



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PROFESIONALES DE SALUD  
SOBRE DEMENCIA EN PERÚ”

Tesis para optar el título profesional de:  
MÉDICO CIRUJANO

Presentado por:  
Rafhael Junior Aguirre Pérez (0000-0003-2802-3143)

Asesor:  
Carlos Alexander Alva Diaz (0000-0003-3584-7298)

Lima – Perú  
2021

### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Lima, 11 de junio de 2021.

Los integrantes del Jurado de tesis:

Presidente: Méd. Esp. Yahaira Becerra Becerra	<input type="checkbox"/>
Miembro: Méd. Esp. Carolina Yanina Pérez Agüero	
Miembro: Méd. Juan Rodrigo Vargas Fernández	

Se reúnen para evaluar la tesis titulada:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PROFESIONALES DE SALUD SOBRE DEMENCIA EN PERÚ”

Presentada por el estudiante:

Aguirre Pérez, Raffhael Junior

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

Asesorado por: Méd. Esp. Carlos Alexander Alva Díaz

Luego de haber evaluado el informe final de tesis y evaluado el desempeño del estudiante de la carrera de Medicina Humana en la sustentación, concluyen de manera unánime (x) por mayoría simple ( ) calificar a:

Tesis: Aguirre Pérez, Raffhael Junior			Nota (en letras): 15 (quince)
Aprobado (x)	Aprobado - Muy buena ( )	Aprobado - Sobresaliente ( )	Desaprobado ( )

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.



**Méd. Esp. Yahaira Becerra Becerra**  
Presidente del Jurado



**Méd. Esp. Carlos Alexander Alva Díaz**  
Asesor



**Méd. Esp. Carolina Yanina Pérez Agüero**  
Miembro 1



**Méd. Juan Rodrigo Vargas Fernández**  
Miembro 2

## Nivel de conocimiento de profesionales de salud sobre demencia en el Perú

### *Resumen*

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre demencia y la enfermedad de Alzheimer de los profesionales de salud en el Perú. **Materiales y métodos:** La encuesta se llevó a cabo de manera presencial y virtual en el año 2020, y estuvo dividida en tres partes. Se incluyeron a profesionales de salud de los centros evaluados cuyo proceso de formación haya sido realizado en universidades peruanas. Se analizaron 804 encuestas de las cuales 56 fueron eliminadas por datos incompletos o por no ser profesionales de salud. Se realizó una prueba de chi-cuadrado para valorar las diferencias entre grupos evaluados. Se consideraron como estadísticamente significativos valores con  $p < 0.008$  (Corregido Bon Ferroni). **Resultados:** El 69.4% de los encuestados fueron de centros de Salud en la región Lima. El 41.6% de los encuestados fueron médicos. El 72.8% refirió no estar capacitado para diagnosticar y tratar a un paciente con demencia. Con respecto a la enfermedad de Alzheimer, se obtuvo que el 19.5% de los profesionales de salud refirió que ésta no es un tipo de demencia. Médicos capacitados en postgrado, que se perciben capaces de pacientes con demencia, o que atienden más de cinco pacientes al mes con este diagnóstico, obtuvieron mejores resultados con diferencias estadísticamente significativas. **Conclusión:** El nivel de conocimiento entre los diferentes profesionales de salud encuestados en nuestro país acerca de demencia y la EA es bajo, con niveles menores fuera de Lima y mayores en profesionales con posgrado.

**Palabras clave:** demencia, Perú, capacitación, profesionales de salud.

## Knowledge of dementia among health professionals in Peru

### *Abstract*

**Objective:** To assess the knowledge of dementia and Alzheimer disease by health professionals in Peru. **Materials and methods:** The survey was carried out in person and virtually in 2020 and it was divided into three parts. We included health professionals trained in Peruvian universities. A total of 804 surveys were analyzed, 56 were excluded due to either incomplete data or because they were not health professionals. We describe frequency and dispersion of descriptive variables. We performed chi-squared test to assess differences between groups. A Bon-Ferroni corrected p-value of 0.008 was used as cut-off for statistical significance. **Results:** 69.4% of those surveyed were from health centers in Lima; 41.6% of the respondents were doctors. 72.8% of respondents indicated they did not feel competent in the diagnosis of dementia. Regarding knowledge of Alzheimer disease, 19.5% of respondents did not recognize Alzheimer disease as a form of dementia. Doctors with post-graduate training, who perceive themselves as capable of managing dementia patients, or that manage over 5 patients with this diagnosis per month, had results that were statistically significantly higher. **Conclusion:** The level of knowledge of health professionals about dementia and Alzheimer disease in urban and rural settings of Peru is low. This worsens outside Lima and in professionals lacking post-graduate training.

**Key words:** dementia, Peru, health professionals, knowledge level.

## Introducción

La demencia es una enfermedad crónica considerada como una de las principales causas de discapacidad, caracterizada por un deterioro en dos o más dominios cognitivos (como la memoria, las funciones ejecutivas, la atención, el lenguaje, la cognición social, el juicio, la velocidad psicomotora y las capacidades visoperceptuales o visoespaciales). Afecta a 50 millones de personas a nivel mundial, de los cuales 60% proceden de países de ingresos bajos y medianos; con 10 millones de nuevos casos anualmente en el mundo (1,2). Para el 2050, se estima que habrán 152 millones de personas con demencia y dos mil millones serán mayores de 60 años (3,4,5); y por otro lado, en Latinoamérica, se esperaría una prevalencia de 8.4% en personas mayores de 60 años. En Perú, la enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia (56,3%) seguida por demencia mixta (15,5%), y finalmente la demencia vascular (8,7%) (6).

El diagnóstico es principalmente clínico, a través de una evaluación neurocognitiva. Las pruebas de imagen se usan como criterios adicionales que influyen en el diagnóstico.(2,4) En Latinoamérica, este es realizado por un neurólogo, psiquiatra o geriatra, y en algunos casos, médico general (7). Existen además centros de salud (CS), privados o públicos, especializados en su detección y manejo (8). En países europeos y en los Estados Unidos y Canadá, el médico familiar utiliza baterías cognitivas validadas capaces de evaluar todos los dominios cognitivos principales y se adicionan las pruebas de imagen que permitan establecer el diagnóstico para que luego puedan ser atendidos en centros especializados (9,10).

Los médicos de atención primaria de Latinoamérica se enfrentan a barreras para diagnosticar y tratar a pacientes con demencia, entre estas, la presencia diferentes fenotipos clínicos (13, 24). En países como Perú, el tiempo en la atención es limitado, existe dificultad para comunicar el diagnóstico de demencia, el acceso a los especialistas y a los exámenes auxiliares son lentos y limitados en la mayoría de sus casos (13).

Finalmente, en Perú se reportó que solamente el 30.4% de los médicos refirieron aprender sobre demencia en pregrado, lo cual sugiere que la formación académica es inadecuada y deficiente (15). Además, este estudio está enfocado en solamente médicos, por lo que aún habría dificultades para saber si realmente todos los profesionales de la salud tienen un bajo conocimiento sobre demencia. Además, otro estudio reportó que 72% de los médicos generales, 84% de los psicólogos y 65% de los enfermeros (as) refirieron no sentirse preparados sobre demencia (14). Por lo tanto, el objetivo del estudio principalmente consistirá en determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud sobre demencia y EA en el Perú, que servirá como complemento a los estudios realizados anteriormente, será un estudio novedoso en nuestro país porque sería el primero realizado en todos los profesionales de salud y podría servir como punto de partida para otros estudios que puedan realizarse.

## **Materiales y métodos**

### **Población y muestra**

Desarrollamos un estudio observacional descriptivo basado en encuesta. La encuesta anónima se llevó a cabo de manera presencial y virtual durante el año 2020 debido a la pandemia por el SARS.COV2. Previo consentimiento informado, tanto para la modalidad presencial (impreso) y virtual (plataforma Google forms), se aplicó en médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos, obstetras, psicólogos y demás profesionales de salud, pertenecientes a diferentes centros de atención de menor o mayor. Los criterios de inclusión fueron: 1) Técnicos o profesionales de salud que laboren en el centro de salud encuestado y 2) aquellos que hayan recibido formación en diferentes centros de estudios del Perú. Los criterios de exclusión fueron: 1) Encuestados que no son profesionales de salud, 2) encuestas incompletas y 3) personas que no desearon responder las encuestas.

Se calculó el tamaño de muestra con el programa *STATA*, el cual dio como resultado 223, para un intervalo de confianza 95%. Para obtener este resultado tomamos como referencia el estudio realizado por N. Custodio (9) y se ha calculado con la siguiente tabla:

Tamaño de muestra para % de frecuencia en una población (muestras aleatorias)	
Tamaño de la población	800
Frecuencia (p) anticipada %	72.1
Límites de confianza +/- porcentaje de 100	5
Efecto de diseño (para estudios con muestras complejas -EDFF)	1.0

### **Instrumento**

El desarrollo de la encuesta se basó de los estudios de Custodio y col. (9) y Olavarria y col. (26). Fue revisada y aprobada por un grupo de expertos para esta investigación. Esta consta de 19 preguntas que pueden ser resueltas en aproximadamente 20 minutos. Se puede dividir en 3 partes. La primera incluye datos demográficos como edad, sexo, tipo de profesión, además de experiencia profesional y capacitación sobre el diagnóstico y tratamiento de demencia. La segunda evalúa la capacidad de los profesionales, el número de pacientes que atiende, los procedimientos y pruebas, y los tipos de demencia que conocen. Finalmente, la tercera parte indaga sobre conocimientos específicos acerca de la EA, como pruebas cognitivas breves, síntomas clínicos, exámenes auxiliares para la ayuda diagnóstica, tratamientos farmacológicos y factores de riesgo para padecerla.

### Análisis estadístico

Las variables fueron categorizadas, y algunas dicotomizadas para fines de estudio por un consenso de expertos. En generalidades: el número de años ejerciendo (en menos y más de diez años) y la cantidad de pacientes que atiende por mes (en menos y más de cinco pacientes). Sobre la enfermedad de Alzheimer: tipos de demencia y pruebas cognitivas breves (PCB) que conocen (ninguna y más de una), factores de riesgo y evaluación inicial del EA (en menor igual y más de dos factores de riesgo), síntomas (menor igual o más de cuatro síntomas), diagnóstico definitivo o tratamiento de la EA (correcto o incorrecto).

Por otra parte, de acuerdo al promedio de respuestas correctas obtenidas, el nivel de conocimiento se categorizó en nivel alto (4.0 - 6.0), medio (2.0 – 3.9), y bajo (0 – 1.9), que se obtiene en la sumatoria de todos los ítems según profesión y dividido en terciles. Todo esto fue hecho a través de un consenso de expertos para su respectiva aplicación.

Se utilizó el software estadístico STATA (v16.0). Se describieron medidas de frecuencia para variables categóricas y de tendencia central y dispersión para cuantitativas. Se categorizó las variables para evaluar las diferencias mediante contraste con la prueba de  $\chi^2$ . Se consideraron como estadísticamente significativos valores con  $p < 0.008$ , tras realizar una corrección de Bon Ferroni para evitar el sesgo de múltiples pruebas.

## Ética

La participación en el estudio fue voluntaria y anónima, tras brindar el consentimiento informado. La presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Científica del Sur, con la constancia n°350-CIEI-CIENTIFICA-2020.

## Resultados

### Datos generales

Se analizaron 804 encuestas de las cuales 56 fueron eliminadas por datos incompletos o por no ser profesionales de salud. La mayoría fueron de CS de Lima (74.6%) y hombres (69.5%), con una edad promedio de 41 años. La mayoría fueron médicos, seguidos por técnicos y enfermeros. De éstos, el 53.9% llevaba menos de 10 años ejerciendo su profesión.

La mayoría no se percibe capaz de diagnosticar y tratar a un paciente con demencia; de los que si (27.2%), una mayor parte refieren haber adquirido el conocimiento en pregrado. Una importante proporción atiende pacientes con demencia (36.8%) aunque la mayor parte menos de cinco pacientes por mes.

(Tabla 1)

En referencia a los médicos que resolvieron la encuesta, observamos que la edad promedio fue de 40.7 años, que equivale a un 11.8% del total de encuestados. El 42.8% de médicos fue del sexo masculino. El 71.1% de los médicos son de Lima, y el resto de otras regiones.

### Conocimiento acerca de demencia

En tanto a su género y edad, los profesionales femeninos obtuvieron mayor promedio de respuestas correctas y la edad no tuvo una asociación estadísticamente significativa ( $p=0.045$ ).

Respecto al lugar de trabajo, los encuestados del Centro Médico Naval (CEMENA) obtuvieron el mayor promedio (7.7) en general. Todos los CS de Lima obtuvieron promedio de 6.9, siendo mayores comparados a los de otras

provincias. En estas, los CS de la Red Asistencial Moyobamba EsSalud de Rioja y de Atención Primaria de Tacna tuvieron mayor promedio (6.8) seguidos por los hospitales Belén de Trujillo y de Chulucanas de Piura.

Respecto a las profesiones, los psicólogos y médicos obtuvieron mayor promedio (7.3). Por otro lado, quienes se perciben aptos para diagnosticar y tratar demencias obtuvieron un promedio estadísticamente significativo mayor que los que no ( $p < 0.001$ ). También, los que atienden pacientes con demencia obtuvieron un promedio mayor comparado con los que no ( $p < 0.001$ ), siendo este mayor entre aquellos que tienen más de 5 pacientes por mes ( $p = 0.003$ ). Finalmente, según su lugar de preparación, encontramos que aquellos que cuentan con estudios de postgrado obtuvieron el mayor promedio de respuestas correctas (8.9). (Tabla 1)

Entre los médicos encuestados, quienes se perciben con capacidad (38.9%) obtuvieron mayor promedio (61.1%) que los que no. El 20.9% de estos refieren que se capacitaron en pregrado, el 13.1% en postgrado, el resto en institutos u otros. Los capacitados en institutos u otros obtuvieron el promedio mayor (9.4), seguidos por postgrado (9.0), siendo estas diferencias significativas ( $p < 0.001$ ). Quienes atienden pacientes con demencia obtuvieron mayor promedio (8.0) que los que no, y de estos, los que atienden más de cinco pacientes obtuvieron el mayor promedio. (Tabla 2). Finalmente, los médicos con más de 10 años ejerciendo obtuvieron el mayor promedio de respuestas correctas lo cual es estadísticamente significativo comparado a los que llevan ejerciendo menos de 10 años ( $p < 0.001$ ).

### **Conocimientos acerca de la EA**

Solo el 24.9% de los profesionales encuestados conocía más de un tipo de demencia. El 80.5% identificaron al EA como un tipo de demencia. El 78.3% reconoció más de cuatro síntomas de EA. El 71.3% pudieron identificar más de dos factores de riesgo para EA. (Tabla 3A)

El 44% de los encuestados pudo identificar más de dos exámenes auxiliares que contribuyen al diagnóstico. El 55.9% de los encuestados considera que las PCB permiten un diagnóstico precoz de la EA; sin embargo, sólo un 27.5% de los encuestados pudo reconocer más de una PCB. El 50.4% considera que si es posible el diagnóstico definitivo de la EA. Pero el 85.2% de los encuestados no pudo identificar cómo diagnosticar de manera definitiva la EA. Finalmente, el 62.2% no pudo identificar correctamente qué función tiene el tratamiento para la EA. (Tabla 3B)

### **Conocimiento por dominios**

Los odontólogos y nutricionistas obtuvieron los promedios más altos (5.3 y 5.2) dentro de las generalidades, seguido de los médicos (4.6). En el diagnóstico, los médicos y los psicólogos obtuvieron el promedio mayor (2.4). Finalmente, con respecto al tratamiento, los nutricionistas obtuvieron mayor promedio (0.6), seguido de los técnicos de enfermería (0.5), enfermeros (as), odontólogos y psicólogos con 0.4 y con menor promedio los médicos y odontólogos (0.3). (Tabla 4)

## Discusión

Encontramos que el nivel de conocimiento de los profesionales de salud sobre demencia es bajo, con un promedio menor fuera de Lima. La población encuestada se constituyó principalmente por médicos, seguidos de enfermeras y otros profesionales de salud.

### Conocimientos de demencia en general

Encontramos que solo el 27% de todos los profesionales de salud encuestados, y 39% de médicos encuestados indicaron sentirse capacitados para el diagnóstico y tratamiento de personas con demencia. Esto es cercano al estudio realizado en Chile en médicos especialistas, donde se encontró que solamente el 40% de ellos refirieron sentirse lo suficientemente capacitados como para dar con un diagnóstico de demencia certero (26). En Perú, un estudio realizado a los médicos se encontró que los geriatras (médicos especialistas) tienen la mejor capacidad para diagnosticar demencia, y que todos los demás especialistas la diagnostican mejor que los médicos generales (15).

Se ha reportado que la falta de conocimiento sobre demencia es un factor limitante para su diagnóstico precoz en la atención primaria (32). Además, resulta en su referencia a centros especializados (38). Esto, agregado a la falta de servicios especializados y exámenes complementarios en zonas rurales de nuestro país, constituyen un obstáculo para el diagnóstico en etapas tempranas (16, 27).

En tanto al contexto académico, encontramos que la mayoría de encuestados fueron entrenados en pregrado, seguido de postgrado en un menor porcentaje. Asimismo, el promedio de respuestas correctas fue mayor en los profesionales

preparados en postgrado. Esto es similar a lo reportado para demencia frontotemporal en América Latina (14) y en otro estudio donde pudimos observar que la mayor capacidad diagnóstica lo tienen los geriatras y otros especialistas, comparados a los médicos generales (15). Esto sugiere la importancia de establecer lineamientos para la capacitación sobre demencia en el pregrado, además como la implementación de intervenciones educativas sobre demencia en médicos generales resultaría en un incremento de la capacidad diagnóstica, si esta viene acompañada de incentivos institucionales. (44)

### **Conocimientos sobre la enfermedad de Alzheimer**

Observamos que solo el 25% de los profesionales de salud encuestados logró listar uno o más tipos de demencia. Asimismo, la mayoría de éstos (51,4%) indicó la “demencia senil” como un tipo de demencia. Este concepto se considera obsoleto y carente de bases científicas e indica la falta de conocimientos actualizados a nivel nacional. A pesar de que las demencias son más frecuentes en personas de edad avanzada, también pueden afectar a personas menores de 65 años (23, 25).

Esta falta de conocimientos actualizados acerca de demencia y la EA es probablemente también la razón porqué el 20% de todos los profesionales de salud encuestados en nuestro estudio (incluyendo el 15% de los médicos) indicaron que la EA no es un tipo de demencia. Este hallazgo es importante y difícil de interpretar, y que sugiere que una proporción notable de profesionales de salud peruanos conceptualizan la demencia y la enfermedad de Alzheimer como entidades distintas y no relacionadas. Efectivamente, el nivel de conocimiento del personal de salud peruano no es el adecuado con respecto a la identificación clínica de demencia y las diferentes causas de demencia.

El 29% de los profesionales de salud encuestados identificó menos de dos factores de riesgo para el desarrollo de EA. Según Ibáñez y col., en el manual de buenas prácticas para el diagnóstico de demencias, para poder identificar los factores de riesgo para desarrollar EA se necesitan tres aspectos fundamentales o pilares que debemos evaluar en la anamnesis: síntomas cognitivos, síntomas conductuales y psicológicos, y las alteraciones funcionales. Además, es importante incluir información de factores de riesgo que contribuyen al deterioro cognitivo (hipertensión, diabetes, traumatismo encéfalo craneano, tabaquismo, etc.) (13). Esto resalta la importancia del conocimiento que deben tener nuestros profesionales de salud sobre la prevención de demencia y el desarrollo de estadios avanzados mediante la identificación oportuna de sus factores de riesgo.

Con respecto al conocimiento sobre el método de diagnóstico de la EA, la mayoría de los profesionales de salud supieron identificar más de cuatro síntomas de la enfermedad, y de este grupo, la mayoría no pudo identificar los procedimientos y pruebas diagnósticas que deben incluirse en la evaluación clínica. Es importante aclarar que en nuestro país existen ocho PCB validadas, entre ellas tenemos a CDT-Mv (clock drawing test, Manos versión), FAB (frontal assessment battery), IFS (INECO frontal screening test), M@T (memory alteration test), PMT (Peruvian money test), ACE (Addenbrooke's cognitive examination), VLOM (verbal-language/orientation-memory ratio), MMSE (minimal state) (29). Sin embargo, estos resultados sugieren que los conocimientos de la EA entre los profesionales de salud peruanos son muy rudimentarios y se basan principalmente en aspectos semiológicos de la enfermedad, si incorporar herramientas modernas de diagnóstico. Esta situación

podría considerarse como un limitante para el diagnóstico oportuno de la EA en el Perú.

El 62.2% de los encuestados indicó no saber cuál es la función de los medicamentos actualmente indicados para personas con EA. Estos resultados son similares a los de otros estudios realizados en Latinoamérica (16)(26). Estos estudios sugieren que el manejo y diagnóstico de demencia y la EA se encuentra limitado por la falta de educación y conocimientos necesarios por parte de los profesionales de salud, así como por la percepción subóptima que los profesionales de salud tienen sobre sus propias habilidades para diagnosticar demencia, la cual influye negativamente en la toma de decisiones y en el diagnóstico oportuno. Esto también lo podemos encontrar en el estudio realizado por Pathak (43) donde refiere que la falla del diagnóstico y tratamiento de demencia se debe principalmente a los siguientes problemas: mala comunicación el diagnóstico, opiniones negativas de la demencia, dificultad para diagnosticarla en etapa temprana, disponibilidad de los especialistas, desconocimiento sobre demencia y el envejecimiento, recursos reducidos, falta de pautas específicas y escaso conocimiento de la epidemiología (43).

## Limitaciones

La principal limitación del estudio fue la selección de participantes, dado que se realizó por selección a conveniencia. Sin embargo, se estableció criterios de inclusión y exclusión que nos permitió disminuir el sesgo de selección. Además, otra limitación fue el desarrollo de una encuesta virtual donde no se pudo identificar correctamente las dudas o inquietudes que los profesionales de salud podían haber tenido durante el desarrollo de ésta. Asimismo, consideramos que el propio instrumento también es una limitación debido a que su adaptación para medir el conocimiento de profesionales de la salud en general no es suficiente. Por otro lado, existió un porcentaje importante de profesionales que se negaron a participar en el estudio o que llenaron la encuesta de manera incompleta, pero dentro de nuestro conocimiento, esta no respondió a ninguna variable en común por lo que no debería resultar en un sesgo de respuestas incrementado.

A pesar de todas estas limitaciones, podemos destacar que nuestro estudio tiene cómo fortaleza el ser un primer estudio que explora en profesionales de la salud los conocimientos más generales sobre enfermedades demenciales. Además que establece un punto de partida para futuros estudios que nos permitan identificar cuáles son las causas del nivel bajo de conocimiento del profesional de salud en el Perú sobre demencia y tener una data de algunos CS de diferentes regiones del país.

## **Conclusiones y recomendaciones**

El nivel de conocimiento entre los diferentes profesionales de salud encuestados en nuestro país acerca de demencia y la EA es bajo.

Los profesionales de salud con postgrado presentaron un nivel de conocimiento mayor.

Los profesionales de salud que se encuentran en provincia presentan un nivel de conocimiento menor a los que se encuentran en Lima.

Los profesionales de salud no se encuentran capacitados para prevenir, diagnosticar ni tratar demencia.

Recomendamos considerar la implementación e inclusión de la demencia como un tema importante dentro de la malla curricular, en los cursos de geriatría y neurología para el entrenamiento para profesionales de la salud, especialmente médicos generales durante pregrado. Además, concientizar a los profesionales de salud sobre la importancia de demencia y enfermedad de Alzheimer. Por otro lado, se podría implementar un plan de estrategia nacional basado en la OMS, donde exista una adecuada coordinación entre los servicios de atención primaria y los especializados, y se reserve los niveles de atención secundarios para el apoyo en el diagnóstico y tratamiento de los casos más complejos. (13)

Finalmente, podría instaurarse capacitaciones de actualización para el personal de salud del primer nivel de atención, para tener un mejor diagnóstico y referencia oportuna de los pacientes con demencia.

## **Conflicto de intereses**

Ninguno declarado.

## Referencias bibliográficas

1. Prince MJ. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia [Internet]. 2015 [citado 19 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>
2. Dubois B, et al. Preclinical Alzheimer's disease: definition, natural history, and diagnostic criteria. *Alzheimer's Dement*. 2016;12(3):292–323
3. Prince MJ. World Alzheimer Report 2016 - Improving healthcare for people living with dementia: Coverage, quality, and costs now and in the future [Internet]. 2016 [citado 19 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2016>
4. Custodio Nilton, Montesinos Rosa, Alarcón Jorge O. Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Rev. Neuropsiquiatr* [Internet]. 2018 oct [citado 2020 Jun 30]; 81(4): 235-249. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972018000400004&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972018000400004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3438>
5. Takizawa C, et al. Epidemiological and economic burden of Alzheimer's disease: a systematic literature review of data across Europe and the United States of America. *J Alzheimer's Dis*. 2015;43(4):1271–84.
6. Custodio N. Dementia prevalence in a Lima, Peru urban community: door-to-door study. 2013; 11
7. Baez S, Ibáñez A. Dementia in Latin America: An Emergent Silent Tsunami. *Front Aging Neurosci*. 2016; 8:253.

8. Fox C, Lafortune L, Boustani M, Brayne C. The pros and cons of early diagnosis in dementia. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. Julio de 2013;63(612): e510-512.
9. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K, et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol*. Setiembre de 2008;7(9):812-26.
10. Maestre, G., Mena, L. J., Melgarejo, J., Aguirre, D., Pino, G., Urribarrí, M., . . . Scarmeas, N. (2018) Incidence of dementia in elderly Latin Americans: results of the Maracaibo Aging Study. *Alzheimer's Dement*. 14(2), 140–7. doi: 10.1016/j.jalz.2017.06.2636
11. Mascayano, F., Tapia, T. y Gajardo, J. (2015) Estigma hacia la demencia: una revisión Stigma towards dementia: a review. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 53(3), 187–95. doi: 10.4067/S0717- 92272015000300006
12. Custodio N, Wheelock A, Thumala D, Slachevsky A. Dementia in Latin America: Epidemiological Evidence and Implications for Public Policy. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 13 de julio de 2017 [citado 19 de noviembre de 2019];9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5508025/>
13. Ibañez A, Slachevsky A, Serrano C. Manual de buenas prácticas para el diagnóstico de demencias. Fundación INECO. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Ibanez-ASlachevsky-A-Serrano-C.-Manual-de-Buenas-Practicas-para-el-diagnostico-dedemencia.pdf>

14. Gleichgerrcht E, Flichtentrei D, Manes F. How much do physicians in Latin America know about behavioral variant frontotemporal dementia? *J Mol Neurosci* MN. noviembre de 2011;45(3):609-17.
15. Custodio N, Becerra-Becerra Y, Cruzado L, Castro-Suárez S, Montesinos R, Bardales Y, et al. Nivel de conocimientos sobre demencia frontotemporal en una muestra de médicos que evalúan regularmente a pacientes con demencia en Lima-Perú. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* V56 N2 2018 [Internet]. 25 de abril de 2019 [citado 19 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://revistaschilenas.uchile.cl/handle/2250/63976>
16. Parra MA, Baez S, Allegri R, Nitrini R, Lopera F, Slachevsky A, et al. Dementia in Latin America: Assessing the present and envisioning the future. *Neurology*. 30 de 2018;90(5):222-31.
17. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement J Alzheimers Assoc*. enero de 2013;9(1):63-75.e2.
18. Libre Rodriguez JJ, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet Lond Engl*. 9 de Agosto de 2008;372(9637):464-74.
19. Santacruz KS, Swagerty D. Early diagnosis of dementia. *Am Fam Physician*. 15 de febrero de 2001;63(4):703-13, 717-8.
20. WHO | Dementia: a public health priority [Internet]. WHO. [citado 19 de noviembre de 2019]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/)

21. Wu Y-T, Fratiglioni L, Matthews FE, Lobo A, Breteler MMB, Skoog I, et al. Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making. *Lancet Neurol.* enero de 2016;15(1):116-24.
22. Richly P, Oneill S, Flichtentrei D, Lopez P. How are medics approaching people with dementia in Latin America? *Int Psychogeriatr.* 16 de Julio de 2019;1-2.
23. Serrano, C., Sorokin, P. y Taragano, F. (2014) Ethical considerations regarding the communication of diagnosis of prodromal Alzheimer's disease. *Vertex*, 25(114):99-110.
24. NICE guideline (2018). Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their careers. Disponible en línea desde junio de 2018
25. van Hout, H. P. J., Vernooij-Dassen, M., Jansen, D. y Stalman, W. (2006) Do general practitioners disclose correct information to their patients suspected of dementia and their caregivers? A prospective observational study. *Aging Ment Heal.* 10(2), 151–5.
26. Olavarría Loreto, Mardones Cristóbal, Delgado Carolina, Slachevsky Ch Andrea. Percepción de conocimiento sobre las demencias en profesionales de la salud de Chile. *Rev. méd. Chile [Internet].* 2016 oct [citado 2021 Ene 04]; 144(10):1365-1368. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872016001000019&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001000019&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001000019>.

27. Hansen, E., Hughes, C., Routley, G. y Robinson, A. (2008) General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: Factors impacting on early diagnosis. *Soc Sci Med.* 67(11), 1776–83. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.020
  
28. Ruiz Adame Reina, Manuel. El papel del psicólogo en la enfermedad de Alzheimer. *Papeles del Psicólogo* [Internet]. 2000; (76):3-8. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807602>
  
29. Custodio Nilton, Herrera-Pérez Eder, Montesinos Rosa, Lira David, Metcalf Tatiana. Brief cognitive tests validated in Peru for detection of cognitive impairment A systematic mapping of the scientific literature. *Dement. neuropsychol.* [Internet]. 2020 June [cited 2021 Mar 03]; 14(2): 134-144. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1980-57642020000200134&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642020000200134&lng=en). Epub June 12, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-020006>.
  
30. R.I. Bosch-Bayard, J.J. Llibre-Rodríguez, A. Fernández-Seco, C. Borrego-Calzadilla, M.R. Carrasco-García, T. Zayas-Llerena, et al. Cuba's strategy for alzheimer disease and dementia syndromes. *MEDICC Rev.*, 18 (2016), pp. 9-13
  
31. Bradford, A., Kunik, M., Schulz, P., Williams, S. y Singh, H. (2009) Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 23(4):306–14. doi: 10.1097/WAD.0b013e3181a6bebc

32. Jacinto, A., Brucki, S., Porto, C., Martins, M. y Nitrini, R. (2011) Detection of cognitive impairment in the elderly by general internists in Brazil. *Clinics*. 66(8), 1379–84. doi: 10.1590/s1807-59322011000800012
33. Pentzek, M., Wollny, A., Wiese, B., Jessen, F., Haller, F., Maier, W., Fuchs, A. (2009) Apart from nihilism and stigma: what influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia? *Am J Geriatr Psychiatry*. 17(11), 965–75. doi:10.1097/JGP.0b013e3181b2075e
34. Carrion, C., Folkvord, F., Anastasiadou, D. y Aymerich, M. (2018) Cognitive therapy for dementia patients: a systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 46(1–2), 1–26. doi:10.1159/000490851
35. Saxena, S., Wortmann, M., Acosta, D., Prince, M., Krishnamoorthy, E. (eds.) (2018). *Towards a dementia plan: a WHO guide*. Geneva: World Health Organization
36. Alonso, B., Antonio, M., Casla, J., Orosco, B. *Protocolo de intervención psicológica*. Instituto de Adicciones de Madrid Salud. 2016. Disponible en: [https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/protocolo\\_psicologico.pdf](https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/protocolo_psicologico.pdf)
37. Grupo de trabajo. *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. [versión resumida]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS N.º 2009/07*.

38. Kaduszkiewicz, H., Bachmann, C. y van den Bussche, H. (2008) Telling “the truth” in dementia-Do attitude and approach of general practitioners and specialists differ? *Patient Educ Couns.* 70(2), 220–6. doi: 10.1016/j.pec.2007.10.010
  
39. Gabriel Coll de Tuero, Josep Garre-Olmo, Secundí Lòpez-Pousa, Joan Vilalta, Ester Limon, Carmen Caja. Percepción, actitudes y necesidades de los profesionales de atención primaria con relación al paciente con demencia, *Atención Primaria*, Volume 43, Issue 11, 2011, Pages 585-594, ISSN 0212-6567. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.015>.
  
40. Gajardo, J., and Abuseleme, T. (2016). Plan nacional de demencias: antecedentes globales y síntesis de la estrategia chilena. *Rev. Med. Clin. Condes* 27, 286–296. doi: 10.1016/j.rmclc.2016.06.003
  
41. Custodio Nilton, Wheelock Ana, Thumala Daniela, Slachevsky Andrea. Dementia in Latin America: Epidemiological Evidence and Implications for Public Policy. *Frontiers in Aging Neuroscience*. Vol. 9. 2017. Pag. 221. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fnagi.2017.00221>
  
42. Phillips, J., Pond, C., Paterson, N., Howell, C., Shell, A., Stocks, N., . . . Marley, J. (2012) Difficulties in disclosing the diagnosis of dementia: A qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract.* 62(601), 546–53. doi: 10.3399/bjgp12X653598
  
43. Pathak K, Montgomery A. General Practitioners’ knowledge, practices, and obstacles in the diagnosis and management of dementia. *Aging Ment Health* 2015; 19 (10): 912-20.

44. Perry, M., Drašković, I., Lucassen, P., Vernooij-Dassen, M., van Achterberg, T. and Rikkert, M.O. (2011), Effects of educational interventions on primary dementia care: A systematic review. *Int. J. Geriat. Psychiatry*, 26: 1-11. <https://doi.org/10.1002/gps.2479>
45. Gill Livingston, Jonathan Huntley, Andrew Sommerlad, David Ames, Clive Ballard, Sube Banerjee, Carol Brayne, Alistair Burns, Jiska Cohen-Mansfield, Claudia Cooper, Sergi G Costafreda, Amit Dias, Nick Fox, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Mika Kivimäki, Eric B Larson, Adesola Ogunniyi, Vasiliki Orgeta, Karen Ritchie, Kenneth Rockwood, Elizabeth L Sampson, Quincy Samus, Lon S Schneider, Geir Selbæk, Linda Teri, Naaheed Mukadam. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet Commissions. Lancet* 2020; 396: 413–46. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
46. Parra, MA, Baez, S, Sedeño, L, et al. Dementia in Latin America: Paving the way towards a regional action plan. *Alzheimer's Dement.* 2021; 17: 295– 313. <https://doi.org/10.1002/alz.12202>

## Anexos

**Tabla 1. Características de los profesionales de salud encuestado y nivel de conocimiento sobre enfermedad de Alzheimer**

	Fr (%)	Respuestas correctas X (DS)	p
<b>Age*</b>	41.5 (11.8)	6.6 (2.3)	0.045
<b>Sexo</b>			0.039
Masculino	519 (69.5)	6.5 (0.1)	
Femenino	229 (30.5)	6.9 (0.2)	
<b>Sitio de estudio</b>			-
Centro Médico Naval	83 (11.1)	7.7 (2.0)	
Clínica Centenario Peruano Japonesa	9 (1.2)	7.0 (0.7)	
Collique	15 (2.0)	6.9 (1.4)	
Hospital María Auxiliadora	65 (8.7)	6.5 (2.2)	
Hospital Cayetano Heredia	39 (5.2)	7.5 (2.5)	
Lima	258 (34.5)	6.6 (2.3)	
Padomi	50 (6.7)	6.3 (2.6)	
Total Care (OncoSalud)	39 (5.2)	6.5 (2.4)	
Red asistencial Moyobamba EsSalud de Rioja	28 (3.7)	6.8 (2.7)	
Centros de Salud de Atención Primaria de Tacna	17 (2.3)	6.8 (2.4)	
Hospital de Chulucanas de Piura	50 (6.7)	5.6 (1.8)	
Hospital Belén de Trujillo	95 (12.7)	6.2 (2.3)	
<b>Profesión</b>			
Médico	311 (41.6)	7.3 (2.2)	
Enfermera	163 (21.8)	6.2 (2.4)	
Técnico de enfermería	211 (28.2)	6.1 (2.2)	
Odontólogo	19 (1.6)	6.8 (0.9)	
Obstetra	14 (1.9)	6.1 (1.7)	
Psicólogo	22 (2.9)	7.3 (2.0)	
Nutricionista	5 (0.7)	7.2 (1.1)	
Terapeuta físico	3 (4.0)	4.3 (1.5)	
<b>Número de años ejerciendo</b>			0.017
<10 años	403 (53.9)	6.6 (0.1)	
> 10 años	345 (46.1)	6.7 (0.1)	
<b>Autopercepción de capacidad para diagnóstico</b>			0.000 <sup>o</sup>
No	544 (72.8)	6.2 (0.1)	
Si	204 (27.2)	7.7 (0.2)	
<b>Método de capacitación</b>			
No aplica	534 (71.4)	6.3 (2.1)	
Instituto	42 (5.6)	7.1 (2.2)	
Pregrado	88 (11.8)	7.1 (2.4)	

Posgrado	53 (7.1)	8.9 (1.7)	
Otro	31 (4.1)	7.2 (2.6)	
<b>Atiende pacientes con demencia</b>			0.000 <sup>o</sup>
No	473 (63.2)	6.3 (0.1)	
Si	275 (36.8)	7.2 (0.1)	
<b>Número de pacientes que atiende</b>			0.003 <sup>o</sup>
<5	640 (85.6)	6.5 (0.1)	
>5	108 (14.4)	7.2 (0.3)	

\*Median (IQR), Regression; <sup>o</sup>p<0.008 (corrected significance level with Bon Ferroni)

**Tabla 2. Características y nivel de conocimiento sobre enfermedad de Alzheimer en médicos**

	Fr (%)	Respuestas correctas X (DS)	p
<b>Age*</b>	40.7 (11.8)	7.3 (2.2)	0.172
<b>Sexo</b>			0.015
Masculino	133 (42.8)	7.6 (0.2)	
Femenino	178 (57.2)	7.1 (0.2)	
<b>Sitio de estudio</b>			-
Centro Médico Naval	44 (14.2)	8.0 (1.9)	
Clínica Centenario Peruano Japonesa	5 (1.6)	8.0 (1.9)	
Collique	0 (0.0)	0.0 (0.0)	
Hospital María Auxiliadora	40 (12.9)	7.3 (2.1)	
Hospital Cayetano Heredia	22 (7.1)	8.2 (2.6)	
Lima	80 (25.7)	7.3 (2.0)	
Padomi	28 (9.0)	7.6 (2.2)	
Hospital de Chulucanas de Piura	26 (8.4)	5.6 (2.0)	
Red asistencial Moyobamba		6.4 (3.2)	
EsSalud de Rioja	8 (2.6)		
Centros de Salud de Atención Primaria de Tacna	5 (1.6)	8.6 (1.1)	
Total Care (OncoSalud)	2 (0.6)	10.5 (0.7)	
Hospital Belén de Trujillo	51 (16.4)	6.9 (2.3)	
<b>Número de años ejerciendo</b>			0.021
<10 años	169 (54.3)	7.2 (0.2)	
> 10 años	142 (45.7)	7.4 (0.2)	
<b>Autopercepción de capacidad para diagnóstico</b>			0.000 <sup>o</sup>
No	190 (61.1)	6.6 (0.1)	
Si	121 (38.9)	8.3 (0.2)	
<b>Método de capacitación</b>			
No refiere	185 (59.5)	6.6 (2.0)	
Instituto	12 (3.9)	8.5 (1.6)	
Pregrado	65 (20.9)	7.5 (2.3)	
Posgrado	41 (13.1)	9.0 (1.7)	
Otros	8 (2.6)	9.4 (2.4)	
<b>Atiende pacientes con demencia</b>			0.000 <sup>o</sup>
No	175 (56.3)	6.7 (0.2)	
Si	136 (43.7)	8.0 (0.2)	
<b>Número de pacientes que atiende</b>			0.000 <sup>o</sup>
<5	245 (78.8)	6.9 (0.1)	
>5	66 (21.2)	8.6 (0.2)	

\*Median (IQR), Regression; <sup>o</sup>p<0.008 (corrected significance level with Bon Ferroni)

**Tabla 3A. Respuestas de los profesionales de salud a las preguntas sobre enfermedad de Alzheimer.**

Profesión	Fr (%)	¿Qué tipos de demencia conoce?		¿La EA es un tipo de demencia?		¿Qué Factores de Riesgo de EA conoce?		¿Qué síntomas de EA conoce?	
		Ninguno	≥1	No	Si	≤2	>2	≤4	>4
Médico	311 (41.6)	222 (71.4)	89 (28.6)	46 (14.8)	265 (85.2)	88 (28.3)	223 (71.7)	269 (13.5)	311 (86.5)
Enfermera	163 (21.8)	131 (80.4)	32 (19.6)	38 (23.3)	125 (76.7)	50 (30.7)	113 (69.3)	47 (28.8)	116 (71.2)
Técnico de enfermería	211 (28.2)	164 (77.7)	47 (22.3)	47 (22.3)	164 (77.7)	62 (29.4)	149 (70.6)	59 (28.0)	152 (72.0)
Odontólogo	19 (1.6)	12 (58.3)	7 (41.7)	4 (8.3)	15 (91.7)	5 (26.3)	14 (73.7)	3 (15.8)	16 (84.2)
Obstetra	14 (1.9)	13 (92.9)	1 (7.1)	6 (42.9)	8 (57.1)	2 (14.3)	12 (85.7)	3 (21.4)	11 (78.6)
Psicólogo	22 (2.9)	14 (63.6)	8 (36.4)	2 (9.1)	20 (90.9)	6 (27.3)	16 (72.7)	6 (27.3)	16 (72.7)
Nutricionista	5 (0.7)	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	5 (100.0)
Terapeuta físico	3 (0.4)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)
<b>Total (100)</b>	<b>748</b>	<b>562 (75.1)</b>	<b>186 (24.9)</b>	<b>146 (19.5)</b>	<b>602 (80.5)</b>	<b>215 (28.7)</b>	<b>533 (71.3)</b>	<b>162 (21.7)</b>	<b>586 (78.3)</b>

**Tabla 3B. Respuestas de los profesionales de salud a las preguntas sobre enfermedad de Alzheimer.**

Profesión	¿Qué debería incluir la evaluación inicial de EA?		¿Las PCB permiten el dx precoz de EA?		¿Cuáles PCB conoce?		¿Es posible el diagnóstico definitivo de EA?		¿Cómo se obtiene el diagnóstico definitivo de EA?		¿Cuál es la función del tratamiento de EA?	
	≤2	>2	No	Si	Ninguno	≥1	No	Si	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto
Médico	171 (45.0)	311 (55.0)	195 (37.3)	311 (62.7)	112 (64.0)	311 (36.0)	181 (41.8)	311 (58.2)	83 (73.3)	311 (26.7)	98 (68.5)	311 (31.5)
Enfermera	92 (56.4)	71 (43.6)	76 (46.6)	87 (53.4)	129 (79.1)	34 (20.9)	88 (54.0)	75 (46.0)	145 (89.0)	18 (11.0)	101 (62.0)	62 (38.0)
Técnico de enfermería	146 (69.2)	65 (30.8)	104 (49.3)	107 (50.7)	171 (81.0)	40 (19.0)	126 (59.7)	85 (40.3)	203 (96.2)	8 (3.8)	110 (52.1)	101 (47.9)
Odontólogo	14 (75.0)	5 (25.0)	15 (83.3)	4 (16.7)	17 (91.7)	2 (8.3)	6 (33.3)	13 (66.7)	19 (100.0)	0 (0.0)	13 (66.7)	6 (33.3)
Obstetra	6 (42.9)	8 (57.1)	5 (35.7)	9 (64.3)	13 (92.9)	1 (7.1)	6 (42.9)	8 (57.1)	14 (100.0)	0 (0.0)	11 (78.6)	3 (21.4)
Psicólogo	13 (59.1)	9 (40.9)	9 (40.9)	13 (59.1)	5 (22.7)	17 (77.3)	10 (45.5)	12 (54.6)	20 (90.9)	2 (9.1)	13 (59.1)	9 (40.9)
Nutricionista	5 (100.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	4 (80.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (60.0)
Terapeuta físico	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)
<b>Total</b>	419 (56.0)	329 (44.0)	330 (44.1)	418 (55.9)	542 (72.5)	206 (27.5)	371 (49.6)	377 (50.4)	637 (85.2)	111 (14.8)	465 (62.2)	283 (37.8)

**Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre enfermedad de Alzheimer por parte de los profesionales de la salud, dividido por dominios.**

Profesión	Fr (%)	Generalidades X (DS)	Manejo diagnóstico X(DS)	Tratamiento X (DS)
Médico	311 (41.6)	4.6 (1.2)	2.4 (1.5)	0.3 (0.5)
Enfermera	163 (21.8)	4.1 (1.3)	1.7 (1.4)	0.4 (0.5)
Técnico de enfermería	211 (28.2)	4.1 (1.3)	1.4 (1.3)	0.5 (0.5)
Odontólogo	19 (1.6)	5.3 (0.7)	1.2 (0.9)	0.3 (0.5)
Obstetras	14 (1.9)	4.1 (1.3)	1.9 (0.8)	0.2 (0.4)
Psicólogo	22 (2.9)	4.5 (1.5)	2.4 (1.0)	0.4 (0.5)
Nutricionista	5 (0.7)	5.2 (0.4)	1.4 (0.9)	0.6 (0.5)
Terapista físico	3 (0.4)	2.7 (2.1)	1.7 (0.6)	0.0 (0.0)
<b>Total (100)</b>	748	4.3 (1.3)	1.9 (1.4)	0.4 (0.5)



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL ACADÉMICA DE CARRERA No. 148 - DACMH-DAFCS-U. CIENTIFICA-2021**

Lima, 01 de marzo del 2021

**VISTO:**

El informe de revisión independiente académica y la aprobación de un Comité de Ética del proyecto de tesis titulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PROFESIONALES DE SALUD SOBRE DEMENCIA EN PERÚ".

**CONSIDERANDO:**

Que, de acuerdo al Reglamento General de la Universidad Científica del Sur y el reglamento y Procedimientos de trabajos de Investigación para obtener el **Título Profesional de Médico Cirujano**.

Que, de acuerdo a la normativa vigente de la Universidad Científica del Sur, en uso de las atribuciones conferidas al Director Académico de la Carrera.

**SE RESUELVE:**

**ART. 1° Aprobar**, en vías de regularización e inscribir el proyecto de tesis titulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PROFESIONALES DE SALUD SOBRE DEMENCIA EN PERÚ", presentado por el alumno **RAFHAEL JUNIOR AGUIRRE PEREZ** con N° de registro: **336-2020-PRE15**.

**ART. 2° Nombrar** al Docente Carlos Alva Díaz, como asesor para el desarrollo de la tesis en cuestión.

Regístrese, comuníquese y archívese.



**Mg. JORDI GRAU MONGE**  
Director Académico  
Carrera de Medicina Humana



c.c. Archivo

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN**



**CONSTANCIA N° 350-CIEI-CIENTÍFICA-2020**

El presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Científica del Sur (CIEI-CIENTÍFICA) da constancia que el proyecto de investigación, cuyos datos se registran a continuación, ha sido **aprobado** por el CIEI-CIENTÍFICA.

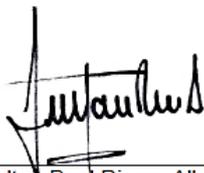
Código de registro: **336-2020-PRE15**  
 Título: **Nivel de conocimiento de profesionales de salud sobre demencia en Perú**  
 Investigador(a): **Rafhael Junior Aguirre Perez  
 Alexis Adali Bello Landa**

La aprobación del proyecto de investigación implica que el documento presentado a evaluación cumple con los lineamientos de Universidad en materia de investigación y ética, los cuales se sustentan en la normativa internacional vigente. Adicionalmente, en el contexto de la pandemia de enfermedad por COVID-19, le recomendamos cumplir con las normas publicadas por el estado peruano (accesos, medidas de bioseguridad, etc.) y tener los permisos de las instituciones en las que realizará el estudio antes de ejecutarlo.

En tal sentido, esta aprobación carecerá de valor si es que el proyecto de investigación arriba indicado es modificado de cualquier forma. Toda enmienda, añadido, eliminación o eventualidad (eventos adversos, etc.) posterior a la fecha de aprobación debe ser reportado al CIEI-CIENTÍFICA.

La vigencia de la aprobación de este documento es de dieciocho (18) meses (**hasta el 15 de mayo del 2022**), periodo en el que puede desarrollarse el proyecto. Cualquier trámite para su renovación deberá ser enviado antes del término de la vigencia de este documento, debiendo suspenderse todo desarrollo hasta que la renovación sea aprobada. La presente aprobación será ratificada en la sesión del CIEI más próxima.

Villa El Salvador, 16 de noviembre de 2020




Mg. Fulton Paul Rivera Albinagorta  
 Presidente  
 Comité Institucional de Ética en Investigación

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN  
INVESTIGACIÓN



### Constancia

Luego de la revisión de la solicitud, el presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Científica del Sur (CIEI-CIENTÍFICA) hace constar que el CIEI-CIENTÍFICA **tomó conocimiento** de la información remitida en el(los) siguiente(s) documento(s) del proyecto de investigación que se detalla a continuación:

Código de registro: **336-2020-PRE15**

Título: **Nivel de conocimiento de profesionales de salud sobre demencia en Perú**

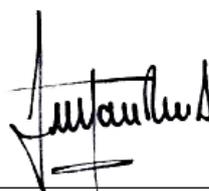
Investigador(es): **Rafhael Junior Aguirre Perez  
Alexis Adali Bello Landa**

Constancia de aprobación: **Constancia N° 350-CIEI-CIENTÍFICA-2020**

La **toma de conocimiento** corresponde a:

1. **Retiro de autor (tesista) del proyecto de investigación.** Se retira al tesista **Alexis Adali Bello Landa**, quien figuraba en la constancia de aprobación emitida con anterioridad como en la caratula del proyecto inicial. Sin embargo voluntariamente no continuará en calidad de autor del proyecto.

Lima, 1 de marzo del 2021




Mg. Fulton Paul Rivera Albinagorta  
Presidente  
Comité Institucional de Ética en Investigación