

Competencias del especialista en medicina general integral para la atención exitosa del síndrome demencial

Competences of integral general medicine specialists for a successful care of dementia syndrome

Víctor T. Pérez Martínez^I; Nidia Nolla Cao^{II}; Alina Alerm González^{III}

^IEspecialista de II Grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría. Máster en Educación Médica y en Longevidad Satisfactoria. Investigador y Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina "Victoria de Girón". La Habana, Cuba.

^{II}Licenciada en Pedagogía. Máster en Educación Médica. Profesora Auxiliar de la Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de II Grado en Inmunología. Máster en Educación Médica. Profesora Consultante de la Facultad de Medicina "Victoria de Girón". La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la competencia es la posibilidad de integrar un conjunto de funciones y estructuras de diferentes niveles de terminación y de momentos de culminación, que al orientarse hacia una profesión o actividad, se perfecciona, se integra y coordina funcionalmente.

OBJETIVO: determinar las competencias específicas para brindar atención integral al anciano que sufre de síndrome demencial, según las exigencias del actual modelo de atención comunitaria.

MÉTODOS: se realizó un estudio de carácter exploratorio, descriptivo y de corte transversal, durante el año 2008. Se desarrolló un trabajo de grupo con informantes claves que ofrecen atención especializada al anciano desde los diferentes gabinetes de salud que funcionan en las 3 policlínicas del extremo este del municipio Playa, aplicándose diferentes técnicas grupales, entre las que se destacaron: la tormenta y la escritura de ideas, las que, unidas a la experiencia y el conocimiento de cada participante, propiciaron el logro del objetivo propuesto.

RESULTADOS: como principal aporte teórico se determinó un conjunto de competencias que permiten al especialista en medicina general integral atender, de forma adecuada, al paciente que sufre demencia, orientadas esencialmente al diagnóstico temprano y correcto de esta frecuente problemática de salud en el

anciano.

CONCLUSIONES: se definió un sistema de competencias, en términos de conocimientos, habilidades y actitudes, que permiten al especialista en medicina general integral la atención exitosa del paciente que sufre de síndrome demencial.

Palabras clave: Sistema, competencias, atención exitosa, demencia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: competence is the possibility to integrate a set of functions and structures of different levels of completion and of culmination moments that if are directed to a profession or activity may be improved, integrated and coordinated in a functional way.

OBJECTIVE: to determine the specific competences to offer a integral care to elderly suffering of dementia syndrome, according to the requirements of current community care model.

METHODS: a cross-sectional, descriptive and exploratory study was conducted over 2008. A group work was developed with key informers offering a specialized care to elderly from the different health offices from tree polyclinics of the Eastern extreme of Playa municipality applying different group techniques including the storm and the ideas writing, which, together with the experience and the knowledge of each participant, allowed the achievement of the proposed objective.

RESULTS: as main theoretical contribution it was determined a set of competences allowing that specialist of integral general medicine may to care in an appropriate way the patient suffering of dementia, essentially aimed to the early and correct diagnosis of this frequent health problem in elderly.

CONCLUSIONS: authors defined a competence system in terms of knowledge, abilities and an attitude allowing that specialist in integral general offers the successful care to patient suffering of dementia syndrome.

Key words: System, competences, successful care, dementia.

INTRODUCCIÓN

La competencia profesional es una estructura psicológica, holística, compleja, de componentes, que lleva a un funcionamiento integrado del sujeto, orientada al desempeño de la profesión. Entre los componentes de esa estructura se encuentran las capacidades, las actitudes y motivos, los valores, y el que se considera el componente esencial, el modo de actuación profesional. En las capacidades se incluyen los conocimientos y sistemas de operaciones y acciones genéricas que el individuo ha desarrollado en su vida, y que pueden ser transferibles a diferentes actividades.¹

Las competencias son amplias y flexibles, y se incorporan a través de distintas experiencias sociales, familiares, escolares y laborales.² Las competencias en salud se clasifican como: básicas, esenciales y específicas.³ Las primeras constituyen una agrupación de capacidades genéricas, de tipo instrumental, que todo profesional de

la salud debe poseer para desempeñar adecuadamente su rol. Las competencias esenciales, igualmente llamadas centrales, transversales o genéricas, hacen referencia a las capacidades o atributos comunes a todos los profesionales de la salud. Son estratégicas y amplias en su perspectiva, y se relacionan con la misión de la organización. Las competencias específicas, igualmente llamadas técnicas o especializadas, tienen que ver con lo propio de determinadas ocupaciones. Designan aquellas relativas al campo disciplinario, de formación y de experiencia del participante. Las competencias específicas son la base particular del ejercicio profesional, están vinculadas a condiciones específicas de ejecución, y constituyen la razón de esta investigación.

Los especialistas en medicina general integral del municipio Playa, habitualmente exhiben un insuficiente desempeño en la atención continua, periódica y personalizada del anciano que sufre de síndrome demencial, cuando deben utilizar procedimientos que les garanticen tratar problemáticas de salud con un enfoque de riesgo, familiar e inter y transdisciplinario, en especial, en este creciente segmento poblacional. En la presente investigación nos proponemos conocer la concepción que poseen los profesionales con vasta experiencia en la labor de atención al adulto mayor en el ámbito socio familiar, acerca de cuáles son las competencias requeridas por los especialistas en MGI para manejar satisfactoriamente al anciano que sufre de síndrome demencial, según las exigencias del actual modelo de atención comunitaria.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de carácter exploratorio, descriptivo y de corte transversal, desplegado en la estrategia del Subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor, durante el año 2008, con el propósito de definir las competencias específicas para brindar atención integral al anciano que sufre de síndrome demencial. El universo o población de estudio estuvo constituido por las 9 policlínicas del municipio Playa, así como por todos los profesionales que brindan una atención más especializada al anciano, en el primer nivel de atención, desde los diferentes equipos de atención interdisciplinarios (EAID) o gabinetes de salud, entre los que se destacan: el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica (EMAG), el Equipo de Salud Mental (ESM), y el Equipo de Medicina Física y de Rehabilitación (EMFR), que funcionan en cada unidad asistencial, y se desempeñaron como informantes claves en esta investigación.

Las policlínicas finalmente implicadas en la investigación se seleccionaron a conveniencia del autor (muestreo por conveniencia), procurando la cercanía y fácil acceso del investigador a estas, así como poder abarcar, en dicho estudio, 3 áreas de salud contiguas que ofrecieran cobertura asistencial a la totalidad de la población ubicada en una de las 3 zonas en que topográficamente se divide el municipio Playa. Fueron escogidas las 3 policlínicas ubicadas en el extremo este del referido municipio (policlínicas "Ana Betancourt", "Primero de Enero" y "Jorge Ruiz Ramírez"). En el estudio participaron 8 informantes claves, que fueron seleccionados aplicando el muestreo por criterios.

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta contar con, al menos, 3 años de experiencia en la labor de atención integral al adulto mayor en el ámbito comunitario; encontrarse laborando, en los mencionados equipos o gabinetes de salud, en el momento en que el especialista es convocado, es decir, no encontrarse rebajado de servicio (por certificado médico o disfrute de vacaciones) en el momento de realizada la investigación, o colaborando en otras unidades de salud,

por necesidades de la institución, como tampoco encontrarse fuera de provincia o del país; y para las enfermeras (os) y trabajadores sociales se exige poseer un alto nivel de especialización, por lo que se escogerán, únicamente, licenciadas(os) en enfermería y tecnología de la salud; y los que ostenten el título de Máster en Longevidad Satisfactoria, Psicología de la Salud, Psiquiatría Social o Salud Mental.

Como métodos y procedimientos utilizados, primeramente, se procedió a enviar una carta invitando a los profesionales involucrados en el Subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor, desde los EAI que funcionan en cada una de las policlínicas implicadas en el estudio, a participar de un trabajo de grupo (método empírico). En dicha carta se expusieron los objetivos de la investigación, y se explicó, brevemente, el desarrollo del proceso. Después fue firmado el consentimiento por las partes interesadas.

La sesión de trabajo grupal se celebró en un local de la policlínica "Ana Betancourt". Su propósito fue propiciar a los participantes un espacio de reflexión crítica sobre el modo de actuación o competencias de los especialistas en MGI involucrados prioritariamente en la atención del paciente que sufre de síndrome demencial, en edad geriátrica, valiéndose de las numerosas vivencias de situaciones acontecidas en el primer nivel de atención, de sus experiencias en la interconsulta médica especializada, así como del estudio de referenciales teóricos sobre los diversos componentes y modalidades de dichas acciones, para así definir sus competencias específicas para el tratamiento satisfactorio de estos enfermos. El trabajo de grupo se diseñó con un tiempo de duración de aproximadamente 90 min. Contó con un facilitador y un registrador (ambos especialistas en MGI y psiquiatría general, duchos en la temática de las demencias). Durante los primeros 15 min, el facilitador esclareció los objetivos y trató, de manera general, la problemática de salud referida. Posteriormente, todos los participantes, durante los siguientes 45 min, elaboraron la lista de competencias específicas para el tratamiento integral del paciente con síndrome demencial, en edad geriátrica, utilizando la técnica conocida como tormenta de ideas, específicamente su modalidad de lanzamiento libre y espontáneo de las opiniones y puntos de vista, sin importar su corrección o fundamentación aparente. Para ello, se mantuvo un clima de absoluta libertad de participación y respeto hacia las ideas que se plantearon, las cuales se sucedieron a intervalos de 3 a 4 min y se registraron oportunamente. También se desalentó el surgimiento de un "líder" que monopolizara las ideas o evaluara a las que plantearan los demás. Posteriormente se propuso un receso de 10 minutos.

Después del descanso, se reanudó la actividad grupal. Los participantes, durante los últimos 30 min, aplicaron otra técnica denominada *escritura de ideas*, en su modalidad por tarjetas, con el objetivo de elaborar ideas más completas y aumentar su socialización en el seno del grupo. Los profesionales escribieron sus ideas en tarjetas, que circularon e intercambiaron entre ellos, de manera que cada uno complementó las ideas de los otros, y la enriqueció. Como colofón de la actividad, ya en grupo, se procedió a reducir la lista, en el pizarrón, para determinar finalmente, por consenso, el grupo de competencias inherentes a tales especialistas.

RESULTADOS

A continuación se exhibe el sistema de competencias específicas, definidas por consenso, por los profesionales participantes en el trabajo de grupo para el tratamiento integral al paciente que sufre de síndrome demencial en el primer nivel de atención:

1. Identificar los caracteres básicos que definen el síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer de acuerdo con sus criterios diagnósticos más actuales y fiables, para garantizar su detección en tempranos estadios, lo que tendrá una influencia futura en el pronóstico y el tratamiento del paciente, y evitará el uso de recursos médicos costosos.
2. Realizar entrevista clínica estructurada al paciente y/o informador fidedigno para confirmar síntomas de sospecha de deterioro cognitivo, así como hábitos, estilos de vida y factores de riesgo de demencias, mostrando pleno dominio de la comunicación, de la relación médico-paciente y de las normas éticas que rigen dicha interacción.
3. Realizar examen neurológico del paciente para detectar, objetivamente, signos característicos de demencia, los que orientan hacia su posible causa, y diferenciarla de otras entidades que cursan con deterioro cognoscitivo.
4. Realizar el examen neuropsicológico del paciente demente, con una correcta metodología de evaluación cognitiva, así como con las herramientas o escalas cognitivas validadas más novedosas y con juicio clínico, que contribuyan a orientar el diagnóstico e identificar el estadio evolutivo de la demencia, para actuar en correspondencia con su severidad.
5. Evaluar el estado de salud del anciano utilizando las herramientas más actuales que evidencien la suficiencia en el desempeño de las actividades esenciales del diario vivir o su necesidad de ser asistido, para actuar oportunamente y en correspondencia con el nivel de disfuncionalidad detectado.
6. Aplicar estrategias de intervención farmacológicas para el tratamiento de los síntomas cognitivos, con la selección de los fármacos más adecuados para cada paciente, previa información de los riesgos del uso de los medicamentos recientes y de la posibilidad de participar en ensayos clínicos.
7. Implementar estrategias de intervención para el tratamiento no farmacológico de los problemas de comportamiento más frecuentes del paciente que sufre demencia, con instrucciones precisas, dirigidas a la conservación de sus capacidades remanentes y a mejorar su calidad de vida.
8. Implementar y evaluar el plan general de actuación individualizado para cada paciente y cuidador crucial, y adecuarlo al momento evolutivo de la enfermedad.
9. Asesorar al paciente y su familia, y prepararlos para los cambios futuros en los aspectos médicos, financieros y legales, o realizar intervenciones durante las situaciones críticas, con el objetivo de yugular la crisis y conservar la integridad del paciente, tomando en consideración la realidad socioeconómica, cultural y psicológica de cada núcleo, así como los recursos disponibles, el funcionamiento familiar y su composición o estructura.
10. Aplicar las herramientas más modernas y sensibles para evaluar el estrés y estado psicológico del cuidador principal que garantice su salud emocional y mental, para contribuir a la mejor atención, cuidados y acompañamiento del anciano demente.
11. Diseñar y aplicar programas dirigidos al control, por supresión o compensación, de los factores de riesgo individual, familiar y comunitario de la demencia, para fomentar los factores de protección y minimizar el daño en el orden biológico, psicológico y social, con lo cual disminuye la incidencia de demencia.

12. Realizar investigaciones, sobre síndrome demencial, que contribuyan a determinar su prevalencia y el comportamiento de los factores de riesgo.

DISCUSIÓN

La calidad de un servicio de salud parte del nivel de competencia y desempeño de sus trabajadores en el cumplimiento de sus deberes laborales y sociales.³ En la práctica, muchos profesionales no distinguen entre competencia y desempeño, y consideran, erróneamente, a la primera como el conjunto de funciones y responsabilidades laborales. Las competencias son el conjunto de saberes puestos en juego por los trabajadores para resolver situaciones concretas de trabajo, es lo que sabe y sabe hacer; mientras que el desempeño es la conducta real del trabajador o educando para desarrollar competentemente los deberes u obligaciones inherentes a un puesto de trabajo, tanto en el orden profesional y técnico, como en las relaciones interpersonales y conducta social, y comprende su pericia técnica y motivación personal. Es lo que en realidad hace. La competencia es la capacidad de movilizar conocimientos y técnicas y de reflexionar sobre la acción, de construir modelos de actuación que faciliten acciones de diagnóstico o de resolución de problemas productivos no previstos o no prescritos.⁴

La competencia profesional es el resultado de la integración, esencial y generalizada de un complejo conjunto de conocimientos, habilidades y valores profesionales, que se manifiesta a través de un desempeño profesional eficiente en la solución de los problemas de la profesión.⁵ La competencia implica reflexionar sobre la acción y saber actuar ante situaciones imprevistas o contingentes. Las competencias no solo trabajan sobre la base del saber teórico, además se avocan al saber práctico, técnico, metodológico y social, a través del desarrollo de habilidades, conocimientos, actitudes y valores.

En el presente trabajo se definió un conjunto de competencias que permiten al especialista en MGI tratar, de forma exitosa, al paciente que sufre de síndrome demencial. Es notorio que casi la mitad de estas están orientadas al diagnóstico temprano y correcto de la demencia, pues el pronóstico de esta entidad depende, en buena medida, del momento en que se realiza el diagnóstico, sin ignorar otros factores como la edad del paciente, la probable etiología y las enfermedades asociadas. El diagnóstico precoz y seguro de las demencias influye en el pronóstico, tratamiento y calidad de vida del paciente, además de evitar el empleo de recursos médicos costosos, y posibilitará al paciente y sus familiares, tiempo de preparación para los futuros cambios en los aspectos financieros, legales y médicos.⁶

La detección temprana de la demencia no resulta fácil, pues los criterios existentes, hoy día, son poco operativos y poseen una fiabilidad limitada, por lo que, a menudo, solo el seguimiento clínico confirmará si estamos frente a una situación estable, o, por el contrario, progresa a demencia.⁷ La demencia con frecuencia se diagnostica erróneamente o en fases muy avanzadas de la enfermedad. Los errores diagnósticos del síndrome demencial alcanzan el 10-30 %, ya sea por infradiagnóstico o hiperdiagnóstico.⁸ La inexistencia de un consenso sobre la distinción entre la pérdida de memoria considerada "normal" en el anciano y el momento en el que puede hablarse de una demencia establecida, o el hecho de no realizar una exploración simple del estado mental durante el examen médico y la percepción inadecuada del proceso normal de envejecimiento, explican estos errores.⁹ Los Médicos de Familia constituyen la puerta de entrada para la detección de la mayoría de estos enfermos. Ellos y sus cuidadores, con frecuencia, interpretan erróneamente síntomas tempranos como cambios normales del

envejecimiento,¹⁰ y los médicos pueden no reconocer los síntomas iniciales o premonitorios, si no están preparados para ello, perpetuando, incluso, falsas creencias de que estos cambios son propios de la edad avanzada.

El algoritmo o secuencia diagnóstica de la demencia comprende la evaluación clínica, neuropsicológica y funcional del paciente. La evaluación familiar y los exámenes complementarios completan el diagnóstico. El diagnóstico de la demencia es clínico. Una autoridad en este tema, como *Katzman*,¹¹ asegura que con el examen clínico, solamente, puede obtenerse una certeza de alrededor del 80 % en el diagnóstico causal de la demencia, y que con el uso de la tomografía axial computadorizada, la radiografía de tórax, las pruebas de función tiroidea, la dosificación de vitamina B12, la serología y el electroencefalograma, esta precisión puede elevarse solo al 90 %.

La evaluación clínica incluye un interrogatorio al paciente y sus familiares, así como un examen físico, con especial énfasis en el examen neurológico. Los antecedentes patológicos personales y familiares del paciente, hábitos tóxicos y estilo de vida, se evalúan, para tratar de identificar factores de riesgo. El más importante propósito de la evaluación clínica es descartar una causa reversible, o potencialmente curable de demencia.¹¹

El examen psiquiátrico o evaluación psicopatológica estará dirigido a la búsqueda de síntomas no cognitivos (psicológicos y conductuales), y a establecer el diagnóstico diferencial entre la demencia, el estado confusional agudo y la depresión. A esto último ya hicimos una breve referencia.

La evaluación neuropsicológica mínima, por su parte, a fin de orientar el diagnóstico y determinar si es necesario o no proseguir con los estudios, se realizará por el Médico de Familia en su consulta, y comprende una rigurosa batería de exámenes que debe ser indicada con juicio clínico y de acuerdo con el estadio o severidad de la demencia. Ningún *test* psicométrico diagnostica por sí solo una demencia;¹² sin embargo, la demostración del deterioro cognoscitivo, una vez establecida su sospecha, a través de los diferentes *tests* psicométricos es muy necesario, pues complementa la exploración del estado mental y funcional del paciente y apoyan, o hacen dudoso, el diagnóstico.^{12,13}

La evaluación funcional, debe considerar, por un lado, las actividades básicas de la vida diaria (AVD), y, por otro, las actividades instrumentadas. La utilización de escalas validadas puede facilitar considerablemente esta tarea; sin embargo, cuando el déficit funcional es muy alto, dichas escalas deben ser completadas con descripciones detalladas de las limitaciones del sujeto.

El papel del Médico de Familia es clave en el diagnóstico del síndrome demencial, si se considera que alrededor del 13 % de las demencias posee una causa potencialmente curable, y por la importancia que tiene el diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer, de acuerdo con su positivo impacto en la atención al enfermo cuando es detectada en estadio inicial.¹⁴ En cambio, la literatura médica asegura que, a pesar de que constituye una entidad mayor en el orden geriátrico, psiquiátrico, socioeconómico y epidemiológico, la demencia es una enfermedad, frecuentemente, infradiagnosticada e infravalorada.^{11,14} De hecho, únicamente el 4 % de las consultas de tipo neurológico atendidas por el Médico de Familia se ocupa del diagnóstico o seguimiento de esta enfermedad. Diversos estudios^{11,12} han reportado que el 31 % de los médicos, del primer nivel de atención, no utiliza *test* alguno para la evaluación del deterioro cognitivo, el 44 % no efectúa ninguna prueba complementaria para su diagnóstico diferencial, y que solo el 40 % de los

médicos de APS conocen que la enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia en adultos mayores.¹¹

Por todo ello, resultó pertinente definir un sistema de competencias, en términos de conocimientos, habilidades y actitudes, que permitan al especialista en MGI la atención exitosa al anciano que sufre de síndrome demencial, teniendo en consideración la participación prioritaria de dicho profesional en el Subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor, así como sus funciones y responsabilidades para dar cumplimiento a su estrategia. Se recomienda evaluar las competencias definidas con fines diagnósticos, identificando las necesidades de aprendizaje que, sobre síndrome demencial, tienen los especialistas en MGI del municipio Playa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aristimuño A. Las competencias en la educación superior: ¿demonio u oportunidad? Disponible en: <http://www.dgm.usach.cl/doc/bloques/Edu%20y%20Doc/EI%20demonio%20de%20las%20competencias.pdf> Consultado: 6 de mayo de 2006.
2. Segredo Pérez AM. Diseño curricular por competencias. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/disenocurricularcompetencias/disenocurricularcompetencias.shtml> Consultado: 8 de diciembre de 2007.
3. Cejas Yanes E, Castaño Oliva R. Modelo cubano para la formación por competencias laborales: una primera aproximación. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos14/modelocubano/modelocubano.html> Consultado: 2 de diciembre de 2004.
4. Huerta Amezola C, Pérez García A. Desarrollo curricular por competencias profesionales integrales. Disponible en: <http://www2.ufro.cl/docencia/documentos/Competencias.pdf> Consultado: 5 de diciembre de 2007.
5. Díaz Barriga Arceo F, Hernández Rojas G. Estrategias docentes para el aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. 2da. ed. México, DF: Mc Graw Hill; 2002. p. 465.
6. Pérez Martínez V. Comportamiento de la salud cognitiva en ancianos del Policlínico Docente "Ana Betancourt". Rev Cubana Med Gen Integr. 2007;23(2):1-3.
7. Llibre JC, Guerra M, Perera E. Enfoque, diagnóstico y tratamiento de un paciente con demencia en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008;24(2):2-4.
8. Pérez Martínez V. Demencia en la enfermedad de Alzheimer: un enfoque integral. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(3-4):2-3.
9. Martínez Querol C. Estudio clínico epidemiológico del síndrome demencial. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(3-4):4-5.
10. Llibre JC, Perrera E. Impacto biológico, psicológico, social y económico del síndrome demencial en cuidadores cruciales. Rev 16 de Abril. 2004;3(2):13-26.

11. Llibre JJ. Demencias y enfermedad de Alzheimer en la población cubana. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica; 2008. p. 13-6.
12. Colectivo de Autores. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de las demencias. Rev Neurol. 2007;45(3):179-90.
13. Ávila A, Bello J, Maho P, Gómez M. Actualización en el diagnóstico de la demencia. Rev Neurol. 2007;22(7):484-96.
14. Marcheco B, López AM, Otero M, Llibre J. Enfermedad de Alzheimer. Manual para el Médico de la Familia. La Habana: Editora Abril; 2006. p. 8-36.

Recibido: 7 de mayo de 2009.
Aprobado: 7 de junio de 2009.

Víctor T. Pérez Martínez. Calle H No. 360 apto. 14, entre 15 y 17, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: victorperez@infomed.sld.cu