

Encuesta Global de Salud Cerebral

Versión Adaptada para aplicación en Población Cubana

Esta encuesta tiene por objetivo estudiar su visión sobre el cerebro y la salud cerebral.

La salud cerebral se refiere a la capacidad de recordar, aprender, planificar, concentrarse y manejar retos. También se refiere a la capacidad para mantener un equilibrio mental y emocional. En resumen, la salud cerebral tiene que ver con sacarle el máximo partido a su cerebro y a saber cuidarlo.

Su participación en esta encuesta es voluntaria y todas sus respuestas serán anónimas. Tardará aproximadamente 15 minutos en completarla.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lea detenidamente el consentimiento y si está de acuerdo, por favor, marque la casilla.

(Presentar consentimiento)

☐ Tengo más de 18 años y doy mi consentimiento para utilizar estos datos con fines de investigación.

1. ¿Con qué frecuencia piensa usted en su salud cerebral?

- ☐ Frecuentemente
- ☐ A veces
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca
-

2. En su opinión, ¿en qué medida tienen las siguientes variables una influencia sobre la salud cerebral?

	Influencia muy fuerte	Influencia fuerte	Influencia moderada	Poca influencia	Sin influencia
Salud física	☐	☐	☐	☐	☐
Dieta	☐	☐	☐	☐	☐

Ambiente / entorno (p. ej. contaminación, ruido)	☐	☐	☐	☐	☐
Entorno social (p. ej. familia, red social)	☐	☐	☐	☐	☐
Educación	☐	☐	☐	☐	☐
Profesión	☐	☐	☐	☐	☐
Ingresos familiares	☐	☐	☐	☐	☐
Genética e historia médica familiar	☐	☐	☐	☐	☐
Consumo de sustancias (p. ej. alcohol, tabaco, drogas)	☐	☐	☐	☐	☐
Hábitos de sueño	☐	☐	☐	☐	☐
Tener metas que den sentido a la vida	☐	☐	☐	☐	☐

3. En su opinión, ¿en qué periodos de la vida es importante cuidar el cerebro?

	Muy importante	Importante	Moderadamente importante	Sin importancia
En el vientre materno (antes de nacer)	☐	☐	☐	☐
Infancia (del nacimiento hasta los 12 años)	☐	☐	☐	☐
Adolescencia (de 12 a 18 años)	☐	☐	☐	☐
Edad adulta (19-45)	☐	☐	☐	☐
Mediana edad (45-65)	☐	☐	☐	☐
Edad avanzada (más de 65 años)	☐	☐	☐	☐

4. ¿Cuáles de las siguientes enfermedades/trastornos cree que están asociados con el cerebro?

Seleccione todas las que crea.

☐ Diabetes

- ☐ Enfermedad de Alzheimer y otras demencias
 - ☐ Artritis
 - ☐ Trastorno Bipolar
 - ☐ Cáncer
 - ☐ Esquizofrenia
 - ☐ Enfermedad de Parkinson
 - ☐ Hipertensión (presión arterial alta)
 - ☐ Adicciones (p.ej. drogas, alcohol)
 - ☐ Ictus
 - ☐ Depresión
 - ☐ Migraña
 - ☐ Ansiedad
-

5. ¿Con qué frecuencia realiza estas actividades?

	Frecuentemente	A veces	Raramente	Nunca
Seguir una dieta saludable	☐	☐	☐	☐
Practicar ejercicio físico	☐	☐	☐	☐
Dormir suficiente	☐	☐	☐	☐
Practicar actividades de relajación	☐	☐	☐	☐
Beber alcohol	☐	☐	☐	☐
Fumar	☐	☐	☐	☐
Estimular mi intelecto (p. ej. crucigramas, aprender cosas nuevas)	☐	☐	☐	☐
Mantener un equilibrio entre vida profesional y familiar	☐	☐	☐	☐

Llevar casco cuando voy en bicicleta, patinete o esquí	☐	☐	☐	☐
Tomar suplementos alimenticios como omega 3/ vitamina D	☐	☐	☐	☐
Socializar con gente (p. ej. amigos)	☐	☐	☐	☐

6. Ahora piense en su cerebro. ¿Cuáles de estas actividades realiza usted con el propósito de cuidar de su cerebro?

Seleccione todas las que convengan.

- ☐ Seguir una dieta saludable
- ☐ Practicar ejercicio físico
- ☐ Dormir suficiente
- ☐ Practicar actividades de relajación
- ☐ Mantener un equilibrio entre vida profesional y familiar
- ☐ Llevar casco cuando voy en bicicleta, patinete o esquí
- ☐ Tomar suplementos alimenticios como omega 3/ vitamina D
- ☐ Socializar con gente (p. ej. familia, amigos, otros)

Por favor especifique cualquier otra cosa que haga por su salud cerebral:

7. Existen pruebas que pueden medir fácilmente su presión arterial o sus niveles de colesterol, para así saber si tiene algún riesgo de desarrollar una enfermedad del corazón. Si estas pruebas muestran que existe tal riesgo, es probable que usted quiera reducirlo; por ejemplo, a base de modificar su dieta.

Imagínese que uno pudiera realizarse pruebas similares para conocer el riesgo de desarrollar una enfermedad del cerebro.

Una prueba de salud cerebral debería ser...

Seleccione los criterios más importantes (máximo de 3). Debe seleccionar por lo menos uno.

- ☐ Asequible a nivel económico
- ☐ Rápida de realizar

- ☐ Precisa
- ☐ Indolora
- ☐ Subvencionada por la seguridad social (médico de cabecera)
- ☐ Que se ofrezca por internet y yo tenga acceso directo a los resultados

Otros (por favor especifique):

8. Imagínese una simple prueba de salud cerebral que le pueda dar un riesgo de desarrollar una enfermedad del cerebro. (pregunta obligatoria)

¿Usted querría hacerse esta prueba?

Seleccione una respuesta

- ☐ Sí, por supuesto
 - ☐ Sí, probablemente
 - ☐ No, probablemente no
 - ☐ No, en absoluto
-

SI HA CONTESTADO 'SÍ' A LA PREGUNTA 8

9a. ¿Por qué estaría dispuesto/a a hacerse una prueba de salud cerebral? (pregunta obligatoria)

Seleccione los motivos más importantes (máximo 2).

- ☐ Para tener información de mi salud cognitiva y mental
- ☐ Para conocer el riesgo de desarrollar una enfermedad del cerebro
- ☐ Para poder actuar en caso de que esté en riesgo; por ejemplo, cambiar mis estilos de vida, buscar consejo o empezar un tratamiento
- ☐ Para prepararme para el futuro (p. ej. informar a mi familia sobre el riesgo)

Otras razones (por favor especifique):

9b. ¿Estaría dispuesto/a a hacerse la prueba incluso si le proporciona información sobre una enfermedad que no se puede prevenir o tratar?
(pregunta obligatoria)

Seleccione una respuesta

- ☐ Sí, por supuesto
- ☐ Sí, probablemente
- ☐ No, probablemente no
- ☐ No, en absoluto

SI HA CONTESTADO 'NO' A LA PREGUNTA 8

9c. ¿Por qué NO estaría dispuesto/a a hacerse la prueba de salud cerebral?
(pregunta obligatoria)

Seleccione los motivos más importantes (máximo 2).

- ☐ No quiero preocuparme por una cosa que puede que no vaya a ocurrir
- ☐ No quiero saber el riesgo de tener una enfermedad que no se pueda prevenir o tratar
- ☐ Me asustaría el resultado
- ☐ Tampoco hay nada que pueda hacer por mi salud cerebral

Otras razones (por favor especifique):

10. Imagínese que le administran una prueba de salud cerebral y ésta demuestra que usted presenta un riesgo de desarrollar una enfermedad del cerebro.

¿Cómo cree que reaccionaría?

	Sí, seguro	Bastante probable	Poco probable	No
Buscaría ayuda profesional (p. ej. de mi médico de cabecera)	☐	☐	☐	☐
Pediría consejo a mi familia y amigos	☐	☐	☐	☐
Buscaría información en internet / en la biblioteca	☐	☐	☐	☐

Cambiaría mi estilo de vida si fuera necesario	☐	☐	☐	☐
Planificaría bien el futuro	☐	☐	☐	☐

¿Hay alguna otra cosa que cree que haría? Por favor, descríbalos:

11. Su médico le comenta que puede reducir el riesgo de desarrollar una enfermedad del cerebro a base de cambiar sus estilos de vida. ¿Qué probabilidad hay de que haga lo siguiente? Piense en lo que cree que haría de forma realista.

	Muy probable	Bastante probable	Ya lo hago	Bastante improbable	Muy improbable
Comer más sano	☐	☐	☐	☐	☐
Hacer más actividad física	☐	☐	☐	☐	☐
Mejorar hábitos de sueño	☐	☐	☐	☐	☐
Practicar más actividades de relajación	☐	☐	☐	☐	☐
Estimular más mi cerebro (p. ej. aprender un nuevo idioma)	☐	☐	☐	☐	☐
Evitar el alcohol	☐	☐	☐	☐	☐
Evitar fumar	☐	☐	☐	☐	☐
Socializar más	☐	☐	☐	☐	☐
Realizar más actividades culturales	☐	☐	☐	☐	☐

Otros (por favor especifique):

12. ¿Qué le motivaría a cambiar sus estilos de vida para mejorar su salud cerebral?
Seleccione un máximo de 3 alternativas que usted considere más importantes. Debe seleccionar por lo menos una opción.

- ☐ Si notara problemas en mi salud cerebral (p. ej. si mi memoria hubiera empeorado)
- ☐ Si ya me hubieran diagnosticado de un trastorno cerebral
- ☐ Si los cambios en los estilos de vida fueran divertidos/entretenidos

- ☐ Si los cambios en los estilos de vida fueran asequibles económicamente
- ☐ Si alguno de mis familiares o amigos hubiera desarrollado una enfermedad del cerebro
- ☐ Si se me ofreciera consejo personalizado de lo que tengo que hacer (p. ej. de mi médico)
- ☐ Si tuviera la ayuda de amigos/familiares
- ☐ Si se supiera que los cambios de estilos de vida son beneficiosos
- ☐ Nada me motivaría a cambiar

13. ¿Qué le impediría cambiar sus hábitos de estilo de vida para mejorar su salud cerebral?

Seleccione un máximo de 3 alternativas que usted considere más importantes. Debe seleccionar por lo menos una opción.

- ☐ Falta de tiempo
- ☐ Falta de motivación
- ☐ Falta de información acerca de lo que debería hacer
- ☐ Si tuviera que dejar actividades que me gustan
- ☐ Si tuviera que empezar alguna actividad que no me apetece
- ☐ Si tuviera que modificar mis hábitos de estilo de vida por mí mismo/a
- ☐ Si realizar los cambios resultara caro (p. ej. cuota en un gimnasio)
- ☐ Si no puedo estar seguro/a que los cambios son beneficiosos
- ☐ No siento necesidad de hacer/cambiar nada

Otros (por favor especifique):

14. Imagínese que decide cambiar sus estilos de vida para mantener o mejorar su salud cerebral. ¿Qué tipo de ayuda necesitaría?

Seleccione todas las que crea.

- ☐ Consejo de mi médico de cabecera o de especialistas, p. ej. nutricionista o entrenador personal
- ☐ Apoyo de mi familia y/o amigos
- ☐ Apoyo grupal, p. ej. grupo de caminata

☐ Una aplicación en mi móvil para ayudarme con la estimulación intelectual y entrenamiento físico

☐ Seguimiento regular para revisar cuál es el efecto de los cambios de estilo de vida

Otro tipo de ayuda (por favor especifique):

15. Las autoridades sanitarias públicas deberían:

	Sí	No	No lo sé
Informar sobre la salud cerebral	☐	☐	☐
Incrementar tasas en productos no saludables para el cerebro	☐	☐	☐
Subvencionar alimentos y actividades beneficiosas para el cerebro	☐	☐	☐
Ofrecer pruebas de salud cerebral gratuitas a los ciudadanos	☐	☐	☐
Introducir actividades de relajación y deportes en las escuelas y lugares de trabajo	☐	☐	☐
Evitar que las compañías de seguro accedan a los resultados en las pruebas de salud cerebral	☐	☐	☐

16. ¿En qué medida confía en las siguientes fuentes de información sobre salud cerebral?

	<u>En gran medida</u>	<u>Moderadamente</u>	<u>En ninguna medida</u>
Mi médico de cabecera	☐	☐	☐
Un especialista en salud cerebral	☐	☐	☐
Fóruns médicos en internet	☐	☐	☐
Páginas web oficiales de las autoridades sanitarias	☐	☐	☐
Periódicos, revistas	☐	☐	☐
Redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram)	☐	☐	☐
TV/radio (incluyendo podcasts)	☐	☐	☐
Investigadores públicos	☐	☐	☐
Revistas científicas	☐	☐	☐

PREGUNTAS SOBRE USTED (preguntas obligatorias)

Todas sus respuestas son anónimas

17. ¿Participa actualmente o ha participado alguna vez en un estudio de investigación acerca del cerebro?

- ☐ Sí
- ☐ No

18. ¿Qué edad tiene?

- ☐ 18-25
- ☐ 26-40
- ☐ 41-60
- ☐ 61-70
- ☐ 71-80
- ☐ Más de 80

19. ¿Cuál es su país de residencia? (desplace el cursor hacia abajo y seleccione)

Listado de países del mundo

20. ¿Es su género?:

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Otro
- ☐ Prefiero no contestar

21. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado?

- ☐ Educación primaria
- ☐ Educación especial
- ☐ Educación secundaria
- ☐ Formación profesional
- ☐ Título universitario

22. ¿Cuál de los siguientes describe mejor su estado civil actual?:

- ☐ Soltero/a
- ☐ En una relación estable, no casado/a
- ☐ Casado/a
- ☐ Divorciado/a / Separado/a
- ☐ Viudo/a

23. Actualmente, ¿está usted? (seleccione todas las que convenga)

- ☐ Empleado/a
- ☐ Desempleado/a
- ☐ Haciendo tareas del hogar (cuidado de la casa y la familia)
- ☐ Estudiando

- ☐ Jubilado/a
- ☐ Con discapacidad para trabajar
- ☐ Realizando voluntariado o trabajo no remunerado

24. ¿Dispone de una educación o profesión relacionada con el ámbito de la salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

25. ¿Cómo describiría su habilidad para pensar, recordar, aprender?

- ☐ Excelente
- ☐ Por encima de la media
- ☐ En la media
- ☐ Por debajo de la media
- ☐ Muy mala

26. ¿Cómo describiría su habilidad para mantener en equilibrio su estado de ánimo y bienestar emocional?

- ☐ Excelente
- ☐ Por encima de la media
- ☐ En la media
- ☐ Por debajo de la media
- ☐ Muy mala

27. ¿Tiene alguna enfermedad de larga duración, discapacidad o problema de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

28. ¿Ha cuidado algún miembro de su familia con una enfermedad del cerebro?

- ☐ Sí
- ☐ No

¡Gracias!