

Reunión de Expertos “Medidas clave sobre envejecimiento para la implementación y seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible”

Tema: salud y bienestar en la vejez

Los desafíos políticos de incluir la salud mental en la agenda de DDHH en la vejez. El caso de las prácticas deshumanizantes con personas con demencia

Dr. Robert Pérez Fernández

Universidad de la República, Uruguay

Facultad de Psicología

Centro Interdisciplinario de Envejecimiento - CIEn

Montevideo, 14 de marzo de 2019

“Es imprescindible implementar las medidas necesarias para asegurar el respeto de la dignidad de las personas mayores. La dignidad es un valor básico de los derechos humanos. Todas y cada una de las personas tienen un valor inestimable, nadie es insignificante; esto significa que deben ser valoradas con independencia de su capacidad económica, su condición de salud o su situación de dependencia. El Estado tiene una responsabilidad con respecto a la protección de la dignidad de las personas mayores” (Huenchuan y Rodríguez, 2014: 378)

FUENTE:

Huenchuan, S., y Rodríguez, R.I. (Edit., 2014) *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. México: ONU.

Respecto a la salud mental, señala la OMS que en nuestras sociedades es común el desarrollo de dispositivos y prácticas deshumanizantes, que atentan contra a dignidad de la persona. La dignidad, es definida como el “mérito y el valor inherentes de una persona y está estrechamente vinculada con el respeto, el reconocimiento, la autoestima y la posibilidad de tomar decisiones propias” (OMS, 2015, s/p)

FUENTE: OMS - Organización Mundial de la Salud (2015) Día Mundial de la Salud Mental 2015: Dignidad y Salud Mental. 10 de octubre de 2015. Disponible en internet

4 características del proceso de envejecimiento en Uruguay

- Aumento de las poblaciones de mayor edad. El grupo de 80 años y más se duplicará para el año 2025 (CEPAL- CELADE, 2000).
- Feminización de la vejez. Actualmente Uruguay, con 140 mujeres adultas mayores por cada 100 hombres de este tramo etario, es el país con mayor feminización del envejecimiento de la región.
- Concentración urbana de la población de mayor edad: Uruguay es el país de la Región con mayor porcentaje de adultos mayores que residen en zonas urbanas: 92,5%
- 60% de los adultos mayores viven solos o en pareja con un cónyuge: 31% solas y 30% con su pareja adulta mayor sin hijos

FUENTE: Paredes M, Ciarniello M y Brunet M (2010) Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto de Latinoamérica. Montevideo: Lucida MIDES/NIEVE (2012) Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente. Montevideo: MIDES-NIEVE

La situación actual de salud y enfermedad mental

Los trastornos mentales más frecuentes en la vejez

- Depresión y ansiedad
- Trastornos derivados del alcohol
- Suicidios
- Abuso y maltrato
- Trastornos cognitivos

Carencia para realizar el diagnóstico precoz en la vejez por falta de capacitación de los profesionales

Trastornos mentales prevalentes: Depresión

- Es el trastorno de salud mental que más afecta a las mujeres en el mundo (con una frecuencia que duplica la de los hombres).
- Es una de las patologías que más se asocia a las conductas de suicidio

Se estima que hasta un 30% de los mayores de América Latina y el Caribe presentan un síndrome depresivo.

En el caso de la depresión mayor, su prevalencia se estima entre 1 y 9%, y se incrementa a 12% en las personas mayores institucionalizadas.

FUENTE: Vega E, González J, Llibre J y Ojeda M (2009) Trastornos mentales en los adultos mayores. En: Rodríguez J, Kohn R y Aguilar-Gaxiola (Edit., 2009) *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington DC: OPS, pp. 243 – 255.

CEPAL – CELADE (2006) *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago: Naciones Unidas

Trastornos mentales prevalentes: Ansiedad

- Se estiman muy frecuentes en las personas mayores, aunque son poco tratados por:
 - Ser erróneamente considerados parte del envejecimiento
 - Por desconocimiento al presentarse a través de síntomas somáticos o acompañados de otras enfermedades.

Para América Latina y el Caribe se estima la presencia de ansiedad en

- 12% de los adultos mayores que viven en sus hogares,
- 40-50% entre los internados por afecciones orgánicas,
- 70% y más entre los que se encuentran en geriátricos

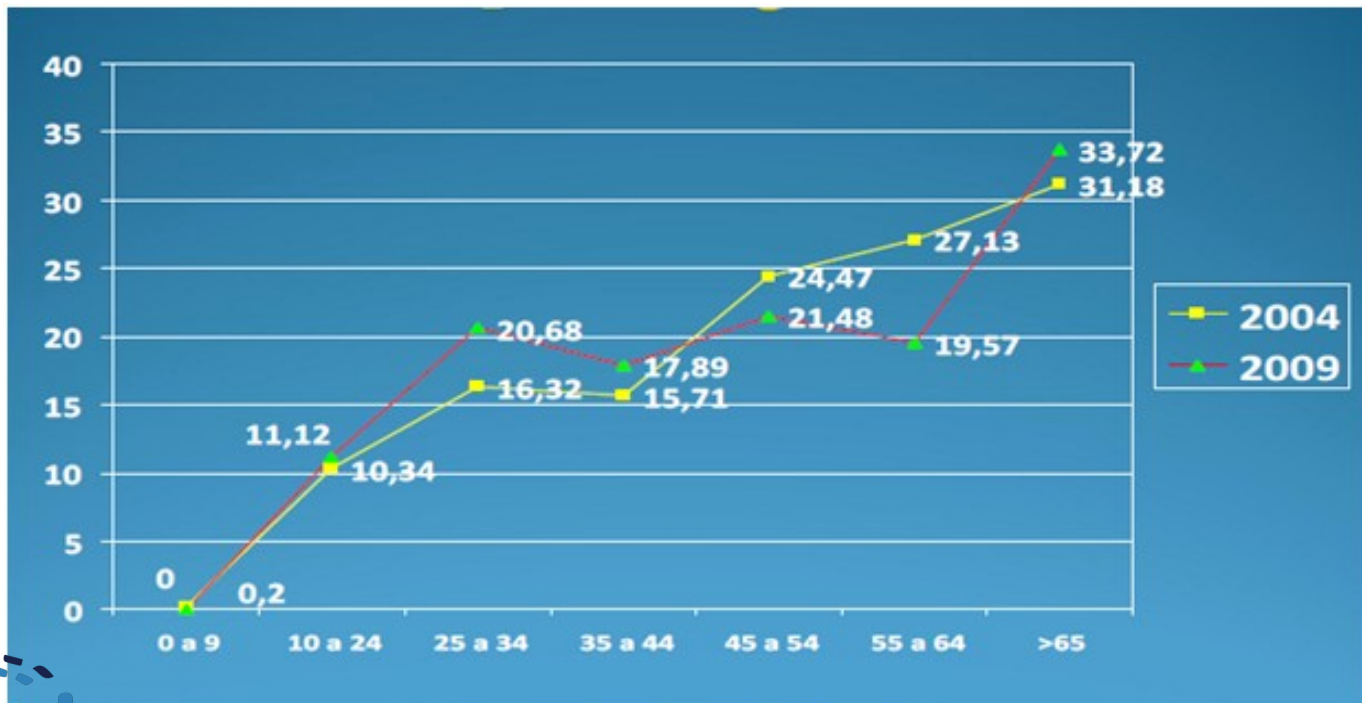
FUENTE: Vega E, González J, Llibre J y Ojeda M (2009) Op. Cit.

Trastornos mentales prevalentes: Suicidios

En Latinoamérica, Uruguay con una tasa de 13,6 cada 100.000, ocupa el segundo lugar, solo superado por Nicaragua (14,1)

Uruguay presenta la tasa más alta en el grupo de 60 – 69 años (27,1) y la segunda en el grupo de 70 y más (36,1), detrás de Cuba (49,1)

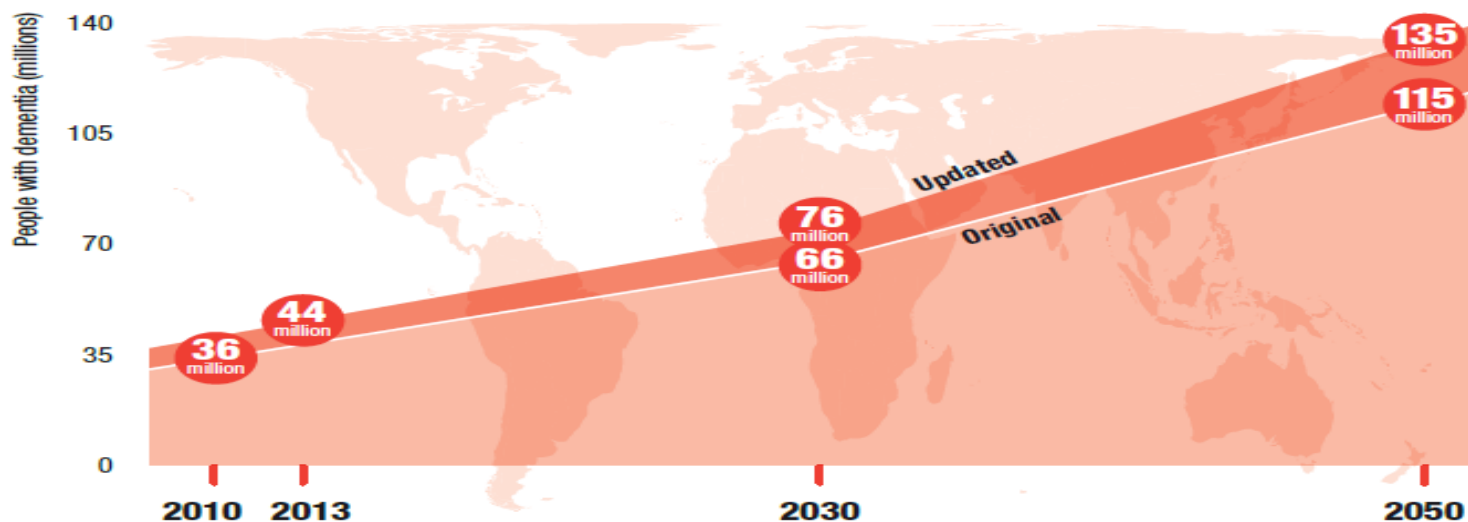
Tasas de suicidio por edad, Uruguay años 2004 y 2009



Personas con Demencia en el mundo

- En el año 2013 se estimaba que 44 millones de personas tenían una demencia en el mundo, cifra que se duplicaría cada 20 años
- Se estima que se diagnostica un caso de demencia cada 4 segundos

Figure 2 Increase in numbers of people with dementia worldwide (2010-2050), comparing original and updated estimates



FUENTE:- WHO/ADI (2012) Op. Cit

- ADI (2013). *The Global Impact of Dementia 2013–2050*. London: ADI

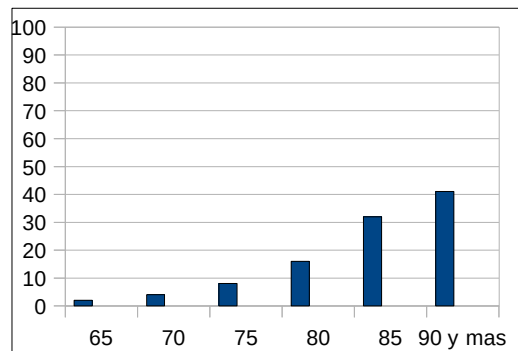
Prevalencia de Demencia

Entre los 65 y 90 años, la demencia duplica cada 5 años su prevalencia:

2% a los 65; 4% a los 70;

8% a los 75 años; 16% a los 80;

32% a los 85. Se estima entre 40 – 60 % (según diferentes fuentes) para la población de 90 años y más.



FUENTE:

- ADI – Bupa (2015) La demencia en América: El coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia.
- Corrada, MM, Brookmeyer R, Berlau D, Paganini-Hill A and Kawas CH (2008) Prevalence of dementia after age 90: results from the 90+ study. *Neurology* Jul 2008; 71:337-343
- WHO/ADI - World Health Organization / Alzheimer's Disease International (2012) *Report: Dementia. A public health priority*. United Kingdom: World Health Organization

Personas con Demencia en el mundo

- Estas tendencias no son homogéneas dentro de cada región, y ni siquiera dentro de cada país o grupo de población, pues los últimos estudios plantean una disminución de esa proyección cuando existe una política de control y disminución de los riesgos cardiovasculares, obesidad, diabetes y cáncer (ADI, 2015).
- Actualmente, los estudios realizados en países de altos ingresos y que han avanzado en estas políticas preventivas y de promoción de salud y cuidado, parecen comenzar a señalar una estabilización o incluso disminución de las demencias en sus áreas geográficas

FUENTE:ADI (2015) op. Cit.

- Wu, Y-T., Fratiglioni, L., Matthews, F., Lobo, A., et. al. (2016) Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making. *Lancet Neurol.* 15 (1): 116–124

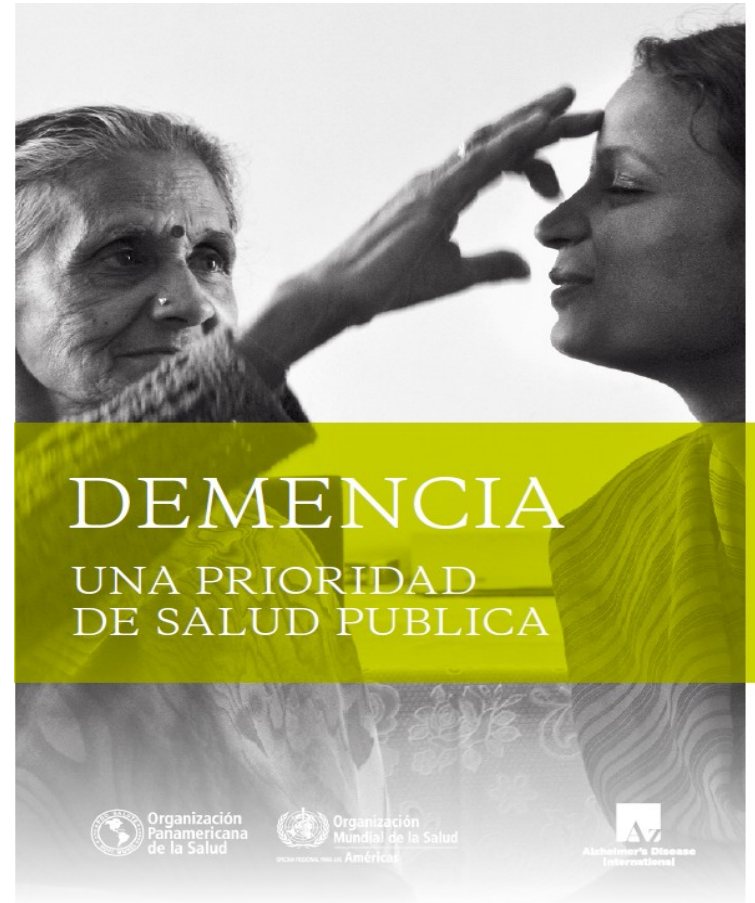
Relevancia social, científica y política del tema

Reporte: Demencia: Una prioridad de salud pública (WHO/ADI, 2012)

Por primera vez la OMS exhorta a los gobiernos del mundo a declarar la demencia como una prioridad de salud pública.

En este reporte se señala que en el mundo, sólo 14 países han desarrollado planes o políticas públicas de abordaje de estas patologías: Australia, Canadá, Dinamarca, Inglaterra, Escocia, Gales, Irlanda del norte, Francia, Japón, Corea del sur, Holanda, Noruega, Suiza y EEUU.

Si bien las experiencias de implementación son heterogéneas, el documento se basa en las exitosas para presentar una serie de prácticas y acciones, pasibles de desarrollarse con el conocimiento actual para disminuir el impacto de las demencias en diferentes niveles.



FUENTE: World Health Organization / Alzheimer's Disease International (2012)
Report: Dementia. A public health priority.
United Kingdom: WHO



Personas con Demencia en América Latina

- En América Latina lamentablemente aún no parece haber una política de cuidado, protección social y salud avanzada, al menos en la mayoría de sus países. Se calcula que actualmente las demencias afectan al 8,5% de las personas mayores de 60 años.
- Los datos parecen señalar que el incremento de las demencias en la región será mayor al que tendrán otras regiones del mundo (Llibre y Gutierrez, 2014)

FUENTE:

ADI (2015) op. Cit.

- Llibre, J., y Gutierrez, R. (2014) Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Pública [online]. 40(3) pp. 378-387

Epidemiología de las demencias: Número de personas afectadas en América del Sur en 2010, con proyecciones para 2030 y 2050

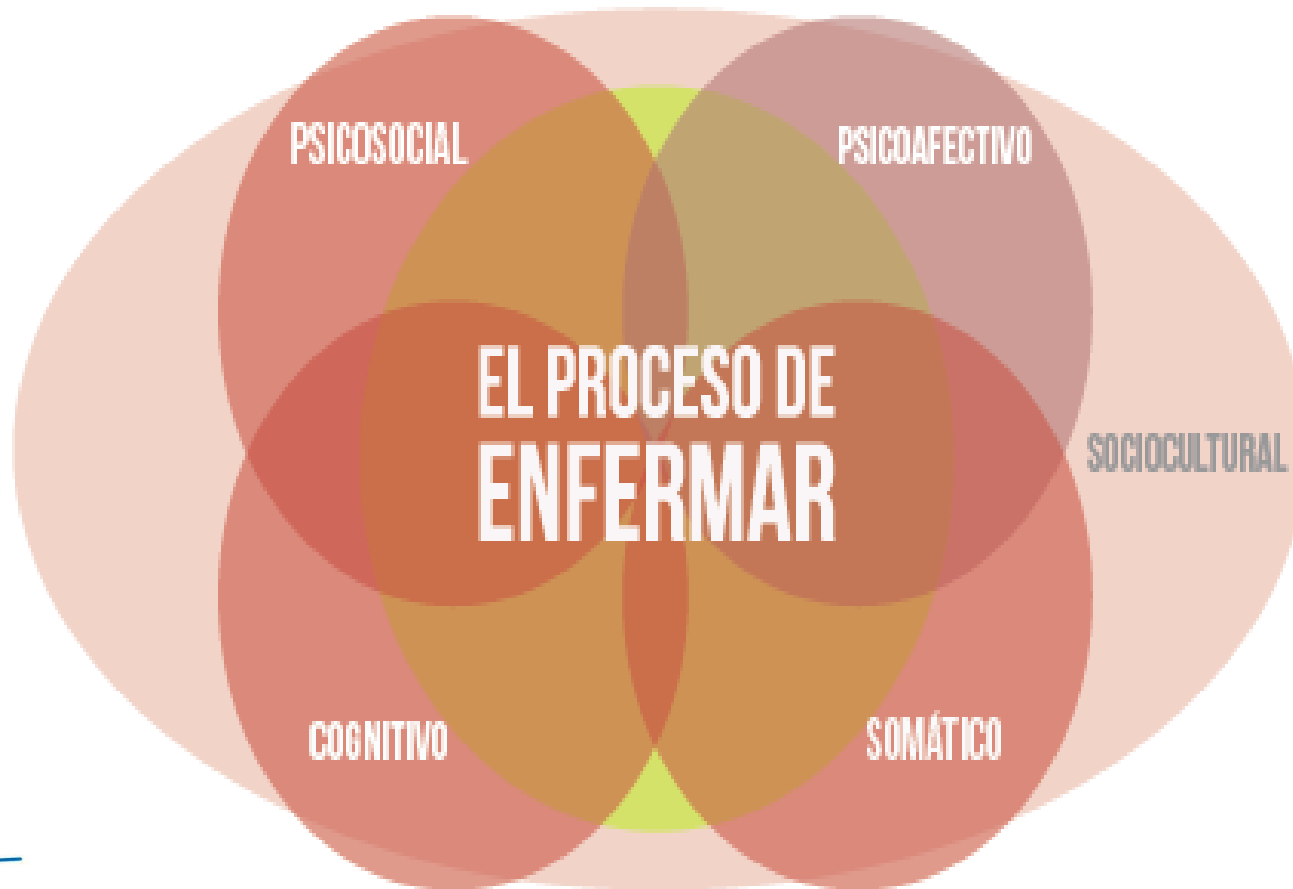
| PAÍS/ÁREA* | 2010 | 2030 | 2050 | % INCREMENTO 2010-2050 |
|-----------------------------------|-----------|------------|------------|------------------------|
| BRASIL | 1.033.000 | 2.526.000 | 5.396.000 | 422 |
| MÉXICO | 621.000 | 1.437.000 | 3.195.000 | 414 |
| ÁREA ANDINA | 641.000 | 1.531.000 | 3.491.000 | 445 |
| Bolivia | 34.000 | 80.000 | 186.000 | 447 |
| Colombia | 256.000 | 597.000 | 1.433.000 | 460 |
| Ecuador | 74.000 | 166.000 | 356.000 | 381 |
| Perú | 147.000 | 346.000 | 748.000 | 409 |
| Venezuela | 130.000 | 342.000 | 768.000 | 491 |
| CONO SUR | 635.000 | 1.132.000 | 1.966.000 | 210 |
| Argentina | 418.000 | 703.000 | 1.164.000 | 178 |
| Chile | 142.000 | 296.000 | 550.000 | 287 |
| Paraguay | 21.000 | 56.000 | 140.000 | 567 |
| Uruguay | 54.000 | 77.000 | 112.000 | 107 |
| TOTAL (LATINOAMÉRICA) | 3.388.000 | 7.569.000 | 15.904.000 | 369 |
| TOTAL (LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE) | 3.429.000 | 7.640.000 | 16.042.000 | 368 |
| TOTAL (CARIBE) | 321.000 | 601.000 | 1.016.000 | 217 |
| TOTAL GENERAL (AMÉRICA) | 7.800.000 | 14.800.000 | 27.100.000 | 247 |

Costes sociales totales y per cápita (USD 2010), y distribución porcentual de costes entre categorías de costes por país y región

| PAÍS* | PERSONAS CON DEMENCIA | ASISTENCIA INFORMAL (%) | ASISTENCIA MÉDICA (%) | ASISTENCIA SOCIAL (%) | COSTES TOTALES (M USD) | COSTE TOTAL PER CÁPITA (USD) |
|--|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------------|
| PAÍSES DE INGRESOS ALTOS | 4.654.559 | 37 | 17 | 45 | 216.591 | 46.533 |
| Estados Unidos de América | 3.912.260 | 37 | 18 | 45 | 201.195 | 51.427 |
| Puerto Rico | 48.460 | 52 | 25 | 23 | 1.224 | 25.258 |
| Canadá | 470.796 | 45 | 1 | 54 | 11.842 | 25.153 |
| Guadalupe | 4.744 | 48 | 27 | 25 | 117 | 24.599 |
| Bahamas | 1.803 | 45 | 29 | 26 | 39 | 21.464 |
| Martinica | 5.257 | 50 | 26 | 24 | 109 | 20.734 |
| Trinidad y Tobago | 8.708 | 44 | 29 | 27 | 161 | 18.431 |
| Guayana Francesa | 633 | 65 | 18 | 16 | 12 | 18.325 |
| Islas Virgenes de los Estados Unidos | 1.045 | 43 | 30 | 27 | 17 | 16.555 |
| Antillas Neerlandesas | 1.736 | 61 | 21 | 19 | 26 | 15.150 |
| Barbados | 2.615 | 44 | 29 | 26 | 34 | 12.887 |
| Chile | 142.466 | 48 | 27 | 25 | 1.395 | 9.790 |
| Uruguay | 54.036 | 29 | 37 | 34 | 421 | 7.787 |
| PAÍSES DE INGRESOS MEDIOS ALTOS | 2.957.780 | 32 | 35 | 32 | 18.772 | 6.347 |
| Jamaica | 19.310 | 75 | 13 | 12 | 192 | 9.917 |
| Venezuela (República Bolivariana de) | 130.195 | 18 | 43 | 39 | 1.126 | 8.645 |
| Argentina | 418.021 | 48 | 27 | 25 | 3.250 | 7.774 |
| Brasil | 1.033.294 | 30 | 37 | 33 | 7.209 | 6.977 |
| México | 621.494 | 22 | 41 | 37 | 3.823 | 6.157 |
| Panamá | 20.188 | 28 | 38 | 34 | 116 | 5.721 |
| Santa Lucía | 772 | 44 | 29 | 27 | 5 | 5.829 |
| Costa Rica | 30.246 | 33 | 35 | 32 | 160,8 | 5.316 |
| Cuba | 150.150 | 48 | 27 | 25 | 783 | 5.213 |
| Surinam | 1.985 | 30 | 36 | 33 | 10 | 4.987 |
| San Vicente y las Granadinas | 665 | 33 | 36 | 30 | 3 | 4.962 |
| Colombia | 256.143 | 34 | 35 | 31 | 1.046 | 4.084 |
| República Dominicana | 53.800 | 33 | 35 | 32 | 219 | 4.061 |
| Ecuador | 73.729 | 42 | 31 | 28 | 289 | 3.921 |
| Perú | 146.734 | 29 | 37 | 34 | 539 | 3.672 |
| Belize | 1.054 | 31 | 36 | 33 | 4 | 3.416 |

FUENTE: ADI – Bupa (2013) La demencia en América: El coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia.

Algunos obstáculos epistemológicos y (por tanto) políticos en la concepción y abordaje de las enfermedades mentales y neurodegenerativas: La concepción lineal y causal de procesos complejos



Aspectos subyacentes a los problemas de salud mental en las personas mayores

- Pobreza
- Aislamiento social y maltrato
- Soledad
- Pérdida de independencia y de diferentes tipos
- Discapacidad física
- Estigma

En el caso de las personas mayores con importante monto de sufrimiento psíquico, es común que las prácticas profesionales (vinculadas a las líticas de salud) en general se limiten a los abordajes neuroquímicos o de encierro y aislamiento social

En el caso de los abordajes de las demencias es común que se repita la historia de abordaje de las prácticas dehumanizadas del manicomio en la locura encierro y aislamiento social

El exceso de discapacidad en la vida cotidiana de las personas con Alzheimer. El papel del estigma

Prejuicios hacia la vejez

Actitudes negativas de la comunidad y las instituciones de salud

Desconocimiento de la Demencia en el entorno y equipo de salud

Estigma

Doble Estigma:

- Enfermedad Mental
- Vejez

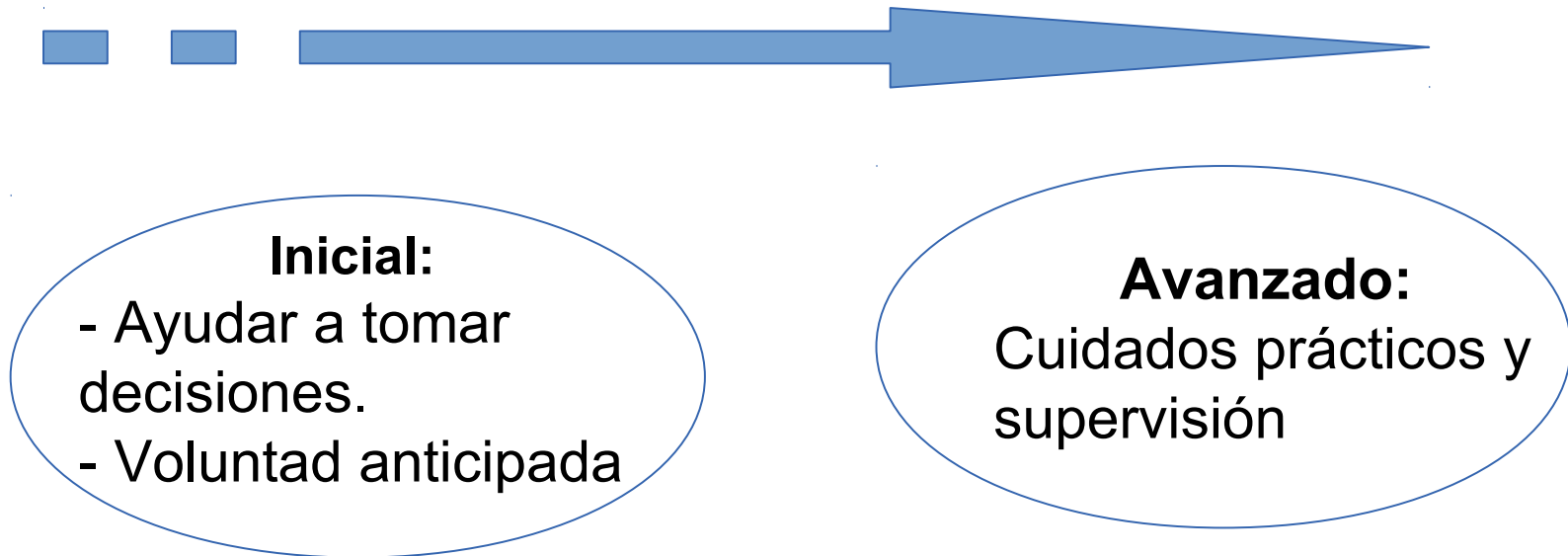
Refuerzo de creencias erróneas:
p.e. que la persona con EA no puede tomar decisiones

FUENTE:

- Dewing J (2008) Op. Cit.
- ADI - Alzheimer's Disease International (2012) *World Alzheimer Report 2012. Overcoming the stigma of dementia*. London: Alzheimer's Disease International
- Lee S., Roen K. and Thornton A. (2013) The psychological impact of a diagnosis of Alzheimer's disease. *Dementia*. Published online 5 August 2013. 1-17.

El largo camino del cuidado

- Rol demandante: Físico, psíquico, social y económicamente
- Muchas veces se pierde el sentido común



FUENTE: Dewing J (2008) Op. Cit.

Aspectos centrales que debería contemplar una política de atención y cuidado para las personas con demencia y sus familiares, desde una perspectiva de DDHH

La literatura especializada resalta:

- la importancia de implementar acciones de prevención y promoción de salud (acciones clásicas de hábitos saludables y sociales de combate al estigma)
- un diagnóstico oportuno,
- apoyo al período post-diagnóstico y la participación de la persona con demencia en su tratamiento
- la disponibilidad de tratamientos farmacológicos y psicosociales/psicoterapéuticos para la persona con EA y su cuidadora

FUENTE: Alzheimer's Society, 2014; Department of Health, UK, 2009; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, 2010; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2007 y 2018; WHO, 2012

Aspectos centrales que debería contemplar una política de atención y cuidado para las personas con demencia y sus familiares, desde una perspectiva de DDHH

La literatura especializada resalta:

- la importancia de implementar acciones de prevención y promoción de salud (acciones clásicas de hábitos saludables y sociales de combate al estigma)
- un diagnóstico oportuno,
- apoyo al período post-diagnóstico y la participación de la persona con demencia en su tratamiento
- la disponibilidad de tratamientos farmacológicos y psicosociales/psicoterapéuticos para la persona con EA y su cuidadora

FUENTE: Alzheimer's Society, 2014; Department of Health, UK, 2009; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, 2010; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2007; WHO, 2012

Aspectos centrales que debería contemplar una política de atención y cuidado para las personas con demencia y sus familiares, desde una perspectiva de DDHH

La literatura especializada resalta:

- la importancia de implementar acciones de prevención y promoción de salud (acciones clásicas de hábitos saludables y sociales de combate al estigma)
- un diagnóstico oportuno,
- apoyo al período post-diagnóstico y la participación de la persona con demencia en su tratamiento
- la disponibilidad de tratamientos farmacológicos y psicosociales/psicoterapéuticos para la persona con EA y su cuidadora

FUENTE: Alzheimer's Society, 2014; Department of Health, UK, 2009; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, 2010; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2007; WHO, 2012

TABLA 3: Tiempos de demora comparados en cuatro estudios de diferentes países. Tiempos expresados en meses

| Autores | EEUU. Boise et al (1999) | Australia. Speechly et al (2008) | UK. Chrisp et.al (2011) | Uruguay. Pérez, 2016 |
|--|--------------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Media de tiempo entre primer sintoma y diagnóstico | 29,7 | 37,2 | 36,3 | 34,5 |
| Desvio estandar entre primer sintoma y diagnóstico | 32,1 | 40,8 | 44,2 | 30,7 |
| Media de tiempo entre los primeros síntomas y primer consulta médica (F1-F3) | 21,4 | 22,8 | 28,0 | 16,7 |
| Media de tiempo entre primer consulta médica y diagnóstico (F3-F4) | 10,5 | 14,4 | 8,03 | 18,67 |

Aspectos centrales que debería contemplar una política de atención y cuidado para las personas con demencia y sus familiares, desde una perspectiva de DDHH

La literatura especializada resalta:

- la importancia de implementar acciones de prevención y promoción de salud (acciones clásicas de hábitos saludables y sociales de combate al estigma)
- un diagnóstico oportuno.
- apoyo al período post-diagnóstico y la participación de la persona con demencia en su tratamiento
- la disponibilidad de tratamientos farmacológicos y psicosociales/psicoterapéuticos para la persona con EA y su cuidadora

FUENTE: Alzheimer's Society, 2014; Department of Health, UK, 2009; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, 2010; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2007; WHO, 2012

2 - DIAGNÓSTICO

¿Cómo se realiza?

- 70% de las PcD de este estudio fue diagnosticada clínicamente con apoyo de neuroimagen o un estudio neurocognitivo.
- 23% fueron diagnosticadas únicamente de forma clínica.

| | | Frecuencia | Porcentaje válido |
|----------|---|------------|-------------------|
| Válidos | Estudio neuropsicológico + neuroimagen | 35 | 32 |
| | Diagnóstico clínico médico + neuroimagen | 25 | 23 |
| | Estudio neuropsicológico realizado por especialista | 16 | 15 |
| | Diagnóstico realizado por médico en forma clínica o con pruebas menores | 25 | 23 |
| | Diagnóstico realizado por la familia a partir de los síntomas de la persona | 5 | 4 |
| | Otro | 3 | 3 |
| | Total | 109 | 100,0 |
| Perdidos | Sistema | 3 | |
| Total | | 112 | |

¿Se le comunicó el diagnóstico a la persona con demencia?

| | | Frecuencia | Porcentaje válido |
|----------|---------|------------|-------------------|
| Válidos | No | 72 | 65,5 |
| | Si | 38 | 34,5 |
| | Total | 110 | 100,0 |
| Perdidos | Sistema | 2 | |
| Total | | 112 | |

FUENTE:

Pérez, R. (2018). El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 139-1

¿qué comunican los médicos?

la mayoría transmite su desesperanza e intenta que las familias se preparen individualmente para esa situación que presumen catastrófica:

“una vez que les decís que este paciente tiene una enfermedad, que se va a seguir olvidando de las cosas, que en una primera etapa ustedes lo van a tener que seguir ayudando todo lo que puedan, pero va a llegar un momento que no...que va a usar pañales, que van a tener que darle de comer, que van a tener que ir ustedes a todos lados con él, porque sino el paciente solo no va a poder” (profesional x)”

(les digo a la familia que va a llegar un momento en que) “va a dejar de poder ser persona, porque para poder ser persona necesitamos nuestra capacidad intelectual, nuestra mente. Y al no tener nuestra mente queda el físico pero la persona va desapareciendo y eso es muy difícil y muy doloroso. Es una pérdida en vida digamos. Y le hablo ese tipo de cosas para que vayan manejando, ¿no?”(profesional 10).

FUENTE:

Pérez, R. (2016). *Las dolencias de la mente. Prácticas de atención y cuidado de personas con demencia en Uruguay* (Tesis de Doctorado inédita). Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Lanús, República Argentina.

¿Qué plantea la Ley?

Dentro de esta nueva generación de políticas basadas en DDHH, en el año 2008 Uruguay sanciona una Ley que define – y por tanto debería estar garantizado - el derecho que tiene cualquier persona a conocer su diagnóstico y las pautas de tratamiento definidas. La Ley N° 18335 (Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud), ente otras cosas establece que:

“Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende el derecho a: A) Conocer la probable evolución de la enfermedad de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud. B) Conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha por escrito si así lo solicitase el paciente; así como el derecho a ser informado de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud. En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente con consentimiento de los familiares se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (derecho a no saber)”. (Capítulo V, artículo 18)

La soledad y el manejo de la angustia de los profesionales:

“cuando vos tenias que diagnosticar (...) vos podías manejarlo un poco mas fríamente pero de todas maneras era una persona y a lo largo del interrogatorio (...) era muy angustiante (...) ... pero en la vida un profesional estaba solo” (profesional 14)

“Si, es muy duro (...) mira nosotros hacemos lo que se llama terapia de grupo con mis compañeros (risa), compañeros de trabajo porque en realidad, una terapia, en realidad compartida, muchas veces nos reímos de alguna situación... yo creo que es una forma de aflojar un poco las tensiones” (profesional 9)

Aspectos centrales que debería contemplar una política de atención y cuidado para las personas con demencia y sus familiares, desde una perspectiva de DDHH

La literatura especializada resalta:

- la importancia de implementar acciones de prevención y promoción de salud (acciones clásicas de hábitos saludables y sociales de combate al estigma)
- un diagnóstico oportuno,
- apoyo al período post-diagnóstico y la participación de la persona con demencia en su tratamiento
- la disponibilidad de tratamientos farmacológicos y psicosociales/psicoterapéuticos para la persona con EA y su cuidadora

FUENTE: Alzheimer's Society, 2014; Department of Health, UK, 2009; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, 2010; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2007; WHO, 2012

La estrategia médica de intervención

- Espera pasiva, en la que sólo se va observando la evolución de la enfermedad y cómo va decantando la patología de base y el efecto del abordaje farmacológico de los síntomas principales.

Esta estrategia se da en un contexto asistencial caracterizado por el trabajo individual del médico, sin equipos para discutir o producir interrogantes, que lleva a que se trabaje en acciones sostenidas en un saber – poder hegemónico que es constitutivo del sistema.

Tratamientos Indicados en el SNIS al Momento del Diagnóstico

| | (n) | % |
|---------------------|-----|------|
| | 88 | 79,3 |
| Tipo de tratamiento | 12 | 10,8 |
| | 6 | 5,4 |
| | 5 | 4,5 |
| Total | 111 | 100 |

Tabla 5: Fármacos Indicados como Tratamiento en el Momento del Diagnóstico y en el Momento de la Entrevista, en porcentaje (%)

| | | Diagnóstico | Entrevista |
|-----------------|----------------------|-------------|------------|
| Tipo de fármaco | Anticolinesterasicos | 46 | 52 |
| | Memantina | 39 | 42 |
| | Antipsicóticos | 46 | 57 |
| | Benzodiazepinas | 33 | 44 |
| | Antidepresivos | 26 | 31 |
| | Neuroprotectores | 12 | 13 |
| | Otros | 31 | 37 |

FUENTE:

Pérez, R. (2018). Op. Cit..

Fármacos Indicados a PCD en dos países (%)

| | Estudio Uruguay (Pérez, 2016) | Estudio de Birmingham (Bangash, Stubbs & Khan, 2017) |
|----------------------|-------------------------------|--|
| Tipo de fármaco | | |
| Anticolinesterasicos | 52 | 21 |
| Memantina | 42 | 22 |
| Antipsicóticos | 57 | 20 |
| Benzodiacepinas | 44 | 11 |
| Antidepresivos | 31 | 11 |

4 veces más benzodiacepinas,

3 veces más antipsicóticos y antidepresivos,

2 veces más fármacos antidemenciales

FUENTE: Pérez, R. (2018). Op. Cit.

LA perspectiva de género en el cuidado: grado de parentesco y sexo de la cuidadora por sexo de la persona con EA

| | Parentesco con la persona con EA | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|------------------------|-----------|---------------|-----------|
| | Hijo/a | | Cónyuge | | Hermano/a | | Otro familiar | | Cuidador/a no familiar | | Otro | |
| | Sexo cuidador | | Sexo cuidador | | Sexo cuidador | | Sexo cuidador | | Sexo cuidador | | Sexo cuidador | |
| | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino |
| Persona con EA mujer | 60 | 8 | 0 | 3 | 3 | 1 | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Persona con EA hombre | 9 | 0 | 13 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Algunos puntos de síntesis y conclusiones del estudio

Debilidades del SNIS que sería deseable corregir para elevar la calidad de atención a las PcD y sus familias. El sistema es altamente ineficiente y con riesgos de iatrogenia por:

- Escaso desarrollo de las políticas de prevención y promoción
- Ausencia de equipos multi o interdisciplinarios para definir y comunicar el diagnóstico y para realizar seguimiento.
- Falta de capacitación de profesionales en aspectos centrales de Salud Mental Comunitaria. La concepción lineal y objetivo natural de la enfermedad. El dispositivo desubjetivante
- No existe disponibilidad de tratamientos eficientes (combinados) y de calidad, lo cual hace que el sistema sea poco eficiente.
- No existen dispositivos de apoyo a los profesionales para trabajar las afectaciones y angustia que produce en muchos casos el comunicar y responsabilizarse del tratamiento de estas enfermedades
- No hay mecanismos de apoyo y seguimiento a la asimilación del diagnóstico. Los familiares en general plantean falta de información y una sensación de desprotección para enfrentar la enfermedad.
- Falta de control de la sociedad civil sobre la calidad de la atención.

Algunos puntos de síntesis y conclusiones del estudio

El lugar pasivo y asistencial que tiene actualmente a las personas con demencia en el SNIS, la no comunicación del diagnóstico y su exclusión de las orientaciones del tratamiento y de las decisiones desde etapas tempranas de la enfermedad, así como el tipo de tratamiento implementado y la soledad de los actores, constituyen prácticas que ofician como verdaderos rituales de degradación, las que llevan a que una persona con demencia fácilmente vaya perdiendo su cualidad de persona para transformarse paulatinamente en un paciente demente, en un organismo biológico que hay que tutelar y gestionar en la vida cotidiana por parte de la familia.

Algunos aspectos centrales para orientar las políticas de atención y cuidado de las personas con demencia en Uruguay. El plan nacional de demencias (elaborado por AUDAS y otros integrantes de la sociedad civil y la academia, en abril de 2016)

- Cuatro pilares:

1 – Acciones de prevención y promoción (incluye acciones de combate al estigma)

2- Formación y capacitación de profesionales

3- Dispositivos de atención y cuidados (coordinación inter-servicios e inter-sectorial)

- a) Detección temprana en APS
- b) creación de equipos interdisciplinarios centrales con una zona de referencia encargados de diagnosticar y orientar técnicamente la atención y el cuidado.
- c) programas psicosociales basados en evidencia y buenas prácticas
- d) la implementación técnica de las propuestas y programas cotidianos en los Centros Diurnos y las Instituciones de Larga Estadía

4 - Investigación