

University of Texas Rio Grande Valley

ScholarWorks @ UTRGV

School of Medicine Publications and
Presentations

School of Medicine

2007

Conocimientos, creencias y reporte de la práctica de los médicos generales en Maracaibo, Venezuela, acerca de las demencias

Alexis Romero-Salazar

Raima Rujano Roque

Gladys E. Maestre

The University of Texas Rio Grande Valley, gladys.maestre@utrgv.edu

Follow this and additional works at: https://scholarworks.utrgv.edu/som_pub



Part of the [Diseases Commons](#)

Recommended Citation

Romero-Salazar, A., Rujano Roque, R., & Maestre, G. E. (2007). Conocimientos, creencias y reporte de la práctica de los médicos generales en Maracaibo, Venezuela, acerca de las demencias. *Investigación En Salud*, 9(1), 10–15.

This Article is brought to you for free and open access by the School of Medicine at ScholarWorks @ UTRGV. It has been accepted for inclusion in School of Medicine Publications and Presentations by an authorized administrator of ScholarWorks @ UTRGV. For more information, please contact justin.white@utrgv.edu, william.flores01@utrgv.edu.

Artículo de
investigación

Conocimientos, creencias y reporte de la práctica de los médicos generales en Maracaibo, Venezuela, acerca de las demencias

ALEXIS ROMERO SALAZAR, RAIMA RUJANO ROQUE Y GLADYS E. MAESTRE

Introducción

Aunque no existe cura definitiva para las demencias un diagnóstico temprano aumenta las posibilidades de alivio para las alteraciones cognitivas y conductuales (1-5). Igualmente permite al equipo de salud el desarrollo de estrategias para la atención del paciente y su familia, atenuando las complicaciones futuras (1, 2). Esta detección precoz requiere de médicos generales con suficientes conocimientos de la

afección, convencidos de la importancia del diagnóstico y que utilicen los recursos disponibles para ello. Sin embargo, el factor epistémico no siempre determina la ejecución de conductas, también las creencias se involucran; por ello se piensa que precisar los conocimientos, las creencias y el reporte de la práctica del médico general incide en la posibilidad de generar ideas para mejorar el control de la enfermedad y el perfeccionamiento de los servicios de salud

RESUMEN

Objetivo: Explorar los conocimientos, creencias y el reporte de la práctica de los médicos generales que laboran en los Servicios de Atención Primaria en relación con las demencias, sus signos, sus síntomas, el tratamiento y su impacto en el diagnóstico precoz.

Método: Con una investigación de tipo exploratoria se aplicó un cuestionario a todos los médicos generales que laboran en los ambulatorios urbanos tipos I y II dependientes del Sistema Regional de Salud pública, en un total de 26 centros de Maracaibo y San Francisco, Venezuela.

Resultados y conclusiones: Se constata la existencia de obstáculos para producir el diagnóstico temprano: en el plano del conocimiento, la falta de información en torno a pruebas diagnósticas, tratamiento y centros de referencia; el predominio de un conjunto de creencias que tienden a asociar la pérdida de memoria y la falta de coordinación motora con el proceso normal de envejecimiento; en el reporte de la práctica, se pone en evidencia que no se siguen los cursos de acción frente a la sospecha de un posible caso de demencia.

Palabras clave: demencias, diagnóstico temprano, conocimientos, creencias y reporte de la práctica médica.

ABSTRACT

The objective of this study is to explore the knowledge, beliefs, and reports of the practice of general physicians from primary care service units regarding dementia, its signs, symptoms, treatment and its impact in early diagnosis. In this exploratory research we applied a questionnaire to every general physician working at urban type 1 and 2 ambulatory centers in the public regional health system. A total of 26 centers were studied in Maracaibo and San Francisco, Venezuela. The results and conclusions demonstrate that there are obstacles to produce early diagnosis. There is a lack of knowledge in relation to diagnostic tests, treatment, and referral centers. There are also several beliefs that associate loss of memory and lack of motor coordination skills with the normal process of aging. In the report it is evident that possible courses of action are not followed up in cases of possible dementia.

Key words: dementia, early diagnosis, knowledge, beliefs, and reports in medical practice.

(6-8,9). En este artículo se presenta parte de los resultados de un estudio sobre los conocimientos, creencias y el reporte de la práctica de los médicos generales, que laboran en los Servicios de Atención Primaria en Salud (SAPS) en relación a las demencias, los signos, los síntomas, el tratamiento y el impacto en la vida del paciente.

El Servicio de Atención Primaria venezolano cuenta con una red de hospitales y ambulatorios de tipos urbanos y rurales. Los ambulatorios, dan tratamiento integral externo y se clasifican según los servicios que ofrecen en I, II y III, proporcionan servicios primarios, a través de médicos generales y familiares, personal de enfermería y de trabajo social; en su mayoría están dotados de servicios odontológicos y psico-sociales(10). El modelo de atención que se ofrece en el nivel primario plantea que el médico general es quien debe realizar el diagnóstico inicial de las afecciones, por tal motivo, deberá indicar los exámenes pertinentes y referir a centros especializados los casos que lo ameriten(10).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se trató de una investigación exploratoria, conocida en el campo de las ciencias sociales como cuantitativa (11-13). Como unidad de investigación se tomó al equipo de salud que labora en los ambulatorios tipos I y II dependientes del Sistema Regional de Salud pública, ubicados en los municipios del estado Zulia con mayor población. Se optó por aquellos ambulatorios de Maracaibo y San Francisco, que contaran con médicos generales, trabajadores sociales y personal de enfermería, de un total de 61 centros sólo 26 reunieron los requisitos para ser elegidos. Como sujetos de investigación fueron escogidos: todos los médicos generales, sin especialización. De esta forma se visitaron y entrevistaron a 38 profesionales en los distintos centros de salud seleccionados. (Ver tabla 1)

INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

Para dar respuesta a los objetivos del estudio se definieron tres variables centrales: conocimiento; entendido como el cúmulo de nociones académicas que los profesionales han adquirido a lo largo de su formación profesional, fortalecidas por el ejercicio de sus funciones en el área laboral (6, 14,15). Las creencias; entendidas como toda idea, opinión o juicio valorativo que los entrevistados se han formado producto de la vinculación con su grupo familiar y comunal. Reforzadas por las prácticas culturales que realiza con estos grupos y transmitidas de una generación a otra (6,15). Y la variable reporte de la práctica; definida como toda información que el profesional da en relación a las conductas que realiza para diagnosticar, tratar y referir los casos de demencia (6, 14,15).

La información se recogió mediante tres tipos de cuestionarios auto-administrables, uno para cada profesional, diseñados con preguntas mixtas (abiertas y cerradas) repartidas equitativamente entre las tres variables principales. Se precisaron aspectos significativos de las demencias, tales como; los signos, los síntomas, el tratamiento y el impacto en la vida cotidiana del paciente. La validación y confiabilidad (11-13) se realizó en dos fases; la primera, el sometimiento a la evaluación de los instrumentos, por parte de quince expertos (de procedencia nacional e internacional); la segunda, el

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS ENTREVISTADOS

Variables	Médico
N	38
Sexo femenino	60,5
Edad (X ± SD)	(44,11± 8,99) Rango:23-62
Años de graduado	14,3 años

análisis de la consistencia interna del instrumento, que fue elaborado después de la aplicación de una prueba piloto a 20 profesionales. Posteriormente, se eliminaron las preguntas invalidadas para obtener el cuestionario definitivo. Los profesionales respondieron un promedio de 37 preguntas, sin acudir a fuentes bibliográficas. Para la supervisión y garantía de la transparencia de las respuestas obtenidas, el equipo de investigadores estuvo presente durante la realización del cuestionario. La aplicación del instrumento se realizó durante los meses de agosto a octubre del año 2004. Las respuestas se organizaron en una base de datos que permitió su análisis a través de las tablas de distribución de frecuencias, asociación y correlación de variables.

LOS RESULTADOS

Conocimientos acerca de las demencias, los signos y síntomas, el impacto en la vida del enfermo y el tratamiento

El 36.8% de los médicos entrevistados expresó una definición errada de la demencia, pues cataloga la enfermedad como un estado de pérdida "temporal" de las funciones cognitivas. Un 15.8% presentó un nivel insuficiente para conceptualizarla, es decir que más de la mitad (52%) no tiene claro el término. Apenas un 26.3% ofreció una noción correcta, que asocia la demencia a la pérdida de memoria y de la coherencia en las actividades de la vida diaria. Un 21.1% señaló algunos elementos más o menos cercanos.

En relación a las actividades de la vida diaria (ADV) los médicos generales manejan tres versiones distintas: una que las vincula con la satisfacción de necesidades personales (63.2%), otra que las asocia únicamente con el ejercicio laboral (13.2%), y por último, una que integra estos aspectos con el personal (2.6%). La diversidad de respuestas hace evidente que el personal tiene una idea algo confusa sobre las ADV. Sólo dos de cada diez pudieron ofrecer una definición suficientemente completa; siendo lo más grave que otros dos (21.1%) admitieron desconocer la definición solicitada.

Se presentaron varias alternativas de respuestas para verificar cuáles elementos le permiten al médico diferenciar entre Deterioro Cognitivo Leve y la Demencia: los antecedentes familiares, el impacto en las actividades de la vida diaria, la respuesta al tratamiento y los resultados de una resonancia magnética. La mayoría (52.6%) le asigna mayor importancia a aspectos distintos a los mencionados. La mayor parte de los profesionales (72.4%) definió con imprecisión el Deterioro Cognitivo Leve, al enfatizar que se trata de una pérdida "temporal o momentánea" de la

TABLA 2

VARIABLE CONOCIMIENTO EN RELACIÓN A LAS DEMENCIAS, SUS SIGNOS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

Pregunta	Médicos
Defina <i>Deterioro cognitivo leve</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 26.3 Pérdida de memoria • 21.1 Pérdida de coherencia de AVD • 15.8 Disminución temporal de capacidad intelectual • 15.8 Trastornos mentales • 2.6 Enfermedad senil • 18.4 No sabe
¿El Huntington desarrolla demencia?	<ul style="list-style-type: none"> • 31.6 No sabe • 68.4 Dijo que Sí
¿El Alzheimer desarrolla demencia?	<ul style="list-style-type: none"> • 92.1 No sabe • 7.9 Dijo que sí
Conocimiento de los síntomas de la demencia	1. ¿Cuáles son los síntomas de la demencia? <ul style="list-style-type: none"> • 46.8 Disminución temporal de capacidades intelectuales. • 5.2 No Sabe/No respondió • 48 Pérdida de memoria y de coherencia en las ADV 2. ¿El Alzheimer se caracteriza por la demencia? 92 Si / 8 NO 3.- ¿La Corea de Huntington se caracteriza por demencia? 68.4 SI / 31.6 NO
Conocimiento del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • 52.6 Desconoce el tratamiento • 47.4 Afirmó conocer el tratamiento señalando el ginkobiloba como el principal.
Conoce centros de referencia (CR)	<ul style="list-style-type: none"> • 29 desconoce Centro de Referencia • 50 Señaló Hospital Psiquiátrico • 21 Señaló cualquier hospital como Centro de Referencia

Datos en %

memoria y otras capacidades intelectuales; mientras que otro grupo (21.1%) admitió desconocer la definición y sólo un (26.3%) lo asoció a pérdida leve o parcial de la memoria. En el caso de la enfermedad de *Alzheimer* se pudo comprobar que más de la mitad (63.2%) de los entrevistados afirmó que la pérdida de memoria es el primer síntoma; mientras que el resto (36.9%) reconoce a la demencia precoz y a los movimientos corporales como los síntomas más comunes de la enfermedad.

Para determinar cuánto saben estos profesionales en relación al tratamiento de las demencias, se hicieron varias preguntas con distintos niveles de dificultad para responder. En primer lugar, se les interrogó acerca de si conocían los tipos de tratamiento; luego en cuáles casos los utilizaría y por último; sobre cuáles y para qué casos los había prescrito. Lo notable es que más de la mitad (52.6%) desconoce el tratamiento para las demencias (*Huntington*, *Alzheimer* y *Vascular*); un 18.4% afirmó conocer el tratamiento para el *Alzheimer*, entre los cuales señalaron el *ginkobiloba* (*ginkobiloba* o *ginkgo biloba*) como el más común. Una pequeña porción (10.5%) dijo saber el indicado para la Demencia *Vascular* y sólo un 2.5% el apropiado para la enfermedad de *Huntington*. Es importante destacar que quienes indicaron conocer algún tipo de medicamento admitieron no haberlo indicado.

Al interrogar a los médicos generales destacó que la mitad mencionó al hospital psiquiátrico como principal

centro de referencia; mientras que un 5% dijo que los envía a cualquier hospital tipo III o IV y el resto (45%) aseguró un total desconocimiento al respecto. (Ver tabla 2)

Creencias en torno al origen, signos, síntomas, evolución y tratamiento de las demencias

Estudiar las ideas del personal médico que labora en los SAPS en torno al origen, signos, síntomas, evolución y tratamiento de las demencias, pudiera dar cuenta de los juicios valorativos que se han formado y de cómo éstos afectan la realización de un diagnóstico temprano. En relación con ello, fueron diseñados varios ítems cerrados que presentaban situaciones o juicios que, de acuerdo a la literatura consultada, forman parte del saber común de la población. Se pidió a los médicos opinar según una escala de acuerdo o desacuerdo. Se preguntó a los médicos cuan de acuerdo o desacuerdo estaban con la afirmación; “entre los 50 y 60 años de edad, los síntomas relacionados con pérdida de memoria y estados de ánimo son producto de la vejez”. Lo significativo es que el 15.8% manifestó total acuerdo, que la mitad expresó estar medianamente de acuerdo, y que otro 10.5% se mostró indeciso, respuestas que demuestran que una abrumadora mayoría (76.3%) estaría elaborando sus diagnósticos a partir de prejuicios, en tanto que sólo un 23.7% se decidió por un absoluto y total desacuerdo.

El segundo aspecto indagado está referido a una creencia bien arraigada, como la de admitir que los problemas de

TABLA 3

VARIABLES CREENCIAS EN RELACIÓN A LAS DEMENCIAS, SUS SIGNOS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

Pregunta	Médicos
¿Cree que la pérdida de memoria y cambios en el estado de ánimo son normales en el envejecimiento?	<ul style="list-style-type: none"> • 65.8 Cree que sí • 34.2 Cree que no
¿Cree que la pérdida de memoria y coordinación motora es frecuente entre los 50 y 60 años de edad?	<ul style="list-style-type: none"> • 73.3 Cree que sí • 26.7 Cree que no
Efectos del diagnóstico precoz: - Mejora el pronóstico - No tiene efectos positivos	92.1 Mejora el pronóstico
¿Cómo impactan las demencias en la vida del paciente?	<ul style="list-style-type: none"> • 39.5 El Paciente pierde su autodeterminación • 42.1 Pierde la habilidad para realizar sus tareas habituales • 7.9 Pierde la posibilidad de conseguir a su pareja • 10.5 Todas las anteriores.

coordinación motora son producto del envejecimiento. Tal idea aunada a una percepción de inicio temprano de la vejez, que se asume a partir de los 50 años, favorece la inacción del enfermo, su familia y los profesionales ante las primeras señales de alerta (16). En este sentido, se preguntó cuán de acuerdo estaban los médicos generales con la afirmación: “es muy común que entre los 50 y 60 años de edad las personas presenten problemas de coordinación motora, lo cual es muy frecuente en la vejez”; y se encontró que el 18.4% dijo de manera absoluta estar de acuerdo; un 57.9% señaló un mediano acuerdo. Esas respuestas indican que la gran mayoría de los entrevistados (73.3%) están cargados de prejuicios acerca de la vejez, pues apenas dos de cada diez (23.7%) parecieran estar en disposición de indagar más allá de las creencias colectivas.

El tercer aspecto pretendió situar al médico entre su saber académico y sus creencias; para ello se le presentó la siguiente frase: “A partir de los 50 años la persona puede tener debilitadas sus facultades mentales o ‘chochar’ por efecto de una enfermedad cerebral, lo cual no ocurre por el simple paso del tiempo”; con la cual se esperaba que la gran mayoría estuviera totalmente de acuerdo. El 42.1% afirmó estar totalmente de acuerdo y el 31.6% un mediano acuerdo; una pequeña porción (5.3%) se mostró indecisa y sólo el 21.1% dijo estar en total desacuerdo. Dichas respuestas indican que apenas 4 de cada diez médicos estaría en condiciones objetivas de realizar un diagnóstico temprano, en tanto que frente a algún problema o disminución de las facultades mentales se inclinaría a sospechar que se trata de una enfermedad mental y no un simple proceso de envejecimiento del paciente. Tal situación es totalmente congruente con las creencias y conocimientos manifestados anteriormente. (Ver tabla 3)

TABLA 4
VARIABLE REPORTE DE LA PRÁCTICA

Pregunta	Médicos
Aportes al diagnóstico de las demencias.	<ul style="list-style-type: none"> • 15.3 aplica algunas pruebas • 84.7 No realiza pruebas
Principal labor para el diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> • 26.3 Diagnóstica • 73.7 No diagnóstica
Remite casos a otros centros	• 68.4 Los remite.

Datos
en %

EL REPORTE DE LA PRÁCTICA MÉDICA FRENTE A LOS POSIBLES CASOS DE DEMENCIA

Al indagar sobre la práctica médica se encontró que menos de un tercio de los entrevistados (28.9%) reportó que realiza un diagnóstico de demencia, el resto lo refiere a otro centro o especialista. Quiere decir que apenas 3 de cada 10 de los médicos entrevistados se preocupan por realizar evaluaciones más precisas. (Ver tabla 5)

Otro asunto importante es que el grupo de médicos que refiere a los pacientes a otro especialista o centro de atención (71.10%), afirmó en su totalidad que los envía al hospital psiquiátrico o médico psiquiatra; con todas las consecuencias que esa acción puede representar, siendo la más relevante la de alargar el tiempo del diagnóstico, puesto que el paciente y su familia retrasan el contacto debido a la carga estigmatizante. Si a esto se le añade que casi un 30% de los médicos desconoce los centros, son obvias las desventajas que tienen los enfermos de recibir atención temprana y adecuada. (Ver tabla 4)

TABLA 5
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE APLICA EL
PERSONAL MÉDICO*

Examen	Sí	No
Test (minimental)	20.7	79.3
Rutina de laboratorio/química en Sangre/Estudio Genético	13.8	86,2
Estudios hormonales/Nivel de folato	10.3	89.7
VDRL/ HIV/ Sífilis	6.8	93.1
Resonancia magnética	24,2	75,8
Explora el grupo familiar	27,6	72.4

*Del 26.3 que dijo realizar diagnóstico

Datos
en %

DISCUSIÓN

En los médicos generales que laboran en el nivel primario de salud, en Maracaibo, Venezuela, el conocimiento que pudiera asumirse como académico acerca de las demencias es bajo, si se consideran sus dificultades para expresar, por ejemplo, la definición de demencia, deterioro cognitivo y señalar el impacto en las actividades cotidianas; además, de sus manifiestos problemas para abordar el tema de la etiología. En torno a lo que pudiera denominarse conocimiento instrumental, la situación tiende a mejorar, pues los médicos generales están, por ejemplo, en capacidad de señalar lo que distingue a los "olvidos" asociados a la demencia de los vinculados a la vejez; aunque se trata de asuntos a través de los cuales se expresa el saber popular. La relación entre el plano cognoscitivo y el ámbito de la práctica profesional, se hizo evidente en los problemas de los médicos generales para decidir el curso de acción adecuado para producir el diagnóstico de las demencias. Estos hallazgos coinciden con otros estudios en los cuales se reporta una moderada habilidad de los médicos generales para reconocer la demencia en el adulto mayor. No se conoce un modelo o patrón para la detección que permita reducir tensiones y preparar al paciente y familiares para complicaciones futuras (17, 19,20).

El problema es que a las dudas de los profesionales en cuanto a su habilidad para producir el diagnóstico de la demencia, hay que agregar sus prejuicios, que producen un reforzamiento del proceso de estigmatización asociado a las enfermedades mentales. Se trata de que en la subjetividad de los médicos podrían estarse mezclando conocimiento académico, saber popular y prejuicios, en una situación en la cual el contacto con casos de demencia, podría conducir (en una fase temprana) al paciente y a sus familias a desechar la ayuda profesional; siendo lo que se requiere una conducta de colaboración con los especialistas y el servicio social (21,22-28). Lo relevante, es que como médicos, pueden contribuir a reafirmar los estigmas relacionados con algunas enfermedades físicas o mentales (8). La formación académica no los exime de creencias, mitos, costumbres, hábitos, preconcepciones e incluso de las tradiciones heredadas del entorno sociocultural

que se comparte (8,21). Esta situación pone en desventaja a los pacientes quienes en definitiva se pudieran ver afectados por un diagnóstico errado.

Estos resultados deben ser asumidos en función del contexto sociopolítico venezolano, pues existen ciertas características que se expresan al interior de los centros hospitalarios; toda institución ha de ser vista desde una perspectiva integral, en tanto que su funcionamiento tiene que ser el reflejo de los acontecimientos que ocurren en su exterior (29). De acuerdo con el reporte, la práctica médica está caracterizada por lo que algunos autores denominan *institucionalización* la cual está precedida por la habituación (6). La frecuencia con la que es repetida su actividad hace que se reproduzca con economía de esfuerzos y que a la vez sea aprehendida como pauta de acción. Existe aversión a la realización actividades distintas a las típicas de la atención primaria, no ir más allá de lo evidente físicamente en el paciente. Esta forma explica por qué los médicos generales actúan siguiendo los lineamientos establecidos por el Sistema Regional de Salud, los cuales son sólo estándares para el funcionamiento del centro asistencial. Un ejemplo detallado es la realización de pruebas de laboratorio tradicionales en la mayoría de los pacientes, obviando la particularidad de las patologías presentes en los adultos mayores. Factores económicos también participan en este tipo de práctica, dificultando que los pacientes puedan acceder a la batería de exámenes complementarios necesarios para el diagnóstico de los deterioros cognitivos, como lo refieren estudios realizados en otros países latinoamericanos (30).

REFERENCIAS

- Doody S. Rachele. La importancia de un diagnóstico temprano en la enfermedad de Alzheimer. *A Special Report* 2001; 1: 4-9.
- SantaCruz, Karen; Swagerty, Daniel. Early Diagnosis of Dementia. *American family Physician* 2001, vol. 63, N° 4:703-713.
- Knopman D.S., Dekosky S.T., Cummings J.L. et al. Practice parameter: Diagnosis of Dementia (an evidence-based review) report of Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56: 1143-1153.
- Cefalu Charles, Grossberg George. Diagnosis and Management of Dementia. *An American family Physician Monograph*. 2003.
- Valcour Victor, Masaki Kamal H., Curb David, Lanoie Blanchette Patricia. *Arch Intern Med*. 2000; 160: 2964-2968.
- Berger Peter L. y Luckmann Thomas. La Construcción Social de la Realidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1979.
- García Gavidia, N El arte de curar en el culto a María Lionza . Venezuela EDILUZ, 1996.
- Januária M. Antília, Cabral de Almeida C. Maria Helena, Clinton L. Juan. Em contato com as doenças genéticas. A norma e a razão como tradições culturais presentes no discurso de profissionais médicos do Instituto Fernández Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(4): 968-975.
- Arrivillaga Marcela; Isabel Salazar y Diego Correa. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo de protección en jóvenes Universitarios. *Colombia Médica*. 2003; 4(34): 186-195
- Ley Orgánica de Salud. Venezuela. 2000
- Kenneth D. Bailey. Methods of Social Research. London, A Division of Macmillan Publishing Co, 1978.
- Selltiz C.; M. Jahoda; M. Deutsch; S.W. Cook. Métodos de Investigación en las relaciones sociales. Madrid, Ediciones Rialp S.A, 1974.
- Brown Frederick G. Principios de la Medición en Psicología y Educación. México. Editorial El manual Moderno S.A., 1980.
- Martin Baró, I. Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica. El Salvador, UCA Editores, 1985.
- Martínez, Miguel. Comportamiento Humano. Nuevos métodos de investigación. México, Editorial Trillas, 1994.
- Sánchez J, Ramos F. La vejez y sus mitos. Barcelona, Salvat Editores, 1982.

- 17 Turner S.; Iliffe S.; Downs M.; et al. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and Ageing*. 2004; 33: 461-467.
- 18 Van hout, H. Diagnosis dementia: evaluation of the clinical practice of general practitioners and memory clinic. The Netherlands: University of Nijmegen, 1999.
- 19 Cody M.; Beck C.; Shue V.M.; Pope S. Reported practices of primary care physicians in the diagnosis and management of dementia. *Aging Mental Health*. 2002; 6.
- 20 Ilife, S.; Manthorpe J.; Eden A. Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: a qualitative study. *Family Practice*. 2003; 20 (4): 376-381.
- 21 Romero Salazar, A. Después de Providencia. Acción Médica, Conocimiento y Percepciones acerca de la Lepra. Venezuela, Ediciones Contextos, 2004.
- 22 Ander-Egg, Ezequiel. Introducción al Trabajo Social. Buenos Aires: Lumen/Humanitas, 1996.
- 23 Ander-Egg, Ezequiel. Hacia una metodología del Trabajo Social. Buenos Aires: Editorial ECRO, 1976.
- 24 Kisnerman Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Buenos Aires: Editorial Humanitas, 1981.
- 25 Barreto X., Fermin, O., Galué I. et al. Participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables para prevenir complicaciones derivadas de la hipertensión arterial, en los usuarios de la unidad clínica de consulta externa del hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño". Mimeo, Universidad del Zulia. Venezuela, 2004
- 26 Rojas A. Victor A.; Roa D. Evelyn; Tamiche T.; Velásquez, R. Evaluación psicosocial de las familias por el equipo de salud. Mimeo.
- 27 Mendoza Amalia; Mejía María; Quintero O. et al. Opinión del usuario de la visita domiciliaria y criterios del equipo de salud de los ambulatorios urbanos III. 1998. Mérida, Venezuela.
- 28 Waldorff Frans; Bo Bulow Lar et al. "Management of dementia in primary care: The experience of collaboration between the GP and the district nurse." *Family Practice*. 2001;5(18):549-552
- 29 Goffman I. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 1961
- 30 Mangnone C, Arizaga R. et al. La demencia en Latinoamérica. *Revista Neurológica*. 2000; 25(3).

ALEXIS ROMERO-SALAZAR*
RAIMA RUJANO ROQUE**
GLADYS E. MAESTRE**

*Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
romeros@cantv.net

** Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. Laboratorio de Neurociencias. Instituto de Ciencias Biológicas. Se agradece al personal auxiliar que participó en la investigación; Lic. Denice Romero y Soc. Leivy Linares.

Este artículo constituye un producto del Programa de Formación de Investigadores en Genética de Trastornos Hereditarios Comunes en Venezuela, dirigido por la Dra. Gladys Maestre.



Rafael Coronel