

Trabajo Final de Grado
Monografía

Narrativas y concepciones en la comprensión de la enfermedad tipo

Alzheimer en personas mayores

Nombre: Graciela Gisell Galván Laguna

C.I: 3.776.922-5

Tutor: Prof. Adj. Mag. Dra. Adriana Rovira

Revisor: Prof. Adj. Dra Lucía Monteiro

Montevideo, Diciembre 2025

Agradecimientos

Considero que toda trayectoria formativa implica un gran esfuerzo de quien la emprende, pero es evidente que este camino no sería posible sin la colaboración de otros. En este momento de agradecimiento me resulta imposible mencionar a todos aquellos que han acompañado mi proceso pero los tengo presente.

Sin dudas quiero expresar mi gratitud a las y los docentes, así como a los funcionarios de la Facultad de Psicología, quienes a pesar de los desafíos que enfrenta nuestra institución, hacen posible la formación de miles de estudiantes entre los cuales me incluyo. También a mis compañeros con quienes compartí muchos momentos y quienes supieron ser un valioso soporte.

Agradezco a familiares y amigos que me escucharon, me brindaron momentos de esparcimiento y me dieron aliento para seguir adelante. Quiero hacer una mención especial a tres personas muy importantes para mí, Avril, Lucas y Andrés quienes me acompañaron en el proceso, me reconfortaron en los momentos difíciles y celebraron mis logros comprendiendo de dónde vengo y hacia dónde voy.

Por último, agradecer a las personas mayores que han formado parte de mi vida y que en el trayecto me mostraron diferentes vejez. En particular a mi abuela Vicenta quien fue mi refugio afectivo, mi cuidadora y creyó en mí. Gracias a nuestro estrecho vínculo pude comprender que la vejez es una etapa llena de vitalidad y posibilidades.

Resumen

Esta monografía se propone realizar una reflexión crítica sobre cómo diversas narrativas influyen en la percepción y el tratamiento de la enfermedad tipo Alzheimer en personas mayores, así como identificar los abordajes, los enfoques y los modelos que intervienen en la atención del sujeto sufriente.

Se parte del concepto de enfermedad para luego indagar en las diferentes concepciones que podrían influir en las formas de entender al sujeto y su proceso. En esta línea se presentan paradigmas como el de salud/enfermedad y normalidad/anormalidad, los modelos biomédico y biopsicosocial y los tratamientos farmacológicos. Así como se describe la presencia del enfoque psicosocial y se analiza la interseccionalidad de la vejez, la enfermedad tipo Alzheimer y el género.

A través de esta revisión se evidencia que las narrativas construyen realidades que afectan a estos sujetos, quienes a menudo son definidos por síntomas y diagnósticos sin considerar su vivencia integral. Asimismo, por el hecho de ser personas mayores enfrentan vulneraciones adicionales relacionadas con la dependencia y la discapacidad, lo que amplía su sufrimiento.

Como reflexión se subraya la importancia de adoptar un enfoque holístico que reconozca la complejidad de la experiencia humana en el contexto de la enfermedad. Así como la necesidad de promover una comprensión más profunda y humanizadora del sujeto sufriente y la necesidad de implementar abordajes multidisciplinarios para contribuir a su bienestar.

Palabras clave: narrativas, enfermedad tipo Alzheimer, sujeto sufriente.

Índice

Introducción	5
Marco teórico	7
Distinción de narrativas	8
Impacto de los discursos en el soporte de cuidados	12
Algunos conceptos para comprender la salud y enfermedad	15
Paradigmas emergentes de las narrativas	18
La farmacología como tratamiento de primera línea	21
Narrativas sobre el sujeto padeciente	23
Sujeto padeciente y Alzheimer	25
Interseccionalidad de otras significaciones relacionadas con la enfermedad de tipo	
Alzheimer en la vejez	27
Sobre los vínculos en el cuidado y con el género	30
Reflexiones finales	34
Referencias bibliográficas	40

Introducción

La estructura de las creencias es tan fuerte que permite que algunos tipos de violencia se justifiquen o ni siquiera sean considerados como violencia (Butler, 2021).

La siguiente monografía se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología en la Universidad de la República y surge desde el interés personal, del intercambio en los espacios académicos y ante la motivación de repensar las prácticas para mi futuro profesional.

El trabajo tiene como objetivo reflexionar sobre la construcción de la figura del sujeto padeciente, considerando las narrativas que se generan en torno a la demencia tipo Alzheimer en personas mayores y cómo estas narrativas influyen en el abordaje que realizan tanto los cuidadores principales como las instituciones. A su vez reflexionaremos sobre ¿de qué manera influyen estas narrativas desde los diferentes enfoques respecto a dicha enfermedad y cómo afecta en los modos de diagnóstico, tratamiento y acompañamiento de esta población?.

Se plantea como hipótesis que los diagnósticos y tratamientos de la enfermedad se encuentran predominantemente orientados por un paradigma biologicista, sostenido en protocolos médicos estandarizados. Esta orientación tiende a enmarcar al sujeto en categorías rígidas atravesadas por prejuicios socioculturales, lo que condiciona las formas de relacionarse e interpretar el sufrimiento tanto en el sistema de salud como en el ámbito familiar y social.

En este contexto se toma como referencia a diferentes autores tales como Lejarriaga, Calvo-Elío, Deleuze y Guattari quienes analizan estas concepciones y problematizan la idea del sujeto exclusivamente como un cuerpo físico con órganos que

cumplen funciones específicas e identifican que el interés del sistema se centra mayoritariamente en la enfermedad. Además se puede observar que algunas prácticas de atención incumplen con estándares internacionales y “tal cómo se encuentran organizados actualmente los tratamientos, presentan un alto riesgo de producir efectos iatrogénicos” (Pérez, 2018, p.161).

Iacub (2012) plantea que existen concepciones sobre las personas enfermas en las cuales hasta el vocabulario que se utiliza propio del paternalismo, posiciona al sujeto padeciente en un lugar de inferioridad. En el caso de las personas mayores, se le suman los prejuicios asociados a la edad, en el que cualquier dolencia psíquica o física, o bien son interpretadas como algo perteneciente a la edad y por ello son desestimadas o se las interpreta como el comienzo de algo más grave.

Frente a la hipótesis inicial se plantean algunas interrogantes: ¿qué concepciones existen sobre el sujeto sufriente y sobre la idea de enfermedad en estas personas? y ¿de qué manera estas concepciones inciden en la vida cotidiana del sujeto?.

Partiendo de estas interrogantes, se realizará un recorrido exploratorio que busca problematizar los diferentes paradigmas. Para ello, se indagarán diferentes narrativas que tienen impacto en la forma de comprender el vínculo sujeto-enfermedad.

Es importante aclarar que la bibliografía seleccionada contribuye al desarrollo de las categorías centrales del problema de investigación. Sus conceptos se utilizan desde una lectura crítica, entendiendo que provienen de marcos teóricos determinados y no como representativos del conjunto de las disciplinas.

Marco Teórico

Se realizará una búsqueda bibliográfica crítica que permita analizar desde diversas concepciones, las narrativas y los dispositivos implicados en la comprensión de los procesos de subjetivación en relación con la demencia tipo Alzheimer, así como sus vínculos con las nociones de salud y enfermedad. Este ejercicio analítico se centrará en tres enfoques principales que se pondrán en diálogo, con el objetivo de reflexionar sobre las diversas formas de comprender y conceptualizar esta temática. Cada uno de estos enfoques remiten a perspectivas diferentes, lo que produce diversas prácticas y tratamientos aplicados.

En primer lugar, se explorarán las narrativas de un organismo oficial como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que proporciona una descripción sobre las características y clasificaciones relacionadas con la enfermedad, el Alzheimer y el envejecimiento. Estas narrativas nos permiten entender el contexto global y las pautas que guían la atención a nivel mundial.

En segundo lugar, se presentará una investigación sobre técnicas de neuroimagen, enmarcada dentro de un enfoque biologicista y biomédico, realizada por Rueda y Enríquez (2018). Dicho enfoque se centra en los procesos biológicos cerebrales y en las prácticas médicas utilizadas para el diagnóstico de la enfermedad. A través de esta narrativa, se analizarán las implicaciones de un enfoque que entiende la experiencia del sujeto de forma fragmentada y que podría limitar la comprensión de la enfermedad.

Finalmente se incorporarán las concepciones psicosociales de Pérez (2007, 2018) y Berriel (2007), las mismas surgen como resultado de cuestionar las prácticas hegemónicas en el campo de la salud. Esta perspectiva plantea que el proceso de salud-enfermedad se encuentra en un entramado de variables, exponiendo la complejidad del diagnóstico y el tratamiento. Por ello, proponen una visión holística del sujeto y la necesidad de construir abordajes multidisciplinarios.

Es importante mencionar que la revisión bibliográfica radica en comprender cómo distintos enfoques teóricos configuran formas divergentes de interpretar y abordar este tipo de demencia. Poner en diálogo estas perspectivas permite enriquecer la mirada sobre el proceso de subjetivación implicado en la experiencia de quien transita la enfermedad y al mismo tiempo, identificar tensiones, omisiones y posibilidades de apertura en los modos de atención y acompañamiento.

Distinción de Narrativas

Según la OMS, 2025 la salud se define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Particularmente plantea que la enfermedad tipo Alzheimer es la demencia con más prevalencia y se caracteriza por producir daños a nivel cerebral y deterioro de las funciones cognitivas y del estado de ánimo, así como pérdida del control de las emociones y del comportamiento. Dicho deterioro se encuentra fuera de lo esperado para el envejecimiento biológico e impacta significativamente en la salud integral de la persona y en sus vínculos.

Otro aspecto relevante a esta enfermedad es su prevalencia en personas mayores, cabe mencionar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) estima que un 8,1% de las mujeres y el 5,4% de los hombres mayores de 65 años viven con demencia.

Respecto a la vejez y el envejecimiento, la OMS (2025) entiende el envejecimiento como “el resultado de la acumulación de una gran variedad de cambios moleculares y celulares a lo largo del tiempo”, lo que conlleva a un declive de las capacidades tanto físicas como mentales, aumentando las posibilidades de padecer diversas enfermedades. Menciona también que “no todas las formas de envejecimiento son lineales ni uniformes” y que la relación entre el envejecimiento y la edad está sujeta a otras variables, como las diferentes formas de transitar la vida.

La OMS (2025) estima que:

En 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. En 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones.

De acuerdo con la definición de salud mencionada anteriormente, las narrativas de este organismo carecen de una especificación clara sobre cómo alcanzar dichos estándares y no define sobre quién recae la responsabilidad para lograrlo. Esta situación podría acarrear a que muchas personas queden excluidas sin alcanzar los niveles de referencia, así como podría generar un sentimiento de responsabilidad personal sobre aspectos de la salud que se encuentren fuera de los estándares propuestos.

En referencia a la enfermedad tipo Alzheimer realizan una definición centrada en el deterioro funcional sin profundizar en otros aspectos. Esta descripción podría producir una percepción negativa afectando la forma de comprenderla y de relacionarse con el sujeto sufriente. Asimismo hacen un paralelismo entre la enfermedad y vejez asociándose con pérdida e incapacidad, lo que podría producir una desvalorización de ambas experiencias contribuyendo a una mirada homogeneizante y prejuiciosa. Tampoco se profundiza en aspectos como el contexto, ni se mencionan las emociones del sujeto excluyendo una mirada holística.

La siguiente narrativa seleccionada proporciona una perspectiva biomédica, la misma pone el foco en la enfermedad y realiza sus intervenciones según el deterioro de las funciones, centrándose en aspectos como el declive, el déficit y la pérdida.

En la búsqueda de estas formas de abordar la enfermedad encontramos en el texto *“Una revisión de técnicas básicas de neuroimagen para el diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas”* de Rueda y Enríquez (2018), un recorrido por diferentes técnicas de

imagen que son utilizadas para el diagnóstico de estas enfermedades. En el estudio se encuentran amplias descripciones sobre las técnicas como la tomografía por emisión de positrones, la resonancia magnética y la resonancia magnética por difusión, destacando los valiosos aportes en la detección de biomarcadores y de alteraciones dentro de la estructura cerebral y el sistema nervioso.

Se presentan los beneficios de las técnicas entre los que se encuentran la posibilidad de detectar la enfermedad tipo Alzheimer en etapas tempranas, pudiendo vislumbrar cambios previos a la presentación de síntomas. En sus descripciones sobre la enfermedad mencionan anomalías de las estructuras y conectividad cerebral, comenzando con acumulación de B-amiloides, atrofia en el hipocampo, hipometabolismo de glucosa, desmielinización y pérdida axonal.

Se plantea que el diagnóstico se complejiza por la falta de estandarización de los protocolos y por los cambios normales del envejecimiento del cerebro. Por ello entienden necesario un enfoque multimodal que combine diferentes técnicas y que contemple la revisión clínica para la predicción y abordaje.

Esta revisión sobre las técnicas de neuroimagen se presentan como un claro ejemplo del enfoque biologicista, allí podemos reafirmar los planteos de Viniegra-Velázquez (2008) quien describe el enfoque como concentrado en aspectos técnicos y teóricos, donde el organismo se ve fragmentado. El estudio está colmado de términos como declive, déficit, pérdida, atrofia, deterioro y muerte y no se hace mención al sujeto que padece en ninguna de sus dimensiones.

Por tanto se puede inferir que la narrativa que se encuentra en el texto de Ruedas y Enríquez no contempla el enfoque multidimensional de la enfermedad, entre ellos el sujeto y su contexto. Asimismo el sujeto aparece de forma implícita y como un receptor del servicio. En este contexto y considerando que las narrativas construyen formas de ver la realidad, no contemplar al sujeto como parte fundamental podría producir intervenciones

deshumanizadas, fragmentar la comprensión de las causas que producen la enfermedad, así como sesgar el diagnóstico y el tratamiento.

Otra narrativa sobre la enfermedad tipo Alzheimer es la psicosocial. Según Pérez (2018) en su texto *“El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay”*, la demencia es una enfermedad crónica-progresiva que produce déficit de las funciones de alta integración cortical, como la memoria y el lenguaje entre otras y se acompaña de “afecciones a nivel emocional o del comportamiento” (p.139).

Agrega que es el tipo de demencia con mayor prevalencia y produce alta dependencia y discapacidad en las personas mayores. Su diagnóstico está basado en pruebas paraclínicas y se sustenta en clasificaciones internacionales sobre las enfermedades mentales.

Por su parte Berriel y Pérez (2007) en su libro *“Alzheimer y psicoterapia”* exponen que, en la actualidad el campo de la neurociencia y la genética han realizado avances descriptivos aplicados a la enfermedad, no así en la producción de la etiología ni en el detenimiento de su desarrollo. Añaden que:

Por lo que significa a nivel de su pronóstico y evolución, por la cantidad creciente de personas que cada año la padecen y por su efecto directo sobre las personas e instituciones vinculadas con el paciente, se ha transformado en uno de los grandes desafíos científicos planteados a las diferentes disciplinas vinculadas a la salud.
(p.20)

Según los autores la psicología comprende la enfermedad tipo Alzheimer como una condición clínica de carácter multicausal y multidimensional, que afecta a los procesos biológicos, psicológicos y sociales. Exponiendo que la enfermedad no está ligada únicamente a las alteraciones del sistema nervioso central y que la experiencia dependerá de la interrelación de los factores. Además se agrega que presenta características como desorganización cognitiva y psicoafectiva que “disminuye el control yoico que permite una

comunicación compartida a partir del manejo de determinados códigos y universo simbólico social-cultural” (Berriel y Pérez, 2007)

En esta narrativa encontramos como fortaleza la inclusión de las dimensiones psicológicas y sociales en torno al sujeto sufriente, sin dejar de reconocer los aspectos biológicos que lo atraviesan, planteando la enfermedad como un proceso multidimensional donde se ven involucradas las emociones y el contexto. A pesar de ello no se profundiza en la experiencia y percepción del sujeto, ni en sus sentimientos. De igual forma sucede con la influencia del nivel socioeconómico y con el acceso a los tratamientos y el cuidado.

Por otra parte, sí se identifica la complejidad de la enfermedad y el creciente número de personas que la sufren, por ello plantean la necesidad de profundizar investigaciones que contemplen un enfoque integral.

Impacto de los Discursos en el Soporte de los Cuidados

Según lo mencionado anteriormente respecto a las diferentes narrativas, estas miradas influyen en los procesos de enfermedad del sujeto sufriente y en el soporte de cuidado que brinda su núcleo cercano (sean familiares o cuidadores), así como en las instituciones y los organismos que atienden y apoyan al sujeto .

Para pensar estos emergentes he tomado como referencia parte de la bibliografía publicada en la página web de la Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares (AUDAS, 2015), en la cual se pueden identificar ciertas concepciones que se entrelazan en los espacios institucionales y personales.

Esta asociación brinda acompañamiento a personas que sufren la enfermedad y a sus familias con el objetivo de maximizar las capacidades del sujeto padeciente y favorecer la permanencia en su entorno habitual. Para lograr este objetivo cuentan con un centro diurno que ofrece un servicio socio-sanitario, donde se realizan actividades físicas y cognitivas, generalmente grupales, dirigidas a la rehabilitación e integración social. Como

estrategia de intervención, se enfocan en la prevención y promoción de salud, llevando controles de visitas, tratamientos y hábitos de los usuarios.

El centro tiene normativas para quienes desean integrarlo, las mismas se enmarcan en prácticas médicas donde el sujeto debe someterse a una revisión geriátrica, en la cual se evalúa la etapa en la que se encuentra la enfermedad, las capacidades funcionales y otras posibles patologías. También se indaga sobre el contexto familiar valorando la idoneidad y sobrecarga en los cuidados. Entre las condiciones para integrar el centro, es necesario ser mayor de 55 años, estar afectado por la enfermedad tipo Alzheimer u otras demencias, presentar un deterioro de moderado a leve que permita rehabilitación y no presentar trastornos de conducta ni enfermedades infecto contagiosas.

La asociación considera que los cuidados tienen un rol fundamental en la salud del sujeto, por ello entienden necesario proporcionar a las familias una guía práctica detallada. Esta guía ofrece una variedad de información relacionada con la temática y plantea una mirada para comprender la enfermedad. La misma titulada *“Desafíos frente al Alzheimer”*, proporciona un resumen sobre prácticas de cuidados con intención de reducir riesgos, enlentecer los procesos de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

En el texto se pueden encontrar definiciones sobre demencia y Alzheimer que son muy similares a las proporcionadas por la OMS, donde se describe el deterioro de la memoria y de la conducta, las alteraciones en las funciones intelectuales, la desorientación temporoespacial, dificultades para reconocer a las persona y pérdida de autopercepción. Se mencionan los estigmas asociados y plantean que surgen por la falta de conocimientos, resultando en la deshumanización, tensión familiar, cuidados inadecuados y diagnóstico tardío.

Con el fin de que las familias estén informadas sobre los procesos de la enfermedad, se describen la sintomatología de cada etapa y el impacto que produce en las relaciones personales, en el estilo de vida y en las condiciones físicas. Dentro de las descripciones se encuentran; el deterioro de la memoria, disminución de la concentración, cambios de humor,

inquietud, síntomas de depresión y pérdida de iniciativa. Dificultades para llevar a cabo movimientos (apraxia), dificultades para el reconocimiento de objetos y personas (agnosia), y pérdida de capacidades en la producción o comprensión del lenguaje (afasia). Además, pueden aparecer “rasgos de tipo psicótico”, desorientación y comportamientos repetidos.

Se plantea que con el avance de la enfermedad, se profundizan las condiciones adversas, aparece rigidez física y temblores y se pierde la capacidad de reconocer a personas y a uno mismo. La dependencia es mayor, la personalidad desaparece por completo, se muestra apatía y se pierden habilidades automáticas. A pesar de los avances de la enfermedad se conserva la memoria afectiva y se puede comunicar mediante gestos. El pronóstico de la enfermedad se presenta como un cuadro con declive y déficit (AUDAS, 2015).

Para abordar las características que presenta la enfermedad y el sujeto que la padece la asociación realiza una serie de recomendaciones, abarcando los cuidados diarios como higiene personal, alimentación, adaptación del ambiente e incluyendo formas de comunicación y cómo realizar cambios en el entorno. Consideran que la sistematización de las prácticas cotidianas es fundamental para evitar confusiones, olvidos y dar estabilidad.

Profundizan en estas directivas y las llevan al campo social y profesional. Para ello plantean una serie de instrucciones de cómo relacionarse con el personal de salud, incluyendo una comunicación clara y concreta la que entienden como adecuada. Además proponen optimizar el tiempo de consulta llevando las preguntas o dudas anotadas y en los casos que existan discrepancias con el médico sugieren aclarar las diferencias en vez de cambiar de profesional. Alegan que el profesional puede resolver cualquier conflicto que se presente, aun si es de índole personal (AUDAS, 2015).

Si bien resulta claro que AUDAS produce aportes para el acompañamiento de las personas afectadas y sus familias, la forma de enmarcar sus prácticas en salud y al sujeto receptor de los servicios refiere a protocolos claramente biomédicos, excluyendo de las

prácticas otros factores que inciden en las experiencias de la enfermedad, como el contexto sociocultural y económico, las creencias y las trayectorias personales.

Iacub (2012) plantea que en algunas prácticas institucionales se observa violencia estructural la cual opera de forma invisible pero dominan algunos espacios, sometiendo a los sujetos a un sistema diseñado con una perspectiva rígida y biologicista. Estas dinámicas y las prestaciones que se ofrecen en algunos casos precarias o no acordes, obligan al sujeto aceptar esas lógicas en su afán de recibir los servicios, pues de ellos depende su salud biológica y las repercusiones que tendrán en su salud psíquica y social.

La importancia de reflexionar sobre estos enfoques refiere a que las narrativas producen un gran impacto en la sociedad, en las familias y en los cuidadores, perpetuando estereotipos sobre las personas y sus roles e influyendo en las prácticas cotidianas, donde se jerarquizan los saberes y se limita la posibilidad de abordajes integrales.

Algunos Conceptos Para Comprender la Salud y Enfermedad

A continuación se expondrán algunos conceptos con la intención de profundizar el análisis sobre las líneas problematizadas, referentes a la construcción de salud y enfermedad y las diferentes categorías que las atraviesan tales como el envejecimiento, el género y la enfermedad de Alzheimer.

Existen diferentes formas de entender la enfermedad, todas ellas se encuentran ligadas a los procesos históricos por los que transitan y a su vez estas concepciones están en continuo movimiento. En el caso del concepto de enfermedad al igual que otros ha mutado con el tiempo, Viniegra-Velázquez (2008) plantea que: “lo que más ha influido en esas transformaciones son las ideas de causalidad consideradas en cada momento histórico” (p.528).

En otras épocas la enfermedad estaba atravesada por la idea de que sus causas se debían a eventos sobrenaturales y religiosos, como castigo divino que incluían la

introducción de espíritus en el cuerpo o la pérdida del alma. La noción de enfermedad cambia a partir del Renacimiento primando la idea de causas naturales como “humorales, mecánicas, químicas o infecciosas” (p. 528). En la modernidad el occidente explica su origen por causas biológicas con impactos a nivel biopsíquico y sociocultural y por su parte las tradiciones orientales consideran la enfermedad como un desequilibrio del organismo y del medio ambiente.

En la actualidad encontramos diferentes formas de abordar la temática que nos aproxima a nuevas nociones, como la realizada por la OMS (2025) quien plantea la noción de salud y la describe como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Se puede entender que en dicha noción la enfermedad es presentada como parte de un conjunto de variables donde su presencia representa una irrupción del estado deseado.

Por su parte Viniegra-Velázquez (2008) plantea que el concepto de salud produce una idea de normalidad a partir de la cual, cualquier estado alejado de ese ideal es abordado con tratamientos correctivos. “El concepto de salud, por su origen, la no enfermedad, poco o nada ha aportado para entender o esclarecer lo que caracteriza a una vida grata, plena o feliz” (p. 529).

En concordancia a este planteo Lejarraga (2004) expone que “la realidad es un plano socialmente construido, simbólico e imaginario, que se presenta como un mundo interpretado no natural” (p. 271). Agrega que en estas formas de interpretar la realidad la medicina como ciencia ha centrado su interés en algo que define como “enfermedad”. A su vez la sociología aporta una mirada diferente entendiendo que:

En el orden de lo natural la enfermedad no existe como tal, no es un problema en sí. Lo que sí existe es aquel fenómeno no biológico que puede distinguirse por romper con cierta continuidad de hechos, con un orden de procesos que venían ocurriendo, pero si no está el ojo testigo del ser humano, que viene a otorgarle un sentido a ese acontecer, la naturaleza convive armónicamente con estas contingencias. (p. 271)

Otros conceptos relacionados con las formas de comprender la enfermedad son el ontológico, el fisiológico y el patológico, los cuales se encuentran interrelacionados (Viniegra-Velázquez, 2008).

El concepto ontológico es aquel que considera la enfermedad como una entidad externa del portador y entiende que la misma puede ser analizada sin considerar la experiencia del sujeto. Por su parte, el concepto fisiológico pone foco en los trastornos que afectan el funcionamiento del sistema biológico para evaluar las repercusiones en la salud del sujeto y el concepto patológico se ocupa de analizar las alteraciones estructurales a nivel orgánico como cambios o afecciones moleculares y celulares, característicos de cada enfermedad y que dan indicio de su presencia.

Una narrativa diferente es aportada por Mol (2023) quien introduce el concepto de “enacted”, dicho concepto plantea que la enfermedad excede a la teoría y se ve atravesada por la experiencia, pudiendo manifestarse y representarse de múltiples maneras. Lo que permite interpretar que cada sujeto padeciente podría revelar signos y síntomas propios de su proceso y atravesará por su experiencia según sus creencias y expectativas. Por tanto, la autora considera que la enfermedad no puede ser definida de forma universal ya que se relaciona con una multiplicidad de factores y las diferentes miradas que se aportan al respecto.

Las narrativas propuestas en este apartado exponen una serie de transformaciones que han afectado al concepto de enfermedad y que modifican la forma de entender su etiología, además proponen diferentes miradas incorporando la concepción biológica y la social lo que permite reflexionar sobre los distintos aportes.

Paradigmas Emergentes de las Narrativas

En consecuencia de los procesos históricos Viniegra-Velázquez (2008) menciona que surge un nuevo paradigma el binomio salud/enfermedad, actualmente imperante en las prácticas, en las organizaciones, instituciones y gobiernos. Este paradigma moldea las formas en que pensamos, conocemos y actuamos como sociedad operando de forma inconsciente. Frente a nuestra implicación termina conformando nuestra “realidad” sin necesidad que se presenten pruebas ni cuestionamientos, “nos hace ciegos para aquello que excluye como si no existiera” (p. 529).

De acuerdo al paradigma salud/enfermedad, las enfermedades se conciben como desviaciones de los patrones funcionales y estructurales que son propios de la salud (lo normal) y como entidades objetivas e independientes. Esta teoría se sustenta en la historia natural de la enfermedad, lo que permite el diseño de estrategias de acción con propósitos predeterminados, dependientes del momento evolutivo de la enfermedad de que se trate, que van desde los intentos de erradicación hasta los de curación, pasando por la prevención, la detección o el control. (Viniegra-Velázquez, 2008, p. 530)

En esa línea Lejarraga (2004) plantea que la medicina utiliza el concepto de normal como forma de entender estándares de salud y en consecuencia se instala el dualismo normalidad/anormalidad como equivalente de salud/enfermedad. A decir de la autora este dualismo “tiene un papel importante [pues] cumple funciones de demarcación social, posicionando y etiquetando a los sujetos y a los grupos para su control” (p.273). En esta construcción el sujeto padeciente se ve entramado en las significaciones que se le da a la enfermedad no solo por el sistema de salud, sino por las personas que lo rodean, por ello “la enfermedad cobra así una materialidad distinta a la del simple mal, se convierte en un estado social” (p.273).

Viniegras (2008) menciona que estos paradigmas prescriben a lógicas de disyunción, reducción y simplificación, que consideran el organismo aislado de su medio

ambiente. En el caso de la lógica de disyunción, fundante de las disciplinas médicas, se considera la enfermedad como un objeto independiente del portador, separando lo congénito y lo adquirido o lo genético y lo ambiental. También separa las enfermedades nuevas de las preexistentes.

A su vez la lógica de reducción se plantea como una forma de entender o explicar las enfermedades donde no existe un sujeto como centro de consideración, ni se contempla el contexto o las circunstancias de vida. El reduccionismo ve el organismo como “una máquina con piezas” (p.530) en la cual cada especialidad médica va a “reparar un fragmento”, a pesar que en la fragmentación se vean afectadas otras piezas.

Por su parte, la lógica de simplificación excluye la idea y posibilidad de comprender la complejidad y multiplicidad que coexisten en el sujeto, en la enfermedad y en la vida en su conjunto. Estas lógicas adoptan formas reduccionistas de entender la enfermedad centrando la atención en los aspectos biológicos y excluyendo las experiencias y las circunstancias del sujeto lo cual resulta deshumanizante.

Por otra parte existen diferentes modelos para entender y conceptualizar la enfermedad. Elío-Calvo (2023) desarrolla dos modelos que predominan en la actualidad, el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial. La elección de un modelo u otro determinará las prácticas, los diagnósticos, los tratamientos, y los abordajes con el sujeto y su entorno.

Referente a ello, encontramos que el modelo biomédico se presenta como predominante en las prácticas de salud, socialmente aceptado para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en general y se sustenta en la ciencia biomédica. Este enfoque que podemos identificar en las técnicas de neuroimagen propuestas por Rueda y Enríquez (2018), considera la enfermedad como un fenómeno unicausal producto de alteraciones bioquímicas o fisiológicas y centra su interés en “curar enfermedades y no pacientes con enfermedades” (p.115). Dicho concepto surge del aporte de la medicina hipocrática y tres siglos después mantiene su vigencia (Calvo-Elío, 2023).

Por su parte el modelo biopsicosocial surge entre las décadas del '60 y '70 en respuesta a la necesidad de incluir factores psicológicos y sociales en los abordajes en salud. Este modelo considera el proceso de enfermedad como multicausal, producto de la intersección entre factores biomédicos, psicológicos y sociales y propone un abordaje integral. Entre los factores psicológicos se incluyen las emociones, los comportamientos y las formas de vivir, y los factores sociales abarcan las relaciones personales y familiares, el nivel socio económico y los factores medioambientales (Calvo-Elío 2023).

Esta postura cuestiona la visión reduccionista del modelo biomédico resaltando la necesidad de una atención humanista y de abordajes alternativos. Además problematiza el uso de tecnología y estudios clínicos de forma desmesurada e irreflexiva, así como las prácticas paternalistas del paradigma.

De estas tensiones sobre los modelos presentados y con los avances en el paradigma científico, se comienza a promover abordajes interdisciplinarios que dan cuenta de la complejidad que se presenta al trabajar el campo.

Zarebski (2007) destaca que de la intersección entre los avances teóricos y conceptuales sobre lo normal y lo patológico, así como del respeto por los tránsitos naturales de la vida, surge la posibilidad de prevenir intervenciones injustificadas. Emergiendo teorías como la del curso de vida que resalta la importancia de la formación académica y promueven que las investigaciones e intervenciones en el proceso vital tengan como objetivo mejorar el estado de bienestar del sujeto.

En su texto, Blanco (2011) menciona que el enfoque del curso de vida surge en los años setenta con la pretensión de analizar cómo los eventos moldean las vidas de los sujetos y de las poblaciones. Esta propuesta se nutre de los aportes de disciplinas como la sociología, la historia, la psicología y la demografía. "Así, este enfoque derivado de la demografía francesa se interesa en investigar (...) como un acontecimiento familiar, económico o de otro tipo que enfrenta un individuo modificará la probabilidad de que se produzcan otros eventos en su existencia" (p.4).

Esta perspectiva analiza los procesos humanos, las trayectorias de vida y sus interrelaciones. Reflexionando como los eventos por los que transita el sujeto a lo largo de toda su vida impactan en su desarrollo y su salud, entre otros. Por ello las ciencias sociales plantean la necesidad de considerar la interacción entre los cambios sociales y la vida del sujeto, para entender cómo las transformaciones que surgen desde las instituciones o de la sociedad (macroestructurales) pueden incidir en la experiencia de las personas y como ellas responden a estos cambios (microsociales) (Blanco, 2011).

La Farmacología Como Tratamiento de Primera Línea

Dentro de los modelos de atención en salud se encuentran las prácticas y tratamientos que se presentan como válidos o recomendados, en los que se incluyen las intervenciones necesarias para prevenir, curar y aliviar los síntomas de la enfermedad. Una de las estrategias más utilizadas para el tratamiento de las enfermedades es el farmacológico.

La OMS expone que el tratamiento farmacológico es una de las intervenciones médicas más rentables en la que los estados destinan presupuestos que van entre el “10% y el 20% en los países desarrollados y entre el 20% y el 40% en los países en desarrollo” (p.1). Agrega que es necesario que los abordajes farmacológicos se mantengan dentro de los marcos recomendados para el uso, donde se plantea que los pacientes deben recibir “fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, con dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo adecuado de tiempo y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad” (OMS, 2006, p.1).

En contraposición se encuentran los tratamientos no farmacológicos o psicosociales, los cuales cuentan con respaldo teórico sobre sus amplios beneficios, al decir de Olazarán et. al. (2010) citado por Pérez (2018) estos tratamientos incluyen “cualquier intervención no

química, focalizada y replicable, sustentada sobre una base teórica, realizada en el paciente o el cuidador, con capacidad potencial de lograr algún beneficio relevante” (p.142).

Retomando los planteos de la OMS, la organización destaca los beneficios del tratamiento farmacológico y la importancia de que este sea accesible, seguro, eficaz y de buena calidad. A su vez resalta la necesidad de que la indicación de estos tratamientos sea razonable.

En sus observaciones evidencia el alto consumo de fármacos y describe el aumento progresivo. Como consecuencia de estas prácticas abusivas se presentan daños graves en pacientes, efectos colaterales innecesarios, ingresos hospitalarios y muerte. “En la actualidad existen recomendaciones prácticas, basadas en pruebas científicas, sobre cómo contrarrestar el uso irracional de los medicamentos, pero desafortunadamente muchas de ellas no se están poniendo en marcha” (OMS, 2006, p.5).

Camargo y Cuevas (2019) mencionan que en la actualidad la medicalización es parte de los dispositivos biomédicos, los cuales redefinen “un problema social o incluso una situación normal de la vida humana en términos de problema médico” (p.69). Este enfoque posiciona a la medicina como organizadora de la vida impactando no solo en los abordajes de la enfermedad, sino también estableciendo estándares de salud que regulan aspectos naturales de la existencia, como por ejemplo el envejecimiento. A la vez produce un control sobre los cuerpos y sobre las formas de habitar, donde el sujeto se transforma en un consumidor de los servicios y tratamientos prediseñados.

De lo expuesto se puede concluir que si bien los tratamientos farmacológicos resultan prevalentes, existe la posibilidad de otros abordajes. Su elección se encuentra sujeta al modelo que adopte el sistema de salud y en consecuencia se presentarán diferentes resultados clínicos.

Narrativas Sobre el Sujeto Padeciente

En esta construcción sobre narrativas de la enfermedad se plantean enfoques y se problematizan los abordajes y las técnicas, lo que da lugar a una idea del sujeto que sufre. Podríamos inferir que la conformación de este sujeto dependerá de quien lo enuncie y las palabras que utilice para definirlo y enmarcarlo.

Mol (2023) sostiene que para el sistema de salud uno no se vuelve paciente hasta que presenta síntomas o signos que indiquen que algo acontece en el cuerpo físico. Sin la manifestación de alteraciones o dolor, no existe la enfermedad y sin exámenes clínicos, paraclínicos o imagenológicos que corroboren lo descrito, no existe el diagnóstico. En este contexto la categoría de “paciente” necesita de la enfermedad y de un diagnóstico que lo confirme.

A diferencia del enfoque biomédico utilizado en el sistema de salud, otros enfoques como el problematizado por Lajarraga (2004) entienden que en la construcción del sujeto padeciente “el cuerpo constituye un recipiente de significaciones y simbolizaciones constituidas en correlación con un medio cultural y una estructura económica-social que lo contiene, adquiriendo así una multiplicidad de formas” (p. 274).

Entre las narrativas sobre el sujeto que sufre se encuentran las planteadas por los dispositivos biomédicos y biopolíticos. Camargo y Cuevas (2019) exponen que en este marco el sujeto es visto como paciente y responsable de lo que acontece en su salud. Dichos enfoques proponen el ordenamiento de la vida y agrupan las poblaciones según su vulnerabilidad a enfermedades o por tipos de poblaciones, como por ejemplo conforme al género o a la edad.

En este contexto se despliegan “macropoderes que actúan de manera centralizada, abierta y visible, como ocurre con el Estado y sus regulaciones legales y políticas de salud; y por otra parte, los micropoderes que actúan sobre el cuerpo y la psique de manera

descentralizada al conducir las decisiones individuales, como sucede con los dispositivos propios del poder o saber biomédico” (Camargo y Cuevas, 2019, p.63).

Lejarraga (2004) analiza estas construcciones y plantea que en el proceso donde se nomina algo como enfermedad se produce un efecto en el sujeto y en su contexto. Por ello la importancia de analizar las circunstancias sociales que van atadas a un diagnóstico. Según el consenso social, en el desempeño de su rol la medicina tiene la autoridad para dictaminar la presencia o ausencia de enfermedad y se impone sobre el sujeto padeciente estableciendo los parámetros de normalidad. Dentro de este concepto de normalidad se encuentra un perfil de sujeto funcional y adaptado satisfactoriamente a la sociedad.

En esta línea encontramos a Mol (2023) quien en su texto *“El cuerpo múltiple”* hace un recorrido por una institución médica con intención de reflexionar cómo las disciplinas y las prácticas médicas constituyen una mirada de sujeto, a la vez como esta perspectiva influye en la relación dentro de la atención clínica.

En esta investigación la autora acompaña los procesos diagnósticos y de tratamiento referente a una especialidad médica, dejando expuesto que si bien esta indagación se enmarca en un espacio específico, el enfoque empleado dentro del centro es identificable en otros de iguales características. Revela que en estos centros el sujeto padeciente es visto como un cuerpo con un conjunto de órganos, que presenta síntomas y que es factible de un diagnóstico y tratamiento. Asimismo sólo en algunos casos se presta atención a las experiencias y el contexto del sujeto.

En estos espacios, la patología desempeña un papel fundamental para el diagnóstico, pero Mol (2023) enfatiza en que es el rol del sujeto el que sostiene la posibilidad de comprender las particularidades de la experiencia. Así cada persona tendrá una forma de entender la enfermedad y a sí mismo como padeciente, lo que determinará los modos de relacionarse con los servicios.

En este sentido Lejarraga (2004) plantea que algunas personas se convocarán a los servicios de salud cuando la afección limite el desempeño de sus actividades, mientras otras lo harán ante el primer síntoma de malestar. Citando a Boltanski (1975) refiere que “la capacidad del individuo para reconocer las sensaciones propias y ligarlas con el estado de enfermedad (...) es un hecho que se aprende en la vida social misma” (p. 275).

En consecuencia de estas construcciones, algunas personas llegan a diagnósticos tardíos lo que puede derivar en intervenciones no exitosas y podría provocar desconfianza en la asistencia profesional. Agrega que “si bien la enfermedad se presenta también como algo percibido y construido socialmente, la idea de enfermedad no es omnipresente en todo individuo de la sociedad” (Lejarraga, 2004, p. 275).

Estas perspectivas ponen de manifiesto que el enfoque biomédico resulta insuficiente y que la sola presencia de síntomas no basta para realizar un diagnóstico adecuado. Por lo tanto, además de considerar los síntomas es fundamental tener en cuenta cómo las personas comprenden el proceso de enfermedad y de qué manera esto influye en el acceso a los servicios de salud.

Sujeto Padeciente y Alzheimer

El sujeto con esta enfermedad se encuentra dentro de la construcción de sujeto sufriente que venimos analizando. Retomando lo planteado al inicio, la OMS (2013) expone las particularidades que presenta esta demencia como enfermedad no transmisible y la incluye dentro de los trastornos mentales y neurológicos. En este relato se presenta la enfermedad tipo Alzheimer como la más frecuente dentro de las demencias, constituyendo entre el 60% y 70% de los casos y la definen como un “síndrome causado por una enfermedad del cerebro, usualmente de naturaleza crónica o progresiva en la cual hay una alteración de múltiples funciones corticales superiores” (p.7).

También se describen las alteraciones que se presentan en las diferentes fases de la enfermedad, su sintomatología y los signos que aparecen. Entre ellos se encuentran la pérdida de memoria, dificultades en la comprensión y producción del lenguaje, dificultades en la toma de decisiones, deterioro de las emociones y del comportamiento entre otras. Agregan que dichos cambios afectan la vida del sujeto y su impacto dependerá de los rasgos y características que tenga el sujeto previo al diagnóstico.

Por su parte, en la guía de AUDAS (2015) encontramos descripciones sobre comportamientos esperables en personas con enfermedad de tipo Alzheimer. Dichas conductas pueden contemplar desde comportamientos repetitivos, pérdida de objetos y acusaciones falsas de robo, aparición de alucinaciones, comportamientos sexuales inapropiados y actitudes agresivas. Estas descripciones explican algunas conductas que podrían aparecer en el desarrollo de la enfermedad.

Tomando esta narrativa surge poner en consideración si las mismas se ven atravesadas por construcciones prejuiciosas sobre el sujeto padeciente y sobre el proceso que transita. Teniendo en cuenta estas descripciones, algunas de ellas pareciera poner en cuestionamiento la credibilidad del sujeto en consecuencia de ciertas conductas, por ejemplo si una persona mayor con este diagnóstico denuncia que le sustraen objetos de su propiedad su palabra podría quedar devaluada.

Al inicio de este trabajo se plantea la interrogante sobre cómo inciden las diferentes concepciones sobre la idea de la enfermedad y cómo estas se relacionan en la vida del sujeto sufriente. Considerando lo expuesto por la OMS y por AUDAS se discierne que: en el caso de la OMS (2013) las representaciones sobre el sujeto sufriente son parciales y se encuentran implícitas en las descripciones que el organismo hace sobre la enfermedad, no abordando la incidencia de su contexto ni de la experiencia en el proceso de enfermedad. En referencia a la narrativa de AUDAS, sería deseable reflexionar sobre si las mismas podrían resultar homogeneizantes respecto a las características que presenta el sujeto con esta enfermedad y si estos preconceptos impactan en su relacionamiento social y familiar.

Particularmente y en concordancia con la mirada de la OMS, la neurología según Sack (2023) sostiene que las enfermedades son vistas como un menoscabo de la capacidad neurológica que generan disfunciones en los sujetos afectados. Pero el autor cuestiona esta postura de la disciplina y realiza una crítica hacia el proceder de las mismas, pues esta conceptualizan al sujeto como un sistema similar a una computadora desprovisto de sentimientos y juicio, lo que limita la posibilidad de reflexionar sobre la experiencia humana en este contexto.

En contraposición, el autor plantea que “los procesos mentales que constituyen nuestro ser y nuestra vida no son sólo abstractos y mecánicos sino también personales (...) y como tales, no consisten sólo en clasificar y establecer categorías, entrañan también sentimientos y juicios continuos” (Sack, 2023, p.40).

Siguiendo en esta línea Berriel y Pérez (2007) identifican que en el proceso de enfermedad es esencial considerar los factores afectivos y vinculares que se desarrollan, puesto que los factores psicológicos inciden en la construcción de las patologías. Por ello entienden importante incluir las intervenciones psicoterapéuticas en los tratamientos de la enfermedad tipo Alzheimer pues contemplan la multidimensionalidad en la enfermedad.

Interseccionalidad de Otras Significaciones Relacionadas con la Enfermedad Tipo Alzheimer en la Vejez.

En la construcción de ciertas narrativas el envejecimiento y la enfermedad tipo Alzheimer coinciden en significaciones y en un entramado de prejuicios. Esta situación dificulta la atención en salud así como la obtención del diagnóstico oportuno.

Iacub (2012) explica que las representaciones sociales de la vejez suelen ser negativas y reducidas a una idea de deterioro, restando importancia y reconocimiento a la riqueza de esta etapa. Citando a Robert Butler (1969), plantea que las creencias negativas son la suma de prejuicios y estereotipos, que surgen de la dificultad para aceptar el paso del

tiempo. El viejismo entonces, es el resultado de sentimientos, creencias y comportamientos que responden a la edad cronológica de una persona o un grupo y están acompañados por prejuicios negativos.

A su vez Aguirre y Scavino (2018) plantean la necesidad de una visión plural para la vejez, ya que no debe ser entendida únicamente en términos cronológicos o como un cúmulo de características biológicas que se sitúan en el cuerpo. En cambio debe ser contemplada como una construcción de significaciones sociales y culturales.

Graciela Zarebski (2007) señala que antes del surgimiento de la Psicogerontología, hasta la década de los '80 y '90, el envejecimiento era considerado un declive de la persona tanto físico como mental, caracterizado por un aplanamiento subjetivo. Como resultado de estos conceptos los tratamientos eran predominantemente farmacológicos y la salud mental se abordaba de manera tardía y con un enfoque asistencial.

Añade que en la actualidad se presentan nuevas condiciones de comprender la temática, donde la formación especializada y el aporte de nuevos enfoques provenientes de diversas técnicas, posibilitan intervenciones psicoterapéuticas pensadas desde la prevención.

Tanto la vejez como las demencias suelen amoldarse a estereotipos que los asocian a condiciones de discapacidad y fragilidad. Iacub (2012) sostiene que, si bien en la vejez ocurren cambios físicos esto no significa que esta etapa está constituida por enfermedades o que deba resultar discapacitante. Los mitos que rodean estas concepciones “tienden a exagerar sobre los cambios”(p.15) y generan temor frente a la dependencia y la pérdida de competencias.

Añade que estas concepciones producen ansiedades tanto en las personas viejas como en sujetos con demencia, quienes a menudo hipotetizan sobre una posible institucionalización y el alejamiento de su hogar. En esta posible pérdida del espacio de identidad se incluye el alejamiento de las redes sociales y la pérdida de autonomía.

Independientemente del motivo, los alegatos que sitúan al sujeto como carente y como una carga social los desempodera. Por ello el autor sostiene que estas narrativas tienen sustento cuando una sociedad brinda mucho valor a ciertos discursos (ser joven - estar saludable) y le quita mérito a otros (ser viejo - estar enfermo). De esta forma se genera un consenso implícito sobre esta visión de “incompetencia, enfermedad o asexualidad (...) dañando la identidad en especial en los más vulnerables” (Iacub, 2012, p.16). En la misma línea Lladó y Carbajal (2009) sostienen que “las discriminaciones cualquiera sean, implican una dimensión política que devalúa al sujeto, y es política porque produce realidad” (p.108).

Los discursos imperantes sobre la enfermedad y la vejez se ven entramados por estructuras que proponen cierto ordenamiento. En su investigación Mol (2023) plantea que dentro de las narrativas actuales algunos discursos tienden a jerarquizarse y lo ejemplifica planteando que, dentro de la estructura del sistema de salud se presume que los síntomas y signos serán congruentes con lo esperado para la enfermedad.

En los casos en que se presentan contradicciones entre los hallazgos observables y el relato del paciente, el conflicto se resuelve según las jerarquías que tengan las partes y los resultados del laboratorio están en la parte más alta por ello serán priorizados. Si bien en general esto no desestima la queja del sujeto y la redirige en búsqueda de otro motivo que la impulse, queda expuesto cómo se construye el ordenamiento y en qué lugar se posiciona la medicina.

Tomando en referencia los planteos de Mol (2023) sobre la enfermedad como una experiencia múltiple y el ordenamiento de las jerarquías, traigo el texto “*¿Cómo hacerse un cuerpo sin órganos?*” de Guattari y Deleuze (s/f). En el mismo se formula que las jerarquías pueden ser cuestionadas si el sujeto logra apartarse de los roles que le han sido asignados. Esto nos invita a reflexionar sobre el consenso social que otorga a la medicina la autoridad superior para diagnosticar, así como a repensar sobre estos consensos que establecen un estatus de conocimiento que relegan la queja y la experiencia del sujeto.

Por lo cual podemos concluir que es evidente que el sistema de salud prioriza los hallazgos técnicos sobre las narrativas subjetivas de los pacientes, perpetuando una jerarquía que desestima la riqueza de la experiencia.

Sobre los Vínculos en el Cuidado y con el Género.

En el reconocimiento de que algunas personas mayores con demencia necesitan cuidados debido a las particularidades de sus procesos, AUDAS (2025) propone una serie de prácticas diseñadas para brindar apoyo y optimizar la gestión de la vida cotidiana. Estas sugerencias abarcan el mantenimiento de rutinas diarias de higiene personal, asistencia en la organización de la vestimenta, contribuir en el suministro de alimentos acordes y en la realización de las preparaciones, establecer horarios y hábitos, usar ayuda-memoria como recordatorios, entre otras medidas.

Iacub (2012) expone que hay evidencias que demuestran que en general las personas mayores llevan una vida activa e independiente y solo unos pocos necesitan asistencia en la vida cotidiana. Añade que a pesar de la necesidad de ayuda esto no los convierte en personas frágiles o débiles, sino en personas que transitan un momento de sus vidas con requerimientos distintos a otras etapas. Además hace referencia que, debido a la existencia de concepciones negativas sobre los cuidados se corre riesgo de producir marginación en esta población.

Estos prejuicios están insertos en toda la sociedad y las personas mayores también están atravesadas por ellos, lo que impide que adviertan lo perjudicial de los mismos. Iacub (2012) hace referencia que muchos hemos escuchado decir a personas mayores, “yo con viejos no me junto” (p.6). Además plantea que resulta muy difícil abogar por los propios derechos cuando se está inmerso en una trama que posiciona a las personas mayores en roles determinados, donde el valor del sujeto se mide por su productividad y la juventud es un bienpreciado.

El autor agrega que los prejuicios y generalizaciones producen limitaciones en la autonomía para la toma de decisiones y lleva a creencias limitantes. Entre ellas, considerar que las personas mayores son incapaces de tomar buenas decisiones en cualquier ámbito de la vida. Estas restricciones afectan la interacción social, desestiman los intereses del sujeto, impactan negativamente en su autoestima y consolidan creencias erróneas.

Asimismo la toma de decisiones se traslada a los cuidadores por considerar que poseen un mejor criterio. Aunque a menudo actúan con buenas intenciones buscando evitar daño o sufrimiento, algunas de sus acciones podrían descalificar e inhabilitar las posibilidades del sujeto sufriente, generando tensión en el vínculo (Iacub, 2012).

Por su parte Rovira (2015) señala que en el ámbito de los cuidados “la autonomía y la dependencia están en permanente tensión” (p.64). A menudo los cuidados se plantean centrándose en el interés de dar respuesta a una situación de dependencia. En este marco “la figura del cuidador surge como una extensión del cuerpo físico de la persona que debe ser cuidada para sostener la vida en el contexto cotidiano” (p.66). Es así que, esta situación establece una doble tensión entre el derecho de recibir cuidados y los discursos sociales que determinan cómo deben ser brindados.

Además la autora destaca que, en lo que respecta al tema “las mujeres que cuidan en el ámbito del trabajo no remunerado y remunerado, son las mismas” (p.68). Si bien la teoría realiza aportes alineados con la necesidad de redistribuir las tareas de cuidado entre hombres y mujeres para que exista corresponsabilidad, en la práctica este cambio aún no se ha materializado lo que profundiza las desigualdades tanto en las condiciones laborales como en el ámbito de lo privado.

En el marco que venimos planteando resulta importante considerar cómo las narrativas de vejez y de enfermedad tipo Alzheimer se entrecruzan con el género, asimismo poder reflexionar si esta interseccionalidad produce un impacto peculiar en los sujetos.

Para este análisis se presenta información del CENSO 2023 de Uruguay, el cual arroja que el 16% de su población es mayor de 65 años, dentro del total de esta población el 59,4% son mujeres y el 40,6% son varones. En referencia a las mujeres esta predominancia se ve acentuada con el paso de los años reflejando que 7 de cada 10 personas mayores de 85 años son mujeres (PICSPAM, 2024). Esta marcada diferencia produce vulnerabilidad en las mujeres ya que podrían requerir cuidados a largo plazo.

El Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores (2024) plantea que, el envejecimiento de las mujeres mayores se enmarca dentro de narrativas sociales que tienden a ubicarlas en determinados roles, por ejemplo el de cuidadoras principales. A su vez los estereotipos culturales representan a las mujeres mayores como personas pasivas, puesto que se dedican al cuidado del hogar o de miembros de la familia, en consecuencia esto atenta contra su desarrollo y su integralidad.

Aguirre y Scavino (2018) mencionan que factores como la cultura, la sociedad y la ciencia han impactado en el incremento en la esperanza de vida de las personas y estos cambios demográficos han producido un impacto en los cuidados. En este proceso mujeres mayores de 65 años se encuentran responsables del cuidado de otras mujeres viejas, lo cual podría generar tensión en referencia a sus propios cuidados.

Las autoras plantean que para incidir en esta situación, se hace necesario repensar la organización social e implementar políticas públicas que respondan a las problemáticas que emergen de los cambios poblacionales. Así como reflexionar sobre las políticas existentes ya que se basan en la dicotomía generacional (jóvenes vs. viejas/os) homogeneizando las vejeces.

En los planteos tanto de Iacub (2012) como de Aguirre y Scabino (2018) se describe que la vejez está atravesada por las trayectorias de vida en la que se incluyen los roles sociales y que posteriormente delimitan las formas en que las personas mayores enfrentan las problemáticas en salud, el acceso a bienes y servicios, entre otras variables.

Dentro de los roles sociales se encuentran los que se le asignan al género, para Aguirre y Scavino (2018) citando a Risman (2004) “el género es una estructura social que ordena la cultura, las políticas públicas, las subjetividades, y lo hace de manera dialéctica entre la estructura social de género y la vida particular e individual de los sujetos” (p.25).

Aguirre y Scavino (2018) agregan que en la actualidad la longevidad de las mujeres en comparación a los varones es mayor y la interseccionalidad de diferentes dimensiones como nivel socioeconómico, la ascendencia étnico-racial y la cultura, exponen la necesidad de hacer foco en las “diversas formas de envejecer y las trayectorias de envejecimiento vinculadas al curso de vida” (p.21). Estas autoras citan a Simone de Beauvoir (2012), quien en su obra *“La vejez”* formula que a pesar del recorrido histórico que permitió construir diferentes narrativas sobre la vejez y habilitó a pensar en las personas mayores como merecedoras de cuidado y cariño, “siempre fue muy distinto entre las personas mayores ricas y pobres, entre los varones y las mujeres” (p. 21).

En concordancia, Martínez (2021) señala que el envejecimiento no es un proceso homogéneo sino que está marcado por diferentes categorías sociales. Reconociendo que gracias a la perspectiva de género es posible distinguir que existen diversas formas de envejecer y que estas se ven afectadas por las diferentes categorías que conforman la vejez. “Hoy sabemos que no es lo mismo envejecer siendo mujer, hombre o como parte de la comunidad LGBTI+” (p.38).

La autora también aborda los desafíos que se presentan frente a la longevidad de las mujeres y cómo estos son reflejos de los roles sociales establecidos y por las desigualdades históricas consecuencia del patriarcado. De esta forma tanto las mujeres como las personas mayores LGBTI+ se ven afectadas por estigmas sociales y experimentan diferentes discriminaciones. Ante ello, subraya la importancia de crear oportunidades reales que proporcionen recursos adecuados para alcanzar una vejez digna y equitativa.

Considerando como las diferentes narrativas construyen representaciones sobre la vejez, el género y la enfermedad, retomo a Mol (2023) quien argumenta que un mismo significado puede manifestarse de diversas maneras en un mismo sujeto. Esto implica que el sujeto le dará diferentes significados por ejemplo a la enfermedad, adaptándolo al contexto en el que habita, sin que por ello se produzca una fragmentación de su identidad. De este modo en un mismo cuerpo coexisten múltiples formas de comprender y vivir las diferentes experiencias tales como la enfermedad, la vejez entre otras.

De acuerdo con lo expuesto por los diferentes autores, los cuidados se ven influenciados por las construcciones sociales sobre la vejez, el género y la enfermedad de tipo Alzheimer, afectando a las trayectorias de vida. En consecuencia se evidencia las diferentes desigualdades que enfrentan las mujeres mayores y las personas mayores LGBTI+. Quedando en evidencia la necesidad de generar políticas públicas que promuevan una vejez más digna.

Reflexiones Finales

Esta monografía explora cómo diferentes relatos sobre la enfermedad tipo Alzheimer moldean la percepción y el trato hacia los sujetos que la padecen, reflexionando sobre la influencia de estas narrativas en los abordajes y enfoques clínicos utilizados.

Para ello me centré en tres enfoques principales; las narrativas de un organismo oficial con incidencia mundial, una investigación sobre técnicas de neuroimagen con perspectiva biomédica y el relato propuesto desde una óptica psicosocial. En estos enfoques encontramos distintas formas de comprender y de abordar al sujeto con la enfermedad. Algunos se centran en indicadores estandarizados de salud y en descripciones rigurosas del proceso de enfermedad, excluyendo la integralidad del sujeto, de su contexto y de su experiencia.

En contraposición encontramos un enfoque que sin desestimar la dimensión biológica aborda las dimensiones psicológicas y sociales del sujeto, reconociendo que el proceso de enfermedad es multidimensional lo que resalta la importancia de implementar un abordaje holístico.

En consecuencia de estas narrativas se indagó si dichos enfoques influyen en los discursos que sustentan los cuidados y cuales son los prevalentes. Se determina que los cuidados que se brindan a personas con enfermedad tipo Alzheimer están claramente relacionados con los discursos oficiales en salud y con el enfoque biomédico.

En este contexto fue fundamental explorar concepciones que ampliaran la perspectiva y enriquecerán la información sobre las diversas variables involucradas en esta revisión. Se observó cómo estas concepciones se han desarrollado a lo largo de la historia dando lugar a las formas actuales de entender conceptos como el de enfermedad y el de salud.

Se identificó términos que abordan la enfermedad desde una perspectiva ontológica, fisiológica y patológica enfocándose en el cuerpo físico y su funcionamiento. Así como la coexistencia con diferentes paradigmas como el de salud/enfermedad, que entiende las enfermedades como desviaciones de patrones funcionales y el paradigma de normalidad/anormalidad, que distingue lo esperado y lo socialmente aceptado de lo que es diverso.

Estos paradigmas promueven lógicas de disyunción, reducción y simplificación que consideran el organismo aislado de su contexto, separando la enfermedad del sujeto portador. Esta visión fragmentaria no toma en cuenta como el proceso de enfermedad puede afectar a las otras dimensiones del sujeto, simplificando la multiplicidad que lo atraviesa.

En esta línea se encuentra el modelo biomédico que se presenta como predominante en varias disciplinas como la medicina, donde la enfermedad se considera un

fenómeno unicausal resultado de alteraciones bioquímicas y fisiológicas, con un enfoque centrado en la curación. Este modelo propone determinados abordajes entre los que se destaca el tratamiento farmacológico, comúnmente utilizado para curar la enfermedad o aliviar dolencias, el cual es reconocido por sus beneficios en los tratamientos médicos, pero también despierta preocupación por el alto consumo.

En contraste se encuentra el modelo biopsicosocial que aborda la enfermedad como un proceso multicausal, donde interactúan factores psicológicos, sociales y biológicos. Este modelo cuestiona el reduccionismo y respalda la inclusión de abordajes alternativos que brinden una atención humanista e integral. En conformidad a ello surgen tratamientos psicosociales centrados en el sujeto, en su vivencia y su contexto.

Durante la búsqueda de narrativas se pudo distinguir maneras diferentes de referirse al sujeto que atraviesa un proceso de enfermedad. Algunas definen al sujeto como paciente, centrándose en los síntomas y el diagnóstico que lo sustenta, mientras que otras consideran que tanto la enfermedad como el sujeto son parte de construcciones sociales que delimitan las realidades. Estos relatos incluye a personas mayores con enfermedad tipo Alzheimer quienes se encuentran inmersas en la interseccionalidad de constructos sobre la enfermedad, la vejez, la dependencia, la discapacidad y el género, maximizando la posibilidad de que sean vulnerados sus derechos.

Al considerar cómo las narrativas configuran el campo problematizado, entiendo fundamental incluir en esta reflexión final la dimensión del sufrimiento psíquico, pues esta emerge como resultado de las construcciones sociales que la atraviesan. Es relevante reconocer que cualquier persona puede experimentar sufrimiento psíquico y que las circunstancias que lo provocan pueden ser diversas.

Berriel y Pérez (2007) plantean que en el caso de personas que presentan algún tipo de demencia, la aparición de señales de deterioro cognitivo puede generar sensación de desamparo, miedo o incertidumbre, produciendo malestar psíquico. Situaciones similares ocurren durante la espera de un diagnóstico, especialmente si los resultados no son

concluyentes y el diagnóstico queda en suspenso, así como si se presentan aspectos “condenatorios de progresividad e irreversibilidad” (p.9).

El sufrimiento psíquico de una persona podría producir deterioro de la salud mental, por ello se entiende que ambos factores se encuentran interconectados. En referencia a ello, las construcciones sociales sobre la salud mental suelen fundamentarse en paradigmas con un enfoque biológico y entienden la realidad como objetiva y medible. Por lo que se puede inferir que dichas perspectivas limitan la comprensión y los abordajes posibles.

En el libro del Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria UdelaR (2017) se ofrece una definición sobre salud mental proporcionada por la OMS (2025) quien la define como, un estado de bienestar que permite a las personas gestionar los desafíos de la vida, desarrollar sus capacidades y mantenerse integrado a la comunidad e incluyen que estos trastornos mentales están influenciados por determinantes sociales y culturales.

En consonancia con lo mencionado en este trabajo y de los aportes de los autores se discierne que el enfoque biomédico que aborda la salud mental intenta explicar el sufrimiento a través de cambios biológicos o alteraciones bioquímicas, ignorando la experiencia subjetiva y las condiciones de vida. La salud mental también se ve atravesada por estigmas y discriminaciones, que marginan y vulneran los derechos de estas personas.

UdelaR (2017), menciona que los diagnósticos en salud mental producen etiquetas que tienden a deshumanizar a las personas y la exhaustividad de los diagnósticos termina segregando las demás facetas del sujeto. Aunque padecer un trastorno de salud mental no nos convierte en la enfermedad, en el texto explica que las etiquetas en la atención sanitaria:

Producen fácilmente un desplazamiento y sustitución del sujeto por la enfermedad, lo que produce el efecto de que a muchas personas con sufrimiento psíquico se les termine desconociendo su propia cualidad de persona y violando todos sus

derechos. Así, quién hasta antes de la etiqueta podía ser una persona con historia y roles diversos (...) pasa casi automáticamente a ser un demente, un depresivo, un psicótico, u otra categoría según el caso. (UdelaR, 2017, p.122)

Como parte de su reflexión el texto plantea que “no es posible sostener que una persona es totalmente sana o totalmente enferma” (p.123) y que es más adecuado decir que las personas presentan “aspectos mentales más saludables y otros más patológicos que pueden coexistir y expresarse de diferentes formas con respuestas a diferentes situaciones del diario vivir” (UdelaR, 2017, p.124).

En consecuencia podemos interpretar que al igual que las narrativas anteriores la salud mental se presenta como un campo complejo, que requiere un enfoque holístico en la atención, que reconozca la interconexión entre el sufrimiento psíquico y las condiciones sociales y que permita desarrollar prácticas que respeten la dignidad y los derechos humanos.

Para concluir considero relevante hacer algunas reflexiones. En primer lugar sería oportuno profundizar en el análisis sobre el impacto de la interseccionalidad entre vejez, enfermedad de tipo Alzheimer y género desde una perspectiva psicosocial. Dado que la bibliografía en español tiende a presentar las variables de manera aislada, un abordaje conjunto podría enriquecer significativamente los enfoques aplicados a las mujeres mayores con Alzheimer.

Además me gustaría invitar a la reflexión sobre cómo nos encontramos entrelazados en estas narrativas que dan sentido y cómo las mismas generan limitaciones que afectan a las personas con esta enfermedad e influyen en los sistemas de atención y cuidados. Es importante recordar que su impacto no se restringe únicamente a esta población, sino que alcanza a la sociedad en su conjunto, a nuestras relaciones personales y a nuestras propias experiencias de vida.

Existen diferentes razones que nos invitan a reflexionar sobre esta temática y a no permanecer indiferentes ante los procesos que otros atraviesan, pudiendo fomentar un cambio de conciencia desde nuestras relaciones personales, en el ámbito académico-profesional o desde el espacio en el que nos encontremos

Asimismo es importante resaltar los avances que se van produciendo en el campo de la psicología social, los aportes de los investigadores e instituciones que continúan insistiendo en los enfoques e intervenciones desde una perspectiva multicausal. Que habilitan una mirada humanizadora y tienen como propósito resguardar los derechos de las personas mayores con enfermedad tipo Alzheimer.

Referencias Bibliográficas

Alzheimer 's Disease International (2025). *Dementia facts & figures*. Recuperado de:

Recuperado de: <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/>

Aguirre, R. y Scavino, S. (2018). *Vejece de las mujeres*. Doble clic Editoras, 1a ed., 20-31.

Recuperada de:

<https://cien.ei.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/07/12-Libro-Vejece-de-las-mujeres.pdf>

Aguirre, R. y Scavino, S. (2016). *Cuidar en la vejez: desigualdad de género en Uruguay*.

Papeles del CEIC, núm. 1, 2016, 1-41. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/765/76544802007.pdf>

Aguilar, B. (2015). *Medicalización de la vida*. *Revista Uruguaya de Cardiología*, vol. 30, núm.

3, 262-267. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v30n3/v30n3a03.pdf>

Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares (2025). Recuperado de:

https://www.audas.org.uy/centro_diurno.html

Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares (2015). Recuperado de:

https://www.audas.org.uy/06_Informacion/AUDAS_Desafios%20frente%20al%20Alzheimer.pdf

Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista*

Latinoamericana de Población, vol. 5, núm. 8, 5-31. Recuperado de:

<https://revistarelap.org/index.php/relap/article/view/194>

Berriel, F., Pérez, R. (2007). Resultados de la psicoterapia en personas con demencia tipo

Alzheimer. II Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. I Congreso Uruguayo de Psicogerontología. ISBN 978-9974-7802-8-6, Psicolibros, 36-44.

- Berriel, F., Pérez, R. (2007). El tratamiento psicológico en la enfermedad de Alzheimer. // *Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. I Congreso Uruguayo de Psicogerontología*. ISBN 978-9974-7802-8-6, Psicolibros, 667-675.
- Boltanski, L. (1975). Los usos sociales del cuerpo. *Colección Salud, Política y Sociedad*. Ediciones Periferia, 11-95. Recuperado de:
<https://eduardogalak.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/03/boltanski-luc-los-usos-sociales-del-cuerpo-pdf.pdf>
- Butler, J. (2021). *La fuerza de la no violencia*. Editorial Paidós, 1a ed., (8-25) ISBN: 978-950-12-9830-7.
- Butler, R. (1969). El edadismo: otra forma de intolerancia. *El gerontólogo*. Vol. 9, núm. 4, 243-246, Recuperado de: https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Camargo, R., Cueva, H. (2019). Dispositivos biomédicos y marcadores biológicos: Desafíos jurídicos, políticos y éticos. *Revista chilena de derecho y tecnología*, vol. 8, núm. 2, 59-81. Recuperado de:
<https://www.scielo.cl/pdf/rchdt/v8n2/0719-2584-rchdt-8-2-00059.pdf>
- Calvo-Elío, D. (2023). Los modelos biomédico y biopsicosocial en la medicina. *Revista Médica*, vol. 29, núm. 2, 112-117.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582023000200112
- CEPAL (2000). *Cómo envejecen los uruguayos*. Recuperado de:
URL: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/96823593-374f-4d1d-872d-d0382c2e9e86/content> (recuperado en junio de 2025).
- Deleuze, G. Guattari, F. (s/f). *¿Cómo hacerse un cuerpo sin órganos?*. Recuperado de:
<https://root.ps/download/estrategiasconjuntas/Como-hacerse-un-cuerpo-sin-organos-Gilles-Deleuze-y-Felix-Guattari.pdf>
- De Beauvoir, S. (2012). *La vejez*. De bolsillo, 49-108.

Enríquez L., Rueda A. (2018). Una revisión de técnicas básicas de neuroimagen para el diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas. *Revista Biosalud*, 17(2), 59-90.

Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/biosa/v17n2/1657-9550-biosa-17-02-00059.pdf>

Iacub, R. (2012). *El poder en la vejez*. Pami. Recuperado de:

<https://comunidad.pami.org.ar/wp-content/uploads/2021/05/el-poder-en-la-vejez-copy.pdf>

Lladó, M., Carbajal, M. (2009). Producción de subjetividad sobre envejecimiento y vejez presente en las políticas públicas. *Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento*. MIDES, Cap. 5, 107-112. Recuperado de:

https://observatorioenvejecimiento.psico.edu.uy/sites/observatorioenvejecimiento/files/8_libro_debate_nacional_2009.pdf

Lejarraga, A. (2004). *La construcción social de la enfermedad*. Facultad de Ciencias

Sociales. Universidad de Buenos Aires. Artículo especial [online], vol.102, núm.4,

271-276. Recuperado de: <https://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n4/v102n4a07.pdf>

Ley 17796. (2004). *Normas tendientes a la promoción integral de los adultos mayores*.

Recuperado de:

[https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/17796-2004#:~:text=D\)%20Tener%20acceso%20a%20la.marco%20de%20justicia%20y%20equidad.](https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/17796-2004#:~:text=D)%20Tener%20acceso%20a%20la.marco%20de%20justicia%20y%20equidad.)

Ley 18617. (2009). *Creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM) en la órbita del*

Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18617-2009/2>

Martínez, M. (2021). Tenemos que tener en cuenta los aportes de la perspectiva de género para investigar, intervenir y generar programas educativos para la diversidad de vejez. *Las personas adultas mayores y el aprendizaje a lo largo de la vida*.

PICSPAM, boletín núm. 23. Recuperado de:

<https://iberoamericamayores.org/wp-content/uploads/2021/05/Boletin-IBEROAM-23-Alta.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (s/f). *Plan Nacional de Salud Mental 2020 - 2027*. Recuperado de: https://www.psicologos.org.uy/Plan_Nacional_Salud_Mental.pdf

Mol, A. (2023). *El cuerpo múltiple. Ontología y práctica médica*. Bellaterra Edicions. ISBN: 978-84-19160-40-9.

Olazarán, et. al. (2010). Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, vol. 30, núm. 2, 161-178. Recuperado de: https://www.mariawolff.org/_pdf/fmw-publicaciones-terapias-no-farmacologicas-en-la-ea.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *El mundo no está abordando el reto de la demencia*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2021-mundo-no-esta-abordando-reto-demencia>

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS*. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB118/B118_6-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Demencia: Una prioridad de salud pública*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe sobre la situación mundial de la respuesta de la salud pública a la demencia*. Recuperado de: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ed6367d3-a477-4700-b660-0c94faedd4da/content>

- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Demencia*. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Pérez, R. (2018). El tratamiento de la demencia en el sistema de salud de Uruguay. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, vol 8, núm. 2, 139-169. Recuperado de:
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v8n2/1688-7026-pcs-8-02-98.pdf>
- Pérez, R. (2017). ¿Enfermedad mental o sufrimiento psíquico? La disputa por la noción de sujeto y subjetividad. *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. Psicolibros, 109-128. Recuperado de:
<https://cien.ei.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/07/8-SaludMentalComunidadyDDHH.pdf>
- Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores. (2024). *Uruguay: La perspectiva de género en las políticas públicas de vejez*. Recuperado de:
<https://iberoamericamayores.org/2024/07/17/uruguay-la-perspectiva-de-genero-en-las-politicas-publicas-de-vejez/>
- Risman, B. (2004). *Gender as a social structure: theory wrestling with activism*. *Gender & Society*, vol. 18, núm. 4, 429-450. doi: 10.1177/0891243204265349.
- Rovira, A. (2015). *La construcción de categorías subjetivas en el proceso de definición de una política pública sobre cuidados en Uruguay*. Tesis de maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología, Udelar. Recuperado en:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/8335>
- Sacks, O. (2023). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. ISBN: 978-84-339-7338-2 Editorial Anagrama.

Universidad de la República. (2017). *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*.

Recuperado de:

<https://cien.ei.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/07/8-SaludMentalComunidadyDDHH.pdf>

Viniegra-Velázquez, L. (2008). La historia cultural de la enfermedad. *Revista de*

Investigación Clínica, vol. 60, núm. 6, 527-544. Recuperado en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2008/nn086j.pdf>

Zarebski, G. (2007). La Psicogerontología hoy. Envejecimiento, memoria colectiva y

construcción de futuro. *II Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. I*

Congreso Uruguayo de Psicogerontología. ISBN 978-9974-7802-8-6, Psicolibros,

17-29.