



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO.

Monografía

Homo-demens.

Orígenes , Estigma y Tratamiento de las Demencias tipo Alzheimer en el Uruguay

Tutor: Prof. Agdo. Robert Pérez Fernández.

Cristian Olivera Santa Cruz

C.I: 4.926.797-6

Montevideo, Julio 2014.

ÍNDICE.

Resumen.....	3
Agradecimientos.....	4
Introducción.....	5
Orígenes: Demencia, Modernidad, Medicalización y Sociedades.....	6
El Estigma en la demencia.....	10
Tratamientos.....	14
La psiquiatría y la locura.....	14
Desen-rollando el Alzheimer.....	17
Tratando con los Tratamientos.....	19
Farmaco-logía y DTA.....	20
Tratamientos no Farmacológicos.....	23
Los Tratamientos de las Demencias en el SNIS.....	25
Conclusiones.....	27
Referencias Bibliográficas.....	30

Resumen:

En la actualidad las demencias afectan -aproximadamente- a 36 millones de personas en el mundo y se espera que éste número se duplique en los próximas décadas. Nuestro país no es ajeno a ésta realidad y además se encuentra entre los países más envejecidos del continente. Se espera que la tasa de adultos mayores con demencia se incremente en los próximos años, lo que implicará un desafío para el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a la hora de responder a la demanda tanto en servicios de salud como en seguridad social.

En el presente trabajo se abordan las concepciones neuro-fisiológicas-positivistas y los modelos bio-médicos, que actualmente diagraman la realidad de las personas con demencias y sus familiares. Enfoques que contribuyen en la producción de sentido y en la construcción del estigma social, que hoy se convierte en una de las principales barreras a la hora de intervenir en las Demencias.

El siguiente ensayo – a demás-, describe los tratamientos existentes a la hora de intervenir en personas con demencia. Estos se dividen en dos grandes líneas: por un lado los tratamientos farmacológicos -que son la línea dominante en nuestro país- y por otro los tratamientos no farmacológicos -en un segundo plano-. Buscaremos explicar los motivos (sociales, culturales y económicos) de ésta realidad, a través de la producción de sentido -posible y coherente- de los hechos del pasado y del presente.

Palabras clave: Demencias, Medicalización, Estigmas y Psicofarmacología.

Agradecimientos:

Primero quisiera agradecer a mis padres, hermanos y amigos que me acompañaron en los distintos procesos de mi vida. En segundo lugar, a mis compañeros de carrera, aquellos que elegimos éste camino, ésta vocación, aquellos con los que compartimos mates, horas de estudio, alegrías y frustraciones. En tercer lugar, aquellos docentes -desde primaria hasta la Universidad- con lo que tuve el orgullo de compartir éste proceso, aquellos que más allá de las teorías, me enseñaron a pensar y sentir. En cuarto lugar, a mis compañeros de Tutorías, con los que compartimos éste último tramo crucial en nuestra carrera (y quizás en nuestras vidas); además de agradecer a Robert Pérez por su ayuda, por sus consejos y -sobre todo- por su paciencia.

A todos ellos, gracias. Sobre todo a mi compañera de ruta, Nadia, a la que conocí en la facultad, con la que compartí éste proceso y con la que tengo el placer de compartir mi vida.

Introducción.

El siguiente trabajo pretende analizar las demencias tipo alzheimer en el Uruguay, desde los orígenes históricos, pasando por la instalación de un modelo biomédico -aún hegemónico en la Medicina actual- que insta una perspectiva neurofisiológica de las demencias, que influye en su producción de sentido y en sus Tratamientos.

Por otra parte, se intenta describir los estigmas sociales que construyen sentido en torno a las concepciones de salud mental, que marcan un obstáculo que deben enfrentar las personas con demencias y sus familias.

Con respecto a los tratamientos en las personas con demencias (PCD) trataremos los siguientes puntos: la influencia de la psiquiatría como rama de la medicina, encargada de la salud mental de las personas. También desarrollaremos las concepciones sobre la enfermedad de Alzheimer desde su descubrimiento. En la misma línea abordaremos los tratamientos en las personas con enfermedades mentales-"locura"-, en donde visualizaremos una continuidad-a pesar de sus transformaciones- de los tratamientos dirigidos al cuerpo, atravesando por los tratamientos farmacológicos y los tratamientos no farmacológicos en las Demencias tipo Alzheimer(DTA).

Además, el siguiente ensayo tiene una parte empírica en donde, a la luz de los conceptos desarrollados, se analizarán algunos datos emergentes de la investigación de "Trayectorias de atención en personas con demencias en el Sistema Integrado de Salud del Uruguay. Prácticas y cuidados en salud mental" (Pérez, 2013a). Básicamente me enfocaré en un par de preguntas del cuestionario en donde aparecen los tratamientos recibidos durante y después del diagnóstico, incluso los tratamientos alternativos a los que se puede acceder, lo que proporcionará datos para las conclusiones.

El presente trabajo buscará aportar a responder las siguientes preguntas:¿cuáles son los paradigmas y los enfoques en los que está inmersa la medicina actual?¿cómo inciden en los abordajes que se realizan de las demencias?¿qué es el estigma, de dónde parte y cómo repercute en las personas con demencia?¿cuál es el tratamiento que mayoritariamente se indica en las personas diagnosticadas con demencia tipo Alzheimer a nivel nacional?¿por qué?

Orígenes

En el siguiente análisis pretendo recorrer algunas líneas que se despliegan de la temática “Demencias tipo Alzheimer”, en donde se plantean algunos puntos cruciales para entender la situación de las personas con demencia en la actualidad. Primero pienso que es necesario buscar en los orígenes históricos de las demencias para conocer más acerca de la enfermedad, desde el ejercicio de una “función historizante” al decir de Najmanovich (1995), entendiendo ésta como la capacidad humana de dar sentido al pasado, revisando los registros arqueológicos de un tiempo anterior, produciendo nuevas narraciones, uniendo cabos, buscando respuestas y nuevas preguntas, que nos permita producir sentido-posible y coherente- en nuestro navegar histórico.

En ese sentido nos interesa conocer los distintos devenires en los procesos de enfermedad y los tratamientos en salud mental, los modelos de intervención existentes y de dónde surgen los estigmas en torno a la enfermedad. Para ello es importante repasar brevemente el proceso de “medicalización de la sociedad” en nuestro país, cómo emerge el médico y su protagonismo en el campo de la salud, a la vez que analizaré la relación de esto con los efectos de la Modernidad y la instalación de las sociedades disciplinares, las instituciones en donde se asilaba la locura y el posterior paso a una Sociedad de Control.

Demencia, Modernidad, Medicalización y Sociedades.

Demencia deriva del latín *de-mentis* que es traducido como “perder la mente”. En particular dicha palabra fue usada para definir la pérdida de memoria, así como también los estados de locura. Por más de dos siglos pesó sobre ella una característica negativa, conocida como “dementia, amentia, fatuitas, stupiditas, morosis”. Fue de todas las enfermedades la más cercana a la locura y su negatividad radicaba en el desorden, la descomposición del pensamiento, el error, la no-razón y no verdad (Foucault, 2004).

En sus orígenes, el grupo de las demencias tenía sus respectivas variedades como la aguda, la crónica y la senil. La demencia definida en un principio como “una afección cerebral, ordinariamente sin fiebre y crónica, caracterizada por el debilitamiento de la sensibilidad, la inteligencia y la voluntad”(Foucault, 2005), era considerada como una “parálisis de espíritu”, “una abolición de las

facultades de razonar". Existió a lo largo de la historia una constante asociación de la demencia con la "estupidez", así como también con la "idiotéz" y la "tontería" (Foucault, 2004).

En la Modernidad, la locura pasará a ser vista como peligrosa, siendo los locos acusados de vivir en una realidad paralela, de atentar contra lo real, contra el orden de las cosas. Pronto se pondrán a disposición teorías explicativas para la locura: los nervios, los vapores, las membranas del cerebro e incluso las malformaciones encefálicas. Mientras tanto los dementes que antes en Europa llenaban los navíos, comenzaban a colmar los "Hospitales Generales" donde eran condenados al encierro como antes lo eran los leprosos.

En nuestro país durante gran parte del siglo XIX no existían establecimientos específicos para la locura. Las personas con trastornos mentales residían en los "Hospitales de la caridad", en casa de sus familias e incluso en la calle, abandonados a la suerte, sobreviviendo con lo poco que las personas podían brindarle como dinero, comida y ropa.

A comienzos del siglo XX y con el nacimiento del "nuevo hombre" se van a negar los discursos de la locura, del profeta, de los diferentes. La sociedad del novecientos prestó una atención minuciosa al cuerpo, pero a la vez éste hombre amó y temió al mismo, y "lo escucho con miedo reverencial ya que se le reveló como fuente de placer, goces, sorpresas, deseos ingobernables, vergüenza, dolores y muertes"(Barrán, 1995:279)

El descubrimiento del valor del cuerpo va a ser fundamental para la implementación de políticas de salud, poniendo especial atención al riesgo de la enfermedad y las epidemias. Se trabajó con el fin de disminuir las pérdidas en estos ámbitos, motivo por el cuál el Médico iba a cumplir un rol clave en la producción del país, garantizando -a través la medicina- la salud de los trabajadores, así como también la educación higiénica para toda la población. El médico no sólo se convirtió en el encargado de la salud del cuerpo y la mente, sino que además, era el único individuo pertinente en legislar sobre la salud mental y física de las personas, se convertiría en el nuevo juez de la razón.

Esto marcó el fortalecimiento de la "clase médica" así como también el "*endiosamiento*" del médico, junto con el "ejercicio de poder, la soberbia del saber y la solidaridad absoluta entre ellos" (Diaz Berenguer, 2013: 223). En pocas palabras: "La verdadera ciencia del hombre era la medicina, por lo cual los médicos eran los "apóstoles" de la nueva teoría de la salvación personal y colectiva." (Barrán 1992:197).

El ascenso de la clase médica, se encuentra ilustrado en el discurso de Francisco Soca dirigido a los estudiantes de medicina en 1916: "Los médicos que cumplen así con su noble destino

merecen de la sociedad los más grandes homenajes. Esta debe colocarlos y los coloca entre las más bellas figuras humanas, aquellas ante quienes todos se inclinan, aquellas que deben inspirar e inspiran las devociones más filiales y más hondas”(Barrán, 1992:106-107).

La medicina no sólo emanó del saber científico sino de una cultura que la asumió como un nuevo régimen de verdad, poniendo fin a la barbarie, produciendo un nuevo tipo de sensibilidad, una nueva moral en donde el cuerpo, la muerte y el dolor van a tomar una trascendencia que hasta la época no tenían. La construcción del “hombre moderno” va a caracterizarse por su disciplina y por su producción.

Como bien nos dice Alvaro Diaz Berenguer(2013), la jerarquización del saber científico asociado al disciplinamiento social en materia de salud, trajo consigo ciertas formas de castigo, así como también interferencias profundas en la sexualidad, cambios conceptuales de la locura y las enfermedades. Todo esto asociado a un cambio en la sensibilidad de las personas así como también una transformación en la producción subjetivante que marca la instalación de un nuevo paradigma, y con él, nuevas maneras de pensar-se y nuevas maneras de sentir-se.

La Modernidad va a permitir un nuevo ordenamiento. Las “sociedades disciplinares” consistirán en “hacer vivir o dejar morir”. El control de los organismos se vuelve más rígido, se hace uso de las Instituciones totales. Lo a-normal va a ser encerrado para rehabilitarlo y -por sobre todo- para mantenerlo alejado.

En éste período, la diagramación de la vida de las personas en las instituciones van a tomar mayor visibilidad: cuando nacemos estamos en la familia, crecemos y vamos a la escuela, luego al trabajo, si nos enfermamos al hospital, si robamos a la cárcel y si enloquecemos al manicomio. Cada institución con lógicas diferentes, cada vez que entramos a una ya no estamos en la otra, y así sucesivamente. Además las sociedades disciplinares se sirven de nuevas tecnologías con el objetivo de efectivizar el control de las personas, al menor costo (Deleuze, 1999).

La producción subjetivante de la época apunta hacia una nueva mirada, si antes el castigo se hacía en las mazmorras o en la oscuridad, ahora es necesario la visibilidad, la luz, el ejercer el poder de “ver sin ser visto”, por lo que se hace uso de nuevas herramientas arquitectónicas como el Panóptico, crucial en la construcción de manicomios y cárceles (Foucault, 1989).

El nacimiento de las instituciones totales como el Manicomio-en palabras de Goffman- se debe a la instauración de la sociedad disciplinar, que perseguía el fin de recuperar al desviado o al alienado. Lo cierto es que los tratamientos terapéuticos daban pocos resultados y depositaban en los manicomios a los enfermos que terminaban en condiciones peores de las que entraban.

Goffman enumera -a grandes rasgos- cinco grandes grupos de instituciones totales. En el primer grupo se encuentra la institución al cuidado de las personas incapaces e inofensivas (como ciegos, ancianos, huérfanos, entre otras); el segundo grupo, encargado del cuidado de las personas que no pueden cuidarse a sí mismas, que son una amenaza para la comunidad (hospitales para enfermos infecciosos, psiquiátricos y leprosos). El tercer grupo es el organizado para proteger a la comunidad de quienes representan un peligro (las cárceles, campo de concentración, etc); los del cuarto grupo corresponden a instituciones que están destinadas al cumplimiento de una tarea de "carácter laboral" (como los cuarteles, escuelas, barcos, etc); y por último, los concebidos como "refugios del mundo" para los religiosos (entre ellos conventos, monasterios, claustros, etc) (Goffman, 1994).

Según ésta clasificación podemos encontrar al Manicomio en el segundo grupo, aunque podemos llegar a la conclusión que la locura también puede ser encerrada en el tercer grupo.

Hoy en día, como bien dice Deleuze (1999) pasamos de "las sociedades disciplinares" a las "sociedades de control". Esto involucra un cambio en la producción subjetivante de la sociedad, además de un control continuo y excesivo, constituyéndose en una reorganización de los modos de pensar, de vivir y de sentir. Somos sujetos de la "sociedad de control", nuestra realidad consiste en ser funcional, en consumir, incluso en sobrevivir, estamos sujetos a esta nueva era. Nuestros cuerpos son controlados por cámaras, tarjetas de créditos, de acceso y de todos los tipos, incluso por psicotrópicos.

Para entender la sociedad actual, sus lógicas y su pasado, todo a través de una interpretación de la historia, es necesario producir una narración historizante, una producción coherente y relativa de la historia, que no pretende ser la única-ni absoluta-, al contrario, para que nos ayude a comprender los acontecimientos desde la subjetividad. Así podremos problematizar acerca de la fuerte influencia psiquiátrica en la atención de la demencia, sobre todo en la utilización del tratamiento farmacológico como "línea principal". También buscando respuestas y explicaciones en la instalación de la medicina como "ciencia del hombre", cristalizada en nuestro país a través de el proceso de "medicalización de la sociedad" que bien describe Barrán.

Por otra parte, es necesario mencionar que la hegemonía de las terapias multidroga y los tratamientos ambulatorios puede tener su explicación dentro del cambio de "sociedades", dentro de lo que conocemos como "sociedades de control". Las instituciones de las "sociedades disciplinares" -en palabras de Deleuze- se encuentran en crisis, esto puede entenderse en la creciente desmanicomialización de la salud mental. De todas maneras, en las actuales sociedades de control, aparece una nueva versión de los métodos de encierro: si antes se encerraba a los locos con chaleco

y dentro de los muros del manicomio, hoy se hace en un cuarto de la casa familiar bajo los efectos del chaleco químico, así como también se les asila en las nuevas -y costosas- residenciales de ancianos.

Por último podemos decir que gran parte del estigma que existe sobre las demencias, se debe a cierta repetición de lógicas sociales que tienen como fin la exclusión de “lo anormal”, de lo “enfermo”. Si antes se segregaban a la locura como símbolo de anormalidad, hoy se estigmatiza a la persona con alzheimer como símbolo de irracionalidad. La racionalidad de la lógica moderna aún impera con mucha fuerza, el estigma que se aplicaba al loco también se aplica al demente, así como también a toda persona considerada como diferente.

El estigma en la demencia.

El término estigma fue creado por los griegos. Originalmente este concepto se vinculó a la identidad social, aludiendo a los símbolos corporales y marcas en la piel que de alguna manera indicaban que una persona era corrupta, espiritualmente deshonrada, a la que por ende debería evitarse y excluirla de los lugares públicos. Según Goffman (2010) existen tres tipos de estigma, el primero vinculado a las “abominaciones del cuerpo”, que incluye todo tipo de malformaciones corpóreas, muy relacionado a la monstruosidad de Foucault(2000). El segundo refiere a “los defectos del carácter del individuo” asociados a la variedad la falta de voluntad, pasiones antinaturales o tiránicas, perturbaciones mentales, adicción a las drogas, desempleo, entre tantas otras. Por último, “los estigmas tribales”, así como también “de raza y religión”, en donde se descalifica por el miedo al contagio y a la transmisión de la enfermedad.

Por lo tanto podemos encontrar a la demencia dentro del segundo tipo, relacionando al alzheimer como una enfermedad que implica perturbaciones mentales. También podemos relacionarlo con los denominados “estigmas tribales”, ya que durante mucho tiempo -e incluso en la actualidad- dentro de algunas culturas la demencia fue -y continua siendo- un trastorno espiritual (Batsch y Mittelman, 2012).

El estigma no se va a quedar en la descripción corporal, también va a existir la estigmatización de las personas que a pesar de que no tener ningún tipo de registro, marca o cicatriz van a ser segregadas, se los va a clasificar como “desacreditables”, mientras -en oposición -los que si padecen de estigmas corporales serán nombrados como “desacreditados” (Goffman, 2010).

Hace unos siglo atrás, las personas estigmatizadas eran confinadas al encierro para “la

protección de la salud pública”, pero luego fueron evolucionando en formas de asilar más comunitarias como “colonias de enfermos” o “sanatorios”. Por último se puede ver tras la aparición de “terapias multidrogas” la imposición del tratamiento ambulatorio, que es en definitiva un retorno al hogar (Romero Salazar, 2001).

Si antes los locos era reclusos por sus familiares en Manicomios como forma de protegerlos de ellos y a la sociedad, hoy los enfermos vuelven al hogar. Sin embargo, la estigmatización continúa siendo una realidad para las personas que padecen enfermedades, ya que aún hoy sigue vigente la segregación al enfermo mental. Si bien es cierto que muchas personas han cambiado su perspectiva en torno a estas afecciones, hoy enfermedades como las Demencias continúan siendo estigmatizadas. Siempre al margen de los principales planes en Salud Pública, con discretos fondos económicos para la investigación y el tratamiento (salvo los financiados por la industria farmacéutica). Además el padeciente deben superar el silencio, la negación y las percepciones negativas que ofrece un sistema de creencias en base a un estigma social, reforzando así varios efectos propios de la enfermedad (Batsch y Mittelman, 2012).

Otro concepto importante que nos aporta Goffman (1994) es el de “carrera moral” que describe de alguna manera- el camino que debe recorrer los enfermos una vez realizado el diagnóstico, que no solo le terminan indicando a dónde debe dirigirse, con qué profesional debe atenderse, sino que también el estigmatizado esta en pleno proceso de aprendizaje, aprendiendo a “ser diferente”. Mientras por el otro lado, enseña al resto de la sociedad -denominada normales- a estigmatizar, aprendiendo a inhabilitar y asilar a los enfermos.

A la constante asociación entre demencia y locura, se le suma el estigma de la vejez -o viejismo-. Si bien es cierto que predominantemente las personas mayores de 65 años tienen mayor posibilidad de padecer una demencia, si además le agregamos que cada 5 años la posibilidad de adquirirla se duplica, se corre el riesgo de interpretar estos datos como que la vejez es un sinónimo de demencia. Estas falsas concepciones lo que hacen es retrasar las intervenciones tempranas con estas personas, lo que permitiría revertir algunos síntomas y combatir la enfermedad.

Si bien es cierto que en la vejez -como todas las etapas de la vida- las personas deben enfrentar cambios fisiológicos, psicológicos y cognitivos importantes, es falso que necesariamente los cambios sean negativos como lo afirman Arango y Fernández (2003). Estos autores plantean que la vejez es un fenómeno incontrolable e inevitable y que es frecuente que los adultos mayores vivan situaciones de pérdidas de seres queridos-como sus parejas o personas cercanas-, así como también problemas de salud, hospitalización, etc. Es por esta situación que (según estos autores) se convierten en personas de riesgo para adquirir enfermedades como las demencias tipo Alzheimer

(DTA).

Sin embargo, la evidencia científica no aporta pruebas concretas acerca de que las situaciones de duelo o estrés estén relacionadas a la enfermedad de Alzheimer. No todas las personas que sufren estos acontecimientos cotidianamente desarrollan la enfermedad, tampoco todos los adultos mayores la padecen, por lo que no podemos caer en ciertas generalizaciones. La realidad indica que las personas con DTA son estigmatizadas y generalmente ocurre que éste estigma se hace más severo porque las demencias son asociadas con la vejez, que también se encuentra estigmatizada (Batsch y Mittelman, 2012).

Existen ciertas lógicas estigmatizantes que funcionan con naturalidad y que de alguna manera son parte de la enfermedad. Disfrazadas en enunciados como “aquella es la familia del loco” o “esa es la madre del drogadicto”, la segregación a la “familia de...” siempre resultó una medida operativa que permite al estigmatizador separar “la paja del trigo”.

Si pensamos en la enfermedad de Alzheimer como una afección que no solo padece el individuo sino todo el dispositivo familiar, podemos llegar a concluir que existe un “co-estigma” o “estigma por asociación” que padecen las personas con demencia y su entorno, que no solo carga con su estigma de “el loco”, sino que también carga con el peso del estigma familiar (Batsch y Mittelman, 2012; Moreira et al., 2010).

Muchas veces el espacio familiar funciona como iatrogénico y se niegan a aceptar la demencia. A veces se prefiere pensar en que es una “enfermedad de la edad”, o tomarla como una invalidez crónica, en donde la persona ya no puede hacer nada, ni siquiera sentir. Es muy típico que los familiares de personas con demencia se sientan avergonzadas por su conducta, pierdan recurrentemente la paciencia e incluso le hablen de mala forma. Además es muy común que los mismos cuidadores desacrediten los aportes de las personas con Alzheimer en las reuniones familiares, con frases como “esta chocheando”, “no le hagas caso” o “seguile la corriente”. La pérdida de derecho sobre su cuerpo, de la categoría de sujeto, en donde éste se des-personaliza y se vuelve un objeto, es así que la persona queda anulada.

Es importante remarcar la existencia de la “dementización de los vínculos” (Pérez, 2013b) que producen dentro de la lógica familiar cambios en la comunicación -volviendo ésta más estereotipada- así como también cambios de roles en la familia. Estas irrupciones no contribuyen de manera positiva en el desarrollo de la patología, por lo general, hacen todo lo contrario. Afloran además antiguos pactos de silencios que provocan una represión afectiva que en muchos casos son transmitidos trans-generacionalmente.

Para evitar el estigma necesitamos un cambio subjetivo en torno a la consideración de la enfermedad mental. También un mayor compromiso social con las relaciones que se dan entre las personas, sus familias, los profesionales y la sociedad, pero además es importante la implicación de las políticas públicas en torno a la enfermedad.

La importancia de la política -como dimensión- en materia de salud es crucial. Un cambio en las políticas públicas ayudaría a cambiar ciertas lógicas instaladas en el ámbito de los tratamientos en la demencia, que al día de hoy se encuentran básicamente bajo la intervención de neurólogos y psiquiatras, además del tratamiento farmacológico como línea dominante para tratar la patología.

Tratamientos.

La psiquiatría y la locura

Desde su nacimiento la psiquiatría buscó las razones biológicas del trastorno, construyendo un saber racional sobre la locura que siempre se presentó como un fenómeno difuso y confuso. En occidente hace más de dos siglos se cree que los locos son enfermos, poseedores de patologías que alteran su salud, y de esta perspectiva-racional y científica- somos culturalmente subsidiarios. Sin embargo, esta perspectiva Moderna y Positivista tiene sus miserias, ya que junto a la nosografía nació el Alienismo y sus instituciones, lugar de salvación y de grandes horrores para la humanidad (Viñar, 1996).

Después de la revolución Francesa y con el Alienismo -Pineliano-, los manicomios dejaron de ser lugares de asistencia social y filantropía, para convertirse en un sitio donde impera lo terapéutico -sobre todo a nivel de tratamiento moral-. Va a prevalecer la idea de que “al loco hay que curarlo”, pero solo puede curarse si se le mantiene encerrado. El aislamiento era considerado un factor clave en la producción de conocimiento, así las instituciones médicas -sobre todo los hospitales generales y manicomios- serán tomados como laboratorios, en los locos y los pobres se experimentaban las drogas y los tratamientos novedosos, el ensayo y el error (Barrán, 1993).

En nuestro país, los alienistas de la época oscilaban entre dos modelos nosográficos para explicar la enfermedad mental. Por un lado el esquema organicista que buscaba el origen de la enfermedad en lesiones cerebrales o físicas, y por otro, una visión de carácter moral y social que explicaba el desorden por la existencia de un terreno social patógeno en el que habita la persona. La escuela uruguaya se inclinaba por ésta última, aunque en recurrentes ocasiones buscaba explicaciones en lo hereditario y lo impuro (Duffau, 2013).

La sociedad del siglo XX le asignó a la psiquiatría (como rama de la medicina) la lucha contra la locura, pero además, este cambio paradigmático influyó en la invención del “nuevo loco”, que en palabras de Barrán (1995) será “la imagen del burgués puritano invertido”. Todo lo que estaba por fuera de esta lógica y desafiara los valores establecidos pasaría a ser a-normal, por lo tanto, peligroso para la sociedad. La locura pasaría al orden de la sin-razón, el psiquiatra positivista iba a negar todo sentido del discurso del loco, esto le permitiría tranquilizar a los cuerdos y al Poder. El loco iba a quedarse sin voz y sin nada que transmitir, ni siquiera sus quejas.

El incremento de los enfermos en los manicomios, el avance de lo patológico y de la locura,

fueron fruto de la Medicalización en nuestra sociedad. Es así que los diagnósticos de histeria -en las mujeres- y neurastenia- en los hombres- cada vez se hacían más frecuentes. Así el nacimiento de las sociedades disciplinares en nuestro país concentraba su poder en el control de los cuerpos, de la sexualidad y en el gasto de energía.

En el siglo XX los hospicios para Alienados multiplicarán la cantidad de internos, allí se depositará lo que no se puede adaptar, lo irracional y la animalidad, la imagen del Alienado-que significa volverse otro- como símbolo de miedo y objeto de discriminación (Amarante, 2007).

No podemos dejar de mencionar al psiquiatra Franco Basaglia - fundador de la psiquiatría democrática-que se refería a que tanto el manicomio como la cárcel persiguen como finalidad principal la protección de la sociedad de aquellas personas que se desvían de la norma. Así como la cárcel no rehabilitaba a los presos, el manicomio no rehabilitaba a los locos, el encierro como símbolo de la violencia institucional a la que se sometía a los a-normales. En el fondo de estas instituciones cerradas subyace la ideología punitiva, quedando en un segundo plano la ideología curativa, el castigo y lo ejemplarizante para que la sociedad comprenda lo que le corresponde en caso de cualquier desviación (Basaglia, 1986).

Poco tiempo después de finalizar la Segunda Guerra Mundial-sobre todo en Europa- la sociedad va a descubrir la vida de las personas que se encontraban en sus hospicios, y que su realidad no se diferenciaba mucho de las personas que pasaron por los campos de concentración. Es ahí que van a comenzar a aparecer nuevas reformas psiquiátricas para hacer frente a la dignidad humana de la que carecían sus enfermos y una de las tantas emergentes va a tener que ver con la aparición en el campo de la denominada "anti-psiquiatría". Este movimiento que nació en Inglaterra, tiene como psiquiatras fundadores a David Cooper y Ronald Laing. Estos comenzaron a darse cuenta -rápidamente- que por más que intentaran con la implementación de experiencias de Comunidad terapéutica y Psicoterapia Institucional, no conseguirían transformaciones debido a que los locos eran víctimas, no solo de la institución psiquiátrica, sino también de una sociedad -incluyendo a sus familias- que los marginaba.

La anti-psiquiatría propone comprender la experiencia patológica del individuo, tanto cuando su cuerpo o su mente se enferman, además de comprender las relaciones patológicas establecidas entre él y la sociedad. Por otra parte, criticaban duramente el hecho que la psiquiatría tomara algunos principios naturales y que éstos fueran traspuestos a las ciencias humanas, ya que muchas veces lo científicamente correcto, puede llegar a ser éticamente incorrecto (Amarante, 2007).

La Medicina como disciplina científica ha cimentado sus avances con los aportes que le otorgaron las ciencias físicas y las biológicas. Sin embargo, no sucede lo mismo con la psiquiatría que a pesar de los aportes de la revolucionaria Psicofarmacología -y sus grandes inversiones económicas- continúa en tela de juicio. La disciplina psiquiátrica y sus discursos han sido durante décadas cuestionados en todo el mundo. Su posición positivista aún sigue en pie y ha tomado impulso. El uso de drogas en la vida de las personas cada vez es más común, incluso parece natural que las personas tomen a diario anti-depresivos, ansiolíticos e incluso anti-psicóticos.

En pocas palabras, perseguir el absolutismo ontológico, la ilusión positivista de la objetividad del conocimiento, no solo nos aleja de la experiencia del sufrimiento, también nos vuelve extraños y ajenos al mismo. Se abandona el respeto a la complejidad de los fenómenos como a lo ininteligible, bajo la idea de la eficacia de la droga para alterar la experiencia (por ejemplo: el sueño, la tristeza, la ansiedad, el delirio,etc) , renunciamos al verdadero desafío del conocimiento, hacer comprensible lo incomprensible (Galende, 2008).

En la denominada “década del cerebro” (1990-2000) se marcó un cambio en las concepciones de las enfermedades mentales. Las grandes inversiones en el campo científico permitieron en países de primer mundo un avance en el campo de las neurociencias que se profundizarían en el siglo XXI. En cuanto a la producción de conocimientos, se lograron identificar varios circuitos de funcionamiento cerebral, así como también componentes moleculares y genéticos. De todos los avances de la neurociencias, quizás el más importante de ellos sea en el plano político, cristalizando la ofensiva del paradigma Biologicista del cerebro; dos de sus mayores referentes como Thomas Insel y Remi Quirion plantean que la psiquiatría debe dar un giro hacia las concepciones biologicista de la mente y proponen que en un futuro-tantos los psiquiatras como los neurólogos- deben convertirse en “neuro-científicos clínicos”(Pérez, 2009).

La psiquiatría positivista encuentra en las neurociencias una nueva mirada biologicista que pretende ser hegemónica. Estas lógicas políticas apuntan a una reivindicación de los modelos biomédicos en salud mental, impulsando nuevas teorías del funcionamiento cerebral, que en definitiva refuerzan las concepciones de la demencia como una enfermedad neuropatológica.

Desenrollando el Alzheimer.

Desde que el neuro-psiquiatra alemán Alois Alzheimer(1907) reveló tras un estudio post-mortem la existencia de placas seniles, ovillos neurofibrilares y cambios arterioescleróticos cerebrales, la enfermedad de alzheimer va a existir como tal. A partir de éste descubrimiento Kraepelin introducirá la enfermedad en sus manuales de psiquiatría-1910-, considerándola como una modalidad agresiva de la demencia senil. Recién en la década de los 70 que la enfermedad de alzheimer y la demencia senil serán consideradas por la medicina como patologías separadas (Martorell, 2009).

Según los manuales, en estas patologías la intensidad del deterioro, se alcanza cuando la persona olvida su ocupación, su grado de escolarización, así como también los aniversarios, se olvida de sus familiares y/o en ocasiones incluso hasta su propio nombre.

Si bien en la actualidad existen aproximadamente 36 millones de personas con demencia en el mundo, la realidad de éstas es muy diferente. En las personas que viven en algunos países del primer mundo en donde existen políticas públicas de abordaje (tales como las “comunidades amigas de la demencia”) la dignidad de vida crece considerablemente. Sin embargo, en países de menos recursos todavía las personas no pueden acceder siquiera al tratamiento farmacológico. En muchas ocasiones terminan siendo asilados en instituciones o simplemente escondidos en casas de familia(Batsch y Mittelman, 2012).

Es importante remarcar que gran parte de la literatura existente tiene su enfoque en la demencia como una enfermedad neuropatológica, que se define -en grande rasgos- como un “síndrome” debido a una “enfermedad del cerebro” en el que se da un “déficit en múltiples funciones corticales superiores, como la memoria, el pensamiento, el cálculo, la comprensión, el aprendizaje y el juicio”. Generalmente es una enfermedad crónica y progresiva.

Estas concepciones sobre la Demencia son productoras de sentido, enquistándose en el imaginario social de todo el dispositivo familiar, poniendo en riesgo los aspectos vinculares y sociales de las persona con Alzheimer generando un “exceso de discapacidad” o “sobrediscapacidad” que acentúan los efectos de la enfermedad que luego no pueden explicarse sólo a través de las lesiones cerebrales (Pérez, 2013b).

En la perspectiva neuropatológica existen actualmente dos campos de acción, uno es el diagnóstico y otro el tratamiento. En torno al primero, principalmente el diagnóstico precoz, en los últimos tiempos se ha notado un avance gracias al desarrollo de nuevas tecnologías (como los marcadores biológicos y la neuroimagen). En tanto al tratamiento, la opción más elegida y la que

más se ha desarrollado es la farmacología que a pesar de los modestos resultados de su aplicación a las personas con enfermedad de Alzheimer, continua siendo habitual en la recomendación médica (Pérez, 2013b)

En cambio desde una perspectiva integral, una demencia es una compleja construcción histórica que culmina con una desorganización de un grupo colectivo al menos en cinco planos: somático, cognitivo, psicoafectivo, psicosocial y socio-cultural-histórico. En este modelo cada plano tendrá múltiples impactos en cada integrante del grupo afectado, provocando que uno de los sujetos emerja como “depositario” de esta situación (Berriel y Pérez , 2007).

Aunque la afección de cualquiera de estos cinco planos contribuye a la progresión de la enfermedad, el plano somático continua siendo el de mayor importancia para la mayoría de los profesionales de la salud, no teniendo en cuenta los otros planos que hacen a la persona y a que ésta pueda llevar una vida digna, sobre todo en las etapas más avanzadas de la enfermedad.

Por otra parte, es común que se asocie las demencias con la depresión, las personas con demencia en muchos casos presentan síntomas relacionados con los trastornos de ánimo (por ejemplo: ansiedad, irritabilidad, tristeza, aislamiento), pero sin embargo, el origen de algunos síntomas depresivos no están muy claros. Muchos investigadores manejan que la depresión es un estado propio de la demencia, ya que su sintomatología es mayor en las personas con demencia (Arango y Fernandez, 2007), sin embargo, todavía existe la dificultad para delimitar los síntomas intrínsecos de la demencia y de la depresión.

Analizar los tipos de tratamientos existentes nos permitirá problematizar la hegemonía de los tratamientos farmacológicos por sobre los tratamientos no farmacológicos, comparar cuantitativamente y cualitativamente cada uno, criticar el uso deliberado de los medicamentos, buscar modelos alternativos, multidimensionales, que mejoren la dignidad de vida de las personas con Alzheimer, así como también, incluir el tratamiento con (y de) sus familiares.

A raíz de esto surgen varias preguntas ¿Qué tan hondo caló la concepción de la DTA como una enfermedad neuropatológica? ¿Cómo se escapa de esa concepción? ¿Se puede pensar que en los próximos años esta realidad se pueda cambiar? ¿Se buscaran alternativas al tratamiento además de la intervención farmacológica? ¿más allá de las diferencias económicas que existen entre tipo de tratamiento y en otros, es solo una cuestión de costos o es también de Poder?

En definitiva aún queda un largo trecho por caminar, recién comienzan a discutirse estas cuestiones. Hoy en día existe en el mercado una variedad de psicotrópicos, algunos de última generación, otros que se reciclan y cambian su uso a medida que aparece una nueva patología. La

hegemonía de la perspectiva neurofisiológica-positivista en salud mental asegura que ciertos tratamientos-como los farmacológicos- que se convierten en un gran capital para los laboratorios, así como un campo de saber-poder (en palabras de Foucault) para la disciplinas “Médicas”(neurólogo, psiquiatra, etc), resistiendo todo tipo de reivindicación integral, negando la inclusión de nuevas perspectivas, que en definitiva amenace la estabilidad de cierto “estatus quo”.

Tratando con los Tratamientos.

A comienzos del siglo XX y con la instalación de la Modernidad, en nuestro país los tratamientos hacia la salud mental siempre iban dirigidos al cuerpo. Estos eran tratamientos más autoritarios debido a que la palabra del loco carecía de todo sentido. En cuanto a los tratamientos más psicológicos se practicaba el hipnotismo, la sugestión y la persuasión.

También se utilizaban otros tipos de tratamientos como el “establecimiento médico balneario”-del neurólogo Jacinto de León- que ofrecían “balneoterapia”, además el uso de la electricidad(farádica, estática, galvánica), así como también la gimnasia(higiénica y médica), que de alguna manera resucitaban los antiguos baños de los manicomios clásicos con ropaje científico como : “duchas frías, escocesas, higiénicas, de vapor, sulfurosos, alcalinos, mercuriales, y de almidón”(Barrán, 1995)

Mientras en pleno siglo XIX comenzaba a gestarse el desarrollo de la psicofarmacología, que tiempo después va a tomar protagonismo en las instituciones psiquiátricas, los Manicomios continuarían con su práctica asilar y continuaron aplicando los tratamientos tradicionales como: la inmovilización, la silla giratoria, la inducción de náuseas y vómitos, las duchas frías y es castigo físico(Barona, 1998b citado en Torres y Escarabajal, 2005).

A pesar que largo los tratamientos han evolucionado, aún continúan dirigidos al plano somático. Se han profundizado los estudios acerca del sistema nervioso central y sus alteraciones a través del uso de psicofármacos, y como consiguen alterar funciones psíquicas a través del sistema neuro-endócrino, activando o inhibiendo algunos sectores cerebrales con el objetivo de encontrar cambios sustantivos en la persona. Sin embargo, las soluciones siempre se buscan dentro de un paradigma neuro-fisiológico.

Hoy en día, continuamos atados a los modelos bio-médicos de salud, que han calado hondo en

la sociedades occidentales de la época, a pesar de que existen otras opciones como los modelos integrales de salud; la lógica biologicista de la salud continuó arraigada a nuestra cultura y a los distintos procesos sociales. Existe además una sobre-estimación del uso de la droga (Kirsch et al, 2008) a nivel cultural, que a pesar de sus resultados poco significativos con respecto al de los placebos, siguen siendo la principal intervención en las demencias y en las distintas patologías psicológicas.

Con respecto a los tratamientos en las demencias tipo alzheimer en nuestro país se divide en dos grandes líneas: por un lado los tratamientos farmacológicos (de los que hablaremos a continuación), que han sido y son los dominantes en cuanto a los procesos terapéuticos. Por otro lado los tratamientos no farmacológicos, cuyas intervenciones han demostrado ser efectivas en el tratamiento de las demencias. Sin embargo, no han conseguido el protagonismo, ni siquiera la atención que merece de los principales actores de la sociedad, continuando hoy en día en un segundo plano (Cano, 2007; Olazarán et al.2010; Pérez, 2013b).

Farmacología y las DTA.

A lo largo de la historia de la humanidad el vínculo entre las personas y las drogas siempre fueron muy estrechos. Fuente de placer, de espiritualidad, al dominio de la mente y del alivio, muy vinculadas a los rituales mágicos-religiosos las sustancias psicotrópicas existieron siempre (Torres y Escarabajal, 2005).

La idea ahora no es detenernos en los orígenes de la farmacología, pues si bien las drogas fueron parte de los tratamientos humanos en contra de las enfermedades, no siempre tuvieron el mismo protagonismo. Hoy en día encontramos dicha tecnología en plena coyuntura, la expansión de la farmacología, sobre todo de la psico-farmacología.

En los últimos 200 años el avance de las drogas evolucionó sorprendentemente. La psicofarmacología fue y es un pilar fundamental de la psiquiatría, no solo por su crecimiento en el campo científico e innovación, sino por el posicionamiento social, que permitió la aceptación de esta rama en el campo de la medicina, pero sobre todo en la vida de las personas en lo cotidiano.

El uso de fármacos era asociado a los problemas patológicos de las personas. Hoy en día, tomar medicación es algo normal, da igual si es para dormir, para la ansiedad, para el humor, para los

impulsos o incluso para mejorar las funciones cerebrales (Lista, 2009). Niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, frecuentan las micro-narcosis que es de uso común.

La psicofarmacología es definida como:

“ una disciplina científica centrada en el estudio de los fármacos que modifican el comportamiento y la función mental a través de su acción sobre el sistema neuroendocrino. Se trata, así, de un campo del saber que tiene un marcado carácter multidisciplinario, al agrupar el interés que comparten farmacólogos, bioquímicos, psiquiatras y psicólogos por el análisis de las sustancias que actúan modificando las funciones del sistema nervioso que se manifiestan en la conducta de los individuos (Shepherd, Lader y Rodnight, 1972 citado en Torres y Escarabajal, 2005).”

La demencia como patología que afecta a todo el dispositivo familiar es una enfermedad muy compleja, en general termina afectando duramente al cuidador familiar que está a cargo de la persona con DTA, así como también sucede con cuidadores no familiares. Muchas veces la enfermedad se presenta como un obstáculo en el vínculo, así que si la persona es hiper-activa, va a seguir siéndolo a pesar de lo que esperen los familiares. En casos de abuso para sedar a la persona con demencia esto puede generar apatía, así como otros efectos secundarios no deseados, que también terminan cortando el flujo vincular de la persona, precipitándolo al aislamiento y al encierro.

El consumo de fármacos cumple un rol clave para los enfermos con ésta patología, incluso cumple un papel crucial en la demanda del paciente y de sus familiares, preponderando la droga como proceso terapéutico antes que el resto de las intervenciones.

Es muy común ver el uso de antidepresivos en la demencia, ya que durante el proceso de la enfermedad pueden verse en la persona con DTA ciertos trastornos a nivel afectivo, cuestiones que muchas veces pueden ser la causa de algunas alteraciones cognoscitiva como es el caso de la pseudo-demencia depresiva. Para los ancianos por lo general se le recomienda los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, en especial el “citalopram”, estos anti-depresores son los más utilizados y actúan de manera selectiva, lo que reduce los efectos secundarios de la droga en el organismo (Cano, 2006).

En cuanto a los trastornos de comportamiento como la agresividad, agitación, delirio, etc, en personas con DTA, se recomienda la “quetiapina”, también el uso de otros neurolépticos atípicos como la risperidona y la olanzapina. Estas son en muchos casos necesarias para algunas personas , pero sin los controles necesarios se corre el riesgo de la aparición de efectos secundarios y que los antipsicóticos sean utilizados como “chaleco químico”.

En cuanto al tratamiento farmacológico específico podemos encontrar los inhibidores de acetilcolinesterasa y los estabilizadores de Glutamato. Los primeros son quizás los fármacos mayormente utilizados en las personas con Demencias, en su variedad “Donepecilo”, “Galantamina” y “Rivastigmina” (y su uso conocido en parches). Estos medicamentos suelen ser bien tolerados, a pesar de ser inhibidores de segunda generación aún acarrear algunos efectos secundarios a nivel del tubo digestivo, aunque mucho menor que los anteriores; estos fármacos son recomendados en personas con DTA leve a moderada. Por otra parte, los estabilizadores de glutamato como la conocida “memantina” actúan sobre otros neurotransmisores, se ha comprobado su eficacia en algunas personas, sobre todo aplicada en pacientes moderados y graves en el trayecto de la enfermedad (Calo, 2006). Pese a los resultados el tratamiento farmacológico no cura ni revierte la enfermedad de Alzheimer, solo trata los síntomas (Camelia, Raposo, et al.; 2012).

Si bien existen hoy en día muchas líneas de investigación en torno a la DTA, como lo son los antioxidantes, los antiinflamatorios, los estabilizadores de membrana, los neuropéptidos, etc, aún no se han encontrado resultados alentadores. De todas maneras en tiempos de incertidumbres y crisis es necesario ampliar la mirada hacia otros horizontes, aventurarse quizás a la búsqueda de otro tipo de tratamientos, pero toda búsqueda implica una renuncia.

Es necesario poner en discusión estas cuestiones así como también el papel que cumplen en el imaginario social los psicofármacos, la sobre-estimación de sus efectos y la producción de realidad, que consigue consolidarse en una “sociedad medicalizada”-occidental, basada en un modelo bio-médico y en concepciones neuro-fisiológicas de las enfermedades mentales (sobre todo en la demencia).

Los resultados de las micronarcosis con respecto a los efectos del placebo no han sido significativos. Sin embargo, las drogas son parte de un sistema de creencias, de fantasías de curación, es por eso que a pesar de sus modestos resultados siguen siendo la demanda principal de las personas y la mayor indicación médica. A otro nivel, se encuentran instalados ciertos regímenes de verdad, existe -además- una gran máquina comercial (de las más importantes del mundo actual) e industrial como los laboratorios, encargados de producir realidades a través del marketing, así como también financiando investigaciones científicas que exploran la eficacia de los tratamientos farmacológicos y facilitando el nacimiento -o la producción- de nuevas patologías -como el caso de trastorno depresivo mayor- (Horwitz, 2011).

Si bien es largo el camino, existen métodos alternativos que han demostrado resultados muy alentadores, como los “tratamientos no farmacológicos”. Es necesario que de una vez por todas dejemos de “preocuparnos” en buscar la piedra de la locura y nos “ocupemos” de las personas que

existen detrás de cada enfermedad mental.

Tratamiento no farmacológico

Los Tratamientos no Farmacológicos (TNF) han quedado marginados a un segundo plano. A continuación, voy a tratar de aportar datos para encontrar alguno de los motivos.

Existe un larga lista de intervenciones no farmacológicas: entrenamiento cognitivo, estimulación cognitiva, adaptación al ambiente, reminiscencias, musicoterapia, estimulación eléctrica transcutánea, el uso de la luz solar o fototerapia, masajes y fisioterapia, ejercicio físico, intervenciones multicomponentes en personas con demencia, apoyo y formación de los cuidadores, sesiones grupales de afrontamiento (tanto en personas institucionalizadas como no institucionalizadas), intervenciones multicomponentes en personas con demencia y cuidadores, etc. Estas intervenciones son de tipo individual y grupal, incluso algunas se puede practicar en programas desde una computadora (Cano, 2007; Olazarán et al. 2010).

Los TNF son de bajo coste, concentrándose la mayor parte del gasto en los recursos humanos. Pero sobre todas las cosas no se necesitan costosas tecnologías de última generación. Es por éste y otros motivos que las investigaciones sobre las TNF carecen de fondos, porque no tienen un reembolso importante de dinero, lo que produce un desconocimiento importante sobre estos tratamientos, así como también se desconoce su utilidad y su eficacia.

Las investigaciones de estos tratamientos no proporcionan un retorno económico importante como si lo hacen los tratamientos farmacológicos, es así que se carecen de inversiones reales, cayendo la responsabilidad en pocos actores como los gobiernos, algunas fundaciones e incluso organizaciones filantrópicas (Olazarán et al, 2010).

Algunos estudios relacionados a los tratamientos farmacológicos en las personas con DTA, dicen que no existe pruebas reales de la eficacia de los TNF, sin embargo, los estudios que sí han investigado en torno a la temática de éstos comprobaron que mejoran la cognición, los síntomas conductuales, el estado de ánimo, así como también existe una mejoría significativa en la calidad de vida de las personas con Alzheimer y los cuidadores.

Si continuamos interviniendo en las demencias desde el modelo biomédico, centralizado en un

enfoque neuropatológico- positivista, donde lo único afectado es el cerebro del sujeto que padece la enfermedad, perdemos el contexto social en el que la persona está inmerso. Así se continuará avanzando en el plano biológico de la enfermedad, sin embargo los otros planos del ser humano continuaran siendo excluidos, no pudiendo dar respuestas a la “sobrediscapacidad”, y la progresiva evolución de los síntomas a pesar de las lesiones cerebrales.

Por otra parte, dentro de un enfoque psicosocial las demencias afectan a un grupo o colectivo, desde éste punto de vista las personas tiene aspectos más saludables y otros más patológicos, un sujeto nunca se considera como totalmente sano o totalmente enfermo. El curso de la enfermedad en una persona con demencia dependerá de su historia, de la cultura en la que está inserto y las producciones de sentido que el colectivo tenga en torno a la enfermedad. Para abordar la “sobrediscapacidad” en las demencias es necesario intervenciones más complejas, multidimensionales, que tengan en cuenta los distintos planos de las personas(biológico, psicológico, familiares, vinculares y de producción de sentido), incluyendo en dicha intervención los estigmas sociales, los procesos de salud-enfermedad-cuidado y la noción de sufrimiento psíquico desde un paradigma de Derechos Humanos (Pérez, 2013b).

Es importante remarcar que los mejores resultados de los tratamientos parecen encontrarse en la conjunción de los tratamientos, es necesario utilizar todos los recursos existentes para enfrentar la enfermedad del Alzheimer. Trabajar en las investigación de nuevos TNF y en gestionar una mayor inversión económica, así como también avanzar en los tratamientos farmacológicos y en la investigación de nuevos fármacos que ayuden a combatir la enfermedad.

Los tratamientos de las demencias en el SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud).

En el marco de la investigación sobre “Trayectorias de atención en personas con demencias en el Sistema Integrado de Salud del Uruguay. Prácticas y cuidados en salud mental”, en el cual “se diseña un estudio descriptivo y analítico que combina metodología cualitativa y cuantitativa” (Pérez, 2013a:13). Tomo dos preguntas realizadas a 116 cuidadores familiares de personas con demencia en varios puntos del Uruguay. Las preguntas buscan conocer los tratamientos a los que acceden las personas con demencias: ¿qué se le indicó como tratamiento?, y desde el diagnóstico ¿qué tratamiento recibió y quién se lo indicó?.

La búsqueda de estas respuestas permitirá comparar y aclarar algunos contenidos teóricos que he desarrollado durante el trabajo, sobre todo, el cristalizar: algunas ideas, diálogos, nuevas interrogantes y los materiales existentes para concluir las hipótesis planteadas en el desarrollo de la monografía.

Principales tratamientos indicados en el diagnóstico de demencia.

Ante la pregunta ¿qué se le indico como tratamiento?

De un total de 116 entrevistados en distintas regiones de Uruguay encontramos resultados contundentes: el 75 % de las personas con DTA son atendidas únicamente con tratamiento farmacológico desde el comienzo de la enfermedad, dejando solo un 25% que se divide en personas que les indicaron además del tratamiento farmacológico otros tratamientos, incluso en ese pequeño número se encuentran las personas que no han recibido ningún tipo de tratamiento .

Es importante remarcar que 3 de 4 personas en momentos iniciales de la enfermedad recibió solamente tratamiento farmacológico. Mientras por otra parte de los 116 casos, son 106 las personas que recibieron en primera instancia éste tipo de tratamiento, dejando solo 10 casos en donde las personas recibieron otros tipos de intervenciones (6 personas) e incluso las personas que no recibieron ninguno (4 personas).

Esto me permite argumentar en la práctica lo que hasta ahora venía construyendo teóricamente, comprobando que la línea dominante en el tratamiento para las personas con enfermedad de Alzheimer es el tratamiento farmacológico, a pesar de sus modestos resultados para revertir la enfermedad. Además los números nos permiten cristalizar el modelo bio-médico y la

hegemonía de la perspectiva neuro-fisiológica que gira entorno al Alzheimer, paradigma positivistas que reivindica a las demencias como afecciones meramente cerebrales, cuya única vía para combatir es a través de la psicofarmacología.

Es muy baja la indicación médica hacia el tratamiento no farmacológico, su eficacia ha sido muy cuestionada, sobre todo por aquellos que promueven los psicotrópicos como única vía de tratamiento del alzheimer y otras demencias.

En el Uruguay además nos encontramos con la peculiaridad de que son muy pocos los sitios que se encargan de los tratamientos no farmacológicos, en cierta manera las personas que buscan alternativas se encuentran con que la imposibilidad misma del recurso. Esto es muy relevante, el hecho de que existen muy pocos lugares en los que se brindan TNF, ésto nos refleja la fuerte incidencia de los tratamientos farmacológicos en nuestro país, así como también develan las concepciones neuro-fisiológicas de las demencias que se han instalado dentro de los imaginarios colectivos, que han calado hondo en nuestra sociedad y continúan reproduciéndose aún hoy.

Ante la otra pregunta: desde el diagnóstico¿ Qué tratamiento recibió y quien se lo indicó?

En esta pregunta puede verse un cambio, pero no es significativo, hay un pequeño descenso en las personas que solo continúan su tratamiento con psicofármacos (74.2%), de todas maneras se mantiene muy fuerte esta línea. En cuánto a la institucionalización de las PCD se ve un pequeño incremento, así como también en los tratamientos psicosociales y psicoterapéuticos; sin embargo, hay un descenso en las personas que no reciben ningún tipo de tratamientos.

Los datos nos muestran que hay una continuidad en los tratamientos farmacológicos, si bien aparecen algunas alternativas no farmacológicas, estas se dan -mayoritariamente- por libre albedrío de los familiares que se encuentran con entrevistas en programas de radio o televisión a los que llaman para consultar y también para pedir ayuda.

Conclusiones.

La investigación sobre Demencias nos permitió conocer los tratamientos que le fueron indicados por parte de los profesionales y a cuales realmente tuvieron acceso las personas con demencia tipo Alzheimer. En nuestro país la línea principal a la hora de trabajar con las demencias son los tratamientos farmacológicos, que solo tratan los síntomas y no revierten la enfermedad, a pesar de las grandes inversiones de los laboratorios, de los grande logros políticos y de la sobre-estimación de los fármacos, han obtenido resultados modestos a la hora de combatir la Demencia. Por otra parte, éste fenómeno se potencia debido a que los tratamientos no farmacológicos -que se presentan como la única alternativa a las terapias farmacológicas- en nuestro país son muy escasos y además se conocen poco.

Esto quizás se debe a que vivimos en una cultura “medicalizada”, en donde el rol de la medicina es muy importante. Desde el novecientos a esta parte, a partir del fenómeno descrito por Barrán como “medicalización de la sociedad”, que favoreció el “endiosamiento” del médico y de las ciencias biológicas, el ser humano es dividido en muchas partes y cada una de ella tiene su especialista. Así emerge la psiquiatría como encargada de la salud mental, que con la ayuda del geriatría -encargado del cuidado de los adultos mayores- y de la neurología -del cerebro-, van a abordar a la Demencia desde un enfoque neuro-fisiológico, desde el paradigma positivista, concepciones que continúan instaladas. La demencia es considerada por éste enfoque como una enfermedad irreversible e individual que solo puede ser tratada a través de las terapias multidrogas y las tecno-ciencias.

La sociedad occidental-capitalista, tal como la conocemos hoy, construyó una concepción de salud en base a un modelo bio-médico, marginando cualquier otro tipo de conocimiento que no sea “científico”. Desde la modernidad las distintas disciplinas han sufrido cambios importantes, sin embargo, en el campo de la salud mental solo se ha optado por una transformación en las herramientas de intervención. La psiquiatría como disciplina médica optó por el uso de la psicofarmacología como línea principal de intervenciones en personas con patologías mentales, como en el caso de las demencias tipo alzheimer. Sin embargo, los modestos resultados no hicieron desistir a la psiquiatría, de que abandonara la persecución del absolutismo ontológico-positivista.

Es así que aún hoy, los tratamientos siguen dirigidos al organismo, continúan siendo autoritarios, quizás ya no a través del castigo físico, quizás ya no a través de duchas frías. Los nuevos estudios sobre el sistema nervioso central, los neuro-trasmisores, la serotonina, la acetilcolinesterasa, el glutamato, etc; han inclinado nuevamente el problema hacia el sujeto -como hace años atrás con la locura-, condenando a las PCD a la “depersonalización”, inmovilización y al

aislamiento, convirtiendo al chaleco de fuerza en chaleco químico, ya no depositando a la persona con una enfermedad mental en el manicomio, sino en su propia casa.

Aquí puede verse el cambio de una sociedad a otra, el paso de lo disciplinar (de tratamiento manicomial) a una sociedad de control (de tratamiento ambulatorio). ¿Se dejó de encerrar a las personas con patologías mentales? No. Se superó el manicomio-en parte-, pero no el encierro. Existe un cambio en los métodos de encierro, en el mundo contemporáneo, el control del cuerpo es más excesivo, más constante, no se necesita de la óptica humana para controlar, ni las instituciones, se controla el cuerpo a través de las máquinas (cámaras, satélites, etc)-en definitiva el nuevo panóptico- y de las “micro-narcosis”.

Una de las cuestiones mas importantes para las personas con demencia es superar la “barrera cultural” que les pone la sociedad, sobre todo “los estigmas”. Si bien es cierto que se ha trabajado en la conscientización de las personas en torno a la patología, en la difusión-y la importancia- de los tratamientos no farmacológicos, aún hoy no se han conseguido óptimos resultados. Incluso pudimos ver como ciertas lógicas de exclusión que se les aplicaba a la locura hace dos siglos se repiten con las Demencias -salvando las distancias-. La importancia de que las personas con Alzheimer participen de los congresos y expongan sus discurso es crucial para el cambio subjetivo de la enfermedad, sobre todo para cambiar el imaginario social de la patología. El simple hecho de “devolverle la voz” a los pacientes ya es un cambio trascendental, en sí mismo una línea de fuga-en conceptos Deleuzianos-. El tiempo dirá si ese flujo liberado será recapturado o re-territorializado, o quizás produzca algo novedoso que ayude a escapar de las lógicas actuales.

¿En algún momento podremos salir de está lógica neuro-fisiológica-positivista en la que esta inmersa la medicina actual? ¿Cuánto tiempo más de ensayo y error podemos permitirnos? ¿podemos encontrar otro tipo de tratamiento que involucre una concepción integral del ser humano sin buscar el elixir mágico para curar la locura? ¿ se podrá contener la embestida reaccionaria de la psiquiatra positivista y su intento de reterritorialización con el uso de los psicofármacos en personas saludables?

Como plantea la OMS (2012) es necesario comenzar a pensar sobre estas cuestiones y el momento de actuar es ahora, visibilizar las distintas líneas, darle lugar a la persona , escucharla, devolverle su autonomía en la medida de lo posible, así como trazar mapas, que contribuyan en decisiones a largo plazo para que las personas con DTA puedan tomar decisiones sobre su futuro, que le permitan tener una mejor dignidad de vida. Además es importante que tengan cierta autonomía, que pueda elegir qué tratamientos hacer y cuales no (siempre y cuando exista una alternativa, sino debemos crearlas), que hacer con sus bienes materiales e incluso hasta cuando

desean luchar contra la enfermedad. Promover sociedad amigables con la demencia, sensibilizando a la población, y haciendo que la lucha contra la demencia sea una prioridad tanto en salud pública como en atención social. Mejorando las actitudes públicas y de los profesionales para una mayor comprensión sobre las demencias. Así como también invertir en sistemas sociales y de salud para que exista una mejor atención a las PCD y sus familiares.

No hay que olvidarse que estamos hablando de seres humanos que merecen llevar la mejor dignidad de vida posible, que son personas que a pesar de estar enfermas no pierden su categoría de ser humano, detrás de cada manual que clasifica a un enfermo, hay una persona que padece y todo un dispositivo familiar que padece con él.

Como seres “hiper-modernos” debemos aventurarnos a los cambios, dejar de pensar en la salud mental como patologías aisladas, superar el estigma y los sistemas de creencias actuales, producir nuevos sentidos que busquen una inclusión de las personas, así como también pensar en nuevos modelos integradores que nos permitan pensarnos como sujetos en procesos de salud-enfermedad. Implementar el enfoque psicosocial en las políticas públicas, para generar cambios en los tratamientos y en las condiciones de vida de las personas con demencia -y sus familias- (Pérez, 2013). Dejar de temer a la locura y a su supuesta “irracionalidad”, aceptar lo diferente, superar los dualismos de la Modernidad que siguen arraigados con fuerza, buscar los grises-me refiero a que no todo es Blanco o Negro, en definitiva, aceptar lo múltiple, el crisol.

Referencias bibliográficas

- Amarante, P.(2007). *Salud Mental y Atención Psicosocial. Superar el Manicomio*. Buenos Aires: Topía.
- Arango Lasprilla, J. C. y Fernández Guinea, S. (2003). Depresión de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(1), 41-54. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535104> .
- Barrán, J. P. (1992). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del novecientos. Vol. 1: El Poder de Curar*. Montevideo: Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1993). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del novecientos. Vol. 2: La Ortopedia de los pobres*. Montevideo: Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1995). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del novecientos. Vol. 3: La invención del cuerpo*. Montevideo: Banda Oriental.
- Basaglia, F. (1986). La institucionalización psiquiátrica de la violencia. En: Basaglia F., Langer M., Szasz T., Verón E., Suárez A. y Barrientos G. *Razón, Locura y Sociedad (pp 15-35)*. Madrid: Siglo Vientiuno.
- Batsch N.L. y Mittelman M. S. (2012). *World Alzheimer Report 2012: Overcoming the stigma of dementia*. Londres: Alzheimer's Disease International (ADI).
- Berriel F. y Pérez Fernández, R. (2007). *Alzheimer y Psicoterapia: Clínica e Investigación*. Montevideo. Psicolibros Universitario.
- Cano G, A. (2007). Tratamiento de las demencias. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 36, 157-174.

Camelia Musat, C., Sequera Hurtado, C. y Raposo Simón, C. (2012). 2011 Año del Alzheimer: tratamiento farmacológico actual y nuevos horizontes. *Shironia: Revista Científica del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid*, número 11, pp 29-37. Recuperado de: http://www.cofm.es/Farma/OficinaFarmacia/recursos/doc/Utilidades/Publicaciones/30569_231023102012122152.pdf#page=29 .

Deleuze, G. (1999). *Conversaciones 1972-1990*. Valencia: Pre-textos.

Diaz Berenguer, A. (2013). Barrán y el poder médico. *Revista de la Biblioteca Nacional*, 8, 217-229.

Duffau, N. (2013). La historia de la locura en Uruguay. Una reflexión historiográfica en torno a la obra de José Pedro Barrán. *Revista de la Biblioteca Nacional*, 8, 205-215.

Foucault, M. (1989). El ojo del poder. En J. Bentham, *El Panóptico* (pp. 9-29). Madrid: De la Piqueta.

Foucault, M.(2005). *El poder psiquiátrico. Curso de el College de France(1973-1974)*.Buenas Aires:Fondo de cultura Económica, Argentina.

Foucault, M. (2004). *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. 1). Buenas Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M.(2004). *Historia de la locura en la época clásica*. (Vol. 2). Buenas Aires: Fondo de Cultura Económica. Argentina.

Foucault, M. (2000). *Los Anormales. Curso en el College de France(1974-1975)*. Buenas Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1992). *Micro física del poder*. Madrid: De la Piqueta.

Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.

Goffman, E. (2010). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman, E.(1994). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Horwitz A.V.(2011). Creating an age of depression: the social construction and consequences of the major depression diagnosis. *Society and Mental Health*, 1(1), 41-54. doi: 10.1177/2156869310393986.

Kirsch I., Deacon B. J., Huedo Medina, T. B., Scoboria, A., Moore T. J.,...Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A metaanalysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PloS Med*, 5(2), e45. doi:10.1371/journal.

Lista Varela, A.(2009) Uso de psicofármacos para mejorar funciones cerebrales. *Tendencias en Medicina*. pp. 54-62. Vól s/d. Núm s/d. Chile.

Martorell Poveda M. A. (2009). *Los recuerdos del corazón. Vivencias, prácticas, y representaciones sociales de cuidadores familiares con personas con Alzheimer* (Tesis Doctoral). Universidad Rovira i Virgili, Tarragona.

Moreira V., Meneses A. M., Andrade , D.B. y Araújo, M. C. (2010). Fenomenología do estigma em HIV/AIDS: “co-estigma”. *Mental*, 7(14), 115-131. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42020848006> .

Najmanovich, D.(1995). El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa. Bs As. Paídos.

Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., ...Muñiz, R. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer’s Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 30,161–178. doi: 10.1159/000316119 .

Organización Mundial de la Salud -OMS (2012) Dementia: a public health priority. World Health Organization, Washington DC. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1 .

Pérez Fernández, R. (2009). La construcción subjetiva de la Realidad. Psicología, Neurociencias, políticas e imaginario social. Conferencia Inaugural de actividades académicas. Universidad de la República. Facultad de Psicología.

Pérez Fernández, R. (2013a). *Trayectorias de atención en personas con Demencia en el Sistema Integrado de Salud de Uruguay. Prácticas y cuidados de salud mental* (Proyecto de Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires.

Pérez Fernández, R. (2013b). Demencias, salud mental y exclusión social. En De León, N. (Coord.), *Salud Mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (pp.151-166). Montevideo: Psicolibros Waslala- CSIC.

Torres Bares, C. y Escarabajal Arrieta, M. D. (2005). Psicofarmacología: Una aproximación histórica. *Anales de la psicología*, 21(2), 199-212. Universidad de Murcia, España. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16721202> .

Viñar, M. N.(1996). La institución manicomial. En J. P. Barrán, R. Bayce, A. Cheroni, T. De Mattos, A. Labisch, H. Moreira, ...M. Viñar, *Medicalización de la Sociedad* (pp.107-122). Montevideo: Nordan-Goethe.