

Artículo original

Visión de los médicos que trabajan con personas mayores sobre la implementación de estrategias no farmacológicas en deterioro cognitivo



Solange Jaquelina Llarena Nuñez

Dra. en Psicología, Universidad Católica de Cuyo, San Juan, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de noviembre de 2019

Aceptado el 26 de febrero de 2020

On-line el 29 de mayo de 2020

Palabras clave:

Deterioro cognitivo

Estrategias no farmacológicas

Visión de los médicos

RESUMEN

La población envejece, y esto puede estar acompañado de variados cambios, entre ellos el declive cognitivo. Resulta fundamental realizar acciones con el propósito de prevenir o retrasar la demencia. Los abordajes pueden ser farmacológicos y/o no farmacológicos, ambos tendientes a prevenir y minimizar el impacto de las demencias.

Este trabajo de investigación tiene como objetivo explorar factores interviniéntes en la consideración de estrategias no farmacológicas (ENFs) para el tratamiento del deterioro cognitivo por parte de los médicos. Pretende conocer la visión que tienen los profesionales que trabajan en esta área acerca de las ENFs, saber en qué medida las conocen, cuáles son las creencias acerca de las mismas, si ellos las consideran, sugieren y si se solicita este tipo de abordaje.

En el análisis de datos se distinguen tres grupos que varían en su consideración sobre las ENFs entre quienes las consideran útiles, a quienes les resultan indiferentes y quienes dudan de su eficacia. Se concluye sobre la necesidad de mayor información y trabajo de difusión acerca de los alcances y limitaciones de las ENFs con los profesionales que trabajan con adultos mayores, que son quienes reciben las quejas de memoria de los adultos mayores.

© 2020 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Vision of doctors working with older people on the implementation of non-pharmacological strategies in cognitive deterioration

ABSTRACT

We can see that the world population gets older, this fact comes with so many changes including cognitive decline. It's essential to carry out actions in order to prevent or delay dementia. These actions can be pharmacological and/or non-pharmacological, both to prevent and minimize the impact of dementias.

Keywords:

Cognitive impairment

Non-pharmacological strategies

Vision of physicians

This research, it aims to explore factors involved in the consideration of non-pharmacological strategies (NFS) for the treatment of cognitive impairment used by the doctors. It pretends to know the vision that the professionals who work in this area have about NFS, to find out how much they know about them, their beliefs about them, if they consider them or suggest them and if this type of approach is requested.

In the analysis of data, three groups that vary in their consideration of NFS are distinguished; those who consider them useful, those who are indifferent about them and those who doubt its effectiveness. We conclude on the need of more information and diffusion on the scope and limitations of NFS with professionals who are working with older adults because they are the ones who receive the memory complaints of the olders.

© 2020 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Toda la población mundial está envejeciendo. Las mejoras en la atención de la salud en el siglo pasado han contribuido a que las personas vivan vidas más largas y saludables. Sin embargo, esto se ha traducido también en un aumento en el número de personas con enfermedades no transmisibles, incluida la demencia. El Alzheimer es la más común¹.

Según los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 de Argentina², hay 40.117.096 de habitantes, de los cuales unos 5.725.836 corresponden a adultos mayores. Tal como se aprecia, el porcentaje de la población de adultos mayores es más del 16%, lo cual marca que nuestro país es un país envejecido. Se considera que un país está envejecido cuando la población de adultos mayores supera el 7% de la población total. Respecto a la cantidad de adultos mayores, en la provincia de San Juan la población mayor de 60 años alcanza los 85.805.

En la actualidad se considera viable la intervención en demencias. Por un lado, es posible la utilización de psicofármacos eficaces en el trastorno cognitivo, y por otro lado, la realización de actividades de estimulación basadas en la noción de «plasticidad del sistema nervioso»³.

Al no existir un tratamiento curativo se hace necesario un abordaje terapéutico multidimensional que incluya intervenciones farmacológicas y no farmacológicas con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores⁴.

Sin embargo, las estrategias de intervención no farmacológicas (ENFs) se encuentran poco difundidas y aplicadas en la actualidad tanto desde el punto de vista de los profesionales que trabajan con este sector de la población como por los mismos adultos mayores.

Por un lado, falta claridad en los profesionales con respecto al tipo de intervenciones, modalidad, frecuencia y eficacia de las mismas, y por otro lado, se observa desconocimiento y ausencia de consenso en la población en general sobre la eficacia, relación costo-beneficio de la implementación de estrategias de prevención y rehabilitación de trastornos cognitivos.

Es fundamental conocer la visión que tienen los profesionales que trabajan en esta área acerca de las ENFs, saber en qué medida las conocen, cuáles son las creencias acerca de las mismas, saber si ellos las consideran y sugieren, y si se solicita este tipo de abordaje.

Con la información recabada en la presente investigación, se sugiere estudiar y diagramar propuestas para mejorar la implementación de ENFs que, si bien se encuentran presentes en la literatura, no siempre llegan a las prácticas profesionales.

Metodología

Objetivos generales

Explorar el conocimiento y consideración terapéutica de las ENFs para el tratamiento del deterioro cognitivo en los médicos tratantes, responsables del tratamiento.

Objetivos específicos

Valorar el grado de conocimiento y frecuencia de recomendación de las ENFs en profesionales que trabajan con mayores de 60 años con deterioro cognitivo.

Identificar variables asociadas al grado de conocimiento y recomendación de ENFs en prevención y rehabilitación de deterioro cognitivo.

Sujetos

La población comprende a los médicos que trabajan con adultos mayores (médicos de familia del primer nivel de atención de PAMI, médicos gerontólogos, psiquiatras y neurólogos) pertenecientes al radio céntrico ciudad de San Juan (zona delimitada por las cuatro avenidas: Av. Libertador, Av. Rawson, Av. Alem y 9 de julio).

La población coincide con la muestra (se entrevistan 86 del total de 88 profesionales del radio céntrico, ya que 2 se negaron) y se compone por:

Los médicos que se encargan del primer nivel de atención que están nucleados en la Asociación de Médicos de Cabeza (AMC). Los pacientes de PAMI se empadronan con algún médico de la asociación cercano a su domicilio. Cada médico tiene en su padrón aproximadamente a 700 personas. Se trata de médicos de familia, algunos de los cuales tienen la especialización en geriatría. Estos médicos son los encargados del primer nivel de atención de los adultos mayores que tienen la cobertura social de PAMI. Son 32.

Médicos gerontólogos (hay 2 médicos en el radio céntrico, sin contar los que forman parte de los médicos de cabecera, que son 7).

Neurólogos que trabajan con adultos mayores en un sanatorio donde se nuclean los especialistas de PAMI (4) y otros 8 neurólogos que trabajan con adultos mayores.

Médicos psiquiatras que atienden adultos mayores en el radio céntrico (35).

Los criterios de inclusión son: médico que trabaja con adultos mayores y acceder voluntariamente a completar la entrevista.

Los participantes son voluntarios, a quienes se les solicitó inicialmente un consentimiento informado para participar, a fin de garantizar el resguardo de la información brindada, el conocimiento de los objetivos de la investigación, el uso anónimo de los datos, y la consideración de que su participación no implica ningún riesgo o perjuicio para su persona, la especialidad o institución donde se desempeña.

Métodos

Se realiza un estudio transeccional correlacional descriptivo y exploratorio con un diseño ex post facto.

Se utiliza una entrevista semiestructurada ([ver anexo en material adicional](#)) y un cuestionario desarrollado ad hoc, con validez conceptual respecto del marco teórico de lo que se pretende investigar. En el mismo se explora el conocimiento de las ENFs, creencias sobre su uso y frecuencia de indicación y se emplea una escala de tipo Likert a fin de obtener variabilidad en las respuestas como un continuo. Dicha escala considera la referencia de «nada», «poco», «más o menos», «bastante» y «mucho» para los ítems referidos al conocimiento y frecuencia de uso; y el grado de acuerdo o desacuerdo para la exploración de las creencias respecto de las ENFs.

Para el análisis estadístico, se realiza un análisis exploratorio univariado de las variables, luego el análisis de correspondencia múltiples y finalmente se realiza un análisis de conglomerados para intentar identificar los grupos sobresalientes de profesionales.

Las variables dependientes: Estrategias no farmacológicas (ENFs).

Las variables independientes: Conocimiento de las ENFs, Creencias sobre su uso y Frecuencia de indicación.

Las variables mediacionales: Edad, Género, Especialidad y Antigüedad en la profesión.

Como mayor limitación debe considerarse el efecto de *deseabilidad social* que implica el uso de cuestionarios. Se trata de la correspondencia entre lo expresado por los profesionales en el cuestionario y lo que realmente pudiera suceder en la práctica profesional. Para limitar su influencia se procede, previamente a la toma del mismo, a hablar sobre la misma y complementar el cuestionario con una entrevista y considerar diferentes temas abordados en la misma en una última pregunta con una escala tipo Likert.

Además, el número de profesionales, si bien es representativo de los que trabajan con adultos mayores en la ciudad de San Juan, no es representativo de las especialidades o del ejercicio profesional en la provincia.

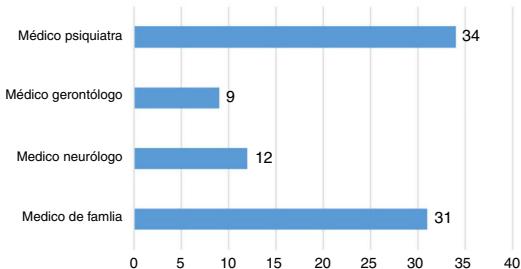


Figura 1 – Especialidad de los profesionales entrevistados (psiquiatras, gerontólogos, neurólogos y médicos de familia).

Resultados

Se presentan los resultados de las entrevistas y cuestionarios a médicos. La muestra está conformada por 86 médicos del radio céntrico de la ciudad de San Juan, 50 varones y 36 mujeres.

Respecto de la especialidad de los profesionales entrevistados, 31 eran médicos de familia, 12 neurólogos, 9 gerontólogos y 34 psiquiatras ([fig. 1](#)).

En relación con los estudios de posgrado realizados por los profesionales de la muestra, hay 47 que tienen menos de 6 años estudios de posgrado y el resto más de 6 años.

Acerca de los años de egreso de los profesionales, la mayoría tiene más de 20 años de egresado (39 profesionales) seguidos por profesionales que tienen entre 6 y 10 años de egreso (15 profesionales), los que tienen de 11 a 15 años de egresado (12 profesionales), de 10 a 20 años de egreso (10 profesionales), y de 0 a 5 años de egreso (10 profesionales).

En cuanto a los años de experiencia trabajando con adultos mayores, la mayoría tiene más de 20 años trabajando con ellos (33 profesionales), les siguen aquellos que llevan entre 6 y 10 años trabajando con adultos mayores (20 profesionales), los que tienen de 0 a 5 años (15 profesionales), de 16 a 20 años (10 profesionales) y de 11 a 15 años (8 profesionales).

Análisis de correspondencias múltiples con variables del cuestionario

Se llevó a cabo un análisis de correspondencias múltiples, que nos permita evidenciar el grado de relación entre las categorías de la variable.

Para su realización se toma, como variables activas, las variables del cuestionario que no son de respuestas múltiples y las siguientes variables mediacionales:

Especialidad, Años de estudio de posgrado, Años de egreso y Experiencia del profesional con adultos mayores, y la variable Edad como suplementaria.

Del análisis de datos, y tal como se aprecia en la [figura 2](#), se puede observar que en la Dimensión 1 (primer factor) discriminan las variables mediacionales, sobre todo Años de egreso y Experiencia con adultos mayores, por tanto, este factor podría asociarse a la «Antigüedad del profesional».

En la Dimensión 2 (segundo factor), las variables Recomienda realizar ENFs y Solicitan rehabilitación con ENFs; es

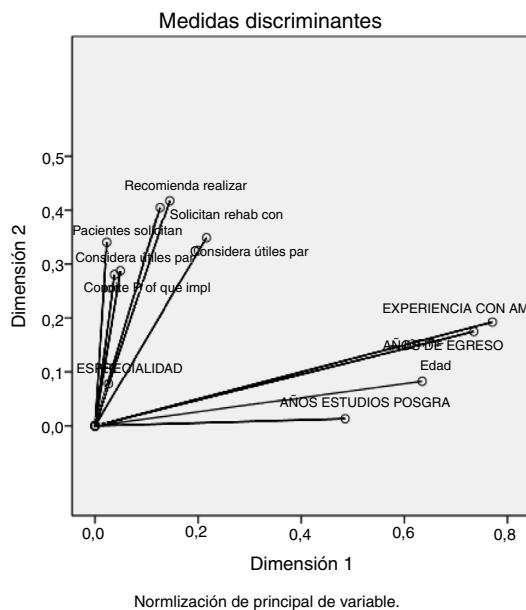


Figura 2 – Medidas discriminantes que permiten observar la discriminación de las variables mediacionales, donde destaca la antigüedad del profesional y la percepción sobre las ENFs.

dejar, se relacionan el grado en el que los profesionales recomiendan usar ENFs como estrategias de prevención y el grado en que ellos opinan que sus pacientes o familiares de los mismos les solicitan utilizarlas como rehabilitación cuando existe deterioro cognitivo. Este factor podría denominarse «Percepción del profesional acerca de las ENFs».

Por otro lado, si se consideran las distintas modalidades de las variables que más discriminan en el plano factorial principal, se procede a analizar las relaciones entre ellas.

Así se puede observar que los profesionales que tienen menos años de experiencia con adultos mayores (menos de 5 años) opinan que recomiendan «más o menos» realizar ENFs como prevención y que sus pacientes (o familiares) les solicitan poco utilizar estas estrategias como rehabilitación en casos de deterioro cognitivo.

Además, se puede ver que mientras más años de experiencia tienen, su opinión al respecto en estas variables es «mucho», cuando el profesional médico tiene la especialidad de gerontólogo (fig. 3).

Análisis factorial y clúster de la pregunta 15

Se procedió a realizar una agrupación en clases (conglomerados) de los profesionales médicos y la caracterización de esos grupos, respecto de las variables del cuestionario (pregunta 15). Para esto, se llevó a cabo previamente un análisis factorial de correspondencias múltiples y a partir de los factores principales, un análisis de conglomerados, usando el software SPAD N.

En la figura 4 se presenta el dendograma que se obtuvo en el análisis de conglomerados y que sugiere la división de los profesionales entrevistados en 3 grupos.

De acuerdo a las modalidades de las diferentes variables, se puede caracterizar el perfil de los distintos conglomerados. Se pueden distinguir en el conjunto de datos la presencia de 3 clústeres o conglomerados.

Conglomerado 1. Está constituido por el 60% de los profesionales de la salud. En este grupo encontramos los que en su mayoría opinan que no es suficiente como estrategia de prevención indicar a los pacientes la realización de crucigramas, lecturas, etc. No están de acuerdo en que los talleres de memoria solo son útiles cuando los pacientes no presentan deterioro y que los mismos protegen del deterioro cognitivo con solo realizarlos por algunos meses. Constituyen este grupo médicos que no están de acuerdo con que las ENFs solo son útiles para pacientes institucionalizados. Los mismos acuerdan que las ENFs son útiles para retrasar el deterioro cognitivo y que familiares de pacientes (o los mismos) les solicitan información sobre estas estrategias.

Podríamos decir que este grupo lo conforman médicos que valoran las ENFs.

Conglomerado 2. Está formado por el 21% de los médicos, profesionales que en su mayoría acuerdan que las ENFs solo pueden realizarse cuando los pacientes están institucionalizados y que si realizan talleres de memoria durante algunos meses ya estarían protegidos del deterioro cognitivo. En menor medida su opinión es indiferente ante esta última cuestión.

Podríamos decir que este grupo lo conforman médicos que son más indiferentes acerca de las ENFs.

Conglomerado 3. Conformado por el 19% de los médicos de la muestra. En su mayoría acuerda que los talleres solo son útiles cuando los pacientes están institucionalizados, que es suficiente como estrategia de prevención sugerir que los pacientes realicen crucigramas, lecturas, etc.; y que las ENFs no son útiles cuando hay un deterioro avanzado. Su opinión es indiferente acerca de si existen profesionales que apliquen este tipo de estrategias en el medio local y no están de acuerdo en que las mismas son útiles para retrasar el desarrollo de un deterioro cognitivo incipiente.

Podríamos decir que este grupo lo conforman médicos que «no valoran» las ENFs.

Como vemos, en general hay un 60% de los profesionales, es decir, una mayoría, que tienen una opinión favorable y una valoración positiva de las ENFs como estrategia en prevención y rehabilitación de deterioro cognitivo en adultos mayores.

El resto, y cuyo porcentaje se considera alto (un 40%), está conformado por profesionales que tienen una opinión negativa o indiferente respecto de la utilidad de la implementación de ENFs en deterioro cognitivo de adultos mayores.

Los datos obtenidos indican que en general la visión de los médicos sobre las ENFs es variable y es necesario realizar mayores trabajos de investigación y difusión sobre las posibilidades terapéuticas de las mismas. Ello es de suma importancia para tener en cuenta y diagramar la forma de acceder a dichos profesionales para poder aumentar el conocimiento y la visión positiva sobre la necesidad y utilidad de los abordajes no farmacológicos en deterioro cognitivo, que posibilite un trabajo en conjunto con fines de potenciar los efectos de las terapias.

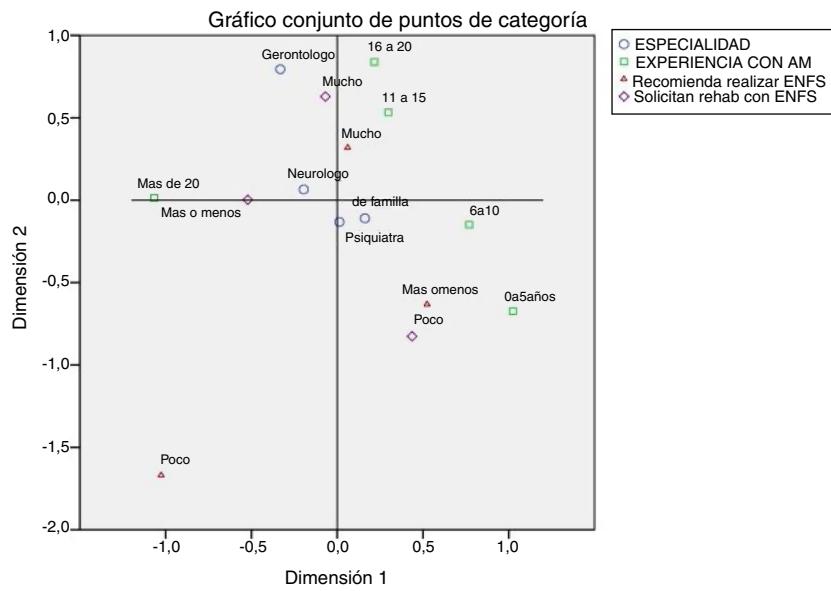


Figura 3 – Relaciones entre principales variables discriminantes, donde destaca la relación entre años de experiencia y recomendación de ENEs.

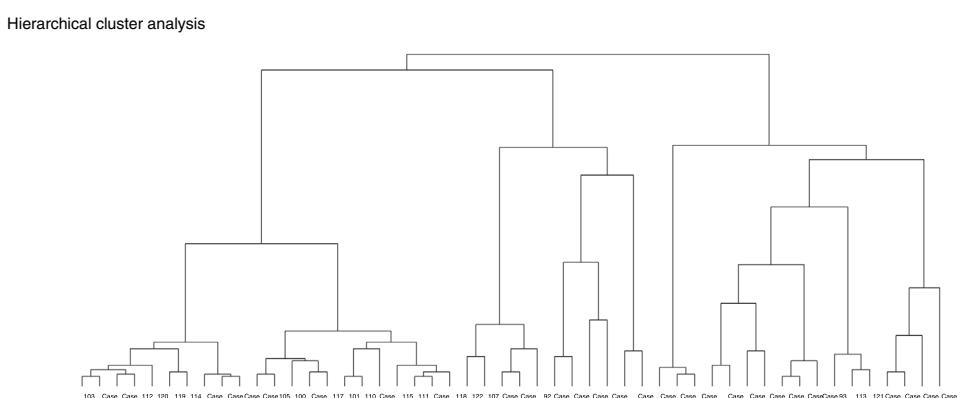


Figura 4 – Dendograma con representación de los 3 clústeres o conglomerados que representan a los médicos según su opinión sobre las ENFs (los que las valoran, los que no las valoran y los que son indiferentes).

Conclusiones

Los resultados concuerdan con los expresados por Mangone et al.⁵ cuando expresan que, en nuestro país, la gran mayoría de los médicos generalistas consideran normal dentro del proceso de envejecimiento los deterioros cognitivos o conductuales o que los mismos son secundarios a arteriosclerosis cerebral; por eso no consideran apropiado para estos trastornos de la salud realizar un estudio exhaustivo, es decir, neuropsicológico, de laboratorio y neuroimágenes y menos derivarlos a un centro especializado. El sistema sanitario no está preparado, no existen geriátricos especializados ni personal debidamente entrenado.

Los datos obtenidos resultan de suma importancia para tener en cuenta y diagramar la forma de acceder a dichos profesionales para poder aumentar el conocimiento y la visión

positiva sobre la necesidad y utilidad de los abordajes no farmacológicos en deterioro cognitivo, que posibilite un trabajo en conjunto con fines de potenciar los efectos de las terapias.

También sería deseable poder realizar intercambio de información acerca de las bases de la rehabilitación cognitiva, la fundamentación teórica y los alcances y limitaciones de las mismas.

En general, en la práctica clínica, se observa que hay pacientes que son derivados por su médico (mayormente neurólogos y psiquiatras) a realizar una valoración neuropsicológica para determinar el perfil cognitivo. Luego de realizar las entrevistas de valoración, se pauta una entrevista con el paciente y el familiar donde se explican los resultados de la valoración y se marca, dentro de las sugerencias posteriores a la misma, la concurrencia a talleres de estimulación cognitiva. Sin embargo, a pesar de que dicha sugerencia queda escrita en el informe neuropsicológico y es explicada de forma verbal por

el profesional que la realiza, la decisión de concurrir y participar en los talleres de estimulación depende en gran parte de la recomendación e importancia que le otorgue a los mismos el médico derivador.

Se podría postular que la adherencia al tratamiento podría ser potenciada con el conocimiento, confianza y expectativas que tenga el profesional derivador y que sirvan para mejorar la motivación de los pacientes. Tal como indica el informe sobre adherencia al tratamiento de la OMS⁶, el personal sanitario desempeña una función destacada en la promoción de la adherencia terapéutica; una estrategia razonable sería concebir y ejecutar intervenciones que influyan en su modo de actuar.

Para incrementar las habilidades necesarias en promoción de la adherencia, los profesionales deberían tener acceso al adiestramiento específico en la gestión de la adherencia terapéutica, y los sistemas en los que trabajan deben diseñar y apoyar sistemas de prestación que respeten este objetivo. Esto debe abarcar las herramientas de evaluación y las estrategias para promover el cambio, impartir el conocimiento acerca de los determinantes amplios del problema y de las estrategias específicas para abordarlos, de modo que puedan ejecutarse sistemáticamente en la práctica.

En los últimos años se han realizado talleres de memoria, dentro del programa HADOB de PAMI. Para la concurrencia a los mismos, los médicos de cabecera realizan la derivación. En la ejecución de dicho programa se observa la falta de trabajo en equipo de los profesionales y la ausencia de valoraciones mínimas del estado cognitivo con técnicas de screening. Los usuarios no son agrupados según el perfil cognitivo, ni se planifican las actividades con este criterio.

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación, se sugiere: 1) trabajo de información sobre fundamentos, alcances y limitaciones de las ENFs con los profesionales médicos que trabajan con adultos mayores; 2) información sobre las posibilidades de las ENFs en prevención y rehabilitación, de las técnicas de prevención, de rehabilitación, de las diferentes modalidades de las ENFs para el trabajo con los pacientes y con los cuidadores; 3) información sobre las diferencias entre la realización de «talleres de memoria» sin una evaluación previa de los participantes, sin una adecuada diagramación según objetivos que surgen de la evaluación, de la implementación de ENFs con una adecuada evaluación y diagramación, realizada por profesionales especializados en la temática;

4) coordinación para intercambio de información que integre terapias farmacológicas y no farmacológicas.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado por la Facultad de Filosofía, de la Universidad Católica de Cuyo, San Juan, Argentina.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Al Dr. Daniel Mías, que colaboró en la orientación del trabajo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.neuarg.2020.02.004](https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2020.02.004).

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS/OMS. Demencia, una prioridad de salud pública; 2012 [consultado 25 Abr 2013]. Disponible en: www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=926.
2. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, del Sistema Estadístico Nacional. Buenos Aires, 7 de julio de 2015.
3. Doménech Pou S. *Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve* [tesis doctoral]. España: Universidad de Barcelona; 2004.
4. Tomas Carazo MJ, Nadal Blanco S. *Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria*. Semergen. 2001;27:575-86.
5. Mangone CA, Allegri RF, Arizaga RL, Ollari JA. *Demencia: enfoque multidisciplinario*. Buenos Aires: Ed. Sagitario; 1997.
6. Organización Mundial de la Salud [consultado 6 Jul 2013]. Adherencia a los tratamientos a largo plazo [consultado 6 Jul 2013]. Disponible en <https://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>.