**I TALLER INTERNACIONAL PSICOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO**

**Título**

**Caracterización psicométrica de la *Escala de conocimiento  
sobre Demencia* DKAS-Sp**

***Title***

***Psychometric properties of Escala de conocimiento sobre  
Demecia DKAS-Sp***

**Meilin Fabregat Alonso1, Zoylen Fernández Fleites2, Elizabeth Jiménez Puig3, Yunier Broche Pérez4**, **Lidmary Estabilez Quesada5, Leidy Marian Arteaga Medina6, Dalía Rodríguez Cairo7**

1-Lic. Meilin Fabregat Alonso. Universidad Central Marta Abreu de las Villas, Cuba. [meilin.fabregat@nauta.cu](mailto:meilin.fabregat@nauta.cu)

2- MSc. Zoylen Fernández-Fleites. Universidad Central Marta Abreu de las Villas, Cuba. [zfernandez@uclv.cu](mailto:zfernandez@uclv.cu)

3- MSc. Elizabeth Jiménez Puig. Universidad Central Marta Abreu de las Villas, Cuba. [ejimenez@uclv.cu](mailto:ejimenez@uclv.cu)

4 –Dr. Yunier Broche Pérez. Universidad Central Marta Abreu de las Villas, Cuba. [yunierbp@uclv.edu.cu](mailto:yunierbp@uclv.edu.cu):

5-Lidmary Estabilez Quesada. Universidad Central Marta Abreu de las Villas, Cuba. [lquesada@uclv.cu](mailto:lquesada@uclv.cu)

6-Leidy Marian Arteaga Medina. Universidad Central Marta Abreu de las Villas, Cuba. [lamedina@uclv.cu](mailto:lamedina@uclv.cu)

7-Dalía Rodríguez Cairo. Universidad Central Marta Abreu de las Villas, Cuba. [darcairo@uclv.cu](mailto:darcairo@uclv.cu)

**Resumen:**

* **Problemática:** El conocimiento adecuado sobre la demencia constituye el primer paso para que el personal de salud garantice la atención y prevención en dicho contexto. No obstante, en nuestro país no se registra la existencia de un instrumento válido y confiable que permita la descripción del conocimiento que posee el personal de salud en materia de demencia.
* **Objetivo:** Caracterizar psicométricamente la Escala de conocimiento sobre demencia-Sp (DKAS-Sp) en los médicos de familia de Santa Clara.
* **Metodología:** Se diseñó un estudio instrumental desde un paradigma cuantitativo. La muestra, aleatoria y probabilística, estuvo conformada por 358 médicos de atención primaria de salud. Se exploró la estructura factorial del DKAS- Sp mediante un Análisis de Componentes principales Categórico, se determinaron los niveles de confiabilidadmediante el alfa de Cronbach. Se describió el conocimiento sobre la demencia en los profesionales de la salud.
* **Resultados y discusión:** Se obtuvo un modelo de escala unidimensional, eliminándose5 ítems. La dimensión explica una cifra significativa de la varianza explicada (6.60) con un alfa de Cronbach de .89. El 45.5% del total de la muestra de médicos poseen un nivel medio de conocimiento, 22.6% un conocimiento alto sobre esta patología y el 31.6% restante, presentan un nivel bajo de conocimiento.
* **Conclusiones:** La solución de una dimensión para el DKAS-Sp se presenta como óptima. El instrumento, con un total de 20 ítems, muestra valores adecuados de confiabilidad. En los profesionales de la salud predomina un nivel medio de conocimientos sobre la demencia.

***Abstract:***

* ***Problematic:*** *Dementia knowledge constitutes the first step in order that health professionals guarantee the attention and disease prevention. Reliable instruments prove to be indispensable to evaluate the knowledge on dementia in the health professionals. Nevertheless, the existence of an instrument for this purpose does not get registered in our country.*
* *Objective: To characterize the psychometric properties of Escala de conocimiento sobre demencia-Sp (DKAS-Sp).*
* *Methods: An empirical quantitative study was conducted, specifically an instrumental study. Sample was aleatory and probabilistic, it comprised 358 health professionals of primary care. Categorical Principal Component Analysis (CATPCA) was employed to establish the factorial structure of DKAS-Sp. Reliability was determined by Cronbach´s Alpha. Dementia knowledge on health professionals was also described.*
* ***Results:*** *A total of 5 items were removed during the CATPCA. The scale fitted in a one-dimension scale model. The only dimension explains a significant number of the explained variance (6.60) and the Cronbach’s coefficient alpha was .89. In sample, 45.5% of professional have a middle level of dementia knowledge, while only the 22.6 % has high level. It is an alarming fact the 31.6%showed low level of dementia knowledge.*
* ***Conclusions****: The one-dimension model was the optimal solution for the scale. The 20 items scale show adequate reliability values. A middle level of dementia knowledge prevails over the health professionals.*

**Palabras Clave:** Conocimiento sobre Demencia; Personal de Salud; DKAS; Propiedades Psicométricas.

***Keywords:*** *Dementia Kknowledge; Health Professionals; DKAS-Sp; Psychometric Properties.*

1. **Introducción**

El envejecimiento poblacional es una característica sociodemográfica de la sociedad actual; siendo resultado de la disminución de los nacimientos y el aumento de la esperanza de vida, variables que repercuten directamente en dicho fenómeno

Específicamente, en el continente americano, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la esperanza de vida en el último medio siglo, se ha incrementado en más de 20 años. La Asociación Internacional para la Enfermedad de  
Alzheimer (ADI, por sus siglas en inglés) pronosticó en su reporte anual que, en el 2020 en América habrá más de 200 millones de adultos mayores y de ellos la mitad viven en Latinoamérica y el Caribe ([Informe ADI/Bupa, 2013](#_ENREF_40)).

En el caso de Cuba la esperanza de vida al nacer supera actualmente los 77 años, por lo que las estimaciones para el 2025, plantearon que el 25% de la población general tendrá 60 años o más. Las razones anteriores permiten considerar a Cuba como el país con mayor proporción de adultos mayores en Latinoamérica ([Bayard et al., 2019](#_ENREF_11)). La Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) ubica a la provincia de Villa Clara como una de las más envejecidas de país, representando un grado de envejecimiento de 22.8% ([ONEI, 2016a](#_ENREF_57)). En el Anuario Estadístico de esta provincia se plantea además que de 791300 habitantes, 179847 tiene 60 años o más, representando el 22.7% respecto a la población total ([ONEI, 2016b](#_ENREF_58)), resultando cifras significativas.

El envejecimiento por sí mismo no constituye un problema de salud, aunque si puede coexistir con un grupo de enfermedades crónicas y degenerativas, así como una serie de limitaciones funcionales. Dentro de las primeras se destaca, por su incidencia y repercusión, la demencia ([Velásquez-Rodríguez, 2011](#_ENREF_74)).

En la provincia de Villa Clara también se reconoce la incidencia de la demencia, específicamente de la enfermedad de Alzheimer. En uno de sus municipios Santa Clara, en un estudio del síndrome demencial realizado en el 2010, se confirmó la prevalencia de la demencia (7.1 %) y se encontró, como causa principal, la enfermedad de Alzheimer (56.7 %), seguida de las demencias vasculares. También se identificó un grupo importante de pacientes con trastornos cognitivos (5.4 %), en riesgo de desarrollar una demencia ([Benítez & Guevara de León, 2015](#_ENREF_14)).

A partir de estos datos la preocupación de la comunidad científica ha ido en aumento. En este sentido se ha evidenciado por parte de organizaciones internacionales, la necesidad de desarrollar estrategias globales para un mejor diagnóstico, compensación, tratamientos, intervenciones neurocognitivas y prevención de esta enfermedad.

Como parte de la respuesta que ha dado Cuba a este llamado internacional, se ha desarrollado la Estrategia Nacional de Demencia, una de sus líneas fundamentales se orienta hacia la necesidad de lograr la detección temprana y el tratamiento interdisciplinario de la demencia a través de periódicos chequeos a los adultos mayores, el control de enfermedades crónicas no transmisibles y la rehabilitación integral y mental, mediante actividades sociales y estimulación cognitiva, todo ello como parte de los objetivos del personal de salud desde la atención primaria ([Bayard et al., 2016](#_ENREF_12)).

El cumplimiento efectivo de estos objetivos demanda un nivel adecuado de competencias del personal médico en materia de demencia ([Miller, 2017](#_ENREF_49)). Ello constituye garantía de una eficiente atención a los pacientes y el apoyo para lograr una mejor calidad de vida ([Bayard et al., 2019](#_ENREF_11)). El primer paso para garantizar el nivel adecuado de competencias es un nivel adecuado de conocimientos, por lo que se impone su exploración en el personal de salud ([Matsuda, Hashimoto, Takemoto, & Yoshioka, 2018](#_ENREF_47)).

Por ejemplo, en países como Australia y Japón el conocimiento sobre la demencia en el personal de salud se ha evaluado usando el *Dementia Knowledge Assessment Scale* (DKAS). El DKAS es una escala actualizada que toma en cuenta y trasciende las limitaciones de otros instrumentos existentes. Es un instrumento fiable que contempla aspectos relativos al cuidado y el tratamiento de las personas portadoras de dicha patología. Este contiene información detallada a nivel de ítem, lo que permite indagar en las deficiencias que pueden existir en dicho conocimiento. Además, es la primera escala que mide el conocimiento sobre la demencia que ha sido desarrollada, usando una medida de validez factorial ([Annear, Toye, Eccleston, et al., 2015](#_ENREF_4)). El DKAS se muestra como un instrumento válido y confiable, con excelentes propiedades psicométricas y que ha permitido obtener buenos resultados en los estudios donde ha sido empleado([Annear et al., 2017](#_ENREF_5)). En nuestro país no se registra la existencia de un instrumento que permita de forma general evaluar en los médicos el conocimiento que estos poseen sobre la demencia y su prevención.

Por tales motivos, el presente estudio se orienta a partir de la pregunta de investigación:

¿Qué propiedades psicométricas posee la Escala de conocimiento sobre demencia-Sp para los médicos de familia de Santa Clara?

**Objetivo General:**

Caracterizar psicométricamente la Escala de conocimiento sobre demencia-Sp para los médicos de familia de Santa Clara

**Objetivos específicos:**

* Explorar la estructura factorial de la Escala de conocimiento sobre demencia-Sp para los médicos de familia
* Determinar los niveles de confiabilidad de la Escala de conocimiento sobre demencia-Sp para los médicos de familia
* Describir el conocimiento sobre la demencia en los médicos de familia

Explorar los conocimientos que, sobre la demencia y su prevención, poseen los médicos de la familia del municipio de Santa Clara, permite el desarrollo más eficaz de su labor preventiva en la población, contribuir a que se brinde una atención integral al paciente demenciado, y proponer en estudios futuros la implementación de estrategias de entrenamiento y capacitación.

**2. Metodología**

Para la exploración psicométrica del DKAS, se empleó un paradigma de investigación cuantitativo. La presente investigación se encamina al desarrollo de un instrumento para el contexto cubano, específicamente a su adaptación y validación; de ahí que se optase por un diseño instrumental de acuerdo con León y Montero (2002).

**Etapas de la investigación**

La investigación presentada responde a las directrices descritas por [Muñiz et al. (2013)](#_ENREF_52) para la adaptación y validación de instrumentos psicológicos.   
 **Etapa previa: Marco legal, diseño y evaluación del constructo**

Como parte del proceso de obtención de los permisos para la validación, se estableció contacto vía correo electrónico con Claire Eckleston, profesora del *Wicking Dementia Research and Education Centre*, instituto vinculado a la Universidad de Tasmania, Australia. Previa concesión del permiso para la adaptación se establecieron los marcos legales para el proceso de traducción y adaptación, estando ambas partes de acuerdo con seguir el protocolo de [Lenz et al. (2017)](#_ENREF_41)

Para el proceso de adaptación y validación del instrumento, se tomaron como referencias las prácticas profesionales asumidas desde el Departamento de Psicología de la Universidad “Marta Abreu” de Las Villas (UCLV), institución desde la que se desarrolló el diseño de investigación, así como las prácticas relativas al *Wicking Dementia Research and Education Centre.*

**Etapa de Desarrollo: Adaptación lingüística y cultural. Estudios piloto**

Durante el proceso de adaptación se contó con la colaboración de varios expertos en el idioma de referencia del instrumento (inglés) y Neuropsicología como garantía para la adaptación lingüística, psicológica y cultural. Para ello se empleó el procedimiento recomendado por [Lenz et al. (2017)](#_ENREF_41).

Inicialmente se realizó la traducción directa del DKAS por parte de dos investigadores vinculados al Departamento de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas. Esta traducción fue revisada, de modo tal que se identificaron algunos términos que, una vez realizada la traducción directa, carecían de familiaridad cultural. Esta segunda versión, con la adaptación cultural de los términos, fue sometida a una nueva revisión por dos especialistas en lengua Inglesa del Centro de Idioma de la UCLV. Ambas versiones, la traducción con adaptación cultural y la retrotraducción realizadas en dicha institución fueron valoradas por expertos del *Wicking Dementia Research and Education Centre.*

A continuación se realizó la revisión de la traducción y posterior a esto se realizó la traducción inversa que implica la conversión de la traducción del idioma de destino al idioma de origen. Luego se llevó a cabo la revisión y posterior adaptación cultural donde el equipo de trabajo revisó la versión traducida en reversa en referencia al documento original y reenvió la traducción para hacer más adaptaciones culturales al documento original, hasta que entre los expertos se alcanzó un consenso general sobre la representatividad de las instrucciones, artículos y respuestas. Finalmente, teniendo en cuenta los elementos anteriores, se contó con la aprobación para la implementación por parte de los autores del instrumento.

Durante esta etapa se realizó el pilotaje del DKA, a partir de las recomendaciones de [Martinez (2005)](#_ENREF_45). La muestra estuvo conformada por médicos, enfermeros, profesores y estudiantes de medicina y enfermería para un total de 75 personas. El nivel de conocimiento sobre las causas de la demencia, así como de la comunicación y el comportamiento de personas con demencia se evaluaron de insuficiente. En cuanto al conocimiento sobre el cuidado de pacientes con demencia, este indicador mostró los más altos índices de conocimiento. El conocimiento identificado sobre los factores de riesgo, la prevención y promoción de salud es calificado de muy pobre siendo este el tema de peor preparación en estas personas. De manera general se caracterizó el conocimiento sobre la demencia en el personal de salud en Santa Clara como deficiente. Adicionalmente las valoraciones acerca de la calidad del instrumento fueron en su mayoría favorables.

**Etapa de Confirmación. Recogida de datos. Equivalencia, fiabilidad y validación**

Para la etapa de confirmación se trabajó con médicos de familia vinculados a la atención primaria de salud de los seis policlínicos del municipio de Santa Clara. La aplicación se efectuó desde el mes de diciembre del 2019 hasta marzo del 2020. La muestra fue probabilística y el muestreo empleado fue de tipo aleatorio simple ([Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014](#_ENREF_37); [Morales-Vallejo, 2011](#_ENREF_51)).

Se obtuvo una población real de 576 médicos de familia. La muestra final estuvo compuesta por 358 casos. La misma garantiza una potencia estadística superior al 99%.

Para la exploración de la estructura factorial de la escala se empleó el Análisis Factorial CATPCA (*Categorical Principal Component Analysis*). Se realizaron además análisis descriptivos de frecuencias. El procesamiento se llevó a cabo en el SPSS/Windows, versión 21.

**Etapa de aplicación. Administración**

La aplicación del instrumento se realizó en la ciudad de Santa Clara en los seis policlínicos correspondientes. El instrumento fue aplicado en el horario de la tarde, en el espacio de las reuniones mensuales de los Grupos Básico de Trabajo y de los puestos de mando. La aplicación del instrumento se realizó de forma individual en aulas preparadas para este fin.

La etapa de aplicación e implementación es seguida por las etapas de *interpretación de las puntuaciones y comparabilidad* y de *documentación*. Por las características de las mismas, son expuestas como parte del capítulo tercero del presente informe. En cuanto a la comparabilidad, este apartado se exime del presente informe ya que la presente validación se realiza para una única población.

**2.3 Descripción del instrumento**

La versión adaptada al español del DKAS, la Escala de conocimientos sobre demencia, cuenta con tres partes: primeramente, contiene las instrucciones para completar el instrumento. Luego en la parte izquierda de la hoja presenta los enunciados que hacen referencia a las formas más comunes de demencia, con un total de 25 ítems. A continuación, son presentadas las opciones de respuesta: falsa, probablemente falsa, probablemente verdadera, verdadera y no sé, en ese orden, las cuales deben marcarse para cada ítem en específico**.** Cada enunciado debe ser contestado seleccionando una única opción.

En cuanto a la calificación, la encuesta presenta 11 enunciados verdaderos (ítem: 2, 8, 10, 11, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25) y 14 enunciados falsos (ítem: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20)([Annear et al., 2017](#_ENREF_5)).

Para la codificación del DKAS se tiene en cuenta la siguiente puntuación, facilitada por los autores del instrumento ([Annear et al., 2017](#_ENREF_5)):

* 2 puntos por responder *verdadero* a un enunciado *verdadero*
* 2 puntos por responder *falso* a un enunciado *falso*
* 1 punto por responder *probablemente verdadero* a un enunciado *verdadero*
* 1 punto por responder *probablemente falso* a un enunciado *falso*
* 0 puntos por responder *verdadero* o *probablemente verdadero* a un enunciado *falso*
* 0 puntos por responder *falso* o *probablemente falso* a un enunciado *verdadero*
* 0 puntos por responder *no sé*.

**3. Resultados y discusión**

**Etapa de Confirmación. Recogida de datos. Equivalencia, fiabilidad y validación**

La información referida a la recogida de datos fue expuesta en el epígrafe anterior (Marco Metodológico). En el presente acápite se presentan los datos referentes a la fiabilidad del test a través del análisis de sus propiedades psicométricas.

Valoración de las propiedades psicométricas de la Escala de conocimiento sobre demencia (DKAS-Sp) (dimensiones y confiabilidad).

Se aplicó un Análisis Factorial de Componentes Principales de variables categóricas (CATPCA, por sus siglas en inglés) a los resultados de la Escala de conocimiento sobre demencia (DKAS-Sp). Intervinieron 358 casos, el 100 por ciento de la muestra. Teniendo en cuenta los resultados reportados con anterioridad ([Annear, Otani, et al., 2016](#_ENREF_3); [Annear, Toye, Eccleston, et al., 2015](#_ENREF_4); [Annear et al., 2017](#_ENREF_5)), el procesamiento fue ensayado con cuatro, dos y una dimensiones y los mejores resultados se obtuvieron con una dimensión, lo que corresponde con los resultados reportados por [Annear, Otani, et al. (2016)](#_ENREF_3).

Se eliminaron los ítems 1, 5, 6, 7, y 8 por poseer valores de saturación inferiores al mínimo establecido (.279, -.035, .289, -.030, .299). La dimensión explica una cifra significativa de la varianza explicada 6.604 con un alfa de Cronbach de .893.

A partir de las saturaciones de las cargas, la dimensión está especialmente correlacionada positivamente con todos los ítems, mostrando saturaciones por encima de .5 para los ítems 2, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. Para el resto mostró correlaciones igualmente positivas, con valores superiores a .3.

Descripción del conocimiento sobre la demencia en los médicos de familia.

En sentido general, los ítems fueron valorados como *verdadero* o *falso* con mucha más frecuencia que para el resto de las opciones de respuesta. Por ejemplo, en el caso de los ítems 9 (es imposible comunicarse con una persona que tiene demencia avanzada); 10 (por lo general, una persona que experimenta demencia avanzada no responde a los cambios en su ambiente físico); 11 (cuando una persona con demencia se muestra confundida, es importante corregirla); 12 (generalmente, las personas con demencia avanzada se comunican a través del lenguaje corporal); 13 (por lo general, los comportamientos inusuales en una persona que presenta demencia son una respuesta a las necesidades no satisfechas) se observa la selección con mayor frecuencia tanto de respuestas falsas como verdaderas.

Adicionalmente, existe un grupo de ítems donde las respuestas se polarizan para solo una de estas opciones. Por ejemplo, en los ítems 2 (las personas pueden recuperarse de las formas más comunes de demencia); 3 (la demencia no es el resultado de cambios físicos en el cerebro) y 4 (mantener un estilo de vida saludable no reduce el riesgo de desarrollar las formas más frecuentes de demencia); 7 (el diagnóstico precoz de demencia por lo general no mejora la calidad de vida de las personas que sufren esta enfermedad); 14 (los medicamentos son el modo más efectivo de tratar los síntomas comportamentales de la demencia) y 15 (por lo general, las personas que experimentan demencia no tienen problemas para tomar decisiones) predominan las respuestas falsas.

Por otra parte, los ítems 1 (la enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia); 5 (los síntomas de la depresión pueden confundirse con los síntomas de la demencia); 6 (por lo general el ejercicio es beneficioso para las personas que presentan demencia); 8 (la aparición repentina de problemas cognitivos es característico de las formas más comunes de demencia); 16-20 (abarcan consideraciones para el cuidado de personas con demencia) predominan las respuestas verdaderas. Así mismo, la opción *no sé* apenas fue empleada como respuesta, pues muestra los valores más bajos de frecuencia para todos los ítems.

Del total de ítems, 11 de ellos (2-4, 6, 7, 15-20) poseen frecuencias de selección de la respuesta correcta superiores al 50%. Lo cual significa que en aspectos como la afectación en actividades básicas e instrumentales (implicando el movimiento, el habla, el aprendizaje, comer y beber), y la efectividad de los cuidados para el manejo de la persona con demencia, más de la mitad de la muestra logra responder correctamente, mostrando un conocimiento adecuado en dichas temáticas (ítems 4, 6 y 16-20).

En el caso de los ítems 8, 10-13 muestran las frecuencias más bajas de respuestas correctas. Este resultado resulta aún más llamativo a la luz de la muestra con la que se trabajó pues indican que, en los aspectos relativos a la aparición de los síntomas de la enfermedad, los riesgos y promoción de salud, así como a los comportamientos y la comunicación de la persona con demencia, se muestran las principales deficiencias en el conocimiento y por ende las principales dificultades. Las bajas frecuencias de respuesta correctas para estos ítems, inferior a al 35 por ciento para todos los casos, indica que más de la mitad de la muestra posee conocimientos incorrectos sobre estas temáticas.

**Etapa de puntuación e interpretación. Interpretación de las puntuaciones**

La puntuación de las respuestas se realizó de acuerdo a las orientaciones de los autores del instrumento ([Annear et al., 2017](#_ENREF_5)). La puntuación global del instrumento es de 40 puntos y se obtuvo de la sumatoria de las respuestas por ítem. También se establecieron, a partir de los percentiles de la muestra, los valores para resultados bajos, medio y altos de la población (tabla 1)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
|  | | | |  | **Nivelesfr(%)** | | |
| **Media** | **Mediana** | **DE** | **Mín.** | **Máx.** | **Bajo** | **Medio** | **Alto** |
| 22.7 | 23.0 | 5.1 | 2.0 | 38.0 | 113(31.6) | 163(45.5) | 81(22.6) |
| Tabla 1 Resultados de la Escala de conocimiento sobre demencia (DKAS- Sp-20*)*  Nota. DE(desviación estándar), Mín.(mínimo), Máx.(máximo), \*(una persona no respondió)fr(Frecuencia) | | | | | | | |

Los valores globales de la Escala de conocimiento sobre demencia (DKAS-Sp) oscilan entre un mínimo de 2 puntos y una puntuación máxima de 38. La media de la puntuación global del instrumento fue de 22.7. Con una desviación estándar de 5.1, siendo el valor de la mediana de 23.0.

En cuanto a la puntuación global del DKAS-Sp, existe una prevalencia en los médicos de la familia del nivel medio de conocimiento, representando un 45.5% del total de la muestra. Constituye un llamado de alerta la baja frecuencia de profesionales con un conocimiento alto sobre esta patología, representando un 22.6%, aproximadamente un cuarto del total de participantes. Los demás médicos, el 31.6% restante, presentan un nivel bajo de conocimiento, lo cual indica que incluso la cifra de médicos con niveles bajos de conocimiento supera a la cantidad de médicos con altos niveles de conocimiento.

Etapa de documentación. Cambios entre versiones y uso correcto

La versión final del instrumento, Escala de conocimiento sobre demencia (DKAS-Sp), con la dimensión y los ítems anteriormente descritos, que refleja los principales cambios (eliminación de 5 ítems) se muestra en el anexo 1. Constituyendo una escala de 20 ítems, su calificación va de 0 a 2, para un mínimo de 0 y un máximo de 40 puntos global. Puede ser aplicada al personal de salud que labora en las instituciones de atención sanitaria, aun cuando no se especialicen en la atención al adulto mayor o a la persona con demencia.

La estructura factorial del DKAS-Sp coincide con la presentada por [Annear, Otani, et al. (2016)](#_ENREF_3) para el contexto japonés.

El DKAS-Sp asume la escala de respuesta propuesta por los autores del instrumento original. Por ello mantiene un rango de puntuaciones de cero hasta 40 puntos, acorde a la cantidad total de ítems. La operacionalización de las respuestas a los ítems se mantiene fiel a la original (2 puntos por responder *verdadero* a un enunciado *verdadero y falso* a un enunciado *falso,* 1 punto por responder *probablemente verdadero* a un enunciado *verdadero* y *probablemente falso* a un enunciado *falso*, 0 puntos por responder *verdadero* o *probablemente verdadero* a un enunciado *falso y falso* o *probablemente falso* a un enunciado *verdadero,* 0 puntos por responder *no sé*).

Conocimiento del personal de salud sobre la demencia.

Al comparar las cifras obtenidas por los profesionales de la salud a los que ha sido aplicado el DKAS en sus diferentes variantes, en este estudio se obtienen los valores más bajos. La interpretación de estas diferencias debe contemplar el hecho de que en las investigaciones de referencia, las muestras se caracterizan por ser intencionadas. No siendo el caso de los médicos de familia evaluados en la presente investigación. De modo tal que futuras comparaciones deben realizarse con cautela, puesto que se ha demostrado la influencia del contacto previo con la demencia en el conocimiento sobre aspectos específicos de la patología ([Y. Broche-Pérez et al., 2018](#_ENREF_17); [Y. Broche-Pérez, Fernández-Fleites, González, Hernández Pérez, & Salazar-Guerra, 2020](#_ENREF_18); [Cantegreil-Kallen & Pin, 2012](#_ENREF_20)).

Resulta alarmante que el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud sobre la demencia en casi todos los estudios sea relativamente bajo ([Annear, 2018b](#_ENREF_2); [Annear, Otani, et al., 2016](#_ENREF_3)). Específicamente en la investigación, destaca el nivel medio de conocimientos, el cual representa el 45.5 %. Otro resultado que constituye un llamado de alerta es la baja frecuencia de profesionales con un conocimiento alto (22.6%). El 31.6% restante, presentan un nivel bajo de conocimiento, lo cual indica que, incluso la cifra de médicos con niveles bajos de conocimiento supera a la cantidad de médicos con niveles elevados.

Las cifras anteriores apuntan hacia las carencias existentes en cuanto a la preparación en materia de demencia de los médicos de familia que laboran directamente en la APS del municipio de Santa Clara, dígase consultorios médicos o policlínicos. Las mayores insuficiencias se concentran en lo referido a los riesgos y promoción de salud, la aparición de los síntomas de la enfermedad, así como a los comportamientos de la persona con demencia y la comunicación con esta. Siendo estos tres últimos elementos coincidentes con las deficiencias en el conocimiento sobre la enfermedad encontradas por [Annear (2018a)](#_ENREF_1), [Annear (2018b)](#_ENREF_2) y [Annear, Otani, et al. (2016)](#_ENREF_3).Estos elementos son recomendados en investigaciones recientes a la hora de abordar los síndromes demenciales. Adicionalmente se indica la importancia de que sean dominados por parte del personal de salud. No obstante, en la literatura se mencionan también otros aspectos a considerar tales como: características de la patología, tipologías, diagnóstico, atención y manejo al paciente, provisión de cuidados, así como tratamientos farmacológicos y no farmacológicos ([Annear, 2018a](#_ENREF_1), [2018b](#_ENREF_2); [Biswas et al., 2017](#_ENREF_15); [Evripidou et al., 2017](#_ENREF_27); [Evripidou et al., 2019](#_ENREF_28); [Matsuda et al., 2018](#_ENREF_47); [Poreddi et al., 2015](#_ENREF_63)).

La coincidencia de nuestros resultados con investigaciones previas en contextos como Japón ([Annear, Otani, et al., 2016](#_ENREF_3)) y Australia ([Annear, 2018b](#_ENREF_2)) plantea también la necesidad de brindar educación a los profesionales de la salud con relación a la demencia, enfocada hacia la neuroeducación o la deconstrucción de neuromitos([Randolph, 2018](#_ENREF_65)). Resulta oportuna la recomendación realizada por Evripidou, Merkouris, y Charalambous (2019), de implementar en los servicios sanitarios estrategias o programas de entrenamiento y capacitación para los profesionales de la salud, independientemente de su especialidad, apoyados en el principio de que la mejora de los conocimientos sobre la demencia en el personal sanitario, tributa a una mayor efectividad de la atención, cuidado y tratamiento al paciente ([Annear, 2018a](#_ENREF_1), [2018b](#_ENREF_2); [Annear, Otani, et al., 2016](#_ENREF_3)).

**4. Conclusiones**

* El Análisis Factorial de Componentes Principales de variables categóricas fue ensayado con cuatro, dos y una dimensiones; los mejores resultados se obtuvieron con una dimensión. Los ítems 1, 5, 6, 7, y 8 fueron eliminados por poseer valores de saturación inferiores al mínimo establecido. A partir de las saturaciones de las cargas, la dimensión está correlacionada positivamente con todos los ítems.
* La dimensión encontrada para el DKAS-Sp explica una cifra significativa de la varianza explicada 6.60. El instrumento, de un total de 20 ítems, mostró buena confiabilidad, con un alfa de Cronbach de .89.
* En los profesionales de salud investigados, se constató una media de la puntuación global de 22.7. En cuanto a la puntuación global, 45.5% del total de la muestra de médicos de familia registraron un nivel medio de conocimiento, 22.6% un conocimiento alto sobre esta patología y el 31.6% restante presentaron un nivel bajo de conocimiento. Específicamente, se evidenció un conocimiento adecuado de aspectos como la afectación en actividades básicas e instrumentales de personas con demencia y los cuidados posteriores al diagnóstico. Sin embargo, en contenidos relativos a la aparición de los síntomas de la enfermedad, los riesgos y promoción de salud, los comportamientos y la comunicación de la persona con demencia mostraron bajos niveles de conocimiento.

**5. Referencias bibliográficas**

**Referencias**

Annear, M. (2018a). Japanese health professionals’ knowledge of dementia and educational needs: A population study *Australasian Journal on Ageing, 4*(2), 1-6. doi:10.1111/ajag.12523

Annear, M. (2018b). Knowledge of Dementia Among the Australian Health Workforce: A National Online Survey. *Journal of Applied Gerontology*, 1-25. doi:10.1177/0733464817752085

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. E., 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

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*, 1329-1334. doi:10.1111/nyas.13058

Bayard, R. B., Aspiazú, M. B., Llerena, T., Ulloan, E. H., Orihuela, L. B., & Azcuy, O. H. (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. B., 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

Benítez, M. S., & Guevara de León, T. (2015). Síndrome demencial en adultos mayores. *Medicent Electrón., 19(3)*.

Biswas, A., De, S., Sarkhel, S., Majumde, U., Makhal, M., & Das, S. K. (2017). Knowledge about Dementia among Doctor and Nurses in a Medical College Hospital in India. *Journal of Alzheimer’s Parkinsonism & Dementia, 5*(2), 2-9. doi:10.1212/WNL.0000000000004373

Broche-Pérez, Y. (2018). Dimensiones para la promoción de la salud cognitiva y prevención de demencias. . *Revista Cubana de Salud Pública, 44*(1), 143-155.

Broche-Pérez, Y., Fernández-Fleites, Z., González, B., Hernández Pérez, M. A., & Salazar-Guerra, Y. I. (2020). Knowledge and beliefs about dementia among the general public: A preliminary report on the Cuban population. *Neurología*, in press. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.03.011>

Cantegreil-Kallen, I., & Pin, S. (2012). Fear of Alzheimer's disease in the French population impact of age and proximity to the disease. *Int Psychogeriatr, 24*(1), 108-116.

Evripidou, M., Charalambous, A., Middleton, N., & Papastavrou, E. (2017). Nurses’ knowledge and attitudes about dementia care: Systematic literature review. *Perspect Psychiatric, 8*, 1–13. doi:10.1111/ppc.12291 60

Evripidou, M., Merkouris, A., & Charalambous, A. (2019). Implementation of a training program to increase knowledge, improve attitudes and reduce nursing care omissions towards patients with dementia in hospital settings: a mixed-method study protocol. *BMJ Open 9*. doi:10.1136/ bmjopen-2019-030459

Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6 ed.). México: Mc Graw Hill

Informe ADI/Bupa. (2013). *La demencia en América: El coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia.*London: Alzheimer´s Disease International. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americasSPANISH.pdf> 18-12-2017

Lenz, A. S., Gómez, I., Dell'Aquilla, 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

León, O. G., & Montero, I. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 2*(3), 503-508.

Martinez, R. (2005). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid, España: Sintesis Psicológica.

Matsuda, Y., Hashimoto, R., Takemoto, S., & Yoshioka, Y. (2018). Educational benefits for nurses and nursing students of the dementia supporter training program in Japan. *PLoS ONE 13*(7), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0200586

Miller, S. E. (2017). *Linking Key Factors of Quality Dementia Care: Knowledge and Self-Efcacy.* Dominican University of California, San Rafael, California.

Morales-Vallejo, P. (2011). Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? *Estadística aplicada a las Ciencias Sociales*. <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oMuestra.pdf>

Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición *Psicotema 25*(2), 151-157 doi:10.7334/psicothema2013.24

ONEI. (2016a). *Anuario Demográfico de Cuba, 2015*. Retrieved from

ONEI. (2016b). *Anuario Estadístico de Villa Clara*. Retrieved from

Poreddi, V., Carpenter, B., Chandra, R., & BadaMath, S. (2015). Knowledge and attitudes of undergraduate nursing students toward dementia: An Indian perspective. *Invest Educ Enferm, 33*(1), 519-528. doi:10.17533/udea.iee.v33n3a16

Randolph, J. J. (2018). Positive neuropsychology: The science and practice of promoting cognitive health. *Applied Neuropsychology: Adult, 25*(4), 287-294. doi:10.1080/23279095.2018.1457465

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2014). *Metodología de la Investigación. 6ta edición*. México D.F: Mc Graw Hill Education.

Velásquez-Rodríguez, C. J. (2011). *Prevalencia de demencia y factores asocciados en adultos mayores de la ciudad de La Paz, la Paz* (Publicado), Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Honduras.

**6. Anexos**

**Escala de conocimiento sobre demencia DKAS-Sp**

| **Q** | **Statementsaboutdementia**  **Enunciado acerca de la demencia** | **Response scale** (Please tick one box ✓)  **Escala de respuesta** (Por favor, seleccione una opción ✓) | | | |  | **I don’tknow**  **No sé** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **False**  **Falso** | **Probably false**  **Probablemente falso** | **Probably true**  **Probablemente verdadero** | **True**  **Verdadero** |  |
| 1 | La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia (Verdadero) |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Las personas pueden recuperarse de las formas más comunes de demencia (Falso) |  |  |  |  |  |  |
| 3 | La demencia **no** es el resultado de cambios físicos en el cerebro (Falso) |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Mantener un estilo de vida saludable **no** reduce el riesgo de desarrollar las formas más frecuentes de demencia (Falso) |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Los síntomas de la depresión pueden confundirse con los síntomas de la demencia (Verdadero) |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Por lo general el ejercicio es beneficioso para las personas que presentan demencia (Verdadero) |  |  |  |  |  |  |
| 7 | El diagnóstico precoz de demencia por lo general **no** mejora la calidad de vida de las personas que sufren esta enfermedad (Falso) |  |  |  |  |  |  |
| 8 | La aparición repentina de problemas cognitivos es característico de las formas más comunes de demencia (Falso) |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Es **imposible** comunicarse con una persona que tiene demencia avanzada (Falso) |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Por lo general, una persona que experimenta demencia avanzada **no**responde a los cambios en su ambiente físico (Falso) |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Cuando una persona con demencia se muestra confundida, es importante corregirla (Falso) |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Generalmente, las personas con demencia avanzada se comunican a través del lenguaje corporal (Verdadero) |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Por lo general, los comportamientos inusuales en una persona que presenta demencia son una respuesta a las necesidades no satisfechas (Verdadero) |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Los medicamentos son el modo más efectivo de tratar los síntomas comportamentales de la demencia (Falso) |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Por lo general, las personas que experimentan demencia **no** tienen problemas para tomar decisiones (Falso) |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Por lo general, el movimiento se ve afectado en las últimas etapas de la demencia (Verdadero) |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Las personas con demencia avanzada pueden tener dificultades para hablar (Verdadero) |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Con frecuencia, las personas con demencia tienen dificultades para aprender nuevas habilidades (Verdadero) |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Generalmente, las dificultades para comer y beber se presentan en las últimas etapas de la demencia (Verdadero) |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Los cuidados cotidianos para las personas con demencia avanzada son efectivos cuando se enfocan en ofrecer comodidad al paciente (Verdadero) |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |