

DEL ARICEPT A LA MEMANTINA: ESPERANZA Y FRACASO  
EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

María Antonia Martorell-Poveda

M.<sup>a</sup> Francisca Jiménez-Herrera

M.<sup>a</sup> Jesús Montes-Muñoz

*Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili*

*Avda. Catalunya, 35. 43002 Tarragona (España)*

*977 299 407*

*mariaantonia.martorell@urv.cat*

*Resumen: El donezepilo (Aricept®), la rivastigmina, la galantamina y la memantina son los fármacos actualmente utilizados para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer según su evolución. Están indicados para el alivio de los síntomas, el retraso en su aparición o evolución, pero no para la cura. Esta variedad de posibilidades nos pone en el punto de mira de la bioética y de las prácticas éticas ante la prescripción. Un análisis de las vivencias de familiares que cuidan a personas con Alzheimer pone en evidencia la esperanza que se deposita en una pastilla, pero también el cuestionamiento sobre la eficacia del tratamiento y la duda ante el alcance del conocimiento y la intervención médica para este trastorno. En este caso, las narrativas de los cuidadores ilustran el juego que se establece entre las subjetividades de los profesionales y las propias a la hora de prescribir un determinado fármaco y valorar su efecto, llegando a verse cómo la falta de respuesta al tratamiento se medicaliza y convierte el trastorno en un problema familiar y social antes que médico.*

*Palabras clave: enfermedad de Alzheimer; narrativas cuidadores, eficacia tratamiento, ética de la prescripción.*

## From Aricept to Memantine: hope and failure in the treatment of Alzheimer's disease

*Abstract: Donepezil (Aricept®), rivastigmine, galantamine and memantine are drugs currently used for treating Alzheimer's disease at different stages. They are prescribed for relieving symptoms, or delaying the onset or progression of the disease, but they do not cure it. This variety of possible uses raises questions concerning bioethics and ethical prescription practices. An analysis of the experiences of family caregivers of people with Alzheimer's disease highlights not only the hope they invest in medication, but also their questions about the effectiveness of treatment and their doubts about the scope of medical knowledge and the value of medical intervention for this disorder. Caregiver narratives illustrate the interplay of professional and lay subjectivities at work regarding the prescription of drugs and the assessment of their effects. A lack of response to treatment transforms the disorder into a family and social problem rather than a medical one.*

*Key words: Alzheimer's disease, caregiver narratives, effectiveness of treatment, ethics of prescription.*

### *Introducción*

En relación con el desarrollo científico y la construcción del discurso biomédico en torno a la enfermedad de Alzheimer (EA), la década de 1970 del siglo pasado marca un momento clave en cuanto a la clarificación nosológica del trastorno y la práctica terapéutica relacionada con la llamada *hipótesis colinérgica*, la cual empezará a dominar a partir de 1976-1978, cuando se descubre que, de forma temprana e intensa en el cerebro de las personas con Alzheimer, se produce un déficit de los niveles de colinacetyltransferasa y acetilcolinesterasa (Martínez Lage, José Manuel; Martínez-Lage Álvarez, P., y Martínez-Lage Álvarez, M., 2001). Sobre la base de esta hipótesis se iniciaron estudios de intervención farmacológica centrados en sustituir el déficit colinérgico que causa el Alzheimer, ya que se considera que la activación de la transmisión colinérgica podría recuperar ciertas funciones cognitivas (Sociedad Española de Psiquiatría, 2000). Esto permitió dar un

gran paso en el tratamiento farmacológico de la enfermedad a partir del uso de fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa.

A partir de aquí, en España, como en otros países, entre 1996 y 2003 el Ministerio de Sanidad y Consumo autorizó el uso de la tacrina<sup>1</sup>, el donezepilo (Aricept®), la rivastigmina, la galantamina y la memantina, como fármacos para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Los cuatros primeros están indicados para las formas leves y moderadas de la enfermedad, mientras que el último resulta prioritario para el tratamiento de las fases moderadamente graves y graves.

Aun cuando se produce este avance en el terreno del tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer, la toma de conciencia de que por sí sola la pérdida de la actividad colinérgica no justifica todas las deficiencias cognitivas comporta la experimentación con otros fármacos. De hecho, un mayor interés en el estudio de la implicación de los genes en la patogénesis de la enfermedad de Alzheimer favorecerá el desarrollo de la que podría ser denominada como *hipótesis* amiloidea, la cual, a su vez, favorecerá la realización de nuevos estudios farmacológicos que llegan hasta nuestros días. Fruto de estos avances, desde hace unos años se encuentran en distintas fases de experimentación varios eventuales fármacos para la enfermedad de Alzheimer, de los cuales el tramiprosato (Alzhemed)<sup>2</sup> y el R-flubiprofen (Flurizan)<sup>3</sup>, cuyos resultados definitivos se presentaron en 2007 y 2008 respectivamente, se preveían que pudieran ser comercializados en Europa antes de 2010 (García García, 2007; Martínez Lage, José Manuel, 2006). Así mismo, el interés en los aspectos genéticos de la enfermedad también ha supuesto el desarrollo de la experimentación con vacunas —AN-1972 es el nombre que recibió la famosa vacuna contra el Alzheimer, desarrollada por la empresa farmacéutica Elan— o de otras estrategias de detección precoz de la enfermedad en los

1 Debido a su hepatotoxicidad y a la elevada frecuencia de otros efectos secundarios, este fármaco está prácticamente en desuso.

2 Este es un fármaco antiamiloides que actúa como antagonista de la proteína beta amiloide.

3 El R-flubiprofen es un antiinflamatorio no esteroideo de uso para el tratamiento del cáncer. La actuación de los antiinflamatorios no esteroideos se vincula al efecto inflamatorio preventivo y la respuesta inmune en la patogenia de las placas de amiloide características de la enfermedad de Alzheimer (Sociedad Española de Psiquiatría, 2000).

familiares, como el Programa de Información y Consejo Genético (PI-COGEN) del Hospital Clínico de Barcelona.

Vemos, por tanto, que el mercado farmacéutico, en este terreno, como en tantos otros, es prolífico. Sin embargo, hasta el momento los fármacos en uso intentan aliviar algunos de los síntomas, retrasar su aparición o evolución, pero en ningún caso llegan a curar la enfermedad. Parece claro que los efectos sintomáticos no se pueden menospreciar, pero consideramos que tampoco se pueden obviar las grandes sumas económicas que moviliza la industria farmacéutica en aras de una solución. Parece así que la potencial mejora sintomática del enfermo de Alzheimer, el supuesto beneficio para su cuidador, la aparente repercusión socioeconómica de estos dos aspectos<sup>4</sup> y la necesidad de una curación están justificando todo tipo de inversión que no siempre estará en equilibrio con *los costes invisibles*<sup>5</sup> de la enfermedad.

A partir del análisis de las vivencias, las representaciones y las prácticas sociales de 15 familiares cuidadores de personas con Alzheimer, hemos podido evidenciar y analizar la respuesta a la enfermedad centrada en la estrategia terapéutica movilizada más tempranamente: la prescripción farmacológica. «Mira —comentaba un día una cuidadora—, a ell el primer que li van donar és això que donen per l'Alzheimer, Aricept es diu.»

En la investigación, realizada en Tarragona en el transcurso de doce meses no continuos, se utilizó básicamente la entrevista etnográfica en sus diversas modalidades, incluido el grupo focal, y la observación participante con familiares que cuidaban de un pariente con enfermedad de Alzheimer. Así mismo, los datos también se com-

<sup>4</sup> Hay estudios que han mostrado un beneficio anual de unos 320 dólares por el uso de la tacrina en personas con Alzheimer. Así mismo, también se ha visto que una mejoría de un punto en el mini-mental de Folstein puede comportar un ahorro de hasta 1.100 dólares por enfermo (Sociedad Española de Psiquiatría, 2000).

<sup>5</sup> La idea de *costes invisibles* se retoma del trabajo de Durán Heras (2002), referida a los costes subjetivos que se derivan de la pérdida de autonomía funcional y al consumo de tiempo por el impacto del proceso en la persona y su contexto social y familiar. En este estudio, la autora señala que, en España, de un total de 5.000 horas estimadas de cuidados a enfermos, el 88% es cubierto por la familia y amigos. Estos cuidados suponen más de 276 millones de jornadas laborales de ocho horas, que a un coste del salario mínimo interprofesional ascenderían a 34.531 millones de euros anuales.

plementaron con el trabajo de campo realizado en una Unidad de Diagnóstico de Demencias del Servicio Catalán público de Salud.

Para esta ocasión, se rescatan las narrativas de los familiares expresadas en una de las sesiones de grupo focal, así como la mirada que respecto a la prescripción farmacológica ofrecieron algunos de los profesionales.

### *La prescripción farmacológica*

Si, como hemos mencionado más arriba, en el mercado se dispone de cuatro fármacos potenciales para personas diagnosticadas de EA, la opinión personal del profesional respecto a la efectividad, la comodidad de la pauta de administración y los posibles efectos adversos determinan, en buena medida, la elección de un tratamiento u otro. Así, en cierta manera, el médico dispone de una libertad a la hora de prescribir y, con respecto a ésta, no se pueden menospreciar las relaciones que se establecen entre facultativos y la industria farmacéutica, y lo que de ésta se puede derivar. Pero, dada la variedad de opciones, el profesional debiera hacer de la prescripción un acto moral en el que los usuarios estén implicados en la toma de decisión de sus procesos, es decir, que dispongan de información respecto a las posibilidades, efectos, etc., para que actúen con responsabilidad y sentido crítico en la elección. De esta manera, la prescripción se ajusta a los principios de bioética, en el sentido que apunta Altisent, ya que «la correcta indicación de un tratamiento farmacológico lo podríamos clasificar dentro del principio de beneficencia: el mejor plan terapéutico disponible, lo que de algún modo ya incluye la contraindicación que se relacionaría con el principio de no-maleficencia» (Altisent, 2003: 107).

De acuerdo con esto, al promover la beneficencia podemos alcanzar la seguridad y minimizar los riesgos que pueden provocar determinados fármacos. Este principio obliga a manejar las evidencias científicas disponibles, esto es, una adecuada información, tanto en su rigor científico como en su actualidad, sin prometer resultados que no se saben si realmente se conseguirán. No se trata de hablar de mejoría en el proceso cuando ésta, realmente, no solo estará sujeta al efecto del medicamento. Ofrecer una adecuada información y aceptar la participación de la persona, en un determinado plan terapéutico, salvaguarda el principio ético de la autonomía, pero si se consideran todas las

posibles dimensiones de la situación y distribución de los recursos, también se preserva el principio de justicia, ya que permite adecuar la decisión valorando aspectos como la eficacia o el coste económico.

Los fundamentos de la ética en la práctica de la prescripción, en situaciones concretas como estas, deben ajustarse a criterios científicos racionales y principios éticos, considerando encontrar el equilibrio entre el beneficio esperado para el paciente y el respeto a su voluntad, en la medida de lo posible, por sus condiciones cognitivas y las indicaciones adecuadas, sin olvidar la racionalidad económica. Esta práctica ética permite compatibilizar la calidad de la prescripción y el respeto a los derechos de los pacientes, fundamentándose de esta manera en una ética de la responsabilidad, que considera fundamental tener en cuenta los principios bioéticos, el contexto y las consecuencias.

En síntesis, se trataría de una prescripción razonada de medicamentos que proponga diferentes escalones que contemplen la valoración de eficacia y efectividad, el perfil de seguridad, la prevención de iatrogenia y farmacovigilancia y el balance resultados-recursos y fármaco-economía. Y que todo ello sea presentado de forma adecuada para promover la toma de decisión más apropiada (Marijuán, 2003).

Para el caso de la EA, el neurólogo es el especialista responsable de la prescripción farmacológica a partir de la valoración que realiza durante la primera visita, en la que su impresión, junto a la objetivación del deterioro mediante el uso de diferentes instrumentos de evaluación, le permite tomar la decisión del tratamiento. Sea el fármaco que sea de su elección, la prescripción comporta un proceso burocrático que se inicia con el informe del clínico en el que notifica el diagnóstico y la cumplimentación de una receta informatizada que hará llegar al *Consell Asesor del Tractament Farmacològic de la Malaltia d'Alzheimer* (CATMA), órgano creado en Cataluña para asesorar sobre el uso correcto de los fármacos indicados para el tratamiento de la enfermedad y, entre otras finalidades, establecer un mayor control del gasto y el uso farmacéutico. En el mejor de los casos, al cabo de tres meses el CATMA emitirá el informe favorable para la instauración del tratamiento, siempre y cuando se cumplan tres condiciones: *a)* la demencia sea de tipo Alzheimer; *b)* la fase en la que se encuentre el paciente sea leve o moderada, y *c)* deberá existir la garantía de que la toma correcta del fármaco será supervisada por una persona responsable.

En relación con estos criterios, y de acuerdo con el trabajo de campo realizado en una Unidad de Diagnóstico de Demencias, podemos decir que su confirmación no está exenta de cierta subjetividad por parte del especialista evaluador, ni del posible proceso de falsificación de los resultados de las pruebas diagnósticas. El especialista suele solicitar el tratamiento amparándose en una posible orientación diagnóstica o en un juicio del deterioro cuando aún no ha finalizado todo el proceso diagnóstico. Esta situación puede llegar a comportar lo que hemos denominado como *alzheimerización* de los diagnósticos clínicos y una sobredimensión del problema. La *alzheimerización* se entiende aquí como reflejo de la tendencia que tienen los profesionales a sospechar prioritariamente una enfermedad de Alzheimer cuando se encuentran ante la presencia de una posible demencia. Su estudio diagnóstico siempre tiende a descartar o a intentar confirmar la enfermedad de Alzheimer por encima del resto de entidades clínicas que quedan recogidas bajo el epígrafe de las demencias.

Otro aspecto dilemático y subjetivo al que se enfrenta el clínico tiene que ver con la confirmación de la existencia de un responsable para la toma del medicamento a partir de lo que le dice el acompañante del enfermo. Esta percepción subjetiva queda recogida en las palabras de un neurólogo:

Mira, yo en la primera visita si ya veo un diagnóstico bastante claro de deterioro cognitivo asociado al Alzheimer avanzo la solicitud al Consejo Asesor. ¡Fíjate, con esta que ha salido me mojaré con el diagnóstico de Alzheimer, estaba fatal, no se enteraba de nada y, además, tenía un nivel cultural muy bajo! De su hija, supongo que sí, que se *encargará de que tome las pastillas, sino... ya veremos.* (V.M., 4/3/2003).

En síntesis, podemos decir que la prescripción se adapta a un proceso burocrático generado por el propio sistema de salud, que, por lo que acabamos de comentar, puede suponer cierto exceso de prescripción y un consecuente aumento del gasto sanitario y particular de las familias, algo que supuestamente el mismo sistema intenta evitar o corregir a través del CATMA.

*La vivencia del familiar*

Durante el proceso de valoración que realiza el neurólogo para decidir el tratamiento, y durante la administración del mismo, también se considerará la información del cuidador, que aporta datos no recogidos en las pruebas iniciales que pueden hacer variar el resultado de la valoración y la estrategia médica prevista, sobre todo en cuanto a la dosis a administrar. Así, en unos casos ésta se aumenta, en otros se mantiene la mínima, y en otros se llega incluso a suspender el tratamiento a petición del familiar.

En el transcurso del trabajo de campo se ha observado cómo, en cierta manera, el tratamiento depende de la vivencia del familiar respecto a los cambios conductuales de la persona antes que de la propia sintomatología expresada por la enfermedad. En este caso, el profesional adjudica un papel relevante y una validez a la expresión y al sentir del familiar para determinar la instauración, y posterior modificación si procede, de la pauta farmacológica a seguir. La expresión práctica de esta estrategia se traduce en una heterogeneidad fármaco-persona, de tal forma que, ante una similar sintomatología, las pautas y dosis de tratamiento pueden ser distintas. Estas situaciones ilustran de qué modo entran en juego las subjetividades del profesional y del familiar para emitir un juicio y una acción respecto a la situación de la persona afectada, y también demuestran en qué medida la enfermedad se convierte en un problema de ajuste del tratamiento farmacológico, aunque desde nuestra mirada también evidencian la realidad familiar y social que supone la experiencia con la enfermedad de Alzheimer.

Una vez que se instaura el tratamiento, el familiar inicia una nueva vivencia de la enfermedad y construirá una determinada percepción respecto a su efectividad. De acuerdo con Robinson, Clare y Evans (2005), algunos familiares pueden tener la visión de que el tratamiento hace alguna cosa, mientras otros experimentan sus efectos secundarios o sienten que el efecto de la medicación es retrasar lentamente el declive cognitivo, pero sin ofrecer ninguna cura. En cualquier caso, a partir de ahora se dispone de un fármaco que presumiblemente controlará la enfermedad y permitirá que «tots estarem més tranquils» (Azucena, 21/2/2002). Así, el familiar deposita en la medicación la esperanza para afrontar la enfermedad de su pariente. Una esperanza que también se alimenta de la percepción de una supuesta fe que



el propio clínico deposita en el tratamiento farmacológico. Esta idea queda recogida en las palabras de la siguiente cuidadora:

Yo creo que también es importante que, por parte del médico, siempre existe una fe [...], está muy claro que como sabemos que es una enfermedad degenerativa e irreversible, y también tenemos que ser conscientes de que si a lo mejor no le diéramos el enfermo estaría peor; y eso tampoco lo podemos valorar en ese momento. Y eso creo que es por lo que continuamos medicando [...]. Porque siempre hay una esperanza de que pueda haber mejora [...]. Los familiares, en un intento desesperado, se agarran a todo. A partir de aquí, haces lo que sea, hasta tal punto que te dicen que un familiar próximo no hay nada que hacer y que se le va a practicar una biopsia y accedes. Accedes porque necesitas agarrarte a algo. (*Begonia, sesión grupo focal, 28/04/2003*).

Sin embargo, poco a poco el familiar se dará cuenta de que la *pastilla* no contrarresta todos los *efectos* de la enfermedad y la confianza en el tratamiento se va transformando, primero en resignación y más tarde en desilusión y conformismo. Estas vivencias, sentidas y manifestadas por varias cuidadoras, quedan explicitadas también en el siguiente discurso:

Jo el que puc dir és que, al principi, li donava per una resignació a dir que no feia res. Ja després ho fas perquè és l'únic que hi ha. (*Begonia, sesión grupo focal, 28/04/2003*).

De este modo, a lo largo del tratamiento se pone en cuestión su eficacia, y se duda del alcance de la intervención médica y de la confianza que el propio profesional adjudica al tratamiento. En una sesión con un grupo focal de familiares, donde debatimos y analizamos de forma específica este tema, Begonia, apoyada por el resto de participantes, comentaba:

Si son sinceros los médicos tampoco creen. Yo pienso que no creen. En la medicación específica del Alzheimer hay muchos que no creen; si es que no cura. (*Begonia, sesión grupo focal, 28/04/2003*).

Como se observa, el régimen terapéutico enfrenta a los cuidadores a los límites del conocimiento médico, aspecto que se refuerza por

la manifestación del experto respecto al desconocimiento de la causa de la enfermedad de Alzheimer, y la falta de un tratamiento que cure. Aunque el principio de incurabilidad pone en entredicho la utilidad del fármaco, no hay persona diagnosticada de posible demencia de Alzheimer a la que no se le prescriba medicación específica. De este modo, la actitud del profesional respecto al tratamiento retroalimenta la percepción escéptica del cuidador. No obstante, la prescripción sigue teniendo utilidad para reforzar la imagen del Alzheimer como enfermedad, así como el papel de poder y control que el neurólogo ejerce sobre el trastorno.

Pese a este escepticismo, el medicamento, sobre todo al principio, confiere seguridad y tranquilidad al cuidador, que siente que está haciendo algo por su familiar. La credibilidad que el cuidador otorga al medicamento y la estimación de posibles efectos explicaría que continúe administrando el tratamiento médico a su familiar. Una cuidadora comentaba:

Yo se la doy porque creo. Pero luego ves que le estas dando la medicina y que no adelanta nada, al revés, que va para atrás y dices: «¿yo para qué le estoy dando tanta medicina?» Para que no haga nada. Porque yo ya lo he preguntado a muchos médicos, al de cabecera, a la que lo lleva y todos me han dicho: «llévalo donde quieras que no hay nada». Pero yo le sigo dando por si acaso [...] Si no le doy la medicina se me pone peor todavía, pues se la tienes que dar porque dices: no vaya a ser que se ponga peor. Y así estamos, engañándonos y poniéndolo a lo mejor peor de lo que estaba. (*Margarita, sesión grupo focal, 28/04/2003*).

Y otros de los motivos por los cuales los familiares siguen administrando el tratamiento los comentó también esta cuidadora, aunque todos acaban por abocar en el sentimiento de esperanza de mejora del enfermo:

También habría el desconocimiento de lo que es la enfermedad, toda una serie de cosas, de información, el no saber qué puede pasar. O sea, ya te digo, por ignorancia y por desconocimiento [...] Detrás de todo también están los laboratorios que se llevan el diez por ciento y que se maneja mucho dinero. Yo creo que también está todo esto [...] Y luego, lo que también creo que es fundamental es que la ciencia avanza a base de experimentación y de pruebas y que... por eso también lo damos. Yo creo que es porque pensamos que hay algo de esperanza. (*Begonia, sesión grupo focal, 28/04/2003*).

Como comentábamos, uno de los criterios a la hora de instaurar el tratamiento específico para la enfermedad de Alzheimer consiste en asegurarse de la existencia de una persona responsable que garantizará la toma y el seguimiento adecuado de la pauta. Así, el médico especialista responsabiliza al familiar de la gestión y el seguimiento del tratamiento: está encargado de observar los comportamientos del enfermo y su evolución para informarle posteriormente y que pueda tomar decisiones en relación a los ajustes de dosis necesarios. De este modo, la pauta de tratamiento se convierte en un proceso de experimentación que se corrige según la vivencia y percepción del cuidador.

Que el tratamiento se base en una práctica de ensayo y error acaba por desconcertar al familiar y genera mayor incertidumbre sobre el efecto terapéutico. Profesional y cuidador participan de este proceso de experimentación esperando evidenciar una eficacia biológica (Martínez Hernández, 1992). Sin embargo, la intervención simbólica del fármaco llega a producir pequeños cambios en la percepción de su eficacia biológica, viéndose, tras varios ajustes en el tratamiento, cierto efecto y mejora en los comportamientos del sujeto. De nuevo, nos encontramos ante la construcción de la enfermedad de acuerdo con un problema de ajuste del tratamiento farmacológico.

Sin embargo, la mejora no siempre se evidencia y entonces el cuidador retorna el control sobre el tratamiento al médico para que determine su efectividad. La esposa de Narciso se mostró agresiva durante un tiempo, a raíz de lo cual se inició el proceso de cambios en la pauta medicamentosa. Narciso dudaba sobre el efecto del nuevo tratamiento, que sin embargo continuó administrándolo porque, en su opinión, «los que tienen que ver la mejora son los médicos» (3/05/2002).

La falta de mejoría de su esposa y un informe desfavorable sobre la continuación del tratamiento con Aricept reforzaron el descrédito del fármaco que había percibido este cuidador. Él mismo justificaba la situación diciendo que «ya llegan estos enfermos así, a un cierto estado en que ya estas pastillas no le hacen nada» (16/1/2003). No obstante, mientras le quedaron pastillas continuó administrando el tratamiento

esperando la comercialización en el mercado de un nuevo fármaco —la memantina<sup>6</sup>— que se adaptase a las características evolutivas de la enfermedad de su esposa, ya que el neurólogo le había comentado que en ese momento «la pondremos en marcha, probaremos a ver si hace efecto o a ver cómo va» (16/1/2003). La esposa de Narciso fue tratada con el nuevo fármaco durante un tiempo, hasta que por segunda vez no hubo mejora visible y se suspendió el tratamiento. En este caso, como en otros, los expertos sugieren que el fármaco deja de ser efectivo por la evolución misma de la enfermedad. El fracaso del tratamiento se medicaliza y, a partir de aquí, desde el momento en que la ciencia ya no puede hacer nada por resolver la enfermedad, ésta se convierte casi exclusivamente en un problema familiar.

En síntesis, la prescripción de la medicación para el Alzheimer se enfrenta con dos mensajes contradictorios. Por un lado, observamos que los fármacos más recientes constituyen avances en la eficacia y la seguridad; pero, por otro lado, la medicación puede no producir efectos e incluso causar daños o efectos secundarios. De acuerdo con Leibing (2009), esta situación hace emerger una «antropología de la incertidumbre» como un marco que se centra en las negociaciones culturales de seguridad y que considera la incertidumbre, la ambivalencia y la duda como poderosas fuerzas sociales transformadoras.

En esta línea, como ya hemos comentado, la experimentación con nuevos fármacos para el tratamiento del Alzheimer no cesa. Precisamente, es en el fracaso del tratamiento donde la industria farmacéutica encuentra un terreno abonado para ampliar sus investigaciones y desarrollar nuevas estrategias terapéuticas. Pensamos que los intereses económicos en este campo hacen que se refuerce la imagen del Alzheimer como enfermedad, lo cual permite trabajar en la dirección de su cura y tratamiento.

<sup>6</sup> Los expertos clínicos reconocen que la pérdida de eficacia del tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa, como el donezepilo, es una realidad. Ante una situación así parece justificado el cambio de tratamiento y el uso de la memantina combinada o sola (Goñi Imízcoz y Herrera Varo, 2007). La memantina fue autorizada para el tratamiento de las formas moderadamente graves y graves de la enfermedad de Alzheimer en marzo de 2003, después de haber sido utilizada para trastornos neuropsiquiátricos en Alemania durante casi veinte años (Gaspar Caro y Alay Romero, 2003).

## Bibliografía

- ALTISENT, Rogelio (2003) «La relación con la industria farmacéutica: una cuestión ética de alta prevalencia en medicina de familia». *Atención Primaria*, 32 (2): 106-109.
- DURÁN HERAS, María Angeles (2002) *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.
- GARCÍA GARCÍA, Antonio (2007) Alzheimer 2010. *Actualidad en farmacología y terapéutica*, 5 (2): 93-95. Disponible en: <[www.socerfar.com/pdf//AFT5.pdf](http://www.socerfar.com/pdf//AFT5.pdf)>. [Consultado 15 de octubre de 2007].
- GASPAR CARO, María José y ALAY ROMERO, Maite (2003) «Memantina en la malaltia d'Alzheimer.» *Butlletí d'Informació terapèutica del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya*, 15 (9): 35-38. Disponible en: <[www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/bit903.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/bit903.pdf)>. [Consultado 14 de febrero de 2007].
- GOÑI IMÍZCOZ, Miguel y HERRERA VARO, N. (2007) «El tratamiento específico de la EA: cuestiones prácticas». En MARTINEZ LAGE, José Manuel y CARNERO PARDO, Cristobal (eds.) (2007) *Alzheimer 2007: recapitulación y perspectivas*. Madrid: Aula Médica Ediciones.
- LEIBING, Annette (2009) «Tense prescriptions? Alzheimer medications and the anthropology of uncertainty». *Transcultural Psychiatry*, 46 (1): 180-206.
- MARIJUÁN, Mabel (2003) «Ética de la prescripción». *Boletín INFAC*, 11 (3): 11-16. Disponible en: <[http://osanet.euskadi.net/contenidos/informacion/infac/eu\\_1223/adjuntos/infac\\_v11n3.pdf](http://osanet.euskadi.net/contenidos/informacion/infac/eu_1223/adjuntos/infac_v11n3.pdf)>. [Consultado 11 de noviembre de 2010].
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel (1992) «Eficacia simbólica, eficacia biológica: hacia un nuevo modelo de comunicación en la asistencia sanitaria». *Revista ROL de Enfermería*, 172 (15): 61-68.
- MARTÍNEZ LAGE, José Manuel (2006) «Centenario de la Enfermedad de Alzheimer». En *Desde mi balcón: Alzheimer semana a semana*, 18 de septiembre. Disponible en: <[www.medicinainformacion.com/dmb\\_prof/immlage.htm](http://www.medicinainformacion.com/dmb_prof/immlage.htm)>. [Consultado 24 de enero de 2007].
- MARTÍNEZ LAGE, José Manuel; MARTÍNEZ-LAGE ÁLVAREZ, Pablo y MARTÍNEZ-LAGE ÁLVAREZ, Miguel (2001) «El fenómeno médico, social y cultural de la enfermedad de Alzheimer». En MARTÍNEZ LAGE, José Manuel y KHA-

- CHATURIAN, Zaven (COORD.) (2001) *Alzheimer XXI: Ciencia y Sociedad*. Barcelona: Masson.
- ROBINSON, Lynne; CLARE, Linda y EVANS, Kathryn (2005) «Making sense of dementia and adjusting to loss: psychological reactions to a diagnosis of dementia in couples». *Aging & Mental Health*, 9 (4): 337-347.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA (2000) *Consenso español sobre demencias*. Madrid: Drug Farma.