

# La construcción sociohistórica de las demencias y la enfermedad de Alzheimer

**PÉREZ FERNÁNDEZ, Robert**

Psicólogo y Magíster en Salud Mental (Udelar, Uruguay). Doctor en Salud Mental Comunitaria (UNLA, Argentina). Trabaja en psicoterapia y en prácticas comunitarias de salud mental con personas mayores, con personas con afecciones neurocognitivas y con sus familias.

*rperezf@montevideo.com.uy*

**GUEVARA ÁLVAREZ, Alejandro**

Médico (UVM, México), diploma internacional en gerontología y geriatría (UM, Malta), maestría en filosofía aplicada (UAQ, México) y doctorando en trabajo social (Udelar, Uruguay). Coordina equipos interdisciplinarios de intervención gerontológica y acompaña experiencias de cuidados colectivos en el territorio.

*guevara.alvarez@gmail.com*

**Resumen**

A lo largo de la historia las concepciones de las demencias han estado entrelazadas con los estigmas de vejez como senilidad y enfermedad mental como deterioro. Una perspectiva biomédica sobre estos tópicos los ha reducido a su dimensión biológica, lo que ha facilitado una neurocultura de prácticas de cuidados y atención deshumanizante, centrada en la enfermedad y no en las personas y sus modalidades de sufrir. El presente trabajo analiza cómo se ha ido construyendo históricamente esta concepción biomédica de las demencias como una entidad objetivo-natural, señalando la necesidad de marcos teóricos y prácticos alternativos para la comprensión, el cuidado y la atención de las personas con demencia. En esta línea se presentan tres modalidades alternativas de abordaje para producir prácticas humanizadas.

**Palabras clave:** demencia – alzheimer – vejez – enfermedad mental – modelo biomédico.

## The sociohistorical construction of dementia and Alzheimer's disease

### Summary

Throughout history dementia conceptions have been intertwined among the stigma of old age as senility & mental illness as decay. A biomedical perspective has reduced these topics to their biological aspects, opening the way for a neuro-culture of dehumanizing care practices which are disease centred and distant from people and their suffering. The present work analyses how this biomedical conception of dementia has been constructed as a natural-objective entity, pointing out the need for alternative theoretical and practice frameworks for understanding & care of people with dementia. With the aim to produce humanized practices three alternative perspectives are presented.

**Keywords:** dementia – alzheimer – old age – mental illness – biomedical model.

### Introducción

En un mundo cuya población es paulatinamente más envejecida, las demencias constituyen una de las principales afecciones que intersectan el campo de la salud mental. Si bien no involucran exclusivamente a las personas mayores, tienen mayor incidencia y preva-

lencia en este grupo etario y se las considera un síndrome dependiente de la edad,<sup>1</sup> estimándose que alcanzan al 8.5% de la población de 60 años y más (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013; Alzheimer's Disease International [ADI], 2013a y 2013b). Se calcula en 47 millones las personas con demencia en el mundo; cifra que se duplicaría cada 20 años, llegando a más de 131 millones en el 2050. A su vez, se estima que ese incremento no será equitativo entre las diferentes regiones y países del mundo, previéndose un aumento muy importante en los países de renta baja y media en proceso de transición demográfica, como la mayoría de los países de América Latina (ADI, 2015).

La OMS define las demencias como un síndrome producido por una enfermedad cerebral, en general de carácter crónico o progresivo, que afecta las funciones corticales superiores, como la memoria, lenguaje, atención, juicio crítico, y que repercute generalmente en el control emocional y en el comportamiento social. La Enfermedad de Alzheimer (EA) es considerada como representativa patológica y clínica de las demencias en general, ya que sus rasgos histopatológicos están presentes en la mayoría de las personas con demencia (OMS, 2013).

Con el conocimiento actual, la EA es considerada una enfermedad degenerativa primaria, o sea, una patología que no tiene una causa conocida, por lo que se

la considera multicausal, interviniendo diferentes factores de riesgo que se van potenciando a lo largo de la vida: cardiovasculares (tabaquismo, sedentarismo, hipertensión, diabetes), emocionales, educativos, de estimulación cognitiva y de soporte social (ADI, 2014). A pesar de esto, al ser conceptualizadas formalmente desde un enfoque biomédico, se pone el énfasis en la patología y en los aspectos biológicos de estos fenómenos, subordinando al mismo las demás dimensiones (sociales, económicas, políticas, afectivas, etc.) que operan en la constitución y desarrollo del propio síndrome (Kitwood, 1990; Martorell-Poveda, 2009; OMS, 2013). Uno de los primeros efectos que tiene esta concepción biomédica es la de asimilar el síndrome a la enfermedad, universalizando y homogeneizando las múltiples modalidades de vivir la misma, por lo que la patología queda disociada de la persona que la padece y de los procesos por los que puede atravesar (Kitwood, 1993, 1997).

Por su parte, cuando se analiza el tema desde un enfoque social e histórico (Castoriadis, 1987), las significaciones de las demencias se entrelazan fácilmente con los imaginarios sociales prejuiciosos sobre la vejez como sinónimo de deterioro –“viejismo”, al decir de Salvarezza (1988)– y de enfermedad mental, tales como la pérdida de la razón, de las capacidades intelectuales y de la humanidad (Martorell-Poveda, 2009). Se poten-

cian así las discriminaciones sociales que llevan a que las personas con demencia soporten un doble estigma: el de la vejez deficitaria y el de la enfermedad mental como algo deshumanizante.

Parte de estos significados sociales estigmatizante, están sostenidos en determinadas prácticas profesionales, como la de no comunicar el diagnóstico a la propia persona afectada (Acosta, 2014; Lishman, Cheston y Smithson, 2014; Pinner y Bouman, 2003; Robinson, Gemski, Abley, et. al., 2011; Robles, Cucurella, Formiga, et. al, 2011; Smithson, 2014), negándoles a las personas con EA la posibilidad de poder gestionar su situación y comprender su propio sufrir. De esta forma se van construyendo mecanismos y prácticas discursivas y fácticas, que Alicia Stolkiner (2013) ha nombrado como desubjetivantes, en las que las personas con demencia comienzan a ser cada vez más objetivadas como enfermos, construyendo un camino progresivo hacia lo que varios autores han señalado como la pérdida de la cualidad de ser persona (Behuniak, 2011; Kitwood, 1993 y 1997; Martorell-Poveda, 2009; Sabat, 1994).

Pero estos significados estigmatizantes también se sostienen y reproducen en algunas concepciones populares y familiares que atraviesan el mundo occidental, donde las personas con demencia habitualmente son consideradas como una especie de cáscara vacía, con una pérdida de su ser (Behuniak, 2011; Martorell-Po-

veda, 2009), similar a una muerte en vida (Dewing, 2008).

Ahora bien: ¿cómo se han instalado estas prácticas profesionales y sociales? ¿Cómo se constituyen y reproducen las redes de significados y creencias que las sostienen, generando un efecto de naturalización? ¿Es por el trastorno en sí? ¿Por la neuropatología? ¿Qué sería entonces el trastorno? Para pensar estos temas, Germán Berrios (1990) aporta dos metáforas que nos permiten analizar dos posicionamientos históricos en el mundo occidental sobre la concepción de la salud y la enfermedad mental. La primera es la de un botánico que describe y clasifica las plantas que encuentra, y que “descubriendo” eventualmente una nueva –no clasificada–, la incorpora inmediatamente al catálogo. La otra refiere a un escultor que va tallando y dando forma a su obra en el proceso de construcción de la misma. En el campo de la salud mental, la primera metáfora nos enfrenta a una concepción de enfermedades como entidades “objetivas y naturales” (Stolkiner, 2013), entes que estarían en el mundo humano y que el clínico sólo debe “descubrirlas” según los manuales clasificatorios más modernos, definiendo prácticas universales, sin mayores interrogantes sobre la entidad clínica y su manifestación en una persona específica. En este campo de la salud y enfermedad mental, las demencias, por lo que implican etimológica y metafóricamente respecto

a la “ausencia de mente”, posiblemente sean una de las entidades en las que más claramente se puede apreciar esta construcción. Debe tenerse presente que esta forma de concebir las enfermedades mentales responde a un modelo biomédico integrado a un sistema mundial de producción capitalista. De producción económica y política, pero por sobre todo, de producción de formaciones subjetivas (Guattari y Rolnik, 2006).

La segunda metáfora nos pone en la línea de la producción de las enfermedades, ya no como una entidad que esté por fuera de las personas, sino que irá tomando forma en estrecho contacto con quién la está describiendo. Estamos aquí en la dimensión histórica y social, donde no existe una descripción final de la enfermedad, sino que se jerarquiza la construcción de significados y sentidos que le dan las y los profesionales en sus prácticas, así como las propias personas afectadas. En esta perspectiva, el contenido de los síntomas y las descripciones neurobiológicas y anatomopatológicas serán siempre una especie de esquema temporal incorporado al discurso científico del momento, teniendo en cuenta que el mismo está constituido por operaciones sociales, como los modelos de ciencia imperantes y las relaciones de poder establecidas. En la medida que el lenguaje de descripción de una enfermedad refleja las creencias y convicciones de sus creadores y difusores, y que a su vez se transmite por influencia a los propios

afectados, la definición de una enfermedad es principalmente un fenómeno social que construye realidad (Berrios, 1990).

Teniendo en cuenta que las prácticas sociales y profesionales de abordaje de las demencias habitualmente se organizan desde una concepción de enfermedad objetiva-natural, generando una serie de efectos desubjetivantes (Berriel y Pérez, 2007), en el presente artículo nos proponemos analizar, desde una perspectiva social e histórica, algunos de los hitos centrales en los que estas modalidades se han forjado históricamente, a los efectos de entenderlos y poder discutir su propia dimensión “objetiva-natural”. Para ello realizamos una revisión histórica de la literatura, buscando identificar momentos clave de cómo fue surgiendo la construcción de las demencias como una enfermedad biomédica, y sus puntos de contacto con los imaginarios sociales de la vejez como etapa deficitaria, y el estigma sobre la enfermedad mental.

Para obtener las fuentes bibliográficas utilizamos los buscadores Google, Google Scholar, PubPsych y EBSCOhost, así como la búsqueda directa en las bases de datos de Sage, PubMed, Latindex, Scopus ScienceDirect, Springer, JSTOR y Cochrane. Luego de una búsqueda inicial por palabras clave generales en español e inglés (por ejemplo: Alzheimer, demencia y modelo biomédico, o EA y enfermedad mental, o historia

de la EA), efectuamos una segunda búsqueda, orientada teóricamente a partir de las referencias encontradas en los textos seleccionados como significativos. Por tanto, se trata de una estrategia de búsqueda teórica, no sistemática, en el que se utilizaron textos científicos y otros considerados literatura gris.

De esta forma, el presente trabajo pretende aportar al conocimiento de cómo se han ido construyendo históricamente las principales narrativas y prácticas científicas que han llevado a la hegemonía de una concepción biomédica de las demencias como una entidad objetivo-natural, entrelazada con las significaciones sociales de la vejez como una etapa deficitaria de la vida y las de enfermedad mental. Nos interesa especialmente identificar los aspectos sociales y políticos que han permitido estos cruzamientos, a la vez que poder visibilizar construcciones teóricas alternativas. Para ello, el artículo se encuentra organizado en torno a esta introducción y cinco apartados. En el primero de ellos buscamos ilustrar cómo las concepciones sociales y las construcciones científicas de occidente ubican históricamente a las demencias entrelazadas con los imaginarios sociales negativos de vejez y locura, reduciéndolas progresivamente a una ontologización biológica. En el segundo apartado, conectamos la evolución de estos hallazgos con los desarrollos clasificatorios en la ciencia del cerebro y la psiquiatría para entender cómo es construi-

do el nuevo paradigma bio-cognitivo-mnemónico de la EA. A continuación, en el apartado tres, analizamos cómo estas conceptualizaciones que han predominado históricamente, en la medida que se han constituido en hegemónicas, han generado una especie de vacío epistemológico que dificulta el surgimiento de nuevas perspectivas. En el cuarto apartado presentamos algunas perspectivas alternativas para pensar y construir las demencias desde prácticas subjetivantes. Finalizamos el trabajo señalando las principales conclusiones.

### **El histórico entramado biomédico de las demencias con vejez y enfermedad mental, y la construcción de una nueva enfermedad**

Es en los papiros médicos de Egipto del año 1550 antes de Cristo (AC), donde se encuentran los registros más antiguos de una afección similar al actual síndrome demencial, que implicaba la pérdida de memoria y de inteligencia como uno de sus factores. En esos papiros se señala también la debilidad física propia de la vejez (García-Albea, 1999). Desde esa época, a lo largo de la historia del mundo occidental, es común encontrar concepciones de demencia estrechamente ligadas a los significados sociales del envejecimiento como desgaste o deterioro, y de locura como pérdida de razón o conducta diferente a lo común. Son de este estilo los trabajos de Solón en el año 600 AC en Grecia (Boller y

Forbes, 1998, Catullo Goldfarb, 2004), los de Cicerón en el año 44 AC en Roma (Martínez, Martínez y Moya, 2001), los de Galeno de Pérgamo en el imperio romano del siglo I (Catullo Goldfarb, 2004; Derouesné, 2008; Kurz y Lautenschlager, 2010), o la literatura de Erasmo de Róterdam, en el año 1511, al inicio de la época moderna (Berrios, 1987).

En el siglo XVIII, en Europa se da la primera revolución industrial, que implicó un cambio radical en la organización económica y social, con un fuerte avance de la tecnología y la utilización de mano de obra individual, para sostener las nuevas modalidades de producción. En ese contexto cambia el modo en que la medicina occidental concibe las enfermedades mentales, ya que las mismas pasan a ser pensadas como una alteración del estado físico. Se deja así definitivamente de lado concepciones mágicas y religiosas propias de la edad media, resaltándose la importancia del sistema nervioso en la organización corporal. Es en este período que se da una consolidación de la medicina clasificatoria, donde las enfermedades pasan a ser realidades naturales e ideales que pueden ser agrupadas, al igual que las especies botánicas. Como plantea Foucault, se piensan como “naturales porque las enfermedades enuncian sus verdades esenciales; ideales, en la medida en que no se dan nunca en la experiencia sin modificación ni desorden” (1953, p. 23). En estos cambios

conceptuales comienza a tomar forma la noción de la demencia como una enfermedad médica de orden “objetivo-natural”, vinculada a la senilidad, paradigma que seguirá vigente hasta la actualidad.

Con relación a la noción de enfermedad mental, a principios del siglo XIX, la medicina pasará a hacerse cargo de su abordaje, a partir del trabajo de Philippe Pinel en Francia. Este médico diferenciará por primera vez la locura como enfermedad (*l'aliénation mentale*), de la locura ordinaria (*folie*). Esta distinción comenzará una reforma en el tratamiento hospitalario, clasificando y agrupando a los internados en diferentes pabellones según sus trastornos. Se crea una noción global de enfermedad, surgiendo una nueva profesión para tratarla: la psiquiatría alienista (Castel, 1980). Pinel incluirá las demencias dentro de las enfermedades mentales, caracterizándolas por la pérdida del juicio, el trastorno de la memoria y la alteración en la percepción de los objetos (Kurz y Lautenschlager, 2010). Algunos años después, su discípulo Jean Étienne Esquirol diferenciará las demencias agudas, vinculadas a un estado confusional, de las crónicas y de las seniles, que, según él, implican una “falta de entendimiento” atribuida a la edad (Catullo Goldfarb, 2004; Derouesné, 2008). El término demencia y el concepto de deterioro cognitivo se irán asociando cada vez más a lo largo de ese siglo, vinculados a la noción de vejez como deterioro orgánico y senilidad

(Berrios, 1987, 2011 y 2013), y a la noción imperante de enfermedad mental o locura como pérdida de las funciones intelectuales (Brion y Masse, 2009; Derouesné, 2008). La medicina instala en esa época una noción biológica, deficitaria y universal del envejecimiento, que presenta como una descomposición y degradación del cuerpo y de la mente, que va afectando varios sistemas y órganos (Berrios, 2011). Se va consolidando, entonces, una línea de pensamiento que sostiene una subordinación de los procesos mentales y sociales del ser humano, a la dimensión biológica del envejecer; línea de pensamiento que se puede rastrear hasta nuestros días, tanto en algunos sectores de la academia como en el saber popular.

Estas líneas de pensamiento deben ubicarse en el marco de un profundo cambio que tuvo la neurología y la psiquiatría europea en la primera mitad del siglo XIX. Es el período en que cristalizan las concepciones de medicina que ya se venían desarrollando desde el siglo anterior respecto a la espacialización de la enfermedad, en la que se da una “superposición exacta del cuerpo de la enfermedad y del cuerpo del hombre enfermo”, al decir de Foucault (1953, p. 16). El método anatomopatológico pasa a ser la referencia de la investigación y va a comenzar a orientar las clasificaciones de las enfermedades (Belin et. al., 2013; Foucault, 1953; Martorell-Poveda, 2009), instalándose un discurso mé-

dico sobre la enfermedad mental. En el caso del envejecimiento, la psiquiatría y la neurología de esa época consolidan las teorías sobre el deterioro cerebral.

En la segunda mitad del siglo XIX, a la vez que se da un avance en conocer algunos aspectos neuropatológicos, se observa que existen algunas afecciones –tales como la histeria– en las que sus síntomas y signos no podían correlacionarse directamente con lesiones cerebrales o físicas (Kaplan y Solms, 2005). En la búsqueda de marcos explicativos diferentes, se comienzan a desarrollar nuevos horizontes teóricos (Rojo, 2006). Es esa la época en que Breuer y Freud (1895/1991) publican sus estudios sobre la histeria, en los que se señalan aspectos inconscientes de la mente, comenzando a abrir así un nuevo punto de partida para entender las enfermedades mentales desde una perspectiva psicológica, dando inicio al Psicoanálisis.

En simultáneo a estos movimientos teóricos, en 1898 Emil Kraepelin unifica toda una gama de trastornos mentales bajo el concepto de *dementia praecox*, incluyendo los trastornos delimitados en una anterior categoría de “procesos psíquicos degenerativos” –hebefrenia, catatonía y demencia paranoide– más las formas alucinatorias de la paranoia (Álvarez Fernández, 2004; Consejo de Redacción, 1996). El planteo central de Kraepelin era que las enfermedades mentales son entidades naturales y universales, por lo que eran in-

dependientes de la cultura o la historia de las personas, debiendo clasificarse por separado de acuerdo a la afección orgánica que la determinara. Se reconoce aquí una línea clásica de la psiquiatría que se ha mantenido y desarrollado en el tiempo hasta nuestros días (Bermejo-Pareja, Llamas-Velasco y Villarejo-Galendec, 2016).

En este contexto, en el año 1910 Kraepelin crea una nueva entidad patológica: la enfermedad de Alzheimer. Para él, las demencias seniles forman parte de la locura involutiva por la edad, definiendo a la EA como una modalidad grave de demencia senil que sugiere un envejecimiento prematuro o una enfermedad específica, independiente de la edad (Berrios, 1990; Derouesné, 2008). Reconoce con esta nominación el trabajo desarrollado por el neurólogo Alois Alzheimer en 1906, cuando presenta el caso de una mujer que, a la edad de 51 años, tenía síntomas cognitivos y comportamentales similares a los descritos para las demencias seniles, y que al fallecer se constata que tenía una neuropatología propia de la demencia senil, con ovillos neurofibrilares y placas extracelulares (Berrios, 1990; Derouesné, 2008; Pérez Trullen, 2007).

Los mecanismos neurobiológicos descritos por Alzheimer no eran originales, pues los ovillos neurofibrilares ya habían sido descritos por Beljahow en 1887 en Rusia (Berrios, 1990; Delacourte, 2006; Goedert,



2009), y las placas extracelulares por Blocq y Marinesco en el año 1892 (Derouesné, 2008). Incluso en el mismo año 1906, unos meses antes que Alzheimer presentara su caso, Pick había difundido un estudio sobre seis pacientes con demencia cuyos cerebros presentaban atrofia cortical focalizada en algunas áreas (Belin et al., 2013; Catullo Goldfarb, 2004), y Salomón Fuller había descrito la alteración de ovillos neurofibrilares en varios tipos de patologías, entre ellas, la demencia senil (Fuller, 1907). Por lo tanto, tal vez la única novedad que plantea Alzheimer era la relativamente joven edad de la persona en que aparecen las características histopatológicas propias de las demencias seniles, no la neuropatología descrita. Esto llevó a diferentes autores a sugerir que Alzheimer estaba describiendo un caso de *praecox senium* (vejez prematura) y no una enfermedad nueva; planteo que parece ser sostenido por el propio Alzheimer (Berrios, 1990; Delacourte, 2006).

Varios autores se han preguntado por qué Kraepelin nombró esta entidad patológica con el apellido Alzheimer y no como enfermedad de Beljahow, Blocq, Fischer, Fuller o de otros que habían encontrado estos mismos componentes neuropatológicos antes. Por un lado, parece haber razones científicas vinculadas a la intuición de Kraepelin de que se encontrarían en presencia de una enfermedad diferente de la demencia senil. También parecen haber jugado razones extra

científicas, como la intención de ganar prestigio para su departamento de Munich, ante la competencia con otras universidades, y favorecer a su amigo y colega Alzheimer (Bermejo-Pareja et. al., 2016; Berrios, 1990; Martínez et. al., 2001; Mendoza, 2015). Más allá de las razones que motivaron esto, interesa resaltar que la entidad EA no surge como un hecho objetivo-natural, sino que es construido en función de una serie de aspectos sociales, entre los que se cuentan los científicos y otros no científicos. En los hechos, el nombre de EA no fue totalmente integrado ni utilizado en la primera mitad del siglo XX, durante el cual varios autores refieren por ejemplo a las placas de Fischer o placas de Redlich. El propio Alois Alzheimer habla de placas de Fischer en un artículo publicado en 1911 (Derouesné, 2008).

En cuanto a la explicación científica de la EA, el adjudicar a las placas extracelulares y ovillos neurofibrilares la causa directa de la demencia, será cuestionado en el año 1933, con los estudios realizados por el profesor sueco Nils Gellerstedt, quien presentó una serie de trabajos que daban cuenta de que la neuropatología típica de las demencias seniles se podía encontrar presente en los cerebros de personas mayores que no presentaban síntomas clínicos (Blessed, Tomlinson y Roth, 1968). Estos resultados son compatibles con los que casi 70 años después encontraría David Snowdon (2003). Se sostiene así en el tiempo la pregunta respecto a si existe

una neuropatología específica de la demencia senil, y qué hace que algunas personas desarrollen un síndrome demencial y otras no, a pesar de tener rasgos neuropatológicos similares.

### **Nuevas orientaciones sobre las enfermedades mentales y las demencias**

En los primeros años de la segunda mitad del siglo XX, aún se pueden visualizar los enfoques de las diferentes escuelas de neurología. La propuesta de estudiar la neuropatología, junto a una perspectiva clínica con base en una orientación cognitiva y conductual, fue la orientación que imperó en los siguientes años como línea principal de estudio. Estas perspectivas buscaron operativizar algunos conceptos cognitivos –como el de memoria–, o algunos aspectos vinculares y sociales desde una perspectiva conductual –los llamados trastornos psiquiátricos o conductuales de las demencias–, que pasarán a ser secundarios al cuadro principal definido en lo cognitivo. A su vez, estas líneas de pensamiento comienzan a vincularse cada vez más con el mundo industrial que se desarrolla alrededor de medicina y que transfiere los principales recursos económicos que financian la investigación (Ioannidis, 2005), definiendo la perspectiva central de estudio. Se va así fortificando un modelo biomédico que rápidamente instituye una perspectiva hegemónica de las demencias, no sólo en

el ámbito académico y científico, sino también en el saber popular (Martorell-Poveda, Montes-Muñoz, Jiménez-Herrera et. al., 2010).

La década de 1960 será un tiempo importante en esta construcción. En el año 1968, Blessed, Tomlinson y Roth aportan evidencia de que el proceso de las placas y la degeneración neurofibrilar es el mismo en las demencias seniles y en las preseniles, consolidando la propuesta de la EA como un proceso específico (Bermejo-Pareja et. al., 2016; Derouesné, 2008; Goedert, 2009). Este grupo de investigación también señala que no encontraron diferencias en el grado de aterosclerosis entre personas con demencia y ancianos sanos (Bermejo-Pareja, 2004). Algún tiempo después, el propio Blessed y colaboradores presentarán una escala para evaluar la gravedad de la demencia, basándose en una serie de indicadores cognitivos, funcionales y emocionales. Esta escala será “pionera en la utilización de medios instrumentales de tipo test y escalas como ayuda en el proceso de valoración y diagnóstico de la demencia” (Bermejo-Pareja, 2004, p. 97).

Estos cambios en la concepción de las demencias se van dando en el marco de una transformación que se produce en la psiquiatría de EEUU y en su forma de concebir las enfermedades mentales. Se da allí, en la década de 1970, un fuerte debate respecto al estatus de los diagnósticos, el modo de entender la psicopatología

y la organización de la profesión. Como señala Allan Horwitz (2011), los diagnósticos psiquiátricos tienen una fuerte influencia en la organización y legitimidad de la práctica profesional, ya que delimitan lo normal y lo patológico, construyen un relato sobre la experiencia de enfermedad y delimitan los tipos de tratamientos. En definitiva, construyen realidad, que va cambiando con el tiempo en función de las transformaciones que se dan en las comunidades científicas. En este caso, el debate se polarizó dentro de la propia asociación de psiquiatría norteamericana, entre los psiquiatras de orientación psicodinámica que habían dominado hasta entonces las formas de entender la psicopatología, y otro grupo importante de psiquiatras que buscaba una validación científica y de la profesión, basada en perspectivas médicas que permitieran lograr criterios diagnósticos operacionales, así como definiciones de trastornos que pudieran aplicarse en investigación, más allá de la complejidad de cada persona (Horwitz, 2011). En 1980, esta controversia se resolvió en favor de los segundos, que dominaron los grupos de tarea de la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y crearon un sistema de categorías diagnósticas de acuerdo a su perspectiva y sus fines (Horwitz, 2011; Kawa y Giordano, 2012; Mayes y Horwitz, 2005). Esto implicó un momento de inflexión en las formas de concebir las enfermedades mentales y la psicopatología

en el mundo occidental, las cuales pasaron a ser conceptualizadas desde síntomas empíricos, disociando los mismos de los componentes teóricos interpretativos.

Es necesario resaltar que estos cambios no surgen como resultado de un programa de investigación que presenta evidencia empírica de los trastornos, sino de la necesidad corporativa de la mayoría de los integrantes de la psiquiatría norteamericana, que buscaban reafirmar su identidad médica y ser parte de la medicina científica (Mayes y Horwitz, 2005; Horwitz, 2011). A partir de este momento, en las comunidades médicas y científicas de la psiquiatría y la neurología, se instala una perspectiva objetiva-natural de lo percible<sup>2</sup>. En el caso de las demencias, la investigación y conceptualización empiezan a orientarse a partir de un modelo teórico neurobiológico y cognitivo-conductual. En el campo clínico, la estandarización de instrumentos e índices de codificación comienzan a guiar las prácticas diagnósticas, sustituyendo la práctica clínica (Bermejo-Pareja, 2004).

Así, en el DSM III (American Psychiatric Association [APA], 1980), se presenta la categoría “*trastornos y síndromes mentales orgánicos*”, donde se consolida el paradigma cognitivo y la memoria como la característica central de la demencia. Si bien algunos autores consideran que estos son los primeros criterios operativos sobre el tema (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015),

otros señalan las importantes consecuencias que sufre el concepto de demencia cuando se define desde un *paradigma cognitivo* de la memoria, quedando el síndrome demencia reducido a la EA, lo que no permite entender otros cuadros demenciales que no necesariamente cursan con un trastorno de memoria inicial (Kurz y Lautenschlager, 2010).

También debe señalarse que lo que en realidad se consolida no es el *paradigma cognitivo* como habitualmente plantea la literatura, sino *un tipo de paradigma cognitivo específico*, orientado desde una perspectiva cognitivo-conductual. El mismo busca ser operativo para diagnosticar, por lo que se basa en la hipótesis de las funciones cognitivas como un sistema que, a grandes trazos, se podría simplificar en un dispositivo cerebral de registro, codificación, almacenamiento y recuperación de la información, en respuesta a los estímulos internos y externos. Esta perspectiva de lo cognitivo, que tiene tras de sí una noción de sujeto y subjetividad de tipo mecanicista, operativizable en categorías de laboratorio tipo causa y efecto, queda instalada en estos manuales operativos con un estatuto de verdad única. Construye de esta forma su relato de “verdad objetiva” universal sobre los procesos mentales, que pasan a ser asimilados a sus aspectos neurobiológicos, diluyendo la noción de “mente” en la de “cerebro”.

Congruente con esta tendencia, en el año 1984, el grupo de trabajo del *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke* y de la *Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* de EE.UU. (NINCDS-ADRDA), define los criterios que orientarán el diagnóstico de la EA hasta la primera década del siglo XXI, poniendo el foco en el déficit de la memoria y concibiendo a la EA como una demencia en sí misma (McKhann, Drachman, Folstein et. al., 1984). Se consolida así una orientación donde el paradigma cognitivo que comienza a imperar en las demencias se convierte de hecho en un “paradigma mnemónico” (Bermejo-Pareja, 2004), quedando como secundaria la psicopatología psicológica (Berrios, 1990) y los aspectos sociales. La IV versión del DSM (APA, 1995) publicada en pleno desarrollo neurocientífico de la llamada “década del cerebro”, mantendrá esta tendencia de reducción del síndrome a lo mnemónico.

A partir de acá, la historia de las demencias, su clasificación y neuropatología ya está más documentada, pues hasta la actualidad, se desarrolla dentro de este paradigma cognitivo-mnemónico. Este paradigma es solidario con una tendencia a la medicalización que se ha incrementado en los últimos 30 años, como resultado de los recursos económicos de la industria farmacéutica<sup>3</sup>, que pasará a ser la principal fuente de financiación

de la investigación, orientando su agenda y la conceptualización del tema (Kawa y Giordano, 2012).

En lo que va del siglo XXI, la inversión dedicada a conocer los mecanismos neurobiológicos de la EA ha permitido desarrollar tecnologías informáticas y de neuroimagen cada vez más precisas. Así, hoy se conoce que, los fenómenos observados hace más de 100 años en los microscopios de esa época, son el resultado de cambios en proteínas en la membrana celular de las neuronas, liberando fragmentos de beta amiloide o de modificaciones de la proteína TAU en el espacio intracelular (Dubois, Feldman, Jacov et. al., 2010; Wood, Winslow y Strasser, 2015). Esto ha abierto a nuevas hipótesis biológicas respecto al papel de los aspectos genéticos (Bekris, Yu, Bird and Tsuang, 2010), así como a la posibilidad de prevención, a partir del desarrollo de hábitos saludables a lo largo de la vida (ADI, 2014; Bermejo-Pareja et. al., 2016).

En el 2007 se revisan los criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la EA, a los efectos de actualizarlos y poder aplicarlos a la investigación (Dubois, Feldman, Jacova et. al., 2007). Estos criterios son adaptados tres años después para la investigación farmacológica de la EA, diferenciando dos categorías: personas con “riesgo asintomático de EA” y personas con “EA presintomática” (Dubois et. al., 2010). En el año 2013, congruentes con estos criterios de investigación, la

quinta versión del DSM conceptualiza estas afecciones como trastornos neurocognitivos menores y mayores (APA, 2013).

### **El vacío epistemológico creado en la comprensión de las demencias y la EA**

Según lo desarrollado hasta aquí, la actual concepción hegemónica de las demencias las describe como una enfermedad objetiva-natural, de etiología orgánica, que progresa a través de etapas y que es diagnosticable mediante evaluaciones médicas. Desde este enfoque, la atención se centra en la enfermedad, no en la persona, tomando a los componentes bioquímicos y neuroanatómicos como principal línea de acción. Este enfoque biomédico presenta la ventaja de permitir el conocer diversos aspectos biológicos de la enfermedad, siendo clave a la hora de diagnosticar diferencialmente el cuadro. Sin embargo, en la medida que estas perspectivas se presentan como hegemónicas para la comprensión de la enfermedad, se erigen con un estatuto de verdad que ha generado una especie de “vacío epistemológico” (Kuljis, 2009; Méndez, 2015), obstaculizando la producción de formas alternativas de conceptualizar las demencias. Esto, a su vez, limita significativamente las formas de intervención.

Por su parte, cuando pasamos del plano neurobiológico y molecular de la enfermedad al campo social de

la salud mental comunitaria de las personas –donde, al decir de Emiliano Galende, “el sufrimiento mental es indisoluble de la situación social y cultural de quien lo padece” (2017, p. 14)–, llama la atención lo poco preciso de ese modelo biomédico para comprender e intervenir en los múltiples niveles de afección que se generan por estos trastornos. En este campo social ya no es tan sencillo delimitar lo llamado “normal” de lo construido como “patológico” (Rose, 2009). Surge entonces la pregunta: ¿qué condiciones hacen que esta perspectiva biomédica, aún tan acotada y reduccionista, sea considerada como modelo y guía normativa de la forma en que transcurre la afección en las personas? En nuestra opinión se deben resaltar tres aspectos.

En primer lugar se debe señalar que en un mundo regido por sistemas de producción capitalista, el complejo industrial desarrollado alrededor de la medicina y sus ramas, se ha constituido en una enorme maquinaria de producción de sentido (Galende, 2008; Stolkiner, 2013 y 2015), organizando formaciones subjetivas y deseo (Guattari y Rolnik, 2006), que guían las formas racionales y afectivas de la experiencia de salud y enfermedad, de la familia y los vínculos de cuidados, así como de la comprensión de la persona. En definitiva, construyen verdades, que algunos autores nombran como una “neurocultura”, que se ha instalado con mucha fuerza en los últimos años (Higgs and Gilleard,

2017; Williams, Higgs y Katz, 2012). La misma implica una *ideología de la cerebralidad (ideology of brainhood)* que solidifica en el imaginario social una noción de lo que Vidal (2009) llama un “sujeto cerebral”. Varios autores (por ej. Rose, 2009 y 2016; Galende, 2008 y 2017) han alertado sobre la actual reducción neurobiológica de la salud y enfermedad mental. Tal vez sólo desde esta simplificación se pueda entender que hoy, los tratamientos habituales de la demencia en nuestros países, en general, reproduzcan lo que se prescribía para la locura hasta el siglo XX: encierro y aislamiento social, con la única diferencia que esto, en lugar de manicomios, se ejecuta en los llamados geriátricos con nefastos efectos sobre las personas (OMS, 2020; Velayudhan, Aarsland y Ballard, 2020).

En segundo lugar, no se puede obviar que esta maquinaria de producción de significados es alimentada por una noción positivista de ciencia que construye esta realidad y la valida. En el campo de la salud, los ensayos clínicos y los meta-análisis son las metodologías de investigación más legitimadas (Ioannidis, 2005 y 2016). Este tipo de investigación opera desde una concepción fragmentada de un sujeto biológico, al que hay que reducir en diferentes átomos, moléculas, genes, biomarcadores, etc. Desde este enfoque, la agenda de investigación en salud mental solo puede avanzar en constatar correlaciones neuroquímicas y genéticas de

determinadas conductas delimitadas como trastornos mentales. Sin embargo, el planteo que se realiza es el de “encontrar” las “bases” neuroquímicas de los mismos. Ejemplos claros de esto son los trabajos de Insel (2013), Insel y Quirion (2005) y Kapur, Phillips e Insel (2012).

Como tercer punto, es importante señalar que las actuales agendas de investigación en estos temas han sido fuertemente influenciadas por la propia industria química de medicamentos. Esto implica que cada vez se publiquen menos ensayos clínicos independientes, mientras la industria farmacéutica patrocina y publica los ensayos clínicos más influyentes, que son presentados como verdades objetivas y universales, a pesar que muchas veces los mismos presenten errores metodológicos. Como plantea John Ioannidis, es común que estos estudios patrocinados por la industria, “preguntan las cuestiones equivocadas, utilizan las peores variables subrogadas, hacen los análisis más erróneos, usan los criterios de efectividad menos adecuados y realizan las inferencias más inexactas” (2016, pp. 2-3, en inglés en el original, traducción propia). A su vez, y contrariamente a lo que se cree popularmente, la mayor inversión que la industria farmacéutica realiza actualmente no es en la investigación de nuevas moléculas, sino en publicidad (Novoa, Gervas y Ponte, 2014).

De esta forma, entendemos el actual modelo normativo de las demencias como parte de un dispositivo

biopolítico que despliega tensiones entre saberes y poderes que condicionan las prácticas discursivas y extra discursivas, produciendo subjetivación y, por lo tanto, construyendo verdad (Foucault, 1996). Dispositivo que captura un conjunto de síntomas y signos para transformarlos en una enfermedad biomédica, monopolizando desde ahí las prácticas de atención y cuidado. A medida que estas prácticas profesionales y científicas se transforman fácilmente en discurso social, van produciendo una realidad deshumanizada alrededor de la atención y los cuidados de las demencias. Claramente, el nivel de sufrimiento psíquico que estas afecciones generan no se encuentra en la proteína Tau o en el amiloide aislados, sino en los significados otorgados a estos déficits. Estas formaciones discursivas vinculan el envejecimiento y la demencia a un fuerte estigma social, convirtiendo a la demencia en el principal miedo asociado a la vejez de las propias personas mayores (Cutler, 2015). Por lo tanto, ni la EA ni la demencia deberían analizarse como un ente universal que afecta a las personas por igual e independiente de las condiciones de vida y socioculturales (Martorell-Poveda et. al., 2010).

### **Algunas perspectivas alternativas para comprender las demencias y la intervención**

Hasta el momento hemos realizado un recorrido histórico sobre la forma de conceptualizar las demen-

cias y la EA desde Europa y EEUU, la que se ha generalizado en el mundo occidental. Este enfoque biomédico, uno de los más habituales en el mundo científico y académico, al centrarse en la patología, deja de lado a las personas, que en general pasan a ser un cuerpo que hay que gestionar (Behuniak, 2011). A pesar de que esa visión es la mayor productora de realidad desde su posicionamiento hegemónico y dominante, afortunadamente no es única. En nuestra búsqueda bibliográfica hemos encontrado tres posibles enfoques y modos de abordar las demencias, que habilitan la posibilidad de construir otras realidades más humanizadas y subjetivantes.

El primero de ellos, y el que más difusión ha tenido, es el modelo de atención centrada en la persona, que se presenta de manera alternativa y complementaria al modelo biomédico (Kitwood, 1990, 1993 y 1997; Sabat, 1994 y 2006). Si bien toma los componentes centrales del mismo sobre la neuropatología, los trasciende al incluir otros aspectos sociales y de entorno para comprender el cuadro psicopatológico, produciendo prácticas de cuidado más humanizadas. El planteo central es que en estos trastornos la neuropatología no alcanza para explicar la discapacidad que se da en las personas, por lo que existe un exceso de discapacidad (Sabat, 1994) producido por las actitudes del entorno sobre las personas con demencia. Este enfoque –que

Susan Behuniak (2010) ubica dentro del paradigma del socioconstruccionismo– se basa en el supuesto que la condición de persona (personhood) no está limitada a lo cognitivo, sino que es un estatus que los demás otorgan al ser humano, en el contexto de relación social. Para mantener esa condición debe haber otras personas que reconozcan este estatus, permitiendo mantener la identidad y el valor de ser humano a través de sus comunicaciones y vínculos (Kitwood, 1990, 1993 y 1997; Sabat, 2006). Cuando esto no sucede –como en el caso de las perspectivas clásicas de abordaje– se instala un paulatino proceso de desubjetivación, que lleva a que la persona con demencia vaya perdiendo la categoría de persona y asumiendo la de enfermo o demente, que queda fuera de las posibilidades de decisión. Este proceso de desubjetivación, ya había sido señalado por Goffman (1961/2001) en relación con las instituciones totales como carrera moral del paciente mental.

Este enfoque resalta la importancia de conocer las perspectivas y vivencias subjetivas de las propias personas implicadas respecto a lo que significa vivir con demencia. Ha realizado interesantes aportes a la intervención, construyendo una herramienta técnica para evaluar los efectos malignos del entorno en la calidad de persona: el dementia care mapping (mapa de cuidados en demencia). El mismo estudia si se cumplen o no una serie de pautas de acción tendientes a mante-



ner los vínculos y la vida anímica de las personas con demencia, buscando disminuir el impacto negativo del entorno en ellas. Este instrumento es utilizado principalmente en las instituciones de larga estadía (Bradford Dementia Group, 2005).

La segunda propuesta a presentar es el modelo multidimensional de la demencia y su mapa de ruta de la intervención (Berriel y Pérez, 2007). Organizada desde un enfoque epistemológico socioconstruccionista y de salud mental comunitaria, retoma los aportes teóricos y técnicos de la Psicología Social del Río de la Plata y de los grupos operativos (Pichón Rivière, 1985; Fernández, 1989). Partiendo de la noción de que la unidad mínima de análisis de los procesos de salud-enfermedad mental es el grupo, no el individuo (Bauleo, Monserrat y Suárez, 2005), se plantea que una situación de demencia nunca afecta a una sola persona, sino al menos a un grupo familiar. Así, quién emerge como paciente nominado a partir de la neuropatología, fácilmente quedará en la posición de depositario de las ansiedades de ese grupo. Desde este enfoque, también se acepta la propuesta del modelo biomédico para entender los procesos somáticos, pero pone a jugar los mismos en relación de igualdad con otros cuatro procesos que se dan simultáneamente a la hora de producir procesos de enfermar: cognitivo, psicoafectivo, psicosocial y socio-cultural e histórico. Cada uno de estos planos tendrá

múltiples zonas de impacto en cada integrante del grupo afectado, apareciendo uno de los sujetos como “depositario” de esta situación.

Operativamente, esta propuesta multidimensional ha aportado dos herramientas psicoterapéuticas de intervención. Una de ellas es el mapa de ruta, que busca identificar los diferentes impactos de la patología en el grupo afectado y en cada uno de los planos señalados, lo que habilita a llevar adelante distintas estrategias psicoterapéuticas de abordaje de estos trastornos (Berriel y Pérez, 2007 y 2009). La otra son los *Talleres de Promoción de Salud Mental para familiares cuidadores de personas con demencia*. Los mismos trabajan con técnicas de grupo operativo, tendientes a generar un espacio grupal de reflexión y apoyo afectivo, así como a facilitar la elaboración de los procesos de duelo en familiares de personas con demencia (Pérez, Acosta y Valdez, 2015 y 2016).

Finalmente, el tercer enfoque que queremos señalar, se ubica en el campo de la cultura y lo aporta la nación Aymara en su relación con las demencias. Este enfoque es radicalmente diferente a los del mundo occidental, pues implica una perspectiva social, cultural y epistemológica organizada sobre bases muy distintas. A diferencia del mundo occidental, en la cosmovisión Aymara, la vejez es muy valorada y en general goza de varios privilegios sociales. En esta perspectiva, la de-

mencia no significa un problema social o familiar, ni siquiera una enfermedad, pues a nadie molesta que las personas mayores se olviden de cosas o tengan algún déficit cognitivo. En esta cultura, para que un fenómeno sea considerado una enfermedad, debe cumplir una serie de requisitos. Como se pregunta Javier Mendoza desde esta cosmovisión: “¿qué es entonces lo que hace que una condición de salud cuyo origen se desconoce, que no duele, no es contagioso, no tiene cura, pero no es estrictamente la causa de la muerte, sea considerada una enfermedad?” (2015, p. 89).

Para la cosmovisión occidental no deja de ser sorprendente cómo en la cultura Aymara, los fenómenos propios de la demencia se incorporan a su visión del mundo, en la que claramente nunca queda en duda la identidad o la cualidad de persona del anciano o anciana con estas características. En estas comunidades, en los casos de demencia, seguramente la neuropatología sea igual a la que se da en las personas con demencia del mundo occidental. Sin embargo, en la medida que los cambios cognitivos no son problema para nadie del entorno, no sería justo hablar aquí de una patología mental en un sentido estricto. Al respecto, queda resonando la pregunta de Post (2000) cuando plantea que si en el mundo occidental no viviéramos en una sociedad de la hipercognición, ¿la demencia sería una enfermedad? (citado en Williams, Higgs y Katz, 2012).

### Conclusiones

En el mundo occidental, los términos demencia, vejez como senilidad y enfermedad mental, han estado históricamente ligados, siendo parte de un marco social y cultural de producción de sentidos. Las concepciones sobre las demencias que se han dado en las comunidades científicas y médicas, han contribuido a instalar un modelo biomédico de enfermedad objetiva-natural, focalizado en los aspectos neurobiológicos y cognitivos del cuadro, y generando prácticas desubjetivantes que se centran en la enfermedad y no en las personas. Esto ha aportado a la construcción de una neurocultura de los trastornos mentales.

En la medida que estas perspectivas y sus significaciones pasan a ser hegemónicas, catalizan fácilmente los principales temores sociales sobre el envejecimiento y la vejez. Como toda concepción hegemónica, este modelo de enfermedad dominante quita visibilidad y desestima otras perspectivas de estos fenómenos, tales como los aspectos psicológicos y sociales vinculados al estigma y a la cualidad de ser persona. Ante esta situación, parece necesario comenzar a generar estrategias que permitan alternativas teóricas para conceptualizar las demencias. Para ello, un aspecto central sería comenzar a cambiar el vacío epistemológico que deja la propuesta hegemónica, para estudiar las demencias en sus diferentes niveles de complejidad. Será entonces

necesario dejar de subordinar al paradigma teórico de investigación molecular y celular, los constructos teóricos de estos trastornos en los niveles más complejos del sistema, tales como la conciencia o la conducta humana. Los tres enfoques alternativos presentados pueden ser un ejemplo de por dónde se podría avanzar para trascender la perspectiva etiológica o de cura de una enfermedad neurodegenerativa. Esto permitiría construir intervenciones orientadas en torno a las formas en que las personas viven y significan estas situaciones vitales.

### Referencias bibliográficas

**Acosta, L. (2014).** “Aportes para pensar la intervención diagnóstica en demencias desde una perspectiva de Salud Mental”. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República. Trabajo Final de Grado, inédito.

**Alzheimer’s Disease International – ADI (2015).** World Alzheimer Report: The Global Impact of Dementia. Londres: ADI. <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

**Alzheimer’s Disease International – ADI (2014).** World Alzheimer Report 2014. Dementia and Risk Reduction. An analysis of protective and modifiable factors. London: ADI: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2014>

**Alzheimer’s Disease International – ADI (2013a).** World Alzheimer Report 2013. Journey of Caring. An analysis of long-term care for dementia. London: ADI.

**Alzheimer’s Disease International – ADI (2013b).** La demencia en América: el coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia. <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americas-SPANISH.pdf>

**Álvarez Fernández, B. (2004).** Aspectos históricos de las demencias. *Revista Electrónica de Geriátrica y Gerontología*; 6 (2), pp. 1 – 9.

**American Psychiatric Association – APA. (2013).** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition). Washington, DC: APA.

**American Psychiatric Association – APA (1995).** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales / DSM IV. Barcelona: Masson.

**DAPA – American Psychiatric Association (1980).** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington, DC: APA.

**Bauleo, A., Monserrat, A. y Suárez, F. (2005).** *Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad*. Buenos Aires: Atuel.

**Behuniak, SM. (2011).** “The living dead? The construction of people with Alzheimer’s disease as zombies”. *Ageing and Society*, 31, pp. 70-92.

**Belin, C., Ergis, A. M. y Moreaud, O. (2013).** *Actualités sur les démences: aspects cliniques et neuropsychologiques*. Belgique: De Boeck.

**Beljahow, S. (1887).** “Pathological changes in the brain in dementia senilis”. *Journal of Mental Science*, 1889; 35, pp. 261–262.

**Bekris, L., Yu, C., Bird, T., & Tsuang, D. (2010).** “Review Article: Genetics of Alzheimer Disease”. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 23(4), pp. 213–227.

**Bermejo-Pareja, F. (Director) (2004).** *Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia*. Madrid: Díaz de Santos.

**Bermejo-Pareja, F., Llamas-Velasco, S., y Villarejo-Galendec, A. (2016).** "Prevención de la enfermedad de Alzheimer: un camino a seguir". *Revista Clínica Española*. En: Prensa <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2016.05.010>

**Berriell, F. y Pérez, R. (2007).** *Alzheimer y Psicoterapia*. Clínica e investigación. Montevideo: Psicolibros.

**Berriell, F. y Pérez, R. (2009).** "Psicoterapia en pacientes con demencia y sus familias". En: *Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento. VII Jornadas de Psicología de la Tercera Edad y la Vejez*. (pp. 93-117). Buenos Aires.: Eudeba.

**Berrios, G. (1987).** "Dementia during the seventeenth and eighteenth centuries: a conceptual history". *Psychological Medicine*; 17: 829-837.

**Berrios, G. (1990).** "Alzheimer's disease: a conceptual history". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5: 355-365.

**Berrios, G. (2011).** "A conceptual history in the nineteenth century". En: Abou-Saleh, M., Katona, C., & Kumar, A. (Edits). *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry (3rd ed.)*. Uk: John Wiley & Sons.

**Berrios, G. (2013).** *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.

**Blessed, G., Tomlinson, B., & Roth, M. (1968).** "The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects". *British Journal of Psychiatry*, (114), pp. 797-811.

**Boller, F., & Forbes, M. (1998).** "History of dementia and dementia in history: An overview". *Journal of the Neurological Sciences*, 158, pp. 125-133

**Bradford Dementia Group (2005).** *Dementia Care Mapping*. DCM 8th. Bradford: University of Bradford.

**Breuer, J. y Freud, S. (1895).** Estudios sobre la histeria. *Obras Completas*. Vol. II. Bs. As.: Amorrortu, 1991.

**Brion, S. y Masse, G. (2009).** "Historique des démences séniles et préséniles". *Annales Médico-Psychologiques*, 167, pp. 224-229.

**Catullo Goldfarb, D. (2004).** *Demências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

**Castel, R. (1980).** *El orden psiquiátrico*. Madrid: De la piqueta.

**Castoriadis, C. (1987).** *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.

**Consejo de redacción (1996).** "Dos visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 16 (60), pp. 655-662.

**Cutler, S.J. (2015).** "Worries about getting Alzheimer's: Who's concerned?". *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(6), pp. 591-8.

**Delacourte, A. (2006).** "Comments. Collective Thought at Its Best: Let's Contemplate the Centennial". *Alzforum*. Disponible en: <http://www.alzforum.org/webinars/collective-thought-its-best-lets-contemplate-centennial>

**Derouesné, C. (2008).** "La maladie d'Alzheimer: regards sur le présent à la lumière du passé. Une approche historique". *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*; 6(2): 115-28.

**Dubois, B., Feldman, H., Jacova, C. et al. (2007).** "Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria". *Lancet Neurol*; 6, pp. 734-746.

**Dubois, B., Feldman, H., Jacova, C. et al. (2010).** "Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon". *Lancet Neurol*, 9, pp. 1118-1127.

**Erasmus de Róterdam (1511).** *Elogio de la locura* (traducción de Pedro Voltes Bou). Biblioteca virtual Miguel de Cervantes. Disponible en: [http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/elogio-de-la-locura--0/html/ff08f70e-82b1-11df-acc7-002185ce6064\\_2.htm#3](http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/elogio-de-la-locura--0/html/ff08f70e-82b1-11df-acc7-002185ce6064_2.htm#3)

**Fernández, A. M. (1989).** *El campo grupal: notas para una genealogía*. Buenos Aires: Nueva Visión.

**Foucault, M. (1996).** *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires.: Altamira.

**Foucault, M. ([1953] 2001).** *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. (XX edición en español). México: Siglo XXI.

**Fuller, S. (1907).** "A study of the neurofibrils in dementia paralytica, dementia senilis, chronic alcoholism, cerebral lues and microcephalic idiocy". *American Journal of Insanity*. LXIII (4), pp. 415-468.

**Galende, E. (2017).** Editorial. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 4 (4), pp. 8-16.

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

**García-Albea, E. (1999).** "La neurología en los papiros médicos faraónicos". *Neurología*, 28(4), pp. 430-433.

**Goedert, M. (2009).** "Oskar Fischer and the study of dementia". *Brain*, 132, pp. 1102-1111.

**Goffman, E. (1961/2001).** *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

**Guattari, F. y Rolnik, S. (2006).** *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de sueños.

**Higgs, P. & Gilleard, Ch. (2017).** "Ageing, dementia and the social mind: past, present and future perspectives". *Sociology of Health & Illness*, 39 (2), pp. 175-181.

**Horwitz, A. (2011).** "Creating an Age of Depression: The Social Construction and Consequences of the Major Depression Diagnosis". *Society and Mental Health* 1(1), pp. 41-54.

**Insel, T. (2013).** "Director's Blog: Transforming Diagnosis". Publicación editorial realizada en el blog del NIMH, el 23 de abril de 2013.

**Insel, T., & Quirion, R. (2005).** "Psychiatry as a Clinical Neuroscience Discipline". *JAMA*, 294(17), pp. 2221-2224.

**Ioannidis, JPA (2005).** "Why most published research findings are false". *PLoS Med*, 2(8), pp. 696-701.

**Ioannidis, JPA. (2016).** "Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett". *Journal of Clinical Epidemiology*, 73, pp. 82-6. doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.02.012

**Kaplan, K. & Solms, M. (2005).** *Estudios Clínicos en Neuropsicoanálisis. Introducción a la neuropsicología profunda*. (1ra. Edición en castellano. D. Jaramillo Traduc.). Bogotá: Fondo de Cultura Económica.

**Kapur, S., Phillips, A.G., & Insel, TR. (2012).** "Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it?". *Mol Psychiatry*. 17(12), pp. 1174-9.

**Kawa, Sh., & Giordano, J. (2012).** "A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice". *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 7(2), pp. 1-9.

**Kitwood, T. (1990).** "The Dialectics of Dementia: With Particular Reference to Alzheimer's Disease". *Ageing and Society*, 10, pp 177-196.

**Kitwood, T. (1993).** "Towards a Theory of Dementia Care: The Interpersonal Process". *Ageing and Society*. 13(01), pp. 51-67.

**Kitwood, T. (1997).** *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press.

**Kuljis, R. (2009).** "Toward a multi-dimensional formulation of the pathogenesis and pathophysiology of the Alzheimer dementia-like syndrome applicable to a variety of degenerative disorders and normal cognition". *Medical Hypotheses* 73(3), pp. 315-8.

**Kurz, A., & Lautenschlager, N. (2010).** "The concept of dementia: retain, reframe, rename or replace?". *International Psychogeriatrics*, 22 (1), pp. 37-42.

**Lishman, E., Cheston, R. & Smithson, J. (2014).** "The paradox of dementia: Changes in assimilation after receiving a diagnosis of dementia". *Dementia*, 13(3), pp. 289-305. doi: 10.1177/1471301213497080

**López-Álvarez, J. y Agüera-Ortiz, L. (2015).** "Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría". *Psicogeriatría*; 5(1), pp. 3-14.

**Martínez, L.M., Martínez, P., y Moya, M. A. (2001).** "Historia de las demencias degenerativas y de la enfermedad de Alzheimer". En: Fernández Ballesteros, R., y Díez Nicolás, J. (Coord.). *Libro Blanco Sobre la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Afines. Volumen I*. (pp. 35-57). Madrid: Caja de Madrid.

**Martorell-Poveda, M. A. (2009).** "Los recuerdos del corazón. Vivencias, prácticas y representaciones sociales de cuidadores familiares de personas con Alzheimer" (Tesis de doctorado). Universidad Rovira I Virgili, Tarragona. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8432/MARTORELL.pdf?sequence>

**Martorell-Poveda, M., Paz, C., Montes-Muñoz, M., Jiménez-Herrera, M. F. et. al. (2010).** "Alzheimer: sentidos, significados y cuidados desde una perspectiva transcultural". *Index Enferm* 19(2-3), pp. 106-110.

**Mayes, R. & Horwitz, A. (2005).** "DSM-III and the revolution in the classification of mental illness". *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), pp. 249-267.

**McKhann, G.; Drachman, D.; Folstein, M. et. al. (1984).** "Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease". *Neurology*; 34, pp. 939-44.

**Méndez, A. (2015).** "Estudio de la activación funcional durante la tarea de Wisconsin en adultos mayores y su posible uso en estudios longitudinales de la enfermedad de Alzheimer". Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/5117>

**Mendoza Pizarro, J. (2015).** "Demencias y enfermedad de Alzheimer: revisión histórica y transcultural". En: VI Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. Conectando la ciencia con la sabiduría de nuestros viejos pueblos. (pp. 83-94). La Paz, Boli-

via. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/391977675/VI-Congreso-Iberoamericano-Psicogerontologia-2015>

**Novoa, A. J., Gervas, J., y Ponte, C. (2014).** “Salvaguardas, deriva institucional e industrias farmacéuticas”. *Actualización en Medicina de Familia*, 10 (7), pp. 373-382.

**Organización Mundial de la Salud – OMS (2020).** Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración. Reseña normativa del 24 de julio de 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1290624/retrieve>

**Organización Mundial de la Salud – OMS (2013).** Demencia: Una prioridad de salud pública. United Kingdom: OMS.

**Pérez, R., Acosta, L., y Valdez, C. (2016).** “La construcción de una herramienta promoción de salud mental para familiares”. *Revista de ALMA*. Vol. VII. Disponible en: <https://www.alma-alzheimer.org.ar/es/alzheimer-y-demencia/articulos-cientificos/la-construccion-de-una-herramienta-promoci%C3%B3n-de-salud-mental-para-familiares-el-taller-de-apoyo-psicoafectivo>

**Pérez, R., Acosta, L., y Valdez, C. (2015).** “El Taller de promoción de salud mental para familiares-cuidadoras de personas con demencia”. En: Berrutti, L., y Cabo, M. *Apuntes para la acción IV. Sistematización de experiencias de extensión universitaria*. (pp: 63-80). Montevideo: Universidad de la República. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/296198396\\_EL\\_Taller\\_de\\_promocion\\_de\\_salud\\_mental\\_para\\_familiares\\_-\\_cuidadoras\\_de\\_personas\\_con\\_demencia](https://www.researchgate.net/publication/296198396_EL_Taller_de_promocion_de_salud_mental_para_familiares_-_cuidadoras_de_personas_con_demencia)

**Pérez Trullen, J. M. (2007).** “La descripción de los ovillos neurofibrilares en la enfermedad de Alzheimer”. *Revista Española de Patología*, 40 (1), pp. 60-65.

**Pichón Rivière, E. (1985).** *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Bs. As.: Nueva Visión.

**Pinner, G. & Bouman, W. P. (2003).** “What should we tell people about dementia?”. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9 (5), pp. 335-341.

**Rikkert, M., Rigaud, A., Van Hoeyweghen, R. & De Graaf, J. (2003).** “Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics?”. *Neth J Med*, 61(3), pp. 83-87.

**Robinson, L., Gemski, A., Abley, C., Bond, J., Keady, J., Campbell, S. et. al. (2011).** “The transition to dementia – individual and family experiences of receiving a diagnosis: a review”. *International Psychogeriatrics*, 23 (07), pp. 1026–1043.

**Robles, M., Cucurella, E., Formiga, F., Fort, I. et. al (2011).** “La información del diagnóstico en la demencia”. *Revista Española Geriátrica y Gerontología*: 46 (3), pp. 163–169.

**Rojo, A (2006).** “El concepto “disociación” en el fin-desiècle: P. Janet y S. Freud”. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/7439/>

**Rose, N. (2009).** “Normality and pathology in a biomedical age”. *The Sociological Review*, 57, pp. 66-83.

**Rose, N. (2016).** “Neuroscience and the future for mental health? Epidemiology and Psychiatric”. *Sciences*, 25 (2), pp. 95-100.

**Sabat, S. (1994).** “Excess disability and malignant social psychology: A case study of Alzheimer’s disease”. *Journal of community & applied social psychology*, 4(3), pp. 157-166, doi: 10.1002/casp.2450040303

**Sabat, S. (2006).** “Mind, meaning and personhood in dementia: The effect of positioning”. In: Hughes, J., Louw, S. and Sabat, S. (editors). *Dementia: Mind, meaning and the person*. (pp. 287-302). New York: Oxford University Press.



**Salvarezza, L. (1988).** *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Bs. As.: Paidós.

**Snowdon, D. (2003).** “Healthy Aging and Dementia: Findings from the Nun Study”. *Ann Intern Med*, 139, pp. 450-454.

**Stolkiner, A. (2015).** “Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano”. En: Llambías, J. (editor). *La enfermedad de los sistemas de salud. Miradas críticas y alternativas*. Santiago de Chile: RIL. Disponible en: [http://sistemas.ms.gba.gov.ar/moodle/pluginfile.php/126173/mod\\_resource/content/2/Capitulo%20Alicia%20Stolkiner%20con%20referencia%20bibl.pdf](http://sistemas.ms.gba.gov.ar/moodle/pluginfile.php/126173/mod_resource/content/2/Capitulo%20Alicia%20Stolkiner%20con%20referencia%20bibl.pdf)

**Stolkiner, A. (2013)** Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Disponible en: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner\\_2013\\_medicalizacion\\_de\\_la\\_vida\\_\\_\\_sufrimiento\\_subjetiv\\_2014.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacion_de_la_vida___sufrimiento_subjetiv_2014.pdf)

**Velayudhan, L., Aarsland, D. y Ballard, C. (2020).** “Salud mental de las personas que viven con demencia en hogares de ancianos durante la pandemia de COVID-19”. *Psicogeriatría internacional*, 32(10), pp. 1253-1254. doi: 10.1017 / S1041610220001088

**Vidal, F. (2009).** “Brainhood, anthropological figure of modernity”. *History of the Human Sciences*, 22 (1), pp. 5-36.

**Williams, S., Higgs, P., & Katz, S. (2012).** “Neuroculture, active ageing and the ‘older brain’: problems, promises and prospects”. *Sociology of Health & Illness*, 34 (1), pp. 64-78.

**Wood, L., Winslow, A., & Strasser, S. (2015).** “Systems biology of neurodegenerative diseases”. *Integr. Biol.*, 7; pp. 758-775.

## Notas

1. Si bien es posible caracterizar la etiología de algunos tipos de demencia –como las vasculares–, esto ha dado lugar a discusiones en el abordaje desde una lógica de síndrome donde la multifactorialidad y el incremento de comorbilidades asociado a la edad, dificultan la identificación patológica precisa, dando preponderancia a una presentación clínica común que clasifica y pauta las acciones clínicas (Rikkert, Rigaud, Van Hoeyweghen & De Graaf, 2003).

2. Se salda así provisoriamente, este capítulo del debate histórico dado en las comunidades médico-científicas, que hunde sus raíces en la profesionalización e institucionalización de la medicina a lo largo del siglo XIX.

3. Vinculado a procesos de desarrollo del capital financiero y de reforma en el sector salud (Stolkiner, 2013 y 2015).

