar el funcionamiento cognitivo para una adaptación activa al medio, constituyen alternativas

esenciales en el ámbito de la promoción de salud cognitiva que desde edades tempranas se debe desarrollar para reducir los factores de riesgo, y la atención y control de los factores protectores.

Es importante aclarar que no existe plena conciencia (en las personas, las instituciones y los gobiernos) de los incontables beneficios que pudieran obtenerse si se desarrollaran e implementaran programas dirigidos a potenciar salud cognitiva (Ashby-Mitchel, Burns, Shaw, & Antsey, 2017). Por ejemplo, se conoce que la modificación de factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, la actividad física, la hipertensión arterial, la diabetes y la depresión, podrían reducir hasta en el 48.4% los casos que en la actualidad son diagnosticados con un síndrome demencial (Ashby-Mitchel y col., 2017). Esto sería posible si se tomara como marco de referencia a la promoción de salud cognitiva y el desarrollo de estilos de vida saludables, como complemento (Broche, 2018).

En este sentido, se conoce que la demencia va precedida de un deterioro cognitivo. Sin embargo, no todos los que están expuestos a factores de riesgo de demencia pasarán a desarrollar un deterioro cognitivo. Se ha propuesto el concepto de reserva cognitiva como un factor protector que puede reducir el riesgo de aparición clínica de la demencia o del deterioro cognitivo (Stern, 2012).

Por reserva cognitiva se entiende la capacidad del cerebro de hacer frente a neuropatologías u otros daños o de compensarlos (Stern, 2012). Algunos estudios han mostrado que un aumento de la actividad cognitiva puede estimular la reserva cognitiva y tener un efecto amortiguador de un deterioro cognitivo rápido (Stern & Munn, 2010); también han mostrado una reducción significativa del riesgo de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y de diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en quienes tienen niveles altos de actividad cognitiva en comparación

con quienes tienen niveles bajos de esa actividad (Sattler, Toro, Schönknecht, & Schröder, 2012).

Se obtuvo evidencia procedente de una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios que probaron la efectividad de la estimulación cognitiva dentro de las dimensiones de bienestar que protegen la cognición a medida que los adultos envejecen. En la revisión se informó que la mitad de las intervenciones evaluadas resultaron eficaces al mejorar los resultados en al menos un dominio cognitivo (función ejecutiva, atención, memoria, lenguaje o velocidad de procesamiento) (Strout y col., 2016).

Una revisión sistemática centrada en personas mayores sanas que participaron en ensayos controlados aleatorios, se realizó con el objetivo de investigar el efecto del entrenamiento cognitivo sobre la función cognitiva general, la memoria, la atención, la función ejecutiva y la capacidad visual-espacial de las personas mayores, mostrando como resultado que el entrenamiento cognitivo en los adultos mayores sanos tenía un efecto positivo moderado sobre el funcionamiento cognitivo general (Chiu y col., 2017).

En un estudio realizado por Forlenza, Diniz, Stella, Teixeira, y Gattaz (2013), se destaca que la conceptualización del deterioro cognitivo como un estado transicional entre los procesos de cambio propios del envejecimiento y un estadio temprano de la demencia, se ha transformado en un ámbito de interés para los investigadores básicos y clínicos. Estos han realizado estudios clínicos y epidemiológicos de tipo longitudinal, para monitorear el funcionamiento cognitivo de las personas de la tercera edad. A través de esta investigación, se realiza una búsqueda sistemática, se proporciona una revisión crítica, y se obtiene que, desde el punto de vista clínico, la caracterización de los déficits cognitivos persistentes y/o progresivos, es un mejor enfoque para la identificación de casos en las etapas previas a la demencia.

Este estudio ha encontrado que los sujetos que presentan un mayor rendimiento cognitivo global, en las mediciones iniciales, tienen menos propensión a desarrollar demencia de tipo Alzheimer. En contraposición, los sujetos de mayor edad que presentan un bajo rendimiento global en las mediciones iniciales, aumentan el riesgo de desarrollar demencia de tipo Alzheimer (Forlenza y col., 2013).

Otro importante factor predictivo de bienestar a lo largo de la vida, son las interacciones sociales (Cherry y col., 2011). En cambio, se ha mostrado que la desconexión social expone a las personas mayores a un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia (Fratiglioni, Paillard-Borg, & Winblad, 2004). Una revisión sistemática y metanálisis de estudios longitudinales de cohortes indicaron que una menor interacción social, un contacto social infrecuente y la soledad, se asociaban a una mayor incidencia de demencia (Kuiper y col., 2015). Por tanto los vínculos sociales y el compromiso en actividades de esta naturaleza son significativos para la tercera edad, si se tiene en cuenta que el aislamiento y la soledad aumentan el riesgo de muerte (Elovainio y col., 2017).

En un estudio llevado a cabo a través de un ensayo controlado durante un período de tres meses, tuvo como objetivo determinar los efectos de la intervención grupal como estimulante social sobre la cognición entre las personas mayores que sufren soledad. En el mismo, se obtuvo que la intervención encaminada a promover la actividad social estaba asociada significativamente con mejoras en la función cognitiva (Pitkala, Routasalo, Kautaien, Sintonen, & Tilvis, 2011).

Considerando que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas es una de las principales causas de discapacidad general a nivel mundial (OMS, 2014), se conoce que es una causa directa de más de 200 enfermedades, incluidos factores de riesgo de demencia (OMS, 1992, 2019). Es

amplia la evidencia según la cual el consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo para la demencia y de deterioro cognitivo (Langballe y col., 2015; Sachdeva, Chandra, Choudhary, Dayal, & Anand, 2016; Zhou y col., 2014). El consumo de grandes cantidades de alcohol tiene un efecto neurotóxico; por otro lado, el consumo ligero a moderado parece asociarse con una disminución del riesgo de cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular isquémico y mortalidad total, tanto en hombres como en mujeres de edad avanzada. Dado que cada vez existe mayor evidencia de que las enfermedades vasculares se relacionan con el deterioro cognitivo, dicho consumo se asocia con la reducción del riesgo de demencia en general, y de enfermedad de Alzheimer en particular (Riutort, 2017).

En este sentido, se dispone de un gran número de datos observacionales sobre el alcohol como factor de riesgo de deterioro cognitivo y demencia (Beydoun y col., 2014; Hersi y col., 2017; Ilomaki, Jokanovic, Tan, & Lönnroos, 2015; Lafortune y col., 2016; Piazza-Gardner, Gaffud, & Barry, 2013; Xu y col., 2017). En general, los diversos estudios no siempre muestran resultados similares (debido principalmente a diferencias en su diseño), pero el modelo que aparece de manera más sistemática es el de una relación en forma de U entre el consumo de alcohol y la demencia o el deterioro cognitivo, que vincula claramente el consumo excesivo de alcohol con un aumento significativo del riesgo.

Como otro factor protector, se encontró la alimentación saludable a lo largo del curso de la vida; siendo decisiva para lograr un desarrollo óptimo, mantener la salud y prevenir las enfermedades no transmisibles. En algunos estudios sobre las intervenciones alimentarias se han mostrado los efectos de diversos cambios alimentarios en la prevención de muchas afecciones que aumentan el riesgo de demencia, como la diabetes (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002; Tuomilehto y col., 2001) y las enfermedades cardiovasculares (Rees y col., 2013).

Por consiguiente, es posible que los factores alimentarios estén involucrados en el desarrollo de demencia, tanto de forma directa como a través de su efecto en otros factores de riesgo, y una alimentación saludable puede tener un gran potencial preventivo de un deterioro cognitivo. Por lo que la alimentación de tipo mediterránea es la más ampliamente estudiada como enfoque alimentario, tanto en términos generales como en relación con la función cognitiva. En varias revisiones sistemáticas de estudios observacionales se ha llegado a la conclusión de que una adhesión alta a este tipo de alimentación está asociada con un riesgo reducido de DCL y de enfermedad de Alzheimer, pero no una adhesión leve (Singh y col., 2014; Wu & Sun, 2017).

Es importante reconocer que las intervenciones que consisten en modificaciones alimentarias, que mejoran inmediatamente varios aspectos de la ingesta alimentaria, tienen mayores probabilidades de promover un mejor desempeño cognitivo que la administración de suplementos con algunos nutrientes solamente (Jacobs, Gross, & Tapsell, 2009). Hay evidencia de calidad mediana según la cual una alimentación de tipo mediterránea puede mejorar la memoria verbal y visual (Radd-Vagenas y col., 2018). Este estudio, mediante un metanálisis mostró resultados casi significativos en cuanto a la función cognitiva global y resultados sistemáticamente positivos, en otros aspectos cognitivos (atención, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, lenguaje y función ejecutiva).

Otro de los comportamientos que resultan beneficiosos para la reducción del riesgo de padecer demencia, es el cese del consumo de tabaco. Se ha descrito la asociación con menos depresión, menos ansiedad, menos estrés, un mejor estado de ánimo y una mejor calidad de vida en comparación con el mantenimiento del hábito (Taylor y col., 2014). Por lo que la dependencia del tabaco también está asociada a otros trastornos y afecciones relacionadas con la

edad, como la debilidad y la disminución de la capacidad de trabajo en las personas mayores, así como la demencia y el deterioro cognitivo (Durazzo, Mattsson, & Weiner, 2014).

Hay un gran número de datos observacionales disponibles sobre el tabaquismo como factor de riesgo de deterioro cognitivo y demencia. Esos estudios muestran una asociación entre el tabaquismo (inclusive a mediana edad) y la demencia o el deterioro cognitivo en etapas posteriores de la vida (Beydoun y col., 2014; Di Marco y col., 2014; Lafortune y col., 2016; North y col., 2015; Xu y col., 2015; Zhong, Wang, Zhang, Guo, & Zhao, 2015).

Un reciente estudio longitudinal desarrollado en Corea en el 2018, obtuvo que, el tabaquismo se asocia con un mayor riesgo de demencia; y otro importante hallazgo, lo constituye el hecho de que los fumadores que dejan el hábito durante un periodo prolongado, pueden beneficiarse de un riesgo reducido de padecer la enfermedad. Por consiguiente, todo tipo de intervención encaminada al cese del consumo de tabaco probablemente será más beneficiosa que perjudicial (Choi, Choi, & Park, 2018).

En este sentido, es importante tener en cuenta que un estilo de vida físicamente activo guarda relación con la salud cerebral. Según amplios estudios observacionales, con períodos de seguimiento que se extienden a lo largo de decenios, parece menos probable que las personas físicamente activas desarrollen deterioro cognitivo, demencia por cualquier causa, demencia vascular o enfermedad de Alzheimer, en comparación con las personas físicamente inactivas (Gallaway y col., 2017; Hamer & Chida, 2009; Sofi y col., 2011; Stephen, Hongisto, Solomon, & Lönnroos, 2017). En especial, los niveles más altos de ejercicio físico parecen ser muy protectores. La actividad física parece tener efectos beneficiosos sobre las estructuras cerebrales, lo que podría ser la base de esta asociación (Rovio y col., 2010).

Son varios los estudios que demuestran la viabilidad del efecto protector de la actividad física en la salud cerebral, específicamente en la reducción de riesgos de demencia y de DCL, y se ha demostrado ser beneficiosa tanto para la salud física como para la salud mental en los adultos mayores (Bossers y col., 2015; Gallaway y col., 2017).

Por su parte el sobrepeso y la obesidad son algunos de los riesgos mejor caracterizados y reconocidos de una variedad de Enfermedades no transmisibles, responsables de al menos 2.8 millones de muertes anuales a nivel mundial. La obesidad está aumentando de forma sostenida en los últimos decenios, en particular en los adultos mayores; y se ha establecido un vínculo entre el exceso de grasa en la masa corporal y el deterioro cognitivo (Xu y col., 2011). Una reciente revisión sistemática y metanálisis de estudios observacionales mostraron que la obesidad (aunque no el sobrepeso) en la edad madura aumenta el riesgo de demencia (Albanese y col., 2017).

La evidencia se obtuvo a partir de una revisión sistemática en la cual se había examinado a adultos con una función cognitiva normal y con sobrepeso u obesidad (Veronese y col., 2017). Se encontró evidencia según la cual las intervenciones sobre el estilo de vida tendiente a la reducción del peso corporal podrían mejorar la función cognitiva en sus aspectos de atención, memoria y lenguaje, aunque las intervenciones fueron muy breves (de 8 a 48 semanas).

Otro factor abordado ha sido la hipertensión en la edad media, pues se ha asociado con un mayor riesgo de demencia en etapas posteriores de la vida. En las personas que desarrollan demencia se ha observado hipertensión arterial durante la edad media, seguida de una baja rápida de la presión arterial en etapas posteriores de la vida (Kivipelto y col., 2001; Launer y col., 2000; Stewart y col., 2009).

La presión arterial posee una compleja relación con el funcionamiento cognitivo (Perna, 2016). Es una condición de elevada prevalencia y con varios riesgos para la salud. En el caso específico de la demencia, la hipertensión aparece asociada al deterioro cognitivo.

Específicamente la hipertensión arterial de la adultez media posee una asociación fuerte con el desarrollo de DCL y demencia, de mayor significatividad que su aparición en la adultez mayor (Buford, 2016).

Los resultados iniciales de la prueba *SPRINT-MIND*, un subestudio de la prueba de intervención sobre la presión arterial sistólica cuyo objetivo era evaluar el efecto de un control intensivo de la presión arterial sobre el riesgo de demencia, respaldan la posibilidad de que exista una relación dosis-efecto entre la presión arterial y el riesgo de deterioro cognitivo o de demencia (SPRINT MIND, 2019). Los datos observacionales sugieren una asociación fuerte entre la hipertensión y el deterioro cognitivo incidente o la demencia.

La hipertensión muestra en muchos casos comorbilidad con la diabetes, y la reducción en un 25 % de prevalencia puede potencialmente prevenir cerca de 203 mil casos de demencia en el mundo (Barnes & Yaffe, 2011). La presencia de diabetes, a una edad avanzada, es otro de los factores predisponentes, al ser vinculado con un mayor riesgo de demencia (Luchsinger, 2010; Prince, Albanese, Guerchet, & Prina, 2014; Profenno, Porsteinsson, & Faraone, 2010; Xue y col., 2019).

Sin embargo, está poco claro el mecanismo por el cual ocurre esto. Un control glucémico deficiente se ha asociado con un menoscabo del funcionamiento cognitivo y un mayor deterioro cognitivo (Yaffe y col., 2012). Además, las complicaciones asociadas a la diabetes, como las nefropatías, las retinopatías, la hipoacusia y las enfermedades cerebrovasculares, aumentan el riesgo de demencia (Bruce, Davis, Starkstein, & Davis, 2014; Exalto y col., 2013).

Existen varias explicaciones, a través de estudios que describen la conexión entre la depresión como factor predisponente y el deterioro cognitivo o la demencia (Almeida, Hankey, & Flicker, 2017; Camus, Kraehenbühl, Preisig, Büla, & Waeber, 2004; Jorm, 2001; Kales, Maixner, & Mellow, 2005; Schweitzer, Tuckwell, O'Brien, & Ames, 2002). Algunos de estos estudios, establecen asociaciones entre la depresión, cambios noradrenérgicos y lesiones en la sustancia blanca. Otros de los resultados fueron, que en fases iniciales del deterioro puede manifestarse depresión al percatarse el paciente de las deficiencias que padece, o puede haber una depresión que acentúe déficits subyacentes, por ejemplo, una desmotivación que a su vez acarree un mayor déficit cognitivo.

Las estrategias de prevención se direccionan hacia factores de riesgo modificables o controlables, como la actividad física regular y el manejo de los factores de riesgo cardiovascular (diabetes, obesidad, tabaquismo e hipertensión). Estas, han demostrado que reducen el riesgo de deterioro cognitivo y pueden reducir el riesgo de demencia. De igual forma, el mantenimiento de una dieta saludable y el aprendizaje o entrenamiento cognitivo de por vida, pueden actuar como factores protectores (Baumgart y col., 2015). Por lo que las intervenciones dirigidas a estos factores pueden reducir significativamente la prevalencia de la demencia en la población (Ashby-Mitchel y col., 2017).

En este escenario, resulta un imperativo el diseño e implementación de estrategias para la promoción de salud cognitiva y prevención de demencia desde todos los niveles de la sociedad, mediante la adopción de estilos de vida saludables, intervenciones tempranas en salud pública, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de enfermedades crónicas (Llibre & Gutiérrez-Herrera, 2014).

Toda acción orientada a la prevención de demencias y la promoción de salud cognitiva debe partir de la exploración sobre el conocimiento que tiene la población y el personal de la salud sobre este tema en particular. Esto permite conocer las concepciones erróneas relacionadas con la salud cerebral y cognitiva, cuánta conciencia existe sobre los factores de riesgo para el desarrollo de demencias, qué hacen las personas para prevenir el declive cognitivo patológico, entre otros (Broche, 2018).

Es por ello que las medidas de conocimiento de la demencia son una importante herramienta para su prevención, y la promoción de salud cognitiva, en búsqueda de mecanismos para evaluar e incrementar la formación y educación en el conocimiento de la demencia, que facilite una mejor atención y tratamiento a las personas con esta condición (Annear, Teye, y col., 2016). En este sentido, explorar el conocimiento que posee la población es de suma importancia, en aras de fomentar estilos de vida saludables como factor clave para disminuir el deterioro cognitivo y prevenir la demencia.

1.3 Exploración del conocimiento sobre demencia en el público general: estado del arte

Aunque la prevalencia de la demencia es mucho mayor en la vejez, y es el factor de riesgo más fuerte, la demencia no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Los estudios epidemiológicos en países de altos ingresos han sugerido que la incidencia de la prevalencia específica por edad de la demencia ha disminuido en los últimos 20 años, lo que implica que el riesgo de demencia es modificable (Satizabal y col., 2016; Schrijvers y col., 2012; Winblad y col., 2016). Se ha demostrado que la naturaleza modificable de muchos factores de riesgo que contribuyen a la enfermedad de Alzheimer y la demencia, no han sido adecuadamente comunicados al público general (Glynn, Shelley, & Lawlor, 2017).

El nivel de conocimiento de la demencia se ha expresado tanto en resultados positivos como negativos por parte de los profesionales de la salud, cuidadores, familiares y las propias personas con demencia. Cuando estos grupos poseen un buen nivel de conocimiento sobre demencia, se ha encontrado que: el diagnóstico se producirá en una etapa anterior, ya que la persona con demencia buscará asesoramiento médico antes; los miembros de la familia pueden alertar de forma prematura y los profesionales de la salud reconocerán los síntomas de demencia temprana (Low & Anstey, 2009; Millard, Kennedy, & Baune, 2011; Perry y col., 2008); la persona con demencia tiene más oportunidades y opciones con respecto a planes de gestión de enfermedades (Jackson, Cherry, Smithman, & Hawley, 2008; Millard & Baune, 2009; Spector, Orrell, Schepers, & Shanahan, 2012; Sullivan & O'Connor, 2001); y la incidencia del estigma asociado con un diagnóstico de demencia puede reducirse (Spector y col., 2012).

Por otra parte, el escaso conocimiento sobre la demencia ha resultado en la subutilización de servicios de apoyo y tratamiento (Bailey, 2000) y en retraso en el diagnóstico que prolonga el inicio del tratamiento, planes y resultados peores para las personas con demencia y sus cuidadores; así como inadecuados cuidados de la enfermedad, mala interpretación de los comportamientos, mayor estrés del cuidador debido a la falta de búsqueda de ayuda adecuada (Bailey, 2000; Spector y col., 2012). Sin embargo, se considera que, aproximadamente un tercio de los diagnósticos de demencia pueden ser reducidos con el manejo de elementos como estilos de vida saludables y control de factores de riesgo cardiovasculares (Norton y col., 2014; A. Smith & Yaffe, 2014).

Ante esta situación, teniendo en cuenta la importancia que se le atribuye al estudio del conocimiento y creencias de la población, en el marco de la demencia, se puede hacer referencia a diversos países en los que se desarrollaron investigaciones con respecto a la temática, entre

ellos se destaca: Estados Unidos, Australia, Europa, Asia del Este (Cations, Radisic, Crotty, & Laver, 2018), a través de estudios basados en encuestas poblacionales, los cuales se describen a continuación.

En Irlanda, se llevó a cabo un estudio, donde se empleó una encuesta transversal, con el objetivo de evaluar el conocimiento de la relación entre demencia y envejecimiento, y de los factores de riesgo y protectores asociados al mismo. La muestra quedó conformada por 1217 participantes mediante un muestreo por cuotas basado en datos del censo. Se obtuvo que un 52% conocía a alguien que padecía demencia; solo el 39% confiaba en poder comunicar la diferencia entre los primeros signos de demencia y el envejecimiento normal; menos de la mitad, el 46% creía que había acciones que podían hacer para reducir el riesgo de desarrollar demencia; así como la existencia de un pobre conocimiento sobre los factores de riesgo y de protección de la enfermedad. El estudio concluyó que el público general en Irlanda presenta dificultades para establecer la relación entre la demencia y el envejecimiento, y que el conocimiento sobre los factores de riesgo y protectores es deficiente (Glynn y col., 2017).

En Portugal se llevó a cabo un estudio para monitorear la evolución del conocimiento público sobre las causas de demencia y los síntomas, durante un período de tres años. Se aplicó una encuesta online en redes sociales en 2015 y 2018, encuestándose 1478 y 1716 participantes, respectivamente. Se obtuvo que, en ambos años, los encuestados mostraron un mayor conocimiento sobre los síntomas de la enfermedad en comparación con las causas. El conocimiento total sobre los síntomas y los puntajes de conocimiento combinados fue mayor en 2018. Los cambios neurológicos del cerebro fueron consideradas las principales causas de demencia en ambos años. Por su parte, tanto las enfermedades psiquiátricas como el consumo de drogas en el último año son menos consideradas como causas de demencia, y el estrés se

enmarca como la causa principal de la enfermedad. En sentido general, el estudio halló un aumento en el conocimiento del sexo femenino sobre más causas y más síntomas en comparación con el sexo masculino; y hubo un mayor incremento del conocimiento general sobre el síndrome demencial en el último año con respecto al primero (Santos, Constanca, & Silva, 2020).

En Australia se realizó una encuesta telefónica transversal a 1003 australianos entre 20 y 75 años con el objetivo de orientar estrategias nacionales de educación y concientización sobre la salud cerebral. La misma midió la importancia otorgada a la demencia, las creencias y la confianza relacionadas con la reducción de riesgo, el conocimiento de los métodos de reducción de riesgos y la relevancia percibida de estos, en función de la edad. Entre los resultados se destaca la identificación por parte de las personas de 60 años o más, de la demencia como muy importante (17.2%) con más frecuencia que las de 40 a 59 años (5.1%) o de 20 a 39 años (2.1%). Si bien el 41.5% de los encuestados creía que se podía reducir el riesgo de demencia, el 26.9% estaba muy seguro de poder lograrlo. La actividad mental (57.1%) se identificó como beneficiosa, con mayor frecuencia que la actividad física (31.3%), la alimentación saludable (23.3%) y otras conductas de salud cardiovascular. Las mujeres, las personas de origen angloparlante y las que tenían contacto con una persona con demencia mostraron un mejor conocimiento de varios comportamientos de salud (B. Smith, Ali, & Quach, 2014). En una actualización en 2018, Rahja, Laver, Comans, y Crotty (2018) reportan que, de un total de 1001 participantes, solamente un 16% reconoció como beneficioso el entrenamiento cerebral y “mantener la mente ocupada” como sinónimo de ejercitación mental.

Otro estudio desarrollado en el contexto australiano y publicado en el presente año 2021, tuvo como objetivo investigar el conocimiento de la demencia dentro de un público general de

zonas rurales de Australia y comprender los predictores demográficos del conocimiento sobre la enfermedad en esta población. Se llevó a cabo un estudio transversal que comprende encuestas cuantitativas, a un total de 321 participantes, utilizando *Dementia Knowledge Assessment Scale*. En este sentido, se obtuvo que el conocimiento de la demencia fue moderado. Además, se destaca que los participantes con experiencia personal de vivir con una persona con demencia, presentaban mayor conocimiento de la afección, con respecto a los encuestados que no han tenido esta experiencia. La educación sobre la demencia, educación general y trabajos previos de atención, o la relación cercana con personas que padecen demencia, fueron significativos predictores identificados en el estudio. Se encontraron, además, déficits en el conocimiento de los factores de riesgo, y conocimiento incompleto sobre aspectos importantes en la atención de calidad, que sugieren la necesidad de una mayor educación para el público en general, y particularmente en la población rural (Eccleston, Courtney-Pratt, McInerney, Johnstone, & Doherty, 2021).

Otro de los países en los que existe la falsa concepción de que la demencia es una parte normal del proceso de envejecimiento, es en China. En un estudio desarrollado en este contexto, se obtuvo que existe la creencia en la población de que los tratamientos pueden ser más perjudiciales que beneficiosos, por lo que es frecuente que se oculten los síntomas de deterioro cognitivo, por parte del paciente y familia, tanto a los familiares y amigos como al personal de salud. Estas creencias traen consigo que más del 40 % de los miembros de familias y cuidadores no confía en los beneficios médicos para el paciente con demencia. En este sentido, se expone que los profesionales médicos poseen escaso e inadecuado conocimiento sobre la demencia, solo entre un 3.1 y un 5 %, refieren poseer certeros conocimientos sobre la demencia, lo cual se refleja en un sistema de servicios de demencia subdesarrollado en la atención a los pacientes, que

se limita a ayudas en actividades básicas de la vida cotidiana y escaso énfasis al cuidado de los procesos mnémicos y los ejercicios y rehabilitación cognitiva (Chen y col., 2017).

En este mismo contexto, pero en 2019, se publicó una investigación con el objetivo de evaluar el conocimiento público nacional sobre la demencia a través del internet móvil. Se evaluaron un total de 10 562 encuestados, y los datos fueron analizados de forma cuantitativa. La tasa general correcta sobre el conocimiento de la demencia fue del 63.14%; solo la mitad de los participantes pudo identificar con precisión los factores de riesgo. El nivel de conocimiento sobre la demencia se asoció positivamente con la educación superior, la residencia en la ciudad y la experiencia de exposición a la información de la demencia. En general, la investigación encontró un bajo nivel de conocimiento sobre la demencia, en especial los mayores de 60 años, con bajo nivel educativo y que viven en zonas rurales. En el estudio, se estableció la necesidad de programas y campañas educativas para mejorar el conocimiento sobre la demencia, con un mayor enfoque en la población de edad avanzada como público objetivo, y con énfasis en factores de riesgo de demencia como contenido educativo, corrigiendo conceptos erróneos (Liu y col., 2019).

Una revisión sistemática desarrollada por Cahill, Pierce, Werner, Darley, y Bobersky (2015), sobre el conocimiento público y la comprensión de la demencia y la Enfermedad de Alzheimer, destacan de un total de 40 artículos, solo 4 con diseños cualitativos y 5 de alcance nacional. Un resultado consistente en la mayoría de las investigaciones coincide en la existencia de poco a moderado conocimiento sobre la enfermedad; así como la creencia de la demencia como una parte normal del envejecimiento. El conocimiento, en sentido general, se muestra disminuido en etnias y grupos minoritarios, donde priman los mitos sobre las causas de la

demencia. En los países de medio y bajo ingreso económico existe mayor demanda de programas de educación con respecto a la temática.

Una revisión sistemática posterior publicada en 2018, tuvo como objetivo sintetizar los resultados de encuestas de población que evalúan los conocimientos y las actitudes sobre prevención y el tratamiento de la demencia. Esta revisión se llevó a cabo a través de una búsqueda de estudios entre 2012 y mayo del 2017. Se identificaron treinta y cuatro estudios elegibles. Las encuestas se realizaron en Europa, Estados Unidos, Asia Oriental, Irlanda y Australia. Casi la mitad de los encuestados estuvo de acuerdo en que la demencia es una parte normal y no prevenible del envejecimiento, pero la creencia en el potencial de prevención puede mejorar con el tiempo. El papel de los factores de riesgo cardiovasculares fue poco conocido en general. Menos de la mitad de los encuestados creen en la disponibilidad de una cura para la demencia. El valor de buscar un tratamiento fue ampliamente respaldado por los participantes del estudio. En sentido general, los resultados hallados por los autores sugieren que el conocimiento sobre el potencial para la prevención y el tratamiento de la demencia sigue siendo deficiente. El conocimiento entre quienes viven en países de ingresos bajos y medianos es en gran parte desconocido, lo que presenta desafíos para el desarrollo de planes de acciones para abordar la temática (Cations y col., 2018).

Un estudio desarrollado en Estados Unidos, tuvo como objetivo evaluar las creencias y el conocimiento público sobre factores protectores y de riesgo para la enfermedad de Alzheimer. Se encuestaron un total de 1 641 adultos de 50 años o más, de los cuales, más de la mitad reportó interés en aprender sobre los factores de riesgo, y solo un 30% evidenció preocupación activa (búsqueda de alternativas y soluciones). Los principales errores se encontraron en la creencia de la existencia de un medicamento para prevenir la enfermedad, así como la importancia de los

factores hereditarios. Las principales actividades identificadas como protectoras incluyen la actividad mental y la dieta saludable. De forma general, se muestra interés en la determinación de los riesgos personales y confianza en la posibilidad de reducción del riesgo, específicamente en los adultos mayores (Roberts, McLaughlinb, & Connella, 2014).

En una revisión sistemática, llevada a cabo con el objetivo de revisar y sintetizar las percepciones del público general sobre la demencia en América Latina, factores asociados con estas percepciones y las diferencias entre países de la región; se identificaron 4 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión para la revisión, donde todos los estudios fueron investigaciones cuantitativas de Brasil, en los cuales se obtuvo evidencia de un limitado a moderado conocimiento sobre la demencia, aunque una minoría significativa tenía un conocimiento negativo o actitudes de estigmatización. Solo los niveles más altos de educación se asociaron consistentemente con un mejor conocimiento sobre la enfermedad en la región (Farina, Suemoto, Burton, Oliveira, & Frost, 2021).

En la región latinoamericana, se destaca otra investigación desarrollada en Argentina con el objetivo de evaluar la percepción y el grado de conocimiento público acerca de la enfermedad de Alzheimer y el punto de vista con respecto al valor de hacer un diagnóstico de la enfermedad. Se aplicó una encuesta a un total de 360 participantes. Los resultados alcanzados reflejan la enfermedad de Alzheimer como la tercera de mayor preocupación de los encuestados. Además, se obtuvo que más de la mitad de los participantes no consideran que se trate de una enfermedad fatal, y casi la mitad cree que existe una prueba definitiva para determinar si una persona que sufre de confusión y pérdida de la memoria se encuentra en las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer. El estudio reflejó la preocupación con relación a la enfermedad, y la necesidad de brindar una educación pública mejor (Russo y col., 2012). Sin embargo, el mismo no incluyó

preguntas que exploren el conocimiento sobre los factores de riesgo relacionados con la demencia, y tampoco exploró el conocimiento sobre las posibles acciones a desarrollar para su prevención (Broche-Pérez y col., 2021).

Cuba siendo un país subdesarrollado, no está exento de abordar esta línea de investigación, destacándose un estudio preliminar desarrollado en la población cubana por Broche-Pérez y col. (2021), el cual contó con un total de 391 participantes, en un rango de edad de 18 a 96 años. La investigación mostró resultados significativos, al ubicarse la demencia como la cuarta enfermedad más preocupante para los participantes. También se obtuvo que un 64.5% consideró que el riesgo de demencia podía ser reducido, y el 60% que la edad idónea para iniciar la prevención es posterior a los 40 años. La estimulación cognitiva y la dieta saludable fueron señaladas con más frecuencia como actividades útiles para reducir el riesgo, existiendo poca presencia en el estilo de vida de los encuestados, de comportamientos que resultan beneficiosos para la reducción del riesgo de presentar demencia. La investigación demostró que, aunque la demencia constituye un tema de salud importante para los encuestados, aún no se posee suficiente conocimiento sobre las acciones a realizar para reducir el riesgo de presentarla.

En reciente investigación, Fernández-Fleites y col. (2021) desarrollan una encuesta para explorar los conocimientos y creencias sobre la demencia en una muestra representativa de la población cubana. La encuesta midió la importancia que se le otorga a la demencia, al conocimiento de la reducción del riesgo de padecerla y las acciones para prevenirla. Los resultados obtenidos en el estudio muestran que la mayoría de los encuestados consideran que la reducción del riesgo de demencia debe comenzar antes de los 40 años de edad. Se seleccionaron con mayor frecuencia las actividades físicas y la estimulación cognitiva como factores protectores de la enfermedad; y se destaca entre las respuestas de los participantes que el hecho

de ser mayor de 48 años, tener contacto previo con demencia y formación universitaria aumenta la probabilidad de tener estilos de vida saludables. A modo general, el estudio concluyó que la exploración de variables demográficas permite predecir la probabilidad de conocer o tener creencias positivas en relación con la demencia; además, se encontró que los conocimientos y creencias en la población cubana con respecto a este tema no son lo suficientemente altos para una reducción efectiva del riesgo de demencia en la población (Fernández-Fleites y col., 2021).

Los resultados en otros contextos evidencian que el conocimiento sobre el potencial para la reducción del riesgo de demencia y tratamiento de los síntomas, sigue siendo deficiente en la población general (Cahill y col., 2015; Eccleston y col., 2021; Farina y col., 2021; Glynn y col., 2017; Liu y col., 2019; Russo y col., 2012); así como la prevalencia del concepto erróneo común que la demencia es una parte normal del envejecimiento y no se puede prevenir (Cahill y col., 2015; Cations y col., 2018; Chen y col., 2017). Al respecto los estudios se dirigen a la exploración del conocimiento sobre el riesgo de padecer demencia (Glynn y col., 2017; Liu y col., 2019; Roberts y col., 2014; Santos y col., 2020; B. Smith y col., 2014); sin embargo, se ha descubierto que se ha incrementado, aunque en baja frecuencia, la demencia como una preocupación de salud (Russo y col., 2012; B. Smith y col., 2014). A pesar de la comprensión generalizada de que el síndrome demencial suele ser una enfermedad terminal, la creencia de una cura disponible en el valor de buscar tratamiento, ha tenido aceptación en varios de los estudios (Cations y col., 2018; B. Smith y col., 2014).

En Cuba, se destacan estudios con resultados significativos que demuestran escasos conocimientos y creencias en la población cubana para una reducción efectiva del riesgo de padecer demencia (Broche-Pérez y col., 2021; Fernández-Fleites y col., 2021). Sin embargo, como resultado alentador se ha obtenido un mayor consenso sobre la posibilidad de reducción

del riesgo. En este sentido, se puede observar cierto incremento en la percepción de la demencia como preocupación de salud, al ser ubicada en la cuarta posición entre otras enfermedades de gran inquietud (Broche-Pérez y col., 2021). Adicionalmente, se obtiene poca frecuencia de comportamientos en el estilo de vida que reduzcan el riesgo de padecer el síndrome demencial; y se destaca la idea de la necesidad de realizar acciones de reducción de riesgo antes de los 40 años de edad. Como factor común se acentúa la estimulación cognitiva como principal acción preventiva contra la enfermedad (Broche-Pérez y col., 2021; Fernández-Fleites y col., 2021).

Las percepciones sobre la demencia han sido reconocidas por diversos autores como un importante factor en respuesta al reconocimiento de síntomas, búsqueda de diagnóstico y autogestión de la enfermedad; mientras que las creencias y conceptos erróneos pueden obstaculizar los esfuerzos en las áreas de reducción de riesgos y diagnóstico precoz, resultando esencial aumentar la comprensión del público sobre la enfermedad como una prioridad (Roberts y col., 2014). Precisamente este constituye el primer paso en la prevención del síndrome demencial, por lo que resulta imperativa la exploración de dicho conocimiento para el posterior diseño e implementación de programas de prevención y promoción de salud cognitiva, en aras de reducir los factores de riesgo de demencia y promover estilos de vida saludables en la población.

Marco Metodológico

2.1 Enfoque y Diseño Metodológico

La investigación se desarrolló desde un paradigma de investigación cuantitativo. El mismo se orienta a la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías, que parten de la observación y las encuestas, técnicas que potencian lo objetivable en ayuda de la acotación del fenómeno. El enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio y cada etapa precede a la siguiente (Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014).

La presente investigación enmarca un diseño transversal no experimental, descriptivo, teniendo como función la recolección de datos en un solo momento, en un tiempo único, con el objetivo de enfatizar en el estado actual del conocimiento sobre la demencia. Se opta por un diseño transeccional descriptivo, porque se busca indagar en la incidencia de modalidades, en este caso, el conocimiento sobre el riesgo de padecer demencia como forma de prevención en una población. Tiene como propósito describir variables, de modo tal que se conozca el estado actual del fenómeno estudiado y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández-Sampieri y col., 2014; Morales-Vallejo, 2011).

2.2 Población y muestra

Para la realización de la investigación se trabajó con una muestra de la población cubana. Se empleó un muestreo probabilístico, aleatorio simple (Hernández-Sampieri y col., 2014; Morales-Vallejo, 2011).

Criterios de inclusión de la muestra

- Cubano residente en Cuba
- Brindar el consentimiento informado

- Mayores de 18 años de edad

Criterios de exclusión de la muestra

- Presentar daño o alteración psicológico o psicopatológico que impida dar respuesta al instrumento

Criterios de salida

- No completar las técnicas
- Solicitar abandonar el estudio

Se obtuvo una muestra de 305 participantes de la población cubana.

Tabla 1.
Características de los encuestados (n = 305)

Características	f(%)	Características	f(%)
Media Edad (DE)	28.96 (11.41)	Provincia de residencia	
Grupos de Edad		Villa Clara	151 (49.5)
Menos de 22 años	85 (27.9)	Matanzas	36 (11.8)
23-30 años	136 (44.6)	Camagüey	8 (2.6)
Más de 31 años	84 (27.5)	La Habana	36 (11.8)
Sexo		Cienfuegos	13 (4.3)
Prefiero no decirlo	2 (.7)	Sancti Spíritus	16 (5.2)
Mujer	202 (66.2)	Granma	3 (1.0)
Hombre	101 (33.1)	Santiago de Cuba	3 (1.0)
Estado Civil		Ciego de Ávila	28 (9.2)
Soltero	156 (51.1)	Pinar del Río	2 (.7)
Unión libre	62 (20.3)	Las Tunas	1 (.3)
Casado	70 (23.0)	Holguín	2 (.7)
Divorciado	15 (4.9)	Mayabeque	1 (.3)
Viudo	2 (.7)	Artemisa	5 (1.6)
Nivel Educacional		Convivencia con adulto mayor	
Secundario	4 (1.3)	Sí	149 (48.9)
Preuniversitario	120 (39.3)	No	156 (51.1)
Formación técnica	22 (7.2)	Contacto con Demencia	
Universitario	159 (52.1)	Sí	176 (57.7)
Estatus Laboral		No	129 (42.3)
Estudiante	100 (32.8)	Cuidador de persona con demencia	
Estudiante pluriempleado	31 (10.2)	No soy cuidador	275 (90.2)
Trabajador a tiempo completo	121 (39.7)	Soy cuidador principal	2 (.7)
Trabajador a tiempo parcial	27 (8.9)	Soy cuidador secundario	28 (9.2)
Cuidado del hogar	15 (4.9)		
Jubilado	5 (1.6)		
Desempleado	3 (1.0)		
Ni estudia ni trabaja	3 (1.0)		

Nota. f(frecuencia en por ciento)

2.3 Instrumentos

Dementia Knowledge Assessment Scale (DKAS-Sp)

El *Dementia Knowledge Assessment Scale (DKAS-Sp)* fue diseñado en Australia por Annear, Toye, Eccleston, y col. (2015), con el objetivo de evaluar el conocimiento sobre la demencia y proporcionar medidas actualizadas sobre la misma, donde se superan las limitaciones de los ya existentes.

Posterior a una revisión realizada por Annear y col. (2017), el DKAS-Sp quedó estructurado en 25 ítems sobre el conocimiento general de la demencia, compuesta por declaraciones sobre el síndrome, que pueden ser juzgadas como objetivamente correctas o incorrectas. La escala de respuesta es de tipo Likert, modificada con cinco opciones de respuesta: falso, probablemente falso, probablemente verdadero, verdadero y no sé. Se establecieron cuatro dimensiones que se muestran en la tabla 2.

Tabla 2.
Relación de ítems y dimensiones

Dimensiones	Ítems
Causas y características	1,2,3,4,5,6,7
Comunicación y comportamiento	14,15,16,17,18,19
Consideraciones para el cuidado	20,21,22,23,24,25
Riesgos y promoción de salud	8,9,10,11,12,13

Nota. Elaboración personal a partir de los datos de Annear y col. (2017)

De esta manera, el DKAS-Sp (Apéndice A) permite a los encuestados expresar grados de incertidumbre al responder a afirmaciones objetivamente correctas o incorrectas, lo que puede ser un reflejo más preciso de la variedad del conocimiento esperado en una muestra diversa (Annear, Tuye, y col., 2016). En estudios realizados, el DKAS-Sp se ha administrado a enfermeras, cuidadores y familiares de personas con demencia, trabajadores de salud, estudiantes en disciplinas relacionadas con la salud y miembros de la población general, mostrando adecuados valores de confiabilidad (Annear, Otani, & Li, 2016; Annear, Tuye, Eccleston, y col., 2015; Annear y col., 2017).

En nuestro contexto, se llevó a cabo la validación del instrumento, con el objetivo de caracterizar las propiedades psicométricas que posee la Escala de conocimiento sobre demencia para los médicos de familia en el municipio de Santa Clara. Se empleó un paradigma de investigación cuantitativo. Para la adaptación del DKAS-Sp se asumió un diseño instrumental, de acuerdo con las especificaciones de Montero y León (2007) a partir de la metodología propuesta por Lenz, Gómez, Dell'Aquila, y Martínez (2017) para la adaptación lingüística, psicológica y cultural, debido a que se contó con la colaboración de

varios expertos en el idioma de referencia del instrumento (inglés) y en Neuropsicología. Constituyendo una escala de 20 ítems, asumiendo un modelo de escala unidimensional. Los resultados mostraron valores adecuados de confiabilidad del instrumento (Fabregat, 2020).

Encuesta sobre necesidades psico-educativas

La encuesta sobre necesidades psico-educativas para la prevención de demencia (Apéndice B) constituye una adaptación; partiendo de la propuesta efectuada por Rodríguez- Martínez y Molerio (2009). Esta encuesta tiene como objetivo evaluar las necesidades psicoeducativas que tiene una muestra de la población cubana respecto a la demencia y su prevención. Para ello han sido estructuradas 7 preguntas en las que se evalúa la información que poseen los participantes con respecto a la demencia, las vías para adquirir este conocimiento, el nivel de divulgación, el tipo de información que les gustaría conseguir, así como las personas de las cuales les gustaría obtener dichos datos.

Fernández (2017), desarrolló una investigación en la cual empleó dicha encuesta, pero con el objetivo de evaluar las necesidades psicoeducativas que tienen los jóvenes universitarios respecto al consumo de alcohol, estructuradas en 7 preguntas. Las principales características que propone evaluar esta encuesta son la exploración de las necesidades psicoeducativas y las sugerencias y recomendaciones para las actividades de prevención.

2.4 Definición conceptual y operacional de la variable

Definición conceptual:

Conocimiento sobre demencia: información basada en hechos acerca de la demencia, relevante tanto para el personal de salud como la población general, orientado al tratamiento y cuidado de las personas con la condición (Annear, 2015), así como a su prevención.

Necesidades psicoeducativas: aquellas demandas que poseen las personas de información y conocimiento, que le permita afrontar mejor una determinada situación (Treto, 2009), en este caso, la prevención de la demencia.

La definición operacional de las variables se muestra en la tabla 3.

Tabla 3.
Definición operacional de la variable

Variable	Instrumento de medición	Dimensiones	Escala de medición
Conocimiento de la demencia*	<i>Dementia Knowledge Assessment Scale</i>	-Causas y características de la demencia - Comunicación y comportamiento en los pacientes con demencia - Consideraciones sobre el cuidado del paciente con demencia - Riesgos y Promoción de Salud	Falso Probablemente falso Probablemente verdadero Verdadero No sé
Necesidades psicoeducativas	<i>Encuesta sobre necesidades psicoeducativas para la prevención de las demencias</i>	- Información sobre la demencia y su prevención - Vías de obtención de la información - Calidad de la divulgación de la información - Necesidades educativas sentidas - Identificación de las vías para la obtención del conocimiento - Fuente de obtención de la información	2 preguntas abiertas 5 preguntas cerradas

Nota: *elaboración personal a partir de Annear y col. (2017).

2.6. Procedimientos

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de forma online, durante los meses de junio a noviembre del 2021, a través del software gratis Google Forms®, debido a la situación epidemiológica en la que se encuentra el país a causa de la pandemia de COVID-19 (Broche-Pérez, Fernández-Castillo, & Reyes-Luzardo, 2020). Para la realización de la investigación se tomaron como precedentes éticos el respeto a la confidencialidad de cada uno de los participantes, valorando su derecho al anonimato como pauta inicial del proceso. De este modo, se respetaron sus derechos como participante en una investigación del área de la Psicología (American Psychological Association, 2002; Goodwin, 2010). Como parte del proceder ético se

explicaron los objetivos del estudio, la ausencia de posibilidades de perjuicios por la participación en el mismo, se reconoció su derecho de no participar, así como de abandonar la investigación de considerarlo necesario, todo esto a partir de la obtención online del consentimiento informado por parte de los participantes (Apéndice C).

2.6.1. Procedimientos de análisis

Para el procesamiento de los datos se empleó la estadística descriptiva, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 21. Los ítems de respuestas abiertas del cuestionario se analizaron mediante el método de análisis de contenido. Para determinar la confiabilidad de la Escala de conocimiento sobre la demencia, se empleó el alfa de Cronbach, mostrando un valor aceptable de 0.79.

Resultados y Discusión

El presente capítulo tiene como objetivo el análisis y discusión de los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos y el procesamiento de los datos. Para ello la presentación de los resultados se hará en dos momentos. En la primera etapa se evaluará el conocimiento sobre la demencia, y la identificación de las necesidades psicoeducativas de los encuestados, con respecto a la prevención de la enfermedad. El segundo momento está dedicado a la discusión de los resultados.

3.1 Conocimiento sobre demencia

Los resultados del DKAS-Sp son presentados mediante el análisis estadístico, a través de la frecuencia de respuestas correctas por ítems, mostrado en la tabla 4.

Teniendo en cuenta el total de ítems, se halló que 9 de ellos (5, 9, 11, 12, 20, 21, 22, 23, 25) poseen frecuencia de selección de respuesta acertada superiores al 50 %. Lo cual demuestra que los aspectos de mayor dominio por parte de los participantes son los referidos a la afectación en actividades básicas e instrumentales (implicando toma de decisiones, el movimiento, el habla, el aprendizaje), y en el cuidado de los pacientes con este diagnóstico (ítems 20, 21, 22, 23, 25). Adicionalmente, aunque en menor medida, se evidenció el dominio de aspectos referidos a los riesgos y la promoción de salud (ítems 9, 11, 12) y a las causas y características de la enfermedad (ítem 5).

Tabla 4.*Frecuencia de respuestas correctas por ítems del DKAS-Sp*

No.	Ítem	M(DE)	f(%)
1.	La demencia es una parte normal del proceso de envejecimiento.	1.07 (.93)	143 (46.9)
2.	La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia.	.97 (.86)	107 (35.1)
3.	Las personas pueden recuperarse de las formas más comunes de demencia.	1.11(.88)	136 (44.6)
4.	La demencia no es el resultado de cambios físicos en el cerebro.	.88 (.93)	115 (37.7)
5.	La planificación de los cuidados al final de la vida no es necesaria tras un diagnóstico de demencia.	1.62 (.75)	240 (78.7)
6.	La demencia vascular es la forma más frecuente de demencia.	.31 (.68)	38 (12.5)
7.	La mayoría de las demencias generalmente no reducen la vida de las personas.	.97 (.92)	124 (40.7)
8.	La presión arterial alta aumenta el riesgo de desarrollar demencia.	.61 (.81)	64 (21.0)
9.	Mantener un estilo de vida saludable no reduce el riesgo de desarrollar las formas más frecuentes de demencia.	1.19 (.89)	155 (50.8)
10.	Los síntomas de la depresión pueden confundirse con los síntomas de la demencia.	.68 (.81)	66 (21.6)
11.	Por lo general el ejercicio es beneficioso para las personas que presentan demencia.	1.50 (.73)	193 (63.3)
12.	El diagnóstico precoz de demencia por lo general no mejora la calidad de vida de las personas que sufren esta enfermedad	1.31 (.86)	176 (57.7)
13.	La aparición repentina de problemas cognitivos es característico de las formas más comunes de demencia.	.16 (.49)	16 (5.2)
14.	Es imposible comunicarse con una persona que tiene demencia avanzada.	.93 (.91)	116 (38.0)
15.	Por lo general, una persona que experimenta demencia avanzada no responde a los cambios en su ambiente físico.	.64 (.86)	78 (25.6)
16.	Cuando una persona con demencia se muestra confundida, es importante corregirla.	.72 (.88)	86 (28.2)
17.	Generalmente, las personas con demencia avanzada se comunican a través del lenguaje corporal	.68 (.84)	73 (23.9)
18.	Por lo general, los comportamientos inusuales en una persona que presenta demencia son una respuesta a las necesidades no satisfechas.	.62 (.79)	60 (19.7)
19.	Los medicamentos son el modo más efectivo de tratar los síntomas comportamentales de la demencia.	.50 (.77)	51 (16.7)
20.	Por lo general, las personas que experimentan demencia no tienen problemas para tomar decisiones.	1.47 (.81)	206 (67.5)
21.	Por lo general, el movimiento se ve afectado en las últimas etapas de la demencia.	1.28 (.84)	160 (52.5)
22.	Las personas con demencia avanzada pueden tener dificultades para hablar.	1.45 (.76)	187 (61.3)
23.	Con frecuencia, las personas con demencia tienen dificultades para aprender nuevas habilidades.	1.44 (.75)	181 (59.3)
24.	Generalmente, las dificultades para comer y beber se presentan en las últimas etapas de la demencia.	1.19 (.84)	142 (46.6)
25.	Los cuidados cotidianos para las personas con demencia avanzada son efectivos cuando se enfocan en ofrecer comodidad al paciente.	1.37 (.76)	165 (54.1)

Nota: M(media), DE(desviación estándar), f(frecuencia en por ciento)

Sin embargo, los ítems 6, 13, 18 y 19 mostraron las frecuencias de aciertos más bajas, con porcentajes por debajo del 20 %. En el ítem 13, correspondiente a la dimensión de riesgos y promoción de salud, se encontró la mayor dificultad, con solo un 5.2 % de aciertos. Además, se mostraron afectadas otras dimensiones que fueron las correspondientes a la comunicación y el comportamiento de las personas con demencia (ítems 18 y 19) y las causas y características de la enfermedad (ítem 6). Las bajas frecuencias de respuesta correctas para estos ítems, indica que más de la mitad de la muestra posee conocimientos incorrectos sobre estas temáticas.

Se llevó a cabo la evaluación de las respuestas de acuerdo a las orientaciones de Annear y col. (2017), autores del instrumento. La puntuación global del instrumento es de 50 puntos y se evaluó también la puntuación obtenida en cada una de las dimensiones que lo componen (tabla 5).

Tabla 5.

Resultados globales y por subescalas de la Escala de Conocimiento sobre Demencia-Sp (DKAS-Sp)

Dimensiones	Media	DE	Min.	Max.
DKAS total	24.65	8.25	0	48
Causas y Características	6.93	2.95	.00	14.00
Riesgos y Promoción de Salud	5.45	2.64	.00	12.00
Comunicación y Comportamiento	4.09	2.61	.00	12.00
Consideraciones sobre el Cuidado	8.19	3.13	.00	12.00

Nota: DE(desviación estándar), Min.(mínimo), Max.(máximo)

Los valores globales de la Escala de Conocimiento sobre Demencia-Sp (DKAS-Sp) oscilaron entre un mínimo de 0 puntos y un máximo de 48. La media de la puntuación global del instrumento fue 24.65, con una desviación estándar de 8.25.

De acuerdo con los resultados obtenidos por cada una de las dimensiones, los participantes tienden a conocer más las consideraciones relativas al cuidado de los pacientes, así como las causas y características de la enfermedad. Por otro lado, las mayores dificultades se observaron en el conocimiento sobre la comunicación y el comportamiento de estos pacientes.

3.2 Necesidades psicoeducativas para la prevención de demencia

La aplicación de la encuesta para la prevención de demencia a una muestra de la población cubana, está orientada a la exploración de necesidades psicoeducativas inferidas a partir del procesamiento estadístico de los datos recopilados; así como, a la identificación de las necesidades educativas sentidas a través de un análisis cualitativo tradicional.

Tabla 6.

Necesidades psicoeducativas

Categorías	f(%)
Información sobre la demencia y su prevención	
No informado	24 (7.9)
Poco informado	135 (44.3)
Medianamente informado	119 (39.0)
Suficientemente informado	27 (8.9)
Calidad de divulgación de la información	
Mala	102 (33.4)
Regular	43 (14.1)
Buena	39 (12.8)
Suficiente	7 (2.3)
Insuficiente	112 (36.7)
Necesidades educativas sentidas	
Sí	291 (95.4)
Me resulta indiferente	12 (3.9)
Identificación de vías para la obtención de la información	
Charlas	110 (36.1)
Trabajo en grupo	56 (18.4)
Programa televisivo	182 (59.7)
Información digitalizada	182 (59.7)
Conversaciones informales	71 (23.3)
Plegables	70 (23.0)
Libros de autoayuda	91 (29.8)
Radio	84 (27.5)
Sitios Web	115 (37.7)
Bibliografía Especializada	98 (32.1)
Posgrado	52 (17.0)
Aplicaciones para dispositivos móviles	146 (47.9)
Fuentes de obtención de la información	
Psicólogo	140 (45.9)
Promotores de salud	48 (15.7)
Personal del área de atención de salud	36 (11.8)
Médico de la salud	19 (6.2)
Redes sociales	40 (13.1)
Presentador de radio o televisión	12 (3.9)
Amigos	5 (1.6)
Familiares	5 (1.6)

Nota. f(frecuencia en por ciento)

De acuerdo con las consideraciones de los participantes sobre el nivel de información acerca de la demencia, se obtuvo que un 44.3% de los encuestados, manifestó sentirse poco informado con respecto a la demencia y su prevención. Mientras que solo un 8.9% consideran estar suficientemente informados y el menor por ciento (7.9%) corresponde a los encuestados que refieren no estar informados sobre el tema.

Con respecto a la divulgación de la información en el lugar de residencia, los participantes señalaron en mayor medida la existencia de insuficiente y mala divulgación sobre la demencia. Por otro lado, se pudo observar la menor frecuencia de selección en la opción de suficiente divulgación de la información (2.3%). En este sentido, la mayoría de los participantes (95.4%) manifestaron su deseo de estar más informados sobre el tema. Para ello, mostraron sus ideas sobre las vías mediante las cuales les gustaría obtener dicha información.

Más del 50% prefieren los programas televisivos y la información digitalizada como vías para adquirir dicho conocimiento, seguidas de las aplicaciones para dispositivos móviles y los sitios web. Por el contrario, las opciones menos elegidas fueron los estudios de posgrado (17%) y el trabajo en grupo (18.4%). De esta manera, revelaron también las fuentes por las cuales preferirían obtener la información respecto a la prevención de la demencia. La elección más notoria entre los participantes fue el profesional de la psicología (45.9%). Mientras tanto, las opciones menos elegidas para divulgar la información fueron, el médico de la salud, el presentador de radio o televisión, así como los amigos y familiares.

En relación a las vías de obtención de información para la prevención de la demencia, a partir del análisis de las verbalizaciones de los sujetos, se pudo llevar a cabo una distinción entre fuentes y contextos de adquisición de la información. Dentro de las principales fuentes, se destaca en la mayoría de los encuestados, la *bibliografía académica*, pues se refieren a elementos

como “libros” y “artículos científicos”. En menor medida fueron citados los *medios de comunicación masiva e internet*, haciendo mención a “documentales”, “programas televisivos”, “sitios web”, “google”, entre otros. Finalmente, las *redes sociales* mostraron una menor frecuencia de aparición dentro de las respuestas.

Como principal contexto de obtención del conocimiento se enfatiza en el *ámbito educativo*, donde los “estudios universitarios” y la “formación profesional” fueron las respuestas más frecuentes brindadas por los encuestados. También se destacó el *contacto con personas diagnosticadas con demencia* en el contexto familiar más próximo, en el área de las relaciones interpersonales, y en algunos casos, en la atención directa, en calidad de cuidador, a pacientes con esta condición (“un familiar cercano que padeció Alzheimer”, “la abuela de una amiga padeció demencia”, “el cuidado de un familiar que padece demencia”). La *comunicación interpersonal* con familiares, amigos y conocidos, fue en menor medida otra de las vías de obtención del conocimiento identificadas por los sujetos (“por un familiar”, “relaciones sociales”, “por amigos que tienen familiares con demencia”). Por último, el contenido de algunas de las verbalizaciones que emergieron, no respondían al sentido de la pregunta inductora, sino que expresaban un reconocimiento de la necesidad de profundizar en la temática (“En realidad, tengo muy poco conocimiento sobre el tema, tengo que documentarme más sobre el tema dada la importancia que ha alcanzado en nuestro país en edades geriátricas”).

En relación a las necesidades educativas sentidas respecto al conocimiento sobre la demencia, se evidencia que este indicador representa un factor clave para determinar los intereses de los sujetos con respecto al conocimiento de la enfermedad. Principalmente, se encontró en los participantes un predominio de necesidades educativas sentidas referidas a la *prevención de la demencia*; y en este sentido, las verbalizaciones aluden a orientaciones

profilácticas (*“acciones, hábitos y consejos para evitar la enfermedad”*). El *tratamiento de la enfermedad* fue otra de las necesidades educativas sentidas (*“información médica necesaria”*, *“terapias actuales para la atención a pacientes en riesgo”*, *“manejo de la enfermedad”*, etc.). También emergieron respuestas asociadas al *cuidado de los pacientes con este diagnóstico*: principalmente, los referidos a *“cuidados especiales”*; *“las alternativas de ayuda”*; y en menor medida, *“el apoyo psicológico”*. En algunos participantes se encontraron necesidades educativas sentidas *no especificadas* (*“toda la información posible”*, *“la mayor cantidad posible”*, *“todo lo relacionado con el tema”*). Posteriormente, le siguen los *factores de riesgo* de la enfermedad, las *causas de su aparición* y el *estado del arte* (*“información sobre estadísticas actuales”*, *“estudios científicos”* y *“resultados de recientes investigaciones”*). Las necesidades educativas sentidas menos compartidas se asocian a las alternativas para la detección de la sintomatología primaria de la enfermedad; así como a los factores protectores. Asimismo, se evidenciaron intereses relacionados con la afección neurológica de la enfermedad y los trastornos psíquicos asociados.

3.3 Discusión de resultado

En el presente estudio se constató que la mayoría de los encuestados fueron jóvenes, con edades que oscilan entre los 22 y 30 años; con prevalencia del sexo femenino (66.2%). La educación superior fue el nivel educativo predominante, y el trabajador a tiempo completo fue la opción más frecuente dentro del estatus laboral. Villa Clara fue la provincia que arrojó el mayor número de encuestados, seguida de Matanzas y La Habana. También resulta de interés la alta prevalencia de contacto con demencia entre los sujetos, pues representó la cifra más alta; mientras que se evidencia una menor presencia de participantes cuidadores de personas con la enfermedad.

En relación con los resultados del DKAS-Sp, se pudo observar en la tasa de respuestas por ítem, que existen algunos de ellos que llaman la atención por presentar bajos porcentajes de respuestas correctas. Por ejemplo, los ítems 6, 8, 10, 13, 15-19 registran porcentajes de respuestas inferiores al 35%. El contenido de estos ítems hace referencia a aspectos relativos a los riesgos de demencia y promoción de salud, así como a los comportamientos y la comunicación de la persona con la enfermedad. Lo cual revela que en las temáticas anteriores se concentran las principales deficiencias, pues más de la mitad de los participantes poseen conocimientos insuficientes.

Este resultado es congruente con Eccleston y col. (2021), debido a que también se obtuvieron porcentajes bajos de respuestas correctas a nivel de ítem, igualmente inferiores al 35%. Sin embargo, en el citado estudio los resultados obtenidos se focalizaron en las temáticas correspondientes a la subescala de riesgo y promoción de salud, específicamente lo referido a los riesgos de la hipertensión arterial como predisponente de esta patología y la distinción entre demencia y delirio. Los presentes resultados también guardan relación con el estudio llevado a cabo por Fabregat (2020), en una muestra de médicos de la familia en el municipio de Santa Clara, pues se obtuvieron bajas frecuencias de respuestas correctas, principalmente en las dimensiones relativas a la aparición de los síntomas de la enfermedad, los riesgos y promoción de salud, así como a los comportamientos y la comunicación de las personas con demencia.

De acuerdo con los mayores porcentajes de respuestas correctas, se pueden citar los ítems 9, 11, 12, 20-23 y 25, los cuales mostraron los niveles de acierto superiores al 50%. Esto significa que, particularmente en la dimensión de la importancia de los cuidados para el manejo de la persona con demencia, y dentro de esta específicamente los aspectos relacionados con la afectación en actividades básicas e instrumentales (toma de decisiones, movimiento, el habla y el

aprendizaje), más de la mitad de la muestra logra responder correctamente, lo cual representa un conocimiento adecuado de estos elementos. Estos hallazgos se relacionan con el estudio desarrollado por Cox, Hoang, Goldberg, y Baldock (2019), en una comunidad rural de Tasmania, donde los resultados indicaron niveles más altos de comprensión sobre las necesidades de atención de las personas que viven con demencia.

En relación a la puntuación promedio del DKAS-Sp, los participantes evaluados obtuvieron 24.65 de un máximo de 48, valor que se ubica en un nivel medio de conocimientos sobre la demencia. Estos resultados fueron inferiores en comparación con las puntuaciones registradas por Eccleston y col. (2021) en una población rural en Australia, los cuales obtuvieron 27.72 de un puntaje máximo de 45.

Por otra parte, en relación a la investigación realizada con público general de diferentes países en Australia, la puntuación que se obtuvo en el presente estudio en sentido general, es considerablemente inferior. La investigación australiana obtuvo 34.5 de una puntuación máxima de 50 puntos, mostrando mayores niveles de conocimientos sobre la demencia (Eccleston y col., 2019).

Al comparar las cifras obtenidas por los participantes a los que ha sido aplicado el DKAS-Sp con los resultados de otras investigaciones, en este estudio se obtienen los valores más bajos. Al analizar estos elementos se debe tener en cuenta que en las investigaciones de referencia, la muestra se caracteriza por tener más de la mitad de los participantes, con al menos una de las siguientes características: ser o haber sido cuidadores de una persona con demencia, haber trabajado con una persona con la enfermedad y/o haber tenido educación previa sobre el síndrome. No siendo el caso de la muestra de la población cubana, en la cual a pesar de que más

de la mitad han tenido contacto con demencia, solo un 30% refieren ser cuidadores o cuidadores secundarios.

No obstante, este elemento debe manejarse con cautela, al considerar que no siempre el contacto con personas que padecen la enfermedad implica un mayor conocimiento sobre la misma. Teniendo en cuenta que incluso estudios realizados con personal de la salud han revelado que existe poco conocimiento con relación a los factores de riesgo de la enfermedad, así como de los síntomas cognitivos que acompañan a la patología (Annear, 2018; Robinson y col., 2014; Smyth y col., 2013).

Este aspecto podría tener relación con las diferencias implícitas en algunos términos manejadas por distintas encuestas. En este caso, no es lo mismo «tener contacto» que ser «cuidador» de una persona que padece demencia. El primero de los términos incluye los contactos esporádicos (vecinos, amigos, conocidos), mientras que el segundo es sistemático en el tiempo y requiere adiestramiento práctico por parte del cuidador en el manejo del enfermo, así como la incorporación de información específica relacionada con la enfermedad. Al parecer, cuando el término empleado es el de «cuidador» el conocimiento sobre la enfermedad se incrementa en gran medida (Broche-Pérez y col., 2021; NAC & AARP, 2015; Russo y col., 2012). Algo parecido ocurre con las personas sometidas a cursos educativos previos sobre la demencia, ya que evidentemente estos generan un nivel de preparación significativo con respecto al tema, lo cual permite realizar cambios en el estilo de vida, compartir conocimientos con los demás, mejorar la comprensión de la demencia y aumentar el apoyo a las personas que la padecen (Annear, 2019; Farrow y col., 2018).

De acuerdo con los resultados recabados a través de la encuesta sobre necesidades psicoeducativas para la prevención de demencia, un gran porcentaje de los participantes reconoció

sentirse poco informados con respecto a la demencia y su prevención. Una menor frecuencia de aparición (8.9%), correspondió a los encuestados que consideran estar suficientemente informados con respecto al tema. Estos resultados son congruentes con los encontrados por Anderson, Day, Beard, Reed, y Wu (2009) en una revisión sistemática de estudios desarrollados en Estados Unidos, quienes mostraron que en estas investigaciones la mayoría de los participantes no se percibían a sí mismos como conocedores de la enfermedad. Además coinciden con investigaciones llevadas a cabo en países como Australia (Bettens, Ownsworth, Hohaus, & McKendry, 2014; B. Smith y col., 2014) y Estados Unidos (Ayalon, 2013; Sun, Gao, & Coon, 2015), donde se ha obtenido bajos niveles de información, concluyendo que los sujetos poseen entre pobres y limitados conocimientos sobre la enfermedad.

La mayoría de los encuestados manifestaron su deseo de estar informados con respecto a la demencia y su prevención. Para ello, mostraron las vías por las cuales prefieren obtener dichos conocimientos. En primer lugar, los programas televisivos y la información digitalizada fueron las más frecuentes, seguidas por las aplicaciones para dispositivos móviles y sitios web. Sin embargo, fue el profesional de la psicología la persona escogida por más participantes para brindar información respecto al tema. Estos resultados están relacionados con los alcanzados por Fair, Eccleston, Doherty, Klekociuk, y Farrow (2020), los cuales obtuvieron que un 98.8% de los encuestados expresaron entusiasmo por recibir y compartir información sobre la demencia, en el caso de este estudio, a través del *The Preventing Dementia Massive Open Online Course* (PD-MOOC).

En este sentido, la presente investigación reveló que las principales vías de obtención de la información para la prevención de demencia en los encuestados fueron, la consulta de bibliografía académica, el ámbito escolar y, el contacto previo con personas diagnosticadas con

la enfermedad en el contexto familiar más próximo, en el área de las relaciones interpersonales, y en algunos casos, en la atención directa, en calidad de cuidador. Elementos que son congruentes con Eccleston y col. (2019), quienes, a través de un curso para mejorar el conocimiento de la demencia a nivel mundial, obtuvieron que el conocimiento básico sobre la enfermedad se relacionó positivamente con el aprendizaje previo del síndrome demencial a partir de varios tipos de exposición a la afección, incluido tener familiares y/o trabajar con personas diagnosticadas con la misma; así como, haber recibido educación sobre el tema.

Los resultados alcanzados muestran la existencia de necesidades educativas sentidas en los encuestados, principalmente referidas a prevención, tratamiento, cuidado de pacientes con demencia y en menor medida los factores de riesgo de la enfermedad. Sin embargo, este hallazgo no es congruente con Roberts y col. (2014), quienes encontraron en su estudio que la mayor parte de su muestra (60.19%) poseen interés en conocer los factores de riesgo personales de enfermedad de Alzheimer, elemento que en la presente investigación posee menor frecuencia de aparición.

La interpretación de estas diferencias debe contemplar el hecho de que Roberts y col. (2014) trabajó con una población mayor de 50 años de edad, donde a pesar de que la demencia no es una parte normal del envejecimiento, afecta principalmente a los adultos mayores (OMS, 2013); dato que explica que exista mayor preocupación por el conocimiento de los factores de riesgo personales en esta muestra, en relación con el presente estudio, en el que predomina la población joven. Esta conclusión se corresponde con el estudio de Broche-Pérez y col. (2021), quienes encontraron que la preocupación con respecto a la enfermedad aumenta con la edad.

Detrás de los resultados obtenidos en una muestra de la población cubana, se puede inferir a modo general que existe un conocimiento moderado entre los participantes sobre la

demencia. Otro de los elementos interesantes, lo constituye el hecho de que la mayoría de los encuestados reconocieron sentirse poco informados con respecto a la enfermedad. Sin embargo, revelaron sus necesidades educativas relacionadas con la prevención de la patología. En la actualidad, se reconoce que los mejores resultados en la prevención de las demencias y la disminución del declive cognitivo comienzan con la exploración sobre el conocimiento que tiene la población sobre este tema en particular, para lograr la posterior modificación de los factores de riesgo (Broche, 2018; De Brujin y col., 2015).

Conclusiones

- En los participantes se obtuvo un nivel medio de conocimiento con respecto a las causas y las características de la demencia. Específicamente, los encuestados mostraron mayor comprensión sobre temas como la planificación al final de la vida tras un diagnóstico de demencia y casi la mitad consideran que la demencia no es una parte normal del envejecimiento.
- En relación a los conocimientos de los participantes sobre comunicación y comportamiento de las personas con demencia, se evidenció que la mayoría presentan deficiencias; específicamente, en aspectos como el tratamiento farmacológico, al ser considerado el modo más efectivo para tratar los síntomas comportamentales de la enfermedad. Sin embargo, de acuerdo con el conocimiento sobre el cuidado de los pacientes con este diagnóstico, se identificó un elevado dominio de estos elementos; sobre todo, los referidos a la afectación en actividades básicas e instrumentales (implicando toma de decisiones, el movimiento, el habla, el aprendizaje).
- En cuanto al conocimiento sobre los riesgos y la promoción de salud, las mayores dificultades se encontraron en la identificación de los problemas cognitivos como característica de las formas más comunes de demencia y los riesgos de la hipertensión arterial como predisponente de esta patología.
- El mayor número de participantes comunicó sentirse poco informado con respecto a la demencia. Sin embargo, más de la mitad gustaría poseer más conocimientos sobre el tema; emergiendo necesidades educativas sentidas en los encuestados, con relación a la prevención, tratamiento y cuidado de pacientes con esta patología.

Recomendaciones

- Se recomienda el empleo de la Escala de conocimiento sobre la demencia (DKAS-Sp) y la Encuesta de necesidades psicoeducativas sobre la prevención de demencia, en una muestra más grande de la población cubana, con mayor representación de otras provincias. Debido a la situación epidemiológica actual del país y a las medidas restrictivas por la COVID-19, no se pudo extender la investigación a un mayor número de participantes.

- Teniendo en cuenta el rol significativo de los cuidadores de pacientes diagnosticados con la enfermedad, se sugiere ampliar la exploración del conocimiento sobre la demencia en los mismos. Elemento de gran interés para identificar las necesidades educativas sentidas de los cuidadores, lo cual brindará una visión más acertada sobre el tema, para el desarrollo de futuras investigaciones; encaminadas ya sea a la formación sobre cuestiones específicas con respecto al síndrome demencial o a brindar apoyo psicológico; lo cual posibilitará un mejor manejo de la persona con demencia y un mayor bienestar del cuidador.

- Implementar intervenciones psicoeducativas orientadas hacia el incremento de los conocimientos sobre prevención de demencia en el público general y grupos específicos como cuidadores, sector sanitario y en las personas que presentan riesgo de padecer la patología; con el objetivo de crear conciencia sobre la importancia de los cambios en el estilo de vida, para la disminución de los factores de riesgo de la enfermedad.

Referencias

- Albanese, E., Launer, L., Egger, M., Prince, M., Giannakopoulos, P., & Wolters, F. (2017). Body mass index in midlife and dementia: systematic review and meta-regression analysis of 589,649 men and women followed in longitudinal studies. *Alzheimer's & Dementia*, 8, 165–178. doi:10.1016/j. dadm.2017.05.007
- Almeida, O., Hankey, G., & Flicker, L. (2017). Depression as a modifiable factor to decrease the risk of dementia. *Transl Psychiatry*, 7, e1117. doi:10.1038/tp.2017.90
- Alzheimer Disease International. (2015). *El Impacto Global de la Demencia. Un análisis de la prevalencia, incidencia, costos y tendencias*. Retrieved from Londres: <https://www.alz.co.uk/worldreport2015>
- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*(57), 1060-1073.
- Anderson, L., Day, K., Beard, R., Reed, P., & Wu, B. (2009). The Public's Perceptions About Cognitive Health and Alzheimer's Disease Among the U.S. Population: A National Review. *The Gerontologist*, 49(1), S3–S11. doi:10.1093/geront/gnp088
- Annear, M. (2018). Knowledge of Dementia Among the Australian Health Workforce: A National Online Survey. *Journal of Applied Gerontology*, 39(1), 1-25. doi:10.1177/0733464817752085.
- Annear, M. (2019). Retracted: Online education improves dementia knowledge: Evidence from an international intervention. *Journal of Applied Gerontology*, 38(4), 2-18.
- Annear, M., Otani, J., & Li, J. (2016). Japanese-language Dementia Knowledge Assessment Scale: Psychometric performance, and health student and professional understanding. *Geriatr Gerontol Int*, 2-6. doi:10.1111/ggi.12911

- Annear, M., Toye, C., Eccleston, C., McInerney, F., Elliott, K., Tranter, B., & Robinson, A. (2015). Dementia Knowledge Assessment Scale: Development and Preliminary Psychometric Properties. *Medical Sciences*, 63(11), 2373-2381. doi:10.1111/jgs.137
- Annear, M., Toye, C., Elliott, K., McInerney, F., Eccleston, C., & Robinson, A. (2017). Dementia knowledge assessment scale (DKAS): confirmatory factor analysis and comparative subscale scores among an international cohort. *BMC Geriatric*, 17(168), 2-11. doi:10.1186/s12877-017-0552-y
- Annear, M., Toye, C., McInerney, F., Eccleston, C., Tranter, B., Elliott, K., & Robinson, A. (2015). What should we know about dementia in the 21st Century? A Delphi consensus study. *Geriatrics*, 15(5), 2-13. doi:10.1186/s12877-015-0008-1
- Annear, M., Toye, C., McInerney, F., Eccleston, C., Tranter, B., Elliott, K., & Robinson, A. (2016). A new standard in dementia knowledge measurement: Comparative validation of the Dementia Knowledge Assessment Scale and the Alzheimer's Disease Knowledge Scale. *American Geriatrics Society*, 64(6), 1329-1334. doi:10.1111/nyas.13058
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Ashby-Mitchel, K., Burns, R., Shaw, J., & Antsey, K. (2017). Proportion of dementia in Australia explained by common modifiable risk factors. *Alzheimer's Research & Therapy*, 9(11), 2-8. doi:10.1186/s13195-017-0238-x
- Ayalon, L. (2013). Re-examining ethnic differences in concerns, knowledge, and beliefs about Alzheimer's disease: results from a national sample. *Int J Geriatr Psychiatry*, 28(12), 1288–1295. doi:10.1002/gps.3959
- Bailey, K. (2000). Student awareness of Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 15(6), 375–378. doi:10.1177/153331750001500610

- Banks, J., & Oldfield, Z. (2007). Understanding Pension: cognitive function, numerical ability and retirement saving. *Fiscal Studies*, 8(2), 143-170. doi:10.1111/j.1475-5890.2007.00052.x
- Barnes, D., & Yaffe, K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *Lancet Neurology*(10), 919-928. doi:10.1016/S14744422(11)70072-2
- Barnett, J. H., Hachinski, V., & Blackwell, A. D. (2013). Cognitive health begins at conception: addressing dementia as a lifelong and preventable condition. *BMC Medicine*, 11(246), 1-6. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/246>
- Baumgart, M., Snyder, H., Carrillo, M., Fazio, S., Kim, H., & Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimer's & Dementia*, 11, 718-726. doi:10.1016/j.jalz.2015.05.016
- Bayard, R., Aspiazú, M., Llerena, T., Ulloan, E., Orihuela, L., & Azcuy, O. (2019). Percepción del estudiante de Medicina de la forma en que recibe el conocimiento sobre la demencia. *Panorama. Cuba y Salud*, 14(1), 6-11. doi:1991-2684, RNPS: 2136
- Bayard, R., Fernández, A., Llibre, J., Zayas, T., Hernández, E., & Rodríguez, A. (2019). Cuba implementa el Plan global de acción para la demencia aprobado por la Organización Mundial de la Salud 2017. *Rev haban cienc méd*, 18(3), 529-538. Retrieved from <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2120>
- Bayard, R., Llibre, J., Seco, A., Calzadilla, C., García, M., & Llerena, T. (2016). Cuba's strategy for alzheimer disease and dementia syndromes. *MEDICC Rev*, 18(3), 9-13. doi:10.1017/S1041610209009430
- Benavides-Caro, C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 107-112. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/rma>

- Berrío, M. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192-194. doi:10.1016/j.rca.2012.04.001
- Bettens, G., Ownsworth, T., Hohaus, L., & McKendry, Y. (2014). Assessing accuracy of knowledge of cognitive effects of normal ageing and mild stage of Alzheimer's disease. *Aging Ment Health*, 18(3), 296–303. doi:10.1080/13607863.2014.827629
- Beydoun, M., Beydoun, H., Gamaldo, A., Teel, A., Zonderman, A., & Wang, Y. (2014). Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 14(1), 643. doi:10.1186/1471-2458-14-643
- Bossers, W., van der Woude, L., Boersma, F., Hortobágyi, T., Scherder, E., & van Heuvelen, M. (2015). A 9-Week Aerobic and Strength Training Program Improves Cognitive and Motor Function in Patients with Dementia: A Randomized, 84 Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(11), 1106-1116. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.12.191>
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., & Reyes-Luzardo, D. A. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista cubana de Salud Pública*, 46(1), e2488.
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Fleites, Z., González, B., Hernández, M., & Salazar, I. (2021). Conocimiento público y creencias sobre las demencias: Un estudio preliminar en la población cubana. *Neurología*, 36, 361-368. doi:10.1016/j.nrl.2018.03.011
- Broche, Y. (2018). Dimensiones para la promoción de la salud cognitiva y la prevención de demencias. *Revista de Salud Pública*, 44(1), 153-165.

- Bruce, D., Davis, W., Starkstein, S., & Davis, T. (2014). Mid-life predictors of cognitive impairment and dementia in Type 2 diabetes mellitus: the Fremantle Diabetes Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 42(3), S63–70. doi:10.3233/jad-132654
- Buford, T. (2016). Hypertension and aging. *Ageing Research Reviews*, 26, 96-111. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.01.007>
- Cahill, S., Pierce, M., Werner, P., Darley, A., & Bobersky, A. (2015). A Systematic Review of the Public's Knowledge and Understanding of Alzheimer's Disease and Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 29(3), 255-275. doi:10.1097/WAD.0000000000000102
- Camus, V., Kraehenbühl, H., Preisig, M., Büla, C., & Waeber, G. (2004). Geriatric depression and vascular diseases: what are the links? *Journal of Affective Disorders*, 81(1), 1-16. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.003>
- Cations, M., Radisic, G., Crotty, M., & Laver, K. (2018). What does the general public understand about prevention and treatment of dementia? A systematic review of population-based surveys. *PLoS One*, 13(4). Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196085>
- Chen, Z., Yang, X., Song, Y., Song, B., Zhang, Y., Liu, J., & Yu, J. (2017). Challenges of Dementia Care in China. *Geriatrics*, 2(7). doi:10.3390/geriatrics2010007
- Cherry, K., Walker, E., Brown, J., Volaufova, J., LaMotte, L., & Welsh, D. (2011). Social engagement and health in younger, older, and oldest-old adults in the Louisiana Healthy Aging Study. *Journal of Applied Gerontology*, 32(1), 51-75. doi:10.1177/0733464811409034

- Chiu, H. L., Chu, H., Tsai, J. C., Liu, D., Chen, Y. R., & Yang, H. L. (2017). The effect of cognitive-based training for the healthy older people: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 12(5), e0176742. doi:10.1371/journal.pone.0176742
- Choi, D., Choi, S., & Park, S. (2018). Effect of smoking cessation on the risk of dementia: a longitudinal study. *Annals of clinical and translational neurology*, 5(10), 1192-1199. doi:10.1002/acn3.633
- CIE-10. (1995). *Clasificadorio Internacional de Enfermedades. Décima Edición*. Washington: Organización Panamericana de la salud.
- Cox, T., Hoang, H., Goldberg, L., & Baldock, D. (2019). Aboriginal community understandings of dementia and responses to dementia care. *Public Health*, 172, 15-21. doi:10.1016/j.puhe.2019.02.018
- De Bruijn, R., Bos, M., Portegies, M., Hofman, A., Franco, O., & Koudstaal, P. (2015). The potential for prevention of dementia across 2 decades: The prospective, population-based Rotterdam Study. *BMC Med.*, 13(132).
- Di Marco, L., Marzo, A., Muñoz-Ruiz, M., Ikram, M., Kivipelto, M., & Ruefenacht, D. (2014). Modifiable lifestyle factors in dementia: a systematic review of longitudinal observational cohort studies. *Journal of Alzheimer's Disease*, 42(1), 199-135. doi:10.3233/jad-132225
- Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in the incidence of Type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*, 346(6), 393-403. doi:10.1056/NEJMoa012512

- Durazzo, T., Mattsson, N., & Weiner, M. (2014). Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Smoking and increased Alzheimer's disease risk: a review of potential mechanisms. *Alzheimer's & Dementia*, 10(3), S122–S145. doi:10.1016/j.jalz.2014.04.009
- Eccleston, C., Courtney-Pratt, H., McInerney, F., Johnstone, A., & Doherty, K. (2021). Predictors of dementia knowledge in a rural general public sample. *Aust J Rural Health*, 29(4), 530-537. doi:10.1111/ajr.12777
- Eccleston, C., Doherty, K., Bindoff, A., Robinson, A., Vickers, J., & McInerney, F. (2019). Building dementia knowledge globally through the Understanding Dementia Massive Open Online Course (MOOC). *NPJ Sci Learn.*, 4(3), 2-6. doi:10.1038/s41539-019-0042-4
- Elovainio, M., Hakulinen, C., Pullki-Ráback, L., Virtanen, M., Josefsson, K., Jokela, M., & Kivimäki, M. (2017). Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *Lancet Public Health*, 2(6), e260-e266. doi:10.1016/S2468-2667(17)30075-0
- Exalto, L., Biessels, G., Karter, A., Huang, E., Katon, W., & Minkoff, J. (2013). Risk score for prediction of 10 year dementia risk in individuals with Type 2 diabetes: a cohort study. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 1(3), 183–190. doi:10.1016/S2213-8587(13)70048-2
- Fabregat, M. (2020). *Caracterización psicométrica de la Escala de conocimiento sobre Demencia DKAS-Sp*. (Tesis de Licenciatura sin publicar). Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Villa Clara.
- Fair, H., Eccleston, C., Doherty, K., Klekociuk, S., & Farrow, M. (2020). The diffusion of dementia risk education: Prevention (nonpharmacological)/Multidomain. *Alzheimer's & Dementia*, 16(10), e046618. doi:10.1002/alz.046618

- Farina, N., Suemoto, C., Burton, J., Oliveira, D., & Frost, R. (2021). Perceptions of Dementia amongst the General Public across Latin America: A Systematic Review. *Aging and Mental Health*, 25(5), 787-796. doi:10.1080/13607863.2020.1725738
- Farrow, M., Doherty, K., McInerney, F., Klekociuk, S., Bindoff, A., & Vickers, J. (2018). Improving knowledge and practice through massive open online dementia education: The understanding Dementia and Preventing Dementia MOOCs. *Alzheimer's & Dementia*, 14(4), P233-P233. doi:10.1016/j.jalz.2018.06.2368
- Fernández-Fleites, Z. (2019). *Conocimiento público sobre la disminución del riesgo para padecer demencia en la población cubana*. (Tesis de Maestría sin publicar). Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Villa Clara.
- Fernández-Fleites, Z., Broche-Pérez, Y., Eccleston, C., & Jiménez-Puig, E. (2021). Sociodemographic factors associated with Public knowledge of dementia in a Cuban population. *MedRxiv*. doi:10.1101/2021.06.04.21258359
- Fernández, E. (2017). *Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios*. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Santa Clara.
- Forlenza, O. V., Diniz, B. S., Stella, F., Teixeira, A. L., & Gattaz, W. F. (2013). Mild cognitive impairment (part 1): clinical characteristics and predictors of dementia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2), 178-185. doi:10.1590/1516-4446-2012-3503
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurology*, 3(6), 343-353. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(04\)00767-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(04)00767-7).

- Gallaway, P., Miyake, H., Buchowski, M., Shimada, M., Yoshitake, Y., & Kim, A. (2017). Physical activity: a viable way to reduce the risks of mild cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular dementia in older adults. *Brain Sciences*, 7(2), 22. doi:10.3390/brainsci7020022
- García, R., & Alfonso, M. (2014). *Envejecimiento, políticas sociales y sectoriales en Cuba*. Retrieved from <http://www.redadultosmayores.com.ar/Material%202013/Nacionales%20Costa%20Rica%20Dominicana/2%20Envejec%20politicas%20sociales%20y%20sectoriales%20Cuba.pdf>
- Glynn, R., Shelley, E., & Lawlor, B. (2017). Public knowledge and understanding of dementia evidence from a national survey in Ireland. *Age and Ageing*, 46(865–869). doi:10.1093/ageing/afx082
- Goodwin, C. J. (2010). *Research in Psychology. Methods and Design*: New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hamer, M., & Chida, Y. (2009). Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence. *Psychological Medicine*, 39(1), 3-11. doi:10.1017/S0033291708003681
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación. 6ta edición*. México D.F: Mc Graw Hill Education.
- Hersi, M., Irvine, B., Gupta, P., Gomes, J., Birkett, N., & Krewski, D. (2017). Risk factors associated with the onset and progression of Alzheimer's disease: a systematic review of the evidence. *Neurotoxicology*, 61, 143–187. doi:10.1016/j.neuro.2017.03.006

- Hubbard, G., Cook, A., Tester, S., & Downs, M. (2002). Beyond words: older people with dementia using and interpreting nonverbal behaviour. *Journal of Aging Studies*, 16(2), 155-167. doi:10.1016/S0890-4065(02)00041-5
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ilomaki, J., Jokanovic, N., Tan, E., & Lönnroos, E. (2015). Alcohol consumption, dementia and cognitive decline: an overview of systematic reviews. *Current Clinical Pharmacology*, 10(3), 204–212. doi:10.2174/157488471003150820145539
- Jackson, E., Cherry, K., Smithman, E., & Hawley, K. (2008). Knowledge of memory aging and Alzheimer's disease in college students and mental health professionals. *Aging Ment Health*, 12(2), 258-266. doi:10.1080/13607860801951861
- Jacobs, D., Gross, M., & Tapsell, L. (2009). Food synergy: an operational concept for understanding nutrition. *American Journal of Clinical Nutrition*, 89(5).
- Jorm, A. (2001). History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 776–781. doi:10.1046/j.1440-1614.2001.00967.x
- Kales, H., Maixner, D., & Mellow, A. (2005). Cerebrovascular disease and late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(2), 88-98. doi:10.1176/appi.ajgp.13.2.88
- Kivipelto, M., Helkala, E., Laakso, M., Hanninen, T., Hallikainen, M., & Alhainen, K. (2001). Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal, population based study. *BMJ*, 322(7300), 1447–1451. doi:10.1136/bmj.322.7300.1447

Kuiper, J., Zuidersma, M., Voshaar, R., Zuidema, S., van den Heuvel, E., & Stolk, R. (2015).

Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, 22, 39-57.

doi:10.1016/j.arr.2015.04.006

Lafortune, L., Martin, S., Kelly, S., Kuhn, I., Remes, O., Cowan, A., & Brayne, C. (2016).

Behavioural risk factors in mid-life associated with successful ageing, disability, dementia and frailty in later life: a rapid systematic review. *PLoS One*, 11(2), e0144405.

doi:10.1371/journal.pone.0144405

Langballe, E., Ask, H., Holmen, J., Stordal, E., Saltvedt, I., & Selbaek, G. (2015). Alcohol

consumption and risk of dementia up to 27 years later in a large, population-based sample: the HUNT study, Norway. *European Journal of Epidemiology*, 30(9), 1049-

1056. doi:10.1007/s10654-015-0029-2

Lathan, C., Wallace, A., Shewbridge, R., Morrison, G., & Resnick, H. (2016). Cognitive Health

Assessment and Establishment of a Virtual Cohort of Dementia Caregivers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 6, 98-107. doi:10.1159/000444390

Launer, L., Ross, G., Petrovitch, H., Masaki, K., Foley, D., & White, L. (2000). Midlife blood

pressure and dementia: the HonoluluAsia aging study. *Neurobiology of Aging*, 21(1), 49-

55. doi:10.1016/s0197-4580(00)00096-8

Lenz, A., Gómez, I., Dell'Aquila, J., & Martinez, U. (2017). Translation and Cross-Cultural

Adaptation of Assessments for Use in Counseling Research. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 50(4), 224-231.

doi:10.1080/07481756.2017.1320947

- Liu, D., Cheng, G., An, L., Gan, X., Wu, Y., Zhang, B., . . . Wu, L. (2019). Public Knowledge about Dementia in China: A National WeChat-Based Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 2-14. doi:10.3390/ijerph16214231
- Llibre, J. (2011). Envejecimiento y demencia: implicaciones para la comunidad científica, la salud pública y la sociedad cubana. *Anuales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 2(2), 1-18. Retrieved from <http://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/view/126>
- Llibre, J., & Gutiérrez-Herrera, R. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Revista cubana de Salud Pública*, 40(3), 378-387. Retrieved from <http://scielo.sld.cu>
- Low, L., & Anstey, K. (2009). Dementia literacy: Recognition and beliefs on dementia of the Australian public. *Alzheimers and Dementia*, 5(1), 43-49.
doi:10.1016/j.jalz.22008.03.011
- Luchsinger, J. (2010). Diabetes, related conditions, and dementia. *Journal of Neurological Sciences*, 299(1-2), 35-38. doi:10.1016/j.jns.2010.08.063
- Marcheco, B., López, A. M., Otero, M., & Llibre, J. (2006). *Enfermedad de Alzheimer. Manual para el médico de la familia*. La Habana: Editorial Abril.
- Millard, F., & Baune, B. (2009). Dementia - who cares? A comparison of community needs and primary care services. *Aust Fam Physician*, 38(8), 642-649.
- Millard, F., Kennedy, L., & Baune, B. (2011). Dementia: opportunities for risk reduction and early detection in general practice. *Aust J Prim Health*, 17(1), 89-94.
doi:10.1071/PY10037

MINSAP. (2015). *Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2015*.

Retrieved from La Habana:

http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf

Montero, I., & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology.

International Journal of Clinical and Health Psychology, 7(3), 847-862.

Morales-Vallejo, P. (2011). Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos?

Estadística aplicada a las Ciencias Sociales. Retrieved from

<http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oMuestra.pdf>

NAC, & AARP. (2015). *Caregiving in the U.S. Bethesda*. Retrieved from

North, T., Palmer, T., Lewis, S., Cooper, R., Power, C., & Pattie, A. (2015). Effect of smoking on physical and cognitive capability in later life: a multicohort study using observational and genetic approaches. *BMJ Open*, 5(12), e008393. doi:10.1136/bmjopen-2015-008393

Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D. E., Yaffe, K., & Brayne, C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurology*, 13(8), 788-794. doi:10.1016/S1474-4422(14)70136-X

OMS. (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* Retrieved from Ginebra:

OMS. (2013). *Demencia: una prioridad de salud pública*. Retrieved from Washington, DC:

OMS. (2014). *Global status report on alcohol and health*. Retrieved from Ginebra:

OMS. (2017). *Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025. Informe de la Directora General* Retrieved from

OMS. (2019). *Management of substance abuse: Alcohol*: Organización Mundial de la Salud

Otero, A., Rabelo, V., Echazábal, A., Calzadilla, L., Duarte, F., Magriñat, J., & Acosta, C.

(2001). *Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría*. La Habana: Ministerio de Salud Pública

Pase, M., Himali, J., Grima, N., Beiser, A. S., Satizabal, C. L., & Aparicio, H. J. (2017). REM sleep mechanisms predict incident dementia in the Framingham Heart Study. *Alzheimers Dement*, 13(7), 910-911. doi:10.1016/j.jalz.2017.07.331

Perna, R. (2016). *Hypertension and its effects on brain functioning and cognition. Hypertension Current Concepts and Therapeutics (HCCT)*.

Perry, M., Drasković, I., van Achterberg, T., Borm, G., van Eijken, M., Lucassen, P., . . . Olde-Rikkert, M. (2008). Can an EASY care based dementia training programme improve diagnostic assessment and management of dementia by general practitioners and primary care nurses? The design of a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*, 8(71), 1-10. doi:10.1186/1472-6963-8-71

Piazza-Gardner, A. K., Gaffud, T., & Barry, A. E. (2013). The impact of alcohol on Alzheimer's disease: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 17(2), 133–146. doi:10.1080/13607863.2012.742488

Pitkala, K. H., Routasalo, P., Kautai, H., Sintonen, H., & Tilvis, R. S. (2011). Effects of socially stimulating group intervention on lonely, older people's cognition: a randomized, controlled trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(7), 654–663. doi:10.1097/JGP.0b013e3181f7d8b0

Prince, M., Albanese, E., Guerchet, M., & Prina, M. (2014). *World Alzheimer Report 2014. Dementia and risk reduction: an analysis of protective and modifiable risk factors*. Retrieved from Londres:

- Profenno, L., Porsteinsson, A., & Faraone, S. (2010). Metaanalysis of Alzheimer's disease risk with obesity, diabetes, and related disorders. *Biological Psychiatry*, 67(6), 505–512. doi:10.1016/j.biopsych.2009.02.013
- Radd-Vagenas, S., Duffy, S. L., Naismith, S. L., Brew, B., Flood, V. M., & Fiatarone-Singh, M. (2018). Effect of the Mediterranean diet on cognition and brain morphology and function: a systematic review of randomized controlled trials. *American Journal of Clinical Nutrition*, 107(3), 389–404. doi:10.1093/ajcn/nqx070
- Rahja, M., Laver, K., Comans, T., & Crotty, M. (2018). What Does the Australian General Public Know About Treatments for Dementia? A Population Survey. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 4, 1-8. doi:10.1177/2333721418793442
- Rees, K., Hartley, L., Flowers, N., Clarke, A., Hooper, L., & Thorogood, M. (2013). 'Mediterranean' dietary pattern for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.(8), CD009825. doi:10.1002/14651858
- Riutort, M. (2017). El consumo de alcohol y el riesgo de demencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(2).
- Roberts, J., McLaughlinb, S., & Connella, C. (2014). Public beliefs and knowledge about risk and protective factors for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 10, S381–S389. doi:10.1016/j.jalz.2013.07.001
- Robinson, A., Eccleston, C., Annear, M., Elliot, K. E., Andrews, S., Stirling, C., . . . McInerney, F. (2014). Who knows, who cares: Nurses, care workers and family members' knowledge of dementia. *Journal of Palliative Care*, 30(3), 158–165.

- Rodríguez- Martínez, Y., & Molerio, O. (2009). *Propuesta del diseño de una multimedia para la prevención del consumo de alcohol en el contexto universitarios*. (Tesis de Maestría). Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas,
- Rovio, S., Spulber, G., Nieminen, L., Niskanen, E., Winblad, B., & Tuomilehto, J. (2010). The effect of midlife physical activity on structural brain changes in the elderly. *Neurobiology of Aging*, 31(11), 927–1936. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2008.10.007
- Russo, M., Bartolini, L., Iturry, M., Serrano, C., Bagnati, P., & Allefri, R. F. (2012). Encuesta sobre la enfermedad de Alzheimer en el contexto de los nuevos paradigmas diagnósticos. *Neurología Argentina*, 4(3), 118-125. doi:10.1016/j.neuarg.2012.03.005
- Sachdeva, A., Chandra, M., Choudhary, M., Dayal, P., & Anand, K. (2016). Alcohol-related dementia and neurocognitive impairment: a review study. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 5(3), e27976. doi:10.5812/ijhrba.27976
- Sánchez, C., Sanabria, M., Sánchez, M., López, P., Sanabria, M., Hernández, A., & Valera, A. (2019). Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(6), 346-355. doi:10.1016/j.regg.2018.12.007
- Santos, P., Constanca, P., & Silva, C. (2020). Evolution of Public Knowledge About Dementia Causes and Symptoms: A Gender Perspective. *Innov Aging*, 4(1), 56-57. doi:10.1093/geroni/igaa057.184
- Satizabal, C., Beiser, A., Chouraki, V., Chene, G., Dufouil, C., & Seshadri, S. (2016). Incidence of dementia over three decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med*, 374(6), 523–532. doi:10.1056/NEJMoa1504327

- Sattler, C., Toro, P., Schönknecht, P., & Schröder, J. (2012). Cognitive activity, education and socioeconomic status as preventive factors for mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Psychiatry Research*, 196(1), 90-95.
doi:10.1016/j.psychres.2011.11.012.
- Schrijvers, E., Verhaaren, B., Koudstaal, P., Hofman, A., Ikram, M. A., & Breteler, M. (2012). Is dementia incidence declining? Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study. *Neurology*, 78(19), 1456–1463. doi:10.1212/WNL.0b013e3182553be6
- Schweitzer, I., Tuckwell, V., O'Brien, J., & Ames, D. (2002). Is late onset depression a prodrome to dementia? . *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(11), 997–1005.
doi:10.1002/gps.525
- Singh, B., Parsaik, A., Mielke, M., Erwin, P., Knopman, D., & Petersen, R. (2014). Association of Mediterranean diet with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 39(2), 271-282.
doi:10.3233/jad-130830
- Smith, A., & Yaffe, K. (2014). Dementia (Including Alzheimer's Disease) can be Prevented: Statement Supported by International Experts. *Journal of Alzheimer's Disease*, 38, 699-703. doi:10.3233/JAD-132372
- Smith, B., Ali, S., & Quach, H. (2014). Public knowledge and beliefs about dementia risk reduction: A national survey of Australians. *BMCPublic Health*, 14, 1-10.
doi:10.1186/1471-2458-14-661
- Smyth, W., Fielding, E., Beattie, E., Gardner, A., Moyle, W., Franklin, S., . . . MacAndrew, M. (2013). A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care

staff. *BMC Geriatrics*, 13(2). Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/2>

Sofi, F., Valecchi, D., Bacci, D., Abbate, R., Gensini, G., & Casini, A. (2011). Physical activity and risk of cognitive decline: a metaanalysis of prospective studies. *Journal Internal Medicine*, 269(1), 107-117. doi:10.1111/j.1365-2796.2010.02281.x.

Sousa, R., Ferri, C., Acosta, D., Albanese, E., Guerra, M., & Llibre, J. (2009). Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes. *Lancet*, 374(9704), 1821-1830. doi:10.1016/S0140-6736(09)61829-8.

Spector, A., Orrell, M., Schepers, A., & Shanahan, N. (2012). A systematic review of knowledge of dementia outcome measures. *Ageing Res Rev*, 11(1), 67-77.
doi:10.1016/j.arr.2011.09.002

SPRINT MIND, I. f. t. S. R. G. (2019). Effect of intensive vs standard blood pressure control on probable dementia: a randomized clinical trial. *JAMA*, 321(6), 553–561.
doi:10.1001/jama.2018.21442

Stephen, R., Hongisto, K., Solomon, A., & Lönnroos, E. (2017). Physical activity and Alzheimer's disease: a systematic review. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences.*, 72(6), 733–739. doi:10.1093/glw251.

Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurology*, 11(11), 1006-1012. doi:10.1016/S1474-4422(12)70191-6.

Stern, Y., & Munn, Z. (2010). Cognitive leisure activities and their role in preventing dementia: a systematic review. *International Journal of Evidence-based Healthcare.*, 8(1), 2-17.
doi:10.1111/j.1744-1609.2010.00150.x.

- Stewart, R., Xue, Q., Masaki, K., Petrovitch, H., Ross, G., & White, L. (2009). Change in blood pressure and incident dementia: a 32-year prospective study. *Hypertension*, 54(2), 233–240. doi:10.1161/hypertensionaha.109.128744
- Strout, K. A., David, D. J., Dyer, E., Gray, R., Robnett, R., & Howard, E. (2016). Behavioral interventions in six dimensions of wellness that protect the cognitive health of community-dwelling older adults: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(5), 944–958. doi:10.1111/jgs.14129.
- Sullivan, K., & O'Connor, F. (2001). Providing education about Alzheimer's disease. 5(1), 5-13. doi:10.1080/13607860020020582.
- Sun, F., Gao, X., & Coon, D. (2015). Perceived threat of Alzheimer's disease among Chinese American older adults: the role of Alzheimer's disease literacy. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, 70(2), 245–255. doi:10.1093/geronb/gbt095
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., & Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 348, g1151. doi:10.1136/bmj.g1151
- Treto, A. M. (2009). *Validación de una Guía Psicoeducativa para el cuidador principal del paciente con enfermedad oncológica en estadio III y IV con tratamiento quimioterapéutico* (Tesis). Universidad Médica Villa Clara "Dr Serafín Ruíz de Zárate Ruíz", Santa Clara.
- Tuomilehto, J., Lindstrom, J., Eriksson, J., T., V., Hamalainen, H., & Ilanne-Parikka, P. (2001). Prevention of Type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344(18), 1343-1350. doi:10.1056/nejm200105033441801

UNFPA. (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: Una celebración y un desafío. Resumen ejecutivo 2012*. Retrieved from <http://www.helpagela.org>

Veronese, N., Facchini, S., Stubbs, B., Luchini, C., Solmi, M., & Manzato, E. (2017). Weight loss is associated with improvements in cognitive function among overweight and obese people: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 72, 87–94. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.11.017.

Vila, O., Valdés, L., & Cabrera, J. (2018). El envejecimiento poblacional en el contexto socioeconómico de Cienfuegos: una propuesta necesaria. *Universidad y Sociedad*, 10(5), 161-168. Retrieved from <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>

Winblad, B., Amouyel, P., Andrieu, S., Ballard, C., Brayne C., & Brodaty, H. (2016). Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurol*, 15(5), 455–532. doi:10.1016/s1474-4422(16)00062-4

Wu, L., & Sun, D. (2017). Adherence to Mediterranean diet and risk of developing cognitive disorders: an updated systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies *Scientific Reports*, 7. doi:10.1038/srep41317

Xu, W., Atti, A., Gatz, M., Pedersen, N., Johansson, B., & Fratiglioni, L. (2011). Midlife overweight and obesity increase late-life dementia risk: a population-based twin study. *Neurology*, 76(18), 1568–1574. doi:10.1212/WNL.0b013e3182190d09

Xu, W., Tan, L., Wang, H., Jiang, T., Tan, M., & Tan, L. (2015). Metaanalysis of modifiable risk factors for Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 86(12), 1299-1306. doi:10.1136/jnnp-2015-310548

- Xu, W., Wang, H., Wan, Y., Tan, C., Li, J., Tan, L., & Yu, J. T. (2017). Alcohol consumption and dementia risk: a dose-response metaanalysis of prospective studies. *European Journal of Epidemiology*, 32(1), 31-42. doi:10.1007/s10654-017-0225-3
- Xue, M., Xu, W., Ou, Y., Cao, X., Tan, M., Tan, L., & Yu, J. (2019). Diabetes mellitus and risks of cognitive impairment and dementia: A systematic review and meta-analysis of 144 prospective studies. *Aging Research Reviews*, 55, 100944. doi:10.1016/j.arr.2019.100944
- Yaffe, K., Falvey, C., Hamilton, N., Schwartz, A., Simonsick, E., & Satterfield, S. (2012). Diabetes, glucose control, and 9-year cognitive decline among older adults without dementia. *Archives of Neurology*, 69(9), 1170–1175. doi:10.1001/archneurol.2012.1117.
- Zhong, G., Wang, Y., Zhang, Y., Guo, J. J., & Zhao, Y. (2015). Smoking is associated with an increased risk of dementia: a meta-analysis of prospective cohort studies with investigation of potential effect modifiers. *PLoS One*, 10(3), e0118333. doi:10.1371/journal.pone.0118333.
- Zhou, S., Zhou, R., Zhong, T., Li, R., Tan, J., & Zhou, H. (2014). Association of smoking and alcohol drinking with dementia risk among elderly men in China. *Current Alzheimer Research*, 11(9), 899-907. doi:10.2174/1567205011666141001123356.

Apéndices

Apéndice A

Escala de Evaluación del Conocimiento sobre la Demencia (DKAS-Sp)

A continuación, se muestran algunos enunciados sobre la demencia. Los enunciados hacen referencia a las formas más comunes de demencia (las más frecuentes). Por favor, lea cuidadosamente cada uno de los enunciados y marque (✓) la casilla apropiada que indique cuán verdadero o falso considera que es el enunciado. Por favor, conteste cada pregunta de acuerdo a su conocimiento.

Si no sabe cómo responder al enunciado, por favor seleccione la opción al final de la hoja (derecha).

Por favor, no emplee ni haga referencia a cualquier otro material impreso o digital acerca de la demencia.

P#	Enunciados acerca de la Demencia	Escala de respuesta (Por favor, seleccione una opción ☐)				No sé
		Falso	Probablemente Falso	Probablemente Verdadero	Verdadero	
1.	La demencia es una parte normal del proceso de envejecimiento.					
2.	La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia.					
3.	Las personas pueden recuperarse de las formas más comunes de demencia.					
4.	La demencia no es el resultado de cambios físicos en el cerebro.					
5.	La planificación de los cuidados al final de la vida no es necesaria tras un diagnóstico de demencia.					
6.	La demencia vascular es la forma más frecuente de demencia.					
7.	La mayoría de las demencias generalmente no reducen la vida de las					

P#	Enunciados acerca de la Demencia	Escala de respuesta (Por favor, selecciones una opción ☐)				No sé
		Falso	Probablemente Falso	Probablemente Verdadero	Verdadero	
	personas.					
8.	La presión arterial alta aumenta el riesgo de desarrollar demencia.					
9.	Mantener un estilo de vida saludable no reduce el riesgo de desarrollar las formas más frecuentes de demencia.					
10.	Los síntomas de la depresión pueden confundirse con los síntomas de la demencia.					
11.	Por lo general el ejercicio es beneficioso para las personas que presentan demencia.					
12.	El diagnóstico precoz de demencia por lo general no mejora la calidad de vida de las personas que sufren esta enfermedad					
13.	La aparición repentina de problemas cognitivos es característico de las formas más comunes de demencia.					
14.	Es imposible comunicarse con una persona que tiene demencia avanzada.					
15.	Por lo general, una persona que experimenta demencia avanzada no responde a los cambios en su ambiente físico.					
16.	Cuando una persona con demencia se muestra confundida, es importante corregirla.					
17.	Generalmente, las personas con demencia avanzada se comunican a					

P#	Enunciados acerca de la Demencia	Escala de respuesta (Por favor, selecciones una opción ☐)				No sé
		Falso	Probablemente Falso	Probablemente Verdadero	Verdadero	
	través del lenguaje corporal					
18.	Por lo general, los comportamientos inusuales en una persona que presenta demencia son una respuesta a las necesidades no satisfechas.					
19.	Los medicamentos son el modo más efectivo de tratar los síntomas comportamentales de la demencia.					
20.	Por lo general, las personas que experimentan demencia no tienen problemas para tomar decisiones.					
21.	Por lo general, el movimiento se ve afectado en las últimas etapas de la demencia.					
22.	Las personas con demencia avanzada pueden tener dificultades para hablar.					
23.	Con frecuencia, las personas con demencia tienen dificultades para aprender nuevas habilidades.					
24.	Generalmente, las dificultades para comer y beber se presentan en las últimas etapas de la demencia.					
25.	Los cuidados cotidianos para las personas con demencia avanzada son efectivos cuando se enfocan en ofrecer comodidad al paciente.					

Calificación	
2 puntos	Por responder “Verdadero” en un enunciado verdadero Por responder “Falso” en un enunciado falso
1 punto	Por responder “Probablemente verdadero” en un enunciado verdadero Por responder “Probablemente falso” en un enunciado falso
0 punto	Por responder “Verdadero” o “Probablemente verdadero” en un enunciado falso Por responder “Falso” o “Probablemente falso” en un enunciado verdadero Por responder “No sé”

Interpretación		
Bajo	Medio	Alto
≤ 20	21-26	≥ 27

Apéndice B

Encuesta sobre necesidades psicoeducativas para la prevención de las demencias

1. ¿En qué medida considera estar informado sobre la demencia y su prevención?

Suficientemente informado__ Medianamente informado__ Poco Informado__ No informado__

2. ¿Por qué vía adquirió ese conocimiento?:

3. Considera que la divulgación en su lugar de residencia sobre la prevención de la demencia resulta:

Suficiente__ Insuficiente__ Buena__ Regular__ Mala__

4. ¿Le gustaría estar mejor informado sobre el tema?

Si__ No__ Me resulta indiferente__

5. ¿Qué tipo de información le gustaría obtener?

6. Mediante qué vía le gustaría obtenerla:

Charlas __ Trabajo en grupo __ Programa televisivo __ Información
digitalizada __ Conversaciones informales__ Plegables __ Libros de
autoayuda __ Radio __ Sitio Web __ Bibliografía especializada __
Posgrados (diplomados, maestría, entrenamientos, cursos) __

7. ¿Qué persona preferiría que le ofreciera la información respecto a la prevención de la demencia?

Promotores de salud__ Médico de familia__ Personal del área de
Salud__ Psicólogo__ Presentadores de radio o TV__ Familiares__
Amigos__ APK para celulares__ Redes sociales__ Otros_____

Apéndice C

Consentimiento Informado

Querido participante,

Somos un equipo de investigadores cubanos, interesados en el estudio del conocimiento y creencias acerca de las demencias. Con este fin, estamos aplicando estos cuestionarios anónimos y esperamos que usted pueda ayudarnos respondiéndolos.

Al participar en este estudio usted ayudará a ganar nuevo conocimiento para la prevención de la demencia y facilitará el desarrollo de nuevas intervenciones orientadas a potenciar el bienestar psicológico. Es importante que conozca que los resultados que alcancemos serán publicados en reportes, artículos y libros.

Queremos asegurarle que sus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales, así mismo, usted no está en la obligación de participar y puede retractarse en cualquier momento. La encuesta toma 20 minutos para ser completada.

En este cuestionario, no hay respuestas correctas o incorrectas, solo requerimos respuestas honestas que representen sus percepciones y experiencias reales. Por favor, responda todas las preguntas y muchas gracias por su tiempo.