

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
SEDE QUITO**

**CARRERA: PSICOLOGÍA**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:  
PSICÓLOGA**

**TEMA:  
SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LA  
INVESTIGACIÓN: PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN DE  
PACIENTES CON DEMENCIA, EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE  
QUITO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE FEBRERO Y  
JULIO DE 2017**

**AUTORA:  
ALEJANDRA KARINA DÍAZ ROJAS**

**TUTOR:  
GINO EDUARDO GRONDONA OPAZO**

**Quito, julio del 2018**

## CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Díaz Rojas Alejandra Karina con documento de identificación N° 1718453275, manifiesto mi voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autor del trabajo de grado/titulación intitulado: "SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN: PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DEMENCIA, EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE FEBRERO Y JULIO DE 2017", mismo que ha sido desarrollado para optar por el título de: Psicóloga, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

.....*Alejandra Díaz*.....

Díaz Rojas Alejandra Karina

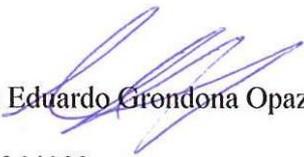
1718453275

Quito, mayo, 2018

## DECLARATORIA DE COAUTORÍA DEL DOCENTE TUTOR

Yo, Gino Eduardo Grondona Opazo declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el proyecto de investigación, SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN: PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DEMENCIA, EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE FEBRERO Y JULIO DE 2017, realizado por Alejandra Karina Díaz Rojas, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, mayo, 2018

  
Gino Eduardo Grondona Opazo

1752344190

Montevideo, 20 de junio de 2018.-

Prof. Gino Grondona Opazo

Director de la Carrera de Psicología

Universidad Politécnica Salesiana - Quito

En referencia al instrumento de entrevista para la recolección de datos del estudio "trayectorias de atención a las personas con demencia", originalmente elaborado en el marco de mi tesis doctoral, tengo el agrado de informarle que he autorizado expresamente su uso a los siguientes estudiantes de su Universidad:

- Diaz Rojas Alejandra Karina
- Espinoza Pazmiño Gabriela Estefania
- Grijalva Aguilar Santiago Francisco
- Vega Silva Carlos Ernesto

Esta autorización es a los efectos de poder replicar el estudio original en su Universidad y que estos estudiantes puedan utilizar ese instrumento exclusivamente para este fin y para elaborar sus trabajos de titulación, realizados en la carrera de Psicología de la Universidad Politécnica Salesiana.

Reciba un cordial saludo,



Prof. Dr. Robert Pérez Fernández

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a mi familia, en especial a mi madre Alicia Rojas quien siempre estuvo a mi lado, me apoyó incondicionalmente y confió en que podía lograr mis metas, ésta y todas las que me proponga.

A mi padre Luis Díaz, quien estuvo presente sin importar las diferencias, a mis hermanos Patricia Díaz y Javier Díaz, quienes están ahí sin tomar en cuenta las dificultades que se presenten y porque son mi ejemplo de esfuerzo y trabajo.

A mi primo David Rojas, quien es y será como un hermano y a quien admiro por lo que ha logrado.

A mi prima Fernanda Cevallos, quien me brindó su apoyo cuando más lo necesite.

A mi amiga Cristina Cordero, quien siempre confió en mí y me motivo con un “sé que lo vas a lograr”, gracias.

A mis amigas Diana Molina, Nuvia Calderón y Dayán Silva quienes en las aulas de clase y en lo personal, estuvieron cerca y me apoyaron, gracias chicas tienen un espacio especial en mi corazón.

Esta tesis está dedicada a todos ellos, porque sin toda su ayuda no hubiera sido posible alcanzar esta meta.

Alejandra Karina Díaz Rojas

## **Agradecimiento**

A la Dra. Dalila Heredia, quien me ayudo en los procesos iniciales del trabajo, gracias por la paciencia y el tiempo brindado.

A mi tutor Dr. Gino Grondona, quien definitivamente es la persona que hizo posible que este trabajo se concluyera, le agradezco infinitamente, por su experiencia y por su habilidad para encontrar la solución precisa en el momento indicado.

Alejandra Karina Díaz Rojas

## Índice

Introducción .....	1
1. Planteamiento del problema.....	2
2. Justificación y relevancia .....	13
3. Objetivos .....	14
4. Marco teórico .....	15
4.1. Envejecimiento poblacional y aumento de la esperanza de vida .....	15
4.1.1. Envejecimiento poblacional .....	15
4.1.2. Aumento de la esperanza de vida .....	16
4.2. Envejecimiento.....	17
4.2.1. El enfoque del ciclo vital o life span .....	17
4.3. Demencias .....	19
4.3.1. Clasificación de Demencias .....	22
4.4. Sistema de Salud .....	23
4.4.1. Sistema de salud en el Ecuador .....	24
4.5. Enfoques en la atención de demencias.....	29
5. Variables y Dimensiones .....	34
6. Hipótesis y Supuestos .....	36
7. Marco metodológico .....	37
7.1. Perspectiva metodológica.....	37
7.2. Diseño de investigación .....	37
7.3. Tipo de investigación .....	38
7.4. Instrumentos y técnicas de producción de datos .....	39
7.5. Plan de análisis de datos .....	39

8. Población y muestra .....	42
8.1. Población .....	42
8.2. Muestra .....	42
8.3. Tipo de muestra .....	42
8.4. Criterios de la muestra .....	43
8.5. Fundamentación de la muestra .....	43
9. Descripción de los datos producidos .....	44
10. Presentación de los resultados descriptivos .....	47
11. Análisis de los resultados .....	69
12. Interpretación de los resultados .....	76
Conclusiones .....	83
Referencias bibliográficas .....	86

## Índice de Figuras

Figura 1: Género .....	44
Figura 2: Edades.....	44
Figura 3: Especialidades médicas de los profesionales.....	45
Figura 4: Ámbito de atención en el que labora el profesional.....	45
Figura 5: Años de experiencia profesional de los médicos entrevistados .....	46
Figura 6: Porcentaje de atención a pacientes con demencia de los médicos entrevistados.	46

## Índice de Tablas

Tabla 1. Pacientes atendidos por primera vez o derivados .....	47
Tabla 2. Médicos que derivan a un especialista.....	47
Tabla 3. Tipos de demencia .....	48
Tabla 4. Dificultades percibidas por el profesional en adultos mayores con demencia. ....	48
Tabla 5. Problemáticas percibidas por los profesionales en los familiares de pacientes con demencia .....	49
Tabla 6. Abordaje diagnóstico de las demencias según los médicos entrevistados .....	50
Tabla 7. Tratamiento para pacientes con demencia aplicados por los médicos entrevistados .....	51
Tabla 8. Razones emitidas por el profesional para el tratamiento indicado en demencias .	52
Tabla 9. Manera en la que el profesional médico comunica el diagnóstico .....	53
Tabla 10. Persona a la que se comunica el diagnóstico de demencia.....	53
Tabla 11. Motivo por el cual el médico comunica el diagnóstico al paciente y familiar ....	54
Tabla 12. Motivo por el cual el médico comunica el diagnóstico al familiar.....	54
Tabla 13. Seguimiento que se realiza el profesional a pacientes con demencia.....	55
Tabla 14. Criterios de los entrevistados en relación al sistema de salud sobre la atención al AM con demencia.....	56
Tabla 15. Protocolos de atención utilizados por los médicos en pacientes con demencia..	57
Tabla 16. Políticas públicas, que podrían mejorar la situación de las demencias, según criterio de los médicos.....	57
Tabla 17 Concepciones de los profesionales .....	58

## Resumen

La presente investigación es parte de un estudio denominado “*Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*” elaborado por la Dra. Dalila Heredia (2016), el trabajo realizado sobre las prácticas profesionales en la atención de pacientes con demencia, en el distrito metropolitano de Quito en el año 2017, forma parte del estudio de trayectorias de atención de pacientes con demencia.

Se indagó la trayectoria que el médico realiza en la atención de pacientes con demencia, la manera en que los pacientes llegan al especialista, principales dificultades tanto del paciente como del familiar, el proceso para obtener el diagnóstico de demencia, los diferentes tratamientos, el seguimiento que se realiza en estos casos, protocolos de atención que guían sus procedimientos y las concepciones de los médicos acerca del tema.

Se concluye que: el sistema de salud pública no posee dispositivos de atención para pacientes con demencia, la familia como un pilar fundamental en el proceso de la enfermedad, prevención y socialización de demencias en la población general y enfatizar, en todo lo que abarca, la dimensión de salud mental en este tipo de enfermedades.

**Palabras clave:** envejecimiento, demencia, prácticas profesionales, trayectorias de atención.

## **Abstract**

This study is part of a research called “*Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*” prepared by Dr. Dalila Heredia (2016). The work is about the professional practices that doctors make in patients with dementia who are located in Distrito Metropolitano de Quito in 2017. Also, this research belongs to a group of studies which talk about care for patients with dementia.

The goals of this investigation was researched the trajectory that the doctor performs in the care of patients with dementia, the state of the mental health in patients, main behavior problems in the patient and in the family, the process to obtain the diagnosis of dementia, the different treatments, the follow-up which is done in each case, care protocols that guide their procedures and the doctors’ criteria about the topic.

In conclusion, the public health system does not have care devices for patients with dementia. Furthermore, socialization and prevention of dementia in the general population are important in order to know how to handle this illness. Moreover, the family plays a significant role in the disease process. Finally, it is important to emphasize in all that the dementia covers; it means the dimension of mental health in this type of diseases.

**Key words:** aging, dementia, professional practices, care for patients.

## **Introducción**

La investigación se encaminó a indagar las prácticas profesionales en la atención de pacientes con demencia en el Distrito Metropolitano de Quito, durante el periodo comprendido entre febrero y julio de 2017, la demencia es un enfermedad ligada al envejecimiento y salud mental, en la actualidad el fenómeno del envejecimiento poblacional, según las proyecciones mundiales, las cuales no son ajenas al país y la ciudad de Quito, están en aumento y por ende la incidencia de ésta enfermedad, lo que genera la curiosidad de conocer la manera que el sistema de salud está manejando el tema de las demencias y en éste trabajo específicamente cuáles son los profesionales de la salud y cómo se está que abordando el tema

Se tomó en cuenta para abordar el tema, antecedentes que dan cuenta del cambio demográfico, envejecimiento, sistema de salud y demencias, mediante la entrevista semi-estructurada se observó la trayectoria de atención que el médico realiza en pacientes con demencia, dificultades del paciente como del familiar, el proceso de diagnóstico, tratamientos y seguimiento, protocolos de atención y las concepciones acerca del tema, se procesó la información obtenida mediante análisis cuantitativo y cualitativo respectivamente, para obtener las tendencias principales a ser analizadas y finalmente se presentan las conclusiones que permitan generar investigaciones futuras.

## **1. Planteamiento del problema**

Con el aumento creciente de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad, se ha modificado la distribución de la población etaria, poco a poco se disminuye la proporción de personas en edades jóvenes y se incrementa el porcentaje de personas mayores de 60 años.

La creciente población de adultos mayores genera la necesidad de establecer políticas públicas para esta población, como señala la Organización de las Naciones Unidas (2002):

Las políticas que propician la salud durante toda la vida, incluidas las de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, la tecnología de asistencia, los cuidados para la rehabilitación, cuando estén indicados, los servicios de salud mental, la promoción de los modos de vida saludables y los entornos propicios, pueden reducir los niveles de discapacidad asociados con la vejez y permitir obtener economías presupuestarias (ONU, 2002, pág. 25).

Es relevante la implementación de políticas públicas que se centren en promocionar un estilo de vida saludable, prevenir enfermedades y todos los servicios que pueden optimizar la calidad de vida de la población, tomando en cuenta tanto la salud física y salud mental, evitando así posibles discapacidades en edades avanzadas.

En el Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2011), en el último censo de población y vivienda del 2010, hay 14'483.499 habitantes, 940.950 (6,5%) personas son mayores de 65 años, un 48% reside en la región sierra del país, seguido de la región costa en menor proporción. En su mayoría son mujeres (53,4%) y hombres (48%), la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad.

La proporción de la población adulta mayor aumentará progresivamente, por lo que las proyecciones en el país indican que para el año 2020 esta población alcanzará un porcentaje de 7,4% y para el año 2050 representará un porcentaje del 18% del total de la población. Así mismo, en cuanto a la esperanza de vida, para las mujeres será 83,5 años, en comparación con los hombres que será 77,6 años, según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2013).

En la ciudad de Quito existe una población de 2.239.191 habitantes, entre estos 48,63% hombres y 51,37 % mujeres. Las personas adultas mayores representan el 7.4% de la población (INEC, s/f).

Como se puede observar, el incremento de personas adultas mayores va unido al aumento de la esperanza de vida, es decir actualmente se observa mayor número de personas adultas mayores que viven más años. Este incremento puede traer como consecuencia, para muchos de ellos, el apareamiento de enfermedades crónicas tales como diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías y trastornos de salud mental como depresión y demencias. La presencia de estas patologías se relaciona con varios factores, entre ellos: disposición genética, los estilos de vida que han mantenido las

personas y con el aumento de la edad, pues este incremento también influye en la frecuencia del apareamiento de este tipo de enfermedades.

La Salud Mental aparece como una de las áreas prioritarias de atención para este grupo etario, pues como plantea la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de la ONU en el 2002, las enfermedades mentales son de las principales causas de discapacidad y de reducción de la calidad de vida.

En el Ecuador la salud mental es un eje importante dentro del sistema de salud. Así, en el Encuentro Nacional “Salud Mental para el Nuevo Milenio” (2009) citado por el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS, 2012) se define a la salud mental:

La Salud Mental es definida como un estado de armonía y equilibrio del ser humano, que le permite sentirse bien consigo mismo, realizarse en relación a sus creencias, interactuar de una manera consciente, coherente y respetuosa con su entorno cultural, social, natural y con “el otro”; desarrollar valores y suscitar condiciones éticas, para construir un proyecto de vida y desarrollarse como sujeto de derechos. En este sentido, es más que la mera ausencia de trastornos mentales; e incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente (MAIS, 2012, pág. 47).

Esta definición resalta la importancia de la salud mental desde la perspectiva de cada sujeto, su contexto cultural y social, por otra parte, se destaca el bienestar subjetivo del sujeto.

Dentro de los problemas de salud mental que aparecen en las personas adultas mayores, las demencias ocupan un lugar prevalente y en crecimiento si se considera la tendencia al envejecimiento de la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define, la demencia es un síndrome -generalmente de naturaleza crónica o progresiva- caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación (OMS, 2017, pág. 2).

En el 2008 la OMS incluyó a la demencia como uno de los trastornos a atender en su “Plan de acción global para reducir la brecha en salud mental”. Desde esta perspectiva es importante que todos los países requieran emprender acciones para enfrentar estas problemáticas mundiales que van en aumento.

La OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública. En mayo de 2017, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025*, que establece una serie integral de medidas aplicables por los planificadores de políticas, los asociados internacionales, regionales y nacionales, y la propia OMS en ámbitos tales como: la sensibilización sobre la enfermedad y el establecimiento de iniciativas destinadas a promover la adaptación a la demencia; la reducción del riesgo de demencia; su diagnóstico, tratamiento y atención; la investigación e innovación o el apoyo a los cuidadores de las personas con demencia (OMS, 2017, pág. 24).

La presencia creciente de demencias plantea a la salud pública un reto que demanda acciones desde los sistemas de salud de los países.

La OMS, en el 2017, informa que a nivel mundial existen 47 millones de personas con demencia y esta se incrementa cada año en 10 millones. Alrededor del 60% y 70% de los casos serán demencias de Alzheimer, que es la más común. Las estadísticas nos indican una problemática mundial y sus consecuencias bio-psico-sociales y económicas que derivaran de las demencias. Además, según las características de la enfermedad, ésta no solo afecta a la persona con demencia, sino también al familiar/cuidador, la familia en general y la sociedad.

En una etapa media y tardía la demencia puede producir discapacidad y dependencia, el desconocimiento de la enfermedad podría ocasionar que los familiares no acudan oportunamente a servicios de salud, ya que los síntomas iniciales de la enfermedad pueden confundirse con un envejecimiento normal, afectando así en el diagnóstico e intervención oportuna.

En Ecuador, la atención de la salud está conformada por la Red pública Integral de Salud (RPIS). Esta comprende dos sectores: público y privado.

El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), que ofrece servicios de salud a toda la población; el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES); los servicios de salud de las municipalidades y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS); Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), que brinda atención a la población afiliada al seguro social, en cuanto al MIES y municipalidades quienes prestan atención mediante diferentes programas a la población no afiliada a un seguro social (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011).

El sector privado se encuentra conformado por instituciones con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas y de servicio social (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011).

En cuanto a la organización de los servicios de salud, éstos se encuentran dispuestos en niveles de atención, que según lo descrito en el manual MAIS “permite organizar la oferta de servicios para garantizar la capacidad resolutive y continuidad requerida para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población” (MAIS, 2012, pág. 85).

El primer nivel de atención, se encuentra en contacto directo con la comunidad, debe cubrir a toda la población, este resuelve necesidades básicas y más frecuentes. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención.

El segundo nivel de atención comprende todos los servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización, se incluye también la cirugía ambulatoria y el hospital del día. Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles.

El tercer nivel de atención corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, se realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley (MAIS, 2012, pág. 86).

En el Ecuador, las diversas patologías requieren pasar por el filtro de los tres niveles de atención, dependiendo del caso y generalmente se ingresa por el primer nivel de atención. Además, se encontraron guías de atención que se han utilizado en los últimos 10 años en el caso de demencias.

Los protocolos de atención, son documentos escritos, que contiene una serie de pasos que describen y resumen procedimientos médicos, específicos para la atención de una patología, estos procedimientos estandarizados son generados con el objetivo de garantizar una atención médica de calidad.

En el año 2008, el MSP publica las Guías Clínicas Geronto-Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Allí se encuentra el protocolo de atención de demencias-enfermedad de Alzheimer. Este consiste en una descripción de las demencias e indicaciones acerca de la anamnesis para estos casos y para el análisis de la historia clínica del paciente, herramientas de valoración e indicaciones respecto al tratamiento no farmacológico y farmacológico.

En el año 2010, desde un abordaje clínico, elaborado por el MSP, en Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los y las Adultos Mayores, se plantea un abordaje diferente. En primera instancia se plantea, en este instrumento, una valoración clínica inicial, para retirar otras causas tratables, antes de obtener el diagnóstico de demencia senil; una vez obtenido los resultados, de confirmarse el diagnóstico, se plantea la realización de intervenciones en base a un diagnóstico

funcional y recomendaciones no farmacológicas; el siguiente paso una valoración geriátrica integral; esta consiste en; valoración funcional, psíquica, nutricional y social. Este instrumento señala un ámbito de recuperación que incluye: tratamiento farmacológico, prevenir complicaciones, involucrar al familiar/cuidador y la referencia a nivel de atención superior de acuerdo al caso.

En el año 2012, el MAIS plantea un protocolo de atención para adultos mayores en la atención primaria, considerando, por un lado el artículo 35 de la constitución ecuatoriana, mismo que contempla a los adultos mayores dentro del grupo de atención prioritaria, indicando que ellas recibirán atención prioritaria y especializada de los servicios públicos y privados, considerando además que la autoridad sanitaria nacional (ASN), ha definido los protocolos terapéuticos y guías de manejo clínico para el cumplimiento obligatorio para todas las unidades de la RPIS.

Este protocolo de atención, considera los ciclos vitales y los niveles de atención e integra las siguientes áreas para las personas adultas mayores de 65 años: prestaciones de promoción, consiste información y educación a los familiares, prestaciones de prevención, prestaciones de recuperación, prestaciones de rehabilitación y visita domiciliaria.

Las prestaciones tomadas en cuenta en este protocolo de atención para el adulto mayor resaltan ítems de salud mental, enfermedades crónicas, degenerativas,

demencias y discapacidad, por ello la salud mental está incluida tanto en el MAIS y en el RPIS.

Según la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Estudio FARYPDEA de la Universidad San Francisco, señala: “En Ecuador la demencia y la enfermedad de Alzheimer no han sido investigadas de forma amplia, por lo cual actualmente no se dispone de datos epidemiológicos sobre la prevalencia, incidencia y factores de riesgo de esta enfermedad” (Espinosa del Pozo, y otros, 2012, pág. 50).

En Latinoamérica se destaca la investigación realizada en Uruguay, denominada: Trayectorias de atención en personas con Demencia en el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay. Prácticas y cuidados en Salud Mental (Pérez, 2013). Esta investigación refiere que existen diferentes tratamientos: con fármacos y psicosociales, para las demencias. Ellos muestran resultados alentadores en cuanto a retrasar el deterioro de la patología y mejorar la calidad de vida tanto del paciente como la de sus familiares. Sin embargo, el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay (SNIS) no ha elaborado un protocolo que intervenga en el plano diagnóstico, terapéutico o preventivo.

En relación a las concepciones que están presentes en los profesionales que atienden demencia se observa lo siguiente:

Las concepciones habituales que manejan los profesionales de la salud para el abordaje de las demencias, aún se encuentran fuertemente

impregnadas por la perspectiva hegemónica del modelo biomédico. Si bien esta perspectiva de abordaje ha logrado importantes avances en relación a la identificación de mecanismos neurobiológicos que intervienen en la producción de la enfermedad, también ha oficiado como obstáculo epistemológico para comprender como otras dimensiones también participan, con el mismo estatus de realidad, de la producción del proceso de salud y enfermedad (Acosta, 2014, pág. 24).

Las prácticas médicas manejan un modelo de atención biológico, casi en su totalidad, lo cual no permite manejar otras dimensiones, como lo psicológico y social, que también forman parte de las demencias y que son igual de necesarias de abordar.

Como se puede ver, el tema de la salud mental de los adultos mayores es un ámbito de atención prioritaria, relevante si consideramos su creciente número poblacional, particularmente, cuando se trata de las demencias, esta aparece como un ámbito poco estudiado y considerado en las prácticas de atención, de allí que hace falta evidenciar cual es la situación de atención profesional en el ámbito de salud desde nuestro contexto. A partir de lo cual se plantea el siguiente interrogante de investigación: ¿Cuáles son las prácticas profesionales en la atención en pacientes adultos mayores, con Demencia, en la ciudad de Quito, durante el periodo Marzo- Julio del 2017?

## **2. Justificación y relevancia**

El incremento del número de personas adultos mayores y con ella la presencia de personas con Alzheimer, generan la necesidad y la urgencia de conocer sobre esta realidad.

La atención de la Salud Mental, ha sido declarada por la OMS prioridad para los próximos años, es por ello que al realizar la investigación se puede obtener información importante que permita afrontar los desafíos que implica el envejecimiento de la población y los problemas de salud mental como las demencias en cuanto a prevención, flujos de atención y tipo de profesionales a cargo.

Los datos obtenidos a través de esta investigación, pueden ser utilizados para promover y generar políticas públicas en el país, que atiendan a las necesidades poblacionales en relación a la Salud Mental.

A partir de la información obtenida se puede contribuir a la generación de diferentes alternativas de atención a las demencias.

Además, que la información recogida descubre una realidad poco conocida que necesita afrontarse en diferentes niveles, para observar una atención integral, estos pueden ser; psicólogos, médicos, trabajadores sociales, operadores de salud en general, entre otros.

### **3. Objetivos**

#### **Objetivo General**

Conocer las prácticas profesionales médicas de atención en salud mental de adultos mayores con demencia.

#### **Objetivos Específicos**

Conocer cuál es el ámbito de formación del profesional médico que atienden a las personas con demencia.

Indagar que pasos guían a los profesionales en el diagnóstico y atención de pacientes con demencia.

Establecer el o los protocolos específicos que guían las prácticas profesionales en el caso de las demencias.

Conocer las concepciones de los profesionales que atienden a personas con demencia.

## **4. Marco teórico**

### **4.1. Envejecimiento poblacional y aumento de la esperanza de vida**

#### **4.1.1. Envejecimiento poblacional**

El envejecimiento poblacional, se da por el acrecentamiento importante del porcentaje poblacional adulta mayor en relación a la disminución de la población de menores, debido esto a la disminución de la natalidad.

En este contexto la ONU (2002) estima para el año 2050 que el aumento de la población de más edad será más acelerado en los países en desarrollo, estimándose que cuadripliquen su población adulta mayor. Para esa fecha, se proyecta un porcentaje de personas mayores de 60 años igual al de los niños, pasando los adultos mayores del 10% al 21%, mientras que el porcentaje de niños disminuirá de 30% a 21%. El grupo de los mayores de 80 años es el que crecerá de forma más acelerada, de casi 70 millones que había en el año 2000, se pase a más de 350 millones para el 2050 (Berriel & Pérez, 2013, pág. 18).

La Asamblea de la ONU (2002), indica que “una transformación demográfica mundial de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional. Todas las facetas de la humanidad-sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y espirituales experimentarán una evolución” (Berriel & Pérez, 2013, pág. 18).

Es por ello que tanto el Ecuador y América Latina se debe enfrentar esta transición de cambio generacional de manera inmediata y afrontar este cambio con recursos limitados y con menor tiempo en comparación con otros países.

#### **4.1.2. Aumento de la esperanza de vida**

La expectativa de vida ha ido aumentando, desde la mitad del siglo XX hasta hoy, gracias al desarrollo de diferentes disciplinas científicas que han permitido en principio una disminución de la mortalidad que inicio con los niños y jóvenes, siguiendo con las demás etapas vitales incluyendo a los adultos mayores, la disminución de la natalidad otro factor importante y también procesos migratorios los cuales afectan de manera aleatoria y diversa en ciertos lugares, pero que definitivamente aportan a ésta transición demográfica, donde la longevidad es el tema principal.

Según la ONU en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento realizada en el año 2002 en Madrid nos muestra datos que son reveladores, en los últimos 50 años, la media de la esperanza de vida al nacer, ha aumentado en 20 años, indicando que para el año 2050 se incremente 10 años más. En el año 2000 existía en el mundo aproximadamente 600 millones de personas mayores de 60 años, población que, en los próximos 50 años, se prevé llegará a ser de casi 2000 millones (Berriel & Pérez, 2013, pág. 18).

En el Ecuador en la segunda mitad del siglo XX la población creció de manera extraordinaria gracias al también al gran aumento en su esperanza de vida que paso de 48,3 años en 1950-55 a 75,6 años en 2010-15 según la CEPAL en 2012. Esta mejora excepcional permitió que muchos ecuatorianos, que en el pasado hubiesen muerto prematuramente, alcancen edades avanzadas. Mientras en 1950-55 solo un 42% de los ecuatorianos esperaba alcanzar los 65 años de edad, en 2010-2015 el 80% de los recién nacidos se espera que alcance esa edad (MIES, 2013, pág. 9).

## **4.2. Envejecimiento**

El envejecimiento es un proceso vital normal que va desde la concepción y se prolonga hasta la muerte. Es consecuencia de una compleja interacción de factores fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales, influenciados por condiciones genéticas y medio ambientales que pueden modificar su ritmo e influir en el bienestar de los individuos y las poblaciones (MIES, 2013, pág. 10).

### **4.2.1. El enfoque del ciclo vital o life span**

El Enfoque del ciclo vital toma como referencia a las diversas teorías de la psicología evolutiva, donde se estudia la evolución y cambios de comportamiento a través del tiempo desde el nacimiento hasta la muerte, autores como Piaget, Vygotsky y Freud, entre otros, proponen diferentes etapas referentes al tema, sin embargo

podemos notar el énfasis que se da a los primeros años de vida, dejando de lado la adolescencia, adultez y más aún al envejecimiento, dónde solo se registran cambios menores o simplemente estos ya no se dan, un tema en donde la teoría de life span discrepa y argumenta que si existen estos cambios,

Otro factor importante es que la información del desarrollo evolutivo nos permite conocer progresos que se obtienen en los primeros años de vida y como en los últimos años estamos predestinados a perder, la perspectiva de la pérdida. Como nos dice Feliciano Villar en el libro gerontología:

Desde este punto de vista, el curso evolutivo humano seguiría una trayectoria en forma de U invertida: unas primeras etapas de crecimiento y mejoras seguidas de una fase más o menos prolongada de estabilidad para, en las últimas décadas de la vida, acabar con un periodo de declive y pérdida (Pinazo & Sanchez, 2005, pág. 147).

Una visión compleja del desarrollo; Desarrollo entendido como un proceso donde se obtienen tanto pérdidas, como ganancias y es lo que caracteriza al ciclo vital; Es un error mirar a la vejez como un periodo exclusivo de pérdidas,

La importancia de la cultura y la historia, el desarrollo comprendido desde una base de maduración biológica, ubica al envejecimiento como una fase de caída biológica en donde se enfatiza las pérdidas, pero si se toma en cuenta el enfoque del ciclo vital incluye a la cultura como otra fuente de influencias que configura tipos de desarrollos evolutivos durante toda la vida.

La adaptación, clave del desarrollo se observa como un, “proceso activo en el que el individuo es capaz de cambiar sus propias circunstancias y, hasta cierto punto (dentro de los límites marcados por restricciones biológicas y culturales), ser arquitecto de su propio desarrollo” (Pinazo & Sanchez, 2005, pág. 157), desde esta perspectiva implica que la persona posee un papel activo en su propio desarrollo.

### **4.3. Demencias**

Manito y Funes (1996) plantean que etimológicamente la palabra "demencia" proviene del latín y significa “privado de inteligencia” (Berriel & Pérez, 2013, pág. 20). Como ya hemos observado la demencia esta abordada desde un tema biológico-médico del cual se pueden tomar las siguientes definiciones, una demencia es:

Portnoy (1995), un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en el que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio” (Berriel & Pérez, 2013, pág. 20).

Según la OMS, define a la demencia como un síndrome (generalmente de naturaleza crónica o progresiva) caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, es decir, la capacidad para procesar el pensamiento, más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el

pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación (OMS, 2017, pág. 2).

La OMS, también incluye las siguientes apreciaciones:

- La demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.
- Aunque afecta principalmente a las personas mayores, la demencia no constituye una consecuencia normal del envejecimiento.
- En el mundo entero hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos.
- La enfermedad de Alzheimer, que es la causa de demencia más común, acapara entre un 60% y un 70% de los casos.
- La demencia es una de las principales causas de discapacidad
- y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero.
- La demencia tiene un impacto físico, psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias y la sociedad.

También, se puede señalar la siguiente definición:

Franco y Criado (2002), es un síndrome adquirido, producido por una patología orgánica que, en un paciente sin alteraciones del nivel de conciencia, ocasiona un deterioro persistente de varias funciones mentales superiores provocando una incapacidad funcional en el ámbito social y/o laboral. Esta alteración de funciones se refleja al menos en tres áreas de actividad mental de las siguientes: memoria, lenguaje, función espacial, personalidad, abstracción y razonamiento matemático (Berriel & Pérez, 2013, pág. 33).

En la actualidad los criterios diagnósticos utilizados se basan en el CIE-10 manejado principalmente en Europa y actualmente también en Ecuador.

Según el CIE-10, para diagnosticar una demencia es necesario: 1. La presencia de demencia de un determinado nivel de gravedad basada en: a) Deterioro de la memoria: incapacidad de aprender nueva información o de recordar la previamente aprendida, incluyendo material verbal y no verbal; b) Déficit de la capacidad intelectual, caracterizado por un deterioro del pensamiento y de la capacidad de procesar información, 2. Ausencia de obnubilación de la conciencia, 3. deterioro del control emocional, motivación o un cambio del comportamiento social: labilidad emocional, irritabilidad, apatía, embrutecimiento del comportamiento social y 4. El criterio 1 debe estar claramente presente durante al menos seis meses (Berriel & Pérez, 2013, pág. 22).

#### **4.3.1. Clasificación de Demencias**

La clasificación será tomada del libro Alzheimer y Psicoterapia de Berriel y Pérez del 2013, el cual nos presenta clasificaciones de la demencia desde diferentes taxonomías:

“Por la edad de la persona al momento de aparición del cuadro: se dividen en preseniles o seniles, según aparezcan antes o después de los 65 años” (Berriel & Pérez, 2013, pág. 20).

“En función del área cerebral de mayor impacto patológico de la enfermedad en el plano somático, desde esta perspectiva, las demencias pueden dividirse en: corticales, subcorticales, por afectación de sustancia blanca y Mixtas” (Berriel & Pérez, 2013, pág. 21).

Según su pronóstico y terapéutica, en reversibles e irreversibles. Las primeras son manifestaciones secundarias a otros trastornos que, cuando son tratados, puede revertir el cuadro de demencia. Por su parte, las irreversibles son patologías crónicas, donde desde el enfoque biomédico solo se puede realizar tratamiento sintomático (Berriel & Pérez, 2013, pág. 21).

“Según su etiología y evolución Pérez Martínez (2006), realiza una reciente revisión bibliográfica, agrupándolas en: degenerativas, vasculares, infecciosas,

traumáticas y otras, tales como tóxicas, por ejemplo, por abuso de alcohol” (Berriel & Pérez, 2013, pág. 21).

Hablando desde una perspectiva biológica, “diagnóstico de demencia al día de hoy es clínico, apoyado por pruebas paraclínicas” (Berriel & Pérez, 2013, pág. 22), éste se basa principalmente en síntomas cognitivos, como son: déficit de memoria, en primer lugar y trastornos en la función ejecutiva, la demencia en este sentido es presentada como una enfermedad orgánica que deteriora las funciones cognitivas y causa incapacidad.

#### **4.4. Sistema de Salud**

La OMS entrega pautas de como los países miembros deben conformar sus sistemas de salud, lo cuales deben estar organizados con el fin de prestar un servicio de salud eficaz con los recursos que posee.

Un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud. Fortalecer los sistemas de salud significa abordar las limitaciones principales relacionadas con la dotación de personal y la infraestructura sanitarios, los productos de salud (como equipo y medicamentos), y la logística, el seguimiento de los progresos y la financiación eficaz del sector. Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya finalidad primordial es mejorar la salud (OMS, 2018).

Mejorar la salud de forma continua es el principal objetivo que deben tener los países del mundo, es por ello que constantemente se debería estar evaluando el sistema de salud de cada país para conocer sus debilidades y fortalezas.

Un sistema de salud necesita personal, fondos, información, suministros, transporte, comunicaciones y orientación y dirección generales. También tiene que prestar servicios que respondan a las necesidades y sean equitativos desde el punto de vista financiero, al tiempo que se dispensa un trato digno a los usuarios (OMS, 2018).

El sistema de salud deberá centrarse en las necesidades de las personas y en un trato primordial centrado en el usuario.

#### **4.4.1. Sistema de salud en el Ecuador**

En el Ecuador en el año 2012 el Ministerio de Salud Pública publicó el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que organiza el sistema de salud en función de cubrir a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidad.

Desde el año 2007 el gobierno de la Revolución Ciudadana en función del logro del Sumak Kausay o el Buen Vivir, que constituye la orientación ética y política que marca el accionar del Estado y sus instituciones, ha definido como prioritario el sector social y particularmente la salud, lo que se expresa entre otros aspectos en un

incremento importante del presupuesto y en concordancia con el mandato Constitucional, se establece la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención pública de salud. Al ser la salud uno de los elementos más sensibles para el mejoramiento de la calidad de vida, la transformación del sector se constituye en un eje prioritario del desarrollo del país (MAIS, 2012, pág. 18).

La Constitución del Ecuador propone la importancia de la atención psicológica que garantice una estabilidad física y mental de las personas, también se incluyen artículos en la Ley Orgánica de Salud y en el Plan Nacional para el Buen Vivir aspectos afines a la promoción de la salud mental.

Bajo estos instrumentos legales el Modelo de Atención Integral de Salud, enfatiza en la importancia de intervenir en las condiciones de esta dimensión de la salud, y la incorporación de la Salud Mental Comunitaria en los planes de salud y la organización de los servicios, superando los Modelos: Curativo y Clínico Biológico que marcan aún el quehacer de los servicios psiquiátricos y de salud mental en el país (MAIS, 2012, pág. 19).

El modelo comunitario de salud mental centrado en la persona toma dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y políticas, por lo cual es necesario que se reorganice la atención hacia un equipo médico multidisciplinario, que abarque las dimensiones mencionadas. Lo que permite este modelo es configurar y desplazarse;

del sujeto enfermo a la comunidad; del hospital a los centros comunitarios de salud mental y del psiquiatra al equipo de salud mental.

Una de los aspectos a tomar en cuenta dentro de la salud mental son las demencias y en sistema de salud del país se han encontrado guías que nos indican como se ha ido manejando éste tema.

En el año 2008, el MSP publica las Guías Clínicas Geronto-Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Allí se encuentra el protocolo de atención de demencias-enfermedad de Alzheimer. Este consiste en una descripción de las demencias e indicaciones acerca de la anamnesis para estos casos y para el análisis de la historia clínica del paciente; con estos datos se señala como se llega al diagnóstico probable o definitivo, la etapa de la demencia -inicial, intermedia o terminal- y señalamientos respecto al requerimiento de exámenes físicos y de laboratorio.

Esta guía incluye, además, “herramientas de valoración; examen mental mínimo de Folstein (Minimal State Examination) es el más usado, Escala de Katz para establecer el impacto de la alteración cognitiva sobre la vida cotidiana” (Alvarez & Martinez, 2008, pág. 57) y criterios para realizar un diagnóstico diferencial, en relación a: “depresión, trastornos de la atención, demencia degenerativa primaria, demencia vascular, demencia asociada a cuerpos de Lewy, otras” (Alvarez & Martinez, 2008, pág. 58).

La Guía plantea indicaciones respecto al tratamiento no farmacológico: “adaptación del ambiente, músico- terapia, danzas; fisioterapia, masoterapia, técnicas

de reorientación a la realidad, reminiscencias, aromaterapia, estimulación sensorial” (Alvarez & Martinez, 2008, pág. 58). Respecto al tratamiento farmacológico se recomienda: “estabilizador del glutamato: memantina, inhibidores de la colinesterasa: donepezilo, rivastigmina (Alvarez & Martinez, 2008, pág. 58).

En el año 2010, desde un abordaje clínico, elaborado por el MSP, en Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los y las Adultos Mayores, se plantea un abordaje diferente. En primera instancia se plantea, en este instrumento, una valoración clínica inicial, para descartar cualquier causa tratable, antes de llegar al diagnóstico de demencia senil; una vez obtenido los resultados, de confirmarse el diagnóstico, se plantea la realización de intervenciones en base a un diagnóstico funcional y recomendaciones no farmacológicas que incluye entre otras: “ejercicios de concentración, técnicas de orientación a la realidad, inscripción de grupos de apoyo formales e informales, involucramiento y capacitación de la familia y/o cuidador, adaptación en el ambiente en el hogar y en grupos” (Alvarez, Pazmiño, Villalobos, & Villacís, 2010, pág. 71).

Se establece como siguiente paso una “cita programada para la valoración geriátrica integral; valoración funcional, valoración psíquica, valoración nutricional y valoración social” (Alvarez, Pazmiño, Villalobos, & Villacís, 2010, pág. 71).

Este instrumento señala un ámbito de recuperación que incluye lo siguiente: tratamiento farmacológico, prevenir complicaciones, involucrar al familiar/cuidador y la referencia a nivel de atención superior de acuerdo al caso.

El instrumento establece como los responsables de la atención: médico, enfermera y equipo de salud. Además, se señala la frecuencia de citas, dependiendo de la demanda y el tiempo estipulado por cita de 30 minutos.

En el año 2012, el MAIS se plantea un protocolo de atención para adultos mayores en la atención primaria, considerando, el artículo 35 de la constitución ecuatoriana, mismo que contempla a las personas adultas mayores dentro del grupo de atención prioritaria, indicando que ellas recibirán atención prioritaria y especializada de los servicios públicos y privados. Además, que la autoridad sanitaria nacional (ASN), ha definido los protocolos terapéuticos y guías de manejo clínico para el cumplimiento obligatorio para todas las unidades de la RPIS. Este protocolo de atención, considera los ciclos vitales y los niveles de atención e integra las siguientes áreas para las personas adultas mayores de 65 años:

**Prestaciones de promoción**, información y educación a los familiares acerca de: nutrición, salud mental, envejecimiento activo, discapacidad a los miembros del grupo familiar; riesgo biológico, enfermedades crónicas degenerativa, accidentes propios de la edad demencia senil; riesgo socio-económico, muerte evitable, discapacidad, soledad y/o abandono, trastornos de depresión, intento de suicidio, violencia, deterioro mental y cognitivo; riesgo ambiental, condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras, contaminación, entre otros.

**Prestaciones de prevención**, valoración geriátrica integral, identificar factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo, dependencia funcional, prevención, detección y manejo de violencia, maltrato y discapacidad.

**Prestaciones de recuperación**, atención de la patología más frecuente, síndromes geriátricos, depresión, ansiedad y cuidados paliativos en etapa terminal de la vida; **Prestaciones de rehabilitación**, actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención actividades de psicorehabilitación basadas en la comunidad discapacidades y ayudas técnicas; **visita domiciliaria**, diagnóstico y seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos.

Las prestaciones tomadas en cuenta en el protocolo de atención para el adulto mayor resaltan ítems de salud mental, enfermedades crónicas, degenerativas, demencias y discapacidad, por ello a la salud mental está incluida tanto en el MAIS y RPIS.

#### **4.5. Enfoques en la atención de demencias**

El enfoque biológico hegemónico de las demencias, denominado así por ser el principal en la atención de esta enfermedad, “mismo parte de una noción de salud y enfermedad cuyas causas son individuales y biológicas, que afectan a un individuo, encapsulado en sí mismo, desde un déficit biológico” (Berriel & Pérez, 2013, pág. 25), las investigaciones dentro de este enfoque están destinadas a generar cambios en lo biológico para parar o descartar deficiencias en esta área.

En este enfoque se observan ventajas como; investigaciones avanzadas en el plano biológico con su tratamiento específico farmacológico (neuroprotectores, inhibidores de la acetilcolinesterasa y fármacos de control de síntomas psicológicos y

conductuales) y posee claros criterios de clasificación; en cuanto a las desventajas, se concentra en procesos biológicos, toma ésta dimensión de la persona dejando de lado lo psicológico y social, posicionándose como hegemónica, además se maneja en certezas que generalizan el proceso de deterioro de la enfermedad en todos los casos.

Las investigaciones de las demencias se enfocan, tradicionalmente, en una base biológica y genética; diagnosticada e intervenida desde el modelo médico predominante. En el caso de tratamientos médicos para la demencia, en ocasiones se recomiendan la institucionalización y como la mejor opción tratamientos farmacológicos, incluyendo también el tratamiento psicoeducativo, entonces la patología no se aborda dentro del campo de salud mental y queda reducido generalmente a un abordaje neuropatológico (Pérez, 2013).

Se observa entonces, que los procesos de atención de la demencia están siendo guiados principalmente por un enfoque biológico predominante y en segundo plano, se encuentran las dimensiones psicológicas y sociales, lo que determina un abordaje no integral.

Desde una perspectiva integral, se propone un nuevo abordaje de demencias, que crítica al enfoque tradicionalmente biológico, donde no se puede negar los avances obtenidos en investigaciones y aportes de procesos orgánicos que actúan en las demencias, pero se plantea consideraciones biopsicosociales.

El obstáculo lo ubicamos en el plano epistemológico y de la acción política de estas perspectivas, pues al presentarse el paradigma

positivista como única forma de conocimiento y construcción de realidad hegemónica y excluyente, se produce un tipo de pensamiento simple que empobrece y obstaculiza el avance del verdadero conocimiento científico crítico (Berriel & Pérez, 2013, pág. 27).

El ser humano es complejo y en él se relacionan procesos tanto biológicos, psicológicos y sociales, por lo tanto, debe ser abordado de manera integral y por ello no se debe pretender que exista una dimensión predominante y por consiguiente reduccionista.

En este sentido se puede mencionar tres errores principales de éste enfoque:

a) Pretender explicar los procesos psicosociales desde la lógica y perspectiva de los procesos biológicos, b) Confundir y pretender explicar el cuerpo desde las lógicas y dinámicas del organismo y c) Querer explicar e intervenir en el psiquismo y en la subjetividad humana desde el estudio e intervención en el plano del Sistema Nervioso Central (Berriel & Pérez, 2013, pág. 29).

Estos errores, que como veíamos basan su “saber científico” en un circuito de poder hegemónico, producen múltiples efectos negativos en la población y en los profesionales, pues capturan la perspectiva de las demencias en un modelo individual y biológico de la enfermedad. Estos efectos de verdad, hacen que tanto los profesionales como los pacientes

y familias que sufren estas patologías queden capturados dentro de un círculo de desesperanza, que intentan paliar con “remedios” y “consejos”. O, para ser más rigurosos, fármacos y medidas funcionales adaptativas, tales como psicoeducación, de entorno (Berriel & Pérez, 2013, pág. 30).

Bajo esta situación se refuerza un modelo de atención reduccionista e individual, basado en la dimensión biológica, que generaliza tratamientos y pronósticos de la enfermedad, que son desalentadores para el paciente y su familia, bajo la premisa de ser hegemónico.

Según estos mismos autores, una opción ante las demencias desde un enfoque psicológico y una perspectiva multidimensional: “si nos descentramos del modelo biológico e individual, una demencia es una compleja construcción histórica que culmina en una desorganización de un grupo o colectivo en, al menos, cinco planos: somático, cognitivo, psicoafectivo, psicosocial y sociocultural/histórica” (Berriel & Pérez, 2013, pág. 33).

La perspectiva multidimensional de las demencias; **somático**, déficit en el SNC (Placas amiloides, degeneración neurofibrilar, etc.); **cognitivo**, desintegración homogénea conjunta y retrogénesis; **psicoafectivo**, desestructuración yoica, desintegración de la identidad, desnarcisización, desobjetivación; **psicosocial**, desestructuración y dementización vincular, modalidades de comunicación estereotipadas, viejos afectos no tramitados psíquicamente, elementos

transgeneracionales, emblemas identificatorios; **sociocultural e histórica**, red de significaciones culturales y contenidos simbólicos e imaginarios, lugar asignado a la enfermedad en la comunidad de pertenencia, cristalizaciones colectivas de sentido (Berriel & Pérez, 2013, pág. 36).

Lo que se intenta en este modelo multidimensional de intervención psicológica es observar como las diferentes dimensiones se afectan entre sí, lo que afecta no sólo al individuo, sino a todo un colectivo, se toma a la patología desde el plano psicoafectivo, psicosocial y sociocultural, poniendo a lo somático y cognitivo como secundarios a los tres planos ya mencionados, emergiendo así una nueva conceptualización e intervención en el mismo.

Abordar la enfermedad desde el plano de la salud mental implica ubicar al mismo nivel de eficacia tanto lo biológico, psicológico, social y producción de sentido, al fusionar estos niveles se obtendrá un nuevo estatus de la persona con demencia. Ubicando a la demencia a un plano colectivo, donde la historia personal y contexto determinaran el proceso patológico, es decir se deja de lado la percepción de afectación individual, desde esta perspectiva, la línea principal de abordaje de las demencias son los tratamientos psicosociales y psicoterapéuticos (con las personas con demencia y con sus familiares y cuidadores), sin excluir tratamientos farmacológicos cuando es necesario (Pérez, 2013).

## 5. Variables y Dimensiones

### Variables:

**Prácticas profesionales médicas:** es el proceso que se realiza para la atención al paciente y puede contener los siguientes pasos.

- **Prácticas profesionales pre diagnóstico:** las quejas de deterioro funcional que parten de informadores fiables, son la señal de alarma más importante para considerar una posible demencia.
- **Prácticas profesionales de diagnóstico:** el diagnóstico de demencia es un proceso complejo, que requiere de una valoración integral del paciente y de su entorno, sólo posible tras una evaluación minuciosa, detallada e interdisciplinar.
- **Prácticas profesionales de intervención y seguimiento:** existe la intervención farmacológica y no farmacológica, el plan de cuidados que se desarrolle para la atención de pacientes con demencia y de sus cuidadores ha de ser longitudinal y multidisciplinar, ha de definir objetivos de tratamiento flexibles y ha de tener una concepción dinámica para adaptarse a los distintos estadios de la enfermedad.

### Dimensiones:

**Concepciones sobre las demencias del personal médico:** demencias se refiere a un síndrome caracterizado por el deterioro de las funciones cognitivas, lo que provoca

la incapacidad de procesar los pensamientos y afecta a la memoria, orientación, comprensión, lenguaje. Al referirse a las concepciones se trata de evidenciar las definiciones del personal médico, desde su experiencia, acerca de las demencias.

## **6. Hipótesis y Supuestos**

- Las prácticas de atención se caracterizan por un predominio de la perspectiva médico–biológica, en el diagnóstico, atención y tratamiento.
- Las trayectorias de atención a personas con demencia no siguen un itinerario uniforme, en cuanto a procedimientos diagnósticos y tratamiento.
- Las concepciones de los profesionales médicos que atienden las demencias corresponden al enfoque de atención de sus prácticas médicas.

## **7. Marco metodológico**

### **7.1. Perspectiva metodológica**

Es una investigación mixta, ya que se incluirá en el estudio tanto un análisis cuantitativo y cualitativo respectivamente.

Representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014, pág. 534).

### **7.2. Diseño de investigación**

El diseño de investigación utilizado es no experimental, ésta puede definirse como la investigación “que se realiza sin manipular deliberadamente variables” (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014, pág. 152). Lo que se realizó en esta investigación es la observación tal como se dan las situaciones en su contexto natural, para luego analizarlos. El diseño de investigación no experimental puede clasificarse en transversal o longitudinal, en este caso será transversal ya que “su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014, pág. 154).

### **7.3. Tipo de investigación**

La investigación es, exploratoria y descriptiva, exploratoria debido a que el tema en el que nos centramos cuenta con pocas investigaciones, al recabar la información, no se encontraron datos específicos ni documentos que brinden la información precisa. Existen diferentes investigaciones y literatura que muestran partes o se menciona el tema de manera indirecta, documentos que hablan acerca de salud mental, organizaciones internacionales, el sistema de salud, entre otros, donde reconocen una prioridad de establecer lineamientos y políticas en este campo, sin embargo no se observan cambios significativos, más aún si nos adentramos en el tema de demencias, ya que éstas van en aumento debido al cambio demográfico y envejecimiento poblacional, no existe información clara en cuanto a políticas públicas, criterios unificados de diagnóstico, protocolos de atención que guíen a los profesionales en el campo médico, en cuanto a los profesionales a cargo de las demencias no se evidencia un manejo claro de las diversas especializaciones.

Es descriptiva, ya que “busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro tipo de fenómeno que se someta a un análisis” (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014, pág. 92)

#### **7.4. Instrumentos y técnicas de producción de datos**

Entrevista semi-estructurada. Pautas para las entrevistas a profesionales (Pérez, 2013).

La entrevista está conformada por siete preguntas abiertas, que indagan el proceso de atención médica de pacientes con demencia, conocer cómo llegan los pacientes al médico, si estos son derivados o atendidos por primera vez, también se incluye preguntas de las principales problemáticas que el médico observa tanto en los pacientes como en los familiares, tratamientos que se indican generalmente en este caso, la utilización de protocolos de atención por parte de médico y desde su perspectiva profesional las mejoras que pueden incluirse dentro del sistema de salud.

A ésta entrevista original se le añadió una pregunta considerando la pertinencia de explorar la opinión del médico acerca de esta patología, se incorporó la pregunta, ¿Qué entiende usted por demencia?

Los datos socio demográficos fueron indagados a través de la entrevista señalada, se preguntó: edad, género, profesión, especialidad médica, institución en la que trabaja y años de experiencia en demencias.

#### **7.5. Plan de análisis de datos**

Los datos fueron procesados una vez que se concluyó con las entrevistas gravadas, previo al consentimiento informado firmado por los profesionales. Las entrevistas de

audio desgravadas en un documento de Word, fueron trasladadas a un cuadro Excel para su análisis.

La entrevista semi-estructurada sirvió para realizar dos tipos de análisis:

El análisis cuantitativo, se realizó en una matriz en Excel dividida por preguntas; a partir de ellas se clasificaron los datos según el tipo de respuestas obtenidas; se tabularon los datos para obtener su frecuencia y una vez compilados se realizaron tablas cuantitativas y figuras que condensan la información requerida, de acuerdo a los tres primeros los objetivos.

El análisis cuantitativo incluyó: los datos socio demográficos de los profesionales entrevistados, éste análisis se procesó estableciendo categorías donde se agruparon las principales respuestas a las preguntas abiertas, asignando valores aproximados según el número de respuestas coincidentes, y otros datos como: el número de casos de demencia que identifica el profesional en su consulta; la forma de contacto con el médico; si el paciente fue atendido por primera vez o lo derivaron y quién lo derivó; tipos de demencia que atiende el profesional y principales problemas (síntomas) que identifica el profesional de la salud en los pacientes y sus familiares.

Siguiendo el mismo formato de análisis, para tener una visión global de lo realizado, ya que la entrevista tenía preguntas abiertas y debido a la dispersión de respuestas se cuantificó por categorías: forma de intervención del profesional médico en este caso; como realiza el médico un proceso diagnóstico; si éste hace un seguimiento; en su atención a demencias el profesional utiliza guías o protocolos para

la atención, cómo informa el diagnóstico de demencia a quién y por qué, generalmente que tratamientos se utilizan y por qué, finalmente que sería importante incluir en el abordaje del tema en el sistema de salud desde su perspectiva profesional.

Por otro lado, en el análisis cualitativo se ubicaron categorías dependiendo de las respuestas textuales que los profesionales proporcionaron a la pregunta ¿Qué opina usted de las demencias? y las verbalizaciones permitieron identificar de manera amplia las diversas concepciones que manejan los profesionales.

El análisis se realizó considerando la teoría fundamentada “grounded theory” (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014, pág. 423). Este proceso consiste en que la teoría va emergiendo a través de los datos que se obtienen y si es necesario se regresa al campo de investigación hasta lograr los suficientes datos, según los autores esta teoría posee el siguiente proceso de análisis de datos:

Recolectar los datos (entrevistas), revisar todos los datos (material inicial y adicional), organizar los datos e información, preparar los datos para el análisis (transcribir datos verbales a texto), descubrir las unidades de análisis y codificación abierta de las unidades (localizar unidades y designarles categorías): primer nivel, describir las categorías emergentes de la codificación abierta (conceptualizaciones, definiciones, significados), segundo nivel, codificación axial de las categorías (agrupar categorías en temas, relacionar categorías, ejemplificar temas) (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014, pág. 423).

## **8. Población y muestra**

### **8.1. Población**

Por ser una investigación exploratoria la población estaba constituida de manera global por los profesionales médicos que atienden a las personas adultas mayores con demencia. No se definió un universo ya que estaba condicionada a la población que voluntariamente deseaba participar en la misma.

### **8.2. Muestra**

Participaron treinta (30) profesionales de la salud, (5 neurólogos, 8 geriatras, 11 psiquiatras, 2 médicos familiar, 1 médico general, 2 gerontólogos y 1 internista), involucrados en el diagnóstico y atención de personas adultas mayores con demencias. El 53% hombres y 47% mujeres, que oscilan entre 30 y 70 años, desarrollen sus actividades en el distrito Metropolitano de Quito y que aceptaron participar voluntariamente.

### **8.3. Tipo de muestra**

El tipo de muestra es no probabilístico e intencionado, es decir que: “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador” (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014, pág. 176).

#### **8.4. Criterios de la muestra**

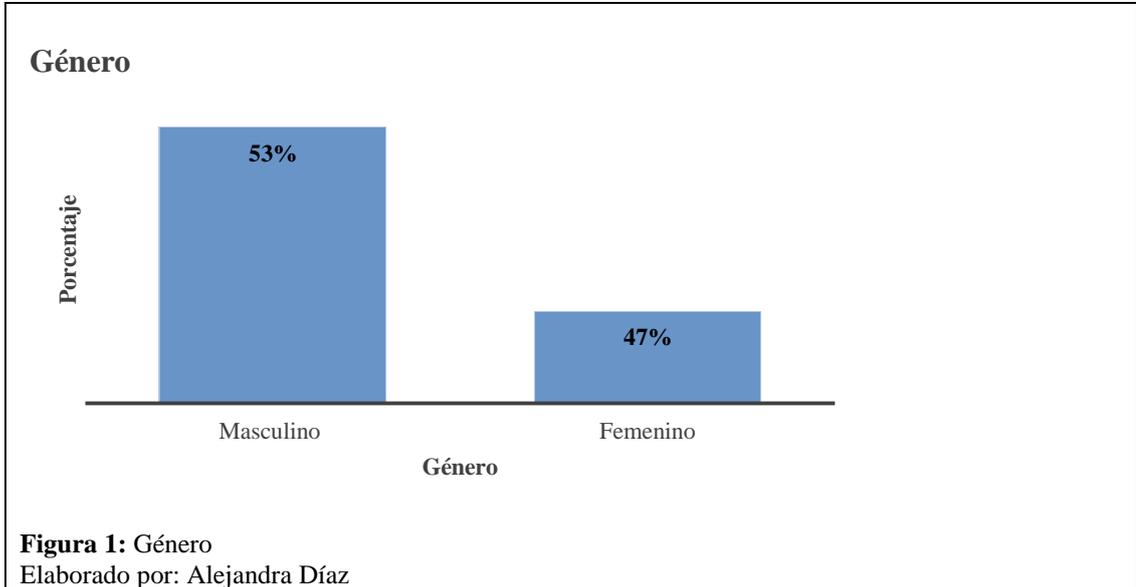
Profesionales médicos de ámbito laboral público y privado del Distrito Metropolitano de Quito que trabajen en el diagnóstico y atención de personas adultas mayores con demencia, no se consideró una edad ni género específico.

#### **8.5. Fundamentación de la muestra**

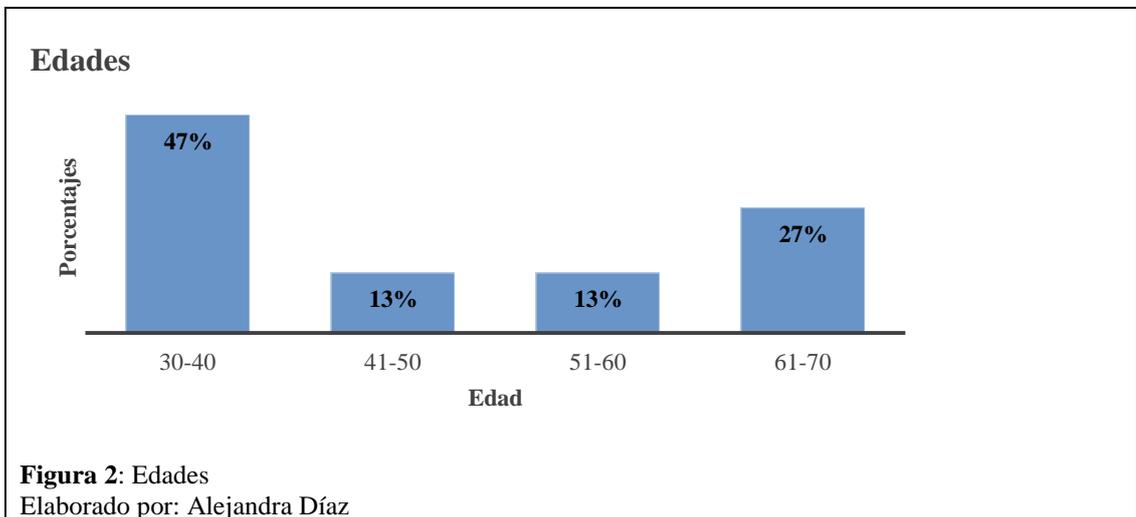
Considerando que la investigación se orienta a identificar, cuáles son las prácticas que realizan los profesionales médicos que atienden a personas con demencia, se consideró una muestra intencional a conveniencia de los objetivos de la investigación y que permita desde diversos profesionales de la salud conocer los procesos que realizan.

## 9. Descripción de los datos producidos

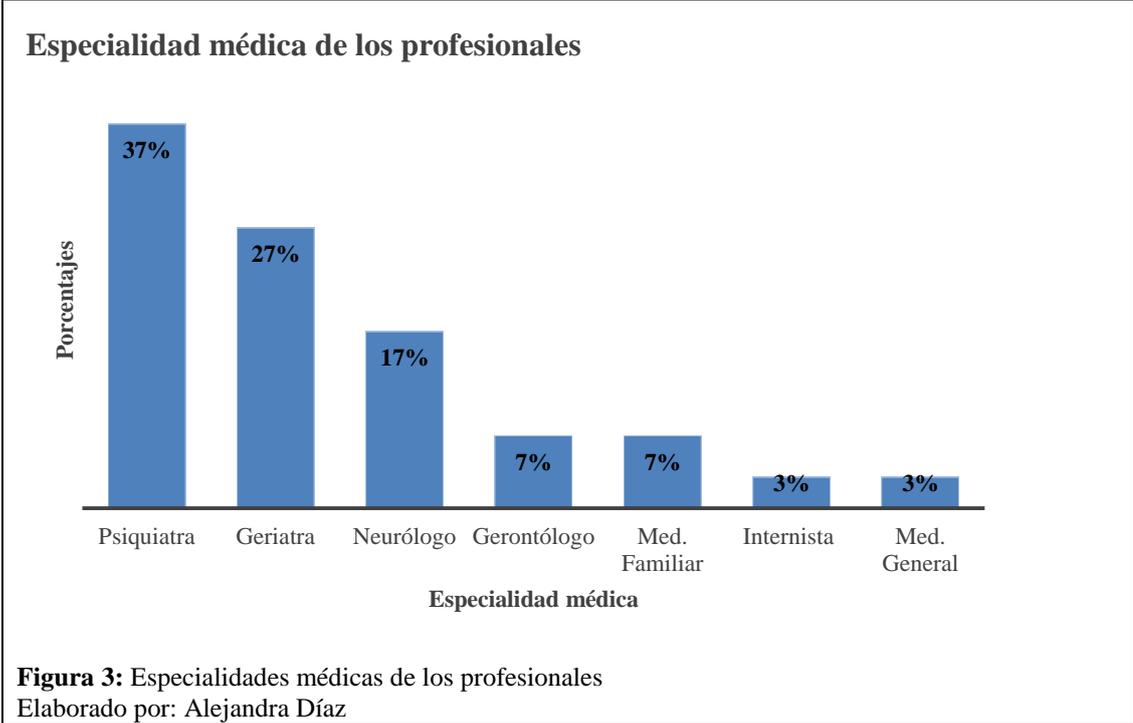
### Análisis de datos socio demográficos de los profesionales



El mayor porcentaje de médicos corresponden al género 53% masculino y es menor la participación del género femenino 47%.



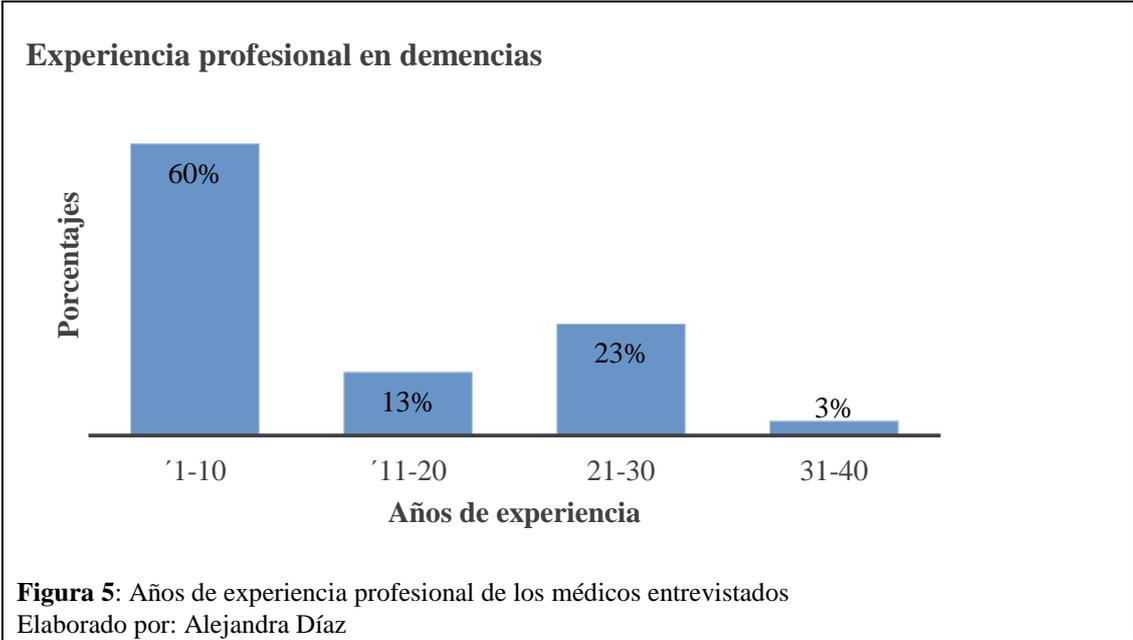
El mayor porcentaje de los médicos entrevistados se encuentran en el rango de 30-40 años correspondiendo al 47% y le sigue el rango de 61-70 años, que corresponde al 27%.



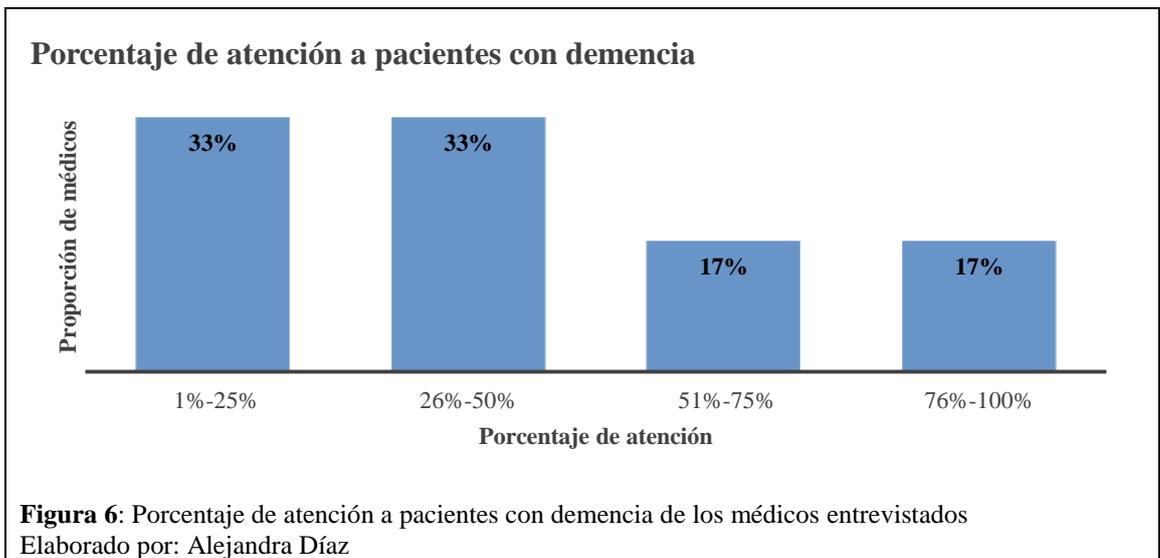
El mayor porcentaje de profesionales que atienden demencias son profesionales de la psiquiatría con el 37%, le siguen los geriatras con el 27% y neurólogos con el 17%.



La mayoría de profesionales que corresponde al 50% laboran en el sector público, el 30% labora en el sector privado y en ambos ámbitos el 20%.



La mayoría de profesionales con un 60% poseen experiencia en demencias hasta 10 años y el 23% los profesionales poseen una experiencia de hasta 30 años.



Los datos reflejan que hay una coincidencia en la proporción de médicos que atienden demencias, el 33% atiende entre 1-25% y también entre 26-50%, sin embargo, es significativo que el 17% médicos indican que han llegado atender entre el 76-100% de pacientes con demencia.

## 10. Presentación de los resultados descriptivos

### Pasos seguidos en el diagnóstico por los profesionales médicos

Se presentan varios datos descriptivos que permiten identificar los pasos que han seguido los profesionales médicos para llegar al diagnóstico de demencia. <sup>1</sup>

**Tabla 1.**

Pacientes atendidos por primera vez o derivados

Atenciones	f	%
Derivados	12	40%
Primera vez y derivados	12	40%
Primera vez	6	20%
<b>Totales</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

Los médicos plantean que atienden exclusivamente por primera vez al 20% de los pacientes, a derivaciones el 40% de los casos, entre derivados y atenciones por primera vez también con el 40% de atenciones.

**Tabla 2.**

Médicos que derivan a un especialista

Médico	f	%
General	14	33%
Internista	8	19%
Familiar	5	12%
Psicólogo	5	12%
Geriatra	4	9%
Neurólogo	3	7%
Diferentes especialidades	2	5%
Psiquiatra	2	5%
<b>Totales</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

---

<sup>1</sup> Para cada tabla hay un total de frecuencia diferente, ya que se tomó en cuenta el número de respuestas obtenidas en cada pregunta.

Los médicos generales que corresponden al 33% son los profesionales que derivan casos de demencia a los especialistas.

**Tabla 3.**  
Tipos de demencia

<b>Tipos</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Alzheimer	29	27%
Vascular	25	24%
Cuerpos de Lewy	11	10%
Mixta	9	8%
Fronto temporal	8	8%
Postraumáticas	5	5%
Parkinson	4	4%
Secundarias a trastornos mentales	3	3%
Por consumo de sustancias	3	3%
Senil	2	2%
Déficit de vitamina B12	2	2%
Deterioro cognitivo mayor	1	1%
Por enfermedades infecciosas	1	1%
Pseudo demencias	1	1%
Degeneración cortico basal	1	1%
De Pick	1	1%
<b>Totales</b>	<b>106</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

La demencia tipo Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente en la atención a pacientes adultos mayores que corresponde al 27%, le sigue la demencia tipo vascular con el 24%.

**Tabla 4.**  
Dificultades percibidas por el profesional en adultos mayores con demencia.

<b>Dificultades</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Dificultades del adulto mayor con demencia</b>	<b>42</b>	<b>53%</b>
Pérdida de facultades mentales	23	29%
Pérdida de facultades físicas	8	10%

Dificultades interrelacionales del AM	5	6%
Aceptación de la enfermedad por parte del AM	4	5%
Problemas en la alimentación y nutrición del AM	2	3%
<b>Dificultades de los familiares</b>	<b>17</b>	<b>22%</b>
Dificultades en la atención de las demencias por los familiares	8	10%
Retrasos en la búsqueda de atención especializada, al identificar los síntomas iniciales como naturales de los “viejos”	6	8%
Sobrecarga del familiar/cuidador	3	4%
<b>Dificultades en la atención médica</b>	<b>11</b>	<b>14%</b>
Dificultades diagnósticas	6	8%
Dificultades en la atención de las demencias	5	6%
<b>Dificultades socio-económicas</b>	<b>8</b>	<b>11%</b>
Dificultades económicas	6	8%
Dificultades en la vivienda y el entorno	2	3%
<b>Totales</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

El 53% de los profesionales considera que las dificultades se dan en los AM, la pérdida de las facultades mentales como trastornos en la memoria, atención, conductuales y emocionales, además la pérdida de facultades físicas, con el 22% se encuentran las dificultades en la familia por atender las diversas necesidades del AM con demencia.

**Tabla 5.**

Problemáticas percibidas por los profesionales en los familiares de pacientes con demencia

<b>Problemáticas en los familiares</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Sobrecarga del familiar/cuidador	19	25%
Dificultades familiares	18	24%
Desconocimiento de la enfermedad	13	17%
Prejuicios por parte de la familia	6	8%
Dificultades económicas de la familia	4	5%
Dificultades del entorno familiar	4	5%
Familia no busca atención médica para el AM oportunamente	4	5%
Dificultades legales	3	4%
Abordaje médico inadecuado	3	4%

Abandono del AM con demencia, por parte de la familia	2	3%
<b>Totales</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

La principal problemática en el entorno familiar es la sobrecarga del cuidador que corresponde al 25%, dificultades familiares con el 24% y el desconocimiento de la enfermedad con el 17%.

### Proceso de diagnóstico y tratamiento de demencias

**Tabla 6.**

Abordaje diagnóstico de las demencias según los médicos entrevistados

<b>Proceso diagnóstico</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Diagnóstico en base a valoración clínica con entrevista - anamnesis	18	19%
Valoración clínica y test neuropsicológicos cortos en consulta	16	17 %
Diagnóstico probable en primera consulta y diferencial de demencia y otras patologías, en base a diferentes exámenes (depresión, déficit de vitamina B12, entre otras)	14	15%
Diagnóstico probable en base a entrevista y confirmación en base a exámenes de neuroimagen y laboratorio	10	11%
Diagnóstico probable de tipo clínico y valoración neuropsicológica posterior para confirmar diagnóstico	10	11%
Diagnóstico probable de demencia y diferencial del tipo de demencia, en base a exámenes de neuroimagen	10	11%
Diagnóstico multidisciplinario en base a intervención con diferentes especialista, para realizar un abordaje integral	7	7%
Diagnóstico probable de demencia, en base a la primera consulta, para confirmar con exámenes posteriores de neuroimagen.	5	5%
Diagnóstico en base a historia clínica y edad del AM, no se solicitan exámenes adicionales	2	2%
Diagnóstico probable en base a entrevista y exámenes de laboratorio	2	2%
<b>Totales</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

La mayoría de profesionales que corresponde al 19% realizan el diagnóstico basándose en una valoración clínica con entrevista – anamnesis, el 17% se basan en una valoración clínica y test neuropsicológicos cortos en consulta y con el 15% se observa un diagnóstico probable y diferencial de la enfermedad.

**Tabla 7.**

Tratamiento para pacientes con demencia aplicados por los médicos entrevistados

<b>Tratamientos</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Tratamiento farmacológico recetado para demencias	22	27%
Orientación familiar para el manejo adecuado del paciente con demencia	18	22%
Tratamiento farmacológico recetado para trastornos psiquiátricos que acompañan a la demencia	16	20%
Psicorehabilitación	12	15%
Tratamiento con un equipo médico multidisciplinario	5	6%
Talleres de contención emocional al familiar/cuidador	5	6%
Tratamiento farmacológico para mejorar patologías orgánicas que acompañan a la demencia	4	5%
<b>Totales</b>	<b>82</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

El principal tratamiento en casos de demencia para el AM es el farmacológico el 27% indica medicamentos específicos para mejorar funciones cerebrales e inhibidores de la colinesterasa y el 20% indica fármacos para síntomas que acompañan a los cuadros demenciales (antipsicóticos y antidepresivos) además el 22% indica una orientación familiar, donde se da información acerca de la enfermedad y el manejo adecuado del paciente.

**Tabla 8.**

Razones emitidas por el profesional para el tratamiento indicado en demencias

<b>Tratamientos</b>		
<b>Tratamiento farmacológico recetado para demencias</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Retrasa la progresión de la enfermedad	10	45%
Es el tratamiento específico de demencia	8	36%
Aumenta el nivel de neurotransmisores	1	5%
Mejora la memoria	2	9%
Ayuda a controlar síntomas	1	5%
<b>Totales</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

<b>Tratamiento farmacológico recetado para trastornos psiquiátricos que acompañan a la demencia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Controlar síntomas conductuales, ansiedad, alucinaciones	12	75%
Mantener tranquilo al paciente	4	25%
<b>Totales</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>
<b>Orientación familiar para el manejo adecuado del paciente con demencia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Orientación para un manejo adecuado del AM con demencia	10	56%
La familia debe conocer de qué se trata la demencia, síntomas y evolución	7	39%
Diseñar un cambio de estilo de vida	1	6%
<b>Totales</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Nota: Se considera los tratamientos de la tabla 7.

Elaborado por: Alejandra Díaz

La siguiente interpretación considera los argumentos de los principales tratamientos evidenciados en la tabla 7, se indica un tratamiento farmacológico porque retrasa la progresión de la enfermedad 45% y es el tratamiento específico para demencias 36%. El tratamiento farmacológico indicado para síntomas que acompañan el cuadro demencial porque controla síntomas conductuales ansiedad y alucinaciones 75%. Se proporciona una orientación familiar porque la familia es la encargada del manejo adecuado del AM con demencia 56%.

**Tabla 9.**

Manera en la que el profesional médico comunica el diagnóstico

<b>Manera de comunicar el diagnóstico</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Se comunica el diagnóstico de demencia y se orienta a la familia en que consiste la patología, tratamiento y evolución	22	46%
Que la demencia está acompañada con diferentes trastornos conductuales que no dependen del paciente	5	10%
Que la enfermedad a medida que progresa vuelve dependiente al paciente	5	10%
Se comunica que están fallando algunas funciones mentales, no solo la memoria, también la capacidad de planificar, organizar, solucionar problemas, lenguaje (funciones superiores)	3	6%
Que es una enfermedad que no tiene cura y empeora con el tiempo	3	6%
Se explica que es un deterioro patológico de la memoria, que la demencia no es algo que viene con la edad, sino que es una enfermedad	2	4%
Que la demencia es un proceso fisiológico, secuela de su historia vital	2	4%
Se comunica que los exámenes realizados descartaron otras patologías y que el cerebro tiene un deterioro que nos indica que es una demencia	2	4%
Se indica que debido a los síntomas es una demencia y que por este motivo se debe aplicar un tratamiento farmacológico y no farmacológico	2	4%
Se indica el diagnóstico de demencia y que es necesario un abordaje integral con un equipo multidisciplinario	2	4%
<b>Totales</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

La mayoría de profesionales que corresponde al 46% comunican el diagnóstico y a su vez orientan a la familia sobre esta patología, el 10% comunica el diagnóstico y los trastornos conductuales que están en torno a la patología y también que a medida que progresa la enfermedad vuelve dependiente al paciente.

**Tabla 10.**

Persona a la que se comunica el diagnóstico de demencia

<b>Destinatario</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Familia-familiar/cuidador	10	33%
Paciente y familia-familiar/cuidador	20	67%
<b>Totales</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

El 67% de los médicos comunican el diagnóstico al paciente y la familia.

**Tabla 11.**

Motivo por el cual el médico comunica el diagnóstico al paciente y familiar

<b>Motivos</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
En el caso de que el paciente este en un estado inicial o leve de demencia, se le informará el diagnóstico, ya que aún está en capacidad para comprenderlo	<b>15</b>	<b>31%</b>
En el caso de que el paciente este en un estado moderado o grave de demencia, se le informará el diagnóstico a la familia, porque el paciente ya no está en capacidad de comprenderlo	<b>12</b>	<b>24%</b>
Porque el paciente tiene derecho de conocer el diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad	<b>9</b>	<b>18%</b>
Hay que orientar a la familia en el proceso de la enfermedad	<b>6</b>	<b>12%</b>
Para el paciente es difícil aceptar la enfermedad	<b>2</b>	<b>4%</b>
Porque la familia se convierte en el cuidador de una enfermedad difícil de manejar	<b>2</b>	<b>4%</b>
Paciente no está en capacidad de comprender el diagnóstico	<b>2</b>	<b>4%</b>
Porque el paciente generalmente asiste a la consulta con un familiar	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Totales</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

La mayoría de los profesionales médicos que corresponde al 31% prefiere comunicar al paciente si se encuentra en condiciones de recibir el diagnóstico, a la familia el 24% siempre que no se encuentre en condiciones el paciente y el 18% considera que el paciente tiene derecho de conocer su diagnóstico.

**Tabla 12.**

Motivo por el cual el médico comunica el diagnóstico al familiar

<b>Motivos</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Hay que orientar a la familia en el proceso de la enfermedad	6	35%
Paciente no está en capacidad de comprender el diagnóstico	5	29%
El paciente generalmente asiste a la consulta con un familiar	4	24%
El paciente va olvidar lo que se informe	2	12%
<b>Totales</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

Las razones para comunicar el diagnóstico al familiar con un 35% es porque se debe dar una orientación a la familia, el 29% porque el médico considera que el paciente no está en capacidad de comprender el diagnóstico.

**Tabla 13.**

Seguimiento que se realiza el profesional a pacientes con demencia

<b>Seguimiento</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Seguimiento cada tres o seis meses, cuando el paciente está estabilizado y dependiendo de sus necesidades	16	50%
Seguimiento dirigido a la familia	8	25%
Seguimiento de 15 a 30 días, en la etapa de diagnóstico	5	16%
Seguimiento cada tres o seis meses, dependiendo de la disponibilidad de citas en el sistema de salud	3	9%
<b>Totales</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

El 50% de profesionales refiere realizar un seguimiento de entre 3 y 6 meses según necesidades y estabilidad del paciente y un 25% un seguimiento dirigido a la familia.

## Protocolos y Guías de atención en demencias

**Tabla 14.**

Criterios de los entrevistados en relación al sistema de salud sobre la atención al AM con demencia

<b>Criterios de los entrevistados</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Atención médica no oportuna	12	27%
Sistema de salud en el país no evidencia las necesidades que implican las demencias	8	18%
Avances que mejoran la situación de las demencias en el país	8	18%
Se necesita una formación continua para estudiantes y profesionales médicos en el área de geriatría	7	16%
Es necesario para obtener un diagnóstico, tomar en cuenta varias aristas	5	11%
Consecuencias negativas que afectan a los pacientes, cuando el diagnóstico de demencia no es adecuado	4	9%
La familia del paciente con demencia no permite realizar un diagnóstico más específico	1	2%
<b>Totales</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

El 27% de los médicos sostienen en que no hay una atención médica oportuna en el sistema de salud y coinciden con un 18% que en el sistema de salud no se evidencian todas las necesidades de las demencias, sin embargo, se reconoce que han existido mejoras dentro del tema.

**Tabla 15.**

Protocolos de atención utilizados por los médicos en pacientes con demencia

<b>Guías de atención</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Utilización de guías de atención de demencia internacionales: Norteamericanas, canadienses, inglesas, españolas, mexicanas, colombianas, brasileñas, argentinas	17	40%
No se han elaborado guías de atención para demencias dentro del MSP en Ecuador	11	26%
Utilización de guías de atención general del AM, perteneciente al MSP	5	12%
Se utiliza la experiencia en la práctica médica como una guía de atención	5	12%
Guías de atención de demencia elaboradas por la institución para uso interno	4	10%
<b>Totales</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

El 40% de los médicos utilizan guías de atención de demencia internacionales, el 26% considera no tener guías elaboradas a nivel local y por tanto no las usa, el 12% utiliza guías construidas en las instituciones que laboran.

**Tabla 16.**

Políticas públicas, que podrían mejorar la situación de las demencias, según criterio de los médicos

<b>Políticas públicas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Implementación de mejoras dentro del sistema de salud	19	24%
Atención médica adecuada y oportuna	17	21%
Prevención de las demencias	16	20%
Creación de instituciones públicas especializadas en el manejo de pacientes con demencia	11	14%
Reformar y crear leyes que beneficien al AM y pacientes con demencia	7	9%
Implementar en el currículo de medicina y carreras relacionadas, procesos de envejecimiento y demencias	6	8%
Se incentive la especialización en geriatría		
Red de apoyo a familiares/cuidadores	3	4%
Reducir barreras del entorno	1	1%
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Alejandra Díaz

El 24% de los profesionales consideran que es necesario implementar mejoras en el sistema de salud, el 21% considera que se requiere atención médica oportuna y un diagnóstico precoz y el 20% indican la pertinencia de la prevención de la enfermedad.

### **Concepciones sobre las demencias de los profesionales médicos entrevistados**

**Tabla 17**  
Concepciones de los profesionales

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
Concepciones de demencia	Deterioro de funciones superiores Enfermedad degenerativa Es una epidemia Enfermedad que no tiene cura Enfermedad catastrófica Enfermedad triste
Envejecimiento poblacional	Aumento de incidencia de demencias
Sistema de salud en el país	Sistema de salud no está preparado para manejar la enfermedad
Las demencias involucran a la familia	Importancia del apoyo familiar en el proceso de la enfermedad Desgaste emocional de las familias El sufrimiento de la enfermedad es trasladado al entorno familiar La demencia genera dependencia Enfermedad costosa
Abordaje médico	Mejorar la calidad de vida Prevención
Prejuicios hacia el AM	Demencia no es una forma normal de envejecimiento
Desconocimiento de la enfermedad	Angustia ante el diagnóstico de demencia

Elaborado por: Alejandra Díaz

### **Concepciones de demencia**

Varios de los médicos entrevistados optaron por responder con conceptos médicos basado en sus conocimientos acerca de la enfermedad.

- **Deterioro de funciones superiores**

La demencia es una enfermedad que afecta funciones como la memoria y comportamiento.

*“Es una enfermedad cerebral que causa problemas con la memoria, la forma de pensar, carácter o la manera de comportarse”* (Med. General, 41 años)

*“Las demencias son un síndrome, lo cual lo más importante es la pérdida de la memoria y de la funcionalidad”* (Psiquiatra, 38 años).

- **Enfermedad degenerativa**

Es una enfermedad que, con el paso del tiempo, va deteriorando y empeorando el estado de salud de la persona.

*“Enfermedad degenerativa que va afectando la memoria y otras funciones intelectuales más”* (Neurólogo, 40 años)

*“Es una enfermedad progresiva y es una enfermedad que precisa mucha atención integral”* (Geriatra, 35 años)

- **Es una epidemia**

Enfermedad que afecta a un gran número de personas.

*“La demencia es una pandemia”* (Med. Internista, 44 años)

*“Una epidemia que se viene a proporciones gigantescas y que el país no está preparado”* (Neurólogo, 68 años)

- **Enfermedad que no tiene cura**

En la actualidad, a pesar de los avances médicos e investigaciones recientes, no se ha logrado encontrar una cura para las demencias.

*“Hay avances investigativos, pero hasta ahora no hay una cura”* (Med. Internista, 44 años)

*“La enfermedad es incurable y terminal”* (Psiquiatra, 57 años)

- **Enfermedad catastrófica**

Es una enfermedad que requiere cuidados continuos, generalmente no existe una cura, su impacto económico es alto y termina incapacitando a la persona.

*“Siempre se hablado de enfermedades catastróficas como el cáncer, que uno llega y entra en shock y todo lo demás, pero..., la demencia también es una enfermedad así”* (Med. Familiar, 40 años)

*“La calificaría yo como una enfermedad devastadora, una enfermedad catastrófica”* (Psiquiatra, 52 años)

- **Enfermedad triste**

El proceso degenerativo de la demencia implica observar diferentes etapas en las que se evidencia el deterioro del AM con demencia, pérdida de memoria, pérdida de independencia y el no recordar a sus seres queridos, esta situación genera un sentimiento de tristeza en su entorno familiar.

*“Yo creo que es una de las enfermedades más crueles porque pierden los dos lados, tu pierdes a tu ser querido que tiene demencia y como persona con*

*demencia vas perdiendo todo, te estás quedando sin nada, te quedas sin identidad” (Gerontóloga, 35 años)*

*“(…) si es triste y realmente duele. Es una enfermedad que duele” (Gerontóloga, 35 años)*

*“Para mí ha sido una de las patologías muy duras que afronta la familia, ver cómo se va deteriorando su familiar, ver como ya no lo reconoce, ver que ya no recuerda quien es o quien le este cuidado, o quien es su esposo, es muy doloroso para la familia y para todo el entorno que lo están apoyando” (Geriatra, 40 años)*

### **Envejecimiento poblacional**

El envejecimiento poblacional se refiere al aumento importante en el porcentaje de la población adulta mayor en relación a la disminución de la población de menores.

- **Aumento de incidencia de demencias**

El aumento considerable de personas AM y el aumento de la esperanza de vida, ha incrementado la incidencia de demencias en esta población.

*“La población mundial se envejece y esto es una enfermedad que aumenta su incidencia” (Med. Internista, 44 años)*

*“Es un problema que aumenta a medida que envejece la población cada vez aquí en Ecuador, en el mundo en general, la esperanza de vida cada vez aumenta, por lo tanto, cada vez abra más ancianos, entonces cada vez abra más demencias” (Neurólogo, 41 años).*

## **Sistema de salud en el país**

En Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS, 2012), las demencias están incluidas en guías de manejo de atención al AM, pero la información encontrada es escasa, por lo que se asume que las demencias no están siendo abordadas de manera adecuada en el sistema de salud.

- **Sistema de salud no está preparado para manejar la enfermedad**

El sistema de salud no se está vaticinando las dificultades que se deben afrontar con el envejecimiento poblacional y la incidencia cada vez mayor de las demencias en el país.

*“Lamentablemente nuestro sistema de salud no está preparado para esto, viene una epidemia, que nos coge no preparados, que se necesitan enormes recursos, nuestro estado no entiende esto de que el gasto que se le va a venir es enorme”* (Neurólogo, 68 años)

*“Para el Ministerio de Salud no existen demencias”* (Geriatra, 55 años).

## **Las demencias involucran a la familia**

La familia, tiene un compromiso directo con el curso de la enfermedad. Por una parte, si la familia no tiene una coherencia suficiente, la atención del adulto mayor con demencia se afecta, pues requiere no solo de cuidados sino de contacto afectivo con sus seres queridos y cercanos; por otra parte, un paciente con demencia en el transcurso de la enfermedad, afecta a sus miembros, pues constituye una dolorosa pérdida

paulatina del familiar y un trabajo de cuidado cada vez más intenso que llega a comprometer la vida propia de los familiares.

- **Importancia del apoyo familiar en el proceso de la enfermedad**

Un AM con demencia requiere de cuidado constante, es por ello que la dinámica familiar cambia para adaptarse a las necesidades de la persona, no es una tarea fácil debido a que se debe asistir a citas médicas, terapias, adaptarse a nuevos horarios y rutinas, para lo cual la familia debe estar dispuesta al cambio, si no lo está, se dificulta el cuidado del AM.

*“Es una enfermedad muy dura, de manejo complejo y en la cual se requiere mucho apoyo de la familia y en lo cual se puede tener unos fracasos horribles, ósea, si no se tiene buen apoyo familiar” (Geriatra. 39 años)*

*“Lo más difícil es el soporte que tenga el paciente, entonces los pacientes que no tienen un adecuado soporte familiar o de cuidadores, esos pacientes tendrán entonces menos posibilidad de suplir sus necesidades” (Psiquiatra, 38 años).*

- **Desgaste emocional de las familias**

Debido a todo lo que implica el proceso de la enfermedad, las familias deben afrontar una carga emocional alta, que en ocasiones no se puede controlar, ya que éstas familias observan el deterioro progresivo de la enfermedad que, a pesar de los cuidados que se brinden, en éste caso no se observa una mejoría.

*“(…) la evolución es más lenta, requiere mucho más desgaste emocional, muchas de las veces, porque de ver una madre que proveía cuidado, que cuidaba a los nietos, a ver a un ser humano que está súper débil, que hay que*

*alimentarle, que hay que moverle cada hora, yo creo que demanda mucho como familia” (Med. Familiar, 40 años)*

*“La familia va conllevando el sufrimiento, la familia va llevando ese cansancio, porque la familia se cansa, por más amor que tenga, es un estado muy duro y para los pacientes igual” (Geriatra, 40 años).*

- **El sufrimiento de la enfermedad es trasladado al entorno familiar**

En este sentido se está transfiriendo el padecimiento de la enfermedad a la familia, con la premisa de que el AM con demencia no comprende lo que le pasa y por tanto ya no sufre.

*“Yo creo que esta es una enfermedad, personalmente, que más afecta a los cuidadores que al paciente, porque, el paciente que ya se olvida mucho de las cosas (...) pero a los cuidadores si les afecta mucho todo lo que ven y todo lo que tienen que hacer por su pariente” (Psiquiatra, 38 años)*

*“Creo que es una enfermedad muy dura, para los familiares, para el paciente en los estadios iniciales es muy duro, pero luego el paciente al perder esa capacidad ya no sufre tanto” (Geriatra, 34 años).*

- **La demencia genera dependencia**

Los médicos entrevistados señalan que un AM con demencia va perdiendo funciones mentales y físicas, que con el tiempo genera dependencia parcial o total.

*“Es una enfermedad que la persona va perdiendo todas sus funciones, que no deja de ser ella, pero pierde muchas de sus funciones y puede llegar a convertirse en una persona dependiente” (Psiquiatra, 52 años)*

*“(…) cuando ya no están funcionales y están 100% dependientes de que usted le dé de comer, de que usted le dé de vestir es mucho más carga para la familia” (Geriatra, 55 años).*

- **Enfermedad costosa**

La familia del AM con demencia asume las diferentes responsabilidades de cuidado, entre ellas el factor económico es el que genera angustia, según los médicos entrevistados, ya que la enfermedad genera costos altos.

*“Entonces yo lo que opino pues que es una enfermedad devastadora y para la familia devastadora económicamente también, ósea ya digo yo pasé con mi madre yo veo casi todos los días personas en casa con el problema, el costo que tiene esta enfermedad es altísimo” (Geriatra, 60 años)*

*“Las familias van a verse rebasadas por los costos que va a tener el mantener este tipo de problema y se viene una época bien dura con estas enfermedades” (Neurólogo, 68 años).*

### **Abordaje médico**

En este sentido los médicos entrevistados nos dan pautas de lo que se puede hacer para mejorar la situación de las demencias.

- **Mejorar la calidad de vida**

El médico proporciona información de la enfermedad a la familia, en cuanto al diagnóstico, tratamiento, manejo adecuado del AM y terapias, para que el paciente mantenga una adecuada calidad de vida.

*“Por ahora tenemos que apoyar con un diagnóstico precoz de la enfermedad para darle una menor evolución, mejor calidad de vida, mejor preparación a la familia”* (Med. Internista, 44 años)

*“Creo que, con el manejo adecuado, la psico-educación que uno haga a los familiares, en buscar formas de que el paciente se mantenga funcional en la medida de sus posibilidades, creo que podríamos hacerla más llevadera y ayudar a mejorar su calidad de vida”* (Psiquiatra, 39)

- **Prevención**

Los médicos entrevistados plantean que es importante prevenir este tipo de enfermedades proporcionando información acerca de las demencias, educando y sensibilizando sobre el tema a toda la población.

*“Hay que hacer un trabajo desde la juventud y sensibilizar a todo el mundo de que usted puede tener demencia, no hay una vacuna para la demencia, entonces ser indiferentes o de alguna manera tenerle rechazo a este tema no es más que una negación, porque usted puede tener y yo creo que el trabajo comienza desde ahí, desde la psicoeducación, desde aportar a la sociedad la información necesaria para la prevención”* (Psiquiatra, 45 años)

*“Educar e intervenir antes de, no después de”* (Psiquiatra, 56 años)

## **Prejuicios hacia el AM**

El prejuicio que existe hacia los AM, en el cual se normaliza los síntomas iniciales de algún tipo de demencia en esta población.

- **Demencia no es una forma normal de envejecimiento**

Los médicos entrevistados exponen que la demencia no es una forma normal de envejecer, contrario a la creencia de que si el AM olvida algo o su carácter cambia es normal porque las personas son así a esa edad.

*“Esta enfermedad no es una forma normal de envejecimiento” (Med. General, 41 años)*

*“Creo que lamentablemente en el Ecuador, es una enfermedad que se ha dejado muy de lado, que lo hemos dejado como que es normal que todos los viejos se vuelvan así. Es normal que a la gente se les vaya la cabeza a los 80 años y que no hemos hecho nada por ello” (Geriatra, 34 años).*

## **Desconocimiento de la enfermedad**

En general la población no posee información acerca de las demencias, lo cual produce incertidumbre frente a un diagnóstico de este tipo.

- **Angustia ante el diagnóstico de demencia**

La falta de información y el desconocimiento de la enfermedad producen angustia y miedo frente a un diagnóstico de demencia

*“(...) falta mucha educación a la población de que no se asusten con este diagnóstico” (Psiquiatra, 38 años)*

*“Obviamente ninguna enfermedad es agradable, menos estas enfermedades degenerativas, desconocidas un poco en la que es nuestro cerebro, nuestro comportamiento, incluso nuestra personalidad, la que se degenera, se daña, cambia y que, si la población entendiera de lo que se trata, como evoluciona y como el paciente va ir involucionando y va ir perdiendo sus capacidades pues nos angustiaría menos” (Psiquiatra, 38 años).*

## **11. Análisis de los resultados**

Los profesionales médicos entrevistados son hombres y mujeres, en su mayoría hombres. Casi la mitad de ellos están entre 30 y 40 años y una cuarta parte están de entre 61 y 70 años. Estos profesionales reportan un ejercicio profesional de hasta 10 años.

Los médicos entrevistados, que pertenecen en su mayoría a instituciones públicas y que atienden prioritariamente AM con demencia, son psiquiatras y geriatras; especializaciones relacionadas con la salud mental y el envejecimiento. Los neurólogos especialistas en cerebro y sistema nervioso, se encuentran ocupando el tercer lugar.

La mitad de médicos pertenecen principalmente al sector público, y más de la cuarta parte se encuentran en el sector privado. A partir de estos datos se observa que el sector público está respondiendo prioritariamente a la atención de las demencias.

Más de la cuarta parte de médicos atienden en su consulta entre el 1-25% y el 26-50% algún tipo de demencia, éstos datos evidencian que la atención de demencias ocupa un significativo porcentaje de sus consultas.

Con respecto a los pasos que guían el diagnóstico profesional médico de las demencias, sobresalen:

En relación al ingreso en el Sistema de Salud, cuando se busca la ayuda profesional, los médicos entrevistados indican que la mayoría de pacientes vienen derivados de médicos generales. Al parecer cuando los familiares constatan la presencia de signos y síntomas que consideran inusuales, acuden a médicos generales, quienes derivan a los especialistas: psiquiatras, geriatras y neurólogos.

Los entrevistados reportan que la demencia tipo Alzheimer y la demencia tipo Vascular entre las más frecuentes. En este último caso su incidencia está relacionada con el alto porcentaje de afecciones vasculares que se reporta en el mundo, del cual Ecuador, y particularmente Quito, no es ajena.

Entre las principales problemáticas señaladas por los médicos entrevistados, en los AM con demencia, se reporta la pérdida de facultades mentales, tales como trastornos de memoria y atención, trastornos conductuales, emocionales, percepción; dificultades en el sueño y cambios en la personalidad. Como se puede observar las alteraciones del funcionamiento mental son los primeros indicios de la enfermedad, de las cuales sólo quienes están alrededor de la persona mayor pueden percibir para tomar acciones oportunas.

Entre las dificultades señaladas, sobresale el de la atención de familiares, así, los médicos señalan que observan la existencia de problemas para atender las múltiples necesidades del AM y un manejo inadecuado en su cuidado. En el caso de las demencias estas involucran al grupo familiar y su participación adecuada resulta clave en el proceso de la enfermedad.

Al indagar sobre las problemáticas que se observa en los familiares de AM con demencia, los médicos entrevistados concuerdan en que la sobrecarga del familiar/cuidador es la mayor problemática. Pues si bien, todos los miembros de la familia pueden estar al cuidado, existe un familiar que asume un acompañamiento mayor y éste, generalmente esposo/a o hijo/a, es en el que recae la responsabilidad del cuidado, comprometiéndole a rutinas exhaustivas y agotadoras que comprometen su propio bienestar.

También refieren que existen conflictos entre los miembros de la familia, que busca solventar las dificultades que conlleva la enfermedad, es un tema poco conocido y difícil de asimilar, lo que hace que la red familiar se desequilibre.

Los médicos entrevistados contemplan al desconocimiento de la enfermedad como una dificultad para los familiares, ya que éstos desconocen información referente a las demencias, etiología, síntomas y evolución de la enfermedad.

En cuanto al abordaje del diagnóstico, más de la mitad de los médicos entrevistados concluyen un diagnóstico de demencia en base a la valoración clínica con anamnesis; un poco más de la mitad combina la valoración clínica con test neuropsicológicos cortos en la consulta, y un poco menos de la mitad se basa en el diagnóstico probable en la primera consulta y descarta otras patologías como la depresión, déficit de vitamina B12 u otras.

Uno de los principales tratamientos que aplican los médicos en AM con demencia son los tratamientos farmacológicos que mejoran funciones cerebrales

(memantine, neuroplus) e inhibidores de la colinesterasa (donepezilo, rivastigmina y galantamina) y el principal motivo por el que se usa este tratamiento se basa en que es específico para la demencia y también retrasa la progresión de la enfermedad, las tres terceras partes de los médicos entrevistados colocan al tratamiento farmacológico como el principal en este tema.

El segundo tratamiento está dirigido a la orientación familiar para el manejo adecuado del paciente con demencia, es decir se informa a la familia acerca de la demencia, hay que realizar cambios en el estilo de vida y adecuaciones del entorno del hogar, ésta orientación es entregada a los familiares ya que la familia debe conocer de qué se trata la demencia, los síntomas, la evolución y su manejo.

Otro tratamiento recetado con frecuencia es el farmacológico que actúan en trastornos psiquiátricos, antipsicóticos (quetiapina, espiron, risperidona y haloperidol) y antidepresivos (sertralina), se receta dichos medicamentos para controlar síntomas conductuales, ansiedad y alucinaciones.

El médico comunica el diagnóstico de demencia al paciente y al familiar/cuidador. Las razones para comunicar el diagnóstico al paciente, es porque la enfermedad se encuentra en un estado inicial o leve y el paciente posee aún la capacidad para comprender el mismo. En el caso de comunicar el diagnóstico al familiar/cuidador, la razón es que el paciente se encuentra en un estado moderado o grave de la enfermedad y ya no está en capacidad para comprender lo que le ocurre y se puede orientar en el proceso de la enfermedad.

Una vez obtenidos los resultados de los exámenes, lo que el médico comunica a los receptores del mensaje es, en primer lugar, el diagnóstico de demencia y también orienta a la familia en que consiste la patología, los diversos tratamientos y como la enfermedad va ir desarrollándose.

Según los diferentes profesionales el seguimiento que se realiza al AM con demencia es de cada 3 a 6 meses cuando el paciente está estable y también se realiza un seguimiento dirigido a la familia.

Los médicos refieren que los protocolos de atención utilizados en AM con demencia son guías de atención de demencia internacionales (norteamericanas, españolas, argentinas, entre otras) e informan que no se han elaborado o no conocen guías de atención específicas para demencia en el país.

En base a los médicos entrevistados las principales problemáticas que se dan dentro del sistema de salud son: la atención médica no oportuna consiste en que hay médicos que pasan desapercibidos principios de demencia en exámenes de neuroimagen, en algunos casos psiquiatras y psicólogos no realizan un diagnóstico adecuado, no hay un abordaje médico integral y la atención primaria no está capacitada en el área de geriatría y asumen que los síntomas de demencia son normales en AM.

El sistema de salud en el país no evidencia las necesidades que implican las demencias, los entrevistados refieren que existe una sobredemanda de pacientes en las diferentes especialidades, los exámenes de neuroimagen son muy básicos, tiempo de consulta asignado es limitado, hay que mejorar los protocolos de atención y observar

que la pirámide poblacional se está invirtiendo (AM más que niños) para lo cual como país no estamos preparados.

Los criterios de los médicos en cuanto a políticas públicas en el país acerca del tema refieren que es necesario implementar mejoras en el sistema de salud como: protocolizar atención de demencias, aumentar el tiempo de consulta, incluir medicinas para demencia en el cuadro básico de medicamentos del país y reconocer a la demencia como una enfermedad catastrófica.

Se debe establecer una atención médica adecuada y oportuna, es decir un diagnóstico precoz para mejorar resultados, tratamiento adecuado, intervención médica multidisciplinaria y que los médicos de primer nivel estén capacitados para detectar deterioros cognitivos.

Además, que se instaure campañas de prevención de las demencias en las cuales se elimine la creencia de que los síntomas de la demencia son normales al envejecer, promoción de un envejecimiento saludable, proporcionar información a la población acerca de la enfermedad y capacitación continua de las personas que trabajan con AM y demencias.

En cuanto a las concepciones de las demencias se encontró que, debido al envejecimiento poblacional, hay una tendencia de la incidencia de la demencia, como lo expresa el siguiente médico: *“La población mundial se envejece y esto es una enfermedad que aumenta su incidencia”* (Med. Internista, 44 años).

El sistema de salud no se encuentra preparado para afrontar las dificultades que implica el aumento del envejecimiento y no se da prioridad al tema: *“Para el Ministerio de Salud no existen demencias”* (Geriatra, 55 años).

En las concepciones de los médicos se observa a la familia como un pilar fundamental en el proceso de la enfermedad, es importante el apoyo familiar en el proceso de la enfermedad: *“Lo más difícil es el soporte que tenga el paciente, entonces los pacientes que no tienen un adecuado soporte familiar o de cuidadores, esos pacientes tendrán entonces menos posibilidad de suplir sus necesidades”* (Psiquiatra, 38 años). El desgaste emocional de la familia cuidadora: *“La familia va conllevando el sufrimiento, la familia va llevando ese cansancio, porque la familia se cansa, por más amor que tenga, es un estado muy duro y para los pacientes igual”* (Geriatra, 40 años).

En cuanto a un abordaje médico se concibe necesario implementar medidas preventivas, para evitar en lo posible el incremento de las demencias: *“Educar e intervenir antes de, no después de”* (Psiquiatra, 56 años). Generar información acerca de las demencias, síntomas iniciales, que se puede hacer o a dónde acudir cuando se presenta esta enfermedad, ya que el desconocimiento del tema genera angustia frente a este diagnóstico: *“(…) falta mucha educación a la población de que no se asusten con este diagnóstico”* (Psiquiatra, 38 años). Otra consecuencia del desconocimiento es generar prejuicios en torno a la enfermedad, tomando en cuenta que los síntomas de una demencia no son parte de un envejecimiento adecuado y por lo tanto no se debe normalizar esta situación: *“Esta enfermedad no es una forma normal de envejecimiento”* (Med. General, 41 años).

## **12. Interpretación de los resultados**

Dentro de los problemas de salud mental que aparecen en los AM, las demencias poseen una incidencia mayor si se considera la tendencia al envejecimiento de la población. Según la OMS (2017) “la demencia, es un síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal” (pág. 15).

Las prácticas profesionales en la atención de pacientes con demencia, investigados a través de los médicos entrevistados, quienes pertenecen a instituciones representativas, públicas y privadas de la ciudad de Quito nos permitieron obtener datos relevantes sobre cuáles son los profesionales que atienden AM con demencia.

Los médicos entrevistados son hombres y mujeres, en edades que van desde los 30 a 70 años, siendo el número más representativo los que se encuentran en una edad entre 30 y 40 años. Los profesionales reportan un ejercicio profesional de hasta 10 años, un dato que pone en evidencia la tradicional ausencia de especialistas y que solo en los últimos 10 años se evidencia un número mayor de médicos que se encargan de esta problemática y pueden estar emergiendo debido al incremento de demanda en este tipo de atención.

La mayoría de estos médicos especialistas, pertenecen al sector público, lo que muestra que éste sector está receptando en gran medida la atención de las demencias.

En este grupo se destacan las especialidades de psiquiatría y geriatría, especializaciones relacionadas con la salud mental y el envejecimiento, los neurólogos especialistas en el sistema nervioso, se encuentran ocupando el tercer lugar entre los entrevistados.

Los datos mostrados dan cuenta de un incremento de la presencia de problemas de demencia en la población de Quito, confirmando lo señalado por la OMS (2017), informa que a nivel mundial existen 47 millones de personas con demencia y esta se incrementa cada año en 10 millones. Alrededor del 60% y 70% de los casos serán demencias de Alzheimer, que es la más común, datos que también concuerdan con lo investigado ya que los médicos reportan que la demencia tipo Alzheimer es la más frecuente en sus consultas.

La indagación realizada respecto a los pasos que guían a los profesionales en la atención de pacientes con demencia, ubica tres momentos: detección de los primeros síntomas, procesos de diagnóstico y tratamiento, estos momentos los analizamos a partir del sistema de salud en el Ecuador.

En el Ecuador el sistema de salud posee tres niveles de atención: el primero donde se resuelven necesidades básicas y más frecuentes; el segundo, que comprende servicios de atención especializada y el tercero donde se resuelven problemas de salud de alta complejidad.

En relación a la detección de síntomas, los médicos de la presente investigación refieren que los familiares que detectan signos y síntomas que consideran inusuales,

acuden a médicos generales, quienes pertenecen al primer nivel de atención, éstos derivan a los especialistas: psiquiatras, geriatras y neurólogos que pueden pertenecer al segundo o tercer nivel de atención, sin embargo se observa una escasa derivación a neurólogos, especialización que por su campo de acción, estaría capacitada para orientar evaluaciones neurológicas más precisas que contribuirían a un diagnóstico adecuado.

En la detección de síntomas referidos por los médicos, se destacan como relevantes en los AM la pérdida de facultades mentales, seguida por pérdidas de facultades físicas. Es decir, son los síntomas que los especialistas receptan de los familiares en la consulta.

Los familiares del AM con demencia están directamente relacionados con la esta patología, los datos referidos por los médicos entrevistados observan que la sobrecarga del familiar/cuidador es la mayor problemática encontrada, pues si bien, todos los miembros de la familia pueden estar al cuidado, existe un familiar que asume un acompañamiento mayor y en éste es en el que recae la responsabilidad del cuidado, comprometiéndole a rutinas exhaustivas y agotadoras que comprometen su propio bienestar.

Los datos obtenidos concuerdan con la OMS (2017), donde se plantea que, según las características de la enfermedad, ésta no solo afecta a la persona con demencia, sino también al familiar/cuidador, la familia en general y la sociedad.

En relación al diagnóstico, una vez que el médico de atención primaria presume la presencia de demencia, deriva a un especialista, quien va a efectuar la confirmación del diagnóstico. Se encuentra que los médicos especialistas establecen un diagnóstico de demencia en base a una valoración clínica con anamnesis, principalmente, en otras ocasiones en esta valoración clínica se incluyen test neuropsicológicos cortos o se envían exámenes adicionales para descartar otras patologías como la depresión, déficit de vitamina b12 u otras, con las que puede haber confusión.

Este proceso diagnóstico revela el enfoque hegemónico de la dimensión biológica, como se expone, acerca de esta dimensión, “el mismo parte de una noción de salud y enfermedad cuyas causas son individuales y biológicas, que afectan a un individuo, encapsulado en sí mismo, desde un déficit biológico” (Berriel & Pérez, 2013, pág. 25), reduciendo así posibilidades de observar las otras dimensiones, realizar un diagnóstico profundo y por lo tanto un tratamiento que no abarque la complejidad de la persona.

En cuanto a los tratamientos utilizados por los profesionales entrevistados destacan los fármacos los cuales mejoran funciones cerebrales e inhibidores de la colinesterasa, el tratamiento farmacológico que actúa en trastornos psiquiátricos es también frecuente en estos casos, otro tratamiento es el orientar a la familia.

En el Ecuador en el año 2008, en las Guías Clínicas Geronto-Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor, recomienda en su guía de atención, en lo referente a al tratamiento farmacológico para demencias, estabilizador del glutamato (memantina), inhibidores de la colinesterasa (donepezilo, rivastigmina),

tratamiento que se mantiene vigente en la actualidad como el específico en este tipo de enfermedades.

Berriel y Pérez (2013), también, incluyen en su investigación a los neuroprotectores e inhibidores de la acetilcolinesterasa, como el tratamiento que se indica generalmente en demencias, éstos autores incluyen, además, fármacos de control de síntomas psicológicos y conductuales, situación similar según los datos encontrados en la investigación.

En cuanto a la orientación familiar, como parte del tratamiento en estas enfermedades se observa que, en el año 2010, en Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los y las Adultos Mayores, se incluye un mayor involucramiento y capacitación de la familia y/o cuidador del AM con demencia. También, en el MAIS, 2012, en donde se habla del cuidado en el ciclo vital del AM, se incluye dentro de las prestaciones de promoción, información y educación a los familiares (cuidadores) acerca de diversas temáticas, en este modelo ya se toma en cuenta la atención de salud integral de las personas, familias y comunidades.

En este sentido, la importancia de abordar la enfermedad desde la salud mental, lo que implica situar al mismo nivel de validez tanto el enfoque biológico, psicológico, social y producción de sentido, desde esta perspectiva, la línea principal de abordaje de las demencias serían los tratamientos psicosociales y psicoterapéuticos para el AM con demencias y también para sus familiares cuidadores, sin dejar de lado el tratamiento farmacológico cuando sea necesario (Pérez, 2013).

Los médicos reportaron que para su atención en demencias se guían en protocolos o guías internacionales (norteamericanas, españolas, argentinas, entre otras) e indican que no se han elaborado o no conocen guías de atención específicas para demencia en el país. En este caso se puede observar que la guía de atención vigente es la que se encuentra en el MAIS (2012), sin embargo, ésta no cuenta con un espacio dedicado específicamente a la atención de demencias, en el caso de las Guías Clínicas Geronto-Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor (2008) y Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los y las Adultos Mayores (2010), elaboradas por el Ministerio de Salud del país, éstas cuentan con un protocolo específico de atención a demencias, sin embargo, el MAIS ya establece un enfoque de atención integral, con lo que no cuentan los protocolos del año 2008 y 2010, en las que se pudo observar un enfoque biológico predominante. Ésta situación provoca que los profesionales utilicen guías elaboradas en otros países, que pueden contener información adecuada para el manejo de la enfermedad, pero que siguen siendo ajenos a la realidad del país.

Los profesionales consideran que es necesario implementar diferentes dispositivos de atención en el sistema de salud, políticas públicas, que generen una atención médica oportuna y un diagnóstico precoz, que permita detectar la enfermedad en etapas iniciales, además de reconocer que es una enfermedad que incrementa su incidencia, debido al envejecimiento poblacional y que por tanto hay que prevenirla.

La situación de las demencias en el país se visibiliza desde una connotación negativa, la cual se presenta como un fenómeno creciente debido al envejecimiento poblacional, lo que implica una incidencia mayor de demencias en AM, éstos adultos

mayores se encuentran dentro de una dinámica familiar, que, según los datos obtenidos, es una dimensión importante en el proceso de la enfermedad y que se está manteniendo al margen, además de un sistema de salud que no está preparado para manejar la situación.

## Conclusiones

El fenómeno creciente del envejecimiento poblacional, representa un desafío tanto para el Estado, las personas y la sociedad, éste cambio demográfico está ocurriendo y se visibiliza una situación bastante compleja, ya que, desde los datos obtenidos en la investigación, se observa un panorama de la demencia como desalentadora y negativa, dificultades que ponen a prueba tanto al sistema de salud del país, a la persona que padece la enfermedad y a la familia cuidadora.

El Sistema de Salud Pública del país no cuenta con dispositivos de atención adecuados en el caso de las demencias, no se cuentan con protocolos o guías de atención específicos para abordar la enfermedad, no se prioriza al adulto mayor con demencia y la incidencia creciente de la misma, dentro de los procesos de diagnóstico, tratamientos y seguimiento se está excluyendo a la familia, que como se observó en los datos obtenidos juega un papel importante y crucial en la atención.

La demencia involucra inevitablemente a la dimensión familiar, es por ello, que es necesario incluirla como una base fundamental en todo el proceso de atención del paciente con demencia, abordar la enfermedad desde una perspectiva psicosocial, que implica no sólo buscar el bienestar del paciente, sino también el bienestar familiar. Se debe tomar en cuenta que la demencia es una enfermedad degenerativa, que a pesar del cuidado y atenciones que se proporcionen, no se observará una mejoría, sino un deterioro progresivo, es por ello que es necesario establecer mecanismos de contención familiar, buscar entornos donde la familia pueda relacionarse con otras familias, para

contrarrestar los efectos negativos que puedan presentarse en diferentes etapas de la enfermedad.

En este sentido, sería importante que dentro de los protocolos de atención elaborados para las demencias, se incorpore tempranamente a la familia, en el diagnóstico y tratamiento, que se realicen procesos de acompañamiento, establecer grupos de autoayuda, dar un soporte grupal fundamental que se requiere en enfermedades crónicas y degenerativas, redes de soporte social para familiares que tengan experiencias comunes, pero en vez de sobrellevar las dificultades en privado, compartan éstas experiencias, lo que permite ir fortaleciendo las capacidades de esta familia para acompañar a su familiar en esta enfermedad.

La población envejece y la manera como va envejeciendo es crucial para evitar diferentes enfermedades que pueden prevenirse, es decir que la atención que se pueda brindar a una enfermedad cuando ya está instaurada no es la única alternativa, al aplicar un sistema preventivo de demencias se podría frenar, en cierta parte, una situación que puede rebasar los modelos de atención que se manejan hasta el momento.

Es necesario socializar la enfermedad con la población en general, proporcionar información a las personas para que sean capaces de detectar ciertos signos de alarma frente un posible caso de demencia, lo que permitirá que se busque una atención precoz y por ende un diagnóstico y tratamiento también precoces, que permitan prevenir la gravedad de estos cuadros, anticiparse a la situación, permitiendo asimilar con mayor capacidad los efectos de la enfermedad.

Es importante considerar a la demencia como un problema de salud pública que debe ser informada a toda la población, ya que el envejecimiento poblacional va incrementándose, abordar a la enfermedad desde lo público, no como algo privado, ya que se tiene múltiples expresiones en el campo de la salud, que, al no ser consideradas se reduce el campo de acción terapéutica a lo médico y no contempla entonces lo psicosocial y la salud mental como dimensiones fundamentales de abordar.

Se sugiere dar continuidad a esta línea de investigación gerontológica, ya que es un tema poco elaborado y a su vez bastante amplio, que en la actualidad precisa tomar atención, debido al cambio demográfico, que propone desafíos para el Estado y la sociedad, elaborar trabajos que muestren lo que es manejar a la demencia desde un tema de salud mental y todo lo que implica esta perspectiva, también, la incorporación de tratamientos alternativos para la demencia desde lo psicosocial, que se encuentra relegado, por atender la dimensión biológica de la enfermedad.

## Referencias bibliográficas

- Acosta, L. (15 de 05 de 2014). Aportes para pensar la intervención diagnóstica en demencias desde una perspectiva de Salud Mental. Montevideo.
- Alvarez, P., & Martinez, D. (2008). *Guías Clínicas Geronto-Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor*. Obtenido de <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>
- Alvarez, P., Pazmiño, L., Villalobos, A., & Villacís, J. (2010). *Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los y las Adultos Mayores*. Obtenido de [https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas\\_y\\_protocolos.pdf](https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas_y_protocolos.pdf)
- Berriel, F., & Pérez, R. (2013). *Alzheimer y Psicoterapia, Clínica e Investigación*. Obtenido de DOCPLAYER: <http://docplayer.es/36870043-Version-texto-sin-editar.html>
- Espinosa del Pozo, P., Espinosa, P., Garzón, Y., Vélez, R., Batallas, E., & Basantes, A. .... (abril de 2012). *Factores de riesgo y prevalencia de la demencia y enfermedad de Alzheimer en Pichincha–Ecuador (Estudio FARYPDEA)*. *Revista de la Facultad de Ciencias*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/256293953\\_FACTORES\\_DE\\_RIESGO\\_Y\\_PREVALENCIA\\_DE\\_LA\\_DEMENCIA\\_Y\\_ENFERMEDAD\\_DE\\_ALZHEIMER\\_EN\\_PICHINCHA-ECUADOR\\_ESTUDIO\\_FARYPDEA](https://www.researchgate.net/publication/256293953_FACTORES_DE_RIESGO_Y_PREVALENCIA_DE_LA_DEMENCIA_Y_ENFERMEDAD_DE_ALZHEIMER_EN_PICHINCHA-ECUADOR_ESTUDIO_FARYPDEA)
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGRAW-HILL.

INEC. (s/f). *Resultados del Censo del 2010 de Población y Vivienda en el Ecuador*.

Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/pichincha.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, I. (2011). *Ecuador cuenta con el INEC*.

Obtenido de

[http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Abolet](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Abolet)

Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). *Sistema de Salud de Ecuador*.

Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800013&script=sci_arttext)

MAIS. (2012). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de

[http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)

MIES. (2013). *Adultos Mayores*. Quito.

OMS. (2017). *Demencia*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

OMS. (2018). *¿Qué es un sistema de salud?* Obtenido de

<http://www.who.int/healthsystems/about/es/>

ONU. (8 de abril de 2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Obtenido de

[http://www.monitoringris.org/documents/norm\\_glob/mipaa\\_spanish.pdf](http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf)

Pérez, R. (2013). Trayectorias de atención en personas con Demencia en el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay. Prácticas y cuidados en Salud Mental (Tesis doctoral). . Montevideo , Uruguay: Universidad Nacional de Lanús.

Pinazo, S., & Sanchez, M. (2005). *Gerontología: Actualización Innovación y Propuesta*. Madrid: Pearson Educación, S.A.