**I SIMPOSIO INTERNACIONAL DESARROLLO HUMANO, EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL**

**I TALLER INTERNACIONAL PSICOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO**

**Título**

**Conocimiento público relacionado con la reducción del riesgo de demencia**

***Title***

***Public knowledge about dementia risk reduction***

**Zoylen Fernández-Fleites, Yunier Broche-Pérez, Elizabeth Jiménez Puig, Evelin Fernández Castillo**

Zoylen Fernández-Fleites, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba, [zfernandez@uclv.cu](mailto:zfernandez@uclv.cu)

Yunier Broche-Pérez, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba, [yunierbp@uclv.edu.cu](mailto:yunierbp@uclv.edu.cu)

Elizabeth Jiménez Puig, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba [ejimenez@uclv.cu](mailto:ejimenez@uclv.cu)

Evelin Fernández Castillo, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba, [efernandez@uclv.edu.cu](mailto:efernandez@uclv.edu.cu)

**Resumen:**

* **Problemática:** El aumento de la esperanza de vida y diagnósticos de demencia exige investigaciones que exploren el conocimiento popular sobre los factores de riesgo en el padecimiento de demencia y su prevención.
* **Objetivo(s):** Describir el conocimiento existente en la población cubana sobre los factores de riesgo que pueden conducir a la demencia y las acciones que consiguen llevarse a cabo para su prevención.
* **Metodología:** Se diseñó un estudio transversal, mediante la encuesta a 1004 cubanos con edades entre 18-96 años, en instalaciones públicas. Se realizó el análisis de frecuencia a través de cálculos porcentuales, a partir a distintos estratos (sexo, edad, educación, contacto con demencia).
* **Resultados y discusión:** La demencia se ubicó como la quinta enfermedad más preocupante para los participantes. El 62% consideró que el riesgo de demencia podía ser reducido y el 50% que la edad idónea para iniciar la prevención es posterior a los 40 años. La estimulación cognitiva y la actividad física fueron señaladas con más frecuencia como actividades útiles aunque muestran baja presencia en el estilo de vida. Tener más de 48 años, contacto previo con la demencia y nivel educacional universitario aumenta la probabilidad de poner en práctica estilos de vida saludables y preventivos.
* **Conclusiones:** Aunque la demencia constituye un tema de salud importante, todavía no se tiene suficiente conocimiento sobre las acciones para reducir el riesgo de presentarla. Los resultados obtenidos constituyen un punto de partida para el diseño de políticas dirigidas a potenciar el conocimiento sobre la demencia y su prevención.

***Abstract:***

* ***Background:*** *The life expectancy increase and the increment of dementia syndrome diagnoses demand to explore the popular knowledge about the dementia risk factors, as well as the elements for their prevention.*
* ***Aim:*** *The objective of this study was to explore the knowledge among the Cuban population with regard to the risk factors that may lead to dementia and the actions that may be taken to prevent it.*
* ***Method:*** *A cross-sectional survey was undertaken of 1004 Cubans aged 18-96 years. This measured the importance placed o dementia, knowledge related to risk reduction, the perceived age-relevance of these and the stocks that accomplish to prevent it. In frequency analysis, data were stratified by sex, age, educational attainment and previous exposure to dementia.*
* ***Results:*** *Dementia was the fifth most worrying disease. A total of 62% of participants considered that the risk of dementia could be reduced, and 50% that the appropriate age to begin prevention measures is after 40 years. Cognitive stimulation and physical activity were more frequently cited as useful activities although they show low presence in lifestyles. Having more than 48 years, previous contact with dementia and university educational level increases the probability of putting into practice healthy and preventive lifestyles.*
* ***Conclusions:*** *Although dementia is an important health issue for respondents, their knowledge about disease prevention is still insufﬁcient. The results obtained constitute a starting point for the design of policies aimed at increasing knowledge about the disease and improving prevention.*

**Palabras Clave:** Demencia, Salud cognitiva; Comportamientos saludables; Promoción de salud

***Keywords:*** *Cognitive health; Dementia; Health promotion; Healthy behavior*

**1. Introducción**

El envejecimiento poblacional se presenta como una característica del siglo XXI. Si bien se conocen sus causas esenciales (aumento de la esperanza de vida y disminución de la natalidad) constituye una realidad innegable que a nivel mundial aumentan los índices de adultos mayores en comparación con el resto de los grupos de edades ([Harper, 2014](#_ENREF_16)). De ello se deriva el elevado índice de diagnósticos de síndromes demenciales y aunque se estima que un nuevo diagnóstico de demencia es dado cada tres segundos ([Patterson, 2018](#_ENREF_26)), su aumento será incluso más marcado en los países de ingresos bajos y medios (más de dos tercios de todos los casos). América Latina constituye una de las regiones que se verá más afectada pues los diagnósticos alcanzaron la cifra de 27 millones en el 2015 y se calcula el aumento en un aproximado del 146% ([Informe ADI/Bupa, 2013](#_ENREF_18)).

En el marco del envejecimiento, la prevención de la demencia cobra relevancia mayor. Existe evidencia suficiente para afirmar que al menos la mitad del riesgo para padecer demencia es atribuible a factores del estilo de vida ([Barnett y col., 2013](#_ENREF_5)) por lo que un tercio de los diagnósticos de demencia pueden ser reducidos con el manejo de estilos de vida saludables y control de factores de riesgo cardiovasculares ([Ashby-Mitchel y col., 2017](#_ENREF_4); [Norton y col., 2014](#_ENREF_23); [A. D. Smith y K. Yaffe, 2014](#_ENREF_28)).

En este marco, la primera de las dimensiones de la salud cognitiva, la exploración de conocimientos sobre las demencias y su prevención, se vuelve un necesario punto de partida para el establecimiento de líneas bases sobre las cuales diseñar programas de promoción y bien público. La mayoría de estas encuestan se han desarrollado en naciones con ingresos altos, mientras que son las naciones con ingresos medios y bajos las que presentan los mayores índices de demencia actualmente, y en los que se espera un mayor incremento de este síndrome en el futuro ([Broche-Pérez y col., 2018](#_ENREF_6)).

Específicamente en la región de América Latina, se encontraron resultados de un estudio conducido en Argentina ([Russo y col., 2012](#_ENREF_27)) cuyo objetivo fue evaluar la percepción y el grado de conocimiento público acerca de la enfermedad de Alzheimer. Puntualmente [Broche-Pérez y col. (2018)](#_ENREF_6) ofrecen resultados iniciales, exploratorios y parciales, de la exploración del conocimiento y las creencias de la población cubana sobre los riesgos para padecer demencia, puntualizando la necesidad de continuación de la investigación.

La evidencia disponible pero limitada, al unísono con el fuerte y creciente interés en el tema ([Olanrewaju y col., 2015](#_ENREF_24)) permiten justificar la pertinencia de la investigación, encaminada hacia explorar las creencias y el conocimiento de la población cubana sobre los factores de riesgo que pueden conducir a la demencia y las acciones para su prevención, constituyendo continuidad de resultados presentados previamente ([Broche-Pérez y col., 2018](#_ENREF_6)).

**2. Metodología**

*Participantes*

Se diseñó un estudio exploratorio transversal. Se encuestaron 1004 personas, 556 (el 55%) fueron mujeres y 446 (44%) hombres. La media de edad de los participantes fue 41 años (DE 18-96). La selección de los participantes se realizó en instalaciones públicas (salas de espera de estaciones de autobús, parques, cafés). Se explicó a cada participante potencial los objetivos de la investigación, realizando las preguntas únicamente a quienes ofrecieron su consentimiento. La encuesta fue realizada de enero a junio del 2018.

*Materiales*

La encuesta utilizada en el presente estudio tomó como referencia la empleada con anterioridad por [Broche-Pérez y col. (2018)](#_ENREF_6), elaborada a partir del instrumento presentado por [Smith y col. (2014)](#_ENREF_30). Para una descripción detallada de la misma, ver [Broche-Pérez y col. (2018)](#_ENREF_6).

*Análisis estadístico*

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos de frecuencia. Las variables independientes fueron: sexo, grupo de edad (<27 años, 28-47 años y >48 años), nivel educacional (Primaria, Secundaria, Bachillerato, Universidad) y contacto previo con personas con demencia (Sí/No). Para el análisis estadístico se empleó el SPSS V. 21.0.

**3. Resultados y discusión**

La descripción demográfica de la muestra se presenta en la tabla 1.

**Tabla 1. Descripción demográfica de la muestra**

|  |  |
| --- | --- |
| **Características** | **Valor (n = 1 004)** |
| Media edad (DE) | 41.40(17.7) |
| Grupos de Edad |  |
| menos de 27 años | 311(31.0) |
| 28-47 años | 307(30.6) |
| más de 48 años | 386(38.4) |
| Sexo\* |  |
| Mujer | 556(55.4) |
| Hombre | 446(44.4) |
| Nivel Educacional**\*\*** |  |
| Primaria | 20(2.0) |
| Secundaria | 129(12.8) |
| Bachillerato | 502(50.0) |
| Universidad | 325(32.4) |
| Estatus Laboral**\*\*\*** |  |
| Activos | 662(65.9) |
| Jubilados | 172(17.1) |
| Estudiantes | 70(7.0) |
| Ama de casa | 30(3.0) |
| Contacto con Demencia**\*\*\*\*** |  |
| Sí | 591(58.9) |
| No | 396(39.4) |

**Leyenda. \*(2 no respondieron), \*\* (28 no respondieron), \*\*\* (70 no respondieron), \*\*\*\* (17 no respondieron)**

**Prevalencia de conocimientos y creencias acerca de la reducción del riesgo de demencia**

La tabla 2 muestra la *identificación de la demencia como preocupación de salud,* el *conocimiento sobre la posibilidad de reducir el riesgo de demencia* y la *edad que los encuestados consideran idónea para iniciar la prevención.*

Aproximadamente el 32 % de la muestra seleccionó la demencia como la principal preocupación de salud, quedando en el quinto lugar, precedida por las enfermedades cardiacas, el tumor cerebral, el cáncer de mamas y de próstata. La ubicación de la demencia como principal preocupación responde a la distribución por edad siguiente: 38% para los mayores de 48 años y un 27% tanto para los adultos de entre 28 y 47 años como para los de menos de 27 años.

El 62% de la muestra marcó que sí se puede reducir el riesgo, un 2.4% cree que si se puede, mientras que un cuarto de la muestra afirma que no sabe si es posible reducir el riesgo de padecer demencia. El conocimiento sobre la posibilidad de reducir el riesgo de demencia se muestra con mayor proporción en aquellas personas que han tenido contacto con la demencia (67%). El análisis de la edad que los encuestados consideran idónea para iniciar la prevención del riesgo de demencia se muestra en la tabla 2. Esta variable mostró elevada dispersión en los encuestados. Más del 50% del grupo con menos de 27 años seleccionó como edad idónea antes de los antes de los 40 años. En el grupo de más de 48 años, cifra similar selecciona el periodo entre 40 y 59 años como idóneo, incluso, aproximadamente, la cuarta parte de este grupo considera que las acciones deben empezar pasados los 60 años de edad.

La tabla 3 muestra el *conocimiento sobre los comportamientos que resultan beneficiosos para la reducción del riesgo de padecer demencia*. Del total de encuestados, el 63% seleccionó la actividad mental; el 47% la actividad física; el 43% la dieta saludable; el 37% el consumo moderado de alcohol; y el 33% la actividad social. Comportamientos como tomar vitaminas, controlar el colesterol y las actividades cognitivas de ocio, apenas son seleccionados por la muestra (15%, 14% y 4% respectivamente).

**Tabla 2. Creencias relacionadas con la demencia como problema de salud, la reducción del riesgo de demencia y la edad de inicio de la prevención**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Reducción del riesgo** | | | | | **Edad de inicio de la prevención** | | |
|  | **Dem.**  **Import** | **Sí se puede** | **Creo que sí** | **No sé** | **Creo que no** | **No se puede** | **-40** | **40-59** | **60+** |
| Total\* | 31.7 | 62.4 | 2.4 | 25.5 | 1.1 | 8.7 | 47.5 | 35.0 | 17.3 |
| Sexo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mujer | 31.8 | 63.1 | 2.9 | 25.5 | 1.3 | 7.2 | 47.9 | 36.9 | 15.1 |
| Hombre | 32.2 | 61.2 | 1.8 | 25.6 | 0.9 | 10.5 | 47.4 | 32.6 | 20.0 |
| Grupos de Edad |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| menos de 27 años | 27.3 | 59.5 | 3.2 | 27.0 | 2.3 | 8.0 | 59.4 | 26.1 | 14.5 |
| 27-48 años | 27.7 | 61.9 | 2.3 | 29.0 | 0.0 | 6.8 | 51. 3 | 35.9 | 12.7 |
| más de 48 años | 38.3 | 65.0 | 1.8 | 21.5 | 1.0 | 10.6 | 35.2 | 41.5 | 23.3 |
| Educación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Primaria | 45.0 | 40.0 | 0.0 | 25.0 | 5.0 | 30.0 | 20.0 | 40.0 | 40.0 |
| Secundaria | 29.5 | 48.1 | 3.1 | 34.9 | 0.8 | 13.2 | 34.1 | 38.8 | 27.1 |
| Bachillerato | 27.7 | 62.9 | 3.4 | 24.1 | 1.4 | 8.2 | 49.0 | 34.2 | 16.8 |
| Universidad | 36.9 | 70.8 | 0.6 | 22.2 | 0.6 | 5.8 | 51.4 | 35.4 | 13.2 |
| Contacto con Demencia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sí | 37.2 | 66.8 | 1.5 | 22.8 | 1.0 | 7.8 | 52.4 | 33.2 | 14.4 |
| No | 23.7 | 56.6 | 3.0 | 29.0 | 1.3 | 10.1 | 40.0 | 38.0 | 22.0 |

**Leyenda: Dem.Import(demencia evaluada como importantes en los tres primeros lugares); (todos los valores están expresados en porciento)**

Tanto en hombres como en mujeres, la actividad mental tiene mayor frecuencia de selección (64% y 61%, respectivamente). De acuerdo a la edad, se observa una tendencia a mayores frecuencias de selección en los grupos con edades superiores a los 27 años, incluso para variables como las actividades cognitivas de ocio, controlar la presión arterial y el colesterol y consumir vitaminas, que muestran las menores frecuencias de selección. Más del 95%, tanto para los que tienen como para los que no tienen contacto previo con la demencia, no reconoce las actividades cognitivas de ocio como beneficiosas, y cerca del 80% no selecciona opciones como vigilar la presión arterial, el colesterol y tomar vitaminas.

Los *comportamientos que resultan beneficiosos para la reducción del riesgo de padecer demencia, y que forman parte del estilo de vida de los encuestados*, se muestran en la tabla 4. Del total de la muestra, el 55% practica la actividad mental, el 35% la actividad física, el 32% la actividad social y el 30% modera su consumo de alcohol. Sin embargo, vigilar la presión arterial y el colesterol, tomar vitaminas y las actividades cognitivas de ocio no son practicadas por la mayoría de la muestra, por lo que muestran bajas frecuencias de selección (14%, 12%, 11% y 4% respectivamente), incluso inferiores a las frecuencias de selección que se observan para estas actividades cuando son identificadas como beneficiosas.

En relación al sexo, muestra relación estadísticamente significativa con la actividad física (*p* = 004). Las mujeres poseen una mayor frecuencia de selección de la actividad social (34%) y de la dieta saludable (32%) en comparación con los hombres (30% y 26% respectivamente), mientras que estos últimos seleccionan con mayor frecuencia la actividad física (40%). Para las variables edad, nivel educacional y contacto previo con la demencia, los comportamientos de mayores frecuencias de selección coinciden en la actividad mental, social y física, así como la dieta saludable y el consumo moderado de alcohol.

**Tabla 3. Conocimiento sobre los comportamientos que resultan beneficiosos para la reducción del riesgo de padecer demencia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AM** | **AS** | **AF** | **DS** | **CMA** | **NF** | **ACO** | **MCS** | **PA** | **C** | **V** |
| **Total** | 62.9 | 32.8 | 46.7 | 43.2 | 36.7 | 29.6 | 4.4 | 30.7 | 17.2 | 14.1 | 14.8 |
| **Sexo** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mujer** | 64.2 | 32.9 | 48.7 | 45.1 | 34.9 | 27.0 | 5.2 | 31.3 | 15.3 | 12.4 | 17.6 |
| **Hombre** | 61.4 | 32.7 | 44.2 | 41.0 | 39.0 | 33.0 | 3.1 | 29.8 | 19.5 | 16.1 | 11.3 |
| **Grupos de Edad** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **menos de 27 años** | 68.5 | 30.9 | 38.6 | 34.4 | 33.1 | 22.5 | 3.9 | 27.0 | 12.5 | 10.0 | 14.2 |
| **27-48 años** | 63.5 | 31.6 | 51.5 | 46.9 | 39.7 | 33.6 | 3.9 | 34.2 | 16.0 | 12.7 | 14.1 |
| **más de 48 años** | 58.0 | 35.2 | 49.5 | 47.4 | 37.0 | 32.1 | 5.2 | 30.8 | 22.0 | 18.7 | 16.1 |
| **Educación** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Primaria** | 35.0 | 15.0 | 30.0 | 30.0 | 20.0 | 20.0 | 15.0 | 15.0 | 20.0 | 5.0 | 10.0 |
| **Secundaria** | 48.1 | 27.1 | 32.6 | 34.9 | 33.3 | 27.1 | 7.0 | 22.5 | 13.2 | 9.3 | 14.7 |
| **Bachillerato** | 64.3 | 30.3 | 42.4 | 38.4 | 37.1 | 30.5 | 3.4 | 28.3 | 17.3 | 12.7 | 14.5 |
| **Universidad** | 69.2 | 41.8 | 59.7 | 55.1 | 38.8 | 29.8 | 3.7 | 37.5 | 18.2 | 19.1 | 15.2 |
| **Contacto con Demencia** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Sí** | 67.7 | 37.4 | 50.1 | 46.5 | 37.1 | 29.9 | 4.6 | 35.4 | 19.5 | 16.6 | 17.5 |
| **No** | 56.8 | 26.8 | 42.2 | 38.4 | 35.9 | 28.8 | 4.0 | 24.5 | 14.1 | 10.6 | 11.1 |

**Leyenda. AM(actividades mentales); AS(actividades sociales); AF(actividades físicas); DS(dieta saludable); CMA(consumo moderado de alcohol); NF(no fumar); ACO(actividades cognitivas de ocio); MCS(mejorar la calidad del sueño); PA(cuidar la presión arterial); C(reducir colesterol); V(tomar vitaminas); (todos los valores están expresados en porciento)**

**Tabla 4. Comportamientos que resultan beneficiosos para la reducción del riesgo de padecer demencia y forman parte del estilo de vida de los encuestados**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AM** | **AS** | **AF** | **DS** | **CMA** | **NF** | **ACO** | **MCS** | **PA** | **C** | **V** |
| **Total\*** | 55.4 | 31.7 | 34.5 | 29.0 | 29.6 | 27.2 | 3.5 | 19.4 | 13.5 | 12.3 | 10.8 |
| **Sexo** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mujer** | 58.3 | 33.5 | 30.9 | 31.7 | 30.4 | 28.5 | 4.5 | 20.9 | 13.3 | 11.3 | 11.3 |
| **Hombre** | 52.8 | 29.7 | 39.8 | 26.1 | 28.6 | 25.9 | 2.2 | 17.8 | 13.7 | 13.5 | 10.1 |
| **Grupos de Edad** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **menos de 27 años** | 56.6 | 28.3 | 35.7 | 20.9 | 23.5 | 21.3 | 4.5 | 16.7 | 6.8 | 6.8 | 8.4 |
| **27-48 años** | 54.6 | 28.1 | 35.9 | 33.3 | 29.4 | 27.2 | 2.3. | 19.9 | 11.4 | 10.8 | 10.8 |
| **más de 48 años** | 56.2 | 37.3 | 33.2 | 32.5 | 34.7 | 32.1 | 3.6 | 21.3 | 20.7 | 17.9 | 12.7 |
| **Educación** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Primaria** | 35.0 | 20.0 | 30.0 | 25.0 | 20.0 | 20.0 | 20.0 | 21.1 | 0.0 | 5.00 | 0.0 |
| **Secundaria** | 39.5 | 26.4 | 25.6 | 19.4 | 22.5 | 24.0 | 3.9 | 12.4 | 13.2 | 10.9 | 9.3 |
| **Bachillerato** | 56.5 | 28.9 | 33.7 | 25.0 | 28.8 | 25.9 | 3.8 | 18.8 | 13.8 | 10.0 | 9.8 |
| **Universidad** | 63.7 | 39.7 | 40.9 | 40.3 | 34.8 | 31.1 | 1.5 | 22.8 | 13.8 | 17.2 | 12.9 |
| **Contacto con Demencia** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Sí** | 58.3 | 37.3 | 38.0 | 30.6 | 30.7 | 28.7 | 2.9 | 22.6 | 15.6 | 13.2 | 12.5 |
| **No** | 52.8 | 24.2 | 30.1 | 26.5 | 28.1 | 24.8 | 4.0 | 15.4 | 10.9 | 10.9 | 8.3 |

**Leyenda. AM(actividades mentales); AS(actividades sociales); AF(actividades físicas); DS(dieta saludable); CMA(consumo moderado de alcohol); NF(no fumar); ACO(actividades cognitivas de ocio); MCS(mejorar la calidad del sueño); PA(cuidar la presión arterial); C(reducir colesterol); V(tomar vitaminas); (todos los valores están expresados en porciento)**

**Discusión:**

En el presente estudio se constató que la mayoría de los cubanos encuestados no reconoce a la demencia como una prioridad de salud, aunque debe precisarse que los resultados obtenidos en esta variable son superiores a los reportados por otros estudios ([Farrow, 2008](#_ENREF_13); [Smith y col., 2014](#_ENREF_30)). Este resultado se muestra próximo al reportado por [Russo y col. (2012)](#_ENREF_27) según el cual la preocupación de los argentinos por padecer demencia se ubica en el tercer lugar general (precedido por el cáncer y los accidentes cerebrovasculares) con una frecuencia del 15%.

El conocimiento sobre la posibilidad de reducir el riesgo de padecer demencias es un elemento crucial para el desarrollo de acciones encaminadas a incrementar la percepción de vulnerabilidad dentro de la población general. Nuestros resultados ofrecieron valores que se encuentran en el rango de los resultados obtenidos en otros estudios. En un estudio conducido en Australia el 72% de los participantes señaló que estaban bastante seguros de que el riesgo de padecer demencia podía reducirse ([Low y Anstey, 2009](#_ENREF_22)); mientras que un 17% de norteamericanos señaló que no se puede reducir el riesgo de demencia ([Farrow, 2008](#_ENREF_13)). [Cations y col. (2018)](#_ENREF_9) describen que más de la mitad de la población que ha sido encuestada al respecto, describe la demencia como no prevenible, por lo que nuestros resultados (solo un 8.7% de la muestra) muestran optimismo al respecto.

**Conocimiento sobre la edad de inicio de la prevención de la demencia**

Más del 50% de los integrantes del grupo más joven consideró como edad idónea para iniciar la prevención de demencia el periodo anterior a los 40 años de edad. El 23.3% de todos los participantes mayores de 48 años consideró como edad idónea los 60 años en adelante, creencia que podría orientar hacia un inicio de la prevención en un rango de edad poco recomendable. Esta información reviste una especial relevancia si consideramos que existen evidencias de que el rango de edad idóneo para iniciar la prevención de las demencias y el manejo de importantes factores de riesgo se ubica entre los 40 y los 59 años de edad ([Buford, 2016](#_ENREF_7); [Hanon y Forette, 2005](#_ENREF_15); [Laitinen y col., 2006](#_ENREF_20)). Ofrecer información adecuada sobre este elemento puede tener un elevado impacto en la reducción del riesgo de desarrollar la enfermedad.

**Conocimiento sobre los comportamientos que resultan beneficiosos para la reducción del riesgo de padecer demencia**

Resulta interesante que, a diferencia de otros contextos ([Glynn y col., 2017](#_ENREF_14)) donde menos del 50% de la población que considera que existen acciones que pueden reducir el riesgo, en el nuestro más del 60% valoró que la realización de estimulación cognitiva directa es la actividad más beneficiosa para reducir el riesgo de padecer demencias, seguida de un estilo de vida saludable (actividad física, dieta saludable, disminuir el consumo de alcohol). Sobre este particular resulta interesante que las mujeres señalaron con más frecuencia llevar una dieta saludable, así mismo mostraron mayor frecuencia en la actividad física, relación que se invierte para el consumo moderado de alcohol y no fumar. De acuerdo con [Smith y col. (2014)](#_ENREF_30) estas diferencias pueden ser un reflejo de la construcción social de cada género y su impacto en las creencias de salud.

**Comportamientos que resultan beneficiosos para la reducción del riesgo de padecer demencia y forman parte del estilo de vida de los encuestados**

En sentido general, se corrobora las diferencias existentes entre lo que saben que resulta beneficioso y lo que hacen para reducir el riesgo de desarrollar demencia ([Broche-Pérez y col., 2018](#_ENREF_6)) ya que la práctica de comportamientos beneficiosos mantiene valores de frecuencia inferiores al reconocimiento de dichos comportamientos como beneficiosos. Resultados llamativos ante el respaldo cada vez más sistemático de efecto preventivo de estas actividades ([Annweiler, 2016](#_ENREF_2); [Cao y col., 2016](#_ENREF_8); [Cheng y col., 2014](#_ENREF_11); [Doi y col., 2017](#_ENREF_12); [Holland, 2016](#_ENREF_17); [Pase y col., 2017](#_ENREF_25); [Spence, 2016](#_ENREF_31)).

Se corrobora la baja frecuencia de las acciones preventivas tal cual muestran los resultados obtenidos previamente ([Broche-Pérez y col., 2018](#_ENREF_6)), por lo que en la muestra de estudio persiste la creencia errónea de que la realización aislada de alguna de estas actividades garantiza la prevención del desarrollo de la enfermedad.

**4. Conclusiones**

Futuras acciones de intervención deberán dirigirse hacia la promoción de la idea de que los mejores resultados en la prevención de las demencias y la reducción del declive cognitivo patológico, provienen de la reducción de varios factores de riesgo, y no alguno de ellos de manera particular, tal cual apuntan recientes resultados ([Anstey y col., 2015](#_ENREF_3); [Kenigsberg y col., 2016](#_ENREF_19); [Li y col., 2014](#_ENREF_21)) lo suficientemente abarcadores como para incluir alternativas no farmacológicas ([Chalfont y col., 2018](#_ENREF_10)) y desarrolladas desde enfoques comunitarios e individualizados “hechos a la medida” ([Olanrewaju y col., 2015, p. 153](#_ENREF_24)). Llegados a este punto, los próximos pasos resultan ser críticos ([Anderson y col., 2009](#_ENREF_1)).

**5. Referencias bibliográficas**

Anderson, L. A., Day, K. L., Beard, R. L., Reed, P. S., y 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*(S1), S3-S11.

Annweiler, C. (2016). Vitamin D in dementia prevention. *ANNALS OF THE NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES*(Nutrition in Prevention and Management of Dementia), 56-63. <https://doi.org/10.1111/nyas.13058>

Anstey, K. J., Eramudugolla, R., Hosking, D. E., Lautenschiager, N. T., y Dixon, R. A. (2015). Bridging the Translation Gap: From Dementia Risk Assessment to Advice on Risk Reduction. *J Prev Alzheimers Dis, 2*(3), 189-198. <https://doi.org/10.14283/jpad.2015.75>

Ashby-Mitchel, K., Burns, R., Shaw, J., y Antsey, K. J. (2017). Proportion of dementia in Australia explained by common modifiable risk factors. *Alzheimer's Research & Therapy, 9*(11). <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0238-x>

Barnett, J. H., Hachinski, V., y Blackwell, A. D. (2013). Cognitive health begins at conception: addressing dementia as a lifelong and preventable condition. *BMC Medicine, 11*, 246. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/246>

Broche-Pérez, Y., Fernández-Fleites, Z., González, B., Hernández, M., y Salazar, I. (2018). Conocimiento público y creencias sobre las demencias: Un estudio preliminar en la población cubana. *Neurología*, in press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.03.011>

Buford, T. W. (2016, 2016/03/01/). Hypertension and aging. *Ageing Research Reviews, 26*, 96-111. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.01.007>

Cao, L., Tan, L., Wang, H.-F., Jiang, T., Zhu, X.-C., Lu, H., Tan, M.-S., y Yu, J.-T. (2016). Dietary patterns and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular neurobiology, 53*(9), 6144-6154.

Cations, M., Radisic, G., Crotty, M., y 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). <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196085>

Chalfont, G., Milligan, C., y Simpson, J. (2018). A mixed methods systematic review of multimodal non-pharmacological interventions to improve cognition for people with dementia. *Dementia, 0*(0), 1-45. <https://doi.org/10.1177/1471301218795289>

Cheng, S.-T., Chow, P. K., Song, Y.-Q., Edwin, C., Chan, A. C., Lee, T. M., y Lam, J. H. (2014). Mental and physical activities delay cognitive decline in older persons with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(1), 63-74.

Doi, T., Verghese, J., Makizako, H., Tsutsumimoto, K., Hotta, R., Nakakubo, S., Suzuki, T., y Shimada, H. (2017, 2017/08/01/). Effects of Cognitive Leisure Activity on Cognition in Mild Cognitive Impairment: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(8), 686-691. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.013>

Farrow, M. (2008). *Dementia risk reduction: what do Australians know?* Alzheimer's Australia.

Glynn, R. W., Shelley, E., y Lawnor, B. A. (2017). Public knowledge and understanding of dementia—evidence from a national survey in Ireland. *Age and Ageing*(46), 865-869. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx082>

Hanon, O., y Forette, F. (2005). Treatment of hypertension and prevention of dementia. *Alzheimer Dement*(1), 30-37.

Harper, S. (2014). Economic and social implications of aging societies. *Science, 346*(6209), 587-591. <https://doi.org/10.1126/science.1254405>

Holland, S. (2016). The effect of Vitamins, Minerals and herbs on Cognitive Function and Dementia. Proceedings: 12th Annual Symposium on Graduate Research and Scholarly Projects, Wichita State University.

[Record #326 is using a reference type undefined in this output style.]

Kenigsberg, P. A., Aquino, J. P., Bérard, A., Gzil, F., Andrieu, S., Banerjee, S., Brémond, F., Buée, L., Cohen-Mansfield, J., Mangialasche, F., Platel, F., Salmon, E., y Robert, P. (2016). Dementia beyond 2025: Knowledge and uncertainties. *Dementia, 15*(1), 6-21. <https://doi.org/10.1177/1471301215574785>

Laitinen, M., Ngandu, T., Rovio, S., Helkala, E.-L., Uusitalo, U., Viitanen, M., Nissinen, A., Tuomilehto, J., Soininen, H., y Kivipelto, M. (2006). Fat intake at midlife and risk of dementia and Alzheimer’s disease: a population-based study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 22*(1), 99-107.

Li, R., Zhu, X., Yin, Y., Zheng, Z., Huang, X., Wang, B., y Li, J. (2014). Multimodal intervention in older adults improves resting-state functional connectivity between the medial prefrontal cortex and medial temporal lobe. *Frontiers in Aging Neuroscience, 6*(39).

Low, L. F., y Anstey, K. J. (2009). Dementia literacy: Recognition and beliefs on dementia of the Australian public. *Alzheimer Dement*(5), 43-49.

Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D. E., Yaffe, K., y Brayne, C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurology, 13*(8), 788-794.

Olanrewaju, O., Clare, L., Barnes, L., y Brayne, C. (2015). A multimodal approach to dementia prevention: A report from the Cambridge Institute of Public Health. *Alzheimer’s & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions, 1*, 151-156. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.trci.2015.08.003>

Pase, M. P., Himali, J. J., Grima, N. A., Beiser, A. S., Satizabal, C. L., Aparicio, H. J., Thomas, R. J., Gottlieb, D. J., Auerbach, S. H., y Seshadri, S. (2017). Sleep architecture and the risk of incident dementia in the community. *Neurology, 89*(12), 1244. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004373>

[Record #523 is using a reference type undefined in this output style.]

Russo, M. J., Bartolini, L. C., Iturry, M., Serrano, C. M., Bagnati, P., y Allefri, R. F. (2012). Encuesta sobre la enfermedad de Alzheimer en el contexto de los nuevos paradigmas diagnósticos. *Neurología Argentina, 4*(3), 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2012.03.005>

Smith, A. D., y Yaffe, K. (2014). Dementia (Including Alzheimer’s Disease) can be Prevented: Statement Supported by International Experts. *Journal of Alzheimer’s Disease, 38*, 699-703. <https://doi.org/10.3233/JAD-132372>

Smith, A. D., y Yaffe, K. (2014). Dementia (Including Alzheimer’s Disease) can be Prevented: Statement Supported by International Experts. *Journal of Alzheimer’s Disease, 38*, 699–703.

Smith, B. J., Ali, S., y Quach, H. (2014). Public knowledge and beliefs about dementia risk reduction: a national survey of Australians. *BMC Public Health, 14*(661).

Spence, J. D. (2016, 2016/02/01/). Metabolic vitamin B12 deficiency: a missed opportunity to prevent dementia and stroke. *Nutrition Research, 36*(2), 109-116. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nutres.2015.10.003>