



Artículo de reflexión

## Una reflexión sobre las actitudes hacia la enfermedad de Alzheimer

### A reflection on attitudes towards Alzheimer's disease

Ximena Palacios-Espinosa<sup>a</sup>  
Jenny Fernanda Vargas<sup>a</sup>  
María Paula Calle<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Programa de Psicología, Universidad del Rosario, Bogotá DC, Colombia.

#### RESUMEN

**Introducción:** La enfermedad de Alzheimer (EA) se considera como una afección crónica con alta prevalencia a nivel mundial. Su sintomatología, el impacto que genera en el funcionamiento de la persona y los cambios que causa en su red de apoyo social, han llevado a que sea un tema de amplio interés para la investigación. La idea de desarrollar la EA y convivir con ella genera diversas actitudes, es decir la tendencia a asumir una posición en favor o en contra. **Objetivos:** reflexionar sobre las actitudes hacia la EA, a partir de los hallazgos obtenidos en una revisión de la literatura publicada entre 2000 y 2020. **Resultados:** se encontraron diversas creencias hacia la EA en relación con su etiología, curso y tratamiento, así como el predominio de sentimientos y emociones negativos hacia ella. Llama la atención las conductas dirigidas a buscar la prevención de esta enfermedad. **Conclusiones:** se reflexiona sobre la relevancia y la pertinencia de considerar la evaluación de las actitudes en los contextos de salud.

**Palabras clave:** actitudes, conocimientos, creencias, emociones, conductas, enfermedad de Alzheimer.

© 2021 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.  
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

**Historia del artículo:**  
Fecha recibido: julio 14 de 2020  
Fecha aceptado: junio 6 de 2021

**Autor para correspondencia.**  
Ximena Palacios-Espinosa:  
[ximena.palacios@urosario.edu.co](mailto:ximena.palacios@urosario.edu.co)

**DOI**  
10.31260/RepertMedCir.01217372.1094

## ABSTRACT

**Introduction:** Alzheimer's disease (AD) is considered a chronic condition with high prevalence worldwide. Its symptomatology, the impact it causes on patient's ability to function and the negative changes in his or her social support network have made it a very interesting topic for research. The idea of developing AD and living with it give rise to diverse attitudes, that is, the tendency to take a stance in favor of or against AD. This article aims to make a reflection on the attitudes towards AD, based on the findings obtained in a review of the literature published between 2000 and 2020. **Results:** we found various beliefs regarding AD, related with its etiology, course and treatment, as well as the predominance of negative feelings and emotions towards it. Our attention is caught by the behaviors aimed at seeking developments in its prevention. **Conclusions:** we reflect on the relevance and pertinence of considering the evaluation of attitudes in the contexts of health.

**Key words:** attitudes, knowledge, beliefs, emotions, behaviors, Alzheimer's disease.

© 2021 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## INTRODUCCIÓN

Vejez, enfermedad neurológica, pérdida, sufrimiento<sup>1</sup>, pérdida de interés, soledad, incapacidad, miedo, disminución de funciones, pérdida de memoria, son todas las palabras que con frecuencia se asocian con las demencias.<sup>2,3</sup> Para 2015 había cerca de 47 millones de personas con demencia en el mundo y el pronóstico indica que esta cifra se multiplicará en las siguientes décadas hasta alcanzar más de 130 millones en 2050. El continente americano fue la tercera región en prevalencia con 9.4 millones de casos, superada por Europa (10.5 millones) y Asia (22.9 millones).<sup>4</sup> La enfermedad de Alzheimer (EA) es la demencia más conocida entre la población general y se le considera una afección crónica<sup>5</sup>, con alto impacto físico, psicosocial y económico<sup>5,6</sup> que genera miedo de convertirse una carga para los demás.<sup>7,8</sup> Ser el tipo de mayor prevalencia (60-70%)<sup>5</sup> ha favorecido que la EA se haya popularizado y aquello que antes era desconocido, en la actualidad representa temor para la población en general<sup>1</sup>, que no resulta infundado si se consideran los siguientes aspectos: a) como la muerte, el envejecimiento es inevitable, irreversible y universal; b) la probabilidad de que la EA se produzca en la vejez es más alta que en cualquier otro momento de la adultez<sup>9</sup>, c) el enlentecimiento de las respuestas es una característica del proceso de envejecimiento y por lo tanto el deterioro cognitivo puede presentarse<sup>10-12</sup>; las altas tasas de enfermedades crónicas son una realidad mundial; d) la EA entre otras es de curso crónico y dado el aumento en la esperanza de vida de los seres humanos<sup>13</sup>, es posible que también se incremente su presentación<sup>14</sup>, en especial en mujeres<sup>15</sup> y e) la genética adquiere cada vez mayor claridad sobre los mecanismos de transmisión de ciertas enfermedades y la EA, aún si es de tipo esporádico, cuenta con un antecedente familiar significativo.<sup>16,17</sup> De acuerdo con lo anterior, la EA ha sido objeto de diversidad de actitudes que han interesado históricamente a distintos autores y se han propuesto múltiples modelos teóricos para explicarlas. Las actitudes pueden entenderse como una

organización de creencias y cogniciones duraderas a través del tiempo y con una carga afectiva, de valencia positiva o negativa en referencia a un objeto social en particular, que predispone a una acción coherente con las creencias y emociones hacia dicho objeto.<sup>18</sup> Las actitudes se dirigen a un objeto social, son creencias y cogniciones organizadas; con carga afectiva que denotan estar a favor o en contra, que predisponen para la acción. Su estructura implica un componente afectivo (sentimientos, emociones); uno cognoscitivo (creencias, asociaciones percibidas entre el objeto actitudinal y sus atributos) y uno comportamental (intenciones comportamentales o comportamientos efectivos).<sup>18</sup> El último reporte mundial sobre la EA<sup>19</sup> realizado en 155 países con más de 70.000 participantes, está enfocado en las actitudes hacia la demencia. Este documento resalta que 2 de cada 3 personas consideraron que esta es un resultado natural, esperable, del proceso de envejecimiento; 1 de cada 4 personas pensaron que no hay manera de prevenirla; 54% dijeron que los estilos de vida contribuyen al desarrollo de la demencia; 91% estimaron que cuando alguien es diagnosticado con demencia no debería esconderse y 95% de los participantes creyeron que la desarrollarían en algún momento de su vida. Previamente, en 2012, este reporte mundial estuvo dedicado a la estigmatización de la demencia<sup>20</sup>, lo que demuestra la necesidad de contemplar estos temas de tipo social en el estudio y la comprensión de las enfermedades, de manera específica en las demencias. De hecho, tanto la estigmatización como la exclusión social, estrechamente vinculadas con las actitudes, son barreras tanto para las personas afectadas por la enfermedad como para sus cuidadores formales e informales.

**Las actitudes hacia la EA**

La presente reflexión sobre las actitudes hacia la EA, emerge a partir de una revisión de la literatura publicada en bases de datos científicas entre 2000 y 2020. Los resultados

obtenidos suscitaron preguntas acerca de la importancia que pueden tener las actitudes en la práctica profesional de quienes trabajan con pacientes que la sufren. En consonancia con los componentes de las actitudes antes mencionados, la literatura revisada muestra la existencia de algunas creencias sobre la etiología de la EA en cuanto a factores ajenos al control de la persona<sup>21</sup>, otros relacionados con el comportamiento<sup>22-26</sup>, enfermedades o alteraciones fisiológicas<sup>27-31</sup> (**tabla 1**), curso y características de esta entidad.

En relación con la creencia de que el envejecimiento es un factor etiológico de la EA, un estudio realizado en 2020 por Algahtani y col. mostró que más de 60% de sus participantes aducían que la EA afecta a los adultos mayores.<sup>28</sup> En este mismo estudio y en el de Jang y col. publicado en 2018, hallaron que cerca de 50% de sus participantes consideraron que la EA era una parte normal del envejecimiento<sup>32</sup>; mientras que en el de Algahtani y col. 23,2% consideraron que afectaba a personas de todas las edades. También se cree que la EA se caracteriza por ser contagiosa<sup>33</sup>; una forma benigna de demencia cuya progresión puede detenerse con la acción de fármacos anti Alzheimer<sup>34</sup> y que es un tipo de locura.

En cuanto al curso de la enfermedad, se encontró que las personas creen que la EA produce temblor en las manos<sup>28</sup> y afecta la memoria<sup>28</sup>, pero no los dominios psicosocial y físico.<sup>33</sup> Algunos artículos muestran en lo referente a la prevención y el tratamiento, se piensa que la EA es

prevenible<sup>35</sup> mediante la actividad social<sup>23</sup>, el consumo de algunos medicamentos o vitaminas<sup>36,37</sup>, el uso de hierbas o la adopción de estilos de vida más saludable<sup>38</sup>, a través de la oración e incluso se espera el descubrimiento de regímenes de tratamiento efectivos. Sin embargo, también está el pensamiento de que no hay nada que prevenga la EA, que bien puede estar fundamentada en el conocimiento pero que da lugar a actitudes negativas hacia esta enfermedad.

En lo relativo a los conocimientos sobre la EA, se encontró que pueden ser erróneos y se encuentran sesgados por las experiencias previas.<sup>39,40</sup> En contraposición a lo anterior, otros autores señalaron que hay conocimientos adecuados sobre los cambios en la memoria producidos por la enfermedad<sup>41-44</sup>, pero que existe una deficiencia en cuanto al curso y los factores de predisposición. Por ejemplo, la gente sabe que a largo plazo la EA conlleva a una pérdida de la independencia.<sup>45</sup>

Este componente cognitivo de las actitudes hacia la EA, se encuentra influido por antecedentes y aspectos sociodemográficos de las personas como: a) el género; b) la edad, siendo esta un factor para considerar la enfermedad como parte del proceso de envejecimiento o como consecuencia de un estilo de vida en particular<sup>35,42</sup>; c) el nivel educativo; d) el grupo étnico<sup>30,36,37</sup> y e) el estatus socioeconómico, como determinante para atribuir las causas a aspectos psicosociales (familia, desempleo, problemas en la infancia, entre otros) o religiosos (suerte, destino, falta de fe, entre otros).<sup>46</sup> Estos últimos contribuyen a la culpabilización

**Tabla 1.** Creencias sobre etiología de la EA

Creencia	
Factores ajenos al control de la persona	La EA es causada por: - voluntad de Dios (21) - destino(22) - genética(23) - envejecimiento(24) - sustos(25) - experiencias de alto impacto emocional (traumáticas)(25)
Factores relacionados con el comportamiento	La EA es causada por: - estilos de vida no saludables - baja actividad cognitiva(26) - el aislamiento social(22) - pensar mucho(25)
Enfermedades o alteraciones fisiológicas	La EA es causada por: - eventos cerebrovasculares o mini-ictus(27) - enfermedad cerebral(28) - fallas químicas en el cerebro(29) - efectos de medicamentos recibidos antes de la aparición de la EA(30) - estrés(25,31)
Otros factores	La EA es causada por: - tristeza(25) - bajos niveles educativos(26)

Fuente: los autores.

de las personas por tener la enfermedad.<sup>29,29,37</sup> También el componente emocional, en el que se describen emociones y sentimientos de la gente hacia la EA, mostró estar asociado con variables sociodemográficas como edad<sup>29,31,40</sup>, género<sup>29</sup>, grupo étnico, nivel educativo<sup>36,40</sup>, estatus socioeconómico<sup>29,32</sup> y las experiencias previas con esta afección.<sup>47</sup>

Predominan en la literatura disponible sobre este componente actitudinal, vergüenza, desconcierto, miedo a la exclusión<sup>20,48</sup>, tristeza<sup>42,49,50</sup>, ira<sup>50</sup>, aislamiento<sup>42,49</sup>, miedo<sup>22,51,52</sup> y percepción de amenaza.<sup>51</sup> El estudio de A Wang y col. realizado hace poco en Asia (China, India y Malasia), mostró que este miedo a la EA es mayor en las mujeres, en quienes viven en zona urbana y los que tienen empleo y son profesionales. También se han reportado sentimientos de preocupación<sup>22,51</sup> por el estrés que el cuidado de alguien con EA puede causar a la familia, el impacto de la pérdida de memoria, la incertidumbre de desarrollar EA y un miedo mayor a sufrirlo frente a otras enfermedades<sup>51</sup> y la aparición de algunos síntomas.<sup>40</sup> De hecho, el estudio de Cuadrado y col. muestra que los estereotipos y prejuicios hacia la EA se asocian en especial con los síntomas negativos, desagradables, que se presentan como parte del curso de la entidad.<sup>51</sup> La estigmatización hacia la EA es un tema en el que se intersectan cogniciones, emociones y características propias del individuo y el contexto.<sup>53-55</sup>

En lo referente a las conductas relacionadas con la EA, se encontró que las personas estarían dispuestas a buscar ayuda al recibir el diagnóstico<sup>49</sup>; se comprometerían con actividades de estimulación cerebral con el fin de prevenirla<sup>23,37</sup> y consumirían fármacos anti Alzheimer<sup>34</sup> así no se haya demostrado que esas actividades prevengan por completo el desarrollo de EA.<sup>49</sup>

#### **¿Cómo interactúan estos componentes y definen las actitudes hacia la EA?**

Cogniciones (creencias y conocimiento), emociones y conductas interactúan definiendo las actitudes hacia la EA. Las personas que tienen creencias acerca de las formas de prevenirla (actividades de estimulación cerebral, evitar el estrés y mantenerse activo) tienden a culparse o incriminar a otros por desarrollarla.<sup>23</sup> Las creencias respecto a las causas que se atribuyen al desarrollo de la EA, bien sea psicosociales (problemas familiares, desempleo, estrés, etc.), religiosas (Dios, falta de fe, etc.) o biológicas (problemas cerebrales, genéticos, etc.) se vinculan con la actitud (positiva o negativa) hacia esta enfermedad.

Las creencias y conocimientos sobre la EA también influyen en las conductas de prevención.<sup>24,56</sup> Al respecto se encontró que la falta de conocimientos sobre la enfermedad y la presentación de los síntomas conllevaban a no consultar a un profesional y a dificultades en el acceso a los tratamientos.<sup>30</sup> En consonancia con este hallazgo, se halló también que las personas no buscan ayuda profesional por el miedo, tanto a ser diagnosticados con EA como a ser estigmatizados en caso de tenerla.<sup>26</sup> Además, hay algunos factores que influyen en las actitudes hacia esta enfermedad: a) los

resultados adecuados de los exámenes están asociados con mayor control sobre la salud y la prevención de la EA y b) conocer personas de la comunidad con EA se asocia con mayor preocupación por alteraciones de la memoria.<sup>57</sup>

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La literatura revisada denota que las actitudes hacia la EA en sus diferentes dimensiones son en general negativas. Es pertinente resaltar que, al ser predictoras del comportamiento, las actitudes negativas hacia la EA pueden favorecer el trato discriminatorio y la estigmatización de quienes la desarrollan, como lo han indicado diversos autores desde hace ya varios años.<sup>19,20</sup>

Si bien es posible que el desconocimiento sobre la etiología y curso puede favorecer actitudes positivas hacia su prevención, en consistencia con el planteamiento de Cowan<sup>58</sup> las actitudes negativas hacia la demencia pueden tener consecuencias graves, como el retraso de la consulta oportuna y por lo tanto en el diagnóstico, el aumento del aislamiento social y la estigmatización de las personas con demencias, dado que interfieren en el reconocimiento de sus atributos positivos.

Las investigaciones sobre las actitudes hacia la EA son aún escasas, pero demuestran que es un tema de relevancia y pertinencia para la ciencia y en especial en el área de la salud. ¿Cuántos de los profesionales de la salud se detienen a evaluar los componentes de las actitudes que ellos mismos, sus pacientes o familiares de sus pacientes tienen hacia la EA? Hacerlo puede representar varios beneficios; entre ellos, generar mejor comunicación entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia; más empatía, alta probabilidad de seguir recomendaciones y adherirse al tratamiento propuesto; aprender y entender a qué se enfrentan y desarrollar así mayor percepción de control, así como contribuir a combatir el estigma de esta enfermedad y los prejuicios y discriminación que de ello se derivan. De hecho, los antecedentes empíricos demuestran que cuando los estudiantes de carreras relacionadas con las ciencias de la salud reciben educación sobre las demencias, tienen actitudes más positivas hacia las personas que las desarrollan.<sup>59-62</sup> En el conocimiento sobre la EA predominan los datos sobre el compromiso mnésico que la caracteriza, ignorando todo el espectro de síntomas que la acompañan, lo cual puede representar un riesgo significativo, no solo en la identificación precoz de la entidad sino en la comprensión de conductas y emociones que se asocian con la vejez y el envejecimiento, y no con la EA. En consonancia con el reciente Reporte Mundial sobre el Alzheimer 2019, los problemas de conocimiento son una barrera fundamental que disminuyen las probabilidades de consultas y manejo oportunos.<sup>19</sup> Sin embargo, es pertinente tener en consideración que estudios como el de Gao y col. indican que con elevado nivel de conocimiento, mayor puede ser la percepción de amenaza. Por lo tanto, es imprescindible

que la educación sobre la EA, sea sensible.<sup>51</sup> Las emociones predominantes hacia la EA son negativas, destacándose la vergüenza, la tristeza y el miedo. ¿Estará esto vinculado con la consolidación de creencias sobre el carácter prevenible de la EA y la presentación de conductas “preventivas” sin evidencia científica? En coherencia con este interrogante, cabe considerar que las actitudes son, entre muchos otros, uno de los factores que mantienen la conducta de acudir a intervenciones potencialmente riesgosas o inefectivas, a expensas del bienestar y la calidad de vida de los pacientes. Así lo mostraron algunos estudios consultados sobre el uso de hierbas, medicamentos o vitaminas de los que no hay ninguna evidencia de efectividad.<sup>28,29,31,36-38,42</sup>

El contexto cultural es un elemento central en el análisis y la comprensión de los pacientes, pues es en el marco de cada cultura, sus normas y prácticas sociales, que las personas significan y afrontan las enfermedades. Las investigaciones sobre las actitudes hacia la EA son escasas en Latinoamérica, por lo que dada la relevancia de este constructo, será pertinente considerar el desarrollo de proyectos de investigación sobre este tema, que contribuyan al desarrollo de un cuerpo de conocimiento más sólido, dirigido a entender el valor predictor de las actitudes hacia la EA en el comportamiento de la población general, de los profesionales de la salud, de los pacientes y de la familia de estos. Lo anterior considerando que tal y como se ha expresado en el más reciente Reporte Mundial sobre el Alzheimer, la estigmatización es una barrera que compromete el desarrollo de la investigación dirigida a encontrar un tratamiento para las demencias y de manera específica para la EA.<sup>19</sup>

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores del presente artículo, declaramos que no tenemos conflictos de interés.

## REFERENCIAS

- Hillman A, Latimer J. Cultural representations of dementia. *PLoS Med*. 2017;28;14(3):e1002274. doi: 10.1371/journal.pmed.1002274
- Rahman S, Haward R. Dementia identification, assessment and diagnosis. En: *Essentials of Dementia: Everything You Really Need to Know for Working in Dementia Care*. Jessica Kingsley Publishers; 2018. p.31–52.
- Hartung H, Kriebnegg U, Maierhofe R, Swinnen A, Schweda M. *Popularizing Dementia: Public Expressions and Representations of Forgetfulness*. transcript Verlag; 2015.
- Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G-C, Wu Y-T, Prina M, et al. *World Alzheimer Report 2015, The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London: Alzheimer's Disease International; 2015. p. 87.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. Demencia [Internet]. 2019 [citado el 8 de julio de 2020]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- O'Reilly J, Shatz R. *Dementia and Alzheimer's: Solving the Practical and Policy Challenges*. Anthem Press; 2019.
- Soriano J, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó J, Cardona PJ, Fernández E, et al. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016 *Med Clin (Barc)*. 2018;151(5):171-190. doi: 10.1016/j.medcli.2018.05.011
- Fong TG, Racine AM, Fick DM, Tabloski P, Gou Y, Schmitt EM, et al. The Caregiver Burden of Delirium in Older Adults with Alzheimer Disease and Related Disorders. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(12):2587–2592. doi: 10.1111/jgs.16199
- Meng G, Zhong X, Mei H. A Systematic Investigation into Aging Related Genes in Brain and Their Relationship with Alzheimer's Disease. *PLoS ONE*. 2016;11(3):e0150624. doi: 10.1371/journal.pone.0150624
- Padgaonkar NA, Zanto TP, Bollinger J, Gazzaley A. Predictive cues and age-related declines in working memory performance. *Neurobiol Aging*. 2017;49:31–39. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2016.09.002
- Villavicencio MEF, Díaz MR, González-Pérez GJ, Bañuelos JRR, Barbosa MAV. Declive cognitivo de atención y memoria en adultos mayores sanos. *Cuadernos de Neuropsicología*. 2020;14(1):65–77. doi: 10.7714/CNPS/14.1.208
- Romero FJA, Ríos JHM. Patrones dinámicos de enlentecimiento cognitivo en los adultos mayores: fragmentación conductual del tiempo de reacción. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2020;17(4):12–23.
- World Health Organization. *World Health Statistics 2020 visual summary* [Internet]. 2020 [citado el 8 de julio de 2020]; Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/whs-2020-visual-summary>
- Lleó A. El Alzheimer, la enfermedad ignorada. *Medicina Clínica*. 2018;150(11):432–433. doi: 10.1016/j.medcli.2017.10.028
- World Health Organization. *World Health Statistics 2019: monitoring health for the sdgs, sustainable development goals* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [citado el 8 de julio de 2020]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1>
- Hohman TJ, Bush WS, Jiang L, Brown-Gentry KD, Torstenson ES, Dudek SM, et al. Discovery of gene-gene interactions across multiple independent data sets of late onset Alzheimer disease from the Alzheimer Disease Genetics Consortium. *Neurobiol Aging*. 2016;38:141–50. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2015.10.031
- Sims R, Hill M, Williams J. The multiplex model of the genetics of Alzheimer's disease. *Nat Neurosci*. 2020;23(3):311–322. doi: 10.1038/s41593-020-0599-5
- Kassin S, Fein S, Markus HR, McBain KA, Williams LA. *Social Psychology Australian & New Zealand Edition*. Second. Cengage AU; 2019.
- Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia*. London: Alzheimer's Disease International; 2019 p. 160.

20. Batsch NL, Mittelman MS, Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2012: Overcoming the stigma of dementia [Internet]. London; 2012 [citado el 8 de julio de 2020]; Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2012.pdf>
21. Farina N, Zaidi A, Willis R, Balouch S. Attitudes, knowledge and beliefs about dementia: focus group discussions with Pakistani adults in Karachi and Lahore. *Ageing and Society*. 2020;40(12):2558–73. doi: 10.1017/S0144686X19000862
22. Jang Y, Yoon H, Park NS, Rhee M, Chiriboga DA. Asian Americans' concerns and plans about Alzheimer's disease: The role of exposure, literacy and cultural beliefs. *Health Soc Care Community*. 2018;26(2):199–206. doi: 10.1111/hsc.12509
23. Anderson Lindsay N, McCaul Kevin D, Langley Linda K. Common-sense beliefs about the prevention of Alzheimer's disease. *Ageing Ment Health*. septiembre de 2011;15(7):922–31. doi: 10.1080/13607863.2011.569478
24. Lee SE, Lee HY, Diwan S. What do Korean American immigrants know about Alzheimer's disease (AD)? The impact of acculturation and exposure to the disease on AD knowledge. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(1):66–73. doi: 10.1002/gps.2299
25. Yahalom J. Pragmatic truths about illness experience: Idioms of distress around Alzheimer's disease in Oaxaca, Mexico. *Transcult Psychiatry*. 2019;56(4):599–619. doi: 10.1177/1363461519847304
26. Yun S, Maxfield M. Correlates of dementia-related anxiety: self-perceived dementia risk and ageism. *Educ Gerontol*. 2020;46(9):563–74. doi: 10.1080/03601277.2020.1790103
27. Low L-F, Anstey KJ. Dementia literacy: Recognition and beliefs on dementia of the Australian public. *Alzheimer's Dement*. 2009;5(1):43–49. doi: 10.1016/j.jalz.2008.03.011
28. Algahtani H, Shirah B, Alhazmi A, Alshareef A, Bajunaid M, Samman A. Perception and attitude of the general population towards Alzheimer's disease in Jeddah, Saudi Arabia. *Acta Neurol Belg*. 2020;120(2):313–20. doi: 10.1007/s13760-018-1040-7
29. Roberts JS, Connell CM. Illness representations among first-degree relatives of people with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2000;14(3):129–136, Discussion 127–128. doi: 10.1097/00002093-200007000-00003
30. Adamson J. Awareness and understanding of dementia in African/Caribbean and South Asian families. *Health Soc Care Community*. 2001;9(6):391–6. doi: 10.1046/j.0966-0410.2001.00321.x
31. Roberts JS, McLaughlin SJ, Connell CM. Public beliefs and knowledge about risk and protective factors for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement*. 2014;10(5 Supplement):S381–9. doi: 10.1016/j.jalz.2013.07.001
32. Corner L, Bond J. Being at risk of dementia: Fears and anxieties of older adults. *Journal of Aging Studies*. 2004;18(2):143–55. doi: 10.1016/j.jaging.2004.01.007
33. Ayalon L, Areán PA. Knowledge of Alzheimer's disease in four ethnic groups of older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19(1):51–7. doi: 10.1002/gps.1037
34. Pablo Martínez-Lage Álvarez. Actitudes, dudas y conocimientos de los colectivos implicados en la atención del paciente con Alzheimer: resultados de la encuesta del proyecto kNOW Alzheimer. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2016;8(1):13–23. doi: 10.5672/FC.2173-9218.(2016/Vol8).001.03
35. Connell CM, Roberts JS, McLaughlin SJ, Akinleye D. Racial differences in knowledge and beliefs about Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2009;23(2):110–6. doi: 10.1097/WAD.0b013e318192e94d
36. Roberts JS, Connell CM, Cisewski D, Hipps YG, Demissie S, Green RC. Differences Between African Americans and Whites in Their Perceptions of Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2003;17(1):19–26. doi: 10.1097/00002093-200301000-00003
37. Ayalon L. Re-examining ethnic differences in concerns, knowledge, and beliefs about Alzheimer's disease: results from a national sample. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(12):1288–95. doi: 10.1002/gps.3959
38. Wiese LK, Williams CL. View of An Appalachian Perspective of Alzheimer's disease: A Rural Health Nurse Opportunity. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. Online Journal of Rural Nursing and Health Care. 2018;18(1):180–209. doi.org/10.14574/ojrnhc.v17i1.469
39. Rust TB, Kwong See ST. Beliefs about aging and Alzheimer's disease in three domains. *Can J Aging*. 2010;29(4):567–75. doi: 10.1017/S0714980810000590
40. Anderson, Day KL, Beard RL, Reed PS, Wu B. The Public's Perceptions About Cognitive Health and Alzheimer's Disease Among the U.S. Population: A National Review. *Gerontologist*. 2009;49(S1):S3–11. doi: 10.1093/geront/gnp088
41. Carvajal Castrillón J, Aguirre DC, Lopera F. Perfil clínico y cognitivo de la atrofia cortical posterior y sus diferencias con la enfermedad de Alzheimer esporádica tardía y familiar precoz. *Acta Neurol Colomb*. 2010;26(2):75–86.
42. Low L-F, Anstey KJ. Dementia literacy: Recognition and beliefs on dementia of the Australian public. *Alzheimer's Dement*. 2009;5(1):43–9. doi: 10.1016/j.jalz.2008.03.011
43. Hudson John M, Pollux Petra M J, Mistry B, Hobson S. Beliefs about Alzheimer's disease in Britain. *Ageing Ment Health*. 2012;16(7):828–35. doi: 10.1080/13607863.2012.660620
44. Sullivan K, Muscat T, Mulgrew K. Knowledge of Alzheimer's Disease Among Patients, Carers, and Noncarer Adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2007;23(2):137–48. doi: 10.1097/01.TGR.0000270182.13650.79
45. Beard RL, Fetterman DJ, Wu B, Bryant L. The Two Voices of Alzheimer's: Attitudes Toward Brain Health by Diagnosed Individuals and Support Persons. *Gerontologist*. 2009;49(S1):S40–9. doi: 10.1093/geront/gnp083
46. Blay SL, Peluso ETP. Public stigma: the community's tolerance of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(2):163–71. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181bea900
47. Zawadzki L, Mondon K, Peru N, Hommet C, Constans T, Gaillard P, et al. Attitudes towards Alzheimer's disease as a risk factor for caregiver burden. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(9):1451–61. doi: 10.1017/S1041610211000640
48. Piver LC, Nubukpo P, Faure A, Dumoitier N, Couratier P, Clément J-P. Describing perceived stigma against Alzheimer's disease in a general population in France: the STIG-MA survey. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(9):933–8. doi: 10.1002/gps.3903

49. Beard RL. In their voices: Identity preservation and experiences of Alzheimer's disease. *Journal of Aging Studies*. 2004;18(4):415–28. doi: 10.1016/j.jaging.2004.06.005
50. Cuadrado F, Antolí A, Rosal-Nadales M, Moriana JA. Giving Meaning to Alzheimer's Disease: An Experimental Study Using a Framing Approach. *Health Commun*. 2020;35(4):447–55. doi: 10.1080/10410236.2019.1567441
51. Gao MX, Gao MX, Guo L, Sun F, Zhang A. Perceived threat of Alzheimer's disease and related dementias in Chinese older adults: The role of knowledge and perceived stigma. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020;35(2):223. doi: 10.1002/gps.5240
52. Awang H, Mansor N, Nai Peng T, Nik Osman NA. Understanding ageing: fear of chronic diseases later in life. *J Int Med Res*. 2018;46(1):175–84. doi: 10.1177/0300060517710857
53. National Plan to Address Alzheimer's Disease: 2014 Update. United States: Department of Health and Human Services; 2014. p. 84.
54. National Plan to Address Alzheimer's Disease: 2019 Update. United States: Department of Health and Human Services; 2019. p. 117.
55. Stites SD, Rubright JD, Karlawish J. What Features of Stigma Do the Public Most Commonly Attribute to Alzheimer's Disease Dementia? Results of a survey of the U.S. general public. *Alzheimers Dement*. 2018;14(7):925–32. doi: 10.1016/j.jalz.2018.01.006
56. Anderson, McCaul KD, Langley LK. Common-sense beliefs about the prevention of Alzheimer's disease. *Aging Ment Health*. 2011;15(7):922–31. doi: 10.1080/13607863.2011.569478
57. Howell JC, Soyinka O, Parker M, Jarrett TL, Roberts DL, Dorbin CD, et al. Knowledge and attitudes in Alzheimer's Disease in a cohort of older African Americans and Caucasians. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2016;31(4):361–7. doi: 10.1177/1533317515619037
58. Cowan TL. College students' and community members' attitudes toward dementia: The impact of dementia friends sessions. *Gerontol Geriatr Educ*. 2019;42(1):140–149. doi: 10.1080/02701960.2019.1657859
59. Scott TL, Kugelman M, Tulloch K. How medical professional students view older people with dementia: Implications for education and practice. *PLoS One*. 2019;14(11):e0225329. doi: 10.1371/journal.pone.0225329
60. Gilmartin-Thomas JF-M, McNeil J, Powell A, Malone DT, Wolfe R, Larson IC, et al. Impact of a Virtual Dementia Experience on Medical and Pharmacy Students' Knowledge and Attitudes Toward People with Dementia: A Controlled Study. *J Alzheimers Dis*. 2018;62(2):867–876. doi: 10.3233/JAD-170982
61. Petrazzuoli F, Vinker S, Koskela TH, Frese T, Buono N, Soler JK, et al. Exploring dementia management attitudes in primary care: a key informant survey to primary care physicians in 25 European countries. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(9):1413–23. doi: 10.1017/S1041610217000552
62. Werner P, Gur A, Porat A, Zubedat M, Shinan-Altman S. Medical students' help-seeking recommendations for a person with Alzheimer's disease: relationships with knowledge and stigmatic beliefs. *Educational Gerontology*. 2020;46(5):294–302. doi: 10.1080/03601277.2020.1747153

