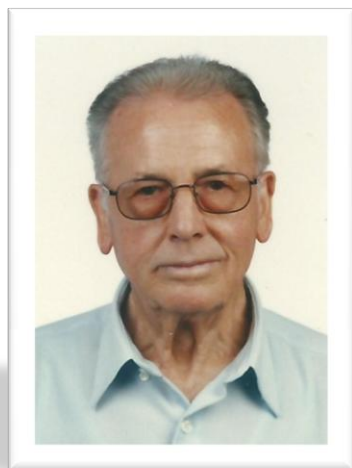
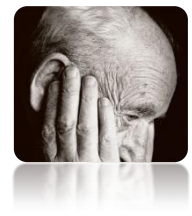


Una vida sense records

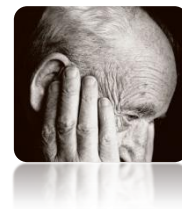


Mariposa del olvido

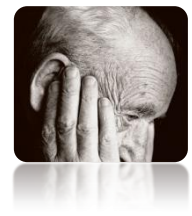


ÍNDEX

INTRODUCCIÓ	3
1. LA DEMÈNCIA	5
1.1. QUÈ ÉS UNA DEMÈNCIA?	5
1.2. QUINES MALALTIES PROVOQUEN DEMÈNCIA?	6
2. L'ENFERMETAT DE L'ALZHEIMER	6
2.1. DEFINICIÓ I CONCEPTES BÀSICS	7
2.2. EVOLUCIÓ DE L'ENFERMETAT	9
2.3. EPIDEMIOLOGIA	18
2.4. EN QUINS ÀMBITS ES MANIFESTA LA MALALTIA?	20
2.4.1. Àmbit psicològic	20
2.4.2. Àmbit cognitiu	22
2.4.3. Àmbit funcional	24
2.5. CAUSES DE LA MALALTIA DE L'ALZHEIMER I ÀREES ALTERADES	24
3. PROFESSIONALS QUE INTERVENEN I EL DIAGNÒSTIC DE LA MALATIA ..	25
3.1. NEUROPSICÒLEG	26
3.1.1. Proves cognitives	27
3.1.2. Proves funcionals	27
3.1.3. Diagnòstic	28
3.2. NEUROPSIQUIATRE O PSIQUIATRE	29
3.2.1. Proves psicològiques	29
3.2.2. Diagnòstic	29
3.3. NEURÒLEG	29
3.3.1. Proves de neuroimatge	30
3.3.2. Diagnòstic	30
3.4. CRITERIS DEL DIAGNÒSTIC. CRITERIS DSM-IV	30



4. TRACTAMENT DE L'ALZHEIMER	31
4.1. TRACTAMENT FARMACOLÒGIC	31
4.2. TRACTAMENT COGNITIU	33
4.3. TRACTAMENT FAMILIAR.....	34
5. LA HISTÒRIA D'UN FAMILIAR	36
5.1. LA MEVA HISTÒRIA	36
6. CONCLUSIONS	45
7. ANNEX	48
8. BIBLIOGRAFIA	49



INTRODUCCIÓ

M'agradaria introduir, primerament, la justificació del motiu que m'ha portat a tractar aquest tema que a continuació es descriu.

En primer lloc, sóc familiar d'una persona que pateix la malaltia d'Alzheimer; aquesta persona és el meu avi. Això fa que el meu interès davant d'aquesta malaltia sigui molt més gran que l'interès que podria dedicar a qualsevol altre tema. Un de les raons fonamentals ha estat poder apropar-me més al meu avi i, així, entendre millor el perquè actua en determinades circumstàncies i situacions. A més m'agradaria saber com es diagnostica aquesta malaltia al pacient, ja que, quan al meu avi li van detectar, jo era petita i no me'n recordo de com ens vam adonar.

Aquests són els motius principals pels quals vull aprofundir sobre aquest tema. Però, a més, vull analitzar i observar, des de fora, altres persones implicades en el tractament de la malaltia, és a dir, com ho viuen i com treballen amb malalts d'Alzheimer.

En segon lloc, per poder portar a terme d'una manera ordenada aquest treball, m'he centrat en uns objectius principals per tractar-los i desenvolupar-los. Els objectius són, primerament, conèixer l'etiologia de l'Alzheimer, és a dir, el seu origen, i, així, entendre d'on prové i com funciona. Seguidament, analitzar l'epidemiologia, les dades estadístiques, per tal de fer-me una orientació de la població que ho pateix.

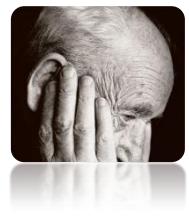
Considerant aquesta part com una petita introducció, passaria a tractar uns altres temes i centrar-me en ells. Aquests serien el saber quins professionals hi intervenen en el diagnòstic i tractament d'aquest malalts. Al mateix temps, investigar les fases que predominen en aquesta malaltia, ja que en la meva experiència personal -el cas del meu avi-, només n'he viscut tres. A més aprendre a com es diferencia la demència senil de l'Alzheimer, ja que són dos trastorns, si no se sap les diferències, molt semblants. A continuació em centraria en l'impacte de la malaltia sobre la família i el pacient, potser una de les parts que més m'interessa del treball.

D'altre banda, arran de la situació de crisi que pateix el país, voldria analitzar tot el tema de subvencions i ajudes públiques. Aquesta part, fonamental per garantir la qualitat de vida d'aquests pacients, es treballarà a partir d'una sèrie d'entrevistes a persones que diàriament conviuen amb ells (metges, cuidadors, familiars...).

No obstant això, el meu objectiu primordial és fer arribar les sensacions que té un malalt d'Alzheimer; reproduir, d'una manera el més realista possible, els efectes, les impressions i la visió que té el malalt que ho pateix sobre la realitat, el seu passat i la vida en general.

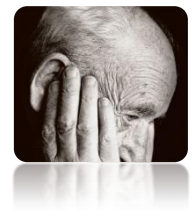
Tota aquesta investigació ha estat centrada en la recerca d'informació teòrica (llibres, pàgines webs, entrevistes a professionals...) en funció dels meus objectius. Un cop he realitzat això, la part pràctica ha anat encaminada a confrontar les dades obtingudes amb

Una vida sense records



la meva experiència personal, és a dir, com ha patit el meu avi totes les fases, característiques i, com no, les conseqüències de la “malaltia d’oblit”.

- ❖ En alguns apartats del treball de recerca es fa referència a l’Annex mitjançant el superíndex (A)



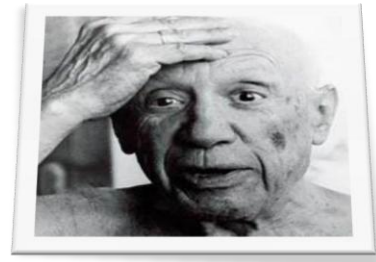
1. LA DEMÈNCIA

En aquest punt, tal i com indica el títol, redactaré el que és una demència i quines malalties poden provocar.

1.1. QUÈ ÉS UNA DEMÈNCIA?

La demència és una disminució de la capacitat intel·lectual en comparació del nivell previ de funció. Normalment, aquesta disminució és acompanyada de canvis psicològics i de comportament, i provoca una alteració de les capacitats socials i laborals de qui la pateix.

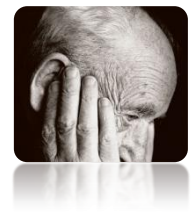
Aquest concepte de demència no es refereix a cap malaltia en concret. Únicament es refereix a un conjunt de símptomes relacionats amb una disminució de les capacitats mentals.



Al ser un empobriment generalment progressiu de les capacitats mentals, que va afectant de manera gradual la memòria, el llenguatge i la capacitat de reconèixer i actuar, pot arribar, fins i tot, a alterar les capacitats més bàsiques de l'individu, com ara vestir-se o caminar; és a dir, afecta a la seva vida quotidiana. El pacient va perdent la independència, no pot desenvolupar un vida autònoma i finalment requereix ajuda constant.

En termes tècnics, es defineix la demència mitjançant una sèrie de característiques:

- **Desenvolupaments de múltiples trastorns cognitius** manifestats per:
 1. **Alteració de la memòria:** trobem l'incapacitat de fixar nous records i/o per recordar records antics.
 2. **Alteració d'un o més dels aspectes següents:**
 - **Afàsia:** és l'alteració que hi ha al llenguatge.
 - **Apràxia:** és l'alteració que trobem en la gestualitat.
 - **Agnòsia:** són els errors en el reconeixement d'objectes.
 - **Alteració de la funció executiva:** per exemple planificar.
- **Alteració significativa del funcionament familiar, social o laboral.**
- **Inici gradual i disminució cognitiva continuada respecte al nivell previ de funcionament.**



1.2. QUINES MALALTIES PROVOQUEN DEMÈNCIA?

El deteriorament progressiu es pot dividir en quatre grans grups:

- **Malalties generals:** hipertensió, anèmies, diabetis...
- **Malalties psiquiàtriques** (mentals).
- **Malalties neurològiques amb una demència secundària:** tumors cerebrals, trastorns de circulació...
- **Demències degeneratives cerebrals primàries:** Alzheimer (és l'exemple més comú).

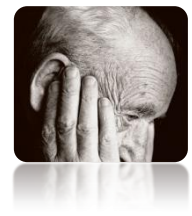
El conèixer les causes que provoquen el deteriorament de les capacitats mentals té una gran importància, ja que en alguns casos s'hi pot aplicar un tractament i és possible aturar i, fins i tot, curar la malaltia. Per això el coneixement de la causa (etiologia) de la demència és fonamental, ja que constitueix l'única manera d'establir una teràpia i un pronòstic específics per a cada cas.

També podem fer una classificació de les demències en relació amb les zones cerebrals predominantment afectades:

- **Demències corticals:** la zona més afectada és la capa externa del cervell, l'escorça cerebral. Exemple: l'Alzheimer.
- **Demències subcorticals:** les parts més afectades són les zones més profundes del cervell, especialment els anomenats "nuclis grisos de la base", que són uns grups de cèl·lules que constitueixen uns nuclis situats a la base del cervell. Exemple: el Parkinson.
- **Demències mixtes:** afecten tant l'escorça cerebral com les zones subcorticals (situades per sota de l'escorça).

2. L'ENFERMETAT DE L'ALZHEIMER

En aquest apartat explicaré com es dona la malaltia d'Alzheimer, i, a més, explicaré les dues formes que hi ha per avaluar a un malalt d'Alzheimer, les quals detallaré amb exemples que jo puc observar en el meu avi.

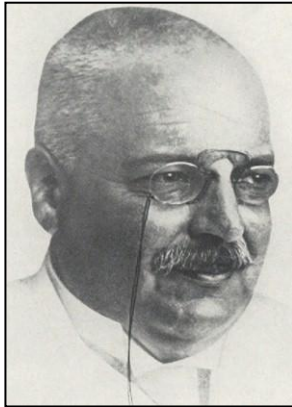


Una vida sense records

2.1. DEFINICIÓ I CONCEPTES BÀSICS

L'Alzheimer és una malaltia degenerativa que va ser descrita per primera vegada el 1907 pel neuròleg alemany Alois Alzheimer (1864-1915), qui la va reconèixer com una malaltia que afectava a persones de l'edat adulta.

La malaltia de l'Alzheimer és un tipus de lesió cerebral que es caracteritza per una



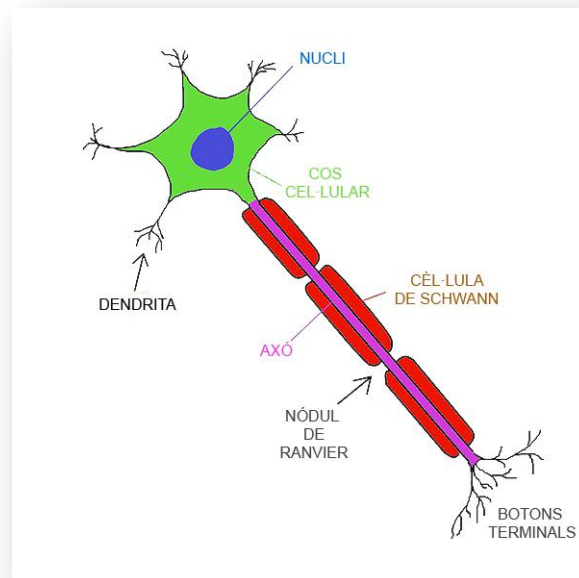
atrofia cerebral difusa (reduint la seva mesura i la seva activitat fisiològica) que produeix un deteriorament continu de varies funcions mentals i es manifesta amb una pèrdua progressiva de la capacitat del pensament, ja que genera la impossibilitat de assimilar nous coneixements i de expressar-se amb claredat, i, per tant, causa la incapacitat en la persona que la pateix en el desenvolupament de seva vida quotidiana.

A més a més, la malaltia destrueix la xarxa nerviosa de les neurones del cervell (les neurones són les unitats estructurals del sistema nerviós i la seva funció consisteix en processar la informació). La neurona consta de: dendrites, un cos cel·lular, un axó i terminals sinàptics en els extrems de les ramificacions del axó.

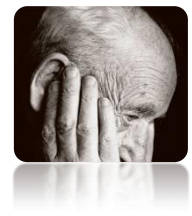
Les dendrites són les encarregades de rebre els missatges i els condueixen al cos de la neurona, però, degut a que una neurona pot rebre cents de missatges d'altres cèl·lules, les dendrites es caracteritzen per la seva complexitat i, per aquest motiu, presenten grans quantitats de ramificacions.

Després l'axó és la prolongació del cos cel·lular i, en els seus extrems o terminals sinàptics, hi ha les vesícules sinàptiques que tenen les substàncies per establir la comunicació amb la següent neurona.

Cada vesícula sinàptica emmagatzema unes 1000 molècules de neurotransmissors. Un neurotransmissor és una substància química que provoca impulsos nerviosos en una sinapsis. Són alliberats per la estructura presinàptica (la neurona que envia el missatge), "salten" el corredor sinàptic (petit espai que hi ha entre una neurona i una altre) fins a la neurona postsinàptica (neurona que rep el missatge).

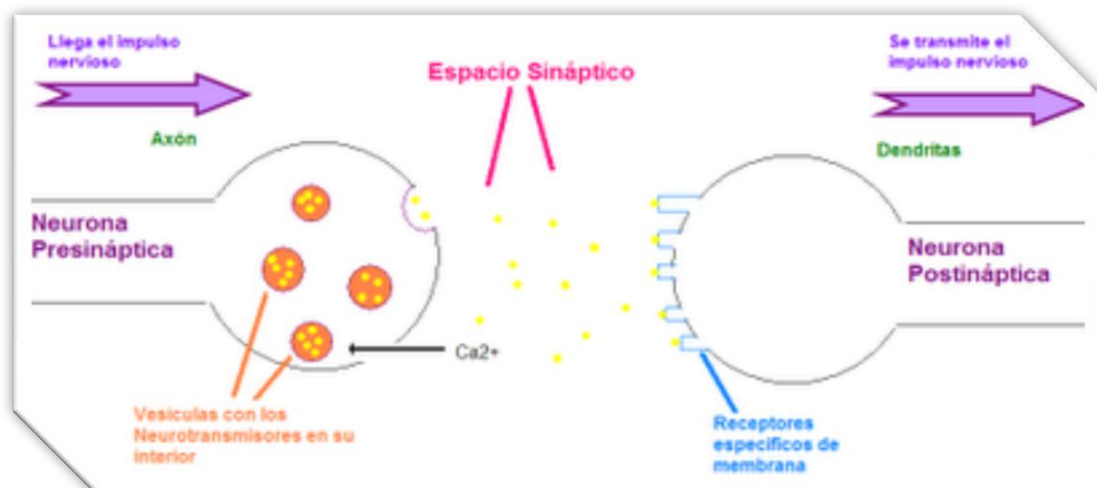


La informació es condueix a través



Una vida sense records

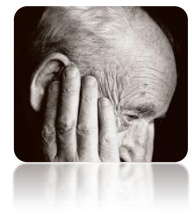
de l'axó per un procés elèctric i les neurones es comuniquen entre si a través del seu punt de connexió, la sinapsis, encara que les neurones presinàptiques i les postsinàptiques estan molt pròximes de les seves membranes i no es toquen, és a dir, que estan separades per el corrector sinàptic, un espai ocupat per el líquid extracel·lular. Els impulsos nerviosos no poden saltar el corredor i el que succeeix és que la neurona presinàptica allibera un neurotransmissor que es difondrà a través del corredor sinàptic. La senyal elèctrica presinàptica (impuls nerviós) es convertida en una senyal química (neurotransmissor alliberat). La neurona postsinàptica rep la senyal química i a la vegada la transforma en una nova senyal elèctrica. Aquesta transmissió de la informació va en un sol sentit, des de la neurona presinàptica a la postsinàptica. Els neurotransmissors o transmissors nerviosos passen de una cèl·lula a una altres com si fos una corrent elèctrica que passa per un cable.



Per tant, el manteniment d'un equilibri funcional adequat al sistema nerviós depèn del funcionament correcte de la sinapsis.

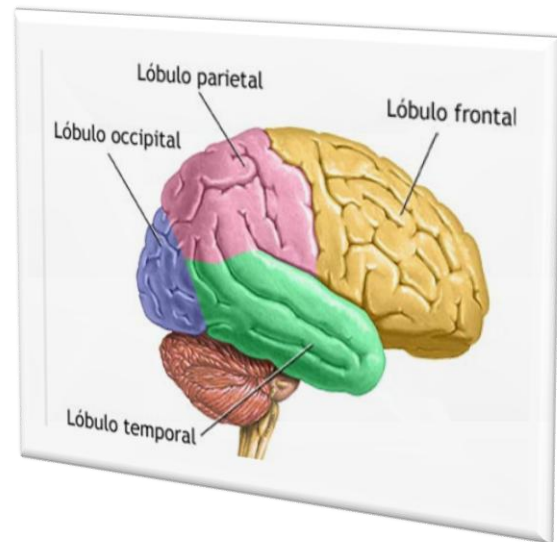
Llavors en la malaltia de l'Alzheimer es produeixen lesions cerebrals que destrueixen les sinapsis, això ocasiona un trastorn no funcional en el cervell (la demència). I en el procés de la malaltia van disminuint el número de sinapsis fins al punt que el seu cervell no pot assimilar, ja de forma adequada, les informacions que li arriben del entorn, i la persona es perd a la seva pròpia casa.

A més a més es destrueixen grans zones del cervell, on la principal destrucció és a l'hipocamp (àrea relacionada amb l'aprenentatge i la memòria) que s'ocupa de la creació i rècord.



També es produeix anormalitat en el sistema de neurotransmissions. Hi ha un dèficit de acetilcolina (actua com neurotransmissor en el cervell i porten els missatges entres les cèl·lules cerebrals).

El cervell forma la massa principal del encèfal i la seva superfície està formada per una capa de substància gris, anomenada cortesa cerebral. Aquí es produeix una atrofia, i la cortesa cerebral s'encarrega del processament de la informació sensorial, de la memòria, emocions, raonament, voluntat, judici, trets de la personalitat i el lòbul temporal. Les divisions principals de la cortesa es diuen lòbuls, i trobem:



- *Lòbul frontal*: és la memòria principalment la de tasques que impliquen situacions en el espai.
- *Lòbul parietal*: participa en el moviment i en la sensació tàctil.
- *Lòbul occipital*: processa la informació visual.
- *Lòbul temporal*: rep la informació auditiva i s'ocupa de les funcions del llenguatge.

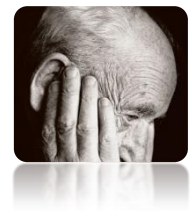
En la malaltia de l'Alzheimer, les cèl·lules nervioses es van apagant a poc a poc; per això, en l'estat avançat de la malaltia, el cervell es redueix notablement i disminueix el pes cerebral, ja que s'ha produït una atrofia cerebral que és més acusada en els lòbuls frontal i temporal.

2.2. EVOLUCIÓ DE L'ENFERMETAT

La malaltia d'Alzheimer passa per diferents fases. Té un inici lent i progressiu que, en les fases inicials, moltes vegades, és difícil de diferenciar de l'envelliment normal. En general, la sospita de què es tracta de la malaltia es planteja quan es detecten trastorns que criden l'atenció, ja siguin cognitius (memòria, llenguatge, orientació...) o funcionals (problemes en el desenvolupament de la vida quotidiana).



Els primers símptomes de la malaltia d'Alzheimer ho detecta algun familiar o amic proper, però a vegades qui troba alguna cosa estranya és algú que fa temps que no veu al pacient. Els símptomes poden ser tan petits que la família ho pot relacionar amb l'edat; per això, en les fases inicials, la malaltia d'Alzheimer és molt difícil de distingir dels trastorns de memòria relacionats amb l'envelliment normal.



Una vida sense records

Després dels trastorns de memòria, o al mateix temps que aquests, apareixen errors en altres capacitats mentals, com per exemple: en el llenguatge, en l'orientació temporal, en el raonament... Aquests petits (que a vegades no són tan petits) trastorns constitueixen els signes d'alarma del deteriorament. Per exemple, l'*Alzheimer's Association* dels Estats Units ha establert els deu signes d'alarma que poden ser indicatius d'una demència. Aquests signes són:

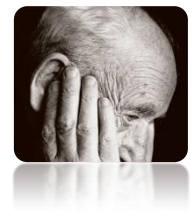
1. Pèrdues de memòria que afecten les capacitats en la feina.
2. Dificultats per dur a terme tasques familiars.
3. Problemes de llenguatge.
4. Desorientació en el temps i en l'espai.
5. Pobresa d'enteniment.
6. Problemes de pensament abstracte: per exemple, oblida el significats dels diners.
7. Perdre coses o desar-les en llocs incorrectes.
8. Canvis d'humor i en la conducta.
9. Canvis de personalitat.
10. Pèrdua d'iniciativa: el pacient està molts passiu i necessita estímuls constantment.

S'entén que per diagnosticar la malaltia és fonamental l'entrevista amb la família o amb una persona que conegui bé el pacient, ja que rarament el mateix pacient és qui sol·licita atenció mèdica, és a dir, s'adapta als problemes de memòria o, simplement, no n'és conscient. El professional és sempre molt prudent i estudiarà a fons cada cas per veure si els canvis inicials i lleus de la persona tenen relació amb una demència o amb qualsevol causa psicològica.

El curs de l'evolució de la malaltia és ben diferent en funció del cada pacient. El curs general de la malaltia és lent i variable (entre tres i vint anys). Es considera que un pacient pot viure una mitjana d'entre vuit i deu anys des del moment del diagnòstic. En general es pot dir que la malaltia evoluciona més ràpidament com més jove és el pacient en el moment de declarar-se la malaltia.

És important saber:

- Que les fases descrites en les investigacions representen una orientació per als professionals i per al familiars dels pacients. Aquesta orientació indica tant el moment en què es troba el pacient com el que és més probable que passi a continuació.



- I la durada de les fases no és regular ni homogènia.

D'altra banda hi ha dues maneres d'avaluar al malalt d'Alzheimer. Una diferencia tres etapes en la malaltia, i l'altra, que és més detalla, és l'escala GDS (*Global Deterioration Scale* o Escala de Deteriorament Global).

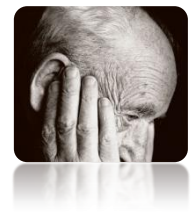
Les tres etapes són les següents:

1. **Etapa inicial:** En aquesta fase apareixen els primers símptomes en el pacient, i llavors el pacient:
 - Oblida algunes coses, com per exemple el lloc on ha deixat objectes i és conscient d'això, i s'angoixa, encara que tracti de dissimular-ho.
 - Comença a perdre vocabulari i li costa constituir frases amb facilitat.
 - Tenen dificultats per fer activitats, que abans realitzaven habitualment, com conduir o cuinar, i això pot acabar causant depressió.
 - Perd la referència del espai/temps i els dona por desorientar-se anant pel carrer.
 - Experimenta alteracions en la seva personalitat, com irritable, canvi d'humor o desconfiança.

En aquesta fase l'atenció ha de orientar-se a la família, perquè compregui la inseguretat del malalt i procuri mantenir la serenitat i l'equilibri, i també una correcta mediació, ja que, si no es coneix el remei per la malaltia, existeixen fàrmacs que puguin millorar certs aspectes de la mateixa: endarrerir el procés de deteriorament, curar o disminuir la depressió, l'angoixa i l'ansietat, i reduir l'agitació, ajudar al descans i al son.

La meva mare recorda: *“Al principi no teníem molt clar què era el que succeïa, ja que va coincidir amb l'atac epilèptic de la meva mare, fet que va xafar-li una vèrtebra. Això va reduir les seves possibilitats motrius, i el meu pare va assolir tota la responsabilitat de la casa i de l'atenció de la meva mare. Això va provocar que estigués més preocupat i neguitós. Com a conseqüència d'allò els vam haver de canviar de pis, amb la qual cosa la situació es va accentuà més, fins al punt d'accentuar la desorientació.*

Al principi eren petits oblits, per exemple quan anava a comprar sempre portava una llista d'allò que necessitava (normalment 2 o 3 coses); si s'ho oblidava, ja no se'n recordava del que havia de comprar. Sempre es feia llistes de les coses que havia de fer: si havia d'anar al metge, algun acte popular als què li agradava molt anar, etc. Després van veure que quan anava a casa seva sempre tenia alguna cosa perduda (el rellotge, l'agenda telefònica, eines de cuina, roba, etc.). A vegades, quan esteves a la



Una vida sense records

cuina, observaves que aliments, que havien d'estar a la nevera, els tenien a l'armari i viceversa.

La meva mare s'adonava d'això, i sempre deia com de despistat estava. Ell també es donava compte, i repetia constantment: "no sé lo que me pasa, pero tengo la cabeza fatal".

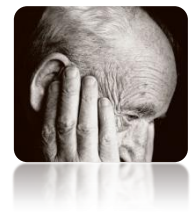
Veient tot això, vam decidir anar al metge de capçalera i comentar-li el tema, però llavors ell ja tenia 82 anys. La doctora ens va comentar que amb l'edat que tenia segurament seria una demència senil; però ens va enviar a fer-li una sèrie de proves per veure el diagnòstic que sortia. Vam anar a la neuròloga, la qual ens va enviar fer unes proves de memòria. Amb aquestes proves, havia de enllaçar paraules, figures, recordar sèries encadenades de paraules, colors, donar dades sobre ell... En la primera prova va sortir que tenia un demència; però gairebé a la barrera d'arribar a Alzheimer, ja que l'Alzheimer no deixa de ser una demència més acusada. Ens van fer tornar al cap d'uns sis mesos per repetir les proves.

Mentrestant a casa la cosa anava a més, ja que al mateix temps anava tenint més obllits; quan et preguntava alguna cosa, al cap d'un estona t'ho tornava a preguntar. Veient com anava tot ens vam posar en contacte amb la treballadora social de la seva població per poder tenir la teleassistència a casa, així poder estar una mica més tranquils en cas d'urgències.

Quan vam tornar a repetir les proves al neuròleg, ja ens van dir que ara ja es podia considerar que estava al principi de l'Alzheimer. Li van receptar el PROMETAX (rivastigmina), que és una medicació que no cura, el que fa és alentir-la.

Una vegada amb aquest diagnòstic vam començar a moure tot el tema de la llei de la dependència. Vam contractar a una senyora perquè visqués a casa amb ells. Va ser una època dura, ja que ell no era conscient de la seva malaltia i no entenia perquè havia de tenir una persona a casa, tot i que intentàvem que portés una vida el més normal possible amb les activitats que normalment feia: ajudar a casa, sortir a fer la compra, anar al menjador social, al parc, caminar ... (sempre acompanyat).

Recordo que en aquesta fase anaves descobrint una altra persona que no era la del teu pare, s'anava transformant. Ell sempre havia tingut un bon caràcter i sentit de l'humor; ara s'enfadava molt més, i quan oblidava coses que li deien, sempre deia "esto a mí no me lo has dicho". Jo mai havia vist plorar el meu pare, en canvi ara tot li afectava. Recordo que la meva germana es va posar malalta i plorava dient: "yo solo quiero que este bien y no verla así". Ell mai discutia amb la meva mare, però ara per tonteries discutia i, fins i tot, es posava violent. Quan s'adonava demanava perdó i plorava tot repetint: "no sé lo que me pasa". Desconfiava molt de la persona que estava vivint amb ells i sempre deia: "ésta se lleva todo lo que encuentra" i, quan no trobava alguna cosa, deia que era la senyora qui ho havia tret. A vegades es perdia al pis, no era capaç de trobar el lavabo o la porta del carrer.



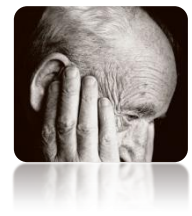
Després d'un parell d'anys van aconseguir plaça pública en una residència. Ell no entenia on anava a viure; li ho explicaves i semblava entendre-ho, però al moment et preguntava per què estaves marcant la roba, on anava i per què.”

2. Etapa mitjana: Augmenten els problemes anteriors, llavors el pacient:

- Oblida successos recents, como si ha menjat o no; i l'agnòsia implica no reconèixer les persones ni les coses, augmentant fins l'extrem de negar el parentesc.
- Perdre gran part del seu vocabulari i a més li costen expressar amb coherència poques frases seguides.
- No sap realitzar tasques simples, com per exemple posar la taula o sostenir el coberts.
- No pot anar sol a cap lloc, perquè es perd i percep de manera errònia l'espai, com l'altura d'un esglaó, i això provoca por.
- Experimenta reaccions impròpies del seu caràcter, com dependència, ira o enuig i submissió.
- A vegades, pateixen miclonias, que són contraccions musculars en forma de sacsejada brusca, irregular e involuntària, que implica l'alteració del to muscular d'un òrgan i es manifesta, per exemple, que el individu roman inclinat. Al mateix temps pot experimentar al·lucinacions.

En aquesta segona fase, l'atenció es centra especialment en la família, que s'ha d'adaptar a les noves situacions que planteja l'avanç de la malaltia: vigilar el seu cos i el seu estat d'ànim, ja que no pot expressar amb paraules els seus mals e incomoditats; cuidar la seva alimentació i procurar-li una dieta variada, rica en fruites, verdures fruits secs i proteïnes i abundants líquids; prestar-li ajuda per menjar i beure i tractar que mastegui els aliments, cosa que requereix molta paciència; transmetre afecte, ja que encara no pugui reconèixer els seus familiar, percep l'efecte i necessita sentir-se estimat; comprendre i tolerar les seves reacciones d'ira, nerviosisme o intranquil·litat davant les senyals d'estima, doncs són degudes a les anomalies que provoca la malaltia en la comunicació efectiva; parlar-li amb suavitat, mirant-li directament i utilitzant frases senzilles i breus; evitar situacions sorolloses i reunions amb molta gent, que pugui augmentar la seva confusió i nerviosisme.

La meva mare m'explica: *“L'ingrés a la residència també va ser dur, ja que no volia estar allà, trobava a faltar casa seva. Era violent amb el personal de la residència, no volia que li fessin res, no volia seguir els horaris o activitats del centre. Sempre deia: “estas chicas son unas marimandonas”. Es desorientava en el centre; mai recordava on era la seva habitació, ni on el menjador. Seguia sent molt desconfiat i sempre*



Una vida sense records

intentava buscar la seva habitació i comprovar que tot estigués en ordre i tenia la porta tancada perquè ningú entrés.

Cada cap de setmana anava a casa d'un dels seus fills, però a poc a poc deixà de reconèixer les nostres cases, es desorientava cada vegada més i només volia tornar a la residència. A poc a poc deixà de tenir records de casa, dels nostres noms i parentius familiars. Va començar una regressió en la seva vida. Cada vegada es recordava més de quan era jove i treballava al camp, dels seus pares i dels seus germans. Tota la família va canviar els seus rols. Els seus fills passen a ser persones de la seva família, mai els seus fills, cosins fins i tot germans; la meua mare va deixar de ser la seva dona (cosa duríssima per a ella) i va passar a ser la seva mare; els seus néts són persones conegudes, als quals li dóna molta alegria veure, però no sap amb quin parentiu identificar-los. Quan li pregunten pels seus fills o dona sempre diu: "yo no tengo hijos ni estoy casado".

Quan s'enfada per alguna cosa, al moment se li oblida, però alguna cosa dins d'ell li indica que segueix enfadat sense saber el perquè. Sempre està inquiet volent anar al poble, a treballar, a veure als seus pares, però no sap com hi ha d'anar. No recorda si ha menjat o no, per regla general mai ha menjat, però sempre està disposat a això; si li preguntes si té gana diu: "no tengo hambre, pero sí ganas de comer". No recorda les activitats que ha realitzat, ni si ha tingut alguna visita, si ha tingut algun disgust amb algú. Té pèrdua de la noció del temps, no té molt clar si és al matí o a la tarda.

Si li preguntes com es diu, respon: "yo no me llamo", però sí que es recorda del seu nom i quan tu li dius el teu complet veu que hi ha cognoms en comú i li dóna alegria quan li dius que som familiars.

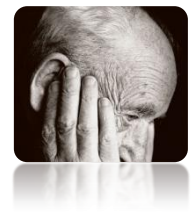
Cada vegada costa més entaular conversa amb ell: parla moltes vegades de temes sense sentit, se li obliden les paraules i de vegades té com al·lucinacions, busca els animals que estava cuidant, busca familiars que no hi son ...

Els canvis d'humor són continus; el seu estat d'ànim, les seves ganes per moure's varia molt d'un moment a un altre.

En aquesta etapa ja no és conscient d'aquesta pèrdua de memòria, i encara pateix per altres aspectes que l'envolten com la inseguretat, aquesta ansietat pel saber que fan o han de fer."

3. Etapa avançada: És la fase final, en què els problemes de las fases anteriors arriben a la seva màxima expressió:

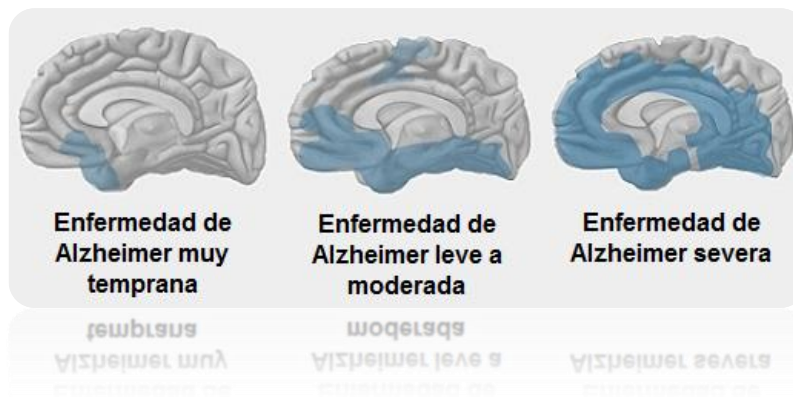
- L'angoixa és extrema, de manera que el pacient no coneix a res ni a ningú, tot i que percep a les persones que el cuiden i l'estimen.



Una vida sense records

- Sorgeix l'afàsia, el que implica que no parla ni entén res, encara que aprecia el sentit del tacte.
- Apareix la apràxia, que es tradueix en una inactivitat casi total; li costa empassar-se els aliments, inclús en forma líquida, roman assentat o estirat i mostra gran apatia.
- El pacient perd totalment les referències espacial i temporal.

Jo explico: "Actualment està entrant en aquesta fase. Cada vegada costa més parlar amb ell i la seva mobilitat es va reduint cada vegada més. És més inactiu, fins i tot jo diria que, en segons quins moments, submís. Controla les esfínters; però no l'orina. Ens segueix identificant com a persones de la seva família, però no sap dir si som els seus fills, nets, germans... Segueix menjant sol, encara necessita una mica de suport, però cada vegada el veus més absent. I anar a fer un tomb sol per la residència ja no pot, ja que han augmentat les seves dificultats per poder caminar sol, i d'orientació no en té cap."

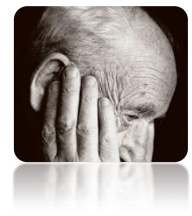


L'escala GDS (*Global Deterioration Scale*, o Escala de Deteriorament Global), va ser descrita l'any 1982 per Barry Reisberg i pels seus col·laboradors del Centre Mèdic de la Universitat de Nova York. Aquí es poden especificar molts més detalls de la malaltia.

També s'utilitzen altres escales, com per exemple: CDR (*Clinical Dementia Rating*).



L'escala GDS distingeix set fases que va des de la normalitat fins els estats més avançats de la malaltia d'Alzheimer. Cal aclarir que les fases 1 i 2 de l'escala GDS no es refereixen a la malaltia d'Alzheimer; es tracta simplement d'adults normals (GDS 1) i d'adults normals de més edat (GDS 2).



Les fases del GDS són:

1. GDS 1: Absència d'alteració cognitiva

Absència de queixes subjectives. Absència de trastorns evidents de memòria en l'entrevista clínica.

2. GDS 2: Disminució cognitiva molt lleu

Queixes subjectives de defectes de dèficit de memòria, sobretot en les àrees següents:

- El pacient oblida els llocs on ha deixat objectes familiars.
- El pacient oblida noms prèviament ben coneguts.

No hi ha evidència objectiva de defectes de memòria en l'entrevista clínica ni de defectes objectius en la feina o en situacions socials.

Preocupació apropiada respecte a la simptomatologia.

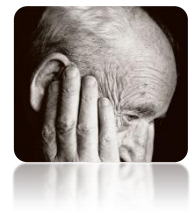
3. GSD 3: Defecte cognitiu lleu

Apareixen els primers defectes clars. Es manifesta de la manera següent:

- El pacient es pot haver perdut quan anava a un lloc no familiar.
- Els companys de feina són conscients de l'escàs rendiment laboral del pacient.
- La dificultat del pacient per evocar paraules i noms es fa evident a les persones més properes.
- El pacient pot llegir un fragment d'un llibre i recordar relativament poc material.
- El pacient pot mostrar una capacitat disminuïda per recordar el nom de les persones que ha conegut recentment.
- El pacient pot haver perdut un objecte de valor o haver-lo desat en un lloc equivocat.

Només en una entrevista intensiva s'observa evidència objectiva de defectes de memòria. El rendiment del pacient en activitats laborals i socials exigents ha disminuït. El pacient nega aquests defectes, o manifesta desconèixer-los.

Els símptomes van acompanyats per ansietat discreta moderada.



4. GDS 4: Defecte cognitiu moderat

Defectes clarament definits en una entrevista clínica detallada. Aquests es troben:

- Disminució del coneixement dels esdeveniments actuals i recents.
- Dèficit en el record de la seva història personal.
- Defecte de concentració.
- Disminució de la capacitat de viatjar, de controlar la pròpia economia.

El pacient és incapaç de dur a terme tasques complexes. La negació és el mecanisme de defensa dominant. S'observa una disminució de l'afecte i un abandonament en les situacions més exigents.

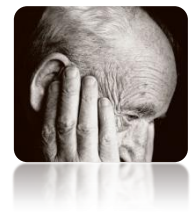
5. GDS 5: Defecte cognitiu moderat-greu

- El pacient no pot sobreviure gaire temps sense alguna mena d'assistència.
- Durant l'entrevista, el pacient és incapaç de recordar aspectes importants i destacats de la seva vida actual:
 - Una adreça o un número de telèfon que no han canviat des de fa molt anys.
 - Noms de familiars pròxims.
 - El nom de l'escola on van estudiar.

Sovint, el pacient presenta certa desorientació respecte al temps o a l'espai. Una persona amb educació normal pot tenir dificultats per comptar enrere des de 40. Sap quin és el seu nom i no necessita assistència ni en la higiene personal ni per el menjar, encara que pugui tenir alguna dificultat.

6. GDS 6: Defecte cognitiu greu

- Desconeix la majoria d'esdeveniment i experiències recents de la seva vida.
- Manté un cert coneixement de la seva vida passada, però de manera molt fragmentària.
- Generalment no reconeix el seu entorn, l'any, l'estació, etc.
- És incapaç de comptar fins a 10.
- El pacient necessita algun ajut per les activitats quotidianes.
- El seu ritme diürn està alterat.
- Gairebé sempre recorda el seu nom.



Una vida sense records

- De vegades es capaç de distingir entre les persones familiars i les no familiars del seu entorn.
- Tenen canvis emocionals i de personalitat: conducta delirant, símptomes obsessius, ansietat...

7. **GDS 7: Defecte cognitiu molt greu**

- El pacient va perdent totes les capacitats verbals.
- Incontinència urinària.
- Va perdent les habilitats psicomotores bàsiques.

Quan arriba la mort del pacient d'Alzheimer i s'estudia el cervell, s'hi observen una sèrie d'alteracions. El cervell presenta un pes inferior degut a l'atròfia.

2.3. EPIDEMIOLOGIA

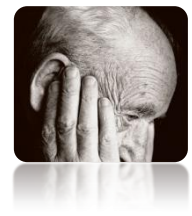
L'epidemiologia (branca de la ciència que estudia com es distribueix una malaltia en una població) ens aporta dades sobre qui pateix la malaltia, el nombre de persones que la pateixen en un moment donat, el nombre de casos nous cada any, etc. La realització d'estudis epidemiològics implica grans dificultats, tant pels mètodes que s'han de fer servir com per l'heterogeneïtat de les poblacions.

La malaltia d'Alzheimer és cada vegada més freqüent, i la causa d'això és que cada vegada hi ha més persones grans i es viu més temps, ja que hi ha un augment de l'esperança de vida i un descens de la natalitat.

A continuació es mostra una taula de la prevalença estimada de les demències a Europa, elaborada a partir de la reanàlisi de dotze estudis (segons Hofman i col·laboradors, 1991)

Grups d'edat (anys)	Prevalença %	
	Homes	Dones
60-64	1,6	0,5
65-69	2,2	1,1
70-74	4,6	3,9
75-79	5,0	6,7
80-84	12,1	13,5
85-89	18,5	22,8
90-94	31,1	32,2
95-99	31,6	36,0

Prevalença estimada del total de les demències a Europa

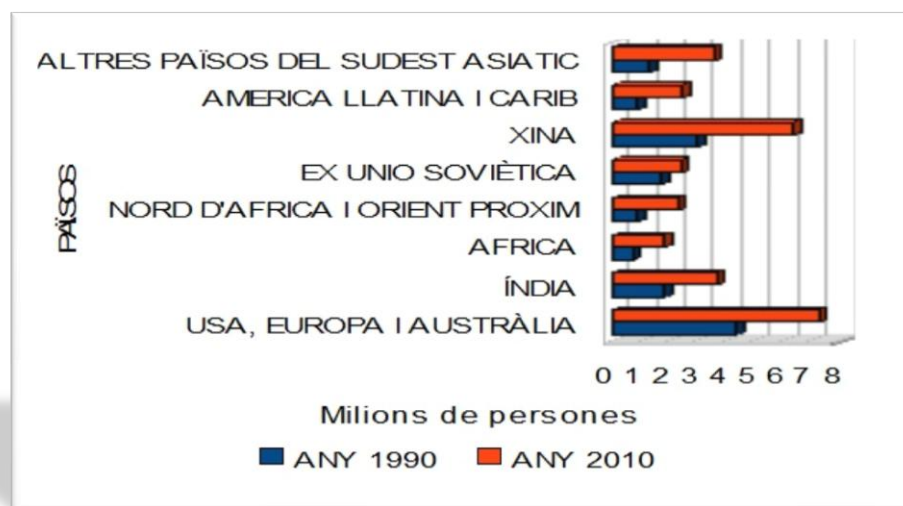


Una vida sense records

Observant aquestes dades podem concloure que el percentatge augmenta amb l'edat. Després, si en fixem en el sexe, sembla que la malaltia afecta més a les dones, però hi ha molt poca diferència. A més hem de tenir en compte que l'esperança de vida de les dones és més llarga respecte a la dels homes.

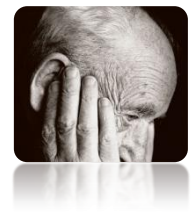
A continuació he fet un gràfic amb la informació agafada del llibre: “*Ante la enfermedad de Alzheimer*”, de Marga Nieto. Les dades les trobem en milions de persones.

PAÏSOS	ANY 1990	ANY 2010
USA, EUROPA I AUSTRÀLIA	4,4	7,3
ÍNDIA	1,8	3,7
AFRICA	0,7	1,8
NORD D'AFRICA I ORIENT PROXIM	0,9	2,3
EX UNIO SOVIÈTICA	1,7	2,4
XINA	3,0	6,4
AMERICA LLATINA I CARIB	0,9	2,5
ALTRES PAÏSOS DEL SUDEST ASIATIC	1,3	3,6



En aquest gràfic podem observar com, en tots els països, ha augmentat el nombre de persones que pateixen l'Alzheimer; això és causa de l'augment de l'esperança de vida, com ja hem dit abans.

Als Estats Units, Europa, Austràlia i Xina és on trobem més persones que pateixen la malaltia d'Alzheimer. Aquesta dada indica que l'estil de vida en aquests països és millor, i permet que la malaltia es pugui tractar i que avanci més lentament.



2.4. EN QUINS ÀMBITS ES MANIFESTA LA MALALTIA?

La malaltia d'Alzheimer es manifesta en tres àmbits diferents:

- 1) En **alteracions psicològiques** i del comportament, és a dir, símptomes com ara ansietat, al·lucinacions, agressió...
- 2) En **alteracions cognitives**, és a dir, alteracions de la memòria i d'altres capacitats mentals.
- 3) En **alteracions funcionals**, és a dir, alteracions de les capacitats necessàries en la vida diària, fet que provoca una pèrdua progressiva d'independència.

Aquestes manifestacions es presenten de manera variable, ja que hi han grans diferències entre els pacients en diversos aspectes, como per exemple l'edat d'inici, la velocitat d'evolució... També hi ha diferència en múltiples factors, com ara el nivell educatiu, el sexe, la professió, la personalitat prèvia a la malaltia...

2.4.1. Àmbit psicològic

Els pacients d'Alzheimer mostren nombroses alteracions del comportament, com per exemple: agressivitat, crits, al·lucinacions, ansietat, depressió, trastorns del son... Aquestes trastorns tenen gran importància perquè afecten a la família i cuidadors. Aquests símptomes reben el nom de "signes i símptomes del comportament i psicològics" i es defineix com les alteracions de la percepció, el contingut del pensament i l'humor.

Cal recordar que no tots els pacients presenten les mateixes alteracions, ja que hi ha una gran heterogeneïtat de símptomes. Encara que hi ha una sèrie de símptomes que són molt freqüents. Les alteracions més importants són:

- Problemes relacionats amb els trastorns de memòria i la consciència d'estar malalt, ja que, en determinants casos, el pacient no té consciència de la malaltia (això s'anomena anosognòsia).

Al principi de la malaltia, el meu avi s'enfadava perquè no recordava on havia deixat algun objecte, sempre tenia alguna cosa perduda, i deia constantment "*tengo la cabeza fatal*". Quan va anar avançant la malaltia i intentava recordar alguna cosa que havia fet recentment i no ho aconseguia, s'enfadava i s'alterava molt, fins i tot arribava a dir "*para tener esta cabeza, es mejor morirse*". Ara ja no és conscient dels seus obllits.

- Deliris, que són creences falses que es fonamenten en conclusions incorrectes sobre la realitat.



El meu avi viu a la residència amb la meva àvia, i quan venia algun cuidador masculí a fer-los la higiene personal, el meu avi es posava molt gelós (mai ho havia sigut), i li deia a la meva àvia que mai havia pensat que l'anés a actuar així.

- Al·lucinacions.

El meu avi quan vivia al poble, de jove, treballava al camp i tenia animals. Tot això ho té molt present en les seves al·lucinacions, fet que constantment pensí en aquest passat i, fins i tot, preguntí pels seus animals.



- Interpretacions errònies i incapacitat per reconèixer persones i coses.

El meu avi viu a la residència amb la meva àvia, ja que creu que la meva àvia és la seva mare, els seus fills normalment són els seus tiets o cosins. No sap indicar el parentesc que té amb cada un de nosaltres, l'únic és que sí que reconeix que som de la seva família.

- Depressió.

Hi ha temporades que el meu avi es recorda molt de la seva mare, comença a dir que fa molt que no la veu, que no sap res d'ella i que vol anar a veure-la. Es posa trist i comença a plorar.

- Agitació/ agressió.

El pitjor moment del dia sempre són els matins, quan la cuidadora va a aixecar-lo. Sempre cal tractar-lo amb molt de tacte i dolçor, ja que sempre està de mal humor, no deixa que ningú se li apropi, i molt menys que el despullin. Passa el mateix quan li han de canviar el bolquer. Quan això succeeix es posa violent i comença a insultar i a pegar.

- Alteracions de personalitat.

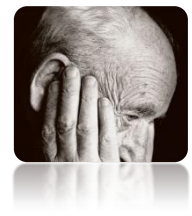
El meu avi sempre ha estat un home tranquil, un home fort davant les adversitats de la vida i les malalties; la seva malaltia li ha fet ser, en ocasions, violent, sentimental i molt rondinaire.

- Alteracions del son.

Durant la nit passa moltes hores despert i els matins se'ls passa dormint.

- Canvis en la gana i en la conducta alimentària.

El meu avi sempre ha estat un home amb molt bona gana i segueix sent-ho.



- Canvis en la contenció urinaria.

Ara el meu avi porta bolquers; però, abans de dur-los, quan volia orinar no recordava on havia d'anar, i buscava algun racó per poder-ho fer.

2.4.2. Àmbit cognitiu

En l'àmbit cognitiu, els símptomes els trobem en diferents àrees segons en la fase evolutiva i de cada cas concret. En la malaltia el que més s'altera són:

- **La memòria:** és l'element central en la demència tipus Alzheimer i és una alteració progressiva. *Amnèsia* és el terme general que s'utilitza per referir-se als trastorns de memòria o a l'oblit anormal.

La memòria no és unitària, ja que es pot dividir en diversos subsistemes:

- La memòria episòdica: és la que registra informacions en relació amb el temps, la que situa el records en un moment de la vida. Es manifesta amb obllits progressius dels esdeveniments viscuts (amnèsia anterògrada). Després es van esborrant records cada vegada més antics (amnèsia retrògrada). I aquests trastorns contribueixen a la desorientació en el temps i l'espai.

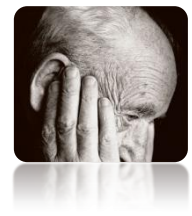
El meu avi primer va anar oblidant que tenia fills, néts i dona. Després recordava molt als seus germans; ara els anomena poc i només recorda el pare i la mare, als quals sempre vol anar a veure.

- La memòria semàntica: és la que s'ocupa del coneixements, dels significat de les paraules, dels gestos, dels objectes. Es va perdent el coneixements dels objectes, de com utilitzar-los, dels gestos, de les paraules... Per exemple mostra estranyesa davant d'un objecte i no saber manipular-lo.

El meu avi ara si li dius que obri la porta, no sap què fer, no la identifica, tampoc sap què és el lavabo.

- La memòria de procediments: s'encarrega del registre de les habilitats, com per exemple anar en bicicleta.
- La memòria de treball: és aquella que permet mantenir temporalment les informacions en la ment i manipular-les durant la realització de tasques mentals. Es manifesta en les tasques diàries del dia a dia, com per exemple un càlcul de diners quan es va a comprar, el seguiment d'una conversa entre diverses persones...

Amb el meu avi és difícil seguir una conversa, ja que ell segueix el seu tema, no és capaç de canviar a un altre, i costa seguir-li una conversa perquè hi ha paraules que no recorda i, per tant, no saps bé el tema de la conversa.



- **L'orientació.** Aquesta alteració segueix un ordre habitual: primer el pacient està desorientat respecte el temps; després respecte al lloc on es troba, i més endavant respecte a si mateix.

El meu avi primer no distingia el dia en què vivia, després va començar a desorientar-se, fins i tot dins de la seva pròpia casa. A l'ingressar a la residència, mai trobava la seva habitació i el menjador. Després va oblidar que tenia habitació. Actualment s'imagina que està al seu poble i que està prop de casa dels seus pares i vol anar a veure'ls, però, alhora que vol marxar, no vol sortir de l'estància en la què es troba.

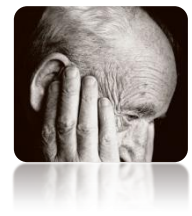
- **Capacitat visual i espai visual.** Les alteracions es manifesten en el reconeixement dels objectes (*agnòsia*). Els pacients presenten una alteració per reconèixer els objectes, les imatges, l'escriptura, les cares, els colors...

El meu avi no es reconeix a les fotos ni al mirall.

- **Llenguatge oral.** Els trastorns al llenguatge (*afàsia*) són molt habituals.

Els pacients tendeixen a utilitzar paraules més generals, o a dir <<això>> o <<allò>> per referir-se al objectes. En aquest trastorn hi ha una evolució i en les etapes finals trobem l'absència total del llenguatge. En aquesta evolució podem distingir tres etapes:

- Afàsia anòmica: és la fase inicial de la malaltia, apareixen errors per pronunciar les paraules i també errors de comprensió. La repetició es fa amb normalitat.
 - Afàsia sensorial transcortical: la comprensió és afectada, el pacient pot llegir en veu alta, però és incapaç d'entendre el missatge.
 - Afàsia global: fase terminal on hi ha una gran reducció de totes les capacitats del llenguatge, tant en la comprensió com en l'expressió.
- **Llenguatge escrit: lectura i escriptura.** Els pacients amb malaltia d'Alzheimer presenten trastorns de la lectura (*alèxia*). Es pot donar el cas en que el pacient sigui capaç de llegir en veu alta, però no pugui comprendre allò que està llegint. I en fases més avançades de la malaltia el pacient ja és incapaç de llegir.
 - **Praxi (gestualitat).** Els pacients amb malaltia d'Alzheimer van perdre l'habilitat per manipular objectes i per comunicar-se a través de gestos, cosa que s'anomena praxi. També trobem l'*apràxia*, que és l'alteració adquirida per una lesió cerebral de la capacitat d'executar gestos.
 - **Capacitats executives** són les encarregades del raonament, la planificació... La seva alteració constitueix l'anomenada *síndrome disexecutiva*, que és l'alteració adquirida de la capacitat de raonar, planificar, regular i verificar patrons de conducta



adaptada al medi i a les normes. Una manifestació que trobem amb el síndrome disexecutiva es la reducció del moviment, canvis en la personalitat...

2.4.3. Àmbit funcional

La malaltia d'Alzheimer té un impacte sobre el pacient per viure el dia a dia, ja que trobem un trastorn funcional en les activitats socials i laborals. Les activitats de la vida diària es poden classificar en diferents grups:

1. Activitats bàsiques de la vida diària, és a dir, el conjunt d'activitats primàries de la persona, com autocuidar-se i moure's. Destaquem la independència que permet a la persona viure sens l'ajut continu d'altres persones. En aquest grup trobaríem per exemple l'activitat de menjar, fer servir el vàter, banyar-se, passejar...
2. Activitats instrumentals de la vida diària són les que permeten a la persona adaptar-se a l'entorn i mantenir una independència en la comunitat. I són activitats instrumentals com parlar per telèfon, anar a comprar, preparar el menjar, fer servir mitjans de transport, manejar diners...
3. Activitats avançades de la vida diària són un conjunt d'activitats complexes que tenen a veure amb el control del medi físic i de l'entorn social, i permeten a l'individu desenvolupar un paper social, que això li generarà una bona vida. Aquestes activitats són per exemple fer esports, anar de viatge, la participació social...

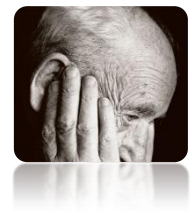
La valoració de l'estat funcional d'un malalt és necessària per seguir-ne l'evolució i per determinar-ne la dependència d'un cuidador/a.

2.5. CAUSES DE LA MALALTIA DE L'ALZHEIMER I ÀREES ALTERADES

La **etiologia** de l'Alzheimer (causa) és desconeguda, però es dona amb més freqüència en persones de edat avançada i en persones amb antecedents de familiars amb la malaltia, és a dir, causes genètiques, però també hi ha causes no genètiques. En determinats casos és el resultat de la combinació de diversos factors.

Aquestes causes genètiques, les portem als cromosomes des de que naixem. També s'han identificat gens causants de la malaltia d'Alzheimer o implicats en factors de risc de la malaltia, i són: el gen de la proteïna precursora de l'amiloide en el cromosoma 21; el gen de la presenilina 1 en el cromosoma 14, i el gen de la presenilina 2 en el cromosoma 1.

A més dels factors genètics, hi poden influir factors ambientals que poden condicionar amb més o menys probabilitat el desenvolupament de la malaltia.



Una vida sense records

La hipertensió també és una factor de risc de patir la malaltia.

També trobem que el tabaquisme té un paper protector contra la malaltia, i els fumadors tenen al voltant d'un 20% menys de risc que els no fumadors de patir la malaltia. I l'ús d'antiinflamatoris causaria una disminució del risc de patir Alzheimer, ja que els processos d'inflamació crònica són un dels mecanismes alterats de la malaltia.

Hem identificat dos sèries de factors: uns que farien de protectors i altres que implicarien el risc de la malaltia.

Protectors	De risc
Apo-E2 o 3	Edat
Nivell educatiu alt	Apo-E4
Us d'estrògens	Historia familiar de demència
Ús de fàrmacs antiinflamatoris	Trauma cranial
	Nivell educatiu baix
	Síndrome de Down
	Hipertensió arterial sistòlica

Factors protectors i factors de risc en la malaltia d'Alzheimer

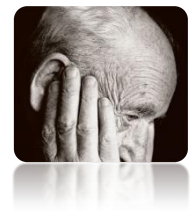
L'únic factor que implica un risc clarament demostrat a patir la malaltia és l'edat. Aproximadament un 5% de les persones de més 65 anys tenen la malaltia, i en persones de 85 a 90 anys, el percentatge es situa al voltant del 40-50%.

Per altra banda es desconeix el perquè en alguns pacients presenten un deterior continu de les seves funcions, i en canvi en altres siguin establerts durant llargs períodes de temps sense mostrar un deterior notable.

3. PROFESSIONALS QUE INTERVENEN I EL DIAGNÒSTIC DE LA MALATIA

Davant l'aparició de símptomes d'alarma o de la pèrdua de memòria o de capacitats mentals, cal sol·licitar atenció mèdica. Aquest procés de diagnòstic de demència s'inicia a la consulta del metge de capçalera, o directament en un servei especialitzat.

Actualment s'estan implantant les <<clíniques de memòria>> o unitats de demència dependents. Aquestes unitats són una garantia i un avantatge per al pacient, ja que disposa de tots els serveis necessaris per el seu problema.



Una vida sense records

Un cop obtingut el diagnòstic, es demanarà l'ajut continuat del metge i d'altres professionals.

L'avaluació clínica és el primer pas que fa el metge. Considera de manera conjunta la història mèdica general i neurològica, amb antecedents familiars i personals, i l'exploració física, neurològica i neuropsicològica. En l'avaluació clínica es té en compte *els set passos de l'aproximació clínica en la valoració d'una persona amb possible demència (Basat en Bouchard i Rossor 1996)*:

1. Història mèdica general.
2. Història neurològica general.
3. Història neuroconductual (per al diagnòstic de demència).
4. Història psiquiàtrica.
5. Història de tòxics, fàrmacs i aliments.
6. Història familiar.
7. Exploració física objectiva, neurològica i neuropsicològica.

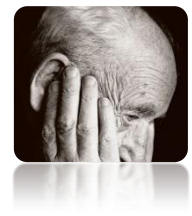
3.1. NEUROPSICÒLEG

El neuropsicòleg recull les aportacions de la neurologia i de la psicologia, estudia l'avaluació, diagnòstic i tractament de persones que pateixen un mal cerebral. Analitzen les relacions cervell-conducta amb l'objectiu d'explicar:

4. Les disfuncions cognitives (problemes de memòria, d'atenció, de càlcul...).
5. Les funcions emocionals (depressió, agressivitat, ansietat, apatia...).
6. Les funcions funcionals (readaptació al seu medi familiar, al seu treball...).

Les seves funcions consisteixen en:

- El diagnòstic clínic del funcionament cognitiu, conductual i emocional mitjançant proves.
- El tractament, fonamentat en tècniques psicoterapèutiques i procediments de rehabilitació, per ajudar al pacient que retorni a un nivell de funcionament normal després de la malaltia o lesió, perquè gaudeixi d'una qualitat de vida adequada.
- El consell i assessoria, és a dir, orientar a malalts, familiars, personal sanitari i assistencial.



3.1.1. Proves cognitives

Quan realitzen un diagnòstic els metges fan servir proves cognitives d'exploració *neuropsicològica mínima*, que consisteixen en avaluar les capacitats mentals que es pot efectuar mitjançant preguntes informals o preguntes senzilles, com per exemple:

- **Minimental Test o MMSE:** Prova que consta d'una sèrie de preguntes senzilles que tenen a veure amb l'orientació, la memòria, l'atenció, el càlcul, el llenguatge, l'escriptura i el dibuix. El resultat de l'estudi que fan al pacient ho poden veure en el seu rendiment a l'hora de fer aquesta prova. Aquest breu test és el que més s'utilitza arreu del món.
- **Test d'Alteració de la Memòria o TAM^(A):** És una prova per estudiar el nivell cognitiu lleu amnèsic del pacient.

L'exploració neuropsicològica extensa i detallada l'ha de dur a terme personal especialitzat, amb formació i titulació en neuropsicologia.

El metge pot utilitzar escales que permeten avaluar els rendiments en les activitats de la vida diària, i també tests breus d'ansietat i depressió.

3.1.2. Proves funcionals

Alhora de fer el diagnòstic també els metges han de realitzar proves funcionals, com per exemple:

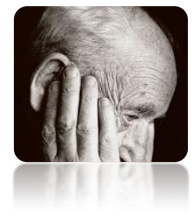
- **Exploració física.** El metge du a terme l'exploració clínica tradicional per aparells, per buscar signes de malaltia general que es puguin relacionar amb la demència.

L'estudi dels glòbuls vermells i blancs permet valorar l'existència de malaltia com ara les anèmies o les infeccions. Les proves bioquímiques permeten descartar una diabetis i les malalties de ronyó. L'estudi de la glàndula tiroide es fa per descartar com a causa dels trastorns mentals. Els nivells de vitamina B12 i àcid fòlic se sol·liciten perquè de deficiència d'aquests elements pot causar demència.

L'ECG permet estudiar la funció elèctrica del cor i reconèixer trastorns que poden generar indirectament afeccions cerebrals.

La radiografia de tòrax permet descartar l'existència de tumors pulmonars, insuficiència cardíaca o afeccions bronquials.

- **Exploració neurològica.** Aquesta exploració aporta dades sobre alteracions del sistema nerviós.



L'avaluació funcional significa que els professionals estudien si el pacient és capaç de moure's en el seu entorn, de dur a terme tasques físiques necessàries per autocuidar-se i altres conductes i activitats que li permetin mantenir la independència i les relacions socials. A mesura que avança la malaltia, el pacient es fa més dependent.

Existeixen diferents proves per avaluar la funcionalitat del pacient, entre les quals destaquem:

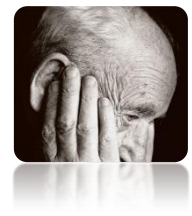
- **L'Índex de Katz^(A)**: És un qüestionari on es valoren sis funcions al pacients per detectar si tenen la malaltia d'Alzheimer o no.
- **L'Escala de Lawton i Brody^(A)**: És una escala que permet valorar la capacitat de la persona per realitzar les activitats instrumentals necessàries per viure de manera independent en la comunitat.

3.1.3. Diagnòstic

Primer de tot, els familiars han d'aportar la màxima informació objectiva i detallar les queixes i els problemes del pacient, indicant en quin moment van aparèixer, quina intensitat tenen i com evolucionen. En molts casos es freqüent que el pacient no sigui conscient dels seus problemes, o fins i tot que els negui.

Com ja he mencionant anteriorment, els passos que es realitzen per valorar una possible demència al pacient són:

1. **Història mèdica general.** El metge considera la possibilitat que hi hagi malalties de base (hipertensió, diabetis, malalties de cor...) que puguin afectar les capacitats mentals.
2. **Història neurològica general.** El metge investiga els antecedents neurològics que poden produir una demència.
3. **Història neuroconductual.** Aquí és on es determina si el pacient pateix una demència. Cal informar al metge de tots els canvis de les capacitats mentals del pacient: la memòria, l'orientació, el llenguatge...
4. **Història psiquiàtrica.** Trobem els símptomes d'ansietat o depressió, ja que manifesten la demència.
5. **Història de tòxics, fàrmacs i aliments.** La possibilitat d'utilització de fàrmacs que poden afectar al pacient s'ha de tenir en compte.
6. **Història familiar.** L'existència d'una història familiar de demència por tenir importància en l'avaluació del cas.
7. **Exploració.** Física general, neurològica i neuropsicològica i emocional.



Per un altre costat, també hi ha exploracions complementaries fonamentals en el diagnòstic de la demència com fer una analítica sanguínia.

3.2. NEUROPSIQUIATRE O PSIQUIATRE

El psiquiatre és el metge especialitzat en psiquiatria, que és la part de la medicina que tracta de les malalties mentals.

El neuropsiquiatre és el metge especialitzat en la neuropsiquiatria, que estudia les malalties neurològiques i psiquiàtriques que tracta d'establir una relació entre les alteracions del sistema nerviós i els trastorns mentals.

3.2.1. Proves psicològiques

Per a estudis específics de les demències s'han desenvolupat protocols de tets que pretenen estudiar les principals àrees de les capacitats mentals. Cada test i cada escala de diagnòstic s'adapta a les característiques de la llengua i la cultura de cada país, així com a l'edat i el nivell d'estudis del pacient.

En el nostre país es fa servir sovint el *Test Barcelona*^(A). Aquest test permet conèixer detalladament les capacitats neuropsicològiques dels pacients.

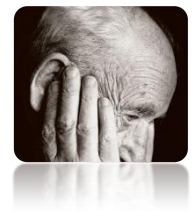
3.2.2. Diagnòstic

Els metges estudien l'existència i l'evolució de símptomes com ara l'ansietat o la depressió. Aquests tests no s'apliquen sistemàticament, han d'estar justificats.

3.3. NEURÒLEG

Un neuròleg és un metge que s'ha especialitzat en l'estudi de les malalties i trastorns que afecten el sistema nerviós. Diagnostica i tracta els trastorns del cervell, de la medulla espinal, dels nervis, dels músculs i del dolor, especialment el mal de cap. També s'ocupa de les complicacions en el sistema nerviós de moltes malalties com la hipertensió arterial, la diabetis, alguns traumatismes, els tumors, etc...

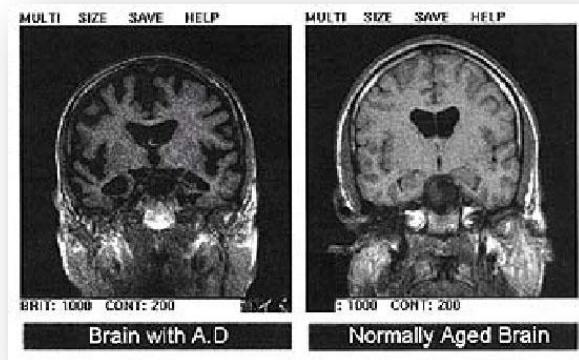
Els trastorns que amb major freqüència estudia el neuròleg són: la migranya, la malaltia de Parkinson, l'epilèpsia, les neuràlgies, l'esclerosi múltiple, els accidents circulatoris del cervell, els problemes de debilitat muscular, l'insomni, la pèrdua de memòria, i els problemes de l'estrès.



3.3.1. Proves de neuroimatge

Les tècniques de neuroimatge són sistemes tecnològics molt sofisticats que proporcionen una imatge del cervell. En el cas de la demència tipus Alzheimer, la neuroimatge és interessant perquè permet descartar altres patologies, però també és molt valuosa per poder fer un diagnòstic positiu d'aquesta malaltia.

- Tomografia axial computada (TAC) pot mostrar canvis morfològics d'atròfia compatibles amb la malaltia d'Alzheimer.
- Ressonància magnètica (RM) permet diferenciar més nítidament la substància blanca de la substància grisa i el líquid cefaloraquídi.



- SPECT (Single Photon Emission Tomography) està justificada i indicada en casos especials: en la diferenciació entre l'envelliment normal i la demència tipus Alzheimer.
- PET tomografia per positrons, és una tècnica reservada a la investigació.

3.3.2. Diagnòstic

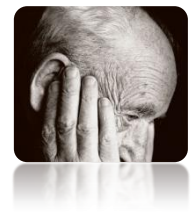
Mediant la activitat cerebral s'identifica la malaltia. Són tècniques utilitzades sobre tot per detectar demències reversibles com tumors, hematomes. Ajuden al diagnòstic precoç de la malaltia.

3.4. CRITERIS DEL DIAGNÒSTIC. CRITERIS DSM-IV

Mitjançant l'aproximació clínica i les exploracions complementàries, el metge pot identificar el tipus de demència, i en molts casos hi ha el diagnòstic de malaltia d'Alzheimer.

Els criteris diagnòstics específics de la malaltia d'Alzheimer els trobem a continuació. Són els anomenats *Criteria DSM-IV de demència tipus Alzheimer (Simplificats (JPC))* i extrets d'*American Psychiatric Association, 1994*:

- Defectes cognitius múltiples : Alteració de la memòria, afàsia, apràxia, agnòsia, alteració de la funció executiva.



- Disminució significativa en el funcionament social.
- Caracteritzada per un inici gradual i una disminució cognitiva continuada
- Defectes cognitius no causats per: malalties del sistema nerviós, malalties sistemàtiques que poden causar demència o malalties induïdes per substàncies.
- Els defectes no apareixen exclusivament durant el curs d'un delirium.
- L'alteració no s'explica millor per trastorns com ara una alteració depressiva major o esquizofrènia.

Després d'haver dut a terme tots els exàmens, el metge ja pot comunicar el diagnòstic. A continuació el metge donarà als familiars instruccions, recomanacions i informació sobre els esdeveniments que poden succeir al llarg de la malaltia, i també sobre la medicació disponible.

4. TRACTAMENT DE L'ALZHEIMER

El tractament de la malaltia d'Alzheimer, requereix tenir en compte tots els aspectes del pacient d'acord amb la fase evolutiva en què es trobi. I la família ha de tenir present que probablement serà necessària la intervenció de professionals.

El tractament pretén millorar l'estat físic del pacient i el seu rendiment cognitiu i funcional, per tal de augmentar la seva autonomia personal diària. L'objectiu final és millorar la qualitat de vida del pacient i de la família.

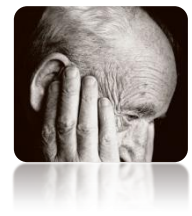
Tota intervenció efectiva generarà la reducció de costos psicològics i econòmics. Per exemple, si el pacient millora cognitivament, necessita menys a un cuidador; això afavoreix al costos econòmics de la família.

4.1. TRACTAMENT FARMACOLÒGIC

El tractament farmacològic de la malaltia d'Alzheimer soluciona molts problemes, però també poden provocar símptomes que alterin o empitjorin algun aspecte del pacient.

Una vegada el metge ha decidit els medicaments que ha de prendre el pacient, pot succeir el següent:

- Pot ser que el pacient es negui a prendre les medicacions. En cas de que passi això, no s'ha de discutir amb el pacient.



- En altres casos el pacient s'introdueix la medicina a la boca, però després l'escup. En aquest cas és millor que es prengui el medicament amb una persona al costat, i se li pot donar el medicament, amb alguna beguda, menjar...

El tractament farmacològic de la malaltia d'Alzheimer presenta tres classificacions:

- 1. Tractament d'estabilització.** Aquest tractament pretén arribar en els esdeveniments bioquímics cerebrals que provoca la mort neuronal.

De moment, cap medicació no ha demostrat que s'aconsegueixi el que es vol amb aquest tractament, tractar el esdeveniments bioquímics.

En un futur volen poder modificar el metabolisme de l'amiloide i de la proteïna Tau, que són dues proteïnes que estan implicades en la malaltia d'Alzheimer. La primera actua molt abans que la persona afectada presenti símptomes. De fet, es comença acumular l'amiloide al cervell fins i tot anys abans que la malaltia es manifesti. En canvi, la proteïna Tau es diposita a les neurones més tard. De fet, la seva entrada dóna lloc als primers símptomes que manifesta la persona afectada. Totes dues proteïnes són necessàries per tots nosaltres, però si comencen a funcionar de manera estranya, esdevenen tòxiques i s'acumulen al nostre cervell fins causar la mort neuronal.

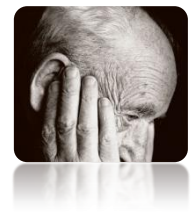
Per aquests problemes, els nous productes estan dirigits a interferir en els processos en què intervé aquesta substància.

- 2. Tractament simptomàtic cognitiu.** Pretén modificar els curs de la malaltia i intenta millorar l'estat cognitiu del pacient.
- 3. Tractament simptomàtic dels trastorns psicològics i del comportament.** Pretén millorar aspectes com l'ansietat, la depressió, l'agressivitat, els deliris, les al·lucinacions...

Aquest tractament no ha de ser farmacològic. Però, si les intervencions no farmacològiques no donen resultat o bé la naturalesa o la intensitat dels símptomes ho aconsellen, s'haurà de fer ús d'aquest tipus d'intervenció farmacològica. Els fàrmacs més utilitzats són:

- Ansiolítics.

Aquest fàrmacs serveixen per no tenir ansietat, són múltiples. Però el més utilitzat són les benzodiazepines, que tenen un efecte de durada curta en comptes de llarga durada. Tracten l'ansietat, l'insomni i les convulsions, i té un efecte de sedant. Aquest fàrmac pot presentar reaccions com per exemple: la reducció de dur a terme moviments coordinats, agressivitat, malsons, excitació...



- Hipnòtics i sedants.

Hi ha diferents grups de fàrmacs d'acció hipnòtica: les benzodiazepines, els barbitúrics... Serveixen per tractar l'insomni i alteracions al son, com per exemple: pacients amb problemes per agafar el son, pacients que es desvetllen precoçment, etc.

- Antidepressius.

Té efectes en l'estat d'ànim, efectes sedants, i poden disminuir la tensió arterial. El seu efecte no és immediat.

- Neurolèptic.

Hi ha molts tipus de neurolèptics, també anomenats antipsicòtics o tranquil·litzants majors. Es fan servir quan trobem en el pacient estats d'agitació, els deliris i al·lucinacions, etc.

4.2. TRACTAMENT COGNITIU

El tractament no farmacològic de la malaltia d'Alzheimer engloba una àmplia varietat de tècniques.

La teràpia s'ha d'adreçar a qüestions com ara el sentiment de pèrdua de control, els temors sobre el futur i els sentiments d'ansietat i depressió. L'objectiu és incrementar el sentit d'autoestima i de control i la reducció dels sentiments d'ansietat i depressió.

Orientació a la realitat

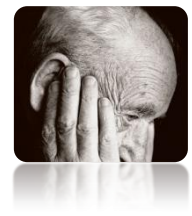
L'orientació a la realitat és un mètode de tractament de les alteracions de l'orientació i la memòria a través de l'estimulació dels pacients perquè "reapreguin" dades sobre ells mateixos i el seu entorn. La informació es presenta com un record, no com una obligació de memoritzar. L'orientació a la realitat únicament té interès en les fases més inicials de la malaltia i si el pacient està motivat.

Per exemple:

"La història de vida" ("El llibre de la memòria") és un quadern organitzar en què s'escriuen fets sobre la biografia del pacient i el seu entorn actual. Està organitzat per etapes de la vida (infància, adolescència, edat adulta, jubilació, vellesa) i inclou la relació amb els fills, les amistats, la feina...

Reminiscència

La reminiscència és el record de memòries antigues: recordar fets personals en tota la seva amplitud, sorolls, olors, imatges, emocions... És una manera d'activar el passat



personal. Es tracta de centrar el record en els aspectes personals. L' objectiu final és estimular la pròpia identitat i l' autoestima de la persona. Aquesta teràpia pot intervenir en activitats d' estimulació cognitiva i en l'orientació a la realitat.

Estimulació i teràpia cognitiva

L'estimulació cognitiva pretén realitzar activitats tendents a activar i mantenir les capacitats mentals, inclouen activitats d'estimulació de la memòria, la comunicació verbal, el reconeixement, el ritme i la coordinació, i l' esquema corporal. Són exercicis adreçats a modificar aspectes concrets de les capacitats mentals. Per facilitar aquests objectius, s'utilitza fotos d' objectes, gravació de sons...

Adaptació cognitivofuncional de l' entorn i tècniques de comunicació

Un dels objectius de la intervenció no va dirigit a la persona amb trastorns cognitius, sinó que se centra en el medi extern i en les persones que interactuen amb el pacient. Es mira d'afavorir la realització de les activitats de la vida diària mitjançant les ajudes tècniques o les adaptacions necessàries per tal d'establir normes de seguretat. Per aconseguir aquest objectiu, l'entorn ha de ser senzill, estable i segur.

Activitats significatives (ocupacionals) i de la vida diària

Es pretén rehabilitar a través de la feina o de qualsevol activitat que condueixi a una finalitat, s'hi inclouen activitats tan diverses com ara ballar, cuinar, passejar, treballs de cistelleria, jardineria o musicoteràpia.

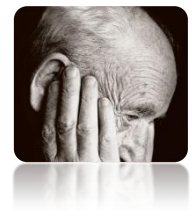
Prevenió i tractament dels trastorns psicològics i del comportament

Per optimitzar el rendiment cognitiu s'han de diagnosticar i tractar les alteracions de la percepció, el contingut del pensament, l'humor o la conducta que es presenten freqüentment en malalts amb demència. Els trastorns psicològics i del comportament són una de les amenaces més importants per a la convivència i l'estabilitat de la família.

4.3. TRACTAMENT FAMILIAR

Quan es rep el diagnòstic, en el nucli familiar es crea una situació difícil. A més, no tothom reacciona de la mateixa manera. Els membres de la família poden entendre i acceptar la situació a velocitats molt variables, però és clar que, a mesura que la malaltia avança, les reaccions es modifiquen.

La família ha de conèixer bé la malaltia, la seva evolució i la fase en què està el pacient. La comprensió i l'acceptació del problema, per difícil que pugui arribar a ser, són fonamentals per poder dur a terme una bona intervenció. Si la família, especialment el cuidador principal, comprèn la situació, és més fàcil que adopti una bona actitud davant el pacient i que alhora eviti l'ansietat, la depressió o el cansament davant del problema.



La intervenció terapèutica en pacients amb lesions cerebrals la duen a terme professionals especialitzats: neuròlegs, psiquiatres, geriatres, neuropsicòlegs, psicòlegs, clínics, terapeutes ocupacionals, diplomats en infermeria, gerontòlegs, logopedes, psicomotricistes, fisioterapeutes, treballadors socials...

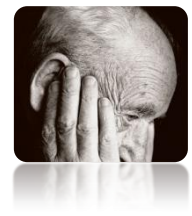
En les primeres fases el pacient té una vida força autònoma i necessita atencions mínimes. A mesura que la malaltia avança, la cura i la supervisió s'incrementen. Aquest fet produeix un desgast emocional, físic, econòmic i social. El cuidador directe està sota una gran tensió emocional que pot generar discussions i actituds negatives per al pacient. Es fa difícil ser conscient sempre que el pacient no en té cap culpa, de la malaltia, ni dels trastorns psicològics i del comportament que pateix.

El cuidador s'ha de cuidar i ha de ser cuidat. Els cuidadors corren generalment el risc de tenir símptomes d'ansietat i depressió; és molt important, doncs, que el cuidador estigui aconsellat, informat i ajudat.

Hem de tenir en compte que al llarg del procés de la malaltia apareixen una sèrie de trastorns en la vida diària del pacient que li van limitant progressivament l'autonomia. Les alteracions segueixen un procés gradual, des de les activitats més complexes fins a les més simples. Sovint no són capaços de reconèixer els perills ni són conscients de les seves discapacitats.

Per una altre banda, es recomana a la família que, per mantenir l'autonomia de les persones amb Alzheimer, és important:

- No canviar-los l'estil de vida que portaven abans de la malaltia, es tracta de fer-la més senzilla.
- Adaptar l'entorn a les seves necessitats.
- Estimular-los sovint amb missatges curts, senzills, clars i repetitius.
- Agrair-los les coses que fan, no renyar-los, no exigir-los el que no poden fer i planificar activitats útils.
- Deixar-los tot el temps que els calgui perquè facin les coses per ells mateixos, animar-los si hi troben dificultats i no precipitar-nos mai a solucionar-los els problemes; ajudar-los només quan no se'n surten.
- Mantenir la rutina, l'horari i l'ordre.
- Vetllar per la seva seguretat en tots els aspectes: evitar anar a llocs perillosos, retirar del seu voltant productes tòxics i els medicaments...



5. LA HISTÒRIA D'UN FAMILIAR

El meu treball de camp consisteix en explicar la vida del meu avi i poder observar com ha sigut la seva evolució amb la malaltia d'Alzheimer. He redactat la seva vida en primera persona com si fos ell qui ho explica (un monòleg), i ho he fet en castellà, perquè ell és cordovès i la seva llengua és la castellana; així aconseguia, d'una manera més versemblant, ficar-me encara més a la seva pell.

A més trobarem^(A) -tot allò que està en l'anexe- diferents diagnòstics que he escollit del meu avi i les entrevistes que he realitzat durant el meu treball.

5.1. LA MEVA HISTÒRIA

Soy Cristóbal Casado Nieto. Nací el 10 de Febrero de 1922 en un pueblo de Córdoba, en La Rambla, "tierra de los botijos", ya que es un pueblo con muchos talleres de alfarería. Mi padre se llamaba Juan, se dedicaba al campo; mi madre, M^a Antonia, se dedicaba a sus labores y a criar a sus 8 hijos. Sí, efectivamente, tenía 7 hermanos. Mi hermano mayor Alfonso; después, mi hermano Antonio; luego iba yo, y, por orden, mi hermano Lorenzo, mi hermana Carmen, mi hermano Juan, mi hermana Ana y, por último, mi hermano Rafael.

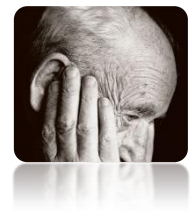


Mi pueblo era un pueblo pequeño, donde prácticamente todo el mundo se dedicaba al campo y a la cría de animales y a la alfarería, como he comentado antes. Desde muy pequeño iba con mis hermanos a cuidar de los animales, teníamos cerdos y alguna cabra, y también ayudábamos en el campo cuidando las sandías y los melones para que no los robaran. En aquella época no podíamos tener juguetes, éramos demasiado pobres para ello. Pero jugábamos con cajas, palos..., en el poco tiempo que teníamos porque las circunstancias económicas nos forzaban a trabajar. Nunca tuve vacaciones, ni salí del pueblo hasta que ya fui un muchacho.

Recuerdo que fui muy poco a la escuela, pero aprendí a leer, escribir y algo de números, con mucho esfuerzo. Años más tarde, como a mi hermano Rafael, el más pequeño, le dieron una beca para estudiar en Madrid Peritaje Industrial, cuando acababa el curso, me daba los libros y en los pocos ratos libres que había en las faenas del campo me gustaba leerlos y aprendí de ellos muchas cosas.

De esa época tengo presente el gran dolor que me produjo la muerte de mi hermano Antonio cuando tenía 18 años. Un caballo lo tiró y al caer se partió la columna, lo que le produjo la muerte.

Éramos tan pobres que ni siquiera pude hacer la primera comunión. También he de decir que nunca me llevé muy bien con la iglesia y menos con sus representantes en



Una vida sense records

aquella época. La comunión la hice a los 30 años cuando fui a casarme, pero eso vendrá luego.

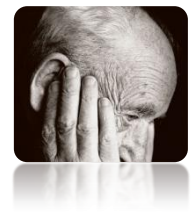


Viví la guerra civil española. Por aquel entonces tenía 14 años. Pasamos apuros, pero gracias a Dios siempre tuvimos qué llevarnos a la boca. Los apuros nos hacían afinar el ingenio, procurábamos remendar todo lo que teníamos. También pasamos miedo.

Recuerdo mi juventud trabajando con mis hermanos y saliendo a los pueblos cercanos como Montilla, Montalbán, donde íbamos a tomar algo; pero el camino siempre había que hacerlo andando, si eras afortunado podías hacerlo en burro. Teníamos poca ropa, la ropa de diario y una de los días de fiesta.

A los 18-19 años me fui a la mili, me tocó en Marruecos, en Tetuán. Era la primera vez que salía de mi pueblo. Nos preguntaron qué oficios sabíamos, y yo dije que zapatero, ya que siempre me había gustado y se me daba bien el remendar los zapatos. Así que pasé toda la mili de zapatero. Gracias a ello tuve una mili mucho mejor que mis compañeros, aunque, por los tiempos que corrían y en el lugar que estábamos, no dejó de ser dura, pues estuve casi dos años sin volver al pueblo.

Después de volver de la mili conocí a mi mujer M^a Andrea, también es del pueblo y vivía muy cerca de mí. Estuvimos de novios y decidimos casarnos por la iglesia, lo que había que hacer en aquella época. La boda fue de lo más sencillo: fuimos a hablar con el cura, hicimos la comunión, nos confesamos y, al día siguiente, nos casamos en la iglesia del pueblo, el 29 de Noviembre de 1952. Asistieron nuestros familiares más cercanos, padres y hermanos. Los padrinos fueron mi hermano Alfonso y su mujer Isabel.



Una vida sense records

Como no teníamos nada, nos fuimos a vivir de alquiler; no penséis que en una casa o piso para nosotros solos, no. En aquel entonces, como está sucediendo ahora, se alquilaban habitaciones con derecho a cocina, y baño (agujero en el corral, todavía no había cuartos de baño). Y al día siguiente de la boda a trabajar. Nunca hicimos viaje de novios, ni tuvimos regalos, ni tuvimos anillos, pero nos teníamos el uno al otro. Yo seguía trabajando en el campo y mi mujer también.

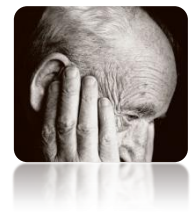
El 24 de Febrero de 1953 nació mi primer hijo Juan (de nombre igual que mi padre, para seguir la tradición). Estudió en la Escuela Industrial y es matricero. Mi hijo Juan nació en La Rambla y comenzó sus estudios en el pueblo. Recuerdo que le gustaba mucho montar en bicicleta y a escondidas me cogía la mía para aprender a montar en el corral.

El 2 de Noviembre de 1954 nació mi segundo hijo Manuel (de nombre igual que su abuelo materno). Estudió en la Escuela Industrial y es delineante. Mi hijo Manuel nació también en el pueblo. Recuerdo que una Navidad, con gran esfuerzo, le compramos un caballito de cartón y, cosas de críos, jugando, lo puso a beber agua y adiós caballo.

El 14 de Febrero de 1959 nació mi primera hija M^a Antonia (de nombre igual que mi madre). Estudió Formación Profesional y es administrativa. Mi hija M^a Antonia nació en el pueblo. Fue la primera niña en mi familia, un gran acontecimiento.

El 7 de Enero de 1965 nació mi segunda hija Leonor (de nombre igual que su abuela materna). Estudio hasta COU y es administrativa. Mi hija Leonor nació ya en Barcelona. Era el primer invierno que pasábamos en Barcelona y nevó. Creo que nunca había visto tanta nieve.





Vivimos en La Rambla hasta 1964. Yo había estado trabajando en el campo conseguimos comprarnos una pequeña casa. Pero para intentar mejorar emigramos a Cataluña, como muchos por aquel entonces.

Nos vinimos a vivir a Sant Joan Despí, al barrio de Las Planas. Aquí ya vivían mis cuñados y mi suegra. Nos fuimos a vivir con mi suegra, en un piso de 40 m², en el que vivíamos 8 personas.

Estuve trabajando en una empresa de material de la construcción. Luego, en la empresa ELSA de Cornellà, una de las grandes empresas de la época en la cual se fabricaban vasos. De allí pasé a la empresa Obras y Servicios Hispania, S.A., en la que nos dedicábamos a asfaltar las calzadas; yo llevaba la apisonadora. Los primeros años fueron duros: se trabaja de lunes a domingos y no existían las vacaciones. Luego poco a poco la cosa fue mejorando. Nos pudimos comprar un piso en Las

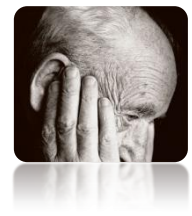


Planas, donde hemos pasado toda nuestra vida prácticamente. Mis últimos años laborales los pasé en el Ayuntamiento de Barcelona donde realizaba la misma faena que en la empresa anterior, es decir, asfaltar calles y yo seguí con la apisonadora. Fue aquí a los 60 años cuando hice las primeras vacaciones de mi vida, pues en las anteriores empresas siempre preguntaban quién quería trabajar las vacaciones y yo siempre me apuntaba porque sabía que mi familia lo necesitaba. En el Ayuntamiento era obligatorio hacer las vacaciones y, en los últimos años de mi vida laboral, sí las hice.

A Barcelona también emigró mi hermano Lorenzo, el cual se fue a vivir a Badalona. Siempre procurábamos vernos una vez al mes, así que nosotros íbamos a visitarlo. Era un suplicio porque íbamos en transporte público, ya que por aquel entonces había que coger el metro, hacer transbordo y luego un autobús, y todo esto acompañado de mi mujer e hijas que siempre se mareaban. Cuando nosotros no íbamos, venía mi hermano con su familia; él venía en su coche y siempre se despistaba y se perdía.

Recuerdo que, cuando conseguimos trabajar de lunes a viernes, los fines de semana los dedicaba a hacer de zapatero y de relojero (nunca conseguía repararlos). Me gustaba preparar la comida del domingo; una buena sopa, pollo a la brasa y all-i-oli, la cocina siempre me ha gustado.

A pesar de que tenía el carnet de conducir, tuvieron coche antes mis hijos que yo. Yo tuve un Renault 4, que utilizaba poco, más que nada para ir a comprar. Siempre me ha gustado más el transporte público. Y por mi trabajo me conocía muy bien las calles de Barcelona.



Una vida sense records

Siempre he sentido deleite por los pájaros y en alguna ocasión tuve periquitos y canarios, a los cuales me gustaba limpiarles la jaula y ponerles lechuga.

A pesar de que seguíamos teniendo familia en el pueblo, nunca volvimos a ir de vacaciones a verlos, porque mi mujer se mareaba muchísimo. Algún año vinieron ellos a visitarnos.

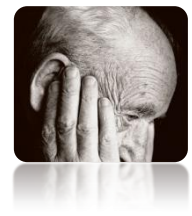
Me jubilé a los 65 años, en el año 1987. Después de la jubilación, me dediqué a encargarme de mi casa, ya que mi mujer trabajaba. Y luego, a medida que iban naciendo mis nietos, me dedica a cuidarlos cuando sus padres trabajaban. Cuando se jubiló mi mujer nos dedicábamos a cuidar a los nietos y a caminar para estar en forma. Tenemos seis nietos Cristóbal y Nelson hijos de Juan, Laura y Silvia hijas de Manuel y Sara y Sonia hijas de Leonor.

Hacia el 2005 hubo un giro inesperado en mi vida: mi mujer sufrió un ataque epiléptico a raíz del cual se chafó una vértebra. Esto provocó que tuviéramos que cambiar de piso y yo dedicarme por entero a mi mujer. Aquel piso fue como nuestra casita de recién casados que nunca tuvimos. Era un piso pequeño, un bajo a ras de calle, que nos facilitó mucho la vida. Por aquel entonces, yo ya tenía mis despistes de memoria normales con la edad. Pero aquella situación me provocó un gran estrés, angustia y preocupación. Y a partir de allí la cosa empezó a ir a peor; los despistes, las lagunas de memoria eran cada vez más frecuentes y, con ellas, vinieron los ataques de irritabilidad.

Así que en el 2008 fui a ver a mi médico de cabecera, le explicamos el tema y ella me envió a hacer diferentes pruebas. Me hicieron analíticas, un TAC, diferentes ejercicios en los que tenía que recordar nombres, colores, secuencias, dibujar y contestar una serie de preguntas. Como la cosa no iba a mejor, mi mujer y yo vivíamos solos en un pequeño pisito; yo cada vez más desmemoriado y mi mujer, que padece Parkinson, cada vez con más dificultades en su movilidad, tuvimos que contratar a una señora, Idalia, que venía durante el día a ayudarnos. Luego pasó a vivir con nosotros. De día salíamos con la señora a dar un paseo y nos llevaba a un parque cercano, donde nos entreteníamos y charlábamos con conocidos. Por la noche muchas veces me despistaba, quería ir al baño y me equivocaba de puerta y me salía a la escalera. La señora vigilaba que no me fuese a la calle ¡menos mal que la teníamos!

Fue por aquel entonces que me diagnosticaron la enfermedad de Alzheimer. Me dijeron que estaba en la fase GDS 4 según el informe^(A), y me pusieron en tratamiento, me recetaron rivastigmina^(A). Este medicamento no es para combatir la enfermedad, es para que avance más lentamente, y debe ser aprobado por el Departament de Salut según informe^(A).

Los olvidos cada vez eran mayores, mis cambios de humor también y me enfadaba al ver que no podía acordarme de las cosas. A veces me desorientaba y no sabía reconocer las calles de mi barrio, aquellas calles que me conocía tan bien...Me daba



Una vida sense records

cuenta que no recordaba dónde estaban las calles que antes conocía de Barcelona o cómo podía ir a ellas, y mis hijos me decían: “Barcelona ha cambiado mucho y ahora no sabrías ir solo; si necesitas ir algún sitio, nosotros te acompañamos”. Incluso a veces me saludaban por la calle y no reconocía a las personas que lo hacían. En casa siempre tenía algo perdido, no encontraba mi reloj, o mi cartera, o utensilios de cocina, y culpaba a la señora que teníamos en casa de quitármelos o de escondérmelos. Pero, cuando llegaban mis hijos, siempre decían que eso no era posible, y me buscaban lo perdido y lo encontraban. Eso sí, en sitios inusuales. La verdad es que me sentía mal, pensaba que no servía para nada y no entendía qué era lo que estaba pasando en mi cabeza. Entonces, todavía acompañado de la señora, íbamos a hacer la compra, a pasear... Pero, la verdad, es que Idalia cada vez tenía más faena con nosotros dos y no daba a vasto. Le agradezco toda la paciencia que tuvo con nosotros y lo bien que nos cuidaba.

En el 2009, mi doctora de cabecera nos aconsejó el ir a vivir a una residencia, ya que estaríamos mejor atendidos. Fuimos a ver la residencia; es un edificio nuevo, con mucha luz, amplios pasillos con barandas, todas la habitaciones con cuarto de baño... También tienen un jardín grande con bancos y sombra. Al poco tiempo nos fuimos a residir, tanto mi mujer como yo, en la residencia Sophos de Sant Joan Despí.

Cuando entré, no quería estar allí y quería marcharme a mi casa; no entendía el porqué tenía que estar allí. Para mi mujer también fue duro, ya que dejamos todas nuestras pertenencias atrás. Fue ella la que me mentalizó y me repetía constantemente que allí estaríamos muy bien, porque nos harían la comida, nos lavarían la ropa, no tendríamos que ir a comprar, nos harían la limpieza..., y nosotros ya no estábamos para todo eso. Poco a poco lo fui asimilando. Pero no me gustaba que entraran a mi casa, es decir, mi habitación; no quería que hicieran la limpieza, ni me llevaran la ropa limpia, ni que entraran por la noche a ver cómo estábamos. Era mi casa y, como tal, mi espacio privado, me sentía sin privacidad ni intimidad. Me pasaba todo el día dando paseos por mi habitación para comprobar que no había nadie y que todo estaba en orden, y siempre dejaba la llave echada para quedarme más tranquilo.

Por las mañanas bajábamos a pasear por el jardín, no me gustaba participar en la actividades ya que las consideraba tonterías. Todos los días, cuando volvíamos a nuestra planta, nos perdíamos en el ascensor, no había forma de acertar con ella. Los fines de semana nos íbamos a comer a casa de nuestros hijos, pero cada vez me costaba más reconocer la casa de cada uno de ellos, no recordaba ni dónde estaba el lavabo. Me gustaba ir porque estaba con mis hijos y nietos, pero cada vez deseaba con más ganas volver a la residencia, a mi refugio. Fuera me sentía inseguro, demasiados coches y movimiento. Desde entonces hasta ahora la enfermedad ha ganado mucho terreno, ya no soy el que era. Todo ha cambiado, ahora tengo mi propio mundo.

En la residencia me hacen valoraciones de mi estado, especialmente cuando tengo que ir a visitar a la neuróloga. En estos informes se puede ver como he ido evolucionando



Una vida sense records

cada vez a peor. En el 2010 tenía un deterioro grave-moderado a nivel cognitivo, y apareció la agnosia y la apraxia. Para afrontar las situaciones delirantes y obsesivas que tenía en ocasiones, me ponía violento. Recuerdo que me realizaron un informe^(A) y me reconocieron eso. En el 2011 mi deterioro cognitivo ya era grave; las conductas agresivas también las tenía, pero algo menos. Por aquel entonces empezó a venir una cuidadora, con la cual paseamos yo y mi mujer, y estaba algo más tranquilo. Me realizaron el informe^(A) para luego poder asistir a mi visita con el neurólogo.

En el informe^(A) de este año el deterioro cognitivo ya es grave-muy grave. Me cuesta más entender todo lo que pasa alrededor mío. No quiero salir de mi rutina ni de mi espacio, y el hecho de tener que hacerlo me altera muchísimo. Mi última visita a la neuróloga fui en marzo de este año. Me recetó quetiapina para estar más tranquilo y menos violento, y me dijo que probablemente en la próxima visita me retirarían la rivastigmina, porque la enfermedad ya está muy avanzada y ya no es eficaz, según el informe que me realizaron^(A).

Antes me gustaba leer los periódicos sobre todo la sección de política; ahora, a duras penas, leo algún titular. Menos mal que todavía leo bien mi nombre.

Antes me gustaba dar largos paseos con mi mujer, recorríamos todos los pueblos de alrededor de Sant Joan Despí e íbamos a visitar a nuestros hijos. Ahora me cuesta muchísimo caminar, nunca me apetece pasear -jandar por andar, vaya tontería!-. No quiero bajar al jardín.

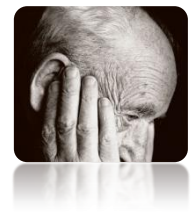
Antes me gustaba remendar mis zapatos, ahora me paso las horas jugando con tapones de plástico.

Antes me gustaba hablar por teléfono con mis hermanos, ahora no sé ni para qué sirven los teléfonos, y mucho menos los móviles.

Antes me gustaba hablar con mi mujer, ahora apenas podemos llevar una conversación coherente; yo hablo de un tema y ella de otro, es una conversación de sordos. Además ahora mi mujer ha pasado a ser mi madre. Siento que la quiero muchísimo, y que siempre quiero estar junto a ella. El año pasado tuvo que estar ingresada unos días en el hospital y me quedé solo en la residencia. No entendía lo que sucedía, pero sabía que algo me faltaba. Me pasé todos los días buscando aquello que me falta y que no sabía qué era, y malhumorado todo el día. Eso sí, cuando volvió supe lo que me faltaba.

Antes iba a ver a mis hijos y nietos, ahora vienen ellos a verme. Ya no son ni hijos ni nietos, ahora han pasado a ser de la familia, según el día pueden ser mis hermanos, primos... Solo tengo claro que hay algún lazo afectivo con ellos, que me da mucha alegría el verlos y no me gusta que se vayan.

Antes sabía la edad que tenía, ahora solo sé que soy joven, que no tengo hijos, que no estoy casado. Cuando me dicen que tengo 91 años, siempre digo que eso no puede ser que esa edad no la tiene ni mi abuelo. No me reconozco en el espejo, siempre sale un



Una vida sense records

señor mayor al que saludo y me saluda, y me recuerda a mi hermano mayor. Un día, que estaba con mi hijo mayor, le dije: “¿tú quién eres?”, y él respondía: “soy tu hijo”, a lo que contesté: “tú mi hijo, ¡pero si eres más viejo que yo!

Antes reconocía perfectamente a mis hermanos, ahora forman parte de algo que se supone fue mi vida. Hace cuestión de dos años vino mi hermano mayor del pueblo y mi hermano, el de Badalona, a verme. Me costó reconocerlos, pero cada vez que lo hacía era una gran alegría (cosa que sucedía cada 10 minutos). Pero a ratos pudimos recordar viejos tiempo. La verdad es que fue un fin de semana muy bonito pero agotador, ya que al darme cuenta que no reconocía ni a mis propios hermanos, me ponía a llorar.

Antes era capaz de ir al cuarto de baño solo, ahora no se ni dónde está. Llevo pañales, pero cuesta mucho el cambiármelos, porque no me gusta que me desvistan.

Antes podía hacerme la higiene personal yo solo, ahora me la han de hacer. Y la verdad es que no es nada fácil; reconozco que no me gusta, por lo que me defiendo como gato panza arriba. Me pongo violento, y más de una vez he dado puñetazos, mordiscos o cabezazos a mis cuidadoras. Recuerdo que hace poco le di un cabezazo a una de ellas, ¡pobrecita el daño que le hice!, pero me vino la lucidez y, al ver que le hice daño, le pedí perdón y nos pusimos a llorar como niños, porque le tengo mucho cariño. En ese momento no era consciente de lo que estaba haciendo, ya que estaba actuando mi enfermedad.

Dicen que vivo en una residencia. Allí se supone tengo una habitación con cuarto de baño, donde hay dos camas y dormimos mi madre (mi mujer) y yo. No recuerdo el número de la habitación, ni dónde está; ya no voy a vigilar que todo esté en orden. A veces recuerdo que al principio de entrar fue duro ver a los gerocultores duchar y vestir a mi mujer; me ponía celoso (cosa que nunca había sido) y violento, y le decía a ella: “Nunca pensé que fueras así, te he visto en la ducha...”.



Ahora todo es igual: por la mañana es muy complicado levantarme y aseoarme. Comer suelo comer bien, mi buen apetito. Me cuesta mucho caminar y prefiero estar sentado en el comedor, de ahí que suelo desplazarme en silla de ruedas. Por la mañana y por la tarde viene una señora para bajarnos al jardín; pero yo no suelo bajar, no tengo ganas, estoy cansado y prefiero quedarme sentado. Normalmente todos los días pasa alguien que me resulta familiar a vernos después de salir del trabajo. Y los fines de semana siempre hay uno de ellos con nosotros para pasearnos



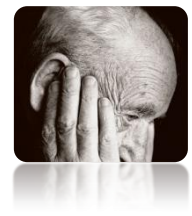
Una vida sense records

por el jardín o intentar conversar. Reconozco que es difícil llevar una conversación conmigo. Lo que deseo todos los días es poder ir a casa de mis padres y volver a verlos.

Maldita enfermedad que te deja en un pasado irreal y te quita el presente real, una enfermedad que únicamente hace que recuerdes a personas que ya no están contigo y no te deja conocer a las que tienes al lado. Siento una gran pena por todo el sufrimiento que esto produce en mi familia.

Gracias a todos por su paciencia y amor.





6. CONCLUSIONS

Finalment, després d'un any d'investigació, he pogut finalitzar el meu treball de recerca. He aconseguit amb això diversos objectius que m'havia plantejat des d'un principi: informar-me bé de la malaltia d'Alzheimer, poder parlar amb persones professionals que tracten amb aquests malalts i transmetre les sensacions que té un malalt d'Alzheimer, que, en aquest cas, ho he fet explicant la vida del meu avi com si fos ell mateix qui ho transmet.

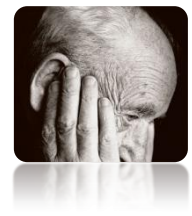
Un cop he conegut com sorgeix en les persones la malaltia i què és allò que succeeix en les neurones, i amb la informació que he trobat de l'epidemiologia, he tret la conclusió que, amb l'augment de l'esperança de vida en la majoria de països, ha provocat que el nombre de persones malaltes d'Alzheimer sigui més elevat, principalment en els continents més rics, com per exemple Europa, on hi ha un gran nombre de persones afectades que poden rebre tractaments i, per aquesta raó, allargar la vida dels malalts, cosa que en els continents pobres és impossible de fer, com per exemple en Àfrica.

Amb l'etiologia, tal com s'ha desenvolupat al treball i intuïa prèviament, hi ha causes genètiques i no genètiques. Les causes genètiques són, principalment, el gen de la proteïna precursora de l'amiloide en el cromosoma 21; el gen de la presenilina 1 en el cromosoma 14, i el gen de la presenilina 2 en el cromosoma 1. Les altres causes no genètiques són, per exemple, factors ambientals, la hipertensió... Però allò que més m'ha sorprès i que desconeixia és que el tabaquisme té un paper protector davant la malaltia, i m'ha sorprès ja que es l'única cosa positiva del tabac.

Per un altre costat, amb la cerca d'informació he trobat que, a més d'haver-hi les tres fases (l'etapa inicial, l'etapa mitjana i l'etapa final), hi ha una altra forma d'avaluar un malalt d'Alzheimer: l'escala GSD (Escala de Deteriorament Global), que parla, d'una manera més detallada, de set fases de la

Cal dir que m'han sigut molt familiars els símptomes que pateixen aquestes persones, perquè jo ho he vist reflectit en el meu avi, com per exemple els deliris, les al·lucinacions, l'incapacitat que té per reconèixer a les persones, l'agressivitat, les alteracions del son, etc. És a dir, tots els símptomes que he trobat, mitjançant recerques, els he vist en el meu avi, però amb major o menor intensitat. He de dir que el meu avi està en la tercera fase, i hi ha símptomes que no té, com per exemple l'afàsia, que és no parlar ni entendre res, i la apràxia, que es tradueix en una inactivitat casi total (li costa empassar-se els aliments, fins i tot, en forma líquida). Aquest són dos símptomes que no he vist en el meu avi, i espero que li arribin molt tard; vull continuar jugant amb ell amb cotxes de joguina i taps de plàstic.

A l'hora d'informar-me dels professionals que intervenen amb aquests malalts (cuidadores, fisioterapeutes, animadors, educadors socials, psicòlegs, terapeutes ocupacional, centres de dies, infermeria, neuròlegs, neuropsicòlegs...), cadascun fa una tasca diferent amb els pacients. Amb això he pogut conèixer qui dona la notícia a la



Una vida sense records

família i al malalt de que pateix Alzheimer és, principalment, el neuròleg, i no el psicòleg com jo pensava.

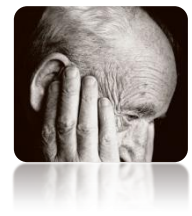
Respecte el meu treball de camp, les entrevistes que he realitzat m'han anat molt bé per informar-me més tècnicament de la malaltia, i per exemple la neuropsicòloga, M^a Jesús, i la psicòloga, Esther, m'han fet descobrir què era el PAI, ja que ho desconeixia totalment. És el pla d'atenció individual, aspecte de vital importància, perquè consisteix en fixar uns objectius molt concrets i centrat en el fet que el pacient pugui continuar sent el més autònom possible dintre de les seves circumstàncies.

També, amb la aportació d'Esther i la informació que he anat buscant, he pogut trobar la diferència entre la demència senil i l'Alzheimer. La demència senil es caracteritza per petits oblits que poden tenir les persones grans; però, quan aquests oblits avancen fora del paràmetre que hi ha establert i, per tant, no són normals, ja podem trobar un deterior cognitiu lleu, i després podríem començar a parlar de si la malaltia d'Alzheimer és present en la persona o no.

A més, amb les entrevistes realitzades he pogut veure què comparteixo amb elles, i arribar a la conclusió que les ajudes proporcionades a aquestes persones són escasses i mai han sigut suficients... Per exemple, el meu avi té aprovada la llei de dependència i, gracies a això, pot estar en una residència, però ha de pagar totes les despeses a part (productes d'higiene, medicaments) i, amb la resta de la pensió, no n'hi ha suficient. Penso en les persones que no han tingut la sort de tenir aprovada la llei de dependència i, com a conseqüència, en les dificultats que es troben per afrontar tot allò que comporta la cura, el tractament..., de la malaltia. Considero que s'hauria de replantejar el augment d'ajudes a persones que ho necessitin, perquè són gent que depèn dels demés i no tenen suficient autonomia per valdre's per si mateixos.

Una part més personal de les entrevistes ha estat als familiars de malalts d'Alzheimer. Aquestes persones, com ja he esmentat abans, són la meua mare i el meu tiet. Les respostes de totes dues entrevistes han sigut molt semblants, i jo penso de manera similar, ja que tots sabem que la que més pateix és la meua àvia. Ella, al ser una persona gran, li costa més entendre la malaltia que té el seu marit. No obstant això, és dur per a tota la família el fet que no ens recordi un home tan estimat per a tots nosaltres. I, com bé diuen els entrevistats, és una malaltia dura, trista; un trastorn que fa que el malalt, a vegades, estigui "desconnectat" del món. Si hem de trobar una part positiva en tot allò que envolta la malaltia, encara que sigui molt petita, és la gran unió familiar, necessària per a poder sobreviure-la.

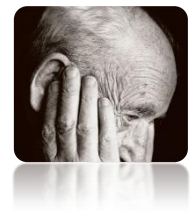
Considero que l'Alzheimer és una malaltia molt dura i que ningú la vol al seu costat, causa molt de mal a la família i a la persona que la pateix. Des del meu punt de vista, donar medicaments al malalt és una decisió molt difícil de prendre, perquè són fàrmacs molt forts i, a vegades, provoquen que estigui tot el dia com si no hi fos. Però, per una altra banda, si no se li subministren, les conseqüències i el deteriorament d'aquest és



Una vida sense records

cada vegada més freqüent i agressiu. En el cas del meu avi, ràpid deixarà de prendre medicaments, ja que està en l'última fase del GDS, és a dir, en la set. I encara que no m'agradi veure'l així, jo sé que per a ell sóc algú de la seva família, encara que no sàpiga qui. M'agrada molt visitar-lo i sempre que em veu li fa molta il·lusió. Tots els anys que portem junts han provocat que m'estimi molt, com jo a ell, i cap malaltia podrà mai amb això.

Estic molt satisfeta amb el meu treball. He pogut aconseguir el que volia: apropar-me més a la malaltia, poder entendre-la millor i tractar de mostrar-li als altres les sensacions que pot arribar a tenir una persona que la pateix. I m'ha agradat investigar sobre aquest tema i que el meu avi sigui peça fonamental del treball. Aquest acabarà esdevenint, en futur, un gran rècord d'ell, com si fos un àlbum de paraules de la seva vida.

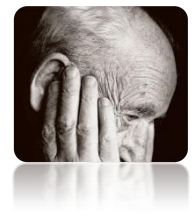


7. ANNEX

A l'annex trobem les entrevistes que he realitzat a una neuropsicòloga, una psicòloga, una gerocultora i a 2 familiars amb persones que pateixen l'Alzheimer amb l'objectiu d'extreure conclusions, és a dir, comparar la teoria amb la realitat dels malalts que pateixen aquesta enfermetat.

Per una altra banda, trobem diferents tipus de test, dels quals hem parlat en el treball de recerca, que es realitzen per descobrir si una persona pateix o no la malaltia d'Alzheimer.

I per últim hem posat alguns dels diagnòstics que li van fer en el seu moment al meu avi.



8. BIBLIOGRAFIA

- En aquest llibre es pot consultar tant la malaltia d'Alzheimer, en general, com el perquè de la seva aparició; a més s'expliquen les tres fases de l'Alzheimer i les seves característiques, que són: l'etapa 1, l'etapa 2 i l'etapa 3. D'altra banda també es poden extreure les dades de l'epidemiologia:

Nieto Carrero, Margarita. Ante la enfermedad de Alzheimer. Desclée. 2006.

- En aquest llibre es troba informació sobre diferents aspectes de la malaltia de l'Alzheimer:

Casquero Ruiz, Rafael. Cómo entender, actuar y resolver los trastornos de conducta de su familiar. Meditor. 2003.

- En aquestes webs es poden consultar informació sobre el neuropsicòleg, com per exemple: Qui són?. Què fan? Etc.:

- *Colexio Oficial de Psicología de Galicia. La neuropsicología.*

<http://www.copgalicia.es/colexiados/beatrizpintos/neuro.htm>

- *Clínica Medicina Deportiva (CMD) - 2008-2011.*

<http://www.clinicamedicinadeportiva.com>

- Aquest pdf explica les proves de neuroimatge:

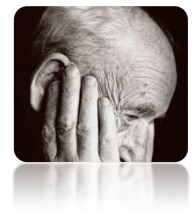
Observatori de la Difusió de la Ciència UAB. Recerca en Neurociències: NEUROIMATGE. Gemma C. Monté.

<http://www.odc.cat/UserFiles/ODC/file/Gemma%20Monte.pdf>

- Aquí trobem l'explicació del que és un neuròleg i què és allò que tracta:

Consulata Dr. Nolasca Acarín Tussel - Especialista en Neurología y Cerebro. ¿Qué es un neurólogo?.

<http://www.acarin.com/que-es-un-neurologo>



Una vida sense records

- En aquesta notícia s'explica com funciona la proteïna amiloide i Tau, és a dir, les dues proteïnes implicades en la malaltia d'Alzheimer:

Ciércoles, Marta. "L'Alzheimer es propaga al cervell d'una neurona a l'altra". El punt avui [Barcelona] 25 Febrer 2012: 02.

<http://www.elpuntavui.cat/ma/article/2-societat/14-salut/510961-lalzheimer-es-propaga-al-cervell-duna-neurona-a-laltra.html>

- En aquestes pàgines trobem què és neuropsicòleg i les funcions que desenvolupa:

– ***Colexio Oficial de Psicología de Galicia. La neuropsicología.***

<http://www.copgalicia.es>

– ***Clínica Medicina Deportiva (CMD) - 2008-2011.***

<http://www.clinicamedicinadeportiva.com>

- En aquesta web es poden consultar les causes principals de l'Alzheimer:

Pontificia Universidad JAVERIANA. Neurobioquímica. Enfermedad de Alzheimer.

<http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Ciencias/neurobioquimica/libros/neurobioquimica/Alzheimer.htm>

- En el següent PDF s'han pogut consultar els tractaments del malalts d'Alzheimer:

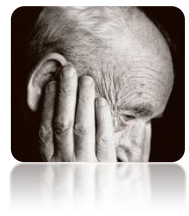
Generalitat de Catalunya / Salut. Tractament farmacològic en les persones afectades de malaltia d'Alzheimer: estat de coneixement. Maria Dolors Estrada. Setembre 2008.

http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/ct_tractament_alzheimer_aatrm-09.pdf

- L'informació sobre els test TAM i l'escala de Lawton i Brody s'ha extret de la pàgina:

Junta de Andalucía. Salud.

<http://www.juntadeandalucia.es>



- La resta d'informació sobre el test Índex de Katz s'ha extret de:

Circunvalación del Hipocampo desde 2001. Demencias. Enfermedad de Alzheimer: parte 1.

<http://hipocampo.org/alzheimer.asp>