

**Judith Cucharero Crespo**

**ANÀLISI I COMPARATIVA DEL CONEIXEMENT I  
PERCEPCIÓ DE L'ALZHEIMER I ELS EFECTES DE LA  
COVID-19 SEGONS EL CONTACTE AMB LA MALALTIA.**

**TREBALL DE FI DE GRAU**

**dirigit per la Dra. Joana Roigé Castellví**

**Grau de Psicologia**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Tarragona**

**2022**

*"Pensaba que el cáncer era la peor enfermedad, hasta que conocí el Alzheimer"*

Edmaris Carazo

El día que me venció el olvido

## RESUM

El present estudi mostra una investigació sobre el coneixement i la percepció de la malaltia d'Alzheimer, segons si els participants conviuen de forma propera amb la malaltia, ja sigui per treball o família, o no. També s'han investigat les conseqüències que el virus de la COVID-19 ha pogut causar en les persones afectades per Alzheimer i els seus cuidadors, preguntant als participants el grau en què consideren certes algunes conseqüències trobades recentment. Els resultats mostren una indiferència en el coneixement en ambdues mostres, concloent doncs que el fet de conviure amb l'Alzheimer no proporciona un major coneixement, però sí és el mitjà principal pel qual les persones coneixen l'Alzheimer en cas de tenir un familiar o treballar amb aquest tipus de malaltia. En cas de no conviure amb la malaltia, el mitjà principal són els mitjans de comunicació. Com a conseqüència de la COVID-19, s'observa una acceleració de la neurodegeneració, agravant els símptomes i provocant un augment en la prevalença del síndrome del cuidador cremat en els seus cuidadors. Les persones que conviuen o treballen amb l'Alzheimer puntuen les conseqüències originades per la COVID-19 com a més probables d'haver ocorregut.

**Paraules clau:** Alzheimer, COVID-19, cuidadors, coneixement, percepció

## ABSTRACT

The present study shows an investigation on the knowledge and perception of Alzheimer's disease according to whether the participants are familiar with the disease, either by work or family, or not. We have also investigated the effects that the COVID-19 virus has caused in people affected by Alzheimer's disease and their caregivers, asking participants the degree to which they consider some of the effects recently found to be true. The results show an indifference in knowledge in both samples, thus agreeing that living with Alzheimer's does not provide greater knowledge, but it is the main way in which people learn about Alzheimer's if they have a family member or work with this type of disease; if they do not live with the disease, the main way is through the media. As a consequence of COVID-19, an acceleration of neurodegeneration is observed, aggravating the symptoms and causing an increase in the prevalence of burnout syndrome in caregivers. People who live or work with Alzheimer's disease rate the consequences caused by COVID-19 as more likely to have occurred.

**Keywords:** Alzheimer's disease, COVID-19, caregivers, knowledge, perception

## ÍNDEX

<b>1.- JUSTIFICACIÓ DE LA RECERCA</b>	5
<b>2.- INTRODUCCIÓ TEÒRICA</b>	6
<b>2.1.- L'Alzheimer</b>	6
<b>2.1.1.- Criteris diagnòstics</b>	6
<b>2.1.2.- Simptomatologia</b>	7
<b>2.1.3.- Etiologia</b>	10
<b>2.1.4.- Classificació</b>	11
<b>2.1.5.- Fases</b>	12
<b>2.1.6.- Factors de risc i protectors</b>	14
<b>2.1.7- Tractament</b>	15
<b>2.2.- El cuidador</b>	16
<b>2.2.1.- Síndrome del cuidador cremat</b>	16
<b>2.2.2.- La feminització en els cuidadors</b>	17
<b>2.3.- COVID-19 i Alzheimer</b>	17
<b>3.- OBJECTIUS/ CONTEXT</b>	20
<b>3.1.- Objectiu general</b>	20
<b>3.2.- Objectius específics</b>	20
<b>3.3.- Hipòtesis</b>	20
<b>4.1.- Participants</b>	21
<b>4.2.- Instruments de recollida de dades</b>	22
<b>5.- RESULTATS / APORTACIONS</b>	25
<b>5.1.- Coneixement sobre MA</b>	25
<b>5.1.1.- Font d'informació</b>	25
<b>5.1.2.- Coneixement de la MA</b>	25
<b>5.1.3.- Percepció de la malaltia</b>	29
<b>5.1.4.- Cuidador</b>	32
<b>5.1.5.- COVID-19</b>	34
<b>7.- LIMITACIONS I FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ</b>	42
<b>8.- BIBLIOGRAFIA</b>	44
<b>9.- ANNEX 1 . Preguntes del qüestionari</b>	47

<b>10.- ANNEX 2 . Freqüència de puntuacions en l'avaluació del coneixement de la MA segons població</b>	60
<b>11.- ANNEX 3 . Gràfics de les respostes segons població</b>	61
<b>11.1.- MOSTRA TOTAL</b>	61
<b>11.2.- MOSTRA CMA</b>	64
<b>11.3.- MOSTRA NMA</b>	79

## 1.- JUSTIFICACIÓ DE LA RECERCA

Segons la Societat Espanyola de Neurologia (SEN) la principal causa de deteriorament cognitiu a escala mundial és l'Alzheimer, catalogant-la com la "verdadera epidèmia estructural del segle XXI". A més, segons l'OMS és una de les causes principals de mortalitat, discapacitat i dependència. L'any 2015, un estudi de l'Alzheimer's Disease International, va datar uns 46 milions de persones amb demència al món, fent una estimació per al 2050 de gairebé el triple de població amb demència (Geriatricarea, 2021).

Amb el transcurs dels anys, he anat observant de forma propera el transcurs d'aquesta malaltia, amb la desesperació que comporta el no estar informat dels processos pels quals una persona amb MA passa, i per això penso que és necessari conscienciar a la població sobre aquesta malaltia amb tanta prevalença avui en dia. Com a forma de conscienciació, he volgut avaluar el coneixement i la perspectiva de la població.

Com a observació personal, l'Alzheimer és una malaltia popularment coneguda, però que no es coneix tota la seva simptomatologia, reduint-se a pèrdues de memòria cada vegada més agudes. D'altra banda, també és habitual l'ús de la paraula Alzheimer a forma de broma, com a referència a oblidar-se de les coses per part de molts individus, especialment jovent.

## **2.- INTRODUCCIÓ TEÒRICA**

### **2.1.- L'Alzheimer**

La malaltia d'Alzheimer (MA) es defineix com a malaltia neurodegenerativa que afecta de forma progressiva i de duració variable, uns 8-12 anys aproximadament (Jiménez & Vargas, 2007). És una de les formes més comunes de demència, essent aquesta de progressió lenta i va ser descrita per Alois Alzheimer l'any 1906, nomenada així per Emil Kraepelin (Möller & Graeber, 1998). Encara que en faci més de cent anys de la seva observació, no s'hi ha trobat la causa ni la cura de forma totalment verídica, actualment existeixen diverses hipòtesis de la seva aparició (més endavant explicades) sense haver-se establert un consens clar, i també hi ha tractaments per a l'endarreriment de la gravetat clínica, sense arribar a frenar la malaltia.

#### **2.1.1.- Criteris diagnòstics**

Per al seu diagnòstic trobem diferents criteris segons el manual o tipus de classificació. Tal com relaten López-Álvarez i Agüera-Ortiz (2015) l'Associació Psicogeriatràtica Internacional (IPA), des de 1999 reconeix la importància de tenir en compte, tant símptomes cognitius, com els símptomes psicològics i conductuals d'aquesta demència (López-Álvarez, & Agüera-Ortiz, 2015).

Podem optar per la Classificació Internacional de Malalties (CIE-10) aportada per l'OMS, pel Manual Diagnòstic i Estadístic de Malalties Mentals (DSM-5) per l'Associació Americana de Psiquiatria (APA) i l'ofert per l'Institut Nacional de Malalties Neurològiques i de Comunicació i l'Associació d'accidents vasculars, Alzheimer i malalties relacionades (NINDCS-ADRDA), el qual ha quedat en desús i ha propiciat l'aparició dels criteris creats per l'Institut Nacional de l'Envel·liment (NIA) i l'Associació d'Alzheimer (AA), els criteris NIA-AA (com es cita en López-Álvarez, & Agüera-Ortiz, 2015).

El seu diagnòstic, tant que no és verídic fins a un examen post-mortem, es pot establir com a probable o possible segons el compliment de certs criteris i el sistema de diagnòstic utilitzat.

## **CIE-10**

Estableix que almenys durant 6 mesos, s'han de produir deterioraments a la memòria, al pensament i raonament i interferir en les activitats de la vida diària (AVD). La persona ha de mantenir un nivell de consciència normal i també s'han de referir alteracions del comportament social, control emocional i la motivació. Tots aquests deterioraments han d'haver estat informats pel mateix pacient o per l'anamnesi d'una tercera persona (López-Álvarez, & Agüera-Ortiz, 2015).

## **DSM-5**

Enquadra la MA dins dels trastorns neurocognitius, existint tres tipus d'aquests; trastorn neurocognitiu menor, trastorn neurocognitiu major i delírium. A més d'un principal dèficit en memòria, s'ha d'acompanyar d'almenys un dèficit en: la praxi, gnosis, funcions executives, o una alteració afàsica, i aquests dèficits han de ser significatius en comparació a un nivell previ (informat pel mateix individu, un informador o el clínic professional). De la mateixa manera que contempla la CIE-10, aquestes alteracions han d'incidir en la vida diària provocant un canvi en el funcionament diari. S'ha de descartar la possibilitat que els símptomes siguin causats per la presència d'un delírium (López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015). Així doncs, per al seu diagnòstic s'ha d'avaluar; l'atenció, memòria, aprenentatge, llenguatge, funcions visuoperceptives i visoconstructives, funcions executives i cognició social. Un cop establert el diagnòstic de trastorn neurocognitiu, s'ha d'especificar el subtipus segons la causalitat, on trobem la causada per la malaltia d'Alzheimer (López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015).

### **2.1.2.- Simptomatologia**

Les alteracions causades per la malaltia d'Alzheimer, es poden classificar en tres grans àmbits; alteracions cognitives, funcionals i psicològiques i conductuals (Antúnez, 2013). És necessari tenir en compte que la MA afecta cada persona de forma diferent, essent un transcurs diferent per a cada persona i apareixent unes alteracions de forma més lleu o menys.

## Alteracions cognitives

La principal i més notable alteració cognitiva observada en les persones amb la MA és la memòria, amb una afectació en tots els tipus d'aquesta (recent, semàntica, etc.) i amb un especial èmfasi en la memòria recent, ja que és la primera a afectar-se de forma més precoç (Ferreiro, Vega, & Rodríguez, 2003) i, per tant, incapacita a la generació de nous records. Primàriament, es sol manifestar amb oblits (Peña-Casanova, 1999).

El llenguatge és també un dels principals signes observats a la MA. En les fases inicials s'observen diferents alteracions a nivell lèxic i semàntic pel qual presenten una anomia, entesa com una incapacitat per trobar noms tant propis com comuns. Aquests problemes de llenguatge també es relacionen amb els problemes de memòria (Pérez, 2005; Ventura, 2019).

Es produeixen alteracions en la pràxia de forma que els moviments coordinats i fins cada vegada disminueixen, produint dificultats en algunes activitats com el vestir-se (Pinto, 2007).

La percepció (o gnòsia) es veu alterada, de forma que hi ha una incapacitat per a reconèixer objectes percebuts amb els sentits (Pérez, 2005; Pinto, 2007). L'alteració gnòsica més freqüent és l'anosognòsia o ignorància del dèficit Barquero & Payno (2007).

L'atenció, tal com relata Pérez (2005), és el procés pel qual la persona limita la seva activitat mental cap a un objectiu i aquest es veu minvat al llarg de la MA, relacionat amb la problemàtica en la memòria.

L'orientació es veu afectada de forma precoç, essent un dels signes d'alerta. Trobem problemes de desorientació temporal (no recordar el dia), espacial o personal; referit a la identitat pròpia; nom, edat... (Lerín Sicilia, 2013; Pinto, 2007).

Quant a l'activitat motriu trobem apràxies tan constructives com ideomotrius, incapacitant a la persona a realitzar moviments seqüencials que prèviament es van aprendre i incapacitant en estadis més avançats de la malaltia

un ús correcte dels objectes d'ús més comú com el raspall de dents o la forquilla (Lerín Sicilia, 2013; Pinto, 2007).

Les funcions executives s'alteren provocant una síndrome disexecutiva, impedit a la persona organitzar o planificar, regular la pròpia conducta, establir judicis... Per últim, trobem alteracions en el càlcul produint-se una acalcúlia evident, de forma que els números acaben perdent el seu valor numèric produint problemes en la vida diària de la persona (Lerín Sicilia, 2013; Pinto, 2007).

### Alteracions funcionals

Les alteracions funcionals són aquelles que impedeixen un funcionament normal a la vida de les persones amb la MA, afectant principalment a les AVD. A l'inici de la malaltia, aquestes alteracions afecten les Activitats Avançades de la Vida Diària (AAVD), aquelles activitats més complexes que permeten a l'individu desenvolupar un paper social; anar a treballar, portar els comptes de la casa, pagar factures... Més endavant es veuran afectades les Activitats Instrumentals de la Vida Diària (AIVD), essent aquests les que permeten una adaptació a l'entorn i una independència respecte a la comunitat; moure's en autobús per la ciutat, fer la compra... Per últim, en estats més avançats de la MA, s'afecten les Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD), fent de la persona afectada per la MA una persona totalment dependent per a activitats com l'alimentació, l'ús del lavabo, la higiene personal, horaris de son, etc. (Lerín Sicilia, 2013; Pinto, 2007).

### Alteracions psicològiques i conductuals

Els pacients amb la MA, també presenten alteracions psicològiques i en el comportament, essent aquestes alteracions unes de les pitjors viscudes per l'entorn. Aquestes apareixen principalment als estadis inicials de la malaltia, així com a la fase moderada, desapareixent en la tercera i última fase avançada degut a l'avançat grau de deteriorament (Peña-Casanova, 1999; Pinto, 2007). En realitzar-se el diagnòstic de MA, és comú presentar anosognòsia, puix que la persona pot negar la malaltia o ser inconscient d'aquesta (Peña-Casanova, 1999) Alguns pacients manifesten deliris (creences errònies o impossibles), així com al·lucinacions (percepcions sensorials irreal) visuals i auditives principalment (Peña-Casanova, 1999; Pinto, 2007). També es troba un canvi en la personalitat a la majoria dels casos, tornant-se més agressius, rígids o apàtics i desinhibits

(Peña-Casanova, 1999; Pinto, 2007). Conjuntament, els canvis d'humor com la depressió o ansietat, també resulten comuns en la MA (Lerín Sicilia, 2013; Peña-Casanova, 1999). També es produeixen disfuncions neurovegetatives, per exemple un insomni o excés de son, trastorns de la conducta alimentaria i de l'activitat sexual, que conjuntament amb el seguiment persistent al cuidador, poden propiciar a una síndrome del cuidador cremat, explicat més endavant (Peña-Casanova, 1999).

**Taula 1.** Quadre resum de les alteracions cognitives, funcionals, psicològiques i del comportament de l'Alzheimer.

<b>Alteracions cognitives</b>	<b>Alteracions funcionals</b>	<b>Alteracions psicològiques i conductuals</b>
Memòria	AAVD	Deliris
Percepció (gnosis)	AIVD	Al·lucinacions
Atenció	ABVD	Anosognòsia
Llenguatge		Alteracions de la personalitat
Orientació		Canvis d'humor
Praxis		Seguiment persistent al cuidador
Càlcul		Funció neurovegetativa
Funcions executives		

Font: Elaboració pròpia

### **2.1.3.- Etiologia**

L'origen de la MA, s'ha vist associada a diferents factors, sense haver-se establert encara un consens sobre la causa definitiva, ja que encara queda investigació en aquest camp. No obstant això, en aquests moments podem trobar diferents hipòtesis que es troben en actual investigació:

#### Hipòtesis genètica

Actualment, és la hipòtesi més acceptada, aquesta postula que existeix un factor genètic que, donats uns factors ambientals augmenta la possibilitat de desenvolupar la MA. Es basa en la troballa de tres mutacions genètiques als cromosomes 14 i 1, dels gens de la presenilina 1 i 2, així com el de la proteïna

precursora  $\beta$ -amiloide al cromosoma 21. Aquestes mutacions serien les causants de la MA presenil. En quant a l'alzheimer senil s'ha trobat un gen al cromosoma 19 que augmenta la susceptibilitat, concretament és l'al·lel APOE $\epsilon$ 4 del gen de l'Apolipoproteïna E, ja que en estudis s'ha corroborat que la presència d'aquest és més elevada en casos que han presentat la MA (Suay Llopis & Ballester Díez, 2002).

#### Hipòtesis de l'alumini

La hipòtesi de l'alumini, es basa en els resultats d'estudis realitzats en els quals s'ha observat una major exposició a l'alumini en persones que han patit la MA. Aquests estudis encara no permeten establir unes conclusions de forma exacta, però sí que han permès establir relacions entre el dany mental i el grau d'exposició a aquest metall. Cal destacar que encara no s'ha establert un consens dins la comunitat científica a causa de les limitacions que comporten aquest tipus d'estudis, començant per la incapacitat de diagnòstic clar de la MA en un individu viu o l'establiment d'un percentatge clar d'exposició diària al metall (Suay Llopis & Ballester Díez, 2002).

#### Altres hipòtesis

- Hipòtesis autoimmunitària
- Hipòtesis del virus no convencional

### **2.1.4.- Classificació**

La MA es pot classificar segons dos criteris: en funció de l'edat en què s'inicia, on trobem la senil (o tardana) i presenil (o primerenc), o en funció de la causa, on trobem la familiar i l'espòrica. Aquestes classificacions es troben relacionades entre sí, doncs és comú que un Alzheimer de tipus presenil, alhora sigui familiar, així com un Alzheimer senil sol ser espòric.

La MA presenil es dona en un 2,5% dels casos d'Alzheimer i és aquell que es presenta abans dels 65 anys. Es relaciona amb el tipus familiar (solen ser famílies on hi ha constància d'haver tingut casos d'Alzheimer), ja que s'han trobat diverses alteracions en gens encarregats de sintetitzar la proteïna precursora amiloide, la presenilina 1 i la presenilina 2 (Lopera, 2004).

La MA senil és el tipus més comú d'Alzheimer constituint més del 95% dels casos segons Barquero & Payno (2007), essent aquell Alzheimer que es presenta després dels 65 anys. Es relaciona amb el tipus esporàdic, ja que se'n desconeix la seva causa, però sí que s'han observat certs factors genètics que podrien relacionar-se amb la seva aparició, però sempre amb influència mediambiental. Concretament, s'han observat alteracions al cromosoma 19, al gen de la apolipoproteína E (al·lel ApoE 4), essent aquest el factor genètic que es considera més important en aquests moments per a la detecció de l'Alzheimer senil i esporàdic (Lopera, 2004).

### **2.1.5.- Fases**

La MA és una malaltia que ocasiona una destrucció lenta i de forma progressiva de l'escorça cerebral i se'n poden distingir tres fases:

#### **Primera fase o fase lleu (2-5 anys)**

Els dèficits observats principalment són les falles de memòria (principalment episòdica recent) i els problemes que comporten en l'àmbit social. També podem trobar alteracions en l'atenció i concentració, així com canvis en la personalitat i problemes de judici i en la memòria semàntica (Antúnez, 2013; Donoso, 2003). Un cop es realitza el diagnòstic, alguns pacients presenten signes d'anosognòsia. És crucial saber diferenciar aquests dèficits d'un Alzheimer primerenc dels propis processos d'envelliment, ja que és molt comú la seva confusió així com buscar altres dèficits més enllà de la memòria, perquè es parlaria d'una altra síndrome (Antúnez, 2013; Donoso, 2003).

#### **Segona fase o fase moderada (2-10 anys)**

A la segona fase es comencen a fer més evidents els problemes de la fase anterior, incrementant-se aquest dèficit cognitiu. Comencen a aparèixer problemes d'orientació espacial i temporal i amb el llenguatge escrit i parlat (afàsies i dificultats en la comprensió). També es comencen a donar apràxies i anomies i el seu comportament comença a veure's afectat. La seva capacitat de reconeixement i manipulació d'objectes quotidians empitjora, però encara conserva la seva capacitat de moviment, encara que pot requerir ajuda per a caminar (Donoso, 2003; Martínez, 2002). Les AVD comencen a veure's afectades, sobretot aquelles més complexes. En aquest moment els cuidadors passen a tenir

un control més exhaustiu del dia a dia del malalt, ja que aquest conserva la capacitat de moviment i augmenta el risc de caigudes o accidents (Antúnez, 2013; Donoso, 2003).

### **Tercera fase o fase avançada**

En aquesta última fase, el pacient perd gradualment la capacitat de moviment, fins a quedar postrat al llit, també es dona una pèrdua gradual del control d'esfínters. Es veuen afectats tots els dominis cognitius, apareixent agnòsies extremes, afàsies i apràxies. Conductualment, es tornen totalment passius i la seva autonomia és nul·la, depenent totalment del cuidador per al desenvolupament de les seves AVD. Aquesta fase pot durar des d'uns mesos fins a mesos o anys, ja que cada malaltia té la seva temporalitat, essent aquesta la fase terminal de la malaltia (Antúnez, 2013; Donoso, 2003; Martínez, 2002).

**Taula 2.** Quadre comparatiu de les tres fases de l'Alzheimer i la simptomatologia principal. Adaptat de Antúnez, 2013.

<b>Fases de la MA</b>	<b>Primera fase</b>	<b>Segona fase</b>	<b>Tercera fase</b>
Duració	2-5 anys	2-10 anys	De setmanes a mesos o anys
Característiques	Memòria i llenguatge alterats	AVD complexes afectades	AVD impossibles sense supervisió
	Menys capacitat de concentració	Dificultats de comunicació	Afàsia
	Desorientació temporal i espacial	Dificultat de coordinació	Apràxia
	Canvis en la personalitat	Alteració del comportament	Agnòsia extrema
			Pèrdua del control d'esfínters
			Pèrdua de les capacitats motores
			Pèrdua de la consciència

Font: Adaptat de Antúnez, 2013.

### **2.1.6.- Factors de risc i protectors**

Tot i no tenir una etiologia clara, existeixen certs factors de risc ambientals i no ambientals que augmenten la probabilitat de patir la MA segons diversos estudis.

#### **Edat i sexe**

Un dels principals factors de risc per desenvolupar la MA, és l'edat. S'ha vist que a causa de l'augment d'esperança de vida i en conseqüència l'envelliment demogràfic de la població, els casos de diagnòstic d'Alzheimer estan augmentant amb el temps, amb especial èmfasi en els països en desenvolupament (Zhang et al., 2021). De fet, s'ha observat com la prevalença a partir dels 65 anys, es duplica cada 5 anys (Launer et al., 1999; Ventura, R., 2019). La gran majoria de casos d'Alzheimer, tal com comenten Barquero & Payno (2007), són de tipus senil, per la qual cosa l'edat és superior als 65 anys.

Quant al sexe com a factor de risc, s'ha reportat més prevalença en les dones (Barranco-Quintana et al., 2005), tot i que s'ha de mencionar que l'esperança de vida és major en dones segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE, 2021).

#### **Genètica i història familiar**

Actualment, es desconeix l'etiologia de la MA, però s'han trobat gens que poden determinar l'aparició d'aquesta; el gen codificant de la proteïna presenilina 1 i 2 i el gen codificant de la proteïna precursora amiloide, en els diagnòstics de MA de tipus presenil (Barranco-Quintana et al., 2005; Lopera, 2004). Com a gen predisposant a la MA senil, trobem l'al·lel e4 del gen codificant de l'apolipoproteïna E (APOE) al cromosoma 19 (Barranco-Quintana et al., 2005), però encara sense un consens del tot clar.

La història familiar representa un petit augment en la probabilitat de patir la MA, aproximadament unes 2-7 vegades més, si una persona té un familiar amb la MA. S'ha trobat que un 40% de persones amb MA tenen o han tingut un familiar amb demència (Falcón, 2020).

## **Altres factors de risc modificables**

Existeixen altres factors de risc que es poden controlar al llarg de la vida de l'individu, de forma que disminueixin la probabilitat d'una MA: L'educació i l'activitat mental i els antiinflamatoris actuen com a factors protectors, i els problemes cardiovasculars actuen com a factor de risc. Alguns autors també parlen de metalls com l'alumini com a factor de risc, creant-se hipòtesis sobre l'etiologia de la MA (Barranco-Quintana et al., 2005; Falcón, 2020).

### **2.1.7- Tractament**

#### **Farmacològic**

Actualment, disposem de fàrmacs que permeten modificar el transcurs de la MA, amb els objectius de; prevenir o reduir aquesta degeneració de les cèl·lules neuronals, potenciar les neurones no afectades per la degeneració i el metabolisme cerebral i disminuir els símptomes derivats d'aquest deteriorament cognitiu per a proporcionar el màxim d'autonomia del pacient, una millor qualitat de vida a l'afectat i el seu cercle i evitar els símptomes psicològics, funcionals i conductuals. Aquest tractament es basa principalment en l'acció contra els neurotransmissors que es veuen afectats per la MA, l'acetilcolina i el glutamat, utilitzant inhibidors de l'acetilcolinesterasa com la Galantamina, Rivastigmina o Donepezilo i bloquejants glutamatèrgics com la Memantina (Pinto, 2007).

#### **No farmacològic**

Aquest tractament va encaminat a compensació de les pèrdues neuronals i funcionals de les persones amb la MA. Els tractaments no farmacològics es basen en l'estimulació del cervell per a crear connexions neuronals noves i enfortir les que ja existeixen durant el major temps possible abans de la inevitable degeneració d'aquestes, per a mantenir el major temps possible les funcions i independència de la persona (Pinto, 2007).

**Taula 3.** Teràpies no farmacològiques utilitzades en la MA segons Muñiz & Olazarán (2009)

<b>Teràpies no farmacològiques</b> (Muñiz & Olazarán, 2009)	Musicoteràpia
	Estimulació cognitiva i sensorial
	Teràpies recreatives
	Relaxació i massatges
	Teràpia amb animals
	Entrenament en les AVD
	Artteràpia
	Reminiscència

Font: Elaboració pròpia

## **2.2.- El cuidador**

Els cuidadors principals són aquelles persones que es fan càrrec d'aquelles necessitats bàsiques i psicosocials del qui pateix la MA (Falcón, 2020). Alguns cuidadors han de canviar radicalment el ritme de la seva vida, propiciant a canvis en el nivell d'estrès i ansietat, incrementant així la possibilitat de desenvolupar l'anomenat Síndrome del cuidador cremat (Falcón, 2020).

### **2.2.1.- Síndrome del cuidador cremat**

Aquesta síndrome, no és un símptoma en el mateix pacient d'Alzheimer, però sí en els seus cuidadors. Va ser descrit als Estats Units el 1974, descrivint-se com a un desgast de la persona cuidadora del malalt d'Alzheimer tant a escala física com emocional, on la persona sent que aquesta tasca de cuidar li supera i es desborda (Martínez, 2002; Antúnez, 2013).

### **2.2.2.- La feminització en els cuidadors**

Cal destacar, que s'ha trobat evidència de la feminització de les cures de demències com la de tipus Alzheimer. Segons Urbano & Villanueva (2012), els perfils dels cuidadors principals són en dos terços de la població dones i com afegeix Martínez (2002) més concretament es comprenen en edats d'entre 45-65 anys. Aquesta feminització se'n ve explicada per factors socials, ja que l'educació i els valors associats en la societat a les dones, l'etiqueten com a més preparada i capacitada per a la realització d'aquest tipus de tasques (Martínez, 2002). Arreseigor (2021), afegeix a més que la feminització es dona no tan sols a les cases dels familiars amb un membre amb MA, sinó que aquesta feminització també s'ha fet evident en les pròpies institucions encarregades d'oferir aquest tipus de cures (com les residències o centres de dia). Segons explica Arreseigor (2021), una de les conseqüències produïdes arran de la pandèmia, és la domesticació de les cures a persones dependents, essent un fet que aquesta domesticació recau en mans de les dones en el seu domicili.

### **2.3.- COVID-19 i Alzheimer**

Al desembre de l'any 2019, Wuhan (Xina) va llançar una advertència sobre una nova malaltia respiratòria greu, identificada ràpidament com a coronavirus (SARS-CoV-2). El gener de 2020, l'OMS va declarar l'estat d'alerta sanitària degut a la seva alta capacitat de contagi. El contagi es produeix per via respiratòria per secrecions o també per contacte directe. S'han produït en l'actualitat uns 90 mil casos en els cinc continents, considerant-se doncs una pandèmia.

Degut a l'empitjorament de contagis a causa del virus COVID-19, les autoritats van proposar unes mesures anticontagis, incloent en aquestes el confinament i aïllament i més endavant les distàncies socials i ús de mascareta, especialment recomanables per als qui superaven els 65 anys, considerats persones vulnerables als efectes del virus (Villegas-Chiroque, 2020). Aquestes mesures restrictives poden intensificar el deteriorament cognitiu dels qui tenen la MA (Ciaccio et al., 2021), puix que poden provocar efectes negatius en les persones causant un augment de la irritabilitat, insomni o inclús depressió (Rainero et al., 2021).

Quant als cuidadors i familiars respecta, s'ha postulat que la pandèmia ha provocat danys emocionals, a causa del confinament i al tancament d'hospitals de dia i residències què ha provocat un règim de visites mínim o inclús nul. El confinament provocat per la pandèmia i les restriccions va provocar un augment del nivell d'ansietat, depressió i d'estrès, el qual ja es troba en nivells alts en aquest grup de persones (Alzheimer's & dementia, 2021). S'ha observat com aquest període de quarantena ha resultat en un increment dels casos de Síndrome del cuidador cremat, caracteritzat per l'ansietat principalment (Rainero et al., 2021). El distanciament físic imposat per les autoritats suposa un canvi en la rutina de les persones amb MA, doncs les activitats socials, rutines individuals o comuns ja no eren viables en la situació de pandèmia. Aquest canvi en les rutines va suposar per a un nombre elevat de persones una acceleració en la simptomatologia (Alzheimer's & dementia, 2021).

Els estudis sobre els efectes del confinament en persones amb demència són encara escassos, però aquells realitzats, tal com el de Rainero et al. (2021) constaten que la majoria dels familiars dels pacients amb MA van notar canvis en la simptomatologia d'aquests, ja que trobaven un empitjorament en els símptomes cognitius i conductuals, alguns familiars també relaten nous símptomes conductuals i un empitjorament dels símptomes motors. Aquests símptomes cognitius en major part van ser la confusió i l'oblit i alguns també mostraven desorientació temporal. Pel que fa als símptomes conductuals que varen empitjorar, assenyalen que són la irritabilitat, apatia i agitació. Alguns pacients van desenvolupar nous símptomes conductuals com l'alteració de la son. Els símptomes motors fan referència principalment a dificultats en la marxa, una part dels familiars dels pacients amb Alzheimer van reportar canvis en aquests. Finalment, s'ha vist que el fet de conèixer sobre la declaració de quarantena per la COVID-19 té efectes en l'empitjorament dels citats símptomes; aquells que podien entendre la necessitat d'aquestes mesures varen resultar els que presenten menys empitjorament.

Pel que fa al virus COVID-19 com a factor de risc, aquest pot provocar neuroinflamació, cosa que torna més vulnerable als ancians a causa de la seva resposta immunitària menys eficient. Aquesta neuroinflamació pot provocar una neurodegeneració, causa principal de la MA, augmentant així la seva possibilitat

de desenvolupament de la MA o altres malalties neurodegeneratives. També s'ha demostrat amb estudis de neuroimatge, que una infecció greu de COVID-19, provoca danys a la substància blanca, fet que també ocorre en etapes primerenques de la MA, afavorint d'aquesta forma la progressió de la malaltia i el deteriorament cognitiu (Ciaccio et al., 2021).

Per acabar, s'han trobat diversos mecanismes patològics que semblen estar involucrats en l'augment del risc de desenvolupar la MA en pacients amb COVID-19, no obstant cal destacar què segueix en incògnita l'increment de probabilitats de desenvolupar la MA si hi ha una infecció de COVID-19 (Ciaccio et al., 2021). L'impacte de la COVID-19 a les persones amb Alzheimer, és encara desconegut en la seva totalitat.

### **3.- OBJECTIUS/ CONTEXT**

#### **3.1.- Objectiu general**

Fer una anàlisi exploratori sobre el coneixement i perspectiva actual que es té de la malaltia d'Alzheimer en funció del contacte que es té amb la malaltia.

#### **3.2.- Objectius específics**

- Analitzar i comparar el coneixement general que es té de la MA segons el contacte que es té amb la malaltia.
- Conèixer quina és la font principal d'informació sobre la MA.
- Explorar l'afectació que ha tingut la situació de pandèmia ocasionada per la COVID-19 en la vida de les persones amb MA i els seus familiars/cuidadors i conèixer la percepció d'aquestes afectacions segons el contacte o no amb la MA.
- Comprovar si es produeix una feminització de la mostra composta per persones en contacte amb la MA.

#### **3.3.- Hipòtesis**

**Hipòtesi 1.** S'espera que el nivell de coneixement dels participants en contacte amb la MA sigui superior al dels participants que no estan en contacte amb la MA.

**Hipòtesi 2.** S'espera que la principal font d'informació sobre la MA sigui, en el cas de la mostra no en contacte amb la MA, els mitjans de comunicació i, en el cas de la població en contacte amb la MA, la seva pròpia vivència propera en el treball o en la pròpia família.

**Hipòtesi 3.** S'espera que les conseqüències trobades arran de la pandèmia per la COVID-19 en els pacients amb Alzheimer siguin un empitjorament dels seus símptomes i un augment de la síndrome del cuidador cremat en els seus cuidadors.

**Hipòtesi 4.** S'espera que la mostra no en contacte amb la MA puntuï les preguntes relacionades amb la pandèmia per la COVID-19 amb un nivell inferior a les puntuades pels participants que sí que estan en contacte amb la MA.

**Hipòtesi 5.** S'espera que el sexe dels participants en contacte amb la malaltia d'Alzheimer reflecteixi una feminització.

## 4.- METODOLOGIA

### 4.1.- Participants

Els participants totals d'aquesta investigació han estat 163 de la població general, dels quals 105 eren dones, 57 homes i 1 d'altres gèneres, residents a Catalunya. Tots els participants han declarat la seva conformitat en la participació en aquest estudi de forma totalment voluntària. Les edats oscil·len entre 18 anys i més de 65 anys, havent-hi una predominança de mostra entre 25 i 49 anys (37,4%) en la participació total. Els participants es van dividir en dues mostres segons la resposta a l'ítem "¿Has tenido o tienes contacto cercano con una persona con la enfermedad de Alzheimer (familiar cercano, trabajo...)", un cop contestada la pregunta es redirigia als participants al qüestionari. La resposta a aquest ítem, va permetre establir dos grups: en contacte amb la MA (en endavant CMA) i no en contacte amb la MA (en endavant NMA).

La totalitat de la mostra CMA era coneixedora de la MA, un 74,4% amb un familiar proper amb la MA i un 25,6% pel seu treball o estudis. La gran majoria de la mostra NMA també és coneixedora de la MA (97,3%), amb tan sols dos participants (2,7%) no coneixedors.

**Taula 4.** Participants totals segons sexe i mostra

	Mostra CMA	Mostra NMA	<b>Mostra total</b>
Dones	66	39	105
Homes	23	34	57
Altres	1	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>73</b>	<b>163</b>

Font: Elaboració propia

## **4.2.- Instruments de recollida de dades**

La metodologia emprada per a la realització d'aquest treball, es basarà en la recerca d'informació sobre la malaltia d'Alzheimer en diverses fonts a la meua disposició, i seguidament per a l'obtenció de dades sobre el coneixement i percepció de la malaltia d'Alzheimer en la població, s'ha utilitzat un qüestionari realitzat per mi mateixa amb l'eina *Google Forms* en idioma castellà, per a una facilitació de la realització d'aquest, el qual està basat en l'*Alzheimer's Disease Knowledge Scale* de Carpenter et al. (2009). Aquesta tècnica és, la tècnica més utilitzada quan es desenvolupen investigacions de camp que requereixen una recopilació sistemàtica i estructurada d'informació d'un gran nombre de proveïdors d'informació (Meneses & Rodríguez-Gómez, 2011). El qüestionari s'ha fet arribar als participants per mitjà de vies de comunicació tals com *WhatsApp* i *Instagram*, gràcies a la difusió en cadena dels participants cap a gent del seu entorn.

Es tracta d'un qüestionari amb enfocament quantitatiu ja que es basa en la utilització d'un qüestionari amb preguntes tancades (a excepció d'una pregunta) per a refutar hipòtesis prèviament plantejades (Vega-Malagón et al., 2014). Els ítems presents varien en la seva formulació, doncs un és de resposta oberta, altres de múltiple opció de resposta i d'altres de selecció única, essent aquests últims els majoritàriament utilitzats; en forma de selecció de resposta correcta o en forma de resposta basada en l'escala Likert de 0 a 5 punts, entesa com a una escala amb una forma de mesurament ordinal, on es demana al subjecte què en aquesta escala ordinal amb dos pols extrems, indiqui la seva reacció a l'ítem de pregunta tal com explica Maldonado Luna (2012).

Aquest qüestionari compta amb un total de 43 ítems, els quals es poden classificar en diferents apartats, segons el tipus d'informació que es pregunta, essent aquests:

**Apartat introductori (6 ítems):** Apartat on el participant declara respondre de manera voluntària aquest qüestionari i indica les dades sociodemogràfiques (grup d'edat, sexe i nivell d'estudis). També s'hi classifica al participant en la mostra corresponent segons la resposta al segon ítem.

**Coneixement i percepció sobre la malaltia: coneixement general i coneixement clínic (31 ítems):** Aquest subapartat es basa en establir un nivell de coneixement bàsic per a cada individu, així com la font d'obtenció d'aquesta informació (estudis, familiars amb MA, mitjans de comunicació...). En l'apartat de coneixement general, les preguntes van dirigides a aquell coneixement què és més general sobre la malaltia d'Alzheimer: reversibilitat, inici de la malaltia, factors de risc en l'aparició i probabilitat de diagnòstic. L'apartat de coneixement clínic està compost per preguntes més concretes sobre la malaltia d'Alzheimer, per a establir una diferenciació més escrupolosa de la percepció, basant-se principalment en preguntes sobre simptomatologia (alteracions cognitives, funcionals i psicològiques o conductuals), les teories d'aparició, les teràpies no farmacològiques existents, les capacitats cognitives afectades, símptomes concrets o conseqüències per als cuidadors.

Per a l'avaluació del coneixement de la MA, s'han seleccionat deu ítems els quals puntuaran en funció de si la resposta és correcta o no. Aquests ítems conformen una petita escala d'avaluació del coneixement. Per a una resposta totalment correcta se sumaran 5 punts a la puntuació total del participant, en cas de no seleccionar-la la puntuació serà 0. La puntuació màxima que es pot obtenir és de 50 punts. Un cop calculades les puntuacions aconseguides per cada participant, s'establirà una puntuació mitjana per a cada mostra, segons a quina mostra pertany cada participant. D'aquesta forma es farà una posterior comparació de les puntuacions mitjanes obtingudes per cada mostra, per a establir un grau de coneixement on: 0-10 Molt poc coneixement, 11-20 una mica de coneixement, 21-30 ni molt ni poc coneixement, 31-40 bastant coneixement, 41-50 molt coneixement. Els ítems pertanyents a l'avaluació del coneixement de la MA són aquells pertanyents a l'apartat de coneixement general, a excepció d'un ítem pertanyent a l'apartat de coneixement clínic. Un cop obtinguts els resultats es procedirà a la comparació de mostres mitjançant l'ús del sistema SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

**Cuidador (2 ítems):** Apartat sobre el coneixement de problemàtiques associades al cuidador de la persona amb MA: la síndrome del cuidador cremat, així com la percepció de la feminització en les cures de la MA així com d'altres demències.

**Alzheimer i COVID-19 (4 ítems):** Per acabar, aquest apartat va dirigit a preguntes amb relació a les conseqüències i l'impacte que ha tingut la pandèmia per COVID-19 en els cuidadors i les persones amb la MA, per a conèixer la percepció de les mostres.

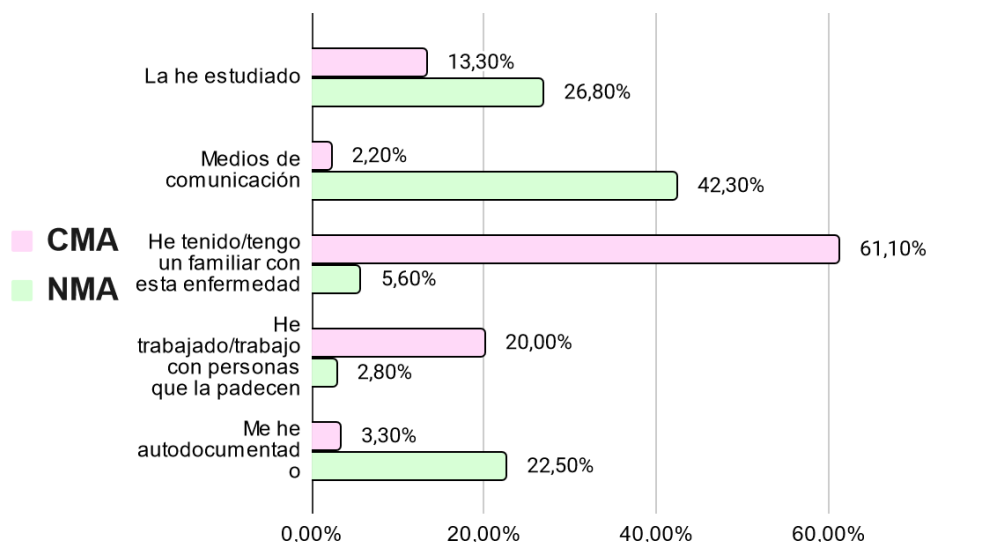
## 5.- RESULTATS / APORTACIONS

### 5.1.- Coneixement sobre MA

#### 5.1.1.- Font d'informació

**Figura 1.** Percentatge dels mitjans del coneixement de la MA segons mostra.

En caso afirmativo, ¿cómo la has conocido?



Font: Elaboració pròpia

Observem una gran diferència en el mitjà de coneixement de la MA en cada mostra. En la mostra CMA un 61,1% van conèixer la malaltia per un familiar amb la malaltia i un 20% pel seu treball. En contrast, veiem en la població NMA una tendència contrària, doncs els mitjans de coneixement principals són els mitjans de comunicació com la televisió o internet (42,3%), en estudis acadèmics (26,8%) o per autodocumentació (22,5%).

#### 5.1.2.- Coneixement de la MA

No s'observen diferències remarcables en les puntuacions obtingudes per part de les dues mostres als ítems que avaluen el coneixement de la MA. En el cas de la mostra CMA la mitjana de puntuacions obtingudes és de 35,11, mentre que la mitjana observada en les puntuacions obtingudes per la mostra NMA és de 32,40.

En cas de la mostra CMA, la puntuació més alta obtinguda correspon a 50 punts, significant doncs un coneixement molt alt de la malaltia. Aquesta puntuació correspon a la de 7 persones totals de la mostra CMA. Com a puntuació més baixa, trobem una puntuació de 10 sobre 50 la qual només correspon a una sola persona. En el cas de la mostra NMA, trobem una puntuació màxima aconseguida de 50 punts per tan sols una persona, significant molt coneixement de la malaltia. En canvi, com a puntuació més baixa, trobem una puntuació de 5 punts per part d'un sol participant, essent doncs un coneixement molt baix per part d'aquesta persona.

Segons les puntuacions totals obtingudes, podem observar una dispersió de puntuacions major en la mostra NMA en comparació a la mostra CMA, pel que podem establir una major homogeneïtat de respostes a la mostra CMA (veure Annex 2)

**Taula 5.** Anàlisi de la variància (ANOVA) de la variable coneixement entre la mostra CMA i NMA

<b>ANOVA</b>					
ConocimientoMA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	296,859	1	296,859	3,389	,067
Dentro de grupos	14104,368	161	87,605		
Total	14401,227	162			

Font: Elaboració pròpia

Segons l'Anàlisi de la variància realitzat en la variable coneixement de la MA, tenint en compte les puntuacions obtingudes en els ítems que conformen l'avaluació del coneixement de la MA, podem observar una significació major a 0.05, pel que podem establir que no hi ha diferències significatives en el coneixement de la MA en les dues mostres, pel que tenir un contacte proper no prediu un major coneixement en la MA.

**Taula 6.** Correlacions per a cada mostra entre les variables coneixement, estudis i sexe.

			<b>Correlaciones</b>		
Muestra			Conocimiento MA	Estudios	Sexo
CMA	ConocimientoMA	Correlación de Pearson	1	,269*	,020
		Sig. (bilateral)		,010	,851
		N	90	90	90
	Estudios	Correlación de Pearson	,269*	1	,066
		Sig. (bilateral)	,010		,538
		N	90	90	90
	Sexo	Correlación de Pearson	,020	,066	1
		Sig. (bilateral)	,851	,538	
		N	90	90	90
NMA	ConocimientoMA	Correlación de Pearson	1	,398**	-,032
		Sig. (bilateral)		,000	,790
		N	73	73	73
	Estudios	Correlación de Pearson	,398**	1	,346**
		Sig. (bilateral)	,000		,003
		N	73	73	73
	Sexo	Correlación de Pearson	-,032	,346**	1
		Sig. (bilateral)	,790	,003	
		N	73	73	73

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

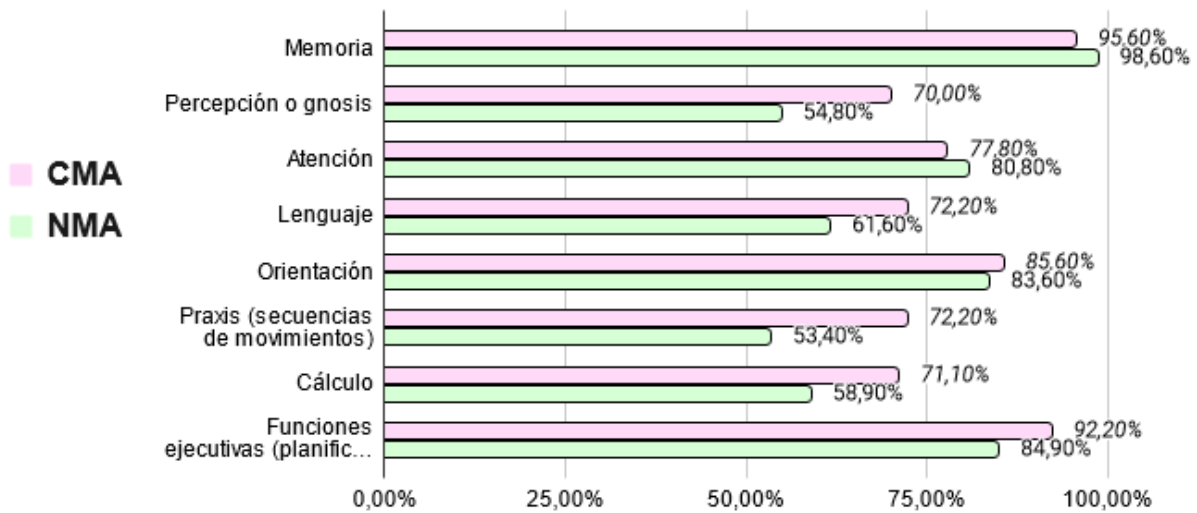
\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Font: elaboració pròpia

Al no haver obtingut diferències significatives en el coneixement segons el contacte o no amb la malaltia, es va procedir a realitzar una correlació de Pearson de les dues mostres amb les variables; coneixement de la MA, nivell d'estudis i sexe. Es va obtenir correlacions significatives entre el coneixement i el nivell d'estudis en la mostra CMA i NMA, essent el d'aquesta última molt significativa, pel que un major nivell d'estudis, indica un major coneixement de la MA. També es van trobar correlacions significatives entre sexe i estudis en la mostra NMA.

**Figura 2.** Gràfic de barres segons el percentatge de vegades que ha estat seleccionada una capacitat cognitiva afectada en la MA segons la mostra.

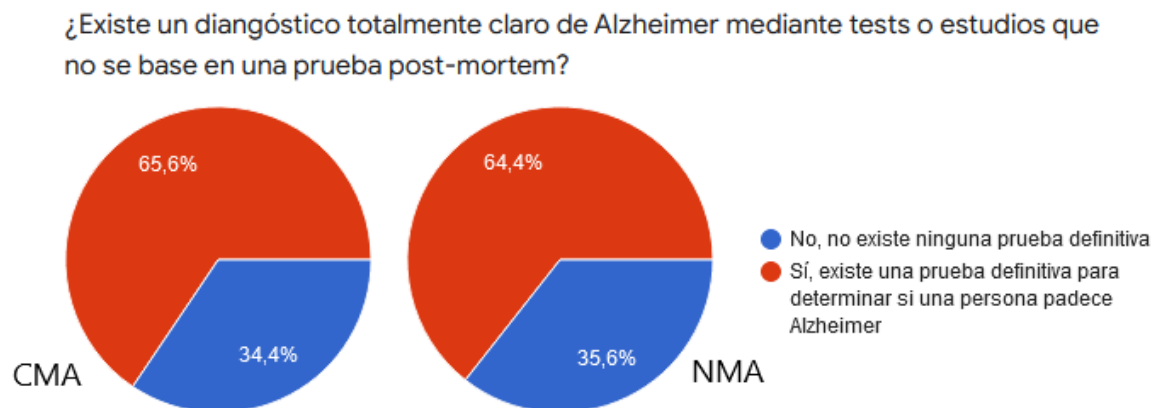
De las siguientes capacidades cognitivas, marque las que considera que se ven afectadas a lo largo de la Enfermedad de Alzheimer:



Font: Elaboració pròpia

La capacitat cognitiva afectada en la MA més escollida en les dues mostres ha estat la memòria, amb un 95,60% en la mostra CMA i un 98,60% en la mostra NMA. Tot i la ja demostrada diferència no significativa en les puntuacions d'ambdues mostres, s'observa una diferència evident en el percentatge de vegades que s'ha escollit cada capacitat cognitiva com afectada al llarg de la MA. Concretament, s'observa en les capacitats "Percepción o gnosis", "Lenguaje", "Praxis", "Cálculo" i "Funciones ejecutivas". Per tant, podríem establir que, tot i tenir el mateix coneixement, la mostra CMA en general és més conscient de les afectacions cognitives de la MA.

**Figura 3.** Percentatge de respostes sobre si existeix un diagnòstic totalment clar de la MA no basats en una prova post-mortem, segons la mostra.



Font: Elaboració pròpia

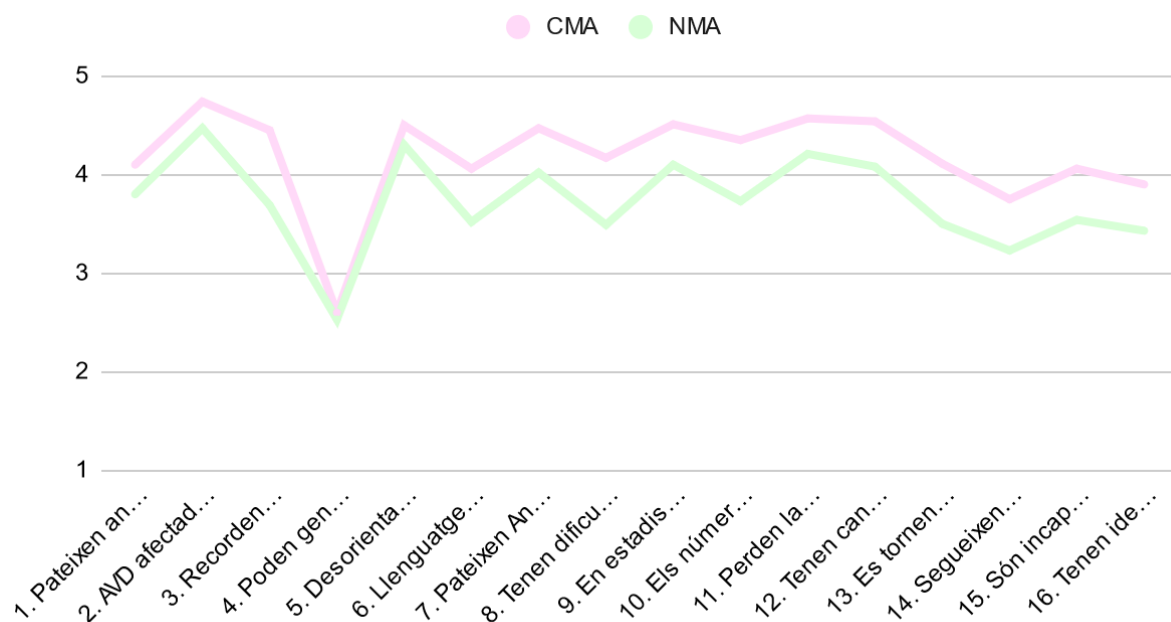
Un dels ítems utilitzat a l'avaluació del coneixement de l'Alzheimer, buscava veure el coneixement sobre el diagnòstic d'aquesta malaltia. Els resultats mostren a ambdues poblacions d'acord en l'existència d'una prova definitiva per a diagnosticar a un individu amb la MA de forma totalment clara, a excepció de l'anàlisi post-mortem que ho confirmi. En la mostra CMA aquesta resposta ha estat escollida pràcticament el mateix grau (65,6%) que en la mostra NMA (64,4%), així com la resposta que indica que no existeix cap prova definitiva per a establir un diagnòstic de MA ha estat escollida pràcticament d'igual forma (35,6%) que en la mostra CMA (34,4%). Cal destacar que avui dia no es coneix encara cap prova que diagnostiqui la MA de forma cent per cent verídica.

### 5.1.3.- Percepció de la malaltia

Sobre les hipòtesis de la causa de la MA, trobem un percentatge més alt de coneixement d'aquestes per part de la mostra CMA, amb un 51,1% de la mostra coneixent alguna hipòtesi, essent la hipòtesi genètica la més coneguda (43,3%). A la població NMA trobem un desconeixement de les hipòtesis per part d'un 63% de la mostra, amb un 31,5% de coneixedors de la hipòtesi genètica. En quant a les teràpies no farmacològiques, un 84,4% de la mostra CMA en son coneixedors d'almenys una, mentre que en la mostra NMA, el percentatge és inferior amb només un 63% de coneixedors d'alguna teràpia no farmacològica. En ambdós grups, la teràpia més coneguda és la teràpia d'estimulació cognitiva amb un 34,4% per a la mostra CMA i un 27,4% a la mostra NMA (Veure annex 3).

Tenint en compte els ítems de resposta d'escala Likert (1-5) en els que s'explora la percepció de la malaltia, podem observar una tendència per part de la població CMA a puntuar els símptomes expressats en els ítems com a més probables de succeir al llarg de la malaltia, tal com es pot observar en la figura 4.

**Figura 4.** Línia de tendència de les puntuacions mitjanes de CMA i NMA als ítems d'escala Likert (1-5).

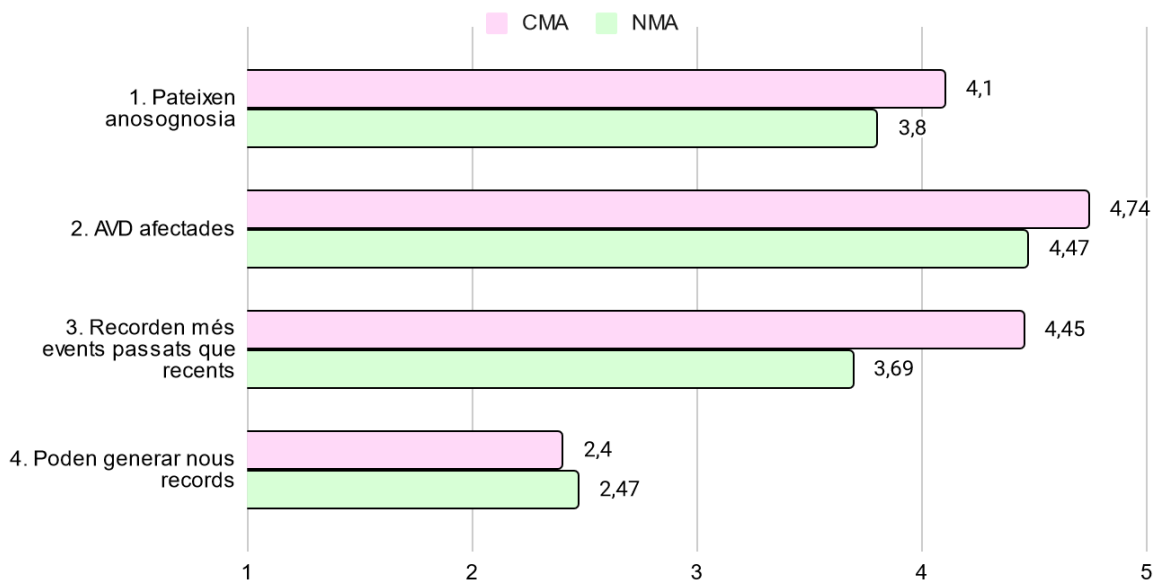


Font: Elaboració pròpia

Nota: Puntuacions segons una escala Likert on: 1- Gens probable 2- Poc probable 3- Pot ser o no probable 4- Bastant probable 5- Molt probable

S'observa una clara puntuació superior en la majoria dels ítems per part de la mostra CMA. La mitjana de puntuacions totals atorgades per CMA és de 4,18 i la mitjana de les puntuacions atorgades per NMA és 3,72 essent aquesta una puntuació lleugerament inferior.

**Figura 5.** Diagrama de barres de la puntuació mitjana als ítems del qüestionari sobre selecció del nivell en què es consideren probables les afirmacions en relació a la MA segons la mostra (ítems 1-4).



Font: Elaboració pròpia

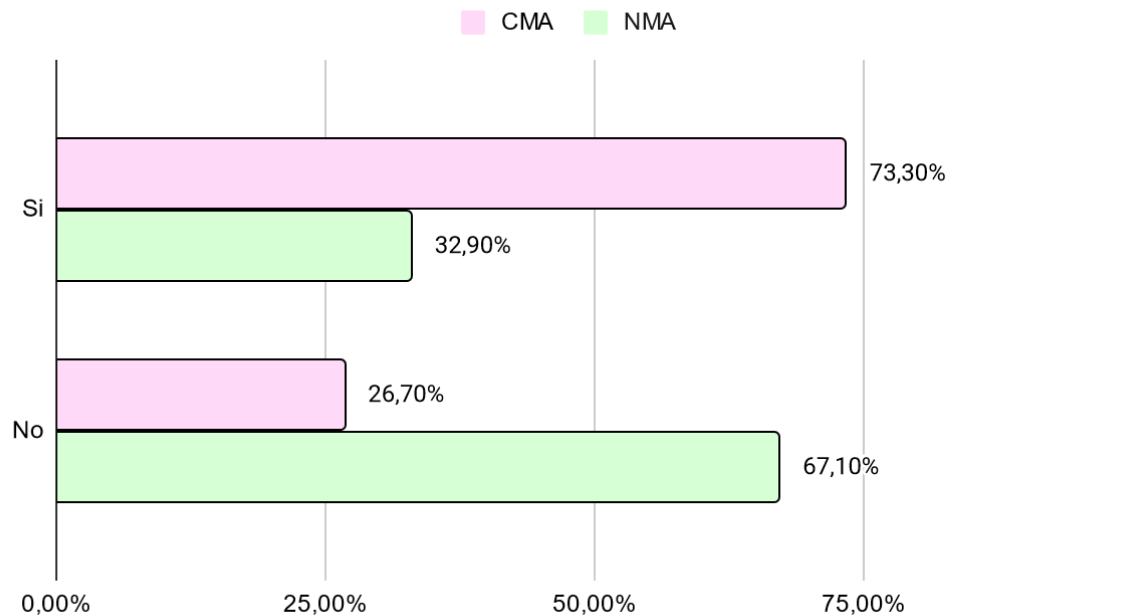
Cal destacar l'ítem número 4 (veure figura 5), ja que les puntuacions atorgades són inferiors, donat que l'ítem és considerat entre poc probable i pot ser o no probable, perquè es tracta d'un ítem invers. Tenint en compte això, podem dir què tant la població CMA com la població NMA consideren poc probable que puguin generar nous records.

En l'ítem número 3 observem una diferència notable entre les respostes de les dues mostres, doncs la mostra NMA considera entre ni molt ni poc probable i bastant probable el fet que els afectats per la MA puguin recordar més els esdeveniments passats que els recents. En comparació, la mostra CMA ho considera entre bastant i molt probable, obtenint una diferència de puntuació de 0,76 (veure Figura 5).

#### 5.1.4.- Cuidador

**Figura 6.** Percentatge de respostes a l'ítem "¿Conoces el síndrome del cuidador quemado?" segons mostra.

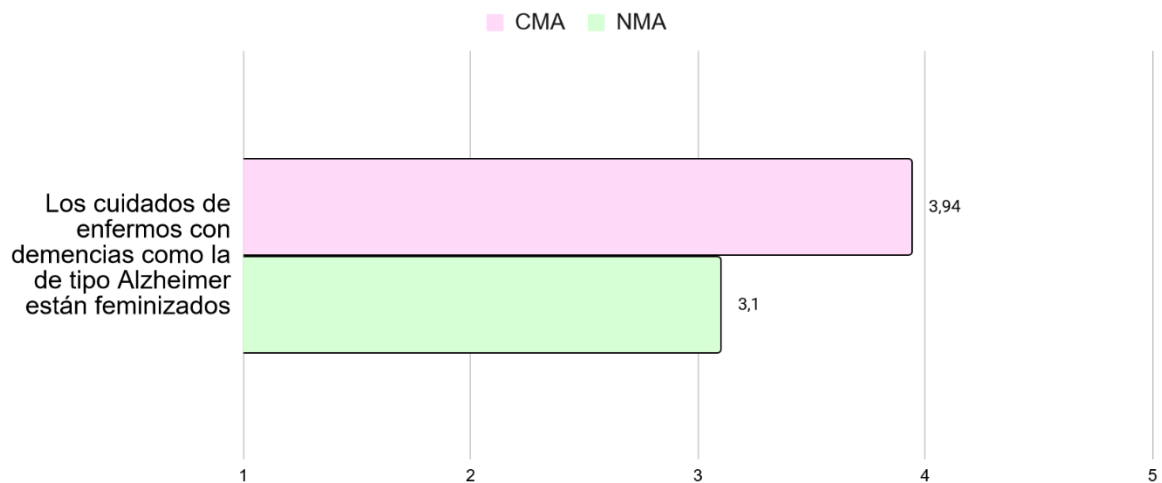
¿Conoces el síndrome del cuidador quemado?



Font: Elaboració pròpia

Observem una clara diferenciació en el coneixement sobre la síndrome del cuidador cremat en la mostra, ja que la majoria de la mostra CMA (73,30%) sí en són coneixedors, mentre que la majoria de la mostra NMA (67,10%) no en són coneixedors d'aquest síndrome (veure figura 6).

**Figura 7.** Diagrama de barres de la puntuació mitjana al ítem d'escala Likert "Los cuidados de enfermos con demencias como la de tipo Alzheimer están feminizados" segons la mostra.



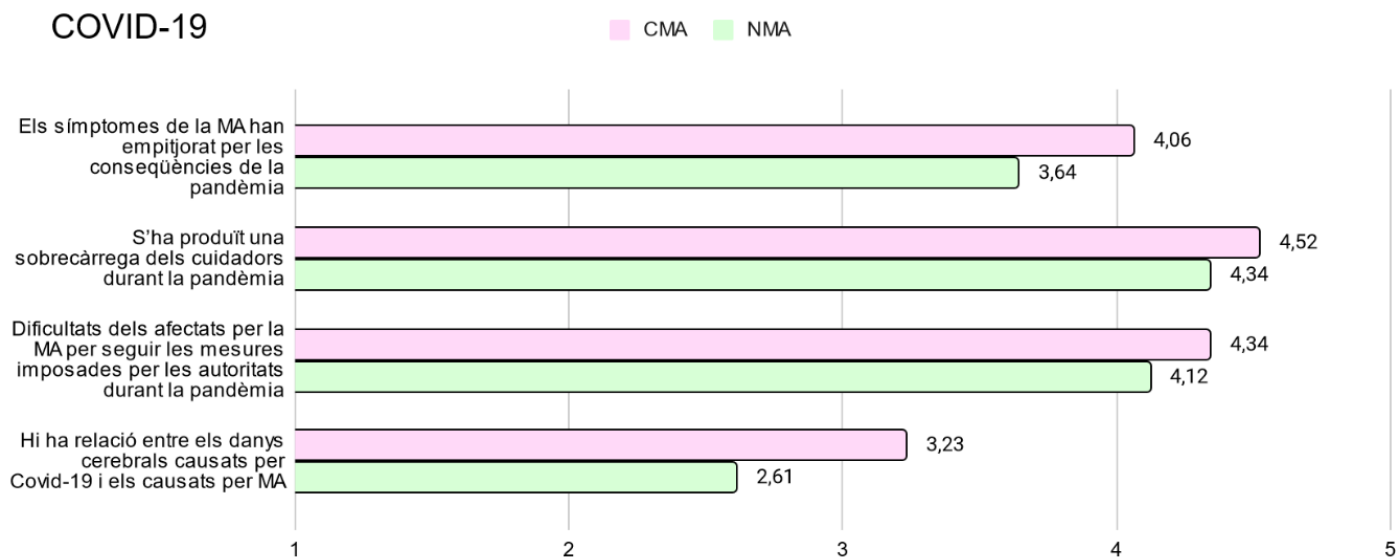
Font: Elaboració pròpia

*Nota. Puntuacions segons una escala Likert on: 1- Gens d'acord 2- Una mica d'acord 3- Ni molt ni poc d'acord 4- Bastant d'acord 5- Molt d'acord*

Pel que fa a la feminització en les cures com la de tipus Alzheimer (figura 7) trobem una clara diferència de puntuació en l'ítem, doncs la població CMA de mitjana declara estar bastant d'acord amb el fet que aquest fenomen succeeix en la MA, mentre que a la població NMA no hi estan ni molt ni poc d'acord amb aquesta afirmació. Cal destacar que una gran majoria de la mostra CMA s'identifica com a dona (veure Taula 4).

### 5.1.5.- COVID-19

**Figura 8.** Mitjana obtinguda de les puntuacions de la població CMA i NMA al grau en què estan d'acord amb les afirmacions en relació al COVID-19 i MA.



Font: Elaboració pròpia

*Nota.* Puntuacions segons una escala Likert on: 1- Gens d'acord 2- Una mica d'acord 3- Ni molt ni poc d'acord 4- Bastant d'acord 5- Molt d'acord

S'observa que, en l'apartat dirigit al coneixement sobre els efectes de la COVID-19 i la seva relació amb l'Alzheimer, les puntuacions atorgades per la mostra CMA són superiors que les atorgades per la mostra NMA, a excepció de l'ítem referent a les dificultats dels afectats per la MA per seguir les mesures imposades durant la pandèmia i l'ítem referent a una sobrecàrrega major en els cuidadors durant la pandèmia, ja que la diferència de puntuació mitja entre la mostra CMA i NMA és poc destacable.

Podem establir que la perspectiva de la mostra CMA és d'una afectació de la COVID-19 major en comparació a la perspectiva de la mostra NMA.

## 6.- DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS

Un cop realitzada la revisió de literatura científica i la investigació, podem concloure segons els resultats obtinguts i les hipòtesis plantejades el següent:

Amb la realització d'aquesta investigació s'esperava que la majoria dels participants fossin coneixedors de la MA, cosa que s'ha pogut observar amb els percentatges obtinguts, on de la mostra total composta per 163 persones tan sols un 1,22% ha declarat no conèixer-la, essent aquests participants pertanyents a la mostra NMA, per la qual cosa el 100% de la mostra CMA sí és coneixedora, doncs el criteri necessari per a classificar-se com a mostra CMA era el de tenir o haver tingut un contacte proper amb la MA amb un familiar o pel treball. A l'hora d'analitzar les dades obtingudes, s'esperava obtenir una menor mostra CMA en comparació a la mostra NMA, però s'ha evidenciat que realment la incidència de la malaltia és superior a l'esperada, doncs tal com es mostra en la taula 4, dels 163 participants 90 formen part de la mostra CMA (un 55,21% aproximadament de la mostra total). Cal destacar que una de les causes d'aquest fenomen pot deure's a la falta de límits establerts entre què es considera un familiar proper o no, doncs aquesta variable és escollida pel mateix participant, segons les seves situacions familiars o laborals.

Pel que fa a les hipòtesis plantejades, en primer lloc, descartem la hipòtesi 1 on s'esperava que el nivell de coneixement dels participants en contacte amb la MA sigues superior al dels participants que no estan en contacte amb la MA. Segons els ítems que conformen l'avaluació del coneixement de la MA, s'han trobat respostes amb coneixement alt i coneixement baix en ambdues mostres, però de mitjana s'ha aconseguit una puntuació similar en ambdues (CMA 35,11 a 32,39 de NMA). Un cop realitzat l'anàlisi estadístic, hem pogut observar com la diferència no és estadísticament significativa (veure *taula 5*), doncs es pot concloure en què el fet de tenir un contacte proper amb la MA no és predictor d'un coneixement major d'aquesta, doncs les dues mostres han mostrat tenir un nivell de "bastant de coneixement". No obstant, s'ha trobat que la tipologia d'estudis sí que es relaciona amb el coneixement de la MA (veure *Taula 6*). Aquests resultats mostren una congruència amb aquells obtinguts per part de Jorge et al. (2021) en el seu estudi, doncs no van trobar cap diferència significativa en el que al coneixement

de la MA respecta segons si els participants eren cuidadors o població general, trobant a més una relació significativa entre el nivell d'estudis i el coneixement i cap significació en el que al sexe i el coneixement respecta.

Com s'esperava, la majoria d'ambdues mostres han obtingut una font de coneixement de la MA diferent, acceptant així la segona hipòtesi on s'esperava que la principal font d'informació sobre la MA en CMA fos la mateixa vivència propera amb un familiar o al treball, i en cas de NMA, els mitjans de comunicació. Tal com podem observar en la *Figura 1*, un total del 71,1% de CMA ha conegut la malaltia arran de les seves experiències amb persones amb la MA al treball o en la mateixa família, i en cas de NMA, un 41,3% l'han conegut pels mitjans de comunicació com la internet, la televisió o d'altres. Cal destacar, que els resultats obtinguts en les dues mostres, mostren unes respostes pràcticament contràries l'una a l'altra, doncs una gran part de la mostra NMA ha referit autodocumentar-se o estudiar-la durant la seva formació acadèmica, i un baix percentatge ha referit conèixer-la a partir de familiars o el seu treball, cas contrari a la mostra CMA. La naturalesa d'aquests resultats es pot deure a l'augment de la quantitat d'informació en salut i malalties que s'ha donat en els mitjans de comunicació, doncs s'ha evidenciat que cada vegada hi ha més notícies d'aquests temes, més especialització dels professionals de la comunicació i un augment de la demanda per part de la població d'obtenir actualitzacions i novetats en tots els àmbits de la salut (Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias, 2006).

Amb la informació trobada arrel de la pandèmia ocasionada pel virus de la COVID-19, podem acceptar la tercera hipòtesi, on s'esperava que les conseqüències arran de la pandèmia per la COVID-19 en els pacients amb MA fossin un empitjorament dels símptomes i un augment de la síndrome del cuidador cremat en els seus cuidadors. Tal com s'ha mencionat anteriorment, els canvis de rutina ocasionats per les mesures imposades enfront de la pandèmia varen ocasionar una acceleració en la simptomatologia tal com ens indiquen Alzheimer's & dementia (2021), aquells símptomes empitjorats van ser els cognitius, conductuals i motors: més oblit, confusió, apatia, agitació, alteració de la son i dificultats en la marxa, entre d'altres (Rainero et al., 2021). A més a més, s'ha trobat evidència de la infecció greu per COVID-19 com a factor de risc de la MA.

Pel que fa als cuidadors, s'ha observat com els casos de la síndrome del cuidador cremat han augmentat arran de l'ansietat, estrès i depressió que el confinament va provocar en aquestes persones, sumats als danys emocionals provocats a conseqüència del confinament i restriccions i dels danys físics que aquests pogueren patir arran d'un contagi. Gràcies a aquesta informació que d'ara endavant serà més exacta, doncs és relativament aviat ja que encara podem considerar-nos en pandèmia, serà important destinar més recursos a aquest tipus de malaltia i els seus cuidadors, doncs amb els estudis ja realitzats, s'ha evidenciat la necessitat.

Així mateix, segons aquesta informació trobada i les respostes dels participants a les qüestions plantejades al qüestionari, podem establir que el grup CMA qualifica de més greu la simptomatologia causada per la COVID-19 en pacients amb la MA en comparació amb el grup NMA (veure *figura 8*), per tant, queda acceptada la hipòtesi 4 on s'esperava que la mostra NMA puntués les preguntes relacionades amb la pandèmia per COVID-19 amb un nivell inferior a les puntuades per CMA, tot i que aquestes diferències són poc destacables i s'hauria d'analitzar en més profunditat. És per això que podem considerar a la mostra CMA com a més conscienciada amb la problemàtica resultant d'aquesta pandèmia, doncs la puntuació mitjana indica que estan bastant d'acord amb les situacions plantejades. Cal destacar, que cap de les mostres està ni molt ni poc d'acord amb el fet que hi hagi relació amb els danys cerebrals causats per la COVID-19 i la MA, informació que encara no ha estat molt contrastada científicament, doncs potser és una mica aviat per a establir conclusions referents a problemes a llarg termini causades per aquest virus, ja que és una situació encara recent i present a la nostra vida en aquests instants.

Segons els participants que conformen la mostra CMA, acceptem la hipòtesi 5 on s'esperava que la mostra CMA reflecteixi una feminització. S'observa aquesta feminització en la mostra CMA ja que un 73,3% de la mostra s'identifica amb el gènere dona. En consonància al que Urbano & Villanueva (2012) van demostrar amb el seu estudi, la feminització de les cures de demències com la de tipus Alzheimer és certa. Això es pot deure al fet que en la societat avui en dia encara existeixen certs estereotips en la tipologia d'estudis (Gamboa García & Marín Uribe, 2009; Sánchez et al., 2011), també podria deure's als rols que en èpoques

anteriors adoptaven les dones; la cura de la casa i de la família. Avui en dia és més comú veure a una dona cuidant del seu marit amb demència que de forma contrària, així com la responsabilitat de la cura dels pares amb demència sol recaure sobre la filla (2021 Alzheimer's disease facts and figures, 2021). Cal destacar que la mostra NMA no està ni d'acord ni en desacord amb l'afirmació segons les puntuacions atorgades a l'ítem referent a la feminització de les cures de demències com la MA a diferència de la mostra CMA, essent una possible explicació d'aquesta diferència en la percepció pel desconeixement de problemàtiques o símptomes que la MA pot causar més enllà del propi afectat, tal com justifica la figura 6 a l'haver una gran part de la mostra desconixedora de la síndrome del cuidador cremat.

Aquestes diferències observades en el coneixement de la MA en ambdues poblacions, reflecteixen alhora una realitat que per un costat és esperançadora, doncs les persones qui no conviuen amb la MA de forma propera, tenen un coneixement notori en aquesta malaltia, i per això podem suposar que els mitjans de comunicació (forma principal del coneixement d'aquesta malaltia per a aquesta població) estan fent una bona feina en el que a informar a la ciutadania sobre la MA respecta, així com la tipologia d'estudis també, ja que tal com s'ha trobat en l'anàlisi realitzat (veure taula 6), hi ha una correlació entre el nivell d'estudis i ambdues mostres. Per altra banda, els resultats obtinguts per part de la mostra CMA deixen un sabor amarg a la boca, doncs era esperable que aquests, al convida de forma molt més propera i basant-se en la seva pròpia experiència, sumada a la informació proporcionada pels professionals, tinguessin un coneixement notòriament superior (molt de coneixement segons l'avaluació del coneixement emprat en aquest estudi). Potser seria necessari aportar molta més informació als cuidadors mitjançant cursos o pel propi professional que diagnostica.

Com a crítica personal segons la informació trobada, és necessari destinar més recursos en la investigació d'aquesta malaltia, doncs s'espera una prevalença d'aquesta malaltia triplicada per l'any 2050 degut a l'augment d'esperança de vida i, igual que hi ha un desconeixement en la seva etiologia de forma clara, també existeix un desconeixement en la cura definitiva en aquests instants, així doncs s'haurien d'augmentar les estratègies d'atenció primària per a poder tractar la

malaltia l'abans possible i alentir el seu irreversible procés neurodegeneratiu, començant per una conscienciació de la població sobre els factors de risc i el comportament de la malaltia (Atucha, 2011; Zhang et al., 2021). És molt important, sobretot de cara a la mostra CMA, que els cuidadors estiguin molt ben informats de tot el procés que seguirà la malaltia. D'aquesta forma es podrà albirar i anticipar al més aviat possible els canvis que sorgeixin en l'afectat per la MA i així oferir una millor adaptació a les seves necessitats i cuidats (Martínez, 2002).

Un altre fet a tenir en compte és la forma de comunicar el diagnòstic per part dels professionals. És necessari que la població entengui que un diagnòstic de MA no és 100% verídic fins a un examen post-mortem, doncs observant la *Figura 3*, es pot observar com tant en la mostra CMA com en la NMA, el 65% aproximadament de cada mostra creuen que si que existeix un diagnòstic totalment clar de MA, quan aquest diagnòstic es fa pràcticament per descart d'altres afectacions neurodegeneratives i és probable o possible, no es pot establir de forma totalment clara. Aquest ítem del qüestionari, reflexa què en la sanitat encara queda per a oferir un servei on es proveu d'una informació adequada i la més acurada possible als usuaris. Això no obstant, en la població NMA és també sorprenent el percentatge de persones que han respost correctament, doncs un 35,6% de la mostra saben que no hi ha una prova definitiva, quan s'esperava una quantitat inferior a aquesta, degut al fet de que no tenen un contacte proper amb aquesta malaltia, i un molt petit percentatge ha conegut la malaltia a través d'un familiar afectat, pel que podríem dir que la informació de la qual són coneixedors és fruit dels mitjans de comunicació, els quals juguen un paper important en la conscienciació de la població sobre temes de salut com la MA.

En línia amb el paper dels mitjans de comunicació com a principals divulgadors d'informació relacionada amb la MA observem com aquesta informació es basa en aquella referent a la mateixa malaltia: com afecta, a qui, els avenços en el tractament... Però una part important de la MA és el seu cuidador (familiar o institució), del qual sembla que no s'informa de forma tan exhaustiva, doncs més de la meitat de la mostra NMA (67,1%) no coneixen la síndrome del cuidador cremat. En contraposició, un 73,3% de la mostra CMA sí coneixen aquesta síndrome, doncs en són més vulnerables a patir-lo i fins i tot és possible que una

part d'aquesta mostra hagi estat en aquesta situació d'ansietat i depressió causants del característic síndrome del cuidador cremat.

### **Percepció de la mostra CMA**

Sobre el coneixement de la MA, la mostra CMA ha mostrat un coneixement bastant alt, tot i que s'hi esperava una puntuació major, doncs s'esperava una relació en el coneixement i el fet de conèixer la MA. No obstant s'ha vist un menor coneixement amb relació al diagnòstic, doncs la majoria consideren que s'utilitza una prova o test que diagnostica de forma totalment clara la MA, quan no existeix avui en dia aquest tipus de proves.

Tanmateix, trobem una conscienciació sobre totes les capacitats cognitives afectades; memòria, percepció, atenció, llenguatge, orientació, praxis, càlcul i funcions executives, amb un percentatge de selecció del 70% com a mínim en cada capacitat cognitiva, essent la més escollida la memòria. Gairebé la totalitat de la mostra va seleccionar-la com a afectada (95,60%), doncs la MA és atribuïda erròniament en molts casos a una única pèrdua de memòria, fet que s'hi pot veure reflectit en el fet d'haver sigut la més escollida. Un altre resultat remarcable és la selecció de la hipòtesi genètica com a la que coneixen en un 43,3% dels casos. S'esperava que una gran part de la mostra no en coneguin cap hipòtesis de l'etiologia, tal com ha ocorregut en un 48,9% dels casos, però una altra gran part en coneixen la hipòtesi genètica. En general també en són coneixedors de les diferents teràpies no farmacològiques, ja que tan sols un 15,6% no en coneixia cap. Respecte a la simptomatologia, en general han puntuat a totes les escales com a bastant-molt probable, a excepció de l'ítem 4, doncs puntuen com a poc probable el fet de que puguin generar nous records, essent aquesta afirmació en efecte poc probable. Per tant es pot observar com la percepció per part de la mostra CMA de la MA és de bastant greu, en funció de la puntuació de probabilitat de donar-se els símptomes mencionats a l'escala Likert.

## **Percepció de la mostra NMA**

El coneixement de la MA en aquesta mostra ha estat de bastant alt, igualant pràcticament al coneixement de la mostra sí en contacte amb la MA, doncs la diferència observada no és significativa. En aquest cas, s'esperava un coneixement menor en comparació, però hi ha un coneixement superior a l'esperat. A l'hora de considerar quines capacitats cognitives es veuen afectades en la MA, així com en la definició de la MA tant en definició lliure com en selecció d'una definició (veure Annex 3) s'observa com la MA es relaciona principalment amb l'alteració de memòria, doncs un 43,8% van seleccionar la definició que incloïa únicament aquesta alteració, així com a la definició lliure, va ser la paraula més citada per part dels participants. Així doncs, tot i tenir un coneixement bastant alt, és necessari ampliar aquest coneixement a fi de conscienciar a la població i proporcionar informació més rigorosa tant dels factors de risc com del diagnòstic o la simptomatologia més enllà de l'afectació amnèsica.

De forma similar al reflectit en la mostra CMA, aquesta mostra també considera l'existència d'un diagnòstic clar mitjançant un test o prova, fruit de la desinformació proporcionada pels mitjans de comunicació i la informació accessible (fonts principals de coneixement en aquesta mostra, veure *Figura 1*) en aquest àmbit de la malaltia, d'igual forma que existeix un desconeixement de la síndrome del cuidador cremat, probablement fruit de la poca experiència personal amb aquest tipus de malaltia, per la qual cosa podríem considerar una percepció menys greu d'aquesta per part d'aquest grup de persones i una necessitat d'informació sobre el diagnòstic, les hipòtesis etiològiques, les teràpies no farmacològiques i les capacitats cognitives afectades més enllà de la memòria.

## 7.- LIMITACIONS I FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ

Pel que respecta a les limitacions de l'estudi, la participació utilitzada en ambdues mostres no es representativa de la població per a fer una generalització més enllà. Seria necessari utilitzar altres fonts per a fer arribar el qüestionari al màxim nombre de persones possibles, doncs amb l'eina utilitzada *Google Forms*, els participants requereixen un dispositiu electrònic com telèfon u ordinador amb una connexió a internet. Aquesta necessitat reflexa un estatus socioeconòmic no representatiu. També referent a la mostra utilitzada, el nivell d'estudis observat en les mostres no són representatives, així com la distribució d'edats tampoc, doncs una escolarització de caràcter superior, com els graus, màsters o doctorats poden produir un biaix en els resultats.

Referent a les preguntes formulades en el qüestionari creat, seria necessari una especificació d'aquestes, ja que cada persona pot interpretar un grau diferent de malaltia i això alterar els resultats. Per exemple seria necessari especificar el grau de MA al que es fa referència, així com plantejar la qüestió segons els tres estadis de la malaltia (Per exemple: grau en què hi ha una afectació en l'estadi lleu de la malaltia, en l'estadi moderat i en l'estadi avançat), puix que tal com relaten Antúnez (2013); Donoso (2003) & Martínez (2002), la simptomatologia psicològica i conductual, cognitiva i funcional canvia i apareix en diferents estadis.

També referent a les preguntes formulades, per a poder establir de forma més exhaustiva sobre el coneixement, seria necessari efectuar preguntes sobre com actuar enfront de certa simptomatologia, en situacions concretes i no tant en la mera teoria de la malaltia. Per tant, seria necessari realitzar un nombre major de preguntes amb dificultats diferents i sobre diferents àmbits de la MA (prevenció, possibles repercussions a persones properes, etc.)

Respecte l'anàlisi estadístic realitzat, per a considerar-se vàlid hauria de ser més exhaustiu pel que fa a la percepció observada en cada grup, per a veure en quin grau de gravetat la situa cada mostra i si les puntuacions atorgades a cada ítem varien de forma significativa, així com en el coneixement, aprofundir més en aquesta relació trobada entre els estudis i el grau de coneixement.

Per últim, una limitació referent a l'establiment de mostres resideix en la diferenciació de les mateixes, ja que seria necessari establir de forma més clara aquesta diferenciació per a evitar mostres que no compleixin realment amb els requisits (per exemple, establir que per a considerar-se un familiar proper a una persona amb la MA, s'ha de conviure amb la persona durant almenys 3 dies a la setmana, passar més de 30 hores a la setmana amb el malalt de MA o haver de fer les AVD de l'afectat degut a la seva incapacitat...).

### **Futures línies d'investigació**

Per a futures línies d'investigació, insto a aprofundir en la relació establerta entre la COVID-19 i l'Alzheimer, ja que a hores d'ara encara és aviat per a aconseguir uns resultats aclaridors sobre certes qüestions: si aquest és un factor de risc, a quin nivell haver patit un sars-COVID-19 es relaciona amb un augment en la probabilitat de desenvolupar la MA, establir les conseqüències a llarg termini que aquesta pandèmia ha pogut generar tant en els afectats per la MA com en els seus familiars i per últim basar la investigació no tan sols en la MA en si, sinó tenir en compte altres components com són els cuidadors, si aquests són institucionals o familiars, el paper que desenvolupen, investigar la feminització produïda en aquest tipus de treballs i el perquè i com funcionen les institucions encarregades de la cura de persones dependents (qui les regula, les llistes d'espera i la conseqüència d'aquesta llista d'espera, etc.).

## 8.- BIBLIOGRAFIA

2021 Alzheimer's disease facts and figures. (2021). Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association, 17(3), 327-406.

Antúñez, M. L. B. (2013). La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal. *Nuberos científica*, 2(10).

Arreseigor, M. (2021). Descolonizando el Alzheimer: el cuidado feminizado en contexto de pandemia COVID-19¿ Subalternidad domesticada?. *Fronteras*, (17).

Atucha, J. T. (2011). Epidemiología descriptiva y analítica de la enfermedad de Alzheimer. *Real Invest Demenc*, 47, 16-23.

Barranco-Quintana, J. L., Allam, M. F., Del Castillo, A. S., & Navajas, R. F. C. (2005). Factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 40(10), 613-618.

Carpenter B. D., Balsis S., Otilingam P. G., Hanson P. K., Gatz M. (2009) The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: development and psychometric properties. *Gerontologist*, 49(2):236-247. doi:10.1093/geront/gnp023

Ciaccio, M., Lo Sasso, B., Scazzone, C., Gambino, C. M., Ciaccio, A. M., Bivona, G., ... & Agnello, L. (2021). COVID-19 and Alzheimer's Disease. *Brain Sciences*, 11(3), 305. <https://doi.org/10.3390/brainsci11030305>

Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias, CEAFA (2006). Guía de estilo. Salud y medios de comunicación.

Donoso, A. (2003). Alzheimers disease. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41 (Supl. 2), 13-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003041200003>

Falcón, J. C. E. (2020). Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(1), 1-18.

Ferreiro, J. R., Vega, F. C., & Rodríguez, C. M. (2003). Alteraciones de memoria en los inicios de la enfermedad de Alzheimer. *Revista española de Neuropsicología*, 5(1), 15-31.

Gamboa García, J., & Marín Uribe, R. (2009). Gender and Profession: Preference for the Academic Education, as an Element in Choosing a College Degree. *Revista electrónica de investigación educativa*, 11(1), 1-13.

Geriatricarea (2021, 20 septiembre). *La prevalencia del Alzheimer ha aumentado considerablemente*. <https://www.geriatricarea.com/2021/09/20/la->

prevalencia-del-alzheimer-ha-aumentado-considerablemente-y-la-edad-es-el-principal-factor-de-riesgo/

Instituto Nacional de Estadística. (5 de julio de 2021). Mujeres y hombres en España

[https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)

Jiménez, M. B., & Vargas, M. P. (2007). Enfermedad de Alzheimer. Concepto. Etiopatogenia. Manifestaciones clínicas. Criterios de sospecha. Formas de presentación. Historia natural. Diagnóstico diferencial. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(77), 4928-4935.

Jorge, C., Cetó, M., Arias, A., Blasco, E., Gil, M. P., López, R., Dakterzada, F., Purroy, F., & Piñol-Ripoll, G. (2021). Level of understanding of Alzheimer disease among caregivers and the general population. *Neurología (English Edition)*, 36(6), 426-432

Launer L.J., Andersen K., Dewey M.E., et al. Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: results from EURODEM pooled analyses (1999). EURODEM Incidence Research Group and Work Groups. European Studies of Dementia. *Neurology*, 52(1):78-84. doi:10.1212/wnl.52.1.78

Lerín Sicilia, M. J. (2013). Día a día con la enfermedad de Alzheimer: con la participación de 20 especialistas, asociaciones, familiares y afectados. Altaria.

Lopera, F. (2004). Enfermedad de Alzheimer. Perspectivas en Nutrición Humana, 29-32.

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

Maldonado Luna, S. M. (2012). Manual Práctico Para El Diseño De La Escala Likert. *Xihmai*, 2(4). <https://doi.org/10.37646/xihmai.v2i4.101>

Martínez, P. G. (2002). *Comprender el Alzheimer: Cuidadores*. Conselleria de Sanitat.

Meneses, J., & Rodríguez-Gómez, D. (2011). El cuestionario y la entrevista. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Möller, H. J., & Graeber, M. B. (1998). The case described by Alois Alzheimer in 1911. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 248(3), 111-122.

Muñiz, R., & Olazarán, J. (2009). Mapa de terapias no farmacológicas para demencias tipo Alzheimer. *Madrid: Centro de Referencia Estatal.*

Peña-Casanova, J. (1999). Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. *Definición, descripción, guías de intervención y consejos. Fundación la Caixa. Barcelona.*

Pérez, A. M. E. (2005). La demencia: diagnóstico y evaluación. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas, 10(3), 6-13.*

Pinto, J. A. (2007). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Detección y cuidados en las personas mayores. *Promoción de la Salud. Personas mayores.*

Rainero, I., Bruni, A. C., Marra, C., Cagnin, A., Bonanni, L., Cupidi, C., ... & SINDem COVID-19 Study Group. (2021). The impact of COVID-19 quarantine on patients with dementia and family caregivers: A nation-wide survey. *Frontiers in aging neuroscience, 12, 507.*

Sánchez García, M. F., Suárez Ortega, M., Manzano Soto, N., Oliveros Martín-Varés, L., Lozano Santiago, S., Fernández D'Andrea, B., & Malik Liévano, B. (2011). Estereotipos de género y valores sobre el trabajo entre los estudiantes españoles. *Revista de educación.*

Suay Llopis, L., & Ballester Díez, F. (2002). Revisión de los estudios sobre exposición al aluminio y enfermedad de Alzheimer. *Revista española de salud pública, 76, 645-658.*

Urbano, R. L., & Villanueva, P. A. (2012). Estudio descriptivo sobre el perfil de los cuidadores de personas con demencia: la feminización del cuidado. *Psicogente, 15(27), 24-35.*

Vega-Malagón, G., Ávila-Morales, J., Vega-Malagón, A. J., Camacho-Calderón, N., Becerril-Santos, A., & Leo-Amador, G. E. (2014). Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. *European Scientific Journal, 10(15)*

Ventura, R. (2019). Abordaje Clínico de la Enfermedad de Alzheimer. *El Alzheimer en Iberoamérica, 51-82.*

Villegas-Chiroque, M. (2020). Pandemia de COVID-19: pelea o huye. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque, 6(1).*

Zhang, X. X., Tian, Y., Wang, Z. T., Ma, Y. H., Tan, L., & Yu, J. T. (2021). The Epidemiology of Alzheimer's Disease Modifiable Risk Factors and Prevention. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease, 1-9.*  
<https://doi.org/10.14283/jpad.2021.15>

## 9.- ANNEX 1 . Preguntas del cuestionari

⋮

Marque la siguiente casilla para dar su consentimiento en el uso de las respuestas. El formulario \*  
es totalmente anónimo.

Estoy de acuerdo

⋮

¿Has tenido o tienes contacto cercano con una persona con la enfermedad de Alzheimer? \*  
(familiar cercano, trabajo...)

Sí, por un familiar

Sí, por mi trabajo o estudios

No

Indica tu sexo \*

Mujer

Hombre

Otro

⋮

Indica tu grupo de edad \*

<18 años

18-24 años

25-49 años

50-65 años

+65 años

Nivel de estudios actual (o cursando actualmente): \*

- ESO / EGB / equivalentes
- Bachillerato / Formación Profesional (FP)
- Grado
- Máster, doctorado u otros estudios superiores

En caso de cursar/haber cursado Grado, Máster u estudios superiores especifica la modalidad

1. Arte y Humanidades
2. Ciencias sociales y jurídicas
3. Ciencias o ciencias de la salud
4. Ingeniería o arquitectura

Sección 2 de 4

## Conocimiento general



A continuación debe responder preguntas acerca de un conocimiento más general de la enfermedad de Alzheimer.

Conteste según su propio criterio y sin buscar las respuestas.

Gracias!

¿Conoces la enfermedad de Alzheimer? \*

- Sí
- No

...

En caso afirmativo, ¿cómo la has conocido?

- La he estudiado (durante mi formación académica o cursos formativos)
- Por los medios de comunicación (televisión, internet...)
- He tenido/tengo un familiar con esta enfermedad
- He trabajado/trabajo con personas que la padecen
- Me he autodocumentado

Define brevemente y con tus palabras esta enfermedad: \*

Text d'una resposta breu

De las siguientes definiciones, indica la que crea más correcta para la definición \* de Enfermedad de Alzheimer:

- Enfermedad neurodegenerativa causante de alteraciones en la memoria del individuo que la padece
- Enfermedad neurodegenerativa causante de alteraciones conductuales y cognitivas en el individuo que la padece
- Enfermedad neurodegenerativa causante de alteraciones conductuales, cognitivas y psicológicas en el individuo que la padece
- Enfermedad neurodegenerativa causante de alteraciones cognitivas y psicológicas en el individuo que la padece

¿Es esta enfermedad reversible? \*

- Sí
- No

¿Los tratamientos ayudan a frenar el transcurso de la enfermedad? \*

- Sí, esta enfermedad es tratable y reversible
- No, la enfermedad no es tratable ni reversible
- Sí, la enfermedad no es reversible pero sí es tratable

¿Una persona con 30-40 años puede padecer la enfermedad de Alzheimer? \*

- Sí
- No

¿A qué edad establecerías su inicio más probable? \*

- antes de los 60 años
- 70 años
- 80 años
- de 90 años en adelante

¿Los genes pueden influir en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer? \*

- Sí
- No

¿Crees que el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento demográfico están relacionados con el aumento de casos de Alzheimer? \*

- Sí
- No

De los siguientes, indica cuales consideras factores de riesgo en relación a la enfermedad de Alzheimer: \*

- Edad
- Factores genéticos (otros familiares que hayan padecido la enfermedad de Alzheimer)
- Factores ambientales
- Todos
- Ninguno

¿Existe un diagnóstico totalmente claro de Alzheimer mediante tests o estudios que no se base en una prueba post-mortem? \*

- No, no existe ninguna prueba definitiva
- Sí, existe una prueba definitiva para determinar si una persona padece Alzheimer

## Conocimiento clínico

A continuación se realizarán preguntas sobre las características clínicas de la enfermedad de Alzheimer

¿Conoces el síndrome del cuidador quemado? \*

- Sí
- No

De las siguientes capacidades cognitivas, marque las que considera que se ven \*  
afectadas a lo largo de la Enfermedad de Alzheimer:

- Memoria
- Percepción o gnosia
- Atención
- Lenguaje
- Orientación
- Praxis (secuencias de movimientos)
- Cálculo
- Funciones ejecutivas (planificación de tareas, juicio, capacidad conceptual...)

¿Conoces alguna de las siguientes hipótesis acerca de la causa de la enfermedad de Alzheimer? \*

- Hipótesis genética
- Hipótesis del virus no convencional
- Hipótesis del aluminio
- Hipótesis autoinmunitaria
- Ninguna

¿Has oído hablar de alguna de las siguientes terapias NO farmacológicas en pacientes con Alzheimer? \*

- Musicoterapia
- Estimulación cognitiva
- Estimulación sensorial
- Relajación
- Terapia con animales
- Ninguna

**Indica según la escala, el grado en el que consideras probable las siguientes afirmaciones en relación a la enfermedad de Alzheimer**

1- Nada probable 2- Poco probable 3-Puede ser o no probable 4- Bastante probable 5- Muy probable

En qué medida crees que los pacientes sufren de anosognosia (ignorancia de sus déficits funcionales neurológicos o trastorno) \*

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida es probable que las actividades de la vida diaria se vean afectadas en la enfermedad de Alzheimer (vestirse, control de esfínteres, higiene personal, alimentación...)

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida es probable que las personas con la enfermedad de Alzheimer recuerden más los eventos pasados que los eventos recientes \*

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida crees que los individuos con enfermedad de Alzheimer pueden \*  
generar nuevos recuerdos

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida crees que sufren una desorientación temporal (día, mes, año) \*

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida crees que el lenguaje escrito se ve más afectado que el lenguaje \*  
oral

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida crees que sufren de Anomia (incapacidad para encontrar nombres tanto propios como comunes) \*

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida crees que tienen dificultades en el manejo de objetos de uso común (tenedor, cepillo de dientes...) \*

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida crees que en estadios avanzados de la enfermedad, no saben expresar mediante lenguaje o gestualmente el dolor corporal \*

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida crees que los números pierden el valor simbólico asociado para las personas con enfermedad de Alzheimer \*

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida crees que pierden la capacidad de juicio (entender y acatar las normas regulando su conducta) \*

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida crees que sufren de cambios de humor (depresiones, ansiedad...)

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida crees probable que se vuelvan individuos más agresivos \*

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida crees probable que el individuo con enfermedad de Alzheimer siga de forma persistente a su cuidador \*

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida crees que son incapaces de identificarse a sí mismos (su nombre, edad...)

\*

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

En qué medida crees que sufren de ideas delirantes y alucinaciones \*

	1	2	3	4	5	
Nada probable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy probable

### Alzheimer y Covid-19

Por último, se realizarán preguntas en relación al Covid-19 y sus consecuencias en personas con Alzheimer y sus familiares.

**Indica el nivel en el que estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones según esta escala**

1- Nada de acuerdo 2- Un poco de acuerdo 3- Ni mucho ni poco de acuerdo 4- Bastante de acuerdo 5- Muy de acuerdo

Las consecuencias de la pandemia por Covid-19 (uso de mascarillas, confinamientos, restricciones...) ha empeorado los síntomas del Alzheimer

\*

	1	2	3	4	5	
Nada de acuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

Los cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer han estado sobrecargados durante la pandemia de Covid-19 \*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo      Muy de acuerdo

Los cuidados de enfermos con demencias como la de tipo Alzheimer están feminizados \*

1 2 3 4 5

Nada de acuerdo      Muy de acuerdo

Los enfermos de Alzheimer han tenido dificultades para cumplir con las medidas impuestas por las autoridades durante la pandemia por Covid-19 (confinamiento, uso de mascarilla, distancia social...)

1 2 3 4 5

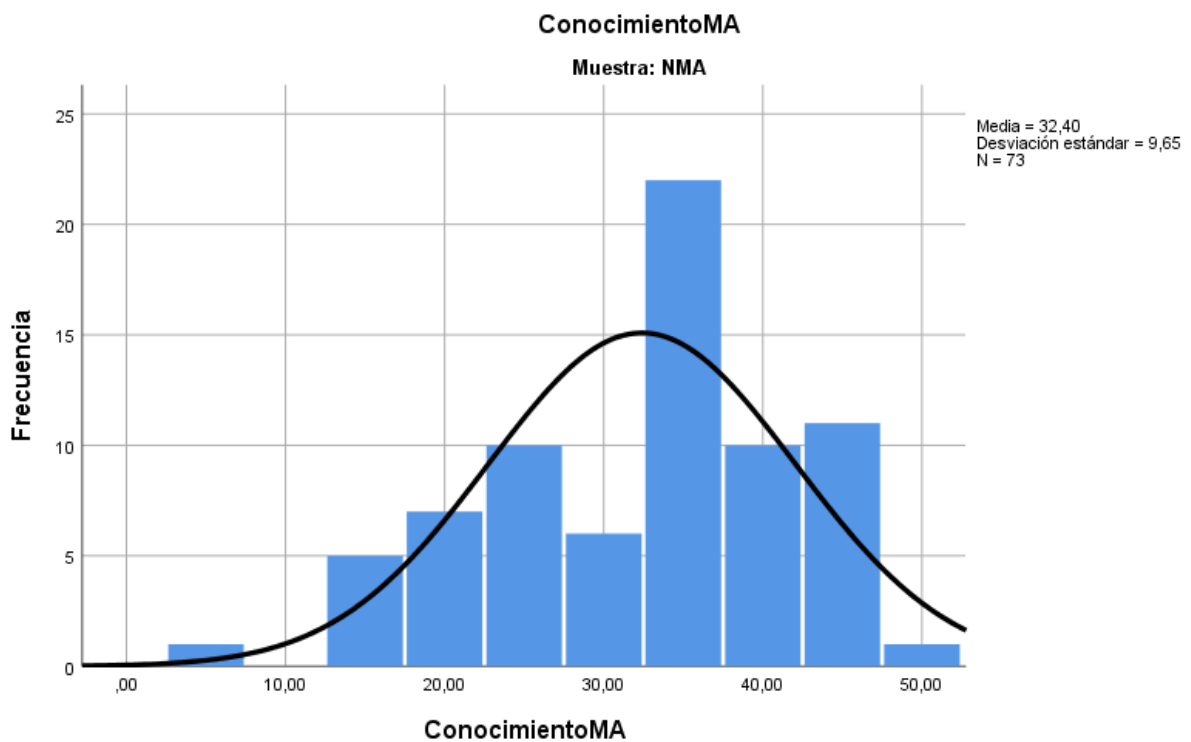
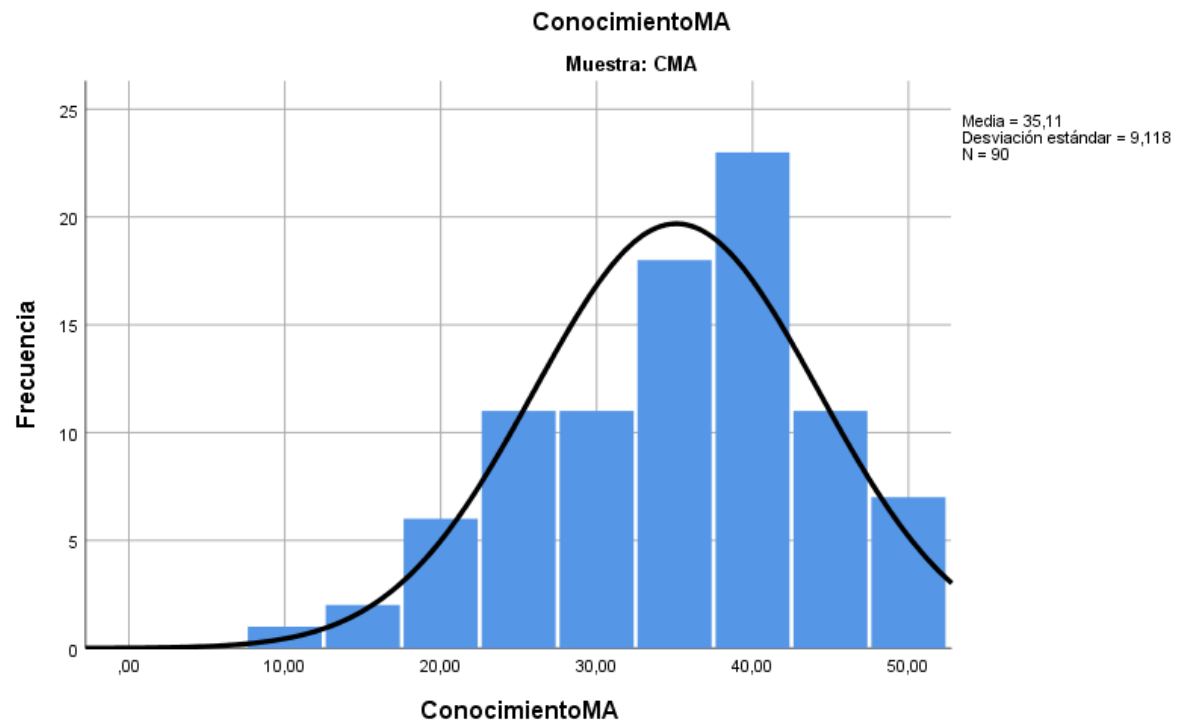
Nada de acuerdo      Muy de acuerdo

Hay relación entre los daños cerebrales causados por Covid-19 y el Alzheimer \*

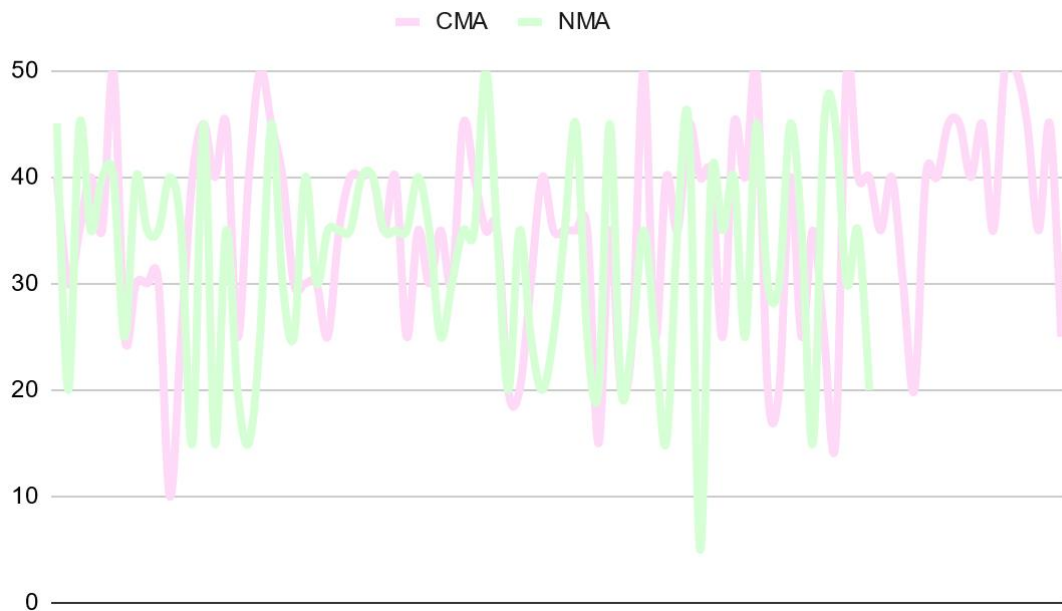
1 2 3 4 5

Nada de acuerdo      Muy de acuerdo

## 10.- ANNEX 2 . Freqüència de puntuacions en l'avaluació del coneixement de la MA segons població



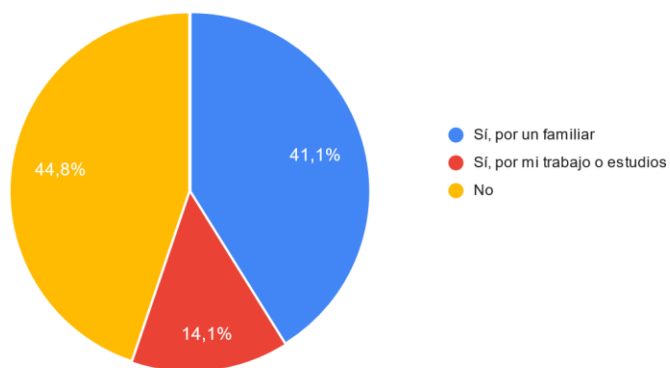
***Puntuacions totals de cada participant a l'avaluació del coneixement segons la mostra.***



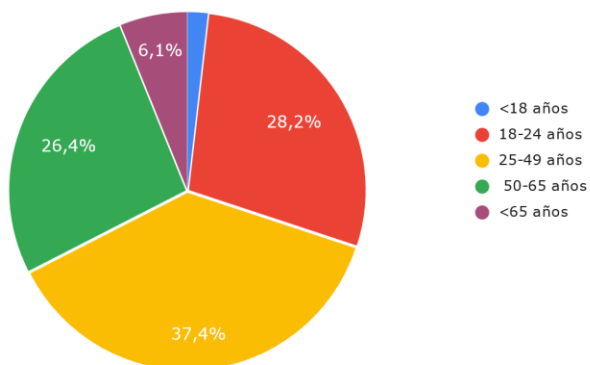
## 11.- ANNEX 3 . Gràfics de les respostes segons població

### 11.1.- MOSTRA TOTAL

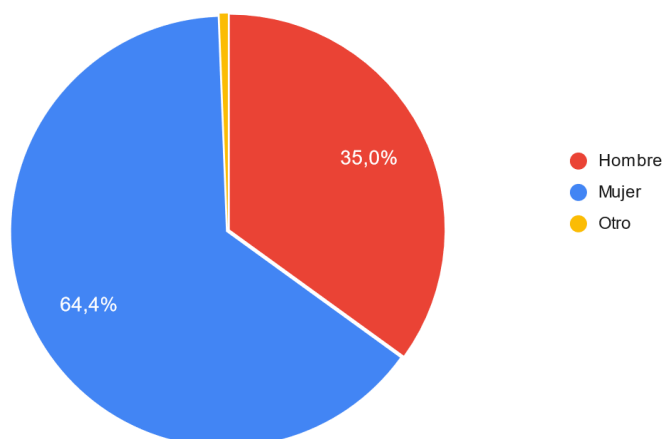
¿Has tenido o tienes contacto cercano con una persona con la enfermedad de Alzheimer? (familiar cercano, trabajo...)



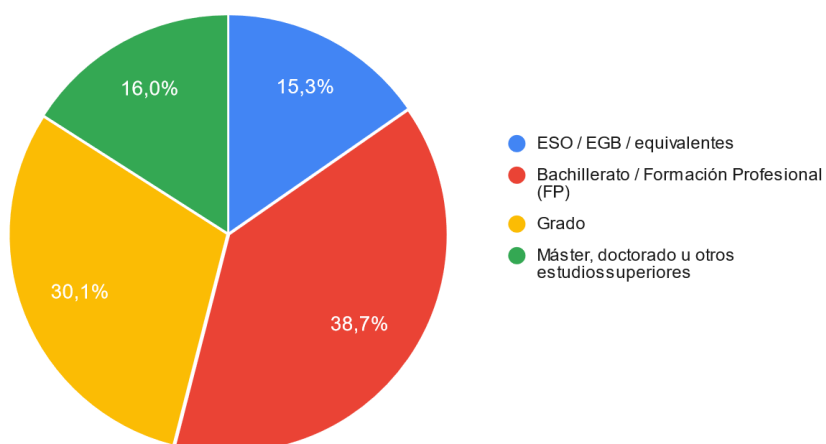
Indica tu grupo de edad



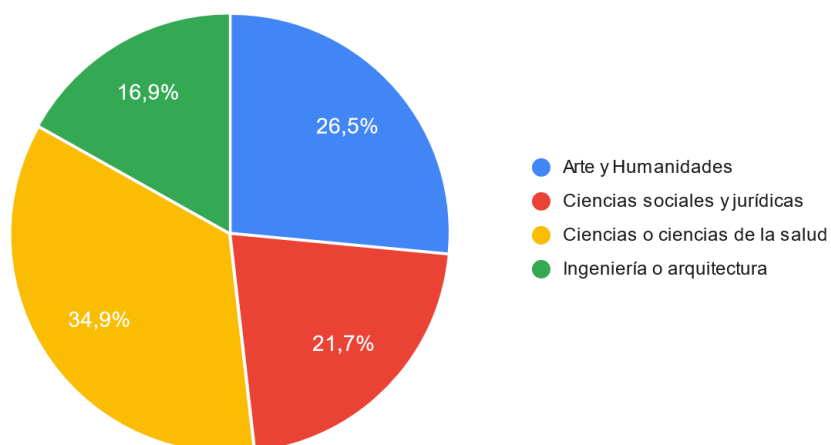
### Indica tu sexo



### Nivel de estudios actual (o cursando actualmente)



### En caso de cursar/haber cursado Grado, Máster u estudios superiores especifica la modalidad



Puntuació mitjana i moda dels ítems d'escala Likert sobre la percepció de la MA	CMA		NMA	
	Mitjana	Moda	Mitjana	Moda
1. Pateixen anosognosia	4,1	5	3,80	4
2. AVD afectades	4,74	5	4,47	5
3. Recorden més events passats que recents	4,45	5	3,69	5
4. Poden generar nous records	2,4	2	2,47	2
5. Desorientació temporal	4,5	5	4,30	5
6. Llenguatge escrit més afectat que l'oral	4,06	5	3,52	3
7. Pateixen Anomia	4,47	5	4,02	5
8. Tenen dificultats en la manipulació d'objectes d'ús comú	4,17	5	3,49	4
9. En estadis avançats no saben expressar el dolor gestualment o amb llenguatge	4,51	5	4,10	5
10. Els números perden el valor simbòlic associat	4,35	5	3,73	5
11. Perden la capacitat de judici	4,57	5	4,21	5
12. Tenen canvis d'humor (depressions, ansietat...)	4,54	5	4,08	5
13. Es tornen mes agressius	4,11	5	3,50	5
14. Segueixen de forma persistent al seu cuidador	3,75	3	3,23	3
15. Són incapaços d'identificar-se a si mateixos	4,06	5	3,54	4
16. Tenen idees delirants i al·lucinacions	3,9	5	3,43	4

Puntuació mitjana i moda dels ítems d'escala Likert sobre la COVID-19	CMA		NMA	
	Mitjana	Moda	Mitjana	Moda
Els símptomes de la MA han empitjorat per	4,06	5	3,64	5

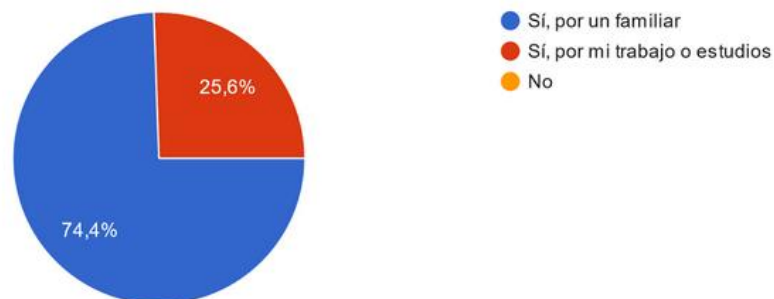
les conseqüències de la pandèmia				
S'ha produït una sobrecàrrega dels cuidadors durant la pandèmia	4,52	5	4,34	5
Dificultats dels afectats per la MA per seguir les mesures imposades per les autoritats durant la pandèmia	4,34	5	4,12	5
Hi ha relació entre els danys cerebrals causats per COVID-19 i els causats per MA	3,23	3	2,61	3

## 11.2.- MOSTRA CMA

### Apartat introductori

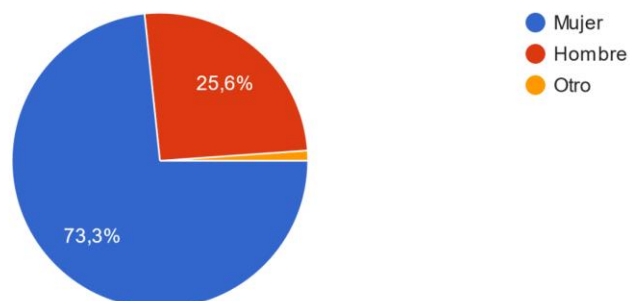
¿Has tenido o tienes contacto cercano con una persona con la enfermedad de Alzheimer? (familiar cercano, trabajo...)

90 respostes



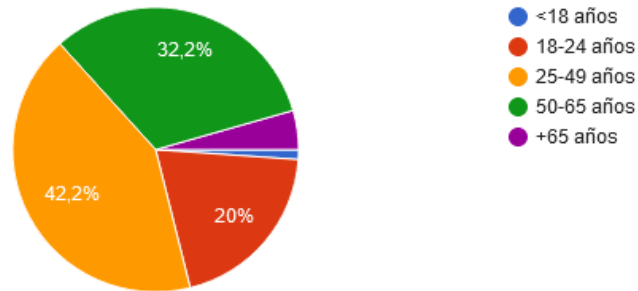
Indica tu sexo

90 respostes



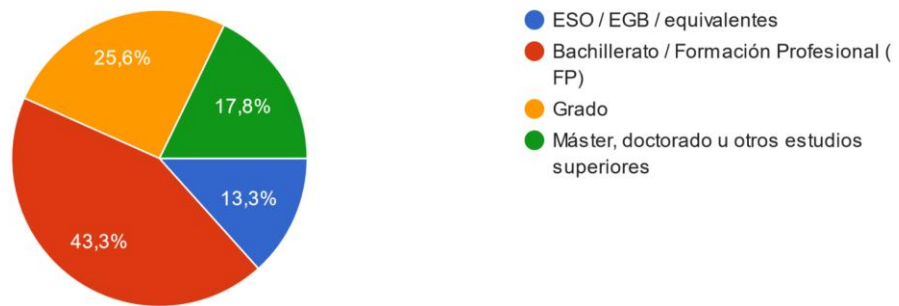
### Indica tu grupo de edad

90 respostes



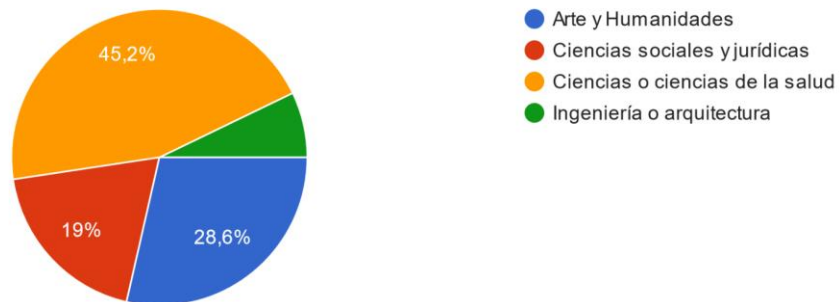
### Nivel de estudios actual (o cursando actualmente):

90 respostes



### En caso de cursar/haber cursado Grado, Máster u estudios superiores especifica la modalidad

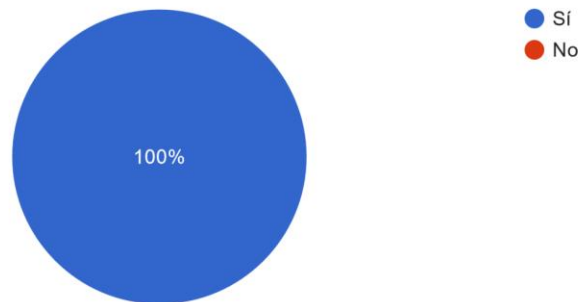
42 respostes



## Coneixement i percepció

### ¿Conoces la enfermedad de Alzheimer?

90 respuestas



### En caso afirmativo, ¿cómo la has conocido?

90 respuestas



### Define brevemente y con tus palabras esta enfermedad:

90 respuestas

Se borra la memoria poco a poco hasta que el cuerpo no es funcional

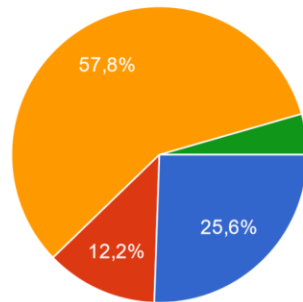
Patología neurodegenerativa que afecta al SNC mayoritariamente a la memoria y la cognición

Enfermedad neurodegenerativa que aparece en la tercera edad, que afecta a la memoria y las ABVD de las personas, según el grado de la enfermedad

Es una enfermedad con la que con el tiempo tienen problemas de memoria y comportamiento.

De las siguientes definiciones, indica la que crea más correcta para la definición de Enfermedad de Alzheimer:

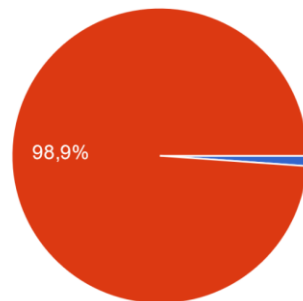
90 respuestas



- Enfermedad neurodegenerativa causante de alteraciones en la memoria del individuo que la padece
- Enfermedad neurodegenerativa causante de alteraciones conductuales y cognitivas en el individuo que la pa...
- Enfermedad neurodegenerativa causante de alteraciones conductual...
- Enfermedad neurodegenerativa causante de alteraciones cognitivas...

¿Es esta enfermedad reversible?

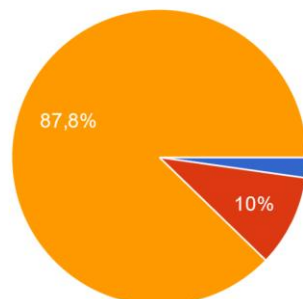
90 respuestas



- Sí
- No

¿Los tratamientos ayudan a frenar el transcurso de la enfermedad?

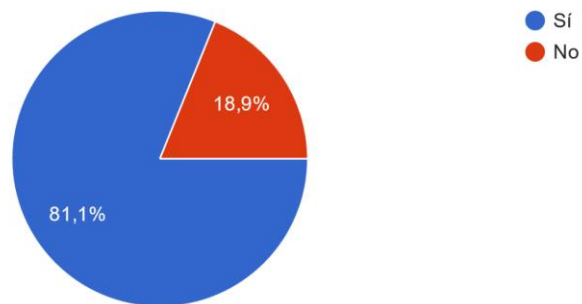
90 respuestas



- Sí, esta enfermedad es tratable y reversible
- No, la enfermedad no es tratable ni reversible
- Sí, la enfermedad no es reversible pero sí es tratable

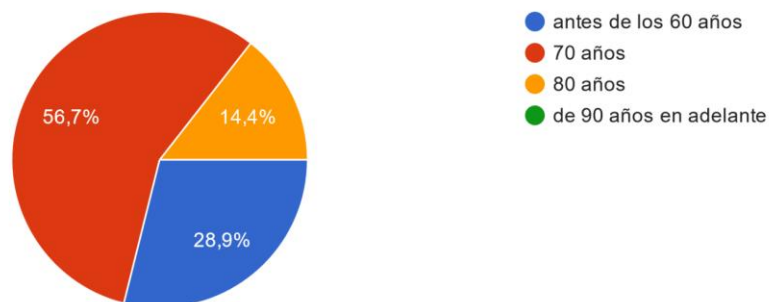
¿Una persona con 30-40 años puede padecer la enfermedad de Alzheimer?

90 respuestas



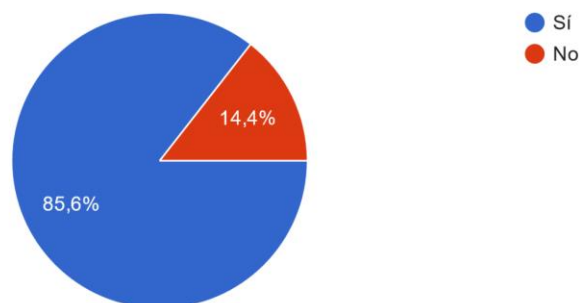
¿A qué edad establecerías su inicio más probable?

90 respuestas



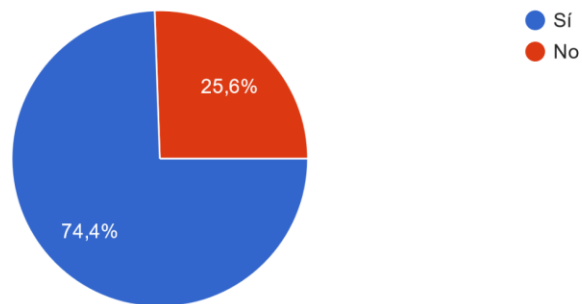
¿Los genes pueden influir en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer?

90 respuestas



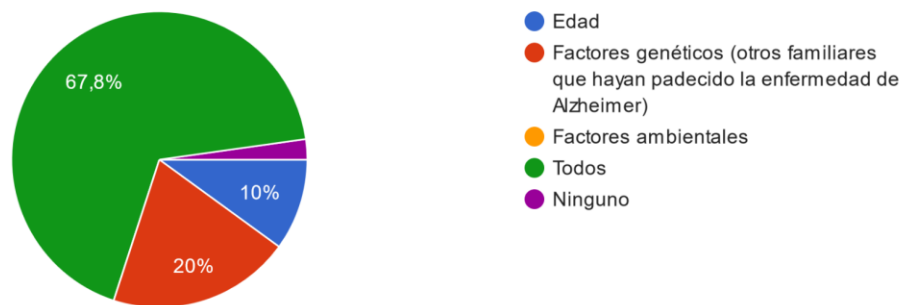
¿Crees que el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento demográfico están relacionados con el aumento de casos de Alzheimer?

90 respuestas



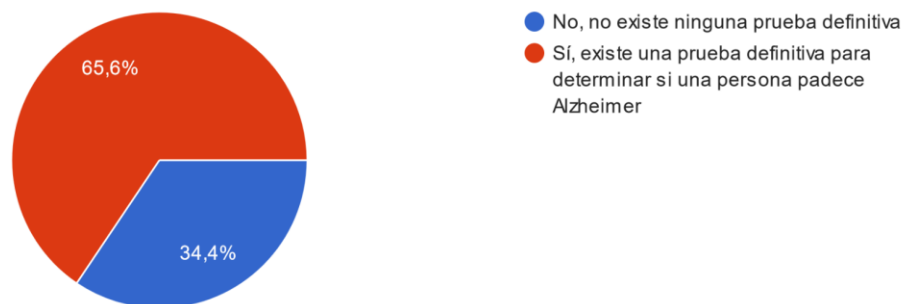
De los siguientes, indica cuales consideras factores de riesgo en relación a la enfermedad de Alzheimer:

90 respuestas



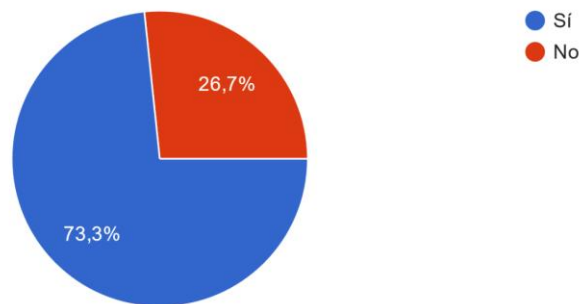
¿Existe un diagnóstico totalmente claro de Alzheimer mediante tests o estudios que no se base en una prueba post-mortem?

90 respuestas



¿Conoces el síndrome del cuidador quemado?

90 respuestas

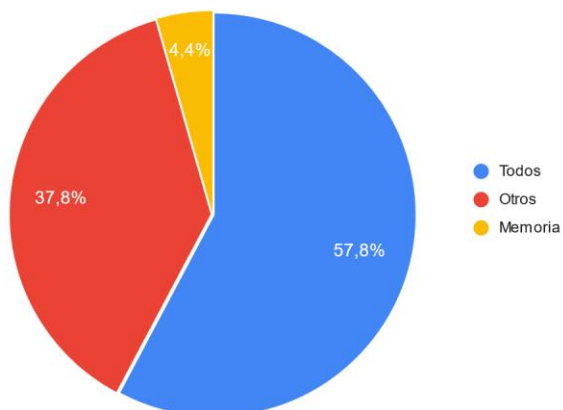


De las siguientes capacidades cognitivas, marque las que considera que se ven afectadas a lo largo de la Enfermedad de Alzheimer:

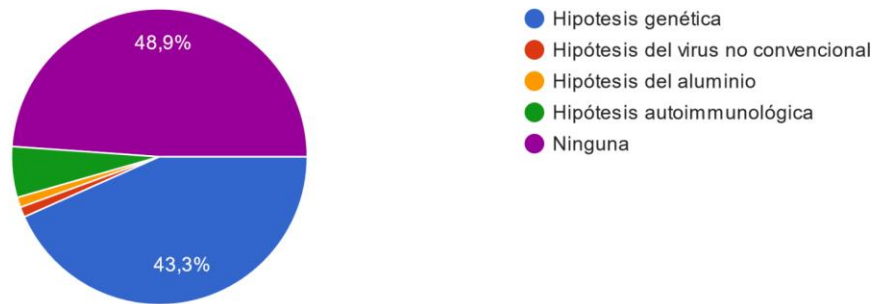
90 respuestas



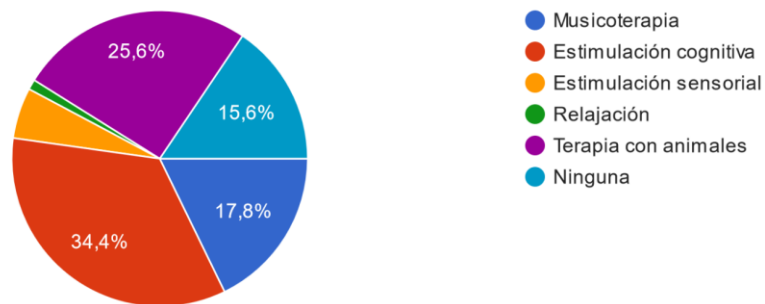
De las siguientes capacidades cognitivas, marque las que considera que se ven afectadas a lo largo de la Enfermedad de Alzheimer:



¿Conoces alguna de las siguientes hipótesis acerca de la causa de la enfermedad de Alzheimer?  
90 respuestas



¿Has oído hablar de alguna de las siguientes terapias NO farmacológicas en pacientes con Alzheimer?  
90 respuestas

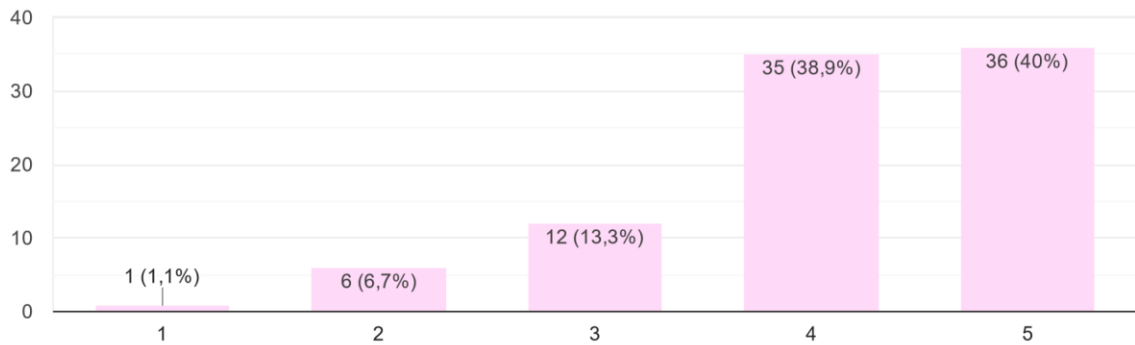


Indica según la escala, el grado en el que consideras probable las siguientes afirmaciones en relación a la enfermedad de Alzheimer

1- Nada probable 2- Poco probable 3-Puede ser o no probable 4- Bastante probable 5- Muy probable

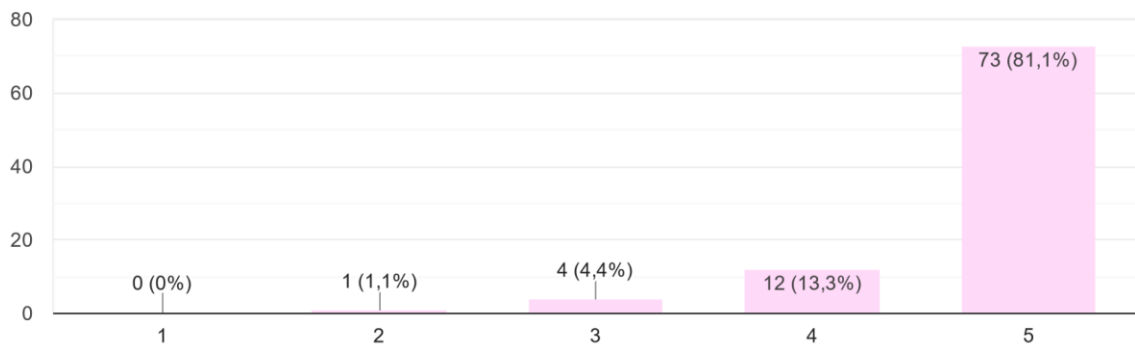
En qué medida crees que los pacientes sufren de anosognosia (ignorancia de sus déficits funcionales neurológicos o trastorno)

90 respuestas



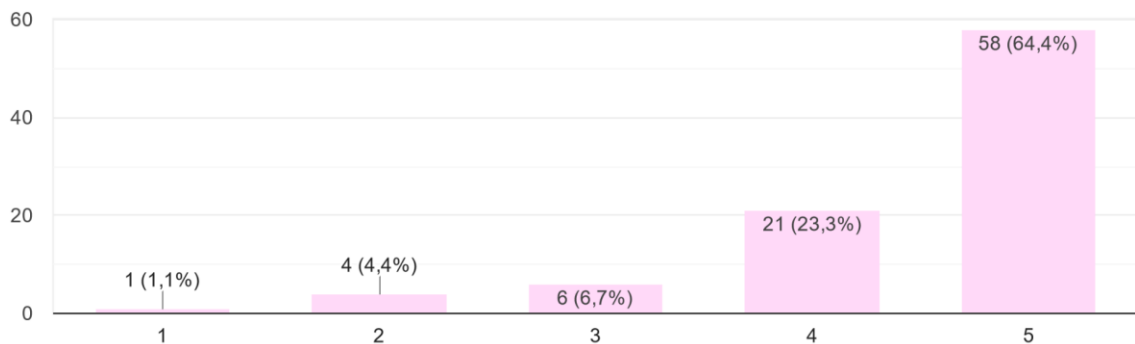
En qué medida es probable que las actividades de la vida diaria se vean afectadas en la enfermedad de Alzheimer (vestirse, control de esfínteres, higiene personal, alimentación...)

90 respuestas



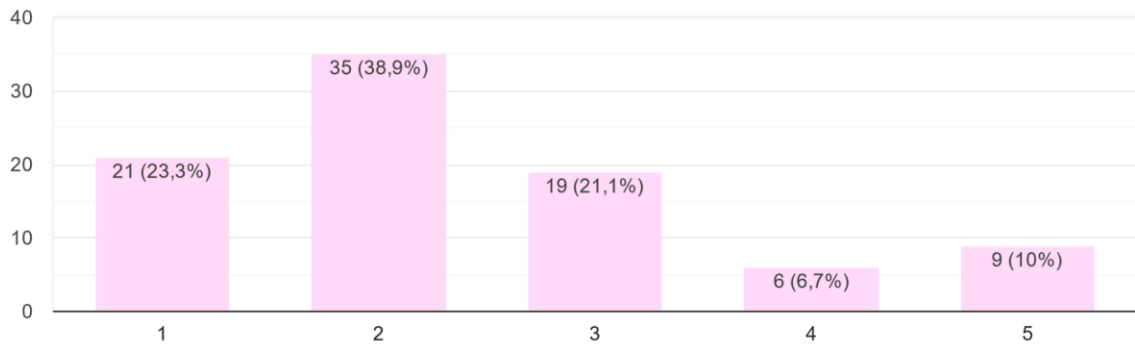
En qué medida es probable que las personas con la enfermedad de Alzheimer recuerden más los eventos pasados que los eventos recientes

90 respuestas



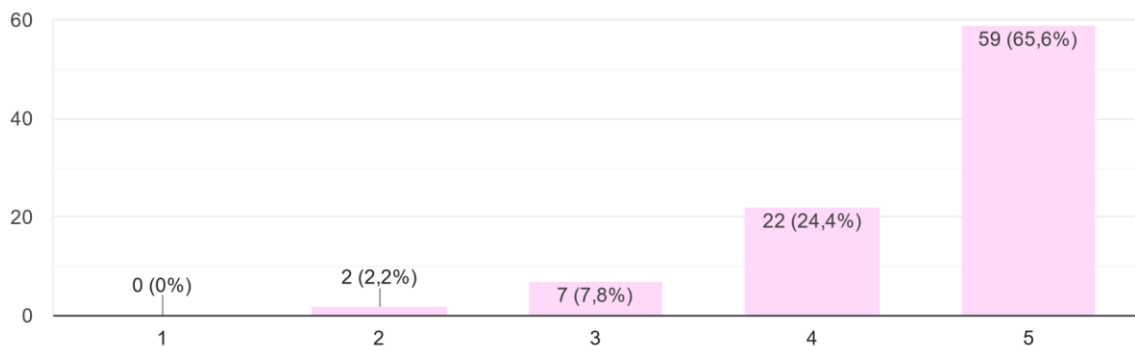
En qué medida crees que los individuos con enfermedad de Alzheimer pueden generar nuevos recuerdos

90 respuestas



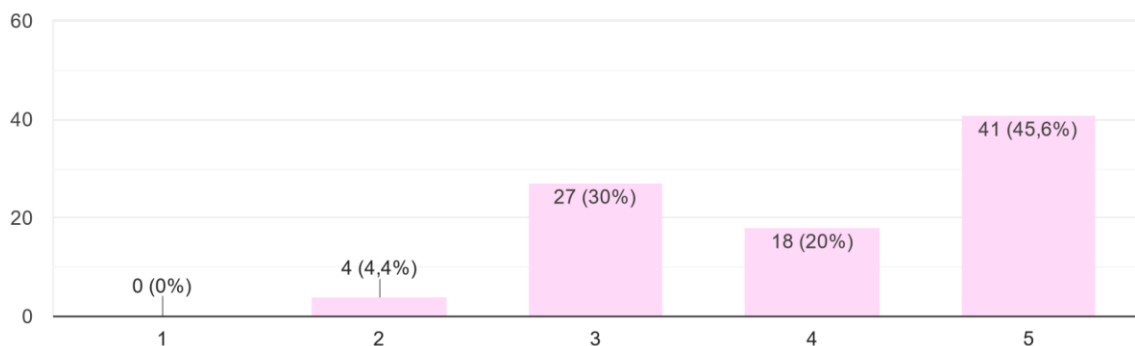
En qué medida crees que sufren una desorientación temporal (día, mes, año)

90 respuestas



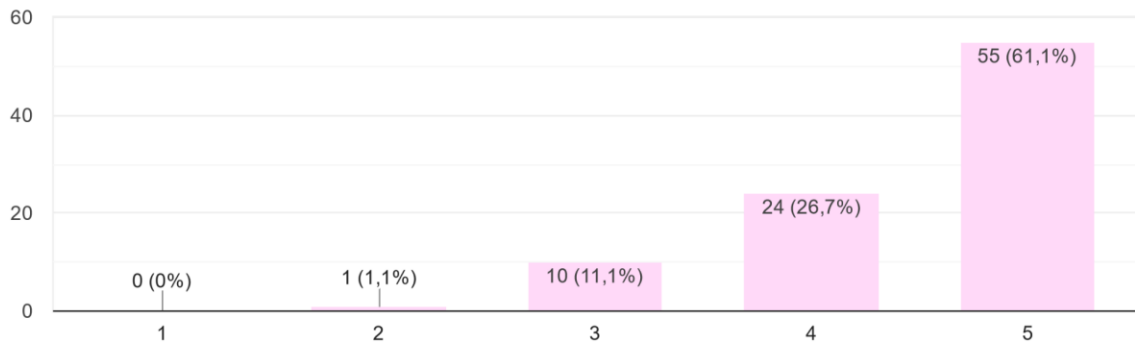
En qué medida crees que el lenguaje escrito se ve más afectado que el lenguaje oral

90 respuestas



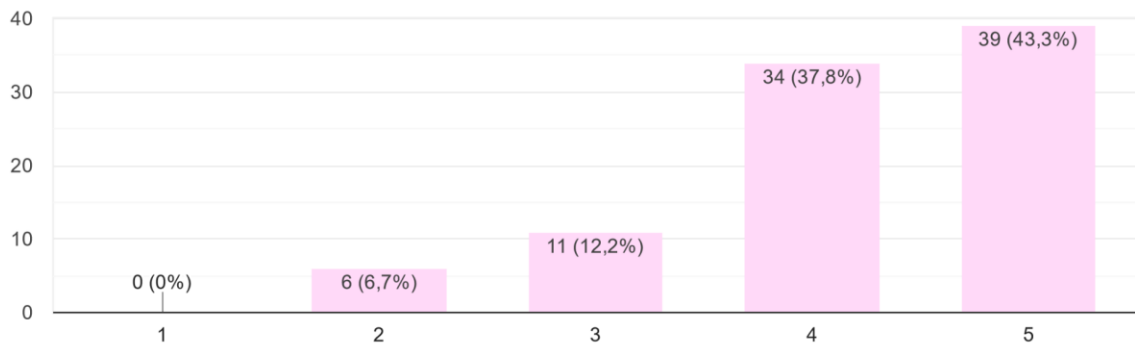
En qué medida crees que sufren de Anomia (incapacidad para encontrar nombres tanto propios como comunes)

90 respuestas



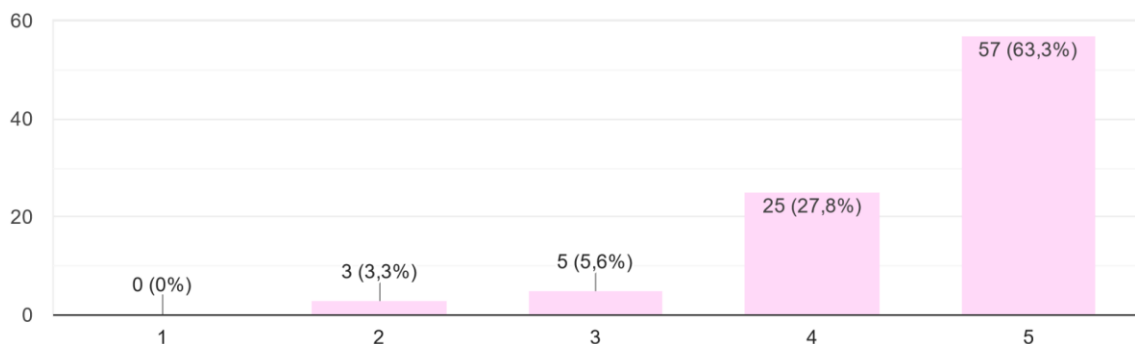
En qué medida crees que tienen dificultades en el manejo de objetos de uso común (tenedor, cepillo de dientes...)

90 respuestas



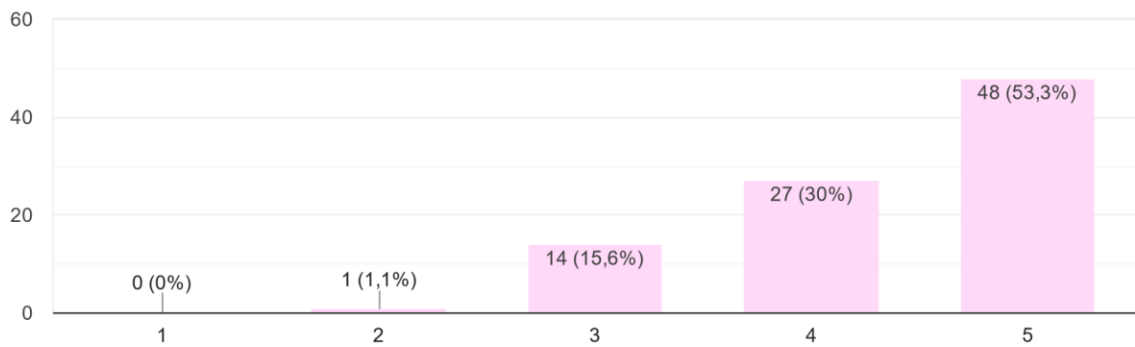
En qué medida crees que en estadios avanzados de la enfermedad, no saben expresar mediante lenguaje o gestualmente el dolor corporal

90 respuestas



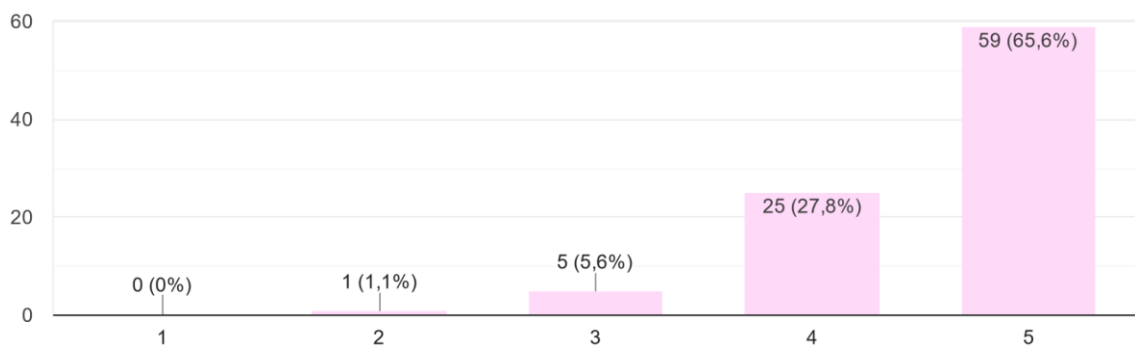
En qué medida crees que los números pierden el valor simbólico asociado para las personas con enfermedad de Alzheimer

90 respuestas



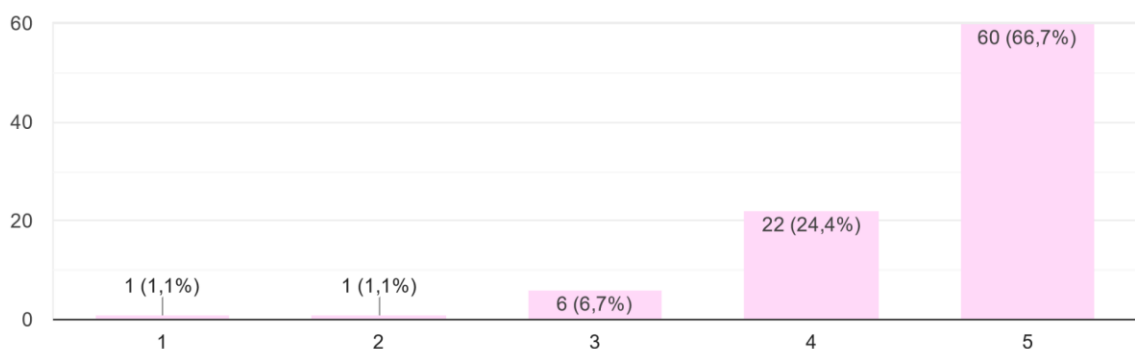
En qué medida crees que pierden la capacidad de juicio (entender y acatar las normas regulando su conducta)

90 respuestas



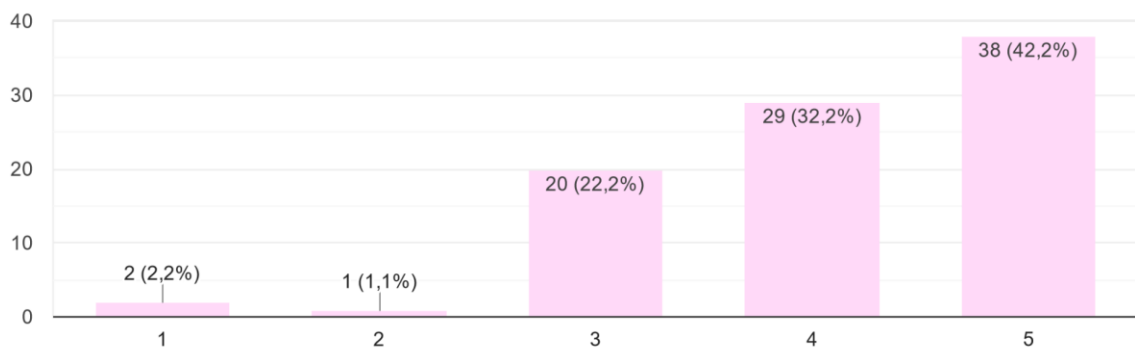
En qué medida crees que sufren de cambios de humor (depresiones, ansiedad...)

90 respuestas



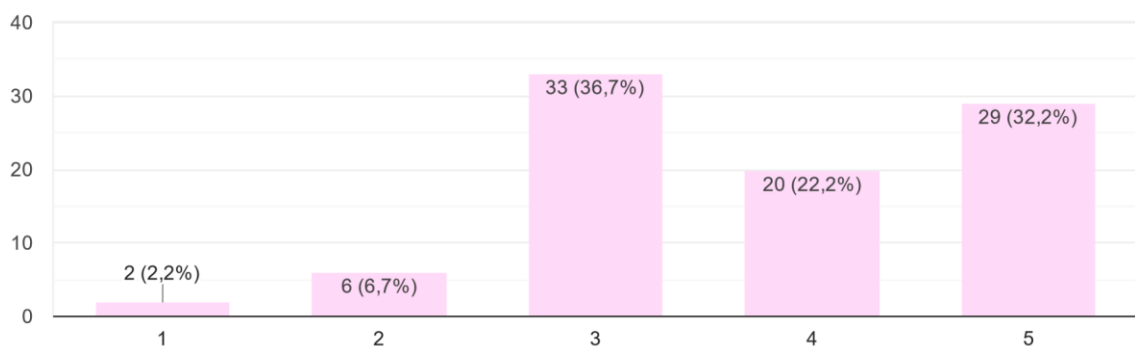
En qué medida crees probable que se vuelvan individuos más agresivos

90 respuestas



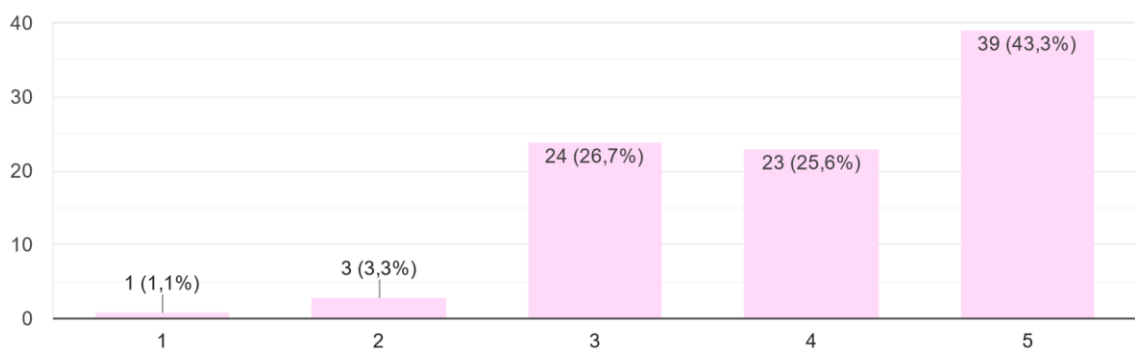
En qué medida crees probable que el individuo con enfermedad de Alzheimer siga de forma persistente a su cuidador

90 respuestas



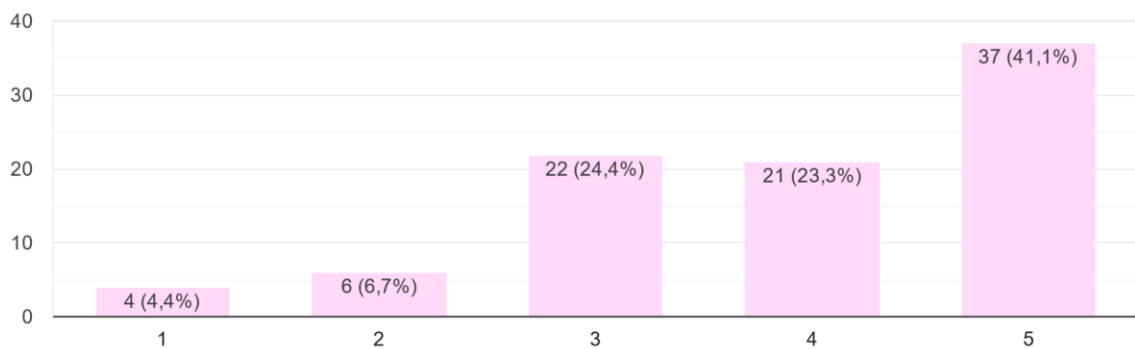
En qué medida crees que son incapaces de identificarse a sí mismos (su nombre, edad...)

90 respuestas



En qué medida crees que sufren de ideas delirantes y alucinaciones

90 respuestas



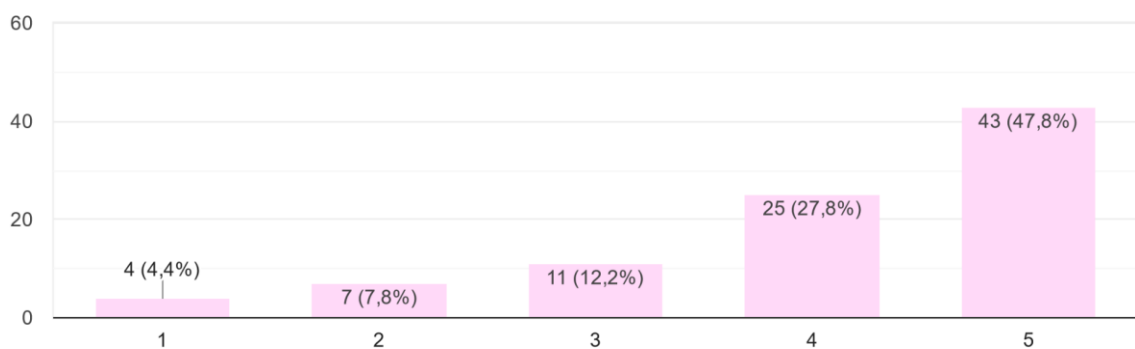
### Alzheimer i COVID-19:

Indica el nivel en el que estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones según esta escala

1- Nada de acuerdo 2- Un poco de acuerdo 3- Ni mucho ni poco de acuerdo 4- Bastante de acuerdo 5- Muy de acuerdo

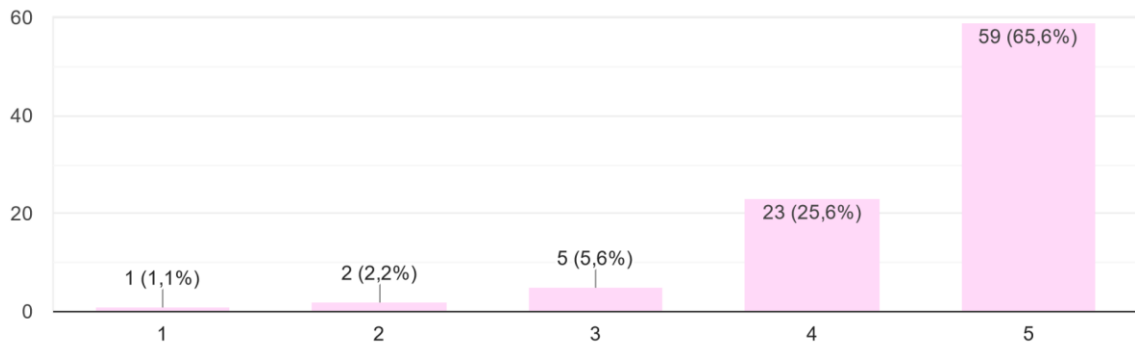
Las consecuencias de la pandemia por Covid-19 (uso de mascarillas, confinamientos, restricciones...) ha empeorado los síntomas del Alzheimer

90 respuestas



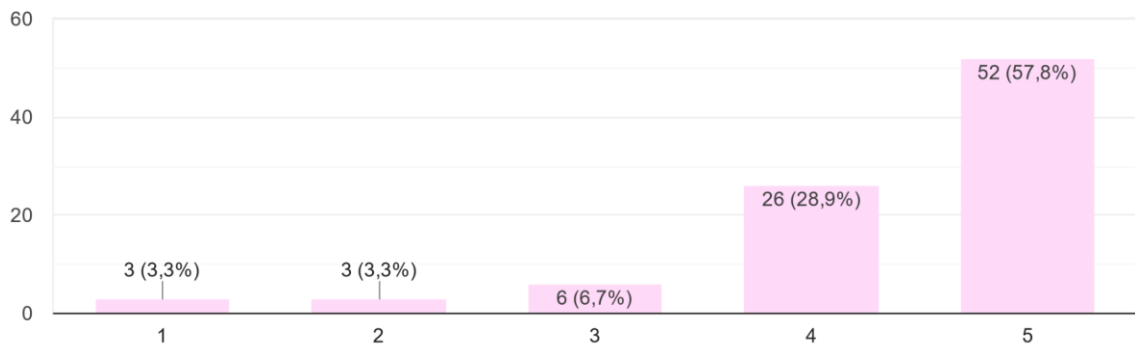
Los cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer han estado sobrecargados durante la pandemia de Covid-19

90 respuestas



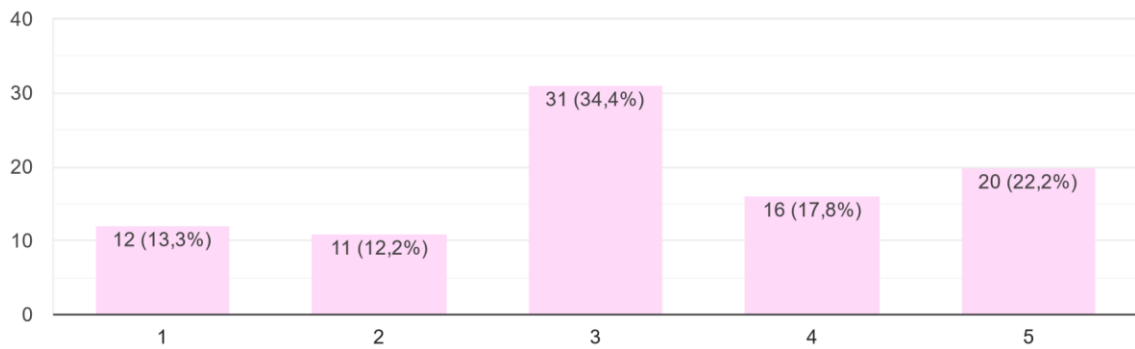
Los enfermos de Alzheimer han tenido dificultades para cumplir con las medidas impuestas por las autoridades durante la pandemia por Covid-19 (confinamiento, uso de mascarilla, distancia social...)

90 respuestas



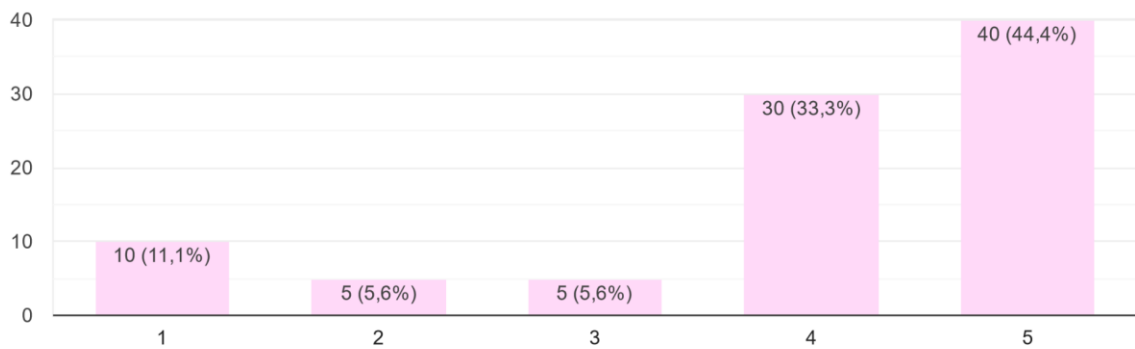
### Hay relación entre los daños cerebrales causados por Covid-19 y el Alzheimer

90 respuestas



### Los cuidados de enfermos con demencias como la de tipo Alzheimer están feminizados

90 respuestas

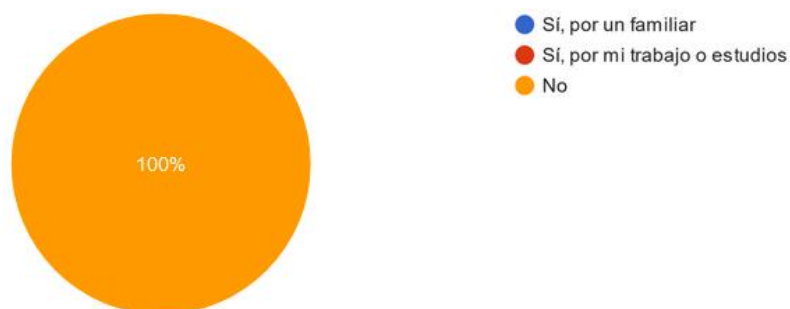


## 11.3.- MOSTRA NMA

### Apartat introductori

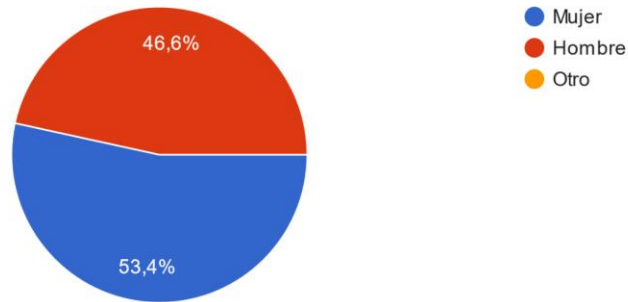
¿Has tenido o tienes contacto cercano con una persona con la enfermedad de Alzheimer? (familiar cercano, trabajo...)

73 respuestas



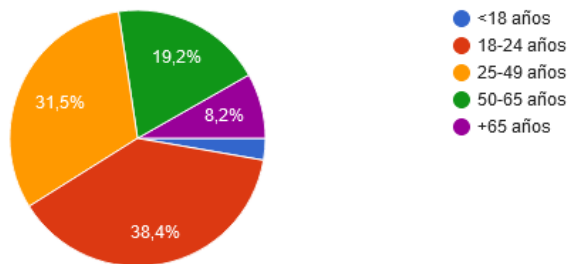
### Indica tu sexo

73 respuestas



### Indica tu grupo de edad

73 respuestas

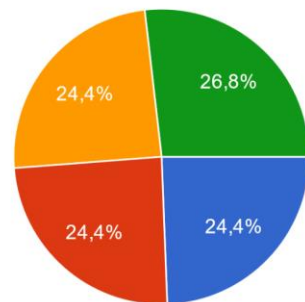


### Nivel de estudios actual (o cursando actualmente):

73 respuestas



En caso de cursar/haber cursado Grado, Máster u estudios superiores especifica la modalidad  
41 respostes

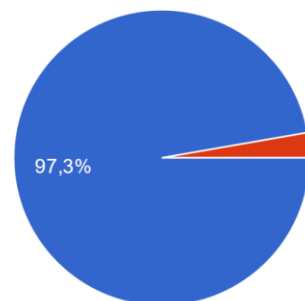


- Arte y Humanidades
- Ciencias sociales y jurídicas
- Ciencias o ciencias de la salud
- Ingeniería o arquitectura

---

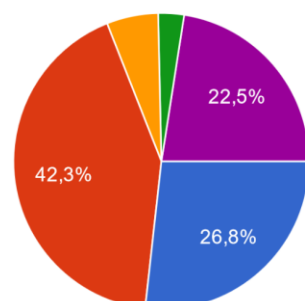
## Coneixement i percepció

¿Conoces la enfermedad de Alzheimer?  
73 respostes



- Si
- No

En caso afirmativo, ¿cómo la has conocido?  
71 respostes



- La he estudiado (durante mi formación académica o cursos formativos)
- Por los medios de comunicación (televisión, internet...)
- He tenido/tengo un familiar con esta enfermedad
- He trabajado/trabajo con personas que la padecen
- Me he autodocumentado

Define brevemente y con tus palabras esta enfermedad:

73 respuestas

Enfermedad degenerativa que ataca a la memoria

Pérdida de la memoria

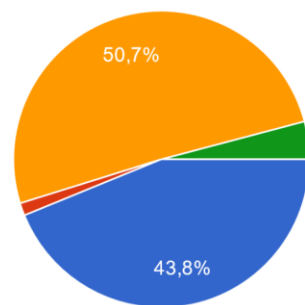
Provoca una pérdida progresiva de la memoria a corto y largo plazo.

Perdida de memoria y de capacidad mental hasta el total desconocimiento de las personas

Enfermedad que te hace perder poco a poco tus memorias.

De las siguientes definiciones, indica la que crea más correcta para la definición de Enfermedad de Alzheimer:

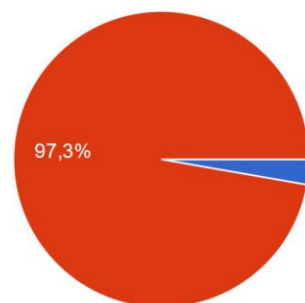
73 respuestas



- Enfermedad neurodegenerativa causante de alteraciones en la memoria del individuo que la padece
- Enfermedad neurodegenerativa causante de alteraciones conductuales y cognitivas en el individuo que la padece
- Enfermedad neurodegenerativa causante de alteraciones conductuales y cognitivas en el individuo que la padece
- Enfermedad neurodegenerativa causante de alteraciones cognitivas...

¿Es esta enfermedad reversible?

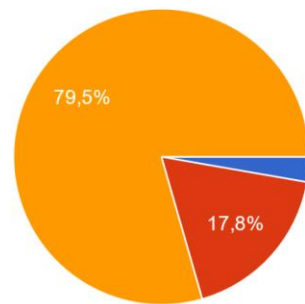
73 respuestas



- Si
- No

¿Los tratamientos ayudan a frenar el transcurso de la enfermedad?

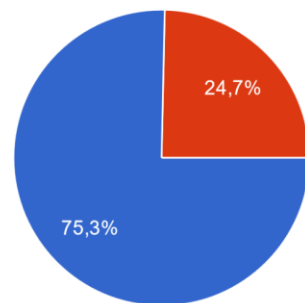
73 respuestas



- Sí, esta enfermedad es tratable y reversible
- No, la enfermedad no es tratable ni reversible
- Sí, la enfermedad no es reversible pero sí es tratable

¿Una persona con 30-40 años puede padecer la enfermedad de Alzheimer?

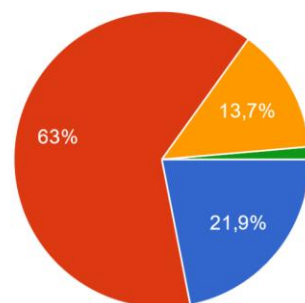
73 respuestas



- Sí
- No

¿A qué edad establecerías su inicio más probable?

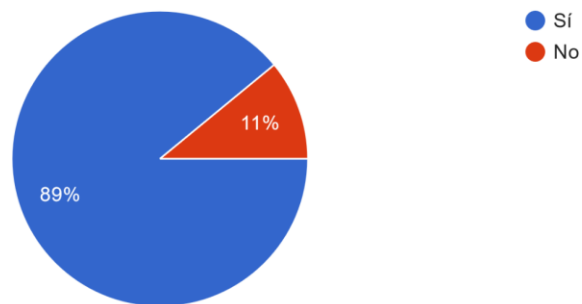
73 respuestas



- antes de los 60 años
- 70 años
- 80 años
- de 90 años en adelante

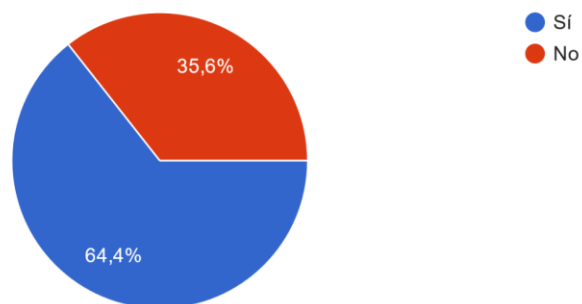
¿Los genes pueden influir en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer?

73 respuestas



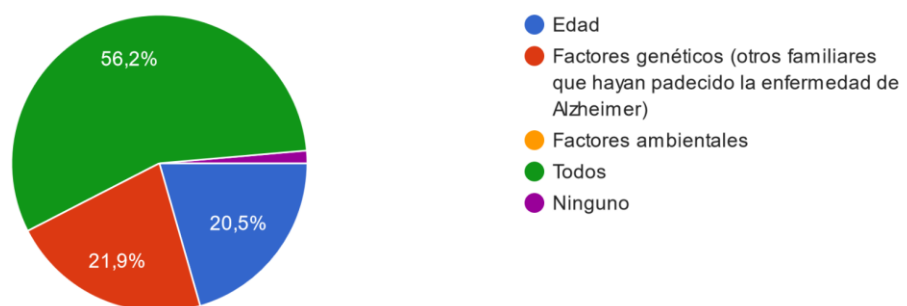
¿Crees que el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento demográfico están relacionados con el aumento de casos de Alzheimer?

73 respuestas



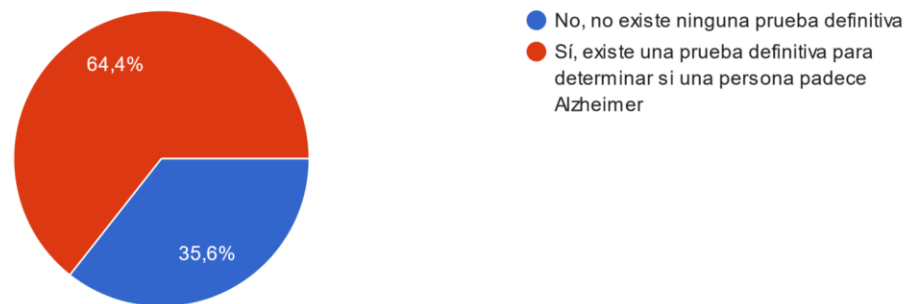
De los siguientes, indica cuales consideras factores de riesgo en relación a la enfermedad de Alzheimer:

73 respuestas



¿Existe un diagnóstico totalmente claro de Alzheimer mediante tests o estudios que no se base en una prueba post-mortem?

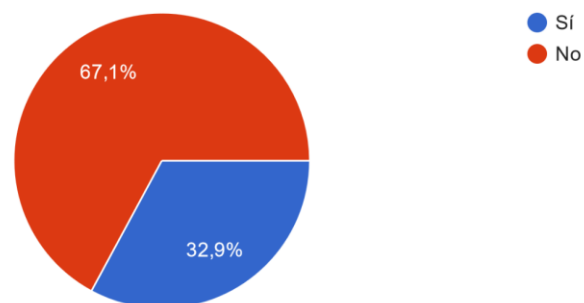
73 respuestas



## Coneixement clínic

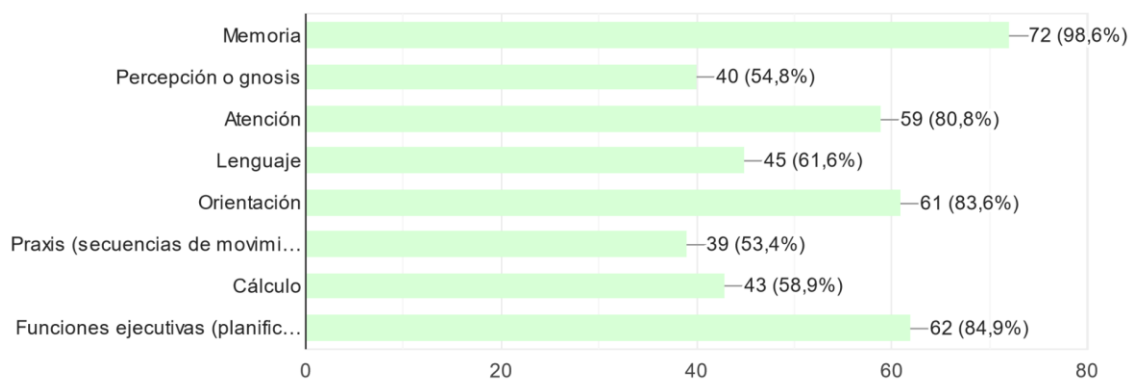
¿Conoces el síndrome del cuidador quemado?

73 respuestas

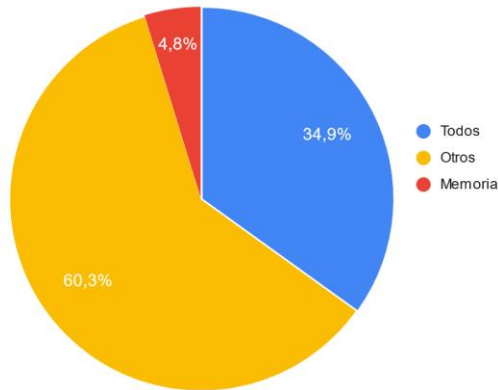


De las siguientes capacidades cognitivas, marque las que considera que se ven afectadas a lo largo de la Enfermedad de Alzheimer:

73 respuestas

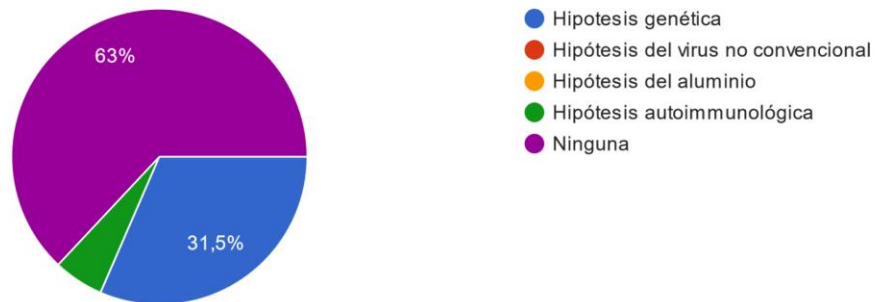


De las siguientes capacidades cognitivas, marque las que considera que se ven afectadas a lo largo de la Enfermedad de Alzheimer:



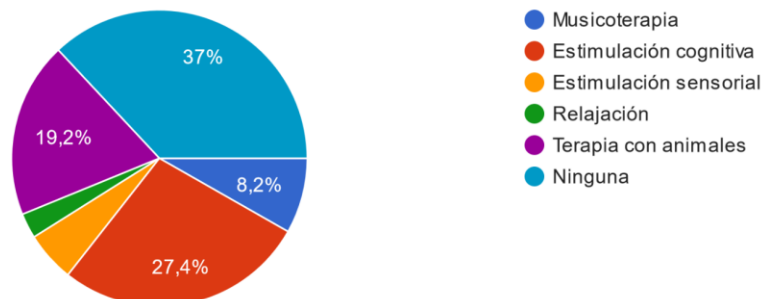
¿Conoces alguna de las siguientes hipótesis acerca de la causa de la enfermedad de Alzheimer?

73 respuestas



¿Has oído hablar de alguna de las siguientes terapias NO farmacológicas en pacientes con Alzheimer?

73 respuestas

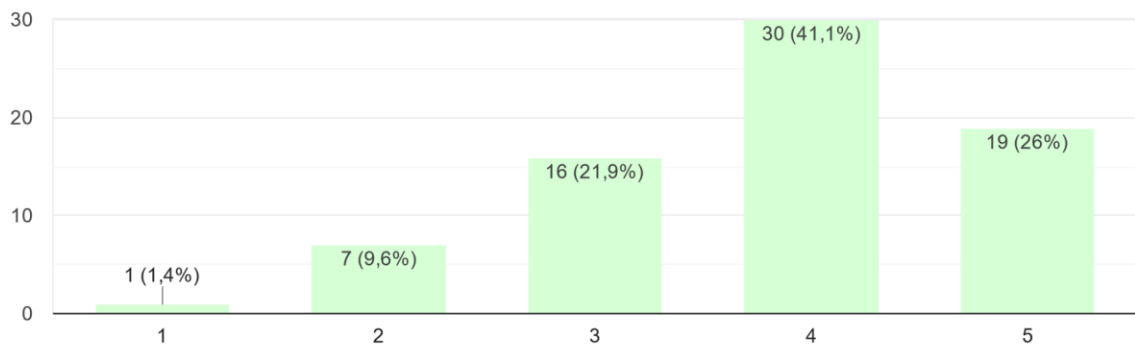


Indica según la escala, el grado en el que consideras probable las siguientes afirmaciones en relación a la enfermedad de Alzheimer

1- Nada probable 2- Poco probable 3-Puede ser o no probable 4- Bastante probable 5- Muy probable

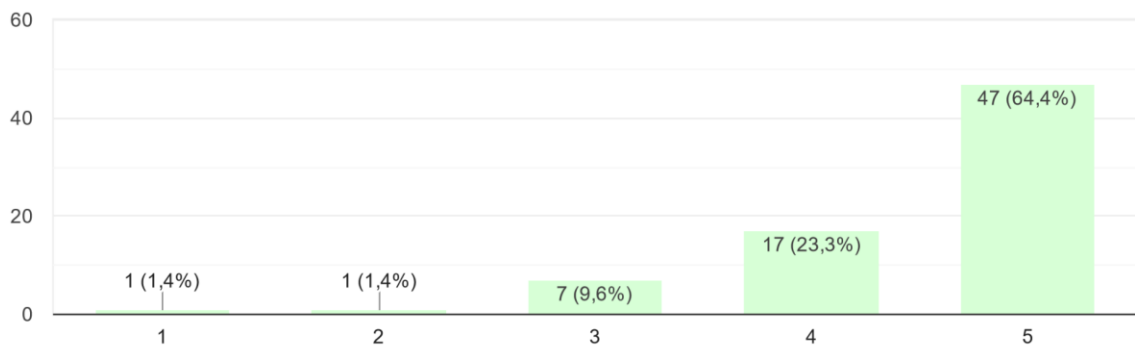
En qué medida crees que los pacientes sufren de anosognosia (ignorancia de sus déficits funcionales neurológicos o trastorno)

73 respuestas



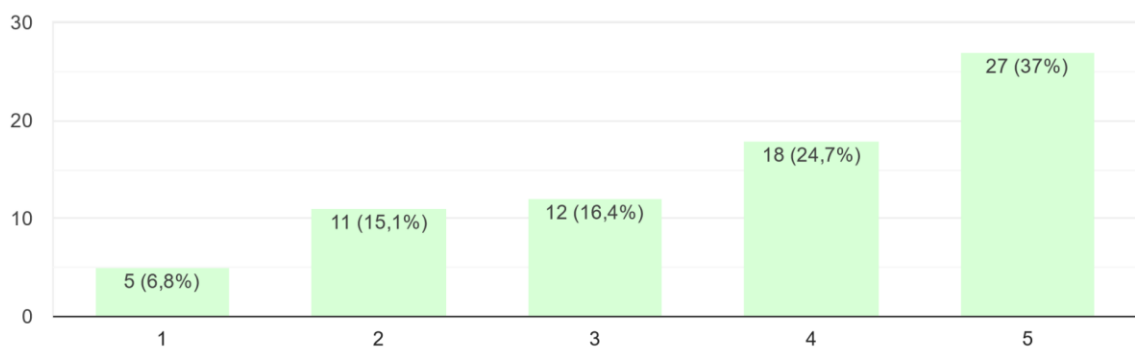
En qué medida es probable que las actividades de la vida diaria se vean afectadas en la enfermedad de Alzheimer (vestirse, control de esfínteres, higiene personal, alimentación...)

73 respuestas



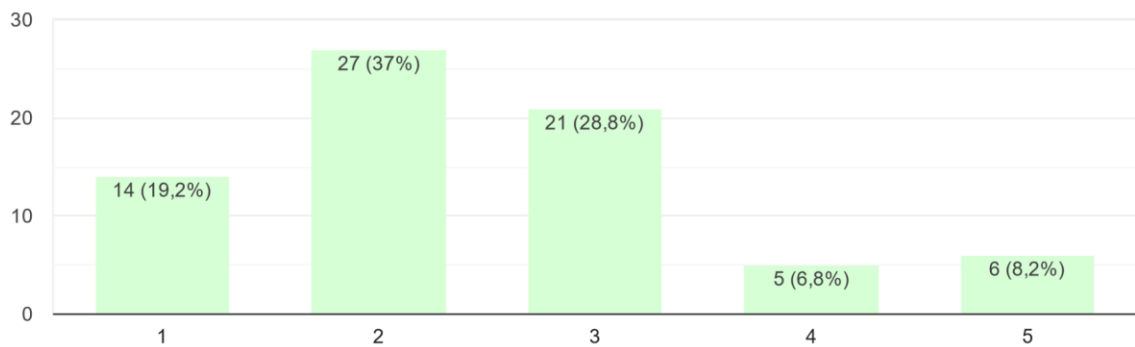
En qué medida es probable que las personas con la enfermedad de Alzheimer recuerden más los eventos pasados que los eventos recientes

73 respuestas



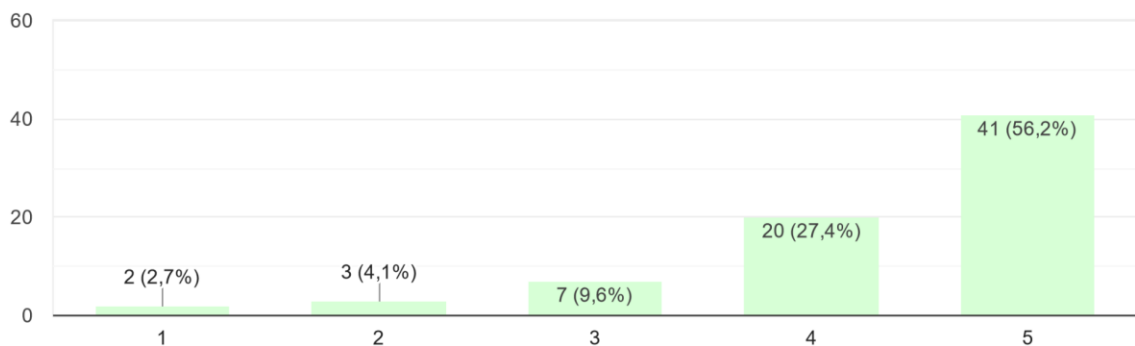
En qué medida crees que los individuos con enfermedad de Alzheimer pueden generar nuevos recuerdos

73 respuestas



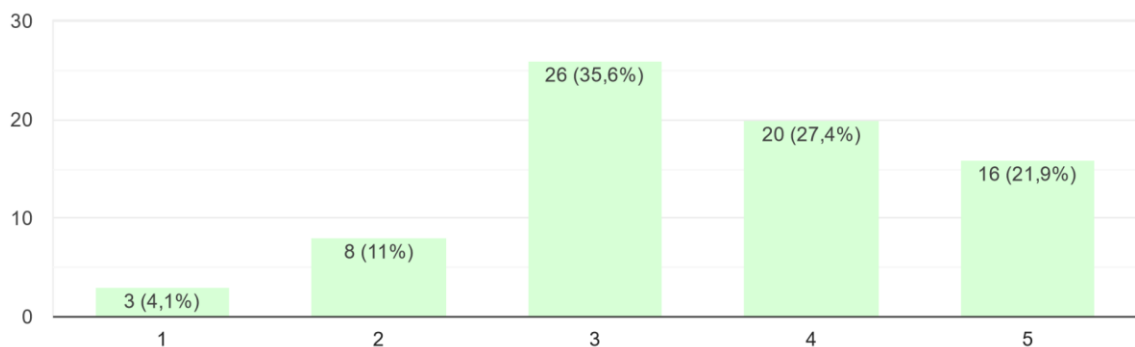
En qué medida crees que sufren una desorientación temporal (día, mes, año)

73 respuestas



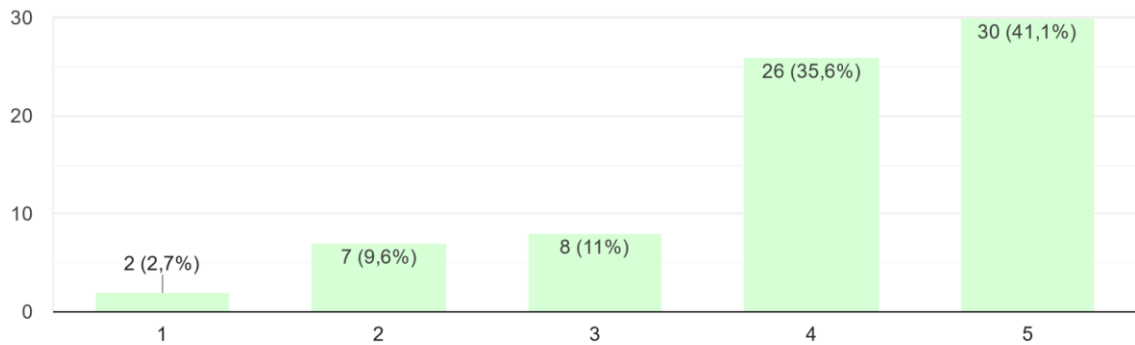
En qué medida crees que el lenguaje escrito se ve más afectado que el lenguaje oral

73 respuestas



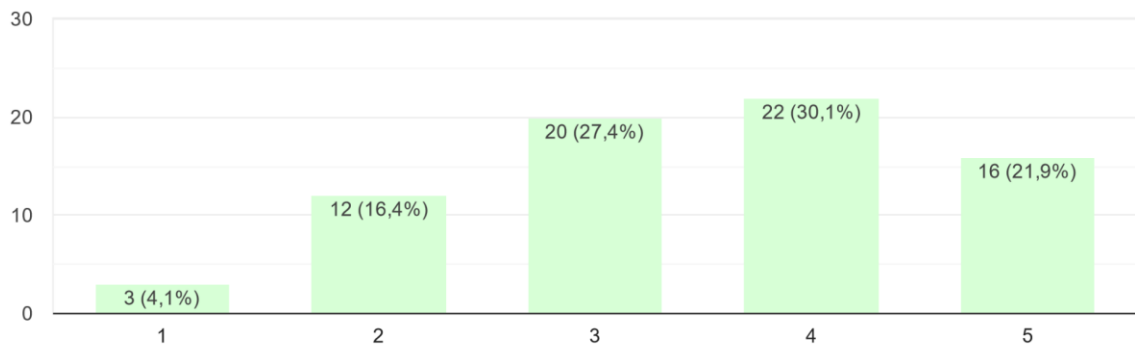
En qué medida crees que sufren de Anomia (incapacidad para encontrar nombres tanto propios como comunes)

73 respuestas



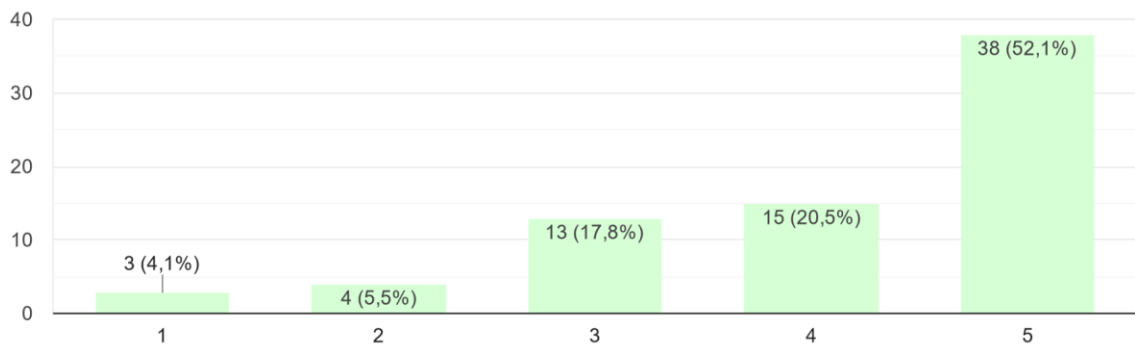
En qué medida crees que tienen dificultades en el manejo de objetos de uso común (tenedor, cepillo de dientes...)

73 respuestas



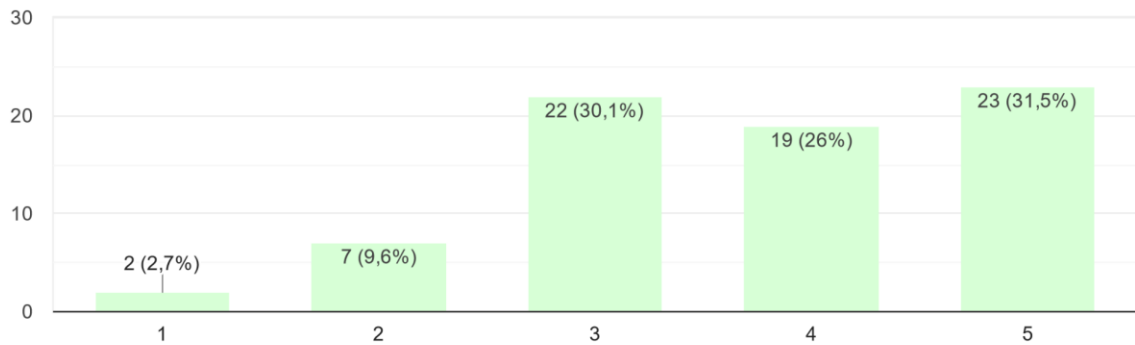
En qué medida crees que en estadios avanzados de la enfermedad, no saben expresar mediante lenguaje o gestualmente el dolor corporal

73 respuestas



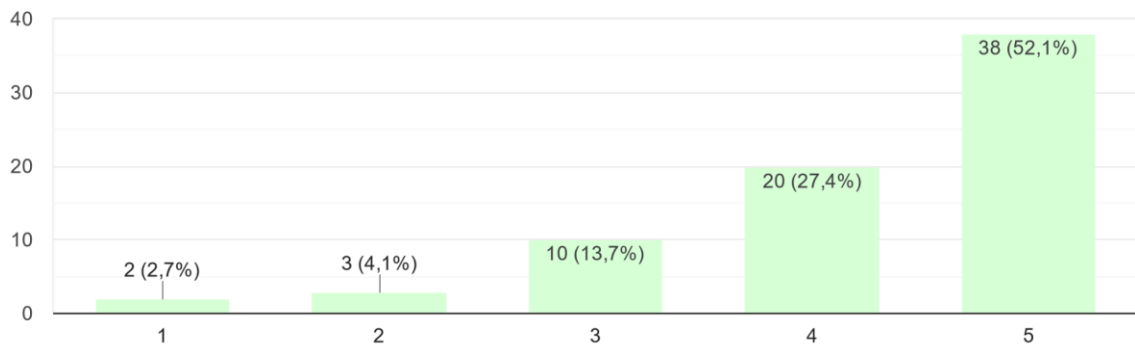
En qué medida crees que los números pierden el valor simbólico asociado para las personas con enfermedad de Alzheimer

73 respuestas



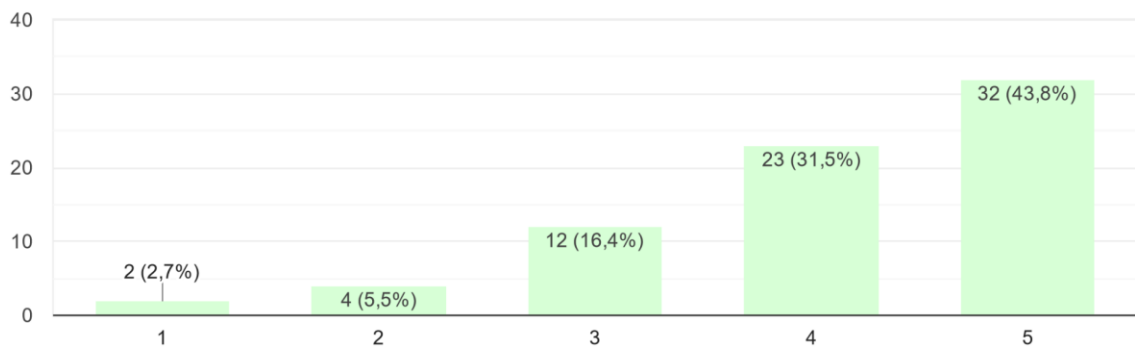
En qué medida crees que pierden la capacidad de juicio (entender y acatar las normas regulando su conducta)

73 respuestas



En qué medida crees que sufren de cambios de humor (depresiones, ansiedad...)

73 respuestas



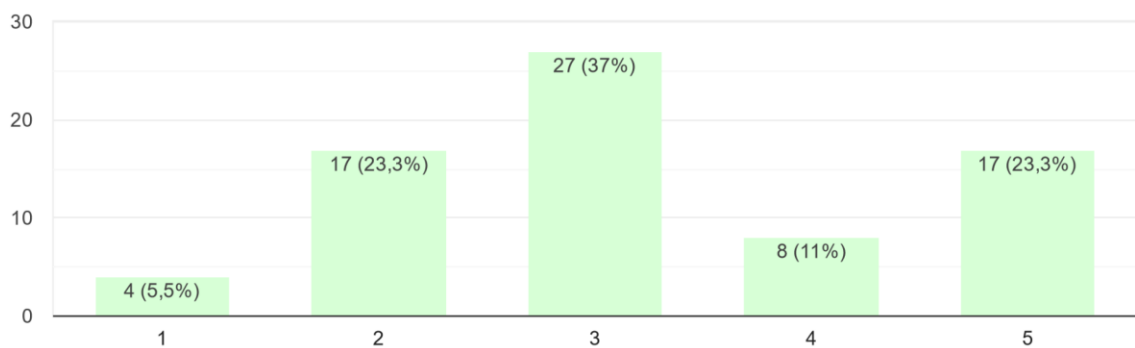
En qué medida crees probable que se vuelvan individuos más agresivos

73 respuestas



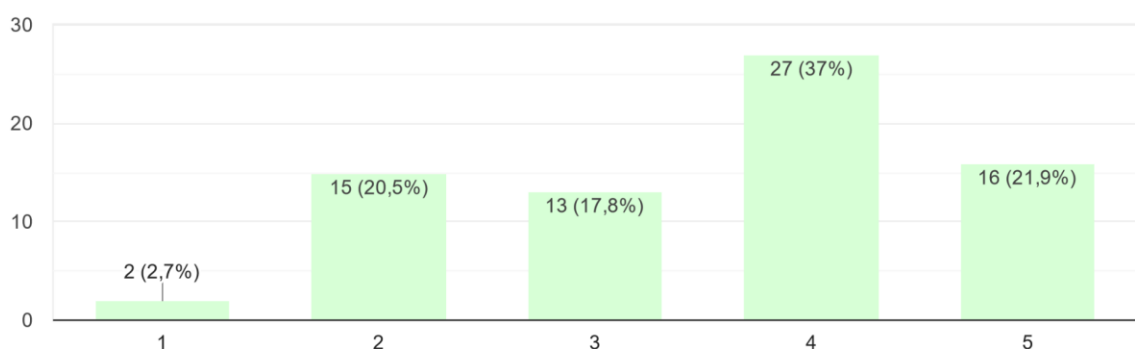
En qué medida crees probable que el individuo con enfermedad de Alzheimer siga de forma persistente a su cuidador

73 respuestas



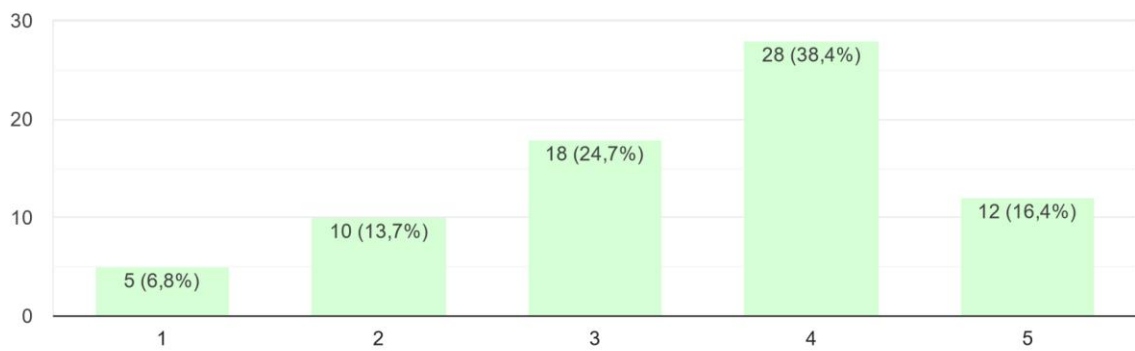
En qué medida crees que son incapaces de identificarse a sí mismos (su nombre, edad...)

73 respuestas



### En qué medida crees que sufren de ideas delirantes y alucinaciones

73 respuestas

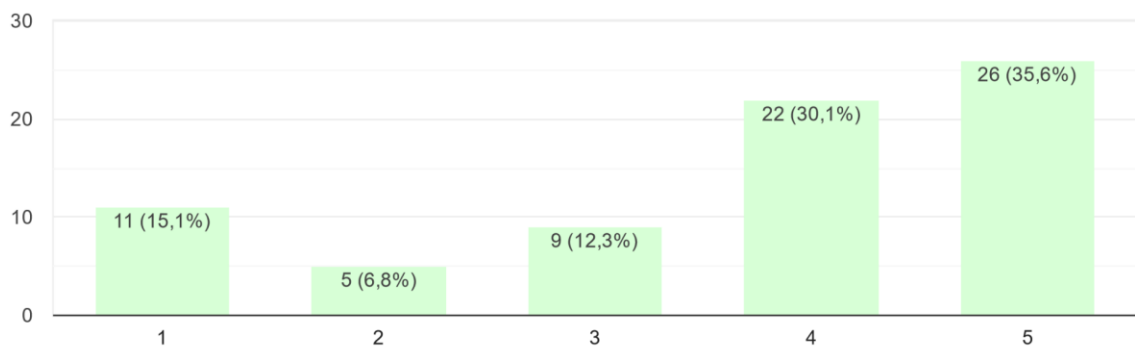


Indica el nivel en el que estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones según esta escala

1- Nada de acuerdo 2- Un poco de acuerdo 3- Ni mucho ni poco de acuerdo 4- Bastante de acuerdo 5- Muy de acuerdo

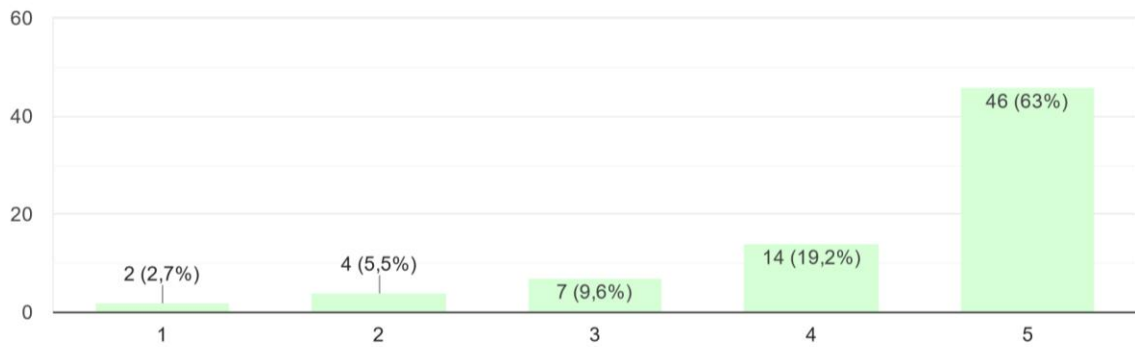
### Las consecuencias de la pandemia por Covid-19 (uso de mascarillas, confinamientos, restricciones...) ha empeorado los síntomas del Alzheimer

73 respuestas



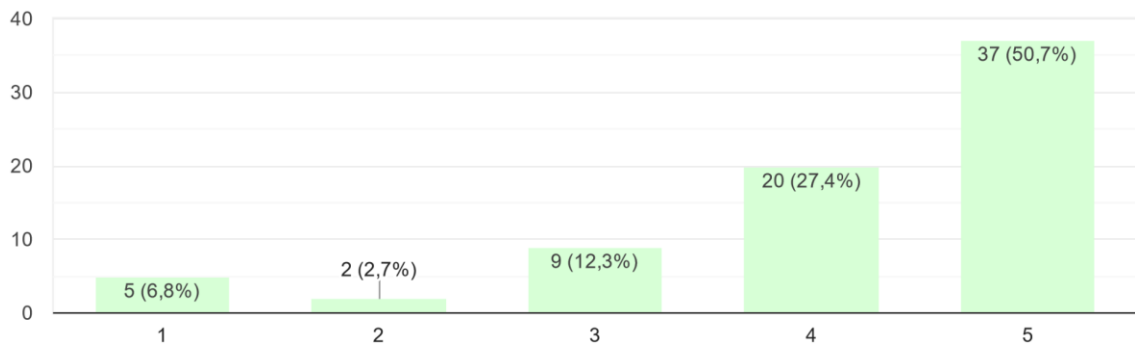
Los cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer han estado sobrecargados durante la pandemia de Covid-19

73 respuestas



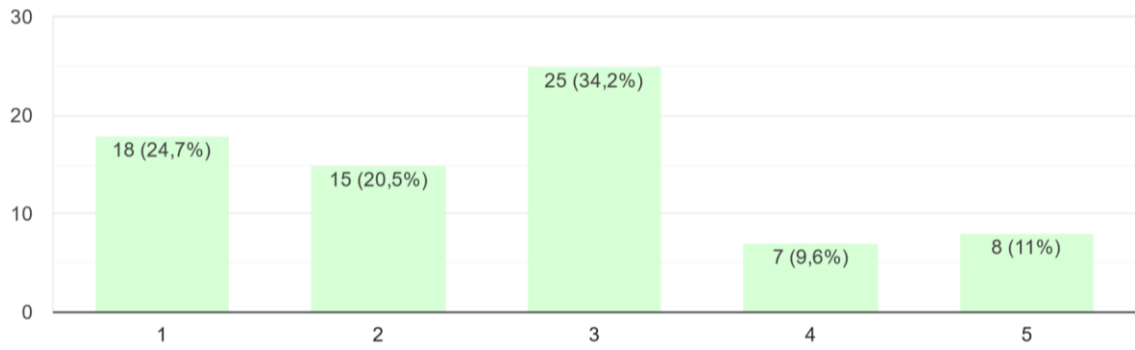
Los enfermos de Alzheimer han tenido dificultades para cumplir con las medidas impuestas por las autoridades durante la pandemia por Covid-19 (confinamiento, uso de mascarilla, distancia social...)

73 respuestas



### Hay relación entre los daños cerebrales causados por Covid-19 y el Alzheimer

73 respuestas



### Los cuidados de enfermos con demencias como la de tipo Alzheimer están feminizados

73 respuestas

