Título: Estrategia de Capacitación para la preparación del especialista en Medicina General integral para la atención al Síndrome Demencial desde el nivel primario de Salud (APS)

Autora: MSc Dra. Vilma Aleida Mestre Cárdenas

Profesora Adjunta de la Facultad de Cultura Física Dirección postal: Casa Consultorio. Calle Álvarez.

Entre San Gabriel y Mujica, Matanzas

Telf. 243744

{ HYPERLINK "mailto:vilma_uva05@yahoo.es" }

I.- Introducción

Los retos del desarrollo científico contemporáneo, en el marco de las esferas política, económica y social, instan a la realización de acciones que redunden en logros para los diferentes niveles poblacionales. El éxito de todos los esfuerzos dependerá de la materialización de cada uno de los intentos, independientemente de a qué grupo humano esté dirigido. De esto no está exento el fenómeno del envejecimiento.

Características disímiles colocan a los ancianos como grupo de alto riesgo: coexistencia de varios padecimientos, generalmente crónicos degenerativos y traumáticos, inseguridad social y económica (especialmente a las mujeres ancianas por su mayor expectativa de vida), instancias agudas, afecciones psicosociales y limitaciones motoras y sensoriales, entre otras. Sin embargo, en su gran mayoría, los ancianos aún son independientes, autónomos, y aunque requieren ser apoyados y atendidos, necesitan que se escuche su tesoro mayor: la experiencia.

La demanda de servicios sociales para este grupo etáreo muestra tendencias actuales de crecimiento; sin embargo, el respaldo e impacto institucional es diferenciado de acuerdo con los niveles de desarrollo de cada país y, más aún, determinado por las políticas gubernamentales. "El crecimiento acelerado de la población senescente en América Latina y el Caribe sorprendió tanto a los políticos como a los administradores de programas sociales. Inicialmente las sociedades de la región (se refiere a América Latina y el Caribe) definen el problema de los ancianos como una cuestión que no compromete la acción directa del Estado. El cuidado del anciano y la satisfacción de sus necesidades en situaciones de crisis o riesgo se definen como responsabilidades propias del individuo o en su defecto de la familia. En el contexto de la modernización de las sociedades actuales al fenómeno de la edad avanzada se define en términos muy consistentes de retiro o jubilación, por tanto pensiones, seguros sociales, etc. El fracaso de los esquemas de acción conllevó al análisis y toma de otras posiciones. Ya en la década de los años 1980, la agenda de discusión incluye el problema de los ancianos desde múltiples y variados enfoques y posibles soluciones, asumiendo una comprensión por una actitud activista, el logro de autonomía individual dadas en un marco de amplias actividades tales como salud, nutrición, retiro, educación y vida social". (Tapia, J., 1994, p.20-21)

Cuba precisó: "La tragedia de los que no pueden envejecer en el Tercer Mundo o que lo hacen en condiciones inhumanas no es natural, sino social y política. No es responsabilidad de sus habitantes, ni de su clima, ni de sus genes, sino de aquellos que los colonizaron y saquearon, y continúan haciéndolo. El injusto orden económico mundial no puede resolver los complejos problemas del envejecimiento poblacional, al menos de las tres cuartas partes de la humanidad que vive en los países pobres. El neoliberalismo ha demostrado su fracaso para enfrentar este y otros fenómenos sociales, cuya responsabilidad recae en los Estados. Urge aplicar medidas efectivas, globales y específicas. No basta que nos reunamos y adoptemos planes de acción si después falta voluntad política para materializarlos" (Il Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002). El presidente Dr. Fidel Castro Ruz ha sentenciado: "Lo más humano que pueda hacer la sociedad es ocuparse de los ancianos". (Castro, F., 1999, p. 4)

Las Naciones Unidas puso de relieve no solo la importancia de la atención a los gerontes; sino la insuficiencia real de datos, completos y precisos, para formular políticas y programas. "Se ha determinado que el fortalecimiento de la capacidad nacional de investigación para obtenerlos (se refiere a los datos) es un buen punto de partida para promover el desarrollo de políticas y programas en el ámbito nacional". (O N U, 1982, p.2).

Ya en la década de 1990 los resultados de las investigaciones reflejaban su acierto para la investigación. Además, estas no solo ofrecían datos, sino que en ellas se asume el envejecimiento, desde premisas básicas, como proceso:

- normal que forma parte de la vida;
- <u>inseparable</u> de otros procesos que ocurren continuamente desde su comienzo:
- <u>constituido</u> por factores que determinan la diversidad de su proceso irreversible: factores que representan una compleja interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales y como tal ha de investigarse;
- que repercute en el individuo y la sociedad,
- <u>biunívoco</u> y como tal ha de ser considerado y atendido.

En los programas de investigación actuales, de conformidad con la realidad económica, política y social de cada país, se acentúan aspectos de consideración:

- la marcada diversidad del proceso de envejecimiento, puesto que algunas personas envejecen sanas, productivas, y otras, gravemente enfermas e inactivas;
- el papel de la promoción de la salud y las intervenciones preventivas en épocas tempranas de la vida para maximizar el bienestar de los ancianos;
- las consecuencias del envejecimiento para la sociedad y la necesidad de emplear métodos epidemiológicos para descubrir los riesgos y los factores de protección contra las enfermedades dependientes de la edad.

En el caso de Cuba se han realizado y realizan investigaciones que abordan estas problemáticas, lo cual se intensificó a partir de 1999, "Año Internacional de las personas de Edad" con el lema "Hacia una sociedad para todas las edades."

No obstante, es ineludible, teniendo en cuenta el crecimiento progresivo de los adultos mayores y la realidad de que los riesgos para los ancianos están presentes, que se continúen y amplíen los estudios sobre este grupo etáreo, según la línea trazada por el MINSAP de promover y realizar estudios e investigaciones sobre el envejecimiento y los ancianos en Cuba. Ofrece posibilidades para ello el desarrollo paulatino, continuado, del trabajo del médico y la enfermera de la familia; las modificaciones en la forma, contenido y práctica de la Atención Primaria de Salud (APS) producidas por la experiencia en el trabajo de estos; así como otros factores incidentes, - incluyendo el campo de la docencia y las propias investigaciones.

La importancia del tema tratado es significativa a partir de considerar el reto que entraña el rápido envejecimiento de la población y la elevación de la esperanza de vida en salud, lo cual necesita de los esfuerzos coordinados de todos los sectores de la sociedad, respaldados por la voluntad política del Estado. "Cuba es ya un

ejemplo de país en desarrollo con un envejecimiento importante de su población. El 13 % de los cubanos tiene 60 años o más, cifra que aumentó, según estimaciones, a un 14 % en el año 2000 y a 20,1 en el 2025, con una expectativa de vida actual al nacer de 75 años. En términos relativos, la proporción de ancianos en Cuba es superior a la de los países subdesarrollados, 7% año 2000, y superior también al 10% que tendrá el mundo para ese año, y al 14% que tendrá en el 2025." (En: CITED, 2006, p.1)

En este contexto, a partir de evidencias de la presencia del Síndrome Demencial en el área poblacional del Consultorio No. 72 de la ciudad de Matanzas, así como de dificultades para su diagnóstico en la APS; se manifiesta que el especialista en Medicina General Integral no está suficientemente preparado para la atención a esta problemática de salud. En consecuencia, la presente investigación pretende tributar a las bases y estrategias de la APS, en su materialización más efectiva al Programa de Atención a la Familia, en general y, en específico, al Programa de Atención Integral al Adulto Mayor y - dentro de este - al mejoramiento de la atención al Síndrome Demencial propiciado por una propuesta de Estrategia de Capacitación para el especialista en MGI.

El estudio del estado del arte en cuanto al envejecimiento, la tendencia al crecimiento etáreo de la población tanto mundial como cubana, la prevalencia del Síndrome Demencial en el Adulto Mayor, la consecuente necesidad de buscar vías para mejorar el desempeño del MGI, a partir de la valoración del Plan de Estudios vigente para la formación del mismo y aspectos referenciales de evaluación curricular, contribuyeron a definir como situación problémica que los Médicos de Familia, graduados de especialista de primer grado en MGI, no están preparados en las vías para la atención al Síndrome Demencial que se presenta en el Adulto Mayor, en la APS. Y se derivó una investigación, como parte de los estudios para la obtención del grado de master en Ciencias de la Educación Superior que lleva por título La atención al Síndrome Demencial en el Adulto Mayor en la Atención Primaria de Salud. Propuesta de Estrategia de Capacitación

para el especialista en Medicina General Integral

La investigación responde, tanto en lo asistencial, lo docente y lo investigativo, a la concepción de la Atención Primaria de Salud, considerada como estrategia global para alcanzar "Salud para Todos y por Todos". La misma aborda un tema de importancia en la práctica asistencial médica a este nivel: La atención al Síndrome Demencial en el Adulto Mayor, por lo que se orienta a la configuración de una propuesta de Estrategia de Capacitación para el especialista de Medicina General Integral que le permita mejorar su desempeño en el cumplimiento del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor.

Se consideró la pertinencia de asumir como fundamento teórico de partida los postulados del Enfoque Histórico Cultural, por cuanto constituye una teoría del desarrollo humano posible de aplicar ante proyectos de trabajo en el campo de la salud y la docencia médica. Se consideraron a su vez las bases del Trabajo Comunitario desde la perspectiva de la Educación Popular y el carácter permanente de la educación posgraduada cubana, como una necesidad de desarrollo y transformación actual. En el proceso investigativo se tuvo en cuenta el estudio descriptivo transversal en dos fases realizado en el Consultorio No. 72 del municipio Matanzas, para determinar el nivel de prevalencia del Síndrome Demencial en la población de 60 años y más.

Con la aplicación de la propuesta de <u>Estrategia de Capacitación</u> se pretende revertir, en algún sentido, las ineficiencias curriculares presentadas en los MGI para prestar la atención adecuada a los pacientes con <u>Síndrome Demencial</u>, enfermedad que puede estar presente en el Adulto Mayor y que requiere ser atendida desde la Atención Primaria de Salud.

La importancia del tratamiento del tema radica en su contribución a un mejor desempeño del MGI en la atención a un grupo poblacional que va hacia el incremento constante, así como brindar atención y orientaciones a su cuidador y a los demás familiares que le rodean. A su vez, esta autora considera que, a nivel de APS, la exploración del estado mental no constituye una práctica sistemática y prevalece la visión simplista de que la gran mayoría de los cambios mentales en los pacientes mayores de 60 años son causados por la arteriosclerosis. De hecho, aunque no teóricamente, en la práctica asistencial se está asumiendo la psiquis como un elemento aislado.

Es también consideración que existe un grado no despreciable de subregistro para dicho diagnóstico; sin embargo, la detección temprana de la declinación mental patológica resulta de importancia capital para identificar los tipos de asistencia que se requieren en la vida cotidiana y para ayudar al ser humano, en especial en la edad geriátrica, a mantenerse tan independiente como les sea posible; así como conducir a la consideración de las condiciones que pueden solapar y obstaculizar una enfermedad demencial.

Se coincide con Pérez V., pero haciéndolo extensivo al Síndrome Demencial, que nuestros equipos de salud en ocasiones descuidan la detección, dispensarización y el seguimiento clínico adecuado de los pacientes que sufren deterioro cognitivo leve (antesala de un probable síndrome demencial), sin embargo, hacia ellos deberán dirigir el esfuerzo de sus acciones. (Pérez V., 2005)

El valor metodológico de la investigación radica esencialmente en la posibilidad de enriquecer la concepción y las vías metodológicas para la preparación y adiestramiento del Especialista en MGI, presentando un modelo de Estrategia que formalmente puede ser aplicado a otras que, por su contenido y fines, se configuren para tributar a la excelencia de la preparación y adiestramiento del MGI. También en la aplicabilidad, directa y funcional, de la Estrategia de Capacitación que se ofrece, a la docencia médica dirigida a la preparación del MGI para atender el Síndrome Demencial en la APS con prevalencia significativa en el Adulto Mayor.

Su valor práctico reside en posibilitar un mayor y mejor desempeño en el trabajo de este especialista con el Adulto Mayor, lo enriquece y hace más cercano a la satisfacción de las necesidades de la comunidad, con impacto positivo en el Análisis de la Situación de Salud. Este quehacer no es – ni debe ser - privativo de Cuba, sino que puede aplicarse en otros contextos donde este país presta servicios médicos.

II.-Desarrollo

2.1- El envejecimiento.

Uno de los cambios más espectaculares de las últimas décadas ha sido el impresionante envejecimiento poblacional. Ello es un tributo del éxito de las

modernas medidas de salud pública y de los avances en biomedicina. A la vez, representa un serio problema para las sociedades y los gobiernos debido a los costes, sociales y económicos, inherentes a la atención de los más viejos.

Como fenómeno inherente al desarrollo humano son múltiples las acepciones y valoraciones que a lo largo de la historia de la humanidad se recogen sobre el envejecimiento. Desde la antigua China, India y el este del Mediterráneo se han dedicado muchas energías para estudiar este fenómeno. Griegos y romanos, más tarde, procuraron entender los mecanismos del proceso de envejecimiento y su pensamiento matizó el desarrollo investigativo de Europa. Toda la cosmovisión de Europa particularizada en los temas del envejecimiento y la muerte, fue trasmitida a la América y al resto del mundo, bajo su influencia.

Los espartanos capitalizaban la experiencia de los ancianos y los gerontes constituían un consejo de veintiocho hombres que pasaban de los 60 años que controlaban el gobierno de la Ciudad-Estado. Antiguos textos religiosos recogen la existencia de patriarcas que vivieron más de 120 años, los cuales eran venerados y respetados por todos como sabios. Platón (428-347) propuso exonerar de luchar a los ancianos y señalaba que el robo de mercancía y la subversión contra los gobernantes constituían delitos perdonables cuando los cometían personas seniles; Cicerón M. T. (106-13 a.n.e.), por otra parte, opinaba que los gerontes eran malhumorados, inquietos, caprichosos e irritables y convertían a la vejez en un tiempo infeliz; y que se imponía batallar contra la edad avanzada. Refería que la vejez: apartaba del trabajo activo, debilitaba el cuerpo, privaba de todos los placeres físicos y acercaba a la muerte. Las expresiones más peyorativas aparecen contempladas en las sátiras de Juvenal (60-129 a.n.e.), donde se maldecía a los senescentes, se criticaba a los que imploraban a los dioses una larga vida y se afirmaba que la vejez era una etapa fea, caracterizada por el olvido y la falta de razón. En las Sátiras, X, Juvenal expresa: "Pero una larga vejez está llena de largos y continuos males. Este es el castigo de una vida larga: envejecer". (Citado por: Márquez J., 2006 a) La civilización china, por su parte, ha venerado siempre a sus adultos mayores. En las sociedades indígenas cubanas, los ancianos behíques fungían como médicos, brujos y principales sostenedores de las tradiciones tribales.

El balance entre ambas tendencias contradictorias (la apologista y la peyorativa), respecto a la vejez, arroja que son subjetivistas ambas. (Orosa, 2001. p.71ss). Históricamente, ese balance se ha inclinado más hacia la primera en los pueblos originarios y comunidades apartadas, con lento desarrollo social expresado en cambios a menudo imperceptibles por la sucesión generacional. Las dificultades y limitaciones de transporte y comunicación y la dinámica económica no progresiva contribuyeron objetivamente a la objetividad de la familia patriarcal con el peso de la autoridad familiar desplazado verticalmente hacia los mayores de edad.

La dinamización contemporánea de la sociedad, expresada en el desarrollo notable del transporte y las comunicaciones ha viabilizado la apertura hacia fuera de las comunidades, en las que los sujetos cada día son más independientes y a edades más tempranas. Esto ha tenido impacto en la horizontalización del ejercicio del poder familiar, con pérdidas sustanciales para el subsistema parental extendido. Esto, unido a la feroz concurrencia económica en la que son más competitivos los más jóvenes, calificados y capaces, ha convertido al Adulto Mayor

en un sujeto despojado de autoridad, prestigio y valor familiar y social en la contemporaneidad. (Ortega, 2003. Citado por Mestre, 2006).

En la actualidad los criterios más avanzados sitúan el envejecimiento poblacional como un fenómeno fruto del desarrollo de la humanidad y se connota como natural, social y que incumbe a todos. Se defiende, en muchos casos a ultranza, que el organismo humano está diseñado para vivir más de 100 años. El reto consiste en garantizar la calidad de la vida: no basta con aumentarle años a la vida sino, fundamentalmente, vida a los años. En este sentido el criterio actual más aceptado y común es el de valorar el envejecimiento desde diversos puntos de vista, teniendo en cuenta la entidad biosicosocial que constituye el ser humano y considerar que el envejecimiento no tiene una causalidad única, que no es enfermedad ni un error evolutivo.

La caracterización y definición del envejecimiento se aborda, fundamentalmente desde los puntos de vistas cronológico, biológico, psicológico, funcional y comparativo. (Gutiérrez, L. 1994, p.34-35)

Cronológico Es quizás el punto de vista más simple, ya que con él se acepta este período como tiempo transcurrido. La edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos, mas no relacionados causalmente, no es la edad, sino el cómo se vive lo que contribuye a la causalidad del proceso.

Biológico: Analiza la correspondencia de etapas en el proceso de envejecimiento. De ahí que se establezca que el envejecimiento biológico es <u>diferencial</u> (de órganos y funciones); es <u>multiforme</u>, (se produce a varios niveles: molecular, celular, tisilular y orgánico); y es a su vez <u>estructural</u> y <u>funcional</u>.

Psíquico: Evidencia que existen manifestaciones diferenciadas entre la etapa del envejecimiento y otras, por ejemplo la juventud y la adultez, y sus manifestaciones serán muy evidentes en dos esferas: la <u>cognoscitiva</u>, afectando la manera de pensar y las capacidades, y la <u>psicoafectivas</u>, incidiendo en la personalidad y el afecto. Estas modificaciones no sobrevienen espontáneamente, sino que son el resultado de acontecimientos vitales como el duelo y la jubilación, entre otras no menos importantes. Hechos como estos determinan en gran medida la capacidad de ajuste personal a la edad avanzada.

Social: Comprende los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad. Es cierto que determinadas variables sociales evolucionan con la edad, pero sin seguir la edad cronológica. El ciclo dependencia-independencia que afecta a muchos individuos de edad avanzada es un ejemplo; la dependencia produce efectos distintos según numerosas variables sociales y psicológicas. Según las áreas poblacionales la situación puede ser diversa y diferente, póngase por ejemplo Japón con respecto a Estados Unidos.

Fenomenológico: Conlleva, el envejecimiento como fenómeno en sí, la percepción subjetiva de la propia edad, que el individuo manifiesta honestamente sentir; se refiere al sentimiento de haber cambiado con la edad a la vez que se permanece en lo esencial.

Funcional: Se considera como aspecto decisivo que involucra la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales y constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento.

Comparativo: Se basa en comparaciones con otras etapas; por ejemplo entre sujetos jóvenes y ancianos. Con él se perdería la influencia de la multiplicidad de factores que intervienen tanto en una etapa como en la otra.

Si bien la edad parece el criterio más utilizado, con connotación en múltiples ocasiones de apropiado, para caracterizar el envejecimiento, la determinación de un valor numérico preciso siempre tendrá arbitrariedades. Sobre esto, por ejemplo Bobbio apunta que el umbral de la vejez se ha venido retrasando a lo largo de la historia y Solari señala que la edad de la vejez, autopercibida o socialmente asignada, ha estado aumentando." (Villa, M y Rivadeneira, L., 2000, p.1)

Tradicionalmente, la División de Población de las Naciones Unidas ha fijado la edad umbral en los 60 años; para rescatar la heterogeneidad de este grupo se le subdivide en dos segmentos, con el segundo a partir de los 75 años.

La naturaleza sociodemográfica del envejecimiento de la población estriba en sus raíces sociales, económicas, políticas y culturales. Sus efectos entrañan desafíos a la estructura, las funciones y el desarrollo de las sociedades. Este impacto multifacético del envejecimiento motiva la exploración de sus tendencias y antecedentes más cercanos.

En términos de dimensiones demográficas y de salud, caracterizar el envejecimiento de la población se refiere simplemente al aumento cada vez mayor de la proporción de personas de edad dentro de la estructura de la población general. Este proceso se determina principalmente por la correlación de las tasas de fecundidad (nacimiento) y en segundo lugar, por las tasas de mortalidad (defunción), de modo que las poblaciones con fecundidad elevada tienden a tener proporciones bajas de personas mayores o viceversa. Los demógrafos usan la expresión "transición demográfica" para referirse a un proceso gradual mediante el cual una sociedad pasa de una situación de fecundidad alta/mortalidad alta a una situación de fecundidad baja/mortalidad baja. Esta transición se caracteriza primero por disminuciones en la mortalidad infantil y de la niñez a medida que se erradican las principales enfermedades infecciosas parasitarias, seguida de la disminución de la morbimortalidad adulta y crecimiento consecuente de la expectativa de vida. Esa transición suele asociarse causalmente hoy al mejoramiento de las condiciones sociales de vida, logradas por el progreso económico facilitado por el ejercicio de una voluntad política que lo favorezca.

Los criterios de Villa M. y Rivadeneira L. en términos de definiciones permiten una visión más global del tema al precisar aspectos determinantes: en la primera definición: individuos/colectivo demográfico; envejecimiento/tránsito por la vida/años; población envejecida/colectivo envejecido dentro del conjunto; "El envejecimiento - apuntan - es un proceso que se desarrolla gradualmente entre los individuos y en el colectivo demográfico. Las personas envejecen a medida que en su tránsito por las diversas etapas del ciclo de vida ganan en años; en cambio, una población envejece cada vez que las cohortes de edades mayores aumentan su ponderación dentro del conjunto." (Villa, M y Rivadeneira, L., 2000, p.1) También se formula desde los indicadores determinantes para las valoraciones la dualidad salud-enfermedad, en este caso se abordan relacionadas con incidencias en la población: "En permanente interacción con la inercia inherente a toda composición etárea, la remodelación de la estructura de la población obedece al sentido, fuerza y persistencia de los cambios de las variables demográficas fundamentales: mortalidad, fecundidad y migración. La disminución de la

mortalidad contribuye a que más personas sobrevivan hasta edades avanzadas. Sin embargo, dado que inicialmente esa reducción es más acentuada en la infancia y la niñez, el resultado es un rejuvenecimiento de la población. Sólo después de haberse conseguido progresos importantes en las etapas iniciales de la vida, la reducción de la mortalidad comienza a rendir frutos entre los adultos mayores." (Ibid., p.2)

En consecuencia, en este punto del análisis son de consideración aspectos como la esperanza de vida y la repercusión económica de la población anciana, ambas definidas según las políticas económicas, educacionales y de salud, sin restarle importancia a otras.

Tapia Videla, J. expresa como el crecimiento acelerado de la población senescente en América Latina y el Caribe sorprendió tanto a los políticos como a los administradores de programas sociales. Inicialmente las sociedades de la región (se refiere aquí a América Latina y el Caribe) definen el problema de los ancianos como una cuestión que no compromete la acción directa del Estado. El cuidado del anciano y la satisfacción de sus necesidades en situaciones de crisis o riesgo se definen como responsabilidades propias del individuo o en su defecto de la familia. Agrega en su análisis que en el contexto de la modernización de las sociedades actuales al fenómeno de la edad avanzada se define en términos muy consistentes de retiro o jubilación, por tanto pensiones, seguros sociales, etc. (Tapia, J., 2000, p.21). Otro factor que afecta el envejecimiento es la migración internacional, más asociadas a sujetos jóvenes, cuyas repercusiones dependen de la magnitud y continuidad de las corrientes y del momento histórico en que se producen.

El carácter variable y reversible de las corrientes restringe su papel en la remodelación de las estructuras etáreas de la mayoría de los países. La descripción de los factores del envejecimiento permite indicar que América Latina y el Caribe transitan hacia nuevos escenarios demográficos; tal afirmación, válida para el conjunto regional, no rige por igual a todos los países que la componen. El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía en sus informes ya reconocía que dada la heterogeneidad, se identificaban cuatro grupos de países de acuerdo con el estado de su transición demográfica en el decenio de 1990: (a) *incipiente*, con persistencia de niveles altos de natalidad y mortalidad; (b) *moderada*, con una mortalidad en descenso y una natalidad elevada; (c) *plena*, con una natalidad en declinación y una baja mortalidad; (d) *avanzada*, con tasas de natalidad y mortalidad reducidas. (Villa, M. y Rivadeneira, L., 2000, p.3)

"Durante la segunda mitad del siglo XX el envejecimiento sólo comenzó a insinuarse en la región: tanto las proporciones de los grandes grupos etáreos y sus tasas de crecimiento como los indicadores empleados ponen de relieve que este proceso es fruto de una transición demográfica reciente, por lo que aún no se evidencia en toda su intensidad. En general, y no obstante el rápido crecimiento del grupo de adultos mayores, la población mantiene rasgos juveniles. Las diversas rutas de la transición demográfica dejan su impronta en la polarización que se presenta entre las categorías de transición avanzada y moderada e incipiente. La avanzada reúne países cuyo envejecimiento comenzó hace tiempo (Uruguay y Argentina) y algunos en los que se aceleró fuertemente en años recientes (Cuba y otras naciones insulares del Caribe). Las categorías de transición moderada e incipiente se distinguen porque todavía en el 2000

alrededor del 40% de la población tiene menos de 15 años. A su vez, los indicadores demográficos de la agrupación en plena transición parecen acercarse rápidamente a los que presenta la de transición avanzada." (Ibid., p.3)

En la primera mitad del siglo XXI, la población regional cruzará el umbral de su envejecimiento y se hará madura. Como advirtieron Peláez y Argüello, el proceso se acelerará después del 2000, principalmente a raíz de los cambios previstos en la fecundidad. Tal vez sea oportuno, entonces, y como sugiere Vallin, hacerse a la idea de una sociedad nueva cuyo envejecimiento es ineludible. Sin embargo, en los primeros años del siglo XXI persistirá mucha de la heterogeneidad observada en los decenios anteriores. ((Ibid., p.3)

Otro punto de análisis es la consideración de los factores en juego para la caracterización del envejecimiento. Se asume por esta autora el criterio de Gutiérrez Robledo, L. M. que los determina como factores biológicos, factores genéticos y factores psicosociales. Cuestión que por límites de espacio no es posible explicitar, pero que puede consultarse en Gutiérrez, L. M., 1994, p.4-6)

Todos los criterios evidencian lo imperioso de acercarse al envejecimiento como proceso evolutivo gradual, dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores y una serie de estadios que se gestan, desarrollan y transforman teniendo en cuenta el ser humano. Ello responde al proceso, dialéctico y sumamente complejo, que tiene lugar a lo largo de toda la vida del individuo, en el que este se asume desde su entidad biopsicosocial. Hay que considerar también que en la actualidad aún no tienen respuesta muchas interrogantes sobre cómo se entrelazan estos factores y cómo se lleva a cabo todo el proceso de envejecimiento. En este análisis se asume la distinción entre el envejecimiento de la población y el particular de los individuos, teniendo en cuenta la correlación entre ambos, sin obviar las diferenciaciones.

Como proceso de la vida del ser humano al valorarse el envejecimiento se reflejan y se asumen posiciones que expresan criterios y teorías, lógicamente determinados por las características económicas, políticas y sociales en que se expresen y de quiénes la expresan y que devienen definiciones, a veces coincidentes en algunos puntos de vista y en otros no, lo cual es observable en lo expresado por lo autores referidos. Como definición muy general, en la esfera de la salud, se expresa que envejecer es el conjunto de procesos que contribuyen a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad específica para la edad.

La autora asume el envejecimiento como <u>proceso multifactorial</u>, considerando que el **enfoque** que potencia el proceso **social** destaca como unidad de análisis la sociedad, centra la atención en las características de esta y en la forma en que la sociedad configura similares oportunidades y condiciones de vida para el Adulto Mayor. Otras, de orden más **psicológico**, ahondan en la manera que el individuo enfrenta su proceso de envejecimiento. La combinación de los dos resulta en el **enfoque psicosocial**, que aborda la forma en que los individuos, entendidos como miembros de una categoría social, encaran su envejecimiento dentro de un contexto social que los condiciona. Considerar la vejez como proceso humano y etapa importante de la vida, obliga a enfocar la salud de las personas no solo desde posiciones biológicas, sino también sociales y, dentro de estas, las psicológicas y las espirituales. Determinantes, a su vez, son las políticas del Estado (económicas, educacionales, culturales y de salud). Y en consonancia se adscribe al concepto de Barros, C. "*Proceso individual de adaptación a*

condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio social o de ambos, cuyo carecer dependerá de cómo se encaren y resuelvan los problemas. Aceptar y asumir las pérdidas inevitables permitirá sentirse satisfecho con la vida y no temer a la muerte." (Barros, C., 1994, p.57) entendiendo que está implícito que su autor: a) lo considera proceso, b) admite la individualidad del proceso ante las circunstancias, c) le otorga las condiciones de adaptación a lo cambiante tanto interno como externo, d) justiprecia lo importante de saber encarar y actuar ante los problemas, cuestión definitoria en cualquier etapa de la vida y más aún en una etapa en que hay que saber salir adelante desde las propias fortalezas del individuo.

2.2.- El Síndrome Demencial en el Adulto Mayor.

En los estudios sobre las enfermedades mentales, aparece que ya Hipócrates (460-375 a. e.), el médico más importante de la Antigüedad, considerado el Padre de la Medicina, clasificaba las enfermedades mentales, rechazaba por completo la influencia de los dioses como causa de las mismas e intentaba influir en las actitudes sociales de su tiempo con respecto a estas entidades.

Los disturbios mentales tienen una prevalencia elevada en todos los grupos etáreos, incluso en la edad avanzada. Su presencia en el anciano ejerce un fuerte impacto en su calidad de vida y frecuentemente se asocian a enfermedades sistémicas y a enfermedades localizadas, en especial cuando el cerebro está involucrado y dependen fuertemente del desarrollo de la personalidad a lo largo de la vida y de la problemática social propia del envejecimiento.

Al precisar sus características, el Síndrome Demencial se enmarca como: a) un síndrome clínico, no una entidad patológica específica; b) diversas enfermedades cerebrales pueden ser la causa de demencia, cada una con características neuropsiquiátricas propias; c) así la multiplicidad y la heterogeneidad están implícitas en el concepto de demencia d) es un desorden mental con declinación de múltiples funciones cognitivas, a partir de un nivel intelectual anterior, con conciencia clara; es el resultado de lesiones cerebrales (Tavares, Almir R. 1994, p.172-179) es, en su especificación demencia senil, la forma clínica de deterioro intelectual del anciano. McHugh y Folstein definen la demencia como un desorden mental con declinación de múltiples funciones cognitivas, a partir de un nivel intelectual anterior, con conciencia clara. (Citado por: Tavares, A.: 1994, p.172)

El curso de una demencia depende de la enfermedad subyacente, que puede avanzar, estabilizarse o remitir. En una buena parte de las personas la demencia presenta aspectos irreversibles. Muy frecuentemente, las depresiones en el anciano producen cuadros clínicos bastante semejantes a los de las demencias, lo que al solaparse pueden dar lugar clínicamente a diagnósticos presuntivos errados. Es consenso en el estado del arte que de 5 a 10% de las personas de más de 65 años y de 20% a 30% de las demás de 85 años, presentan demencias.

En el Proyecto Bañeres, Alcoi, (1993) realizado en Madrid, Navarra y Zaragoza sobre la epidemiología del Síndrome Demencial, se señala que están presentes dos problemas destacables: 1) *Las* dificultades en el diagnóstico de los pacientes y de su tipo y la inexistencia de marcadores biológicos de la enfermedad y de pruebas paraclínicas específicas. Esto hace que para ser diagnosticada la

enfermedad se utilicen criterios de probabilidad que no son universalmente aceptados.

2) El reclutamiento de los pacientes solo puede ser realizado mediante estudios de campo porque su cuadro clínico generalmente no obliga a su evaluación en los primeros estadios de la enfermedad.

Se agrega un tercer aspecto, considerado por otros autores como adicional y que se halla en discusión, referido a indicadores educativos. Se expone que la cuestión está enmarcada en si un mayor nivel educativo podría conferir una protección frente a la demencia o, por el contrario, si deberían establecerse evaluaciones neuropsicológicas específicas para cada nivel educativo. (Matías-Guiu, J.1998, p.111-114)

2.2.1 La prevalencia de las demencias ha sido estimada tanto de manera global como según su gravedad. Póngase por ejemplo que en la Enfermedad de Alzheimer se calcula que existe una prevalencia anual, a nivel mundial, entre 18 y 22 millones de personas afectadas. Estados Unidos, en la actualidad, presenta unos 4 millones de enfermos. (Llibre, J. 2002, p. 24) Constituye la tercera enfermedad en costos sociales y económicos, superada solo por la Cardiopatía Isquémica y el cáncer, y la cuarta causa de muerte en los países industrializados. Su prevalencia se ha estimado en el 1% a los 60 años y se duplica cada cinco años hasta alcanzar un 30-50 % a los 85 años. La prevalencia media es entre el 3 y el 15 %. La incidencia anual es entre el 0,3 y 0,7 % a nivel mundial. Sola o en combinación con otras enfermedades produce el 70 % de todas las demencias. Entre el 10 y 15 % de los pacientes corresponden a la forma familiar de la EA. (Cabrera, J. y otros, 2000, p.54-60). La velocidad con que avanza, al igual que todos los componentes del Síndrome Demencial, varía de un caso a otro. A partir del momento en que se manifiestan los síntomas, el intervalo de vida oscila desde los 3 años hasta los 20 o más, dejando eventualmente a la víctima incapacitada para ocuparse de sí misma. La esperanza de vida está entre 5 y 10 años, aunque en la actualidad muchos pacientes pueden sobrevivir 15 años o más atendiendo a condiciones buenas de vida y al tratamiento médico.

La pérdida de la productividad ocupacional, en los casos de inicio temprano de las enfermedades demenciales, y su costo humano, demandan estrategias actuales en el diagnóstico precoz y en la búsqueda de predicciones de la enfermedad, que permitan el abordaje terapéutico.

2.3.- Estrategia investigativa para determinar la prevalencia del Síndrome Demencial en un Consultorio Médico como momento de la fase diagnóstica (reseña)

La investigación, en su parte clínica, se diriió a reforzar un modelo de diagnóstico que sustente el enriquecimiento curricular aplicado a la labor asistencial e investigativa del MGI, así como a su preparación y entrenamiento. Es imprescindible mostrarlo, por cuanto le otorga a la propuesta de Estrategia de Capacitación que la Tesis ofrece, su contenido de base.

No es siquiera pensable proponer, en las condiciones actuales de desarrollo de las Ciencias Pedagógicas en Cuba, desde posiciones exclusivamente didáctico-generales, una Estrategia referida a un contexto didáctico-especial.

En consecuencia, se utilizó un universo de 100 ancianos de 60 años y más que constituía el 100% de la población de la Tercera Edad perteneciente al Consultorio No. 72 del Policlínico Milanés, municipio Matanzas (n=100). La participación de los enfermos contó con el consentimiento de estos y/o la de sus familiares según el estado mental del paciente, según documento establecido. Se aplicó como técnica fundamental la entrevista directa a los pacientes y en casos necesarios se utilizaron a los familiares en condición de informantes.

El análisis epidemiológico descriptivo se realizó puerta-puerta sobre la muestra total con identificación de los pacientes posibles a través de un cuestionario de "screenig", examen físico exhaustivo y además el estudio neuropsicológico de los pacientes identificados. Se aplicaron los instrumentos siguientes:

- 1.- Guía de entrevista de datos sociodemográficos.
- El Miniexamen del estado mental de Folstein (Mini-Mental State Examination).
- Test del dibujo del reloj (TDR) (clock drawing test-cdt).
- 4.- Escala de deterioro global para evaluar la alteración cognoscitiva edaddependiente y de la Enfermedad de Alzheimer Probable.
- 5.- Escala del comportamiento en la demencia Blessed (BDS).
- 6.- Escala de depresión geriátrica (Yesavage).
- 7.- Criterios diagnósticos de la Sociedad Americana de Psiquiatría para el Síndrome Demencial DSM IV.
- 8.- La Escala Isquémica de Hachinski
- 9.- Criterios del Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos, de la Comunicación y de Accidentes Vasculares Cerebrales y la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Conexos (NINCDS- ADRDA)
- 10.- Los criterios de NINDS-AIREN.

En el proceso de diagnóstico se confirmó la presencia de pacientes con <u>Deterioro</u> <u>Cognoscitivo</u> por lo que se refiere las vías de confirmación siguiendo los estudios de Pérez V. (Pérez V., 2005, p.2)

2.3.1.- Resultados del diagnóstico del Síndrome Demencial en el Consultorio Médico No. 72, municipio de Matanzas.

La prevalencia del Síndrome Demencial según la muestra fue de un 4% por los 100 ancianos.

En cuanto a la <u>Edad - Síndrome Demencial</u> se observa que la prevalencia estimada para el grupo de 60 – 69 y 70-79 es cero, no hubo casos. En el grupo de 80 – 89 fue el 5% y para 90 años y más fue del 75%. Al realizar el análisis en relación con la edad se observa que generalmente se incrementa en la medida que aumenta la edad. La relación <u>Sexo – Síndrome Demencial</u>, se comportó superior: el sexo masculino 6.25%; con el respecto al femenino 2.94%. Este comportamiento no es el más usual.

El <u>nivel escolar</u>bajo, (analfabeto, primaria, no terminado; primaria terminada) estuvo presente en el Síndrome Demencial. El porciento mayor se encontró en los

gerontes dementes con nivel de primario terminado con el 8.82% y el 9.09% correspondió al nivel de primaria sin terminar.

La <u>viudez</u> representó el porciento mayor, 9.37%, en relación con el Síndrome Demencial. Los casados representaron el 2.04%. Se observa que se presenta una marcada diferencia en la aparición del Síndrome Demencial con respecto a presentar pareja o no.

Dentro del Síndrome Demencial, la Demencia tipo Alzheimer Probable y la Demencia Vascular Posible se comportaron de igual forma, 50%. En la Demencia Mixta no se reportó ningún caso. Estos resultados no coinciden con los estudios ya mencionados, en los cuales la prevalencia mayor se radica en la Demencia tipo Alzheimer Probable.

En cuanto a los grupos de edades, la Demencia Tipo Alzheimer Probable presentó un caso en el grupo etáreo de 80 – 89 años y un caso de 90 años y más. En la Demencia Vascular Posible se detectaron dos casos en el grupo de 90 años y más. Esto demuestra que ambos tipos de demencia aumentan con la edad.

En el comportamiento <u>Sexo – Alzheimer, Sexo – Vascular</u> la prevalencia fue de 50% para ambos. Con respecto a la Demencia Alzheimer Probable el sexo masculino predominó sobre el femenino. En la Demencia Vascular Posible el predominio fue el femenino. Esto no está en correspondencia con los estudios internacionales que plantean que la Demencia de Alzheimer Probable es más frecuente en las mujeres y en la Demencia Vascular Posible es más frecuente en los hombres.

En la distribución de los ancianos según tipo de demencia y escolaridad la Demencia de Alzheimer Probable presentó una prevalencia de 5.88 % en la Primaria terminada y la Demencia Vascular Posible, un 9.09 % en la Primaria sin terminar y un 2.94 % en la Primaria terminada.

La mayor prevalencia del Síndrome Demencial con respecto al vínculo conyugal se mostró en los ancianos viudos, en Demencia de Alzheimer Probable, a un 3.12 % y en la Demencia Vascular Posible de un 6.25 %.

2.4.- Estrategia de Capacitación para la preparación del especialista en Medicina General integral para la atención al Síndrome Demencial desde el nivel primario de Salud (APS)

2.4.1- Concepción del término estrategia

El término es de origen griego. Etimológicamente estrategeia denomina al strategos como sujeto y al arte del general en la guerra, procede de la fusión de dos palabras: stratos (ejército) y agein (conducir, guiar). La palabra griega equivalente a la semántica actual de "estrategia" probablemente se derive mejor de Strategike episteme (la visión del general) o de strategon sophia (la sabiduría del general). Otro término muy relacionado sería strategemata, que se refiere al uso de la strategema (estratagema) o trampas de guerra. El diccionario Larousse define estrategia como el arte de dirigir operaciones militares, habilidad para dirigir. Se confirma en esta definición la referencia a su surgimiento en el campo militar.

Como sinónimos refiere: destreza, maestría, maña, pericia, habilidad, así como táctica, maniobra. (Larousse, 1998)

En el campo de la guerra, se define mediante su diferenciación de la táctica. Se considera que la estrategia es el uso del encuentro (combate) para alcanzar el objetivo de la guerra y la táctica es el uso de las fuerzas militares en el combate.

En el ámbito empresarial, aun cuando es una ciencia incipiente y tiende a ser prescriptiva, normativa, y de hecho a convertirse en administrativa, predecible, cuantificable y controlable, tiene una lógica paradójica, es un fenómeno objetivo en el cual las condiciones surgen, las quieran o no sus participantes, se den cuenta o no de sus alcances. En este campo, las circunstancias se juntan, se pueden volver en contra, hoy pueden ser favorables pero mañana pueden haberse convertido en amenazas. Lo que maneja la estrategia son discontinuidades potenciales que podrían plantear amenazas o presentar oportunidades para las empresas.

El concepto de estrategia en el año 1944 es introducido en el campo económico y académico por Von Newman y Morgerstern con la teoría de los juegos, en ambos casos la idea básica es la competición. En sus definiciones los economistas se acercaban inicialmente al término como el conjunto de relaciones entre el medio ambiente interno y externo de la empresa; un conjunto de objetivos y políticas para lograr objetivos amplios; la dialéctica de la empresa con su entorno; una forma de conquistar el mercado; la declaración de la forma en que los objetivos serán alcanzados, subordinándose a los mismos y en la medida en que ayuden a alcanzarse; la mejor forma de insertar la organización a su entorno. (GEPSEA, 2005)

Halten K. economista, define estrategia desde su esfera pero con caracteres muy generales al considerarla como proceso a través del cual una organización formula objetivos, y está dirigido a la obtención de los mismos. Estrategia es el medio, la vía, es el cómo para la obtención de los objetivos de la organización. Es el arte (maña) de entremezclar el análisis interno y la sabiduría utilizada por los dirigentes para crear valores de los recursos y habilidades que ellos controlan. Para diseñar una estrategia exitosa hay dos claves; hacer lo que hago bien y escoger los competidores que puedo derrotar. Análisis y acción están integrados en la dirección estratégica. (GEPSEA, 2005)

En otros aspectos para los economistas son importantes las fortalezas, así como los aspectos de dirección estratégica que se tienen para llevar adelante cualquier empeño en este campo. Es significativo el concepto de fortalezas, a juicio de la autora es importante tenerlo en cuenta al definir cualquier propósito, y de hecho la estrategia.

Relacionados con capacidad para el desempeño, resultante de la adquisición de conocimientos, hay diversas definiciones de estrategia: "Las estrategias son instrumentos de la actividad cognoscitiva que permiten al sujeto determinada forma de actuar sobre el mundo, de transformar objetos y situaciones." (Labarrere, A. 1988) "Las estrategias apuntan al uso deliberado y planificado de una secuencia compuesta por acciones o procedimientos, dirigida a alcanzar una meta establecida". (Pozo, J. 1988) "Las estrategias constituyen un plan deliberadamente diseñado con el objetivo de alcanzar una meta determinada, a través de un conjunto de acciones, que se ejecutan de manera controlada" (Castellanos, D. 2002) "Las estrategias son una manera de planificar y dirigir las acciones para alcanzar determinados objetivos." (Armas, N. 2003) (En: Tarifa, L. 2005)

Los estudios sobre estrategias de aprendizaje constituyen hoy una de las líneas de investigación más fructíferas desarrollada a lo largo de los últimos años dentro del ámbito del aprendizaje escolar y de los factores que inciden en el mismo. (2)

Siguiendo a Beltrán, J. se precisa que las estrategias tienen un carácter intencional; implican, por tanto, un plan de acción, frente a la técnica, que es marcadamente mecánica y rutinaria. (Beltrán, J., 1996)

Pueden deducirse características aplicables a la Estrategia de Capacitación que se propone: permite la configuración de acuerdo con el paradigma seleccionado, por tanto constituyen una guía para acciones deliberadamente planificadas; su aplicación no es automática, sino controlada y su ejecución permitirá el alcance de los objetivos propuestos; requiere de evaluación; está relacionada con la metacognición o conocimiento sobre los propios procesos mentales; implica un uso selectivo de los propios recursos y capacidades disponibles; está constituida de otros elementos más simples, que son las técnicas o tácticas de aprendizaje y las destrezas o habilidades. De hecho, el uso eficaz de una estrategia depende en buena medida de las técnicas que la componen.

Diríase que le son imprescindibles: los **objetivos** bien trazados, **las acciones** bien planificadas, y la posibilidad de que el sujeto asuma una determinada forma de actuar, de transformar objetos y situaciones.

En relación con la estrategia y su aporte a la investigación se asumen en esta Tesis dos criterios. Uno el de Barreras, F. "El más complejo de los aportes prácticos es la estrategia; que tiene como propósito fundamental, la proyección del proceso de transformación del objeto de estudio desde un estado real hasta un estado deseado, que condiciona todo el sistema de actividades y recursos a emplear para alcanzar los objetivos del máximo nivel." (Barreras, F., 2004) El otro, los fundamentos de la investigación dentro de la APS.

No pretende la autora considerar la propuesta de Estrategia de Capacitación como problema o proceso complejo, sino reconocerlo en su carácter multidisciplinario y que dentro de la multidisciplinariedad está lo asistencial, campo de las Ciencias Médicas, y lo docente, campo de las Ciencias Pedagógicas, en un contexto determinado por la APS. Para Barreras, F., es imprescindible el carácter práctico, la proyección de un proceso que implica transformación de lo estudiado, el punto de partida que lo constituye el estado real y el punto diríamos final que es el estado deseado. Esto como condicionante de las actividades y recursos y la finalidad de alcanzar los objetivos al máximo nivel. En el plano investigativo precisa que se requiere "tener claridad en el estado deseado que se quiere lograr y convertirlo en metas, logros, objetivos a largo, mediano y corto plazo y después planificar y dirigir las actividades para lograrlo; se vencen así dificultades con una optimización de tiempo y recursos. Generalmente implica una constante toma de decisiones, de elaboración y reelaboración de las acciones de los sujetos implicados en un contexto determinado. Así se obtiene un sistema de conocimientos, que opera como un instrumento, y permite a los sujetos interesados determinada forma de actuar sobre el mundo, de transformar los objetos y situaciones que estudia." (Barreras, F. 2004)

2.4.2.- Bases teóricas de la Estrategia de Capacitación para la preparación del especialista en Medicina General integral para la atención al Síndrome Demencial desde las APS.

- 1. El Enfoque Histórico Cultural.
- 2. La Atención Primaria de Salud cubana.
- 3. El Trabajo Comunitario desde la perspectiva de la Educación Popular.
- 4. La Educación Permanente como estrategia de la educación cubana actual.

El paradigma del Enfoque Histórico Cultural, representado por L. S. Vigostky y sus continuadores que constituye una alternativa posible para guiar el proceso docente educativo actual; sirve de fundamento a la concepción de la Estrategia Asistencial por cuanto coloca, en este caso, al especialista en Medicina General Integral, como sujeto aprendiz, en el centro de atención, no solo de las tareas de aprendizaje de cada una de las técnicas para realizar el diagnóstico del Síndrome Demencial y posteriormente el proceder asistencial para su atención, lo que hace posible su actividad de aprendizaje de forma activa, consciente y orientada hacia un objetivo. Avala, a su vez potenciar el intercambio entre sujetos: paciente médico - enfermera, y en algunos casos cuidador del paciente, y entre especialistas diversos, por cuanto el tratamiento de este tipo de paciente lo requiere. Ubica la actividad cognoscitiva en diversos medios y en condiciones socio históricas determinadas y diferentes (consultorio, casa del paciente, hospitales, si es necesario, Casa del Abuelo, etc.). Prevé como resultado principal las transformaciones del sujeto, lo que en este caso deviene en una preparación mayor y mejor del Médico de la Familia, especialista de Medicina General Integral de primer grado.

De suma importancia en esta tendencia pedagógica, para asimilar el concepto y las acciones de Estrategia Asistencial, es la comprensión del concepto de zona de desarrollo próximo, la que se define como la distancia entre el nivel de desarrollo determinado por la capacidad de resolver un problema y el nivel de desarrollo potencial determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero capaz. (CEPES, 1995). Asimilar este concepto conduce la enseñanza aprendizaje y a su vez aplicación, a lo que potencialmente puede lograr el especialista en su vínculo e interacción en la institución (consultorio), en la clase, con diferentes especialistas y otros residentes, con los diferentes tipos de actividades desarrolladas en el proceso asistencial. Su encargo social de contribuir al proceso de transformación social y personal, contribuye a que sea un sustento básico en la concepción de la estrategia.

El consultorio deviene en institución idónea, no solo de salud sino de educación, de ahí que se valorará como parte integrante del entorno social y por tanto, como elemento fundamental en el proceso de transformación de cada paciente, como individuo y como parte de la comunidad. Constituirá objetivo garantizar una atención que si bien en ocasiones no pueda eliminar el problema logre enlentecerlo e incorporar al paciente para que participe de la vida familiar y social a tenor de sus dificultades.

El médico será no solo el que diagnostica y atiende, según su encargo social, sino un orientador y guía con el fin de potenciar las posibilidades del paciente; ha de convertir en realidad las potencialidades de su zona de desarrollo próximo. Se

suma que aprenderá aprendiendo. Debe tener competencia profesional, edificante calidad humana y capacidad para lograr un buen clima entre todos los participantes del proceso tanto de diagnostico como de atención.

En el proceso que se desarrolla que de un lado es de instrucción educación (el que aprende las técnicas en la medida que las aplica) y de otro asistencial (médico – paciente) se basará en actividades conjuntas y en relaciones de cooperación entre ambos, aspecto en el que serán de suma importancia seguir los preceptos de la ética médica cubana.

Al decidir como fundamento el Enfoque Histórico—Cultural se valoró como es consecuente con los preceptos de la Filosofía marxista leninista. Por tanto, se toma como sustento básico teórico, por cuanto constituye base metodológica que rige el sistema social cubano desde posiciones dialéctico materialistas. Esta posición permite asumir una concepción científica ante el problema objeto de investigación, los hechos y fenómenos que lo conforman, su historia en relación con el contexto que le correspondió a cada momento pudiendo descubrir mediante el diagnóstico y el análisis las causas y comprender que el trabajo de atención médica, tanto la preventiva que es la más importante, como la curativa, está condicionado por las relaciones sociales, que en este caso se materialización en médico paciente. Se asume de la teoría del conocimiento de Lenin, V. I. "de la contemplación viva al pensamiento abstracto y de este a la práctica" y los principios sobre la solución materialista del problema fundamental: la cognoscibilidad del mundo, el enfoque dialéctico del proceso cognoscitivo y el de la práctica.

La estrategia asistencial parte de un diagnóstico sobre una realidad objetiva del proceso de salud de un Consultorio de Familia, comparado con otras investigaciones sobre la misma problemática tanto nacional como provincial y municipal, sin excluir referencias al estado del problema en otras esferas poblacionales y pretende su transformación. Todo lo cual es base para el Enfoque Histórico Cultural.

La Atención Primaria de Salud cubana.

La APS es parte integrante y el primer elemento del proceso permanente de atención sanitaria en el sistema nacional cubano de salud. Es un eje central del sistema prestador de servicios de salud. Su impacto se mide por la solución de más del 80% de los problemas de salud de las personas las familias y la comunidad. La APS es una megatendencia mundial de los sistemas de salud, considerada como la estrategia global para alcanzar la meta de Salud para Todos y por Todos. (Sánchez et al., 2001)

La Organización Mundial de Salud (OMS), en 1978, en la Conferencia de Alma Atá, definió la APS como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Está dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos y propios de cada comunidad y que deben ser abordadas a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Representa el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema de salud y lleva lo más cerca

posible la Atención Médica a los lugares donde las personas residen o trabajan. Constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria." (En Mestre, 2006: 8).

Para Cuba, la implantación y desarrollo de la APS constituye una prioridad, como manifestación de la atención integral de la salud que combina una forma de identificar y reconocer los problemas y necesidades básicas de la población y una estrategia para organizar la acción o conjunto de acciones necesarias para lograr la solución de los problemas. En la década de los años 70, el policlínico integral se transforma en policlínico comunitario, y orienta sus programas a la promoción de salud de las personas, la familia y la comunidad, al control y prevención de enfermedades y factores de riesgo. Fortalecido en los años 80, el Sistema Nacional de Salud, en 1983, ya había cumplido las metas de Salud para Todos, acordadas en Alma Atá para el año 2000. En Cuba este precepto se materializa en el Programa de Medicina Familiar.

Las formas y vías de la docencia en la Atención Primaria de Salud en Cuba se inician en la década del 70, en unidades que respondían al modelo de atención de Medicina Comunitaria. Jardines J. B., funcionario entonces del MINSAP, en 1995, expresó: (...) "La APS debe convertirse en el principal espacio de formación y desarrollo de los recursos humanos en Salud en la medida en que se fortalece como piedra angular del sistema y se eleva el prestigio y autoridad científico moral con un especialista de campo amplio..." (En: Estupiñán, 2004, p. 14)

La docencia médica en la Atención Primaria de Salud hace realidad uno de las fortalezas de la educación cubana: el vínculo estudio trabajo. Se evidencia la presencia de la primera ley de la Didáctica: Relaciones del proceso docente-educativo con el contexto social. "La institución docente y el proceso que en la misma se desarrolla existen para satisfacer la necesidad de la formación de los ciudadanos de una sociedad: el encargo social" (Álvarez de Zayas, C.:24) Puede decirse también que como consecuencia de esta primera ley cada unidad organizativa del proceso docente-educativo, como sistema, debe preparar al estudiante para enfrentarse a un tipo de problemas y resolverlos: segunda ley de la Didáctica que se expresa en las relaciones entre los componentes del proceso docente-educativo. (Álvarez de Zayas, C.:25)

Es importante destacar que entre las directrices generales del Ministerio de Salud Pública para incrementar la salud de la población cubana se encuentra desarrollar las investigaciones para lograr productos que beneficien la atención médica y eventualmente su exportación conocimientos que mejoren la calidad y la eficiencia del Sistema Nacional de Salud, en lo relativo a la promoción de salud, prevención de enfermedades y daños, recuperación de la salud y rehabilitación integral. En este segundo aspecto se señalan entre otros la calidad de vida y las enfermedades no trasmisibles donde se inserta este proyecto. La directriz abre el campo investigativo en esta rama y eleva la participación del médico y la enfermera familiar dentro del rol importante de la Atención Primaria de Salud, que ofrece un soporte ineludible para la docencia y la investigación por cuanto sus bases, estrategias y formas, vías y contexto, donde se desarrolla, se convierte en forma básica, para hacer y aprender.

El Programa de Atención Integral al Adulto Mayor en el trabajo del Médico General Integra desde las APS. El MINSAP tiene como objetivo básico elevar el nivel de salud de la población con proyecciones y estrategias encaminadas a fortalecer, junto a variados objetivos, el enfoque de la atención primaria. Refleja su accionar en programas básicos: Programa Materno Infantil, de Prevención y Control de las Enfermedades Trasmisibles, de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles y el de Atención Integral a la Familia.

El Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, como parte de Programa de Atención Integral a la Familia, contempla como propósitos básicos *promover* un envejecimiento saludable y una vejez satisfactoria; atender oportunamente el estado de fragilidad y necesidad entre personas mayores. En este segundo objetivo se contempla la prevención y control de la discapacidad en la población; el retraso mental y la salud mental (conducta suicida, reambulantes). Se subdivide en tres subprogramas: *atención comunitaria, atención institucional* y *atención hospitalaria*. Por los intereses de este trabajo se explicita sobre el subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor.

Este subprograma, auspiciado por la Dirección Nacional de Asistencia al Adulto Mayor, contribuye a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del Adulto Mayor, mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación. Prevé que los protagonistas sean la familia, la comunidad y el propio Adulto Mayor en la búsqueda de soluciones y transformaciones de sus problemas. También trabaja por la creación de una modalidad de atención gerontológica comunitaria que contribuya a resolver necesidades socioeconómicas, psicológicas y biomédicas de los ancianos a este nivel y vacunar a todos los ancianos de acuerdo con el Sistema Nacional de Inmunización.

En su ejecución tiene límites <u>de espacio</u>, ya que abarca todo el país y es aplicado en todas las unidades sociales de atención primaria que brindan atención gerontogeriátrica; <u>de tiempo</u>, por cuanto anualmente se reajusta al programa que comenzó a aplicarse en el 1er semestre de 1997; y <u>de universo de trabajo</u> porque incluye a toda la población mayor de 60 años residente en la comunidad.

En correspondencia con sus objetivos se cumplen diversas actividades que propenden a la incorporación de los ancianos al Círculo de Abuelos, a la práctica del ejercicio físico sistemático, actividades culturales y sociales; al desarrollo de actividades educativas destinadas a cambiar la imagen que tiene el anciano de sí mismo y de la sociedad; al fomento de estilos de vida más sanos, tales como evitar el alcoholismo, el sedentarismo, entre otras; a la garantía de la atención periódica y sistemática en el Consultorio, en el hogar, en el Círculo y Casa de Abuelos, en el centro de trabajo y en los policlínicos.

El Programa Integral de Atención al Adulto Mayor define como indicadores para el Médico de Familia, que en el diagnóstico de salud se incluya el análisis del estado de salud del Adulto Mayor, dirigido a mortalidad, morbilidad y autovalidismo (nivel funcional) y el % de adultos mayores incorporados al Círculo de Abuelos. La proyección de las actividades está regida por los siete objetivos que comprende el Programa. Este Programa promueve:

 Mejorar la salud de la población de 60 años y más, aumento de la vida activa, mediante el tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador de este grupo. Crear una modalidad de atención gerontológica comunitaria que contribuya a resolver necesidades socio - económicas, psicológicas y biomédicas de los ancianos a este nivel.

Los objetivos de alcance general, se desglosan en siete objetivos específicos, los cuales definen las líneas y metas de atención a Adulto Mayor que posibilitan la inserción de este estudio y su propuesta. De esos siete, los siguientes son los que de manera más directa se relacionan con el objeto de estudio de la presente investigación:

Objetivo 2: Promover o retardar la aparición de enfermedades o discapacidades en los adultos mayores.

Objetivo 3: Garantizar la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz a este grupo de edad.

Objetivo 6: Desarrollar la formación y la capacitación de los recursos humanos especializados y los propios de la comunidad, que garanticen la calidad de las vías no formales de atención y de la integración activa de estas a la comunidad.

<u>Objetivo 7</u>: Desarrollar investigaciones que identifiquen morbilidad, mortalidad letalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras.

Se evidencia que el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, posibilita la inserción de la atención al Síndrome Demencial. Se trata de trabajar en la proyección y realización de acciones que contribuyan a ello. Por lo tanto, la realidad del Síndrome Demencial no puede obviarse en el trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, sino que hay que asumirla, desde su diagnóstico hasta su seguimiento, sin lógicamente sustituir o limitar el papel de los especialistas en Geriatría, Neurología y otros que deben atender esta dolencia.

El punto más determinante para la inclusión de la atención a este Síndrome es la presencia de gerontes en la comunidad, y más incidente aún es la realidad del crecimiento de este grupo etáreo, y la responsabilidad de cumplimentar el objetivo esencial del Programa - mejorar la salud y aumentar la vida activa de la población de 60 años y más, mediante el tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador. Por tanto, es necesario que el especialista en MGI esté preparado para brindar la atención requerida a los ancianos que padecen del Síndrome Demencial, así como la enfermera que labora junto al médico, el cuidador del paciente y otros familiares o personas cercanas.

No obstante lo anterior, en el trabajo actual no se le otorga la prioridad requerida a esa atención, lo que depende en primera instancia de la falta de preparación para el desempeño del MGI en la atención a pacientes con este Síndrome. No obvia la autora, en este planteamiento, que el proceder para el diagnóstico no es enteramente fácil y que conlleva tiempo y esfuerzos, dentro de un trabajo donde en la mayor parte de las ocasiones falta tiempo y se está inmerso en buen cúmulo de tareas asistenciales, docentes y administrativas. En consecuencia, las carencias curricular-epistémicas de los especialistas en MGI respecto a las demencias, en general y, al Síndrome, en particular, existen y necesitan paliarse, teniendo en cuenta que:

- 1. La APS es donde se presume que se diagnostiquen primero, en un modelo de salud pública como el cubano.
- 2. La expectativa de vida en Cuba crece.

3. La frecuencia estocástica de morbimortalidad en este tipo de padecimientos crece en flecha y directamente proporcional a la edad del sujeto.

Se define por la autora como Adulto Mayor a una persona mayor de 60 años que evidencia un proceso evolutivo gradual, dinámico e irreversible en el que han concurrido diferentes factores, está expuesto a múltiples riesgos que se han gestado, desarrollado y trasformado a partir de constituir un ser humano, que ha respondido al proceso dialéctico y complejo, acaecido durante toda su vida y que se asume desde la entidad biosicosocial que es, buscando la calidad de vida dentro de su grupo etáreo, su entorno familiar y de la comunidad. (Citado por: Mestre, V. A., 2003, p. 6)

El Trabajo Comunitario desde la perspectiva de la Educación Popular se aviene plenamente a los objetivos y las características del contexto sociocultural en que el Médico de la Familia desarrolla su trabajo. Trabajo Comunitario "No es sólo trabajo para la comunidad, ni en la comunidad, ni siquiera con la comunidad; es un proceso de transformaciones desde la comunidad: soñado, planificado, conducido, ejecutado y evaluado por la propia comunidad." (González, N., 2002, p.10) Se explicita que en el mundo actual se desarrollan prácticas de trabajo en las comunidades y Cuba no está exenta de ello.

Es objetivo del trabajo comunitario dar solución a múltiples problemas que las condiciones sociales hoy imponen. Debe ser visto como un sistema integral donde a través de procesos socio – educativos, todos los beneficiarios se impliquen como protagonistas investigadores de su propia realidad y autogestores en la consecución de sus sueños (objetivos). (González, N., 2002, p. 10-12)

El Trabajo Comunitario, desde la Educación Popular, implica alejarse de métodos tradicionales, formales, es insertarse en una concepción metodológica que con su conjunto de principios y estrategias ayuden a articular de forma coherente los objetivos, contenidos y procedimientos de un determinado trabajo.

Esta autora toma también como referencia los momentos, que devienen en actividades estratégicas (Barreras, F., 2004):: diagnóstico de la situación actual: indica el estado real del objeto y evidencia el problema en torno al cual gira y se desarrolla la estrategia; descripción del estado deseado: se expresa a través del planteamiento de objetivos y metas a alcanzar en determinados plazos de tiempo. Los objetivos pueden formularse en generales y específicos; planeación estratégica: definición de actividades y acciones que respondan a los objetivos trazados y a las entidades responsables. Se realiza una planificación por etapas de las acciones, recursos, medios y métodos que corresponden a estos objetivos; instrumentación: explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, participantes, responsables, etc; evaluación: prever los indicadores e instrumentos para medir y valorar los resultados, definir los logros y los obstáculos que se han ido venciendo, valoración de la aproximación lograda al estado deseado.

El Trabajo Comunitario desde la Educación Popular organiza sus estrategias en siete fases: acercamiento, diagnóstico, identificación y análisis del problema, planeación y planificación, gestión y ejecución, evaluación y sistematización. (Puede consultarse la Tesis de Mestres V. 2006, donde se explicitan estas fases.

La Educación Permanente como estrategia de la educación cubana actual. Una de las vías necesarias para enfrentar los retos actuales para la formación integral de un individuo, lo constituye la transformación de las instituciones educativas de la educación superior en centros de educación permanente, lo que implica el cambio de su organización y métodos de trabajo. Esto no ha de entenderse solo para los cursos de pregrado sino para las ofertas de superación postgraduada.

La <u>Estrategia de Capacitación</u> incide y materializa la formación permanente, (formación posterior al titulo universitario) del especialista en Medicina General Integral a que está convocado todo graduado universitario, vinculándose al desarrollo profesional y personal y a la cultura del aprendizaje.

La educación permanente posibilita: <u>aprender a conocer</u> (proceso infinito que requiere sobre todo, estrategia de aprendizaje, búsqueda de información, solución de problemas); <u>aprender a hacer</u>, aprendizaje para el cambio, la iniciativa, la innovación; es el vinculo de la teoría con la practica; <u>aprender a ser</u>, existir en correspondencia con los principios fundamentales de una ética humana; <u>aprender a vivir juntos</u> y <u>aprender a vivir con los demás</u>, emana no solo del carácter social del hombre, sino de las peculiaridades del trabajo profesional actual, la habilidad de comunicarse con las personas; <u>aprender a desaprender</u> dejar en el cajón de lo obsoleto aquello que sirvió y ya no es válido, a lo que conviene agregar, no con un sentido nihilista, sino con poder de la dialéctica, de superación necesaria de momentos anteriores para responder a las nuevas exigencias.

Estos postulados están presentes al modelar la propuesta, además, encauzan las formas de aprender del graduado que en su actividad de estudio vinculado a la práctica médica crea condiciones para seguir estudiando, para seguir perfeccionándose; diríase que posibilitar la educación permanente no es una meta en nuestro país, es una tarea concreta del proyecto revolucionario, al cual están convocadas todas las instituciones de nivel superior.

El diseño de la estrategia presenta dos partes:

- a) **Aspectos generales**: fundamentación teórica, modalidad, objetivos generales, formas de organización docente, evaluación, responsable, participantes.
- b) **Descripción de cada fase**: la identificación de la fase, visión metodológica, número de encuentros, objetivos, actividades, invitados si corresponde.

La forma de organización básica es la clase encuentro y taller (grupo taller), concebido para cada actividad tanto docente como asistencial e investigativa. Se vincula en cada actividad la teoría a la práctica y se utiliza el diálogo como procedimiento básico. Las técnicas participativas grupales son muy estimadas para el trabajo con el grupo.

Las acciones se definen en correspondencia con cada fase y sus dimensiones. Conlleva la proyección de un Plan de Acción que es coincidente con la planeación estratégica definida por Barreras, F. (Barreras, F., 2004)

La evaluación se prevé en dos dimensiones fundamentales: la autoevaluación y la coeducación.

Es significativo el uso del tiempo para las actividades así como el calendario que dependerá no solo de las actividades a realizar en cada fase en su carácter formal de encuentro, sino el adiestramiento que se aprenderá, se pondrá en práctica y se sistematizará en la parte del diagnóstico a los pacientes del Síndrome Demencial.

2.4.3.-Estrategia de Capacitación

"No hay cambios sin sueño, como no hay sueño si esperanza." Paulo Freire

A) Aspectos generales de la estrategia.

Objetivos:

- Contribuir al logro de una mejor preparación y desempeño del especialista en Medicina General Integral en la atención al Síndrome Demencial en el Adulto Mayor.
- 2. Apropiarse de una concepción y metodología asistencial, participativa, educativa que fortalezca las acciones del programa de trabajo del Médico de la Familia para atender pacientes con Síndrome Demencial.
- 3. Asumir, desde dimensiones asistenciales y educativas, la importancia de la atención al Síndrome Demencial como una necesidad, del paciente enfermo, de la familia y de la comunidad.

<u>Modalidad</u>: Etapas o fases. Se utiliza la terminología fase en correspondencia a la línea del Trabajo Comunitario.

Tiempo de duración: Un año.

Forma de organización docente: Clase encuentro y taller.

Evaluación: Autoevaluación y coeducación.

Responsable: Coordinador general de la aplicación de la estrategia.

<u>Participantes</u>: Interesados directos: Médicos y enfermeras pertenecientes a Consultorios. Interesados indirectos: Grupo Básico de Trabajo, familiares y cuidadores de pacientes y otros factores interesados.

B) Descripción de cada fase.

FASE DE ACERCAMIENTO.

Visión metodológica:

En esta fase predomina la dimensión comunicativa y organizativa. Se trabajará por sentar las bases para la integración del grupo y su constante funcionamiento, sin obviar las responsabilidades individuales. Se trabajará desde el inicio por la comprensión de la utilización del diálogo como forma básica de cada sesión o actividad y por la identificación de problemas o barreras de comunicación y sus posibles soluciones. Mediante el diálogo ameno el conductor presentará el objetivo general de la estrategia, sus encuentros, metodología a seguir y otros aspectos generales que puedan ser novedosos para los participantes. Se utilizarán técnicas de participación grupal, donde se ponderen las acciones participativas de todos los miembros del grupo taller. Tiene como característica

esta fase que sus formas de trabajo y los objetivos que tienen relación con el aspecto comunicativo se mantienen en todas las fases.

No. de encuentros: Dos encuentros.

Objetivos:

- 1. Determinar las insuficiencias y-o necesidades, fortalezas que tiene el Médico General Integral para realizar la atención al Síndrome Demencial.
- 2. Intercambiar las experiencias de prácticas comunitarias vividas, atendiendo a la estructura básica que es el Consultorio Médico.
- Contribuir a mejorar la comunicación entre los participantes mediante el diálogo, trabajando por un clima afectivo de respeto y confianza, buscando la interrelación entre los participantes, independientemente de las características personales de cada uno.
- 4. Contribuir al desarrollo de habilidades propias de acciones grupales.
- 5. Identificar las características generales de lo que van a realizar.
- 6. Valorar críticamente la práctica comunicativa vivenciada.

Acciones:

- 1. Constitución del grupo taller.
- 2. Selección del relator.
- 3. Aplicación de dinámicas grupales para debatir y determinar las fortalezas e insuficiencias para el logro del objetivo propuesto.
- 4. Aplicación de dinámicas grupales para intercambiar experiencias vividas en el trabajo en la comunidad y que pueden constituir Trabajo Comunitario desde la perspectiva de la Educación Popular.
- 5. Lectura y valoración de los apuntes del relator.

FASE DE DIAGNÓSTICO.

Visión metodológica:

En esta fase predomina la dimensión investigativa. Las prácticas actuales de trabajo comunitario revelan que de esta fase parten la mayoría de las experiencias y que tienen como deficiencia común los diagnósticos incompletos, parciales e insuficientemente participativos. Constituye un punto importante la reflexión crítica de las prácticas investigativas realizadas, resultados y el valor que tienen para la comunidad: qué se acostumbra investigar, qué se desea, qué barreras están presentes, cómo se hace, cómo hacerlo, qué interesa a todos, qué necesidades hay. El predominio de la dimensión investigativa conlleva el enfoque y el manejo de datos científicos. Se utilizarán técnicas de participación grupal, pero se propiciará la exposición individual de cada participante, como relator de su experiencia. En el caso de los talleres demostrativos de la aplicación de los instrumentos el tiempo a utilizar estará en función del instrumento que se aplica. Se necesita en esta fase la participación de pacientes. Por el carácter del objeto de estudio esta fase no concluye en las sesiones de diagnóstico del problema, sino durante todo el tiempo que sea necesario para determinar el nivel de Prevalencia del Síndrome Demencial en cada área seccionada. De hecho el objetivo dos de esta fase constituye la acción definitoria de la capacitación.

No. de encuentros: Cuatro encuentros.

Objetivos:

- 1. Reconocer las insuficiencias o la no realización de otros procesos investigativos en su área de acción.
- 2. Apropiarse de la metodología de investigación acción participativa para el desarrollo del diagnóstico.
- 3. Conocer y apropiarse de cuáles instrumentos y cómo se aplican para en el proceso de diagnóstico.

Acciones:

- 1. Presentación y debate de investigaciones realizadas con la población perteneciente a Consultorios Médicos.
- 2. Adiestramiento sobre los instrumentos a aplicar en el diagnóstico.
- 3. Taller demostrativo, con pacientes, de la aplicación de los instrumentos.
- 4. Lectura y valoración de los apuntes del relator.

<u>Invitado</u>: Especialista del grupo de Atención al Síndrome Demencial en la provincia.

FASE IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE PROBLEMA.

Visión metodológica:

Las dimensiones política y administrativa son predominantes en esta fase. Es importante no pasar de la identificación de la fase a la propuesta de soluciones; es determinante investigar las causas que originan el problema, la relación entre ellas, las consecuencias inmediatas o mediatas, las experiencias y otros factores que afloren en el análisis. El estudio del problema, así como los ejercicios prácticos permitirán el desarrollo de habilidades para la identificación del problema. Es el momento de realizar el árbol de problemas. Teniendo en cuenta la problemática de salud-enfermedad que se atiende en esta investigación es muy importante que se valoren muy bien los resultados de la aplicación de la planilla demográfica para poder atender comunitariamente la situación de cada paciente.

No. de encuentros: Uno.

Objetivos:

- 1. Aprehender de manera participativa la identificación y el análisis del problema.
- 2. Adquirir habilidades para la realización del árbol de problemas.

Acciones:

- 1. Realización del árbol de problemas. Análisis de sus resultados como problemática de salud individual y como situación del Consultorio y de la comunidad.
- 2. Entrega al relator de algunos aspectos interesantes para la memoria de la experiencia.

FASE DE PLANIFICACIÓN Y PLANEAMIENTO.

Visión metodológica:

Esta fase es muy práctica, aún cuando define etapas y aspectos de lo que se desea obtener. Predomina la dimensión organizativa e investigativa por cuanto teniendo en cuenta que ya se inició el diagnóstico a pacientes este tiene que continuar su curso. El relatorio de las actividades en este caso será en función de dar recoger cómo está transcurriendo este paso.

No. de encuentros: Un encuentro coordinador y actividades de trabajo individual o en grupos si se determina.

Objetivos:

- 1. Modelar el Plan de Acción.
- 2. Proyección de las vías y formas de las actividades y-o curso de capacitación.

Acciones:

- 1. Modelación por cada uno de los participantes de su Plan de Acción, mediante la planificación de metas, actividades, periodización, participantes, lugar fecha y recursos a utilizar.
- 2. Planificación de la capacitación a todo el personal que tiene responsabilidad en la atención a pacientes con Síndrome Demencial: Médico, enfermeras, cuidadores, familiares, convivientes.
- 3. Entrega al relator de algunos aspectos interesantes para la memoria de la experiencia.

FASE GESTIÓN Y EJECUCIÓN.

Visión metodológica:

Para el coordinador de la <u>Estrategia de Capacitación</u> esta es una fase decisiva e importantísima que comienza anteriormente a la puesta en práctica con la proyección de los programas de capacitación, en su dimensión de gestión. Conlleva la ejecución del Plan de Acción que permita la incorporación a las actividades de capacitación, según se previó en la etapa anterior. (Anexo 12) Predominan las dimensiones organizativa, ejecutiva, asistencial, pedagógica y participativa. Es determinante las gestiones de compromiso ante la tarea a emprender sobre todo la aceptación por parte de los implicados para su participación y no abandono de la tarea. De hecho hay actividades de esta fase que comienzan desde los primeros momentos. Esto revela que aún cuando metodológicamente la dinámica de la estrategia se divide en fases es el Plan de acción lo que determina los pasos a seguir por cuanto el desarrollo de las fases se interrelacionan. Pertenece a esta fase el desarrollo del Curso de Capacitación. (Anexo 13)

No. de encuentros: Uno de coordinación y actividades de elaboración individual o grupal que el número estará en dependencia del desarrollo del Curso de Capacitación, así como su entrelazamiento con las actividades de diagnóstico que conlleva la aplicación de los instrumentos para determinar el Síndrome Demencial en los pacientes.

Objetivos:

- Asegurar la integración de los factores a las actividades de capacitación.
- 2. Ejecutar la capacitación de los implicados en la estrategia.

Acciones:

- 1. Realización de las tareas que aseguren el desarrollo de las sesiones de capacitación según los intereses de la estrategia y los participantes.
- 2. Realización de las actividades de capacitación a los implicados.

E<u>valuación</u>: La fase como tal no tiene. Se seguirá el diseño del Curso de Capacitación.

FASE DE EVALUACIÓN.

Visión metodológica:

Sus dimensiones están en función de colocar este componente en una regulación de todo el proceso y cumplir las funciones que le están dadas a toda evaluación. En la concepción de esta etapa se asumen criterios de Álvarez de Zayas, C. cuando se refiere a que la evaluación es otro componente del proceso que nos da la medida de que lo aprendido por el estudiante se acerca al objetivo propuesto. Este indicador, insiste que, alcanza su excelencia cuando se concibe en correspondencia con el desarrollo del proceso y en aras de determinar el objetivo a lograr. La evaluación debe ser integradora al nivel de la instancia organizativa correspondiente, de carácter problémico y que exija el pleno despliegue de la habilidad dominada. La evaluación, no necesariamente tiene que ser solo en un acto final del desarrollo del proceso en cuestión. El número total de evaluaciones finales de asignaturas a desarrollar en actos formales en un período de evaluación debe tender a disminuir. (Álvarez de Zayas, C., 2001) Representa, por un lado componente de todo el proceso de desarrollo de la estrategia, así como de cada una de las actividades o fase; pero como se expresa en la fundamentación es una fase a realizar. Teniendo en cuenta la metodología de la Educación Popular la valoración final tiene que devenir en un acto democrático, educativo, participativo, entusiasta y de encauce de nuevos rumbos, con amplio predominio de técnicas participativas.

No. de encuentros: Un encuentro final.

Objetivos:

1. Valorar la eficiencia de la estrategia de manera integral.

Acciones:

- 1. Realización de autoevaluación y coevaluación en cada una de las actividades de las fases y el nivel de motivación por lo realizado y por lo que se realizará.
- 2. Valoración final de la estrategia.

FASE DE SISTEMATIZACIÓN.

Visión metodológica:

Cada una de las acciones realizadas constituye parte de un proceso compartido por todos los participantes. Ajustándose al concepto de sistematización debe enfocarse a partir de una valoración crítica de lo realizado, de lo aprendido, se trazarán pautas para el nuevo accionar, en condiciones de extensión de la experiencia como comprobación de los resultados obtenidos. Es momento oportuno para presentar el proyecto de capacitación para los cuidadores de los

pacientes. (Anexo 14) De hecho la estrategia repite su ciclo atendiendo a las fases.

No. de encuentros: Un encuentro.

Objetivos

- 1. Proyectar las bases y el Plan de Acción para la aplicación de cada una de las fases en nuevas condiciones.
- 2. Proyectar la ejecución del curso a los cuidadores como parte de la sistematización

Acciones:

1. Se elaborarán en función de la nueva etapa de sistematización.

III.- CONCLUSIONES:

- ❖ La propuesta de Estrategia de Capacitación, como resultado principal de la investigación, y su informe final responden al problema científico planteado y da respuesta tanto al objetivo general como a los objetivos específicos propuestos.
- ❖ El asumir como fundamentación teórica el Enfoque Histórico-cultural, la Atención Primaria de Salud, el Trabajo Comunitario desde la Educación Popular y principios de la Educación Permanente, posibilitó que la conformación de la Estrategia de Capacitación se convierta en una vía de superación que permita incidir en la preparación del especialista en Medicina General Integral para atender el Síndrome Demencial.
- ♣ La modelación asumida para la Estrategia de Capacitación permitió materializar no solo los fundamentos teóricos que la sustentan sino vincularse a uno de los estilos necesarios en la actualidad para ser factible cualquier proyecto: el trabajo en la comunidad, para la comunidad y desde la comunidad.
- Las vías e instrumentos para el diagnóstico del Síndrome Demencial, como etapa importante y decisiva de la atención a este Síndrome, fueron aplicadas después de realizar el estudio necesario y pertinente de los mismos, así como de haber consultado estudios existentes sobre el uso en contextos distintos, lo que determinó que sean estos y no otros los propuestos a utilizar en la fase diagnóstica al sistematizar la Estrategia que se propone.
- ❖ La propuesta ofrece a los especialistas en Medicina General Integral una vía para la superación constante a que está convocado todo graduado universitario.
- ❖ La Estrategia de Capacitación concebida puede ser objeto de modificaciones y enriquecimiento a partir del problema de salud enfermedad en que se determine aplicar, la especificidad de a quién vaya dirigida, y el contexto donde se aplique.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1994. Diagnostic and statistical Manual of mental disorders, Washington DC 4th ed. Editions American psyciatric Association. 23 p.
- 2. ÁLVAREZ DE ZAYAS, C. M. 2001. Hacia una escuela de excelencia. La Habana: Editorial Academia. p.24-25. CEPES; Cuba.
- 3. BARRERAS, F. [2004]. Conferencia presentada en el centro de estudios del ISP "Juan Marinello". [disco 3 1/2]. [citado 22 abril 2004].
- 4. BARROS LAZAETA, C. 1994. Aspectos sociales del envejecimiento. En: La atención de los ancianos un desafío para los años 90. Washington: Organización Panamericana de la Salud. p.57
- BELTRÁN, J. 1993. Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje, Madrid, Síntesis.
- 6. BLESSED G. et al. 1968. The association between quantitative mesures of Dementia and of senile Change in the cerebral gray matter of elderly subjects.
- 7. CASAÑAS DÍAZ, M. Papel de la Universidad Pedagógica hacia el sistema educativo en general. Revista del Centro de Estudios de la Educación Superior. Universidad de Matanzas Camilo Cienfuegos. Diciembre 2001 p 12.
- 8. CASTRO RUZ, F. 1999. Discurso en la sesión inaugural del Primer Congreso Centroamericano y del Caribe de Gerontología y Geriatría. La Habana. Ediciones del Consejo de Estado.
- CASTRO RUZ, F. 2004. Las ideas creadas y probadas por nuestro pueblo no podrán ser destruidas. Discurso en la Clausura del Cuarto Congreso de Educación Superior. La Habana: Editora del Consejo de Estado.
- 10. C. E. I. 2002. Trabajo Comunitario. Selección de Lecturas. La Habana: Asociación de Pedagogos de Cuba. 117p.
- 11. C. E. I. 2002. Metodología del Trabajo Comunitario. Selección de Lecturas. La Habana: Asociación de Pedagogos de Cuba. 72p.
- 12. CITED, 2006. La salud del Adulto Mayor en Cuba: su impacto en la esperanza de vida. Taller Internacional. La Habana. 3p
- 13. DE LA TORRE, S. et al. 2002. Estrategias didácticas innovadoras. Barcelona. Impresión Hurope. p.129-207.
- 14.GEPSEA. 2005. Conceptos de estrategia. [en línea]. *{ HYPERLINK "http://www.gnu.org/copyleft/fdl.html" \o "http://www.gnu.org/copyleft/fdl.html" }* [Consulta : 4 de enero 2004]. Disponible en: <u>escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatria/Geriatria_12.html 31k</u>
- 15. GONZÁLEZ PACHECO, O. El enfoque Histórico Cultural como fundamento de una concepción pedagógica. [s-a]
- 16.GUTIÉRREZ ROBLEDO, L. 1994. Concepción Holística del envejecimiento. En: La atención de los ancianos un desafío para los años 90. Washington: Organización Panamericana de la Salud. p.34-3

- 17. LLIBRE, RODRÍGUEZ, J. 2002. Estrategias de investigación en la Enfermedad de Alzheimer. La Habana. Revista Cubana Medicina General Integral. Vol. 5 No. 4. p.54-60.
- 18. MESTRE, V. A. 2003. Prevalencia del Síndrome Demencial en el Consultorio # 72 del Médico de la Familia. 32 h. Tesis en opción al grado científico de especialista de primer grado en Medicina General Integral. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas.
- 19. MESTRE, V. A. 2006 La atención al Síndrome Demencial en la APS: Propuesta de Estrategia de Capacitación para el especialista en Medicina General Integral Tesis en opción del grado de Master en Ciencias de la Educación Superior. Universidad de Matanzas.
- 20. ONU. 1982. Asamblea Mundial sobre envejecimiento. Naciones Unidas.
- 21.ONU. 1992. Pronunciamiento de Consenso sobre políticas de atención a los ancianos en América Latina. Santiago de Chile.
- 22. PÉREZ MARTÍNEZ, V, 2004. Prevalencia del Síndrome Demencial en la población mayor de 60 años. Revista Cubana Medicina General Integral; 24. 3-4.
- 23. SANCHEZ SANTOS, L. et al. 2001. Introducción a la Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ecimed
- 24. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (1:2002: Madrid, 8-12 de abril: España). 3p
- 25. TAPIA VIDELA, J. 1994. Los ancianos y las políticas de servicios en América Latina y el Caribe. En: Colectivo de Autores. La atención de los ancianos un desafío para los años 90. Washington: Organización Panamericana de la Salud. p.20-21.
- 26. TAVARES, A. 1994 Enfermedades mentales. En: La atención de los ancianos un desafío para los años 90. Washington: Organización Panamericana de la Salud. p.172-179.
- 27.TUDGE, J.; WINTERHOFF, P. (1993) Vygotsky, Piaget and Bandura: perspectives on the relations between the social world and cognition development. Human Development, 35, N.C.
- 28. VILLA, M. y RIVADENEIRA, L. 2000. El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica. [en línea]. [Consulta: 4 de Noviembre 2005]. Disponible en mailto:mvilla@eclac.cl-

Nombre de archivo: Estrategia de Capacitación Vilma 2006.doc Directorio: D:\MONOGRAFIAS 2006\Cultura Fisica

C:\Documents and Settings\Yordan\Application Plantilla:

 $Data \backslash Microsoft \backslash Plantillas \backslash Normal. dot$

¡Qué encanto tienen los cabellos blancos; Título:

Asunto:

Autor: Angela

Palabras clave: Comentarios:

Fecha de creación: 11/14/2006 3:59:00 PM

Cambio número: 8

Guardado el: 11/14/2006 6:07:00 PM

Guardado por: Angela Tiempo de edición: 5 minutos

Impreso el: 12/6/2006 8:43:00 AM

Última impresión completa

Número de páginas: 31

Número de palabras: 13,939 (aprox.) Número de caracteres: 79,457 (aprox.)