

Maria Mas Losilla

RECORDANT L'OBLIT: QUÈ EN SAP LA SOCIETAT SOBRE L'ALZHEIMER?

TREBALL DE FI DE GRAU

dirigit per la Dra. Margarita Torrente Torné

Grau de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2025

Gràcies a la meva tutora, per guiar-me durant tot el procés i ajudar-me a assolir els objectius prèviament establerts.

A totes les persones que han dedicat uns minuts a respondre l'enquesta i que han estat un factor imprescindible en aquest treball.

A la meva família, per acompanyar-me en aquesta etapa acadèmica i donar-me suport incondicional.

RESUM

L'Alzheimer és el tipus de demència més comú avui en dia. No obstant, tot i la seva prevalença, encara predominen creences errònies que condicionen la visió que té la societat sobre aquesta.

L'objectiu principal d'aquest treball és analitzar el nivell de coneixement actual sobre la malaltia de l'Alzheimer en una població major de 18 anys. A través d'una metodologia quantitativa basada en l'administració d'un qüestionari a 114 subjectes, s'han obtingut dades per donar resposta a les principals hipòtesis d'aquesta recerca. Aquest estudi s'ha centrat en contrastar el nivell de coneixement dels participants amb variables com l'edat, el nivell d'estudis i l'experiència amb la malaltia.

Els resultats obtinguts mostren un coneixement moderat de la població (amb una mitjana de 9,28 sobre 15). L'anàlisi dels resultats realitzats amb el programa SPSS mostren un grau de coneixement amb diferències significatives segons el nivell educatiu dels participants, però no segons l'edat. Respecte l'experiència prèvia hi ha diferències però no es poden considerar significatives.

A més a més, es detecta més desinformació respecte l'Alzheimer en aspectes com l'etiologia i el diagnòstic, la prevenció i els aspectes emocionals i conductuals.

Tots aquests resultats creen la necessitat de fomentar la psicoeducació respecte l'Alzheimer per afavorir una comprensió més realista no només de la malaltia, sinó també de les persones que la conviuen.

Paraules clau: Alzheimer, demència, coneixement, percepció social, desinformació, nivell educatiu, edat, experiència prèvia, psicoeducació.

RESUMEN

El Alzheimer es el tipo de demencia más común en la actualidad. No obstante, a pesar de su prevalencia, todavía predominan creencias erróneas que condicionan la visión que la sociedad tiene sobre esta.

El objetivo principal de este trabajo es analizar el nivel de conocimiento actual sobre la enfermedad de Alzheimer en una población mayor de 18 años. A través de una metodología cuantitativa basada en la administración de un cuestionario a 114 sujetos, se han obtenido datos para dar respuesta a las principales hipótesis de esta investigación. Este estudio se ha centrado en contrastar el nivel de conocimiento de los participantes con variables como la edad, el nivel de estudios y la experiencia con la enfermedad.

Los resultados obtenidos muestran un conocimiento moderado de la población (con una media de 9,28 sobre 15). El análisis de los resultados realizado con el programa SPSS muestra un grado de conocimiento con diferencias significativas según el nivel educativo de los participantes, pero no según la edad. Respecto a la experiencia previa, hay diferencias, pero no pueden considerarse significativas.

Además, se detecta mayor desinformación respecto al Alzheimer en aspectos como la etiología y el diagnóstico, la prevención y los aspectos emocionales y conductuales.

Todos estos resultados crean la necesidad de fomentar la psicoeducación respecto al Alzheimer para favorecer una comprensión más realista no solo de la enfermedad, sino también de las personas que conviven con ella.

Palabras clave: Alzheimer, demencia, conocimiento, percepción social, desinformación, nivel educativo, edad, experiencia previa, psicoeducación.

ABSTRACT

Alzheimer's disease is the most common type of dementia today. However, despite its prevalence, erroneous beliefs still predominate, shaping the way society perceives the disease.

The main objective of this study is to analyze the current level of knowledge about Alzheimer's disease in a population over the age of 18. Using a quantitative methodology based on the administration of a questionnaire to 114 participants, data were collected to address the main hypotheses of this research. This study focuses on comparing participants' knowledge levels based on variables such as age, educational level, and personal experience with the disease.

The results show a moderate level of knowledge among the population (with an average score of 9.28 out of 15). The analysis conducted with the SPSS program reveals significant differences in knowledge levels according to participants' educational background, but not according to age. Regarding prior experience with the disease, there are differences, but they cannot be considered statistically significant.

In addition, greater misinformation is detected in aspects such as the etiology and diagnosis of Alzheimer's, prevention strategies, and emotional and behavioral aspects.

All these findings highlight the need to promote psychoeducation about Alzheimer's disease to foster a more realistic understanding not only of the condition itself but also of the individuals living with it.

Keywords: Alzheimer's, dementia, knowledge, social perception, misinformation, educational level, age, prior experience, psychoeducation.

Índex

1. Introducció i justificació	7
2. Marc teòric	9
2.1. L'Alzheimer	9
2.1.1. Què és l'Alzheimer?	9
2.1.2. Història i evolució de la malaltia	12
2.1.3. Fonts d'informació i desinformació (mites i falses creences)	14
2.2. Etapes de l'Alzheimer	17
2.3. Classificacions actuals de l'Alzheimer	19
2.4. Causes i factors de risc	20
2.5. Altres demències	24
3. Hipòtesis	27
4. Marc metodològic	28
4.1. Objectius	28
4.1.1. Objectiu general	28
4.1.2. Objectius específics	28
4.2. Metodologia	28
4.3. Població i mostra	31
4.4. Instruments de recollida de dades	31
4.4.1. Qüestionari	31
5. Disseny experimental	33
6. Resultats	34
6.1. Resultats de l'enquesta	34
6.2. Anàlisi de resultats del SPSS	41
7. Conclusions	48
7.1. Limitacions	51
7.2. Reflexió personal	51
8. Bibliografia	52
9. Annexos	57
9.1. Annex 1. Qüestionari	57
9.2. Annex 2. Taula GDS-FAST	62
9.3. Annex 3. Criteris DSM-5	66
9.4. Annex 4. Criteris NIA-AA	67

1. Introducció i justificació

Aquest treball de fi de grau (TFG) sorgeix de la curiositat per conèixer quina és la percepció de la societat d'avui en dia sobre l'Alzheimer, una malaltia que, a priori sembla conèixer tothom però a l'hora de la veritat no en saben tant com sembla.

L'Alzheimer és una malaltia neurodegenerativa molt coneguda avui en dia i que afecta a milions de persones ja que causa un gran impacte no només en la vida de les persones que la pateixen, sinó que també en la vida dels seus familiars i cuidadors.

Tot i la seva prevalença, el coneixement de la societat sobre l'Alzheimer continua sent limitat a dia d'avui ja que la gran majoria tenen una percepció errònia d'aquesta malaltia deguda, en gran part, a la influència dels mites i creences.

És per aquest motiu que he decidit realitzar la meva investigació del Treball de Fi de Grau sobre la percepció social d'una de les malalties més comunes de demència i una de les principals preocupacions en l'àmbit de la salut mental. Aquest treball proposa analitzar el coneixement de la societat i veure quins són els factors que hi influeixen.

Per tal de dur a terme aquest treball, es presenta un marc teòric amb l'estructura següent: primer de tot, es fa una explicació sobre què és l'Alzheimer i quines són les seves conseqüències, posteriorment es veu el seu origen i l'evolució durant tots aquests anys i, per últim, el gran impacte que té no només en l'individu sinó també en el seu entorn.

Posteriorment, es dona pas al marc metodològic, on es pot veure la creació d'un qüestionari i la posterior aplicació a persones de diferents franges d'edat per a poder avaluar el seu coneixement sobre aquesta malaltia i les creences relacionades. Els resultats d'aquest qüestionari es compararan segons l'edat dels subjectes, el nivell d'escolarització i l'experiència prèvia amb la malaltia per a ajudar a determinar quins podrien ser els motius d'aquesta manca de coneixement i, si és possible, proposar les millores necessàries per a que aquesta situació canviï.

A partir d'aquí, aquest treball pretén donar resposta a diverses preguntes clau sobre el coneixement social de l'Alzheimer. Així doncs, es buscarà esbrinar quines són les principals idees percebudes de la nostra societat sobre aquesta malaltia, tenint en compte factors com l'edat, el nivell d'estudis i l'experiència pròpia amb la malaltia.

Finalment, amb les conclusions obtingudes amb aquest treball es pretén aportar una reflexió sobre la importància de la psicoeducació i la sensibilització social respecte a l'Alzheimer, amb l'objectiu de fomentar una visió més informada i el més pròxim a la realitat possible cap a aquelles persones que conviuen, ja sigui de forma directa o indirecta, amb aquesta malaltia.

2. Marc teòric

Aquest apartat s'estructura en 4 grans blocs: un primer centrat en la definició de l'Alzheimer, la seva història i evolució i els mites i creences d'avui en dia (2.1), el segon parla de les diverses etapes de la malaltia (2.2), el tercer es centra en l'etiologia de l'Alzheimer i els seus factors de risc (2.3), i per últim, un apartat on s'exposen altres demències que no són tan conegudes (2.4).

2.1. L'Alzheimer

2.1.1. Què és l'Alzheimer?

"La malaltia de l'Alzheimer és un trastorn del cervell que lentament destrueix la memòria i les habilitats de pensament i, amb el temps, la capacitat de realitzar fins i tot les tasques més senzilles. Actualment, la malaltia de l'Alzheimer és la setena causa de mort a nivell mundial i la forma més freqüent de demència en les persones grans" (National Institute on Aging, 2023).

A Espanya, en canvi, segons la Fundació Pasqual Maragall (2023), que es basa en dades publicades per l'Institut Nacional d'Estadística (2022), la malaltia d'Alzheimer es troba entre les vuit principals causes de mort a nivell estatal.

L'Alzheimer és considerada la causa més comuna de demència i es defineix com un procés biològic que s'inicia amb l'acumulació al cervell de proteïnes en forma de plaques amiloides i embolcalls neurofibril·lars. Com a conseqüència d'aquestes alteracions es produeix la mort progressiva de les neurones i disminueix el volum cerebral amb el pas del temps (Mayo Clínic, 2024).

Segons Ramírez Flores et al. (2017), la malaltia d'Alzheimer es caracteritza per dos canvis histològics principals al cervell.

En primer lloc, l'acumulació de pèptids β -amiloide ($A\beta$), generats a partir de la proteïna precursora amiloide (APP) a través de la via amiloidogènica produeix dues formes neurotòxiques que s'acumulen i danyen les neurones ($A\beta_{40}$ i $A\beta_{42}$).

En segon lloc, es produeix també una acumulació d'ovillos neurofibril·lars que es formen per la proteïna tau alterada, que produeix una alteració en la funció neuronal normal.

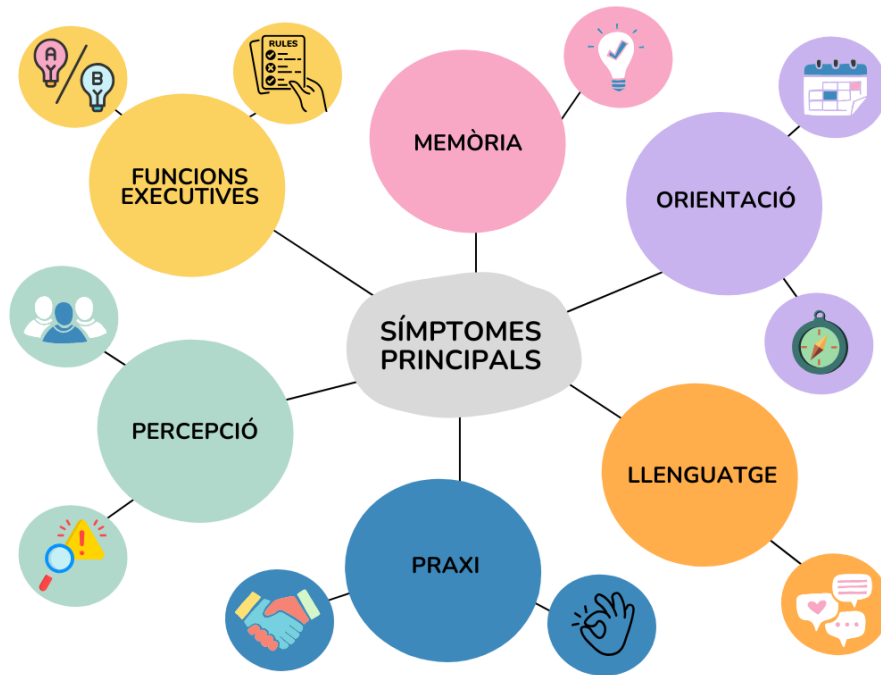
Aquesta malaltia pot manifestar-se amb un gran ventall de símptomes depenent de la fase en la que es troba la malaltia i de quines són les àrees del cervell que estan afectades, entre altres coses.

La MA es caracteritza per una pèrdua de funcions cognitives acompanyada de símptomes psicològics no cognitius (Bruna et al. 2011).

El perfil característic de disfuncions cognitives inclou (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué & Ruano, 2011; Criado Gutierrez & Garcia Meilán, 2017):

1. Memòria: Aquesta àrea és la principal afectada en pacients que pateixen la malaltia d'Alzheimer. Es mostren afectades tant la memòria a curt termini, com la memòria a llarg termini, la memòria de treball i la semàntica.
2. Orientació: Aquesta desorientació és deguda a una alteració en la percepció i en la memòria. Inicialment la persona es perd en espais pocs freqüents per ella, però més endavant, la desorientació es produeix en llocs molt personals com la seva pròpia casa.
3. Llenguatge: En aquest àmbit el trastorn més freqüent associat a la malaltia d'Alzheimer és l'anòmia (dificultat per trobar el nom de paraules conegudes per la persona). Tot i que també es produeixen altres trastorns del llenguatge com les parafràsies, disàrtries, o ecolàlies, entre altres.
4. Capacitats pràxiques: També podem trobar diferents dificultats per realitzar moviments coordinats i voluntaris tot i tenir la capacitat física per fer-los. Algunes de les apràxies que solen aparèixer en aquesta malaltia són l'apràxia ideomotora, la ideatòria i la constructiva.
5. Percepció: Algunes de les alteracions perceptives que es manifesten en aquesta malaltia són l'agnòsia, l'alteració perceptiva espacial, les al·lucinacions, entre d'altres.

6. Funcions executives: Aquestes funcions es veuen alterades en la capacitat de planificació, organització, resolució de problemes i en l'autocontrol.



Imatge 1. Síntomes principals de l'Alzheimer. Elaboració pròpia.

L'Alzheimer Association d'Estats Units (2009) va crear una llista amb 10 signes d'alarma que poden ser indicatius de la presència de la malaltia d'Alzheimer:

Pèrdues de memòria que dificulten la vida quotidiana	Problemes de llenguatge oral i escrit
Dificultat per planificar o resoldre problemes	Pèrdua d'objecte o ubicació incorrecta
Dificultat per dur a terme tasques habituals	Disminució o manca de judici
Desorientació temporal i espacial	Pèrdua d'iniciativa
Problemes de pensament abstracte	Canvis d'humor i de personalitat

Taula 1. Signes d'alarma que indiquen Malaltia d'Alzheimer (MA) segons l'Alzheimer Associations (2009).

2.1.2. Història i evolució de la malaltia

La malaltia de l'Alzheimer ha passat per diverses etapes al llarg dels anys fins a arribar a definir-se tal i com és a dia d'avui.

A principis del segle XX, el concepte de *demència* es feia servir per a designar a qualsevol classe de malalties mentals. L'any 1907 Alois Alzheimer, un psiquiatre i neuròleg alemany va descriure per primer cop aquesta nova malaltia després de realitzar el seguiment d'una pacient de 51 anys d'edat que presentava un quadre clínic caracteritzat per pèrdues de memòria, dificultats en la parla, desorientació i alteracions conductuals (Weiner i Lipton, 2010).

Alois Alzheimer va identificar aquesta malaltia després de la mort i la posterior investigació del sistema nerviós de la pacient. Els resultats que va obtenir de l'estudi van mostrar un còrtex cerebral atrofiat, l'acumulació d'un producte metabòlic desconegut (plaques senils) i l'aparició d'uns cabdells neurofibrilars, responsables de la destrucció de les neurones. Aquest descobriment va ser considerada com una forma de demència presenil.

No va ser fins l'any 1910 que un psiquiatre alemany anomenat Emil Kraepelin va incloure aquesta malaltia a la 8^a edició del *Handbook of Psychiatry* amb el nom de "*Malaltia d'Alzheimer*".

Alois Alzheimer va morir l'any 1915, però altres investigadors van continuar buscant respostes.

Als anys 50 es considerava una malaltia pròpia de la mitjana edat i, és per aquest motiu que quan es manifestava en edats avançades, era considerada com a demència senil. L'any 1968 es va desenvolupar la primera escala per l'avaluació del deteriorament cognitiu i funcional en persones grans.

Dues dècades més tard, als anys 70 va començar a identificar-se l'Alzheimer com una causa de demència freqüent en persones d'edat avançada.

A partir de la dècada dels 80, va començar una època d'avenços patològics d'aquesta malaltia en la que es va descobrir que l'acumulació de proteïnes beta-amiloide i tau provoquen la degeneració i mort neuronal d'un cervell amb Alzheimer.

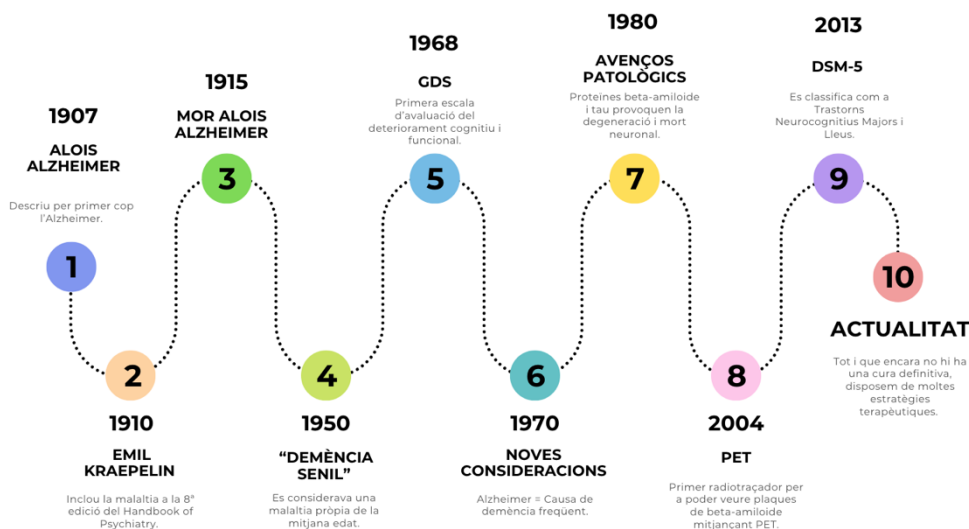
L'inici del nou segle va arribar acompanyat de descobriments molt importants respecte les tècniques d'imatge pel diagnòstic i tractament de l'Alzheimer. L'any 2004 es va presentar el primer radiotracador per a poder veure plaques de beta-amiloide mitjançant la tomografia per emissió de positrons (PET).

Des de 2013, l'Alzheimer es classifica a la categoria de Trastorns Neurocognitius Majors i Lleus al DSM-5.

Avui en dia, la malaltia de l'Alzheimer és l'objecte d'estudi de nombroses investigacions i, tot i que actualment encara no hi ha una cura definitiva pel tractament d'aquesta malaltia, disposem de moltes estratègies terapèutiques destinades a alentir el procés i, sobretot, a millorar la qualitat de vida dels pacients.

Línia del temps

Malaltia de l'Alzheimer



Imatge 2. Línia del temps de l'Alzheimer. Elaboració pròpia.

2.1.3. Fonts d'informació i desinformació (mites i falses creences)

Segons Francisco-Joaquín Gutiérrez-Ariza (2016) les falses creences són afirmacions pseudocientífiques refutades per l'evidència, però àmpliament difoses. Aquestes creences persisteixen si no es desmenteixen activament i poden generar mites.

Hi ha hagut molts mites i falses creences sobre aquesta malaltia al llarg dels últims anys. A continuació s'esmenten algunes d'aquestes falses creences i s'exposa quina és la realitat actualment sobre aquests temes.

1. És normal perdre la memòria amb l'edat.

Segons estudis realitzats pel National Institute on Aging (2023), és cert que l'envelliment produeix canvis en moltes parts del nostre cos, inclòs el cervell. És per aquest motiu que a moltes vegades associem la pèrdua de memòria a part de l'envelliment. No obstant, s'ha de saber distingir les conseqüències normals d'un procés d'envelliment del que podrien ser els primers símptomes de la Malaltia d'Alzheimer, o d'algun altre problema. Per tant, tot i que al envellir podem experimentar un deteriorament de les nostres capacitats cognitives, no ens dificulta realitzar les activitats quotidianes (Fundació Pasqual Margall, 2023).

2. És impossible tenir Alzheimer si recorda detalladament coses que van passar fa temps.

Sovint veiem com les persones amb Alzheimer són capaces de recordar esdeveniments de la seva infància o joventut, però en canvi no recorden fets que van passar fa poc temps. Això és degut, segons Alayón (2018) a que la memòria relacionada amb els esdeveniments passats es manté relativament conservada fins les últimes fases de la malaltia, mentre que la memòria més recent es veu més afectada.

3. L'Alzheimer és un problema de memòria.

És cert que un dels principals símptomes d'aquesta malaltia neurodegenerativa és la pèrdua de memòria, però s'ha de tenir en compte que no és l'únic i que l'Alzheimer és una malaltia que afecta a més funcions.

A part de les alteracions en la memòria, els pacients amb Alzheimer poden tenir afectades altres àrees cognitives com el llenguatge, l'atenció, l'orientació o les funcions executives. (Cañas Lucendo, Perea Bartolomé & Ladera Fernández, 2022).

4. Si el meu pare o la meva mare tenen Alzheimer, jo també en tindrè.

Tot i que avui en dia els investigadors han trobat mutacions de gens relacionades amb la Malaltia d'Alzheimer (MA), és cert que el fet de tenir l'al·lel 4 de la apolipoproteïna (APOE) augmenta el risc de patir-la. Aquest gen s'associa amb una aparició de la malaltia en edats més primerenques. No obstant, tenir aquest al·lel no vol dir que definitivament s'hagi de patir la malaltia, ja que hi ha persones sense aquesta forma del gen que també poden desenvolupar la MA (National Institute on Aging [NIA], 2021).

Per tant, tot i que la genètica és un factor de risc de la malaltia, no n'és la causa.

5. Demència i Alzheimer és el mateix.

Demència i Alzheimer són dos conceptes que estan molt relacionats entre si però hi ha diferències significatives entre ells.

Segons Sanjay Asthana (2014) la demència no és una malaltia en sí, sinó que és un conjunt de símptomes que poden ser causats per diferents malalties.

En canvi, l'Alzheimer és la causa més comuna de la demència. No és una part normal de l'envelliment, sinó una malaltia progressiva del cervell (Alzheimer's Association, 2022).

6. La meva àvia no té Alzheimer, té demència senil.

Segons el Dr. Cruz Jentoft (2019) és molt important tractar la problemàtica d'utilitzar el concepte de "demència senil", ja que mitjançant aquest concepte s'engloben totes les possibles causes de demència en una sola: l'edat del pacient. La demència senil és un concepte que s'utilitzava quan no es tenia suficient coneixement sobre l'Alzheimer i la demència i, que per tant, avui en dia ja no existeix.

El doctor comenta que al llarg de la història s'ha utilitzat l'adjectiu "senil" per acompanyar el nom de gairebé totes les malalties amb una major prevalença de persones grans.

És per aquest motiu que hem de fer un bon ús de les terminologies que fem servir ja que d'aquesta manera, facilitarem el diagnòstic i alhora el tractament del pacient.

2.2. Etapes de l'Alzheimer

L'evolució típica de la malaltia de l'Alzheimer es divideix en diferents fases en funció dels símptomes cognitius, funcionals i conductuals.

L'escala GDS (Global Deterioration Scale) avalua la cognició i la funció quotidiana des de l'estat de normalitat de qualsevol persona adulta fins a les últimes conseqüències de la malaltia d'Alzheimer, tenint en compte 7 etapes. Tot i que els límits de cada etapa no estan estrictament definits, aquesta escala ens permet obtenir una graduació orientativa respecte al seguiment d'aquesta malaltia (Fundació Pasqual Maragall, 2020).

A continuació es mostren el diferents nivells:

- **GDS 1** → Aquest nivell defineix un estat cognitiu de qualsevol adult/a dins de la normalitat, ja que ha adquirit totes les capacitats cognitives esperables.
- **GDS 2** → En aquesta fase s'engloben aquelles persones que presenten subtils dificultats de memòria que són considerades pròpies de l'envelliment cognitiu i que per tant, no es consideren significatives de cap patologia.
- **GDS 3** → En aquest nivell definit com a "deteriorament cognitiu lleu", es manifesten les primeres dificultats clares. És un punt mig entre la normalitat i els primers símptomes de demència.
- **GDS 4** → Aquest fase s'associa a un deteriorament cognitiu moderat. En aquest moment del procés augmenten les dificultats per a dur a terme aquelles tasques més complexes.
- **GDS 5** → Demència moderada. En arribar a aquesta fase la persona ja comença a necessitar ajuda per realitzar activitats quotidianes.
- **GDS 6** → Demència moderadament greu. S'agreugen les dificultats i es veu reflectit en les activitats quotidianes com per exemple vestir-se, higiene personal, control d'esfínters, etc. A més a més, també es manifesten canvis de personalitat i de conducta.
- **GDS 7** → Aquesta és l'última fase de la malaltia, caracteritzada per un deteriorament molt greu. La persona no només va perdent gradualment la capacitat de comunicar-se, sinó que també la capacitat autònoma de funcions bàsiques com menjar, caminar...

Es pot veure la taula resum de l'escala GDS a l'Annex 2.

Segons Hernández Espinoza (2022), l'evolució de l'Alzheimer es pot dividir en quatre etapes principals: Predemència, lleu, moderada i severa.

En primer lloc, l'etapa de Predemència generalment no s'acostuma a distingir de forma fiable de l'envelliment normal. Un dels primers símptomes és el deteriorament de la memòria episòdica (Vigen & Mack, 2011). Durant aquesta etapa no es produeix una disminució del rendiment sensorial o motor però hi ha aspectes lleument afectats com les funcions executives, verbals i visoespacionals.

En segon lloc durant l'etapa lleu de la malaltia, s'observa un augment de la pèrdua de memòria que afecta a la memòria declarativa recent més que a altres capacitats.

En tercer lloc trobem que la memòria recent continua en deteriorament durant l'etapa moderada. Degut a la incapacitat de crear nous records, els pacients amb aquesta malaltia sembla que acostumen a viure en el passat (Corbett, Williams i Ballart, 2013). Els pacients amb Alzheimer en aquesta etapa poden dur a terme activitats de la vida diària però necessiten ajuda en unes àrees determinades. Segons Chou (2014) la comprensió de la malaltia s'acostuma a perdre en aquesta etapa i comencen els deliris.

Per últim, en l'etapa severa es poden arribar a perdre els primers records de la vida. La capacitat per dur a terme les activitats de la vida diària disminueixen gradualment.

La comunicació es deteriora cada cop més i el llenguatge es veu significativament afectat. A més a més, Ballard i Corbett (2010) afirmen que es produeixen alteracions del comportament que dificulten la feina dels cuidadors.

2.3. Classificacions actuals de l'Alzheimer

Per facilitar la comprensió i el diagnòstic de la malaltia de l'Alzheimer, és un factor clau el fet de poder tenir al nostre abast criteris específics que ens permeten, de manera estandarditzada, identificar-la.

Actualment existeixen tres principals sistemes de classificació en els que podem abordar aquesta malaltia. Aquests són el DSM-5 (Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, 2013), el CIE-11 (Classificació Internacional de Malalties, 2011) i el NIA-AA (National Institute on Aging y la Alzheimer's Association, 2011), (Barrera López et al., 2018).

Criteris DSM-5

Aquest manual estableix criteris estandarditzats per a la classificació i diagnòstic dels trastorns mentals. Segons l'American Psychiatric Association (2013), el diagnòstic d'Alzheimer en el DSM-5 es classifica sota el trastorn neurocognitiu major o lleu, depenent de la gravetat del deteriorament cognitiu (Barrera López et al., 2018).

Per a veure els criteris diagnòstics del DSM-5 de l'Alzheimer consultar l'Annex 3.

Criteris NIA-AA

Els criteris del NIA-AA de 2011 van actualitzar els criteris del NINCDS-ADRDA de 1984. Aquesta classificació vigent actualment distingeix tres etapes: la preclínica (asintomàtica), l'etapa de Deteriorament cognitiu lleu (DCL) a causa de la malaltia d'Alzheimer i la definida. Les dues últimes etapes es classifiquen com "altament probable", "probable" i "improbable".

Criteris CIE-11

En el CIE-11 (Classificació Internacional de Malalties, 11a edició, 2022), publicada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la malaltia d'Alzheimer es classifica dins dels trastorns neurocognitius, igual que en el DSM-5. El CIE-11 defineix els trastorns neurocognitius com aquells en què es produeix un deteriorament cognitiu significatiu, i es distingeixen entre diverses causes, sent l'Alzheimer una de les més comunes.

2.4. Causes i factors de risc

L'anàlisi de les principals lesions histopatològiques de la malaltia d'Alzheimer ha permès conèixer i estudiar tant la proteïna tau com el pèptid A β . Aquesta anàlisi va afavorir la generació de diverses hipòtesis sobre l'etiologia de la malaltia, que postulen aquestes molècules com els actors principals. No obstant, en els últims anys s'ha informat de l'alteració de diversos processos, els quals indiquen que les alteracions de la proteïna tau i del pèptid A β són conseqüències més que no pas causes de la malaltia (Gómez et al., 2022).

Tot i que no es coneixen amb certesa els mecanismes que desencadenen la malaltia d'Alzheimer, sí que se sap que és una malaltia multifactorial amb diversos factors que poden afavorir-ne l'aparició, així com reduir el risc que aquesta aparegui, i es poden agrupar en modificables i no modificables (Revilla, 2021).

Segons Lancet (2024) hi ha 14 factors de risc (FR) modificables que, si es tenen en compte al llarg de la vida, poden prevenir o alentir fins un 45% dels casos de demència. Aquests factors de risc estan dividits segons les diferents etapes de la vida.

En primer lloc, durant l'etapa primerenca de la vida trobem el **baix nivell educatiu** com a factor de risc principal, ja que segons les investigacions de Lancet (2024) les persones amb un nivell educatiu superior tenen un menor risc de demència degut a que una alta estimulació cognitiva s'associa amb una major reserva cognitiva.

En segon lloc, referent a l'etapa de la mitjana edat trobem diversos factors de risc a tenir en compte com:

- **Pèrdua auditiva:** Les investigacions conclouen que tractar aquests problemes redueix el risc de demència al disminuir alhora, l'aïllament.
- **Colesterol LDL alt:** Segons els estudis de Lancet (2024) l'excés de colesterol al cervell s'associa amb un risc major d'ictus i el depòsit de les proteïnes beta-amiloide i Tau, molt associades al desenvolupament de la malaltia d'Alzheimer.
- **Depressió:** És probable que el vincle entre depressió i demència sigui bidireccional. Tot i que es desconeixen els mecanismes d'associació entre ambdues patologies, es creu que la depressió podria comportar una reducció de contacte social i una major secreció de cortisol provocant una atrofia de l'hipocamp o una resposta inflamatòria. (Arocha Rodulfo, 2024).

- **Lesió cerebral traumàtica:** Segons Arocha Rodulfo (2024) aquest tipus de lesions suposen un risc per la demència. L'evidència científica exposa també que els esports de contacte amb si mateixos presenten aquest risc. És per aquest motiu que la comissió de Lancet (2024) proposa fer ús de proteccions per prevenir aquest tipus de lesions.
- **Inactivitat física:** L'exercici físic millora la cognició degut a que afavoreix el flux sanguini, redueix la hipertensió i augmenta l'òxid nítric promovent una major plasticitat cerebral i disminuint la neuroinflamació (Lancet, 2024).
- **Diabetis:** Una llarga durada de la malaltia i un mal control d'aquesta incrementen el risc de trastorns neurodegeneratius. La comissió científica de Lancet (2024) exposa que la comprensió sobre el mecanisme d'aquesta relació és "incompleta". D'una banda, associen les complicacions vasculars a llarg termini a causa de la diabetis i el risc d'ictus; d'altra banda, també assenyalen que la resistència a la insulina és un mecanisme que relaciona la diabetis amb la malaltia d'Alzheimer.
- **Fumar:** Diversos estudis han mostrat que els fumadors presenten un risc significativament major de demència, mentre que les persones exfumadores no presenten aquest augment de risc (Lancet, 2024).
- **Hipertensió:** Segons Arocha Rodulfo (2024), tenir la pressió arterial alta a la mitjana edat augmenta el risc de demència, tot i que a mesura que es duu a terme el quadre clínic d'aquesta dolència, la pressió arterial tendeix a disminuir. La comissió recomana a partir dels 40 anys mantenir la pressió arterial sistòlica en 130 mmHg o menys.
- **Obesitat:** Segons Lancet (2024), l'obesitat s'associa a una major concentració de cortisol, inflamació i conseqüències negatives per la salut, fets que poden contribuir a aquesta relació amb la malaltia d'Alzheimer.
- **Consum excessiu d'alcohol:** Aquest fet s'associa a múltiples malalties, inclosa la demència. A més a més, estudis demostren que la pèrdua de consciència provocada per l'alcohol, augmenta la probabilitat de desenvolupar demència en persones amb un consum moderat o alt (Arocha Rodulfo, 2024).

En tercer i últim lloc, referent a la fase tardana de la vida trobem també diversos factors de risc a tenir en compte com:

- **Aïllament social:** Els autors senyalen que qualsevol tipus de contacte social pot ser beneficiós degut a que facilita el desenvolupament d'una reserva cognitiva, promou comportaments saludables i redueix l'estrès i la inflamació.
- **Contaminació atmosfèrica:** La contaminació per partícules fines en suspensió (PM2,5 i PM10) són factors de risc de deteriorament cognitiu. Tant la contaminació de l'exterior (trànsit, indústria, etc.) com la interior (fum o mala ventilació) podrien tenir riscos (Lancet, 2024).
- **Pèrdua de visió:** Estudis van identificar que el major risc d'aquesta malaltia s'associava amb cataractes i retinopatia diabètica, però no amb glaucoma o degeneració macular associada a l'edat.

No obstant, Lancet també menciona alguns factors de risc no modificables:

- **Edat:** Aquest és un dels principals factors de risc d'aquesta malaltia.
- **Genètica:** Particularment variants del gen APOE com l' APOE ε4, APOE ε3 i APOE ε2.
- **Sexe:** Cada vegada hi ha més estudis respecte la relació entre el sexe femení i la Malaltia d'Alzheimer que conclouen que aquesta és una malaltia més prevalent en dones.

FR modificables			FR no modificables
Etapa primerenca	Mitjana edat	Fase tardana	
	Pèrdua auditiva	Aïllament social	Edat
	Colesterol LDL alt		
	Depressió		

Baix nivell educatiu	Lesió cerebral traumàtica	Contaminació atmosfèrica	Genètica
	Inactivitat física		
	Diabetis		
	Fumar	Pèrdua de visió	
Hipertensió			
Obesitat			
Consum excessiu d'alcohol			

Taula 2. Resum dels factors de risc segons Lancet. Elaboració pròpia a partir de Livingston et al (2024).

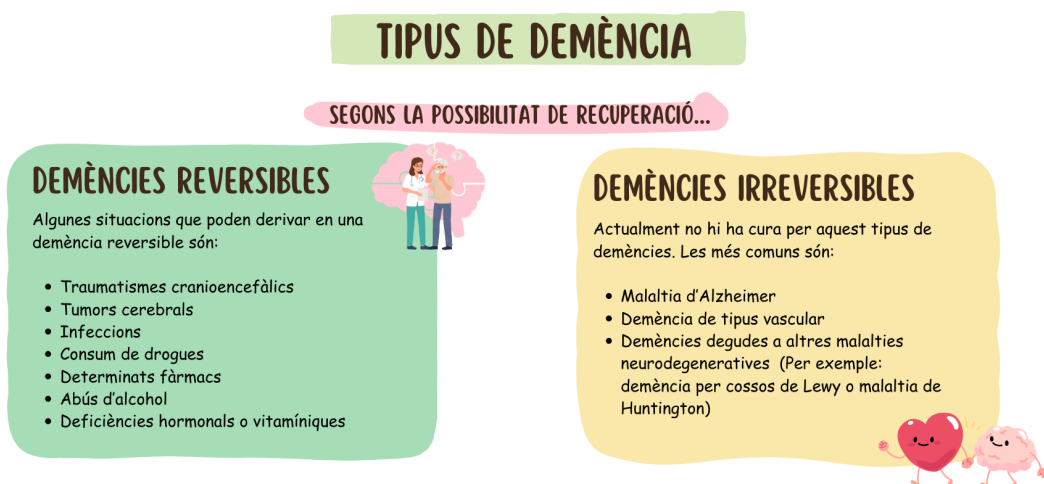
2.5. Altres demències

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2018) la demència és un concepte que engloba diverses malalties que afecten a la memòria, el pensament i la capacitat per dur a terme activitats quotidianes. Pot arribar a desenvolupar-se degut a una sèrie de malalties que, amb el temps, destrueixen les cèl·lules nervioses i produeixen danys al cervell acabant, generalment, deteriorant la funció cognitiva.

Demència és el conjunt de signes i símptomes que produeixen determinades malalties i alteracions que afecten al funcionament normal del cervell de les persones. Aquests símptomes inclouen canvis en la personalitat, en la conducta i en l'estat d'ànim.

Hi ha diverses maneres de classificar les demències. En primer lloc, es poden classificar segons la possibilitat de recuperació distingint entre demències reversibles o irreversibles. Les demències reversibles són aquelles en les que es pot arribar a recuperar l'estat cognitiu previ a la demència. Algunes situacions que poden derivar a aquest tipus de demència són: traumatismes cranioencefàlics, tumors cerebrals, infeccions, consum de drogues, determinats fàrmacs, abús d'alcohol, deficiències hormonals i vitamíniques, entre d'altres (Fundació Pasqual Margall, 2021).

En canvi, les demències irreversibles són aquelles en les que els canvis al cervell que estan causant la demència no es poden revertir. Les més comuns són: malaltia d'Alzheimer, demència de tipus vascular i demències degudes a altres malalties neurodegeneratives (Demència per Cossos de Lewy o malaltia de Huntington).



Imatge 3. Tipus de demència. Elaboració pròpia.

En segon lloc, també podem classificar les demències en funció de la seva etiologia, on trobem les demències primàries (no sabem quina és la causa) i secundàries (apareixen com a conseqüència d'un trastorn principal).

En tercer lloc, també s'han classificat les demències depenent de la seva presentació clínica, entre les que tenen una afecció de predomini cortical i les que tenen afecció subcortical (Barrera López et al., 2018).

Predomini cortical	Predomini subcortical	Predomini cortico-subcorticals
<ul style="list-style-type: none"> • Malaltia d'Alzheimer (MA). • Demència frontotemporal: malaltia de Pick, degeneració del lòbul frontal, afectació de la neurona motora. • Degeneracions focals: demència semàntica, atròfia cortical posterior, afàsia primària progressiva, prosopagnòsia progressiva, amúsia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paràlisi supranuclear progressiva • Malaltia de Parkinson • Malaltia de Huntington • Atròfia de sistemes múltiples 	<ul style="list-style-type: none"> • Degeneració corticobasal • Demències per cossos de Lewy

Taula 3. Demències classificades segons el predomini cortical o subcortical. Elaboració pròpia.

A continuació, s'exposa una taula amb una breu explicació d'algunes de les demències més freqüents avui en dia (Alzheimer Catalunya, 2021).

Alzheimer	És la més freqüent. Es caracteritza per la pèrdua de memòria, dificultats en el llenguatge i canvis de personalitat i del comportament.
Demència vascular	Alteracions del reg sanguini del cervell que provoquen una insuficiència o privació d'oxigen i nutrients al cervell. S'acostuma a diagnosticar després de patir alteracions cerebrals, sovint causades per repetits infarts cerebrals (o ictus).
Demència amb cossos de Lewy	Aquesta demència s'associa amb una acumulació anormal d'una proteïna anomenada "alfa-sinucleïna" a les cèl·lules cerebrals. Pot causar problemes de pensament, moviment, estat d'ànim i conducta.
Demència frontotemporal	Afecta principalment als lòbuls frontal i temporal. Els seus símptomes depenen de quina part del cervell es troba afectada, però acostuma a produir canvis de personalitat, també pateixen dèficits en la memòria i el llenguatge.
Demència mixta	Aquest tipus de demència és la combinació entre dues o més de dues. La més comú és entre la malaltia d'Alzheimer i la demència vascular. Els símptomes són una combinació d'ambdues malalties.

Taula 4. Resum de demències. Elaboració pròpia adaptada de la Fundació Alzheimer Catalunya, 2021.

3. Hipòtesis

En aquest apartat s'exposen les meves hipòtesis inicials respecte la present investigació. Aquestes hipòtesis estan formulades a partir del marc teòric i els objectius establerts en els apartats anteriors.

La hipòtesi és un element bàsic del mètode científic deductiu que es tracta d'una declaració provisional i falsable d'una relació comprovable entre variables (Arbulú, 2023).

Les meves hipòtesis són les següents:

1. Un major nivell educatiu es correlaciona amb un grau major de coneixement sobre la malaltia d'Alzheimer.
2. Les persones que han tingut contacte directe amb una persona diagnosticada d'Alzheimer tenen una percepció més pròxima a la realitat de la malaltia.
3. Hi ha una proporció significativa de la població que encara creu que l'Alzheimer és part natural de l'envelliment o un trastorn psicològic.
4. Les persones tenen més coneixement sobre aspectes com la causa, el diagnòstic i els símptomes de l'Alzheimer.
5. A major edat, les persones tenen més coneixement sobre la malaltia d'Alzheimer.

Aquestes hipòtesis seran contrastades un cop s'hagin analitzat les respostes obtingudes al qüestionari en l'apartat d'anàlisi de resultats d'aquesta recerca.

4. Marc metodològic

En aquest punt es descriuen els objectius d'aquesta recerca (3.1), la metodologia emprada (3.2), la població i mostra (3.3), els instruments de recollida de dades (3.4),

4.1. Objectius

4.1.1. Objectiu general

L'objectiu general d'aquest estudi és estudiar la percepció social d'avui en dia sobre la malaltia de l'Alzheimer en una població major de 18 anys.

4.1.2. Objectius específics

Els objectius específics són:

- Analitzar el nivell de coneixement social de la població sobre l'Alzheimer.
- Examinar la influència de diferents factors com l'edat, el nivell d'escolarització i l'experiència prèvia amb aquesta malaltia.
- Detectar en quin àmbit del coneixement respecte l'Alzheimer hi ha més desinformació.

4.2. Metodologia

En aquest apartat es fa referència al tipus d'estudi que es duu a terme i com s'estructura el treball.

Aquesta recerca té una metodologia quantitativa perquè es fa ús d'un qüestionari per recollir dades sobre el coneixement de la població, analitzant les respostes segons diferents variables que es poden quantificar i analitzar estadísticament.

Segons Hernández, Fernández i Baptista, *"l'enfocament quantitatiu utilitza la recopilació i l'anàlisi de dades per contestar les preguntes de recerca i provar hipòtesis establertes prèviament, i confia en la mesura numèrica, el recompte i freqüentment l'ús d'estadística per establir amb exactitud patrons de comportament en una població "* (2010).

Pel que fa al disseny de la recerca, el procés s'ha estructurat en 3 fases:

La primera fase es basa en la recerca d'informació analitzant diverses fonts científiques rellevants per a poder construir una base teòrica consolidada. Mitjançant diferents llibres, articles científics i altres bases de dades i avaluant la qualitat i actualització de la informació obtinguda, s'ha pogut definir el marc teòric d'aquest estudi.

La segona fase consta d'un qüestionari realitzat amb l'objectiu de poder dur a terme un anàlisi de coneixença de la societat d'avui en dia sobre la malaltia de l'Alzheimer i, a més a més, poder observar si variables com l'edat, el nivell d'escolaritat i l'experiència prèvia amb la malaltia hi influeixen. Aquest qüestionari ha estat dissenyat a partir de la revisió de la literatura existent i inspirat en estudis com el realitzat per la Fundació Pasqual Maragall (2025).

La tercera fase consta de l'anàlisi dels resultats obtinguts a través del qüestionari. Per facilitar la seva comprensió i per a que fos més visual, s'han creat diversos gràfics amb Excel que representen aspectes a destacar de les respostes dels participants com freqüències o percentatges.

A més a més, per poder fer les comparacions entre grups i dur a terme els objectius d'aquest projecte, he utilitzat el programa SPSS. Mitjançant aquest programa s'han realitzat les proves estadístiques necessàries com l'ANOVA i la t de Student, a més de càlculs com la mida de l'efecte per facilitar un anàlisi més profund.

Seguidament, es pot veure el disseny del procés de recerca en format mapa conceptual:

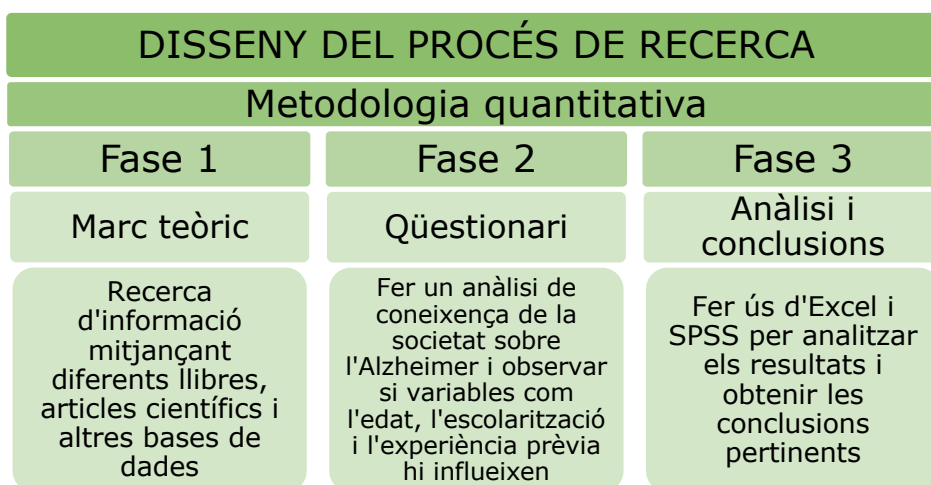


Figura 1. Disseny del procés de recerca. Elaboració pròpia.

A continuació, es mostra la temporització d'aquest estudi:

Ítem	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny
Plantejament del tema						
Introducció i justificació del tema						
Recerca d'informació del marc teòric						
Hipòtesis del marc metodològic						
Creació d'objectius generals i específics						
Disseny i elaboració del qüestionari						
Anàlisi de dades extretes de l'enquesta						
Realització de les conclusions finals						

Taula 5. Temporització de l'estudi. Elaboració pròpia.

4.3. Població i mostra

En primer lloc, la població que ha estat objecte d'estudi està formada per totes les persones adultes de la societat en general, és a dir, majors de 18 anys; amb l'objectiu d'analitzar el coneixement social de l'Alzheimer.

La mostra està composta per 114 individus de diferents rangs d'edat, amb diferents nivells educatius i una experiència prèvia (o no) amb la malaltia. Aquests subjectes han estat seleccionats de manera no probabilística mitjançant un qüestionari publicat a les xarxes socials.

4.4. Instruments de recollida de dades

Tot seguit es mostra l'instrument emprat en aquest treball per dur a terme la recollida de dades: el qüestionari (3.4.1).

4.4.1. Qüestionari

Arias (2020) exposa que un qüestionari és un document format per un conjunt de preguntes que han d'estar redactades de forma coherent, i organitzades, seqüenciades i estructurades segons una determinada planificació, amb la finalitat que les seves respostes ens poden oferir tota la informació necessària.

Aquest qüestionari s'ha dut a terme mitjançant l'aplicació anomenada *Microsoft Formulari* per tal de poder analitzar de manera exhaustiva les respostes dels subjectes. Posteriorment, es realitza una representació gràfica dels resultats (apartat 3.5).

En aquest estudi s'elabora un qüestionari (veure annex 1) destinat a tota la població general de Catalunya que sigui major d'edat amb l'objectiu d'analitzar la percepció social actual sobre la malaltia de l'Alzheimer.

Referent a l'elaboració del qüestionari, es dissenya procurant que les preguntes tinguin un llenguatge clar i entenedor i sense deixar lloc a l'ambigüitat. S'han inclòs preguntes de diferents tipologies: tancades amb una única opció i amb opció múltiple de resposta.

El qüestionari es configura en 3 apartats i 15 preguntes en total. Els apartats són:

- Introducció de l'enquesta: es presenten una sèrie d'instruccions clares per tal de preparar al subjecte participant a l'hora de respondre les preguntes. Es recorda a quin públic va dirigit per evitar que la contestin persones que no han de participar en l'estudi. A més a més, hi ha un enllaç mitjançant el qual els participants poden accedir a documents imprescindibles com són el consentiment informat, i la informació al participant. Només aquelles persones que accepten a ver llegit i comprès les condicions de participació de l'estudi podran realitzar l'enquesta.

- Dades sobre el participant: es formulen preguntes sociodemogràfiques com l'edat, el gènere i el nivell d'escolarització. A més a més, en aquesta mateixa secció es pregunta introductòria per veure si el participant té o ha tingut cap familiar/ conegut amb aquesta malaltia.

- Dades sobre l'Alzheimer: es presenten una sèrie de preguntes amb l'objectiu de conèixer quina és la percepció dels participants d'avui en dia sobre aquesta malaltia. Totes les preguntes són tancades amb múltiple opció de resposta per facilitar la participació dels subjectes en la recerca.

5. Disseny experimental

L'estudi que s'ha realitzat per poder dur a terme aquesta recerca es tracta d'un estudi descriptiu, quantitatiu i comparatiu, amb un disseny transversal, és a dir, la recollida de dades es fa en un únic moment.

La mostra està formada per 114 subjectes majors d'edat, seleccionats aleatòriament mitjançant la difusió d'un qüestionari publicat a les xarxes socials. Aquests subjectes van acceptar participar en aquesta recerca de forma totalment anònima i voluntària.

La variable dependent d'aquest estudi és el nivell de coneixement sobre una malaltia tan important avui en dia com és l'Alzheimer. Per mesurar-la es va fer ús d'un qüestionari compost per preguntes sobre temes relacionats amb la malaltia com la seva definició, els símptomes, les causes, la prevenció, la cura, entre d'altres.

Les variables independents eren l'edat, el nivell d'escolarització i l'experiència prèvia de forma directa o indirecta amb la malaltia.

Un cop obtinguts els resultats, s'han fet ús de programes com Excel i SPSS. El primer programa s'ha utilitzat per facilitar l'obtenció de les dades d'una manera més visual i pràctica mitjançant la creació d'uns gràfics corresponents a les respostes dels participants. El segon programa (SPSS) s'ha fet servir per poder realitzar les comparacions pertinents mitjançant estadístics descriptius i, d'aquesta manera, poder donar resposta a les hipòtesis inicials.

6. Resultats

Aquest apartat inclou l'anàlisi de la informació obtinguda del qüestionari emprat per la recollida d'informació, per a poder donar resposta a les diferents preguntes d'investigació que s'han formulat.

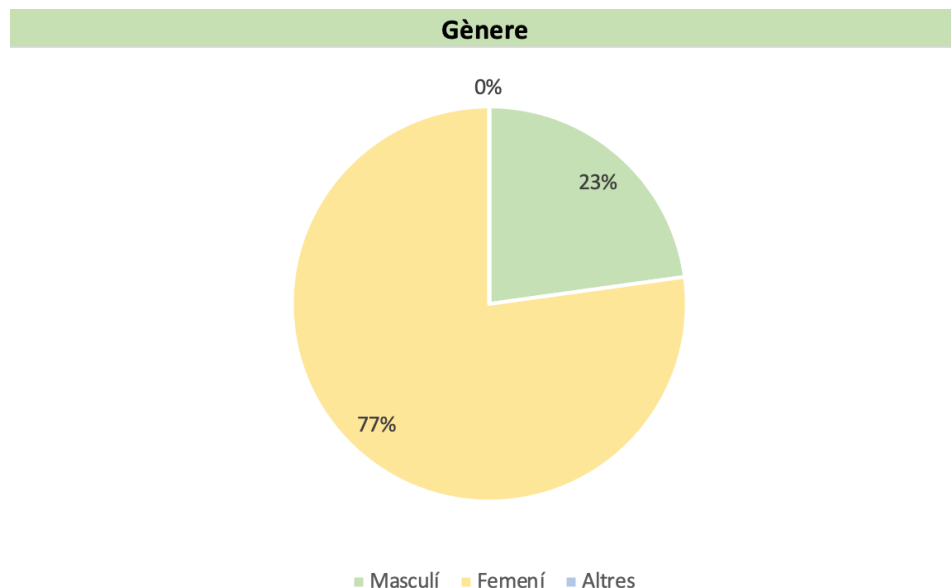
6.1. Resultats de l'enquesta

El qüestionari es va difondre telemàticament mitjançant les xarxes socials (com WhatsApp, Instagram i altres plataformes), fet que va facilitar una major accessibilitat. Gràcies a aquest mètode de difusió es van obtenir un total de 114 respostes, que han permès analitzar els resultats per aquesta recerca.

A continuació es presenten els resultats del qüestionari atenent els següents dos blocs:

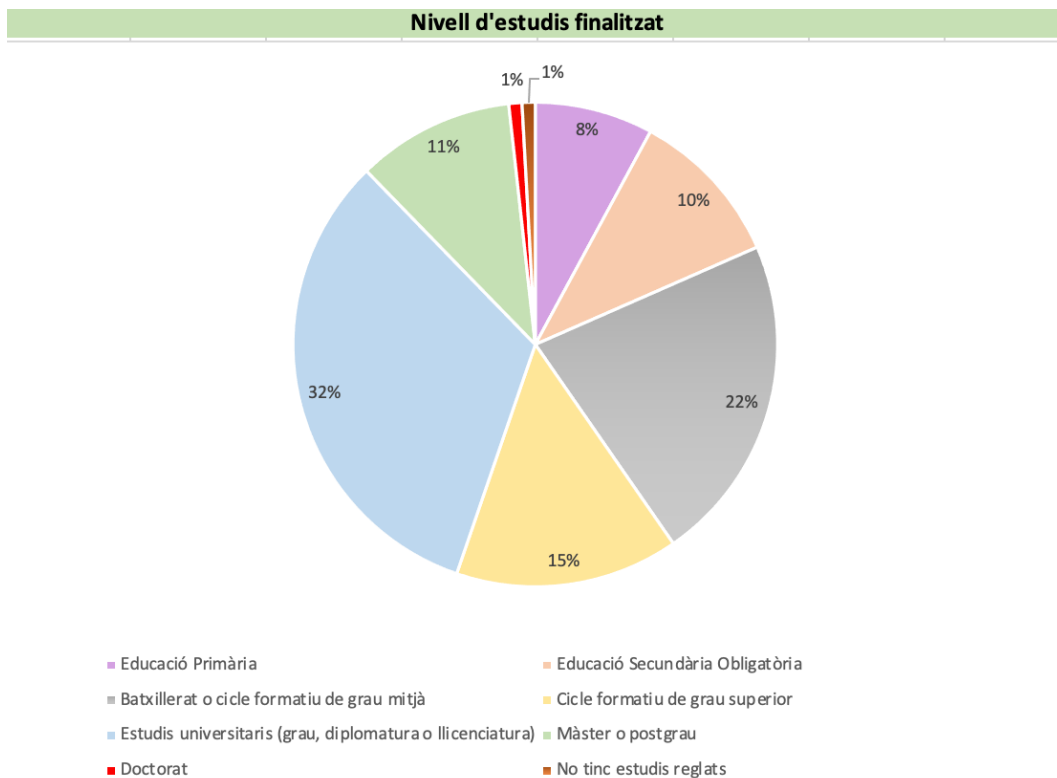
- a) Bloc 1: Dades dels participants
- b) Bloc 2: Dades sobre l'Alzheimer

Bloc 1: Dades dels participants



Gràfic 1. Gènere dels participants.

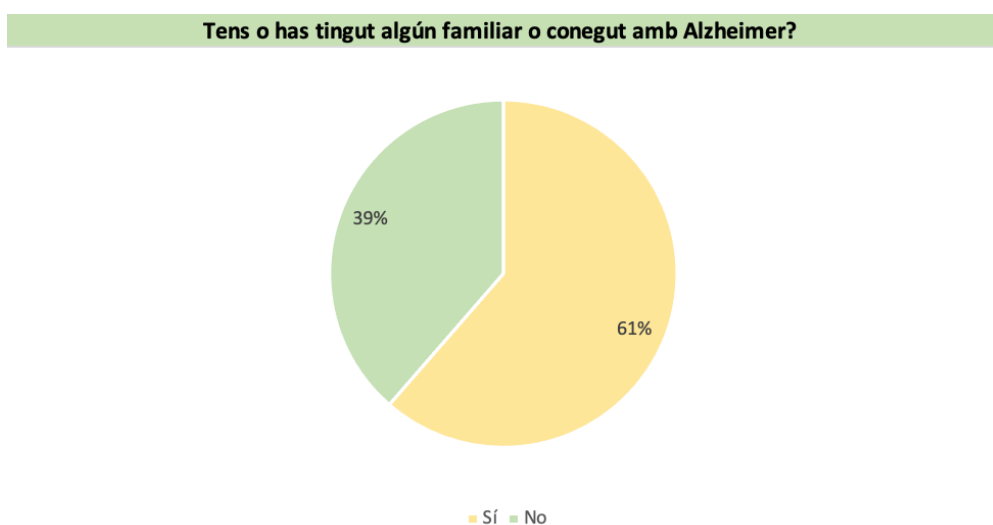
En relació al sexe dels subjectes que van participar, es pot observar que un 77% pertany al sexe femení i només un 23% al masculí.



Gràfic 2. Nivell d'estudis finalitzats.

Respecte al nivell d'estudis finalitzats dels participants es pot observar com la majoria dels participants tenen estudis universitaris (grau, diplomatura o llicenciatura), representant un 32% del total. Seguidament, les persones amb batxillerat o cicle formatiu de grau mitjà representen un 22%.

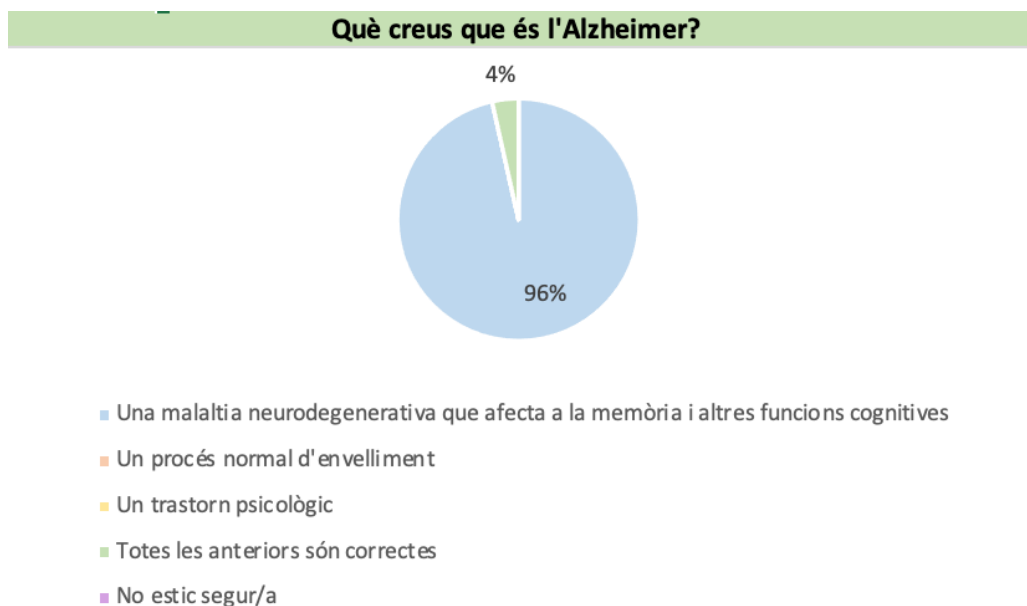
Aquesta informació reflexa que la majoria dels participants tenen un nivell educatiu mig-alt, amb predominança d'estudis universitaris.



Gràfic 3. Familiar o conegut amb Alzheimer.

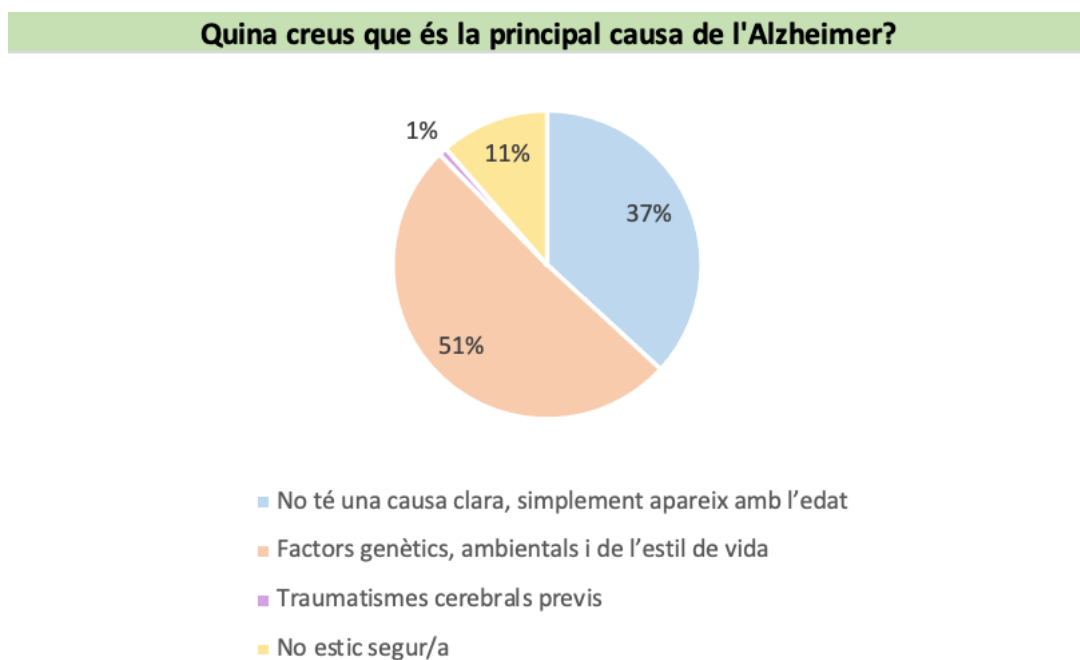
En aquest gràfic es pot veure que més de la mitat dels enquestats tenen o han tingut un familiar o conegut amb la malaltia d'Alzheimer.

Bloc 2: Dades sobre l'Alzheimer



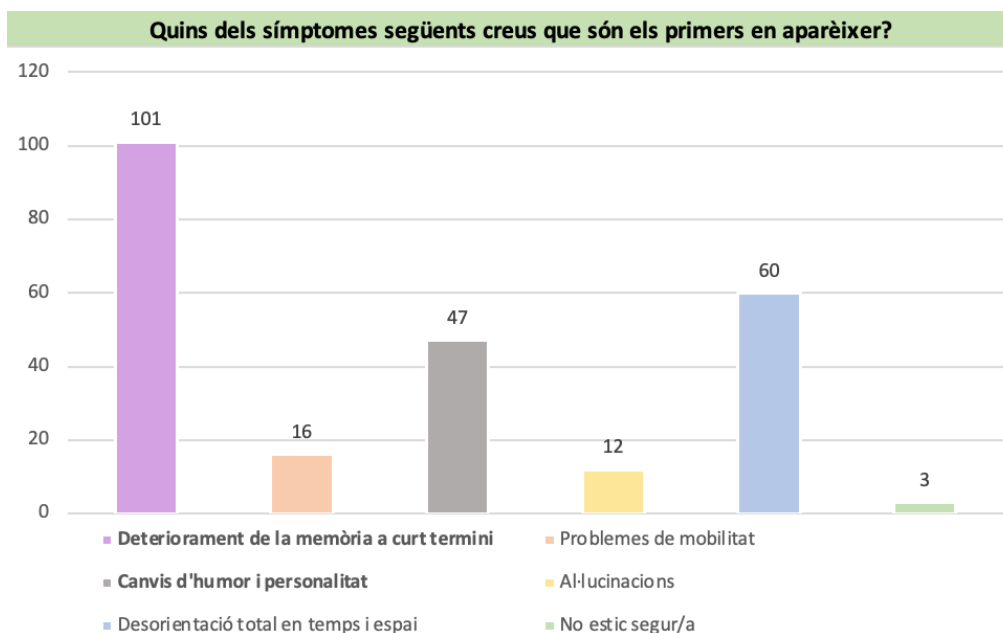
Gràfic 4. Definició d'Alzheimer.

Amb aquesta pregunta introductòria podem observar que gairebé totes les persones que han participat en el qüestionari saben quina és la definició d'Alzheimer (96%).



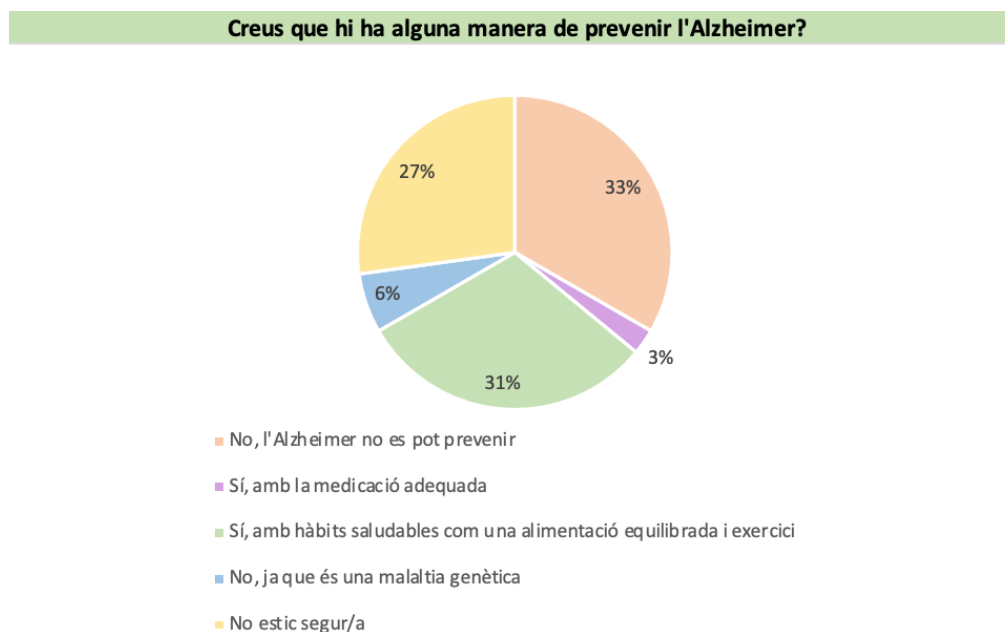
Gràfic 5. Causa de l'Alzheimer.

Respecte a l'etiologia de l'Alzheimer el 51% dels subjectes participants consideren que la seva aparició és deguda a factors genètics, ambientals i de l'estil de vida. En canvi, un 37% considera que l'Alzheimer apareix amb l'edat.



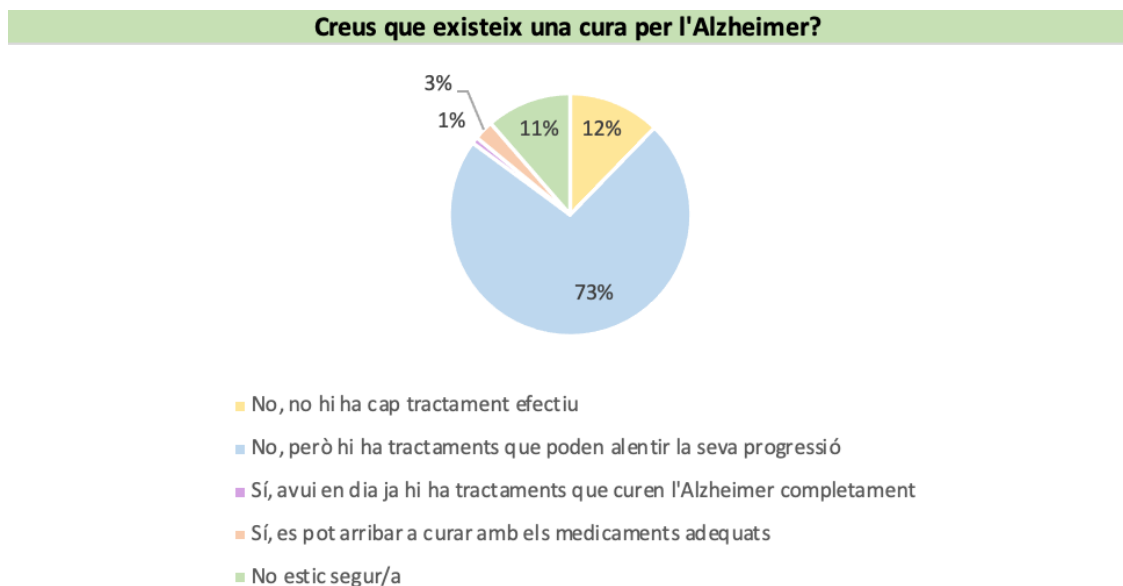
Gràfic 6. Primers símptomes en aparèixer.

En aquest gràfic podem observar que els participants d'aquesta recerca consideren que els primers símptomes en aparèixer són el deteriorament de la memòria a curt termini (101), seguit de la desorientació total en espai i temps (60) i els canvis d'humor i personalitat (47).



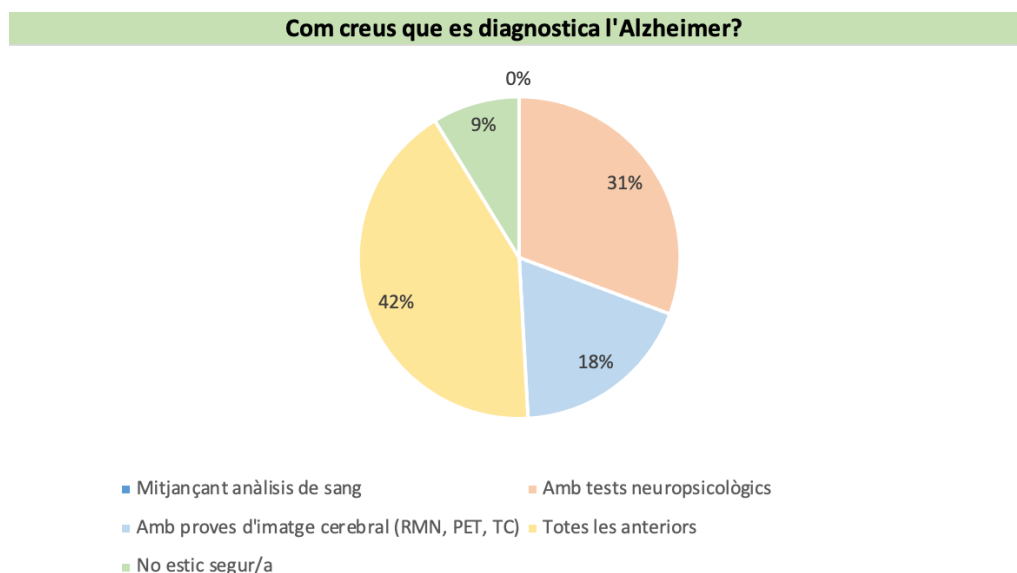
Gràfic 7. Prevenció d'Alzheimer..

Respecte a la prevenció de la malaltia, els resultats han estat bastant equitatius. El 33% dels participants considera que l'Alzheimer no es pot prevenir, el 31% considera que es pot fer mitjançant hàbits saludables i el 27% no està segur/a.



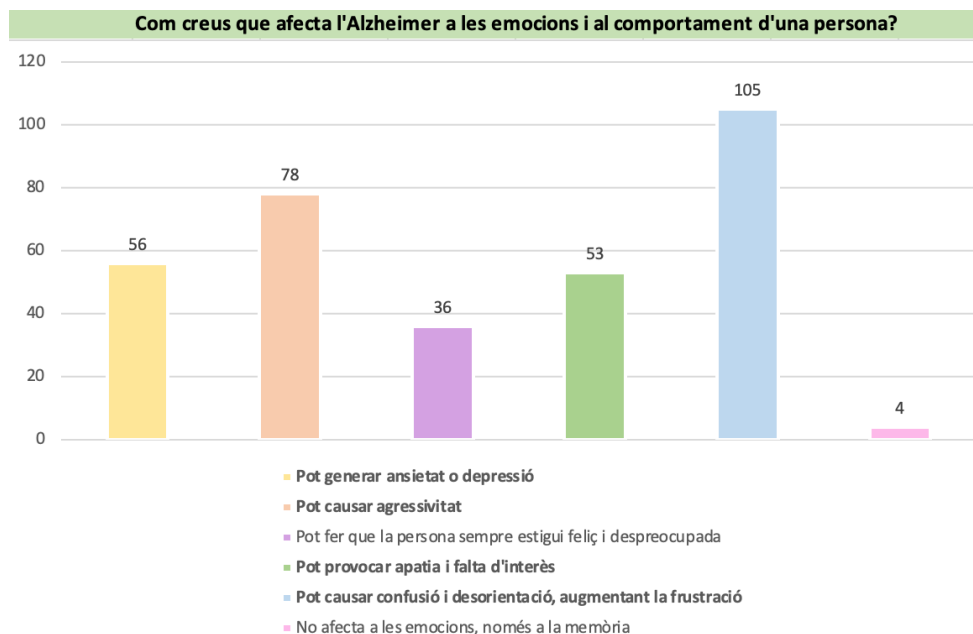
Gràfic 8. Cura de l'Alzheimer.

La majoria de subjectes consideren que no existeix una cura per l'Alzheimer tot i que hi ha tractaments que poden alentir la seva progressió (73%).



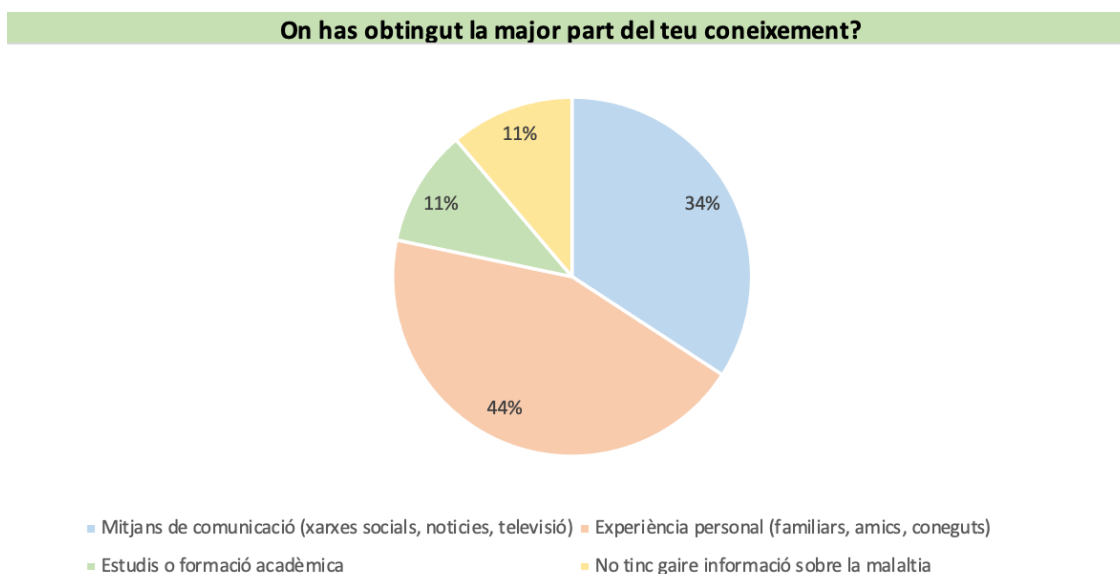
Gràfic 9. Diagnòstic de l'Alzheimer.

Respecte al diagnòstic de l'Alzheimer, el 42% dels subjectes consideren que es tracta d'un diagnòstic basat en diverses tècniques. No obstant, el 31% considera que el diagnòstic es realitza únicament mitjançant test neuropsicològics.



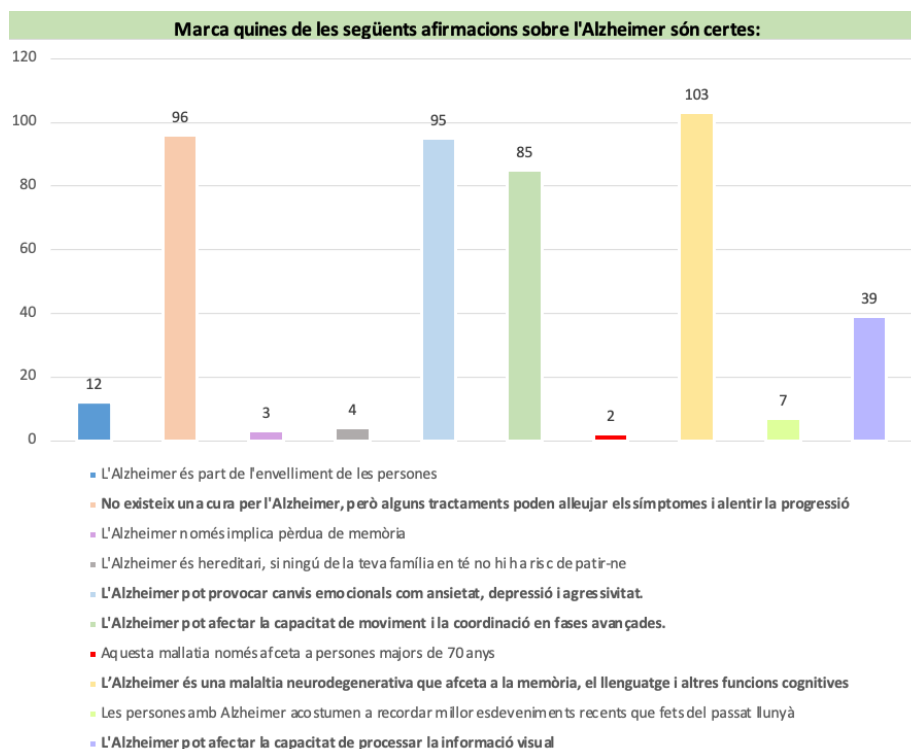
Gràfic 10. Influència en les emocions i comportament.

Com es pot observar en aquest gràfic, respecte a la creença dels participants sobre com afecta la malaltia a les emocions i al comportament, el més votat ha estat la creença de que pot causar confusió i desorientació, i augmenta la frustració (105), seguit de que pot causar agressivitat (78) i amb uns resultats bastant equitatius consideren que pot generar ansietat o depressió (56) i que pot provocar apatia i falta d'interès (53).



Gràfic 11. Obtenció de coneixement.

La majoria dels participants ha obtingut part del seu coneixement mitjançant l'experiència personal (44%), un 34% comenta haver rebut informació a través dels mitjans de comunicació i la resta, a través d'estudis o afirmen no tenir gaire informació (amb un 11% cadascun).



Gràfic 12. Afirmacions certes o falses.

Amb aquest últim gràfic podem veure que les més votades han estat les següents: l'Alzheimer és una malaltia neurodegenerativa que afecta a diverses funcions (103), no té cura però hi ha tractaments que alleugen símptomes (96), pot provocar canvis emocionals (95) i pot afectar a la capacitat de moviment i coordinació en fases avançades (85). A més a més, amb un percentatge bastant inferior també han considerat que pot afectar la capacitat de processar informació visual (39).

6.2. Anàlisi de resultats del SPSS

L'anàlisi de resultats és un procediment que consisteix en donar resposta a tant als objectius d'aquesta recerca com a les hipòtesis inicials plantejades. Amb l'objectiu d'analitzar el grau de coneixement dels participants sobre l'Alzheimer es van formular cinc hipòtesis principals. Per tal de comprovar-ho es van utilitzar diverses proves estadístiques mitjançant el programa SPSS.

A continuació s'exposen els resultats obtinguts respecte als objectius i les hipòtesis del treball i la seva interpretació.

En primer lloc, respecte a analitzar el nivell de coneixement social de la població sobre l'Alzheimer, es va crear un índex de coneixement basat en les respostes obtingudes de tots els participants.

Estadístics descriptius

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Índex de coneixement	114	3	15	9,28	2,799
N válido (por lista)	114				

Imatge 4. Estadístics descriptius.

Els resultats mostren que la puntuació mitjana obtinguda és de 9,28 amb una desviació estàndard de 2,799.

Aquests resultats mostren un nivell de coneixement moderat. No obstant, podem observar una variabilitat significativa en els participants ja que alguns presenten puntuacions molt baixes (mínim de 3), i en canvi, altres subjectes presenten puntuacions molt altes (màxim de 15).

En segon lloc, per examinar la influència de diferents factors com l'edat, el nivell d'escolarització i l'experiència prèvia amb aquesta malaltia, s'han realitzat diverses tècniques d'anàlisis estadístics com per exemple proves ANOVA o t de Student, depenent del nombre de grups de cada variable.

Aquest apartat es divideix en:

- a) L'edat
- b) El nivell d'escolarització
- c) L'experiència prèvia

Primerament, comentarem els resultats obtinguts respecte **l'edat**. Per dur a terme aquest anàlisi s'ha realitzat una ANOVA d'un factor. A més a més, també s'ha aplicat la prova post hoc HSD de Tukey per facilitar la comparació de mitjanes entre grups i s'han calculat els valors de la mida de l'efecte.

Aquests resultats mostren que les diferències entre els grups d'edat presenten una variació mínima.

No obstant, veiem que la mitjana de coneixement és més alta en el grup de joves (9,75), seguida del grup adult (9,27) i finalment, el grup de més edat (8,83).

Índex de coneixement

HSD Tukey^{a,b}

Classificació franges d'edat	N	Subconjunto para alfa = 0.05 1
Grans	41	8,83
Adults	33	9,27
Joves	40	9,75
Sig.		,330

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

- a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 37,644.
- b. Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Imatge 5. Índex de coneixement.

Tamaños de efecto ANOVA^{a,b}

		Estimación de puntos	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Índex de coneixement	Eta cuadrado	,019	,000	,083
	Epsilon cuadrado	,002	-,018	,067
	Omega cuadrado efecto fijo	,002	-,018	,066
	Omega cuadrado efecto aleatorio	,001	-,009	,034

- a. Eta cuadrado y Epsilon cuadrado se estiman basándose en el modelo de efecto fijo.
- b. Las estimaciones negativas pero menos sesgadas se conservan, no se redondean a cero.

Imatge 6. ANOVA.

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Índex de coneixement

HSD Tukey

(I) Classificació franges d'edat	(J) Classificació franges d'edat	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Joves	Adults	,477	,658	,749	-1,08	2,04
	Grans	,921	,621	,304	-,56	2,40
Adults	Joves	-,477	,658	,749	-2,04	1,08
	Grans	,443	,654	,777	-1,11	2,00
Grans	Joves	-,921	,621	,304	-2,40	,56
	Adults	-,443	,654	,777	-2,00	1,11

Imatge 7. Comparacions múltiples.

Podem afirmar doncs, que la prova ANOVA ens indica que les diferències que hi ha no són considerades significatives ($p=,330$).

A més a més mitjançant diversos indicadors de la mida de l'efecte com Eta quadrat) que l'efecte és mínim i per tant, la influència de l'edat sobre el coneixement és poc rellevant a nivell pràctic.

A continuació, comentarem els resultats obtinguts respecte **el nivell d'escolarització**. Per dur a terme aquest anàlisi s'ha realitzat una ANOVA d'un factor amb vuit grups que corresponien al nivell educatiu dels subjectes.

ANOVA

Índex de coneixement					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	197,947	7	28,278	4,363	<,001
Dentro de grupos	687,071	106	6,482		
Total	885,018	113			

Imatge 8. ANOVA.

Tamaños de efecto ANOVA^{a,b}

Índex de coneixement		Estimación de puntos	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
	Eta cuadrado	,224	,057	,309
	Epsilon cuadrado	,172	-,005	,264
	Omega cuadrado efecto fijo	,171	-,005	,262
	Omega cuadrado efecto aleatorio	,029	-,001	,048

a. Eta cuadrado y Epsilon cuadrado se estiman basándose en el modelo de efecto fijo.

b. Las estimaciones negativas pero menos sesgadas se conservan, no se redondean a cero.

Imatge 9. Mides d'efecte ANOVA.

Com es pot observar en les taules anteriors, existeixen diferències significatives respecte el nivell educatiu. Com podem veure $F(7,106) = 4,363$, amb un $p < ,001$, cosa que ens indica que és molt poc probable que les diferències s'atribueixin a la casualitat.

A més a més, la mida de l'efecte podem veure que és rellevant (eta quadrat= $,224$). Per tant, podem concloure que el nivell d'escolarització influeix de forma evident en el grau de coneixement sobre l'Alzheimer.

Finalment, comentarem els resultats obtinguts respecte **l'experiència prèvia**. Aquest cop, per analitzar la influència d'aquest factor es va dur a terme una prova t de Student per mostres independents comparant dos grups (un grup havia tingut contacte directe amb una persona amb Alzheimer i l'altre grup no).

Estadísticas de grupo

	Familiar o conegut (codificat)	N	Media	Desv. estàndar	Media de error estàndar
Índex de coneixement	No	44	8,68	2,674	,403
	Sí	70	9,66	2,828	,338

Imatge 10. Estadístiques de grup.

Prueba de muestras independientes											
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas				prueba t para la igualdad de medias				95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	P de un factor	P de dos factores	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Índex de coneixement	Se asumen varianzas iguales	,090	,765	-1,830	112	,035	,070	-.975	,533	-2,031	,081
	No se asumen varianzas iguales			-1,854	95,334	,033	,067	-.975	,526	-2,020	,069

Imatge 11. Prova de mostres independents.

Tamaños de efecto de muestras independientes

		Standardizer ^a	Estimación de puntos	Intervalo de confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Índex de coneixement	d de Cohen	2,770	-.352	-.731	,029
	corrección de Hedges	2,789	-.350	-.726	,028
	delta de Glass	2,828	-.345	-.725	,038

- a. El denominador utilizado en la estimación de tamaños del efecto.
d de Cohen utiliza la desviación estándar combinada.
La corrección de Hedges utiliza la desviación estándar combinada, más un factor de corrección.
Delta de Glass utiliza la desviación estándar de la muestra del grupo de control (es decir, el segundo).

Imatge 12. Mides d'efecte de mostres independents.

Després d'observar aquestes taules podem concloure que aquells subjectes amb experiència prèvia van obtenir una mitjana de coneixement superior (9,66) que els subjectes sense experiència prèvia (8,68). A més a més la prova t indica que es tracta d'una diferència significativa entre els dos grups ($p = ,033$).

No obstant, la mida de l'efecte és petita (d de Cohen = $-0,352$), i això ens indica que malgrat que les persones amb experiència prèvia tenen un coneixement lleugerament superior, aquesta diferència és moderadament baixa a nivell pràctic.

En tercer lloc, per detectar en quin àmbit del coneixement sobre l'Alzheimer hi ha més desinformació, es van analitzar les respostes dividides en diferents blocs: definició, causes, símptomes, prevenció, cura, diagnòstic, emocions/comportament i preguntes de veritable o fals.

		Estadístics							
		Definició d'Alzheimer	Causas	Símptomes	Prevenció	Cura	Diagnòstic	Emocions i comportament	Verdader o Fals
N	Vàlido	114	114	114	114	114	114	114	114
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0

Imatge 13. Estadístics descriptius.

Primerament, al analitzar els resultats obtinguts respecte la definició, podem observar que el 96,5% dels participants van respondre correctament, i per tant hi ha un coneixement consolidat sobre la definició de la malaltia.

		Definició d'Alzheimer			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Vàlido	Incorrecte	4	3,5	3,5	3,5
	Correcte	110	96,5	96,5	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Imatge 14. Definició d'Alzheimer.

Respecte a les causes, en canvi, podem observar desconeixement degut a que els resultats són bastant equitatius amb un 50,9% de respostes correctes i un 49,1% d'incorrectes.

		Causas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Vàlido	Incorrectes	56	49,1	49,1	49,1
	Correctes	58	50,9	50,9	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Imatge 15. Etiologia de l'Alzheimer.

Seguint amb els símptomes, tot i que més de la meitat dels participants identifiquen alguns símptomes, només un 6,1% identifica la totalitat d'aquests símptomes. Per tant, podem considerar que tot i que hi ha coneixement respecte als símptomes principals de la malaltia, és incomplet.

		Símptomes			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Incorrecte	47	41,2	41,2	41,2
	Correcte parcial	60	52,6	52,6	93,9
	Correcte total	7	6,1	6,1	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Imatge 16. Símtomes.

Fent referència a la prevenció de l'Alzheimer, observem que és un dels àmbits amb més desinformació ja que el 69,3% dels participants donen respostes errònies.

		Prevenció			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Incorrecte	79	69,3	69,3	69,3
	Correcte	35	30,7	30,7	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Imatge 17. Prevenció.

Respecte a la consideració de l'existència d'una cura per l'Alzheimer, el 72,8% mostren un coneixement correcte d'aquest àmbit de la malaltia.

		Cura			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Incorrecte	31	27,2	27,2	27,2
	Correcte	83	72,8	72,8	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Imatge 18. Cura.

El diagnòstic de la malaltia és un altre dels aspectes en els que s'ha trobat més desinformació tenint en compte que més de la meitat dels participants han respòs incorrectament (57,9%).

Diagnòstic					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	66	57,9	57,9	57,9
	Correcte	48	42,1	42,1	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Imatge 19. Diagnòstic.

Respecte als canvis emocionals i conductuals que pot produir l'Alzheimer, tot i que és cert que la majoria dels participants han demostrat conèixer l'existència d'alguns d'aquests canvis, només l'11,4% els identifica tots amb precisió.

Emocions i comportament					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Incorrecte	7	6,1	6,1	6,1
	Parcialment correcte	29	25,4	25,4	31,6
	Parcialment correcte	18	15,8	15,8	47,4
	Parcialment correcte	47	41,2	41,2	88,6
	Totalment correcte	13	11,4	11,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Imatge 20. Emocions i comportament.

Finalment, basant-me en la capacitat dels participants per detectar les afirmacions certes sobre la malaltia, he pogut observar que només el 21,9% han demostrat tenir un domini complet.

Verdader o Fals					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Incorrecte	4	3,5	3,5	3,5
	Parcialment correcte	11	9,6	9,6	13,2
	Parcialment correcte	10	8,8	8,8	21,9
	Parcialment correcte	20	17,5	17,5	39,5
	Parcialment correcte	44	38,6	38,6	78,1
	Totalment correcte	25	21,9	21,9	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Imatge 21. Afirmacions certes o falses.

Per tant, tots aquest resultats mostren que els participants d'aquesta recerca presenten una important desinformació en àrees com la prevenció, el diagnòstic, les causes i els aspectes emocionals i conductuals.

7. Conclusions

Es presenten les conclusions a les quals s'ha arribat amb la realització d'aquest present treball. Els objectius prèviament establerts s'han pogut assolir correctament. Tot seguit s'exposa de quina manera s'han dut a terme, si les hipòtesis inicials s'han complert o no, algunes limitacions del treball i, per finalitzar, una petita opinió personal.

Objectiu general: "Estudiar la percepció social d'avui en dia sobre la malaltia de l'Alzheimer en una població major de 18 anys".

L'objectiu general d'aquest estudi s'ha assolit mitjançant la difusió d'un qüestionari mitjançant les xarxes socials. Aquest qüestionari l'han respòs 114 individus majors d'edat. Els resultats mostren una mitjana de l'índex de coneixement dels participants de 9,28 sobre 15. Això indica un nivell de coneixement moderat sobre la malaltia d'Alzheimer.

Objectiu específic 1: Analitzar el nivell de coneixement social de la població sobre l'Alzheimer.

S'ha pogut realitzar aquest anàlisi de manera general i també de manera més específica, tenint en compte els diferents àmbits que inclou la malaltia, és a dir, la seva definició, les seves causes, el seu pronòstic, el diagnòstic, entre d'altres. Per poder veure els resultats obtinguts d'una manera més fàcil i visual s'han creat uns gràfics amb l'Excel que ha facilitat el procés.

Objectiu específic 2: Examinar la influència de diferents factors com l'edat, el nivell d'escolarització i l'experiència prèvia amb aquesta malaltia.

Aquest objectiu s'ha dut a terme després d'analitzar els resultats obtinguts i comparar-los amb cadascun d'aquests factors. Això ha estat possible gràcies al programa SPSS, ja que és necessari fer ús d'un anàlisi estadístic descriptiu adient a cada factor. A l'apartat de les hipòtesis s'explica detalladament els resultats obtinguts.

Objectiu específic 3: Detectar en quin àmbit del coneixement respecte l'Alzheimer hi ha més desinformació.

Aquest objectiu també s'ha assolit mitjançant l'anàlisi de resultats amb el programa SPSS. Aquest programa ha permès comparar els resultats de cada àmbit de la malaltia i poder-ne extreure un percentatge que expliqui en quin àmbit sobre l'Alzheimer els participants mostren més desinformació.

A continuació, s'exposen les hipòtesis inicials i la informació obtinguda amb aquesta recerca per a poder confirmar-les o desmentir-les.

Hipòtesi 1: Un major nivell educatiu es correlaciona amb un grau major de coneixement sobre la malaltia d'Alzheimer.

Segons els resultats obtinguts, podem corroborar que el nivell d'estudis influeix en el nivell de coneixement dels participants, i exposa que, les persones amb una major formació acadèmica obtenen millors resultats respecte al coneixement sobre els diferents aspectes de l'Alzheimer.

Hipòtesi 2: Les persones que han tingut contacte directe amb una persona diagnosticada d'Alzheimer tenen una percepció més pròxima a la realitat de la malaltia.

Aquesta hipòtesi es pot confirmar de manera parcial ja que tot i que els resultats obtinguts mostren que les persones amb un familiar o conegut amb Alzheimer en saben més sobre la malaltia, la diferència és petita i, per tant, no es pot considerar suficient per afirmar aquesta hipòtesi.

Hipòtesi 3: Hi ha una proporció significativa de la població que encara creu que l'Alzheimer és part natural de l'envelliment o un trastorn psicològic.

Aquesta hipòtesi no s'ha confirmat, ja que únicament un 4% dels participants defineixen l'Alzheimer com un trastorn psicològic o com part natural de l'envelliment. Aquests resultats m'han sorprès bastant, ja que m'esperava una proporció molt més alta. No obstant, és quelcom positiu perquè ens indica que cada vegada hi ha més informació sobre la malaltia.

Hipòtesi 4: Les persones tenen més coneixement sobre aspectes com la causa, el diagnòstic i els símptomes de l'Alzheimer.

Aquesta quarta hipòtesi ha pogut ser comprovada mitjançant el programa SPSS. Aquests resultats no donen suport a la hipòtesi ja que la majoria de participants no tenen un coneixement total sobre aquests àmbits de la malaltia. De fet, s'ha comprovat que els participants tenen més informació sobre la definició de la malaltia i el seu tractament.

Hipòtesi 5: A major edat, les persones tenen més coneixement sobre la malaltia d'Alzheimer.

Per poder comprovar aquesta última hipòtesi s'ha realitzat la prova ANOVA i després les comparacions múltiples (post hoc). Els resultats han desmentit la hipòtesi, ja que les persones més joves han obtingut resultats lleugerament superiors respecte. A la resta de grups, però amb una diferència que no es pot considerar significativa. Per tant, no es pot afirmar que l'edat influeix en el coneixement sobre l'Alzheimer.

7.1. Limitacions

Aquest estudi presenta una sèrie de limitacions. En primer lloc, respecte a la mostra, no es pot considerar representativa i això limita el fet de poder generalitzar els resultats i com a conseqüència, pot afectar a la fiabilitat i validesa externa, és a dir, la generalització.

A més a més, un altre aspecte a tenir en compte és la desigualtat entre grups, ja que els grups comparats, tenen diferents grandàries i això és un factor que pot influir en la recerca. És per aquest motiu que, degut a la gran diferència del percentatge de gènere que ha participat en el projecte, no s'ha pogut realitzar comparacions amb el sexe.

Per últim, en alguns casos, s'han detectat diferències significatives però amb una mida de l'efecte molt petita i això ha comportat limitacions a l'hora d'interpretar els resultats.

7.2. Reflexió personal

La tria d'aquest tema va sorgir després de començar les meves pràctiques externes en un centre d'Alzheimer i altres trastorns neurocognitius.

La meua experiència en aquest centre em va crear la necessitat d'endinsar-me en el món de la neuropsicologia i, més concretament, en entendre l'Alzheimer des d'una perspectiva que mai abans havia pogut tenir l'oportunitat.

El fet de veure que, tot i ser una malaltia amb una alta prevalença, em va motivar a cercar informació i així poder aprendre més sobre aquest àmbit de la neuropsicologia.

Aquest treball m'ha permès no només aprendre coses que desconeixia sobre aquesta malaltia, sinó també adornar-me de que tot i que no és l'àmbit en el que m'agradaria desenvolupar la meua tasca professional, m'emporto molts aprenentatges i molt bons records d'aquesta experiència.

8. Bibliografia

Alayón, A. (2016). *Alzheimer: Recordar el pasado*. Centre Neurològic Antonio Alayón.

Recuperat el 31 de maig de 2025, de <https://www.antonioalayon.com/alzheimer-recordar-el-pasado/>

Alzheimer Association (2009). Las 10 señales. Chicago, EU.: Alz.org/español: Alzheimer Association. Recuperado de: https://www.alz.org/espanol/signs_and_symptoms/las_10_senales.asp.

Alzheimer's Association. (2022). *Entender el Alzheimer y la demencia*. <https://www.alz.org/getmedia/42ba50c4-cdf0-4fda-bd2e-a52fe4d2efca/alzheimers-dementia-understanding-alzheimers-dementia-ts-spanish.pdf>

Alzheimer Catalunya Fundació. (2021). *Píndola de coneixement: Alzheimer, demències i deteriorament cognitiu lleu. Similituds i diferències*. <https://alzheimercatalunya.org/es/pindola-de-coneixement-alzheimer-demencies-i-deteriorament-cognitiu-lleu-similituds-i-diferencies/>

Alzheimer's Disease International. (2023). *Informe mundial sobre el Alzheimer 2023: Reducción del riesgo: una nueva visión para la prevención del deterioro cognitivo y la demencia* [Informe]. Alzheimer's Disease International. https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2023_Spanish.pdf

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.

Arias, J. (2020). *Técnicas e instrumentos de investigación científica*. Arequipa: ENFOQUES CONSULTING EIRL. Obtenido de https://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/20.500.12390/2238/1/AriasGonzales_TecnicasEInstrumentosDeInvestigacion_libro.pdf

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

Barrera López, F. J., López Beltrán, E. A., Baldivieso Hurtado, N., Maple Álvarez, I. V., López-Moraila, M. A., & Murillo-Bonilla, L. M. (2018). Diagnóstico actual de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Medicina Clínica*, 2(2), 57–73.

CAEME. (2023, 21 de setembre). *Alzheimer: la historia de una enfermedad que desafía a la ciencia*. <https://www.caeme.org.ar/alzheimer-la-historia-de-una-enfermedad-que-desafia-a-la-ciencia/>

Cañas Lucendo, M., Perea Bartolomé, M. V., & Ladera Fernández, V. (2022). Relación entre funciones ejecutivas y trastornos neuropsiquiátricos en pacientes con Alzheimer de diferente grado de severidad. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 40(3), 1–17. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.10249>

Delacourte, A. (2002). Fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer. *Revue Neurologique*, 158(12), 11–20. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(02\)70234-1](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(02)70234-1)

Demencia. (2024, 24 septiembre). OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/demencia>

Derecho a Morir Dignamente. (2024, 26 de febrer). *Las fases de la enfermedad de Alzheimer*. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2024/02/ANEXO-Las-fases-de-la-enfermedad-de-Alzheimer.pdf>

Enfrentando la demencia. (2023, 10 marzo). Los Institutos Nacionales de Salud. <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/enfrentando-la-demencia>

Esquivel-Tamayo, J. A., & Montoya-Pedron, A. (2024). *Factors de risc i biomarcadors de la malaltia d'Alzheimer*. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 53(1). Recuperat de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013865572024000100037&script=sci_arttext&tlng=pt

Fundació Pasqual Maragall. (2025). *Estudio sobre la percepción social del Alzheimer en España*. https://fpmaragall.org/wp-content/uploads/2025/03/2025_Estudio-sobre-la-percepcion-social-del-Alzheimer-en-Espana.pdf

Fundació Pasqual Maragall. (2025). *Factors de risc de l'Alzheimer i de la demència: conèixer-los i abordar-los*. Recuperat de <https://blog.fpmaragall.org/factores-de-riesgo-del-alzheimer>

Gutiérrez-Ariza, F.-J. (2016). *Pseudociencia y falsas creencias en psicología*. Universidad de Jaén. <https://crea.ujaen.es/server/api/core/bitstreams/2ecd492e-e021-470b-9c0a-3afc84bb6f1b/content>

International Classification of Diseases (ICD). (s. f.).

<https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>

Jodar Vicente, M. (Coord.), Redolar Ripoll, D., Blázquez Alisente, J. L., González Rodríguez, B., Muñoz Marrón, E., Periañez, J. A., & Viejo Sobera, R. (2013). *Neuropsicología*. Editorial UOC. <https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/57586>

Livingston, G., et al. (2024). *Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission*. The Lancet. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

Maragall, F. P. (2025, 24 abril). 10 mitos sobre el Alzheimer: creencias sometidas a análisis. *10 mitos sobre el Alzheimer: creencias sometidas a análisis*. <https://blog.fpmaragall.org/10-mitos-sobre-la-enfermedad-de-alzheimer>

Maragall, F. P. (2018, 14 noviembre). Quins són els tipus i les causes de demència? *Quins són els tipus i les causes de demència?* <https://blog.fpmaragall.org/ca/quins-son-els-tipus-i-les-causes-de-demencia>

Mayo Clinic. (2024). *Enfermedad de Alzheimer - Síntomas y causas*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447>

MipSalud. (2019, octubre 11). *Dejemos de hablar de demencia 'Senil'*. <https://www.mipsalud.com/dejemos-de-hablar-de-demencia-senil/>

Murillo, L. (2023). *Revisión sobre la enfermedad de Alzheimer*. Document intern. Arxiu personal.

National Institute on Aging. (2023). *La enfermedad de Alzheimer*. National Institutes of Health. <https://order.nia.nih.gov/sites/default/files/2023-05/alzheimers-enfermedad.pdf>

Organització Panamericana de la Salut. (s.f.). *Demència*. Recuperat el 31 de maig de 2025, de <https://www.paho.org/es/temas/demencia>

Peña-Casanova, J. (2015). *Evaluación del deterioro cognitivo en el anciano*. Revista Española de Geriátria y Gerontología, 50(1), 12–21. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.10.003>

Pérez Romero, A., & González Garrido, S. (2016). La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 31(8), 562–570. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.024>

Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). *The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia*. The American Journal of Psychiatry, 139(9), 1136–1139.

Rodulfo, J. I. A. (2024, 11 noviembre). *Informe 2024 de la Comisión Lancet sobre Demencia. Resumen descriptivo*. MedEcs. <https://medecs.com.ar/informe-2024-de-la-comision-lancet-sobre-demencia-resumendescriptivo/#:~:text=Contaminaci%C3%B3n%20del%20aire.&text=La%20Comisi%C3%B3n%2C%20al%20actualizar%20su,riesgo%20de%20sufrir%20una%20demencia>

Rojas Leguizamón, M., Molina Del Río, J., Ramírez Flores, A. G., Hidalgo Aguirre, R. M., & Figueroa Jiménez, M. D. (Coords.). (2021). *Una mirada a las neurociencias: De las neuronas a la cognición* (1.ª ed.). Editora Nómada. <https://doi.org/10.47377/neurociencias>

Sánchez, A. (2022, 29 junio). *Alzheimer, demències i deteriorament cognitiu lleu. Similituds i diferències*. Alzheimer Catalunya. <https://alzheimercatalunya.org/pindola-de-coneixement-alzheimer-demencies-i-deteriorament-cognitiu-lleu-similituds-i-diferencies/>

Sociedad Española de Neurología. (s.f.). *Criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer*. Recuperat el 31 de maig de 2025, de <https://demencias.sen.es/index.php/noticias-destacadas/125-documentos-de-interes/criterios-diagnosticos/215-criterios-nincds-adrda-para-el-diagnostico-de-la-enfermedad-de-alzheimer>

Vista de Enfermedad de Alzheimer: Etiología y principales factores de riesgo. (2023). <https://revista.estudioidea.org/ojs/index.php/mj/article/view/260/349>

9. Annexos

9.1. Annex 1. Qüestionari

Secció 1: Introducció de l'enquesta

Hola, soc la Maria Mas, estudiant del grau de Psicologia a la Universitat Rovira i Virgili (URV) i actualment estic realitzant el meu **Treball de Fi de Grau (TFG)**.

L'objectiu del present estudi és conèixer la percepció i el coneixement social que hi ha avui en dia sobre l'Alzheimer i veure si factors com l'edat, el nivell d'escolarització o l'experiència prèvia amb la malaltia hi influeixen. Aquesta recerca va adreçada a persones **majors de 18 anys**. La **participació** és completament **voluntària i anònima**, i les dades recollides s'utilitzaran exclusivament amb finalitats acadèmiques. Respondre a aquest qüestionari només et portarà aproximadament **5 minuts**. Moltes gràcies per la teva col·laboració, ja que és clau per al desenvolupament d'aquesta recerca.

Si tens qualsevol dubte o suggeriment, pots contactar amb mi a través del correu: maria.mas@estudiants.urv.cat.

Per tenir accés a tota la informació de l'estudi, pots accedir al següent enllaç: https://drive.google.com/drive/folders/1R0cfXMk_IUgFBIyTI4Q_jw6eE9GRyRKE

1. He llegit i comprès les condicions de participació en aquest estudi, manifesto que la meua participació és voluntària i dono lliurement la meua conformitat per participar-hi.
 - Sí
 - No

Secció 2: Informació del participant

2. Edat

3. Sexe

- Masculí
- Femení
- Altre

4. Quin és el teu nivell d'estudis finalitzat? (és a dir, el més alt que has completat fins ara)

- Educació Primària
- Educació Secundària Obligatòria
- Batxillerat o cicle formatiu de grau mitjà
- Cicle formatiu de grau superior
- Estudis universitaris (grau, diplomatura o llicenciatura)
- Màster o postgrau
- Doctorat
- No tinc estudis reglats

5. Estàs estudiant actualment?

- Sí, estudis universitaris (grau)
- Sí, cicle formatiu (grau mitjà o superior)
- Sí, màster o postgrau
- Sí, altres
- No, no estic estudiant actualment

6. Tens o has tingut algún familiar o conegut amb Alzheimer?

- Sí
- No

Secció 3: Informació sobre l'Alzheimer

7. Què creus que és l'Alzheimer?

- Una malaltia neurodegenerativa que afecta a la memòria i altres funcions cognitives
- Un procés normal d'envelliment
- Un trastorn psicològic
- Totes les anteriors són correctes
- No estic segur/a

8. Quina creus que és la principal causa de l'Alzheimer?

- No té una causa clara, simplement apareix amb l'edat
- Factors genètics, ambientals i de l'estil de vida
- Traumatismes cerebrals previs
- No estic segur/a

9. Quins dels símptomes següents creus que són els primers en aparèixer? (Pots marcar més d'una opció).

- Deteriorament de la memòria a curt termini
- Problemes de mobilitat
- Canvis d'humor i personalitat
- Al·lucinacions
- Desorientació total en temps i espai
- No estic segur/a

10. Creus que hi ha alguna manera de prevenir l'Alzheimer?

- No, l'Alzheimer no es pot prevenir
- Sí, amb la medicació adequada
- Sí, amb hàbits saludables com una alimentació equilibrada i exercici
- No, ja que és una malaltia genètica
- No estic segur/a

11. Creus que existeix una cura per l'Alzheimer?

- No, no hi ha cap tractament efectiu
- No, però hi ha tractaments que poden alentir la seva progressió
- Sí, avui en dia ja hi ha tractaments que curen l'Alzheimer completament
- Sí, es pot arribar a curar amb els medicaments adequats

- No estic segur/a

12.Com creus que es diagnostica l'Alzheimer?

- Mitjançant anàlisis de sang
- Amb tests neuropsicològics
- Amb proves d'imatge cerebral (RMN, PET, TC)
- Totes les anteriors
- No estic segur/a

13.Com creus que afecta l'Alzheimer a les emocions i al comportament d'una persona?

(Pots marcar més d'una opció).

- Pot generar ansietat o depressió
- Pot causar agressivitat
- Pot fer que la persona sempre estigui feliç i despreocupada
- Pot provocar apatia i falta d'interès
- Pot causar confusió i desorientació, augmentant la frustració
- No afecta a les emocions, només a la memòria

14.On has obtingut la major part del teu coneixement? (Pots marcar més d'una opció)

- Mitjans de comunicació (xarxes socials, notícies, televisió)
- Experiència personal (familiars, amics, coneguts)
- Estudis o formació acadèmica
- No tinc gaire informació sobre la malaltia

15.Marca quines de les següents afirmacions sobre l'Alzheimer són **certes**:

- L'Alzheimer és part de l'envelliment de les persones
- No existeix una cura per l'Alzheimer, però alguns tractaments poden alleujar els símptomes i alentir la progressió
- L'Alzheimer només implica pèrdua de memòria
- L'Alzheimer és hereditari, si ningú de la teva família en té no hi ha risc de patir-lo
- L'Alzheimer pot provocar canvis emocionals com ansietat, depressió i agressivitat
- L'Alzheimer pot afectar la capacitat de moviment i la coordinació en fases avançades
- Aquesta malaltia només afecta a persones majors de 70 anys

- L'Alzheimer és una malaltia neurodegenerativa que afecta a la memòria, el llenguatge i altres funcions cognitives
- Les persones amb Alzheimer acostumen a recordar millor esdeveniments recents que fets del passat llunyà
- L'Alzheimer pot afectar la capacitat de processar la informació visual

9.2. Annex 2. Taula GDS-FAST

Estadi	Fase clínica	Característiques FAST	Comentaris
GDS 1: Absència de dèficit cognitiu	Normal MEC: 30-35	Absència de dèficits funcionals	No hi ha deteriorament cognitiu
GDS 2: Dèficit cognitiu molt lleu	Normal per l'edat MEC: 25-30	Dèficit funcional subjectiu	Queixes de pèrdua de memòria en ubicació d'objectes, noms de persones, etc. Hi ha coneixement i valoració de la simptomatologia.
GDS 3: Dèficit cognitiu lleu	Deteriorament límit MEC: 20-27	Dèficit en tasques ocupacionals i socials (generalment observats per familiars i amics)	Primers defectes clars. Es manifesta en un o més dels següents casos: <ul style="list-style-type: none"> - Haver-se perdut en un lloc familiar - Evidència de rendiment laboral pobre - Dificultat per recordar paraules i noms - Després de llegir, reté poca cosa - Oblida la ubicació d'objectes o els col·loca malament - Escassa capacitat per recordar persones conegudes recentment - Dèficit de concentració evident en clínica o en entrevista exhaustiva. La negació com a mecanisme de defensa, o el desconeixement dels defectes, comença a manifestar-se. Sovint

			s'acompanya d'ansietat de nivell moderat.
GDS 4: Dèficit cognitiu moderat	Malaltia d'Alzheimer lleu MEC: 16-23	Dèficits observables en tasques complexes (control d'aspectes econòmics personals o la planificació d'àpats quan hi ha convidats)	Defectes més manifestos: <ul style="list-style-type: none"> - Oblit de fets recents - Dèficit en el record d'informació personal - Dificultat per fer càlculs simples com operacions de resta de 7 en 7 - Incapacitat per planificar viatges, finances o activitats complexes. Sovint no hi ha defectes en: <ul style="list-style-type: none"> - Orientació en temps i espai - Reconeixement de cares i persones familiars - Capacitat de viatjar a llocs coneguts. Labilitat afectiva Mecanisme de negació dominant
GDS 5: Dèficit cognitiu moderadament greu	Malaltia d'Alzheimer moderada MEC: 10-19	Disminució de la capacitat per escollir la roba adequada segons l'estació de l'any o l'ocasió	Necessita assistència en tasques determinades, com el vestir-se, higiene o escollir roba. <ul style="list-style-type: none"> - És incapaç de recordar aspectes importants de la vida quotidiana (adreces, telèfons, noms de familiars). - Sovint mostra desorientació en espai i temps. - Dificultat per comptar enrere en ordres (des de 40 en 4, de 20 en 2). Sap el seu nom i generalment el dels seus fills/es i parella.

<p>GDS 6: Dèficit cognitiu greu</p>	<p>Malaltia d'Alzheimer moderadament greu MEC: 0-12</p>	<p>Disminució de la capacitat per vestir-se, banyar-se i rentar-se; es poden identificar 5 subestadis: a) vestir-se sol b) banyar-se sol c) rentar-se/netejar-se sol d) pèrdua de control d'orina e) pèrdua de control fecal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Oblida noms de familiars molt propers dels quals depèn per viure. - Reté dades molt bàsiques. - Desorientació espai/temps. - Dificultat per comptar enrere de 10 en 10. - Pot necessitar assistència per activitats bàsiques de la vida diària. - Pot presentar incontinència. - Recorda el seu nom i diferencia familiars d'altres. - Ritme diürn alterat. - Canvis de personalitat i afectivitat (deliris, símptomes obsessius, ansietat, agitació, agressivitat o abúlia cognoscitiva).
<p>GDS 7: Dèficit cognitiu molt greu</p>	<p>Malaltia d'Alzheimer greu MEC: 0</p>	<p>Pèrdua de la parla i de la capacitat motora. Es defineixen 5 subestadis: a) parla limitada a 6 paraules b) parla limitada a una única paraula c) pèrdua de la parla i caminar sol d) pèrdua de la capacitat per asseure's o aixecar-se sol/a</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pèrdua progressiva de les capacitats verbals. - Incontinència urinària i fecal. - Necessita assistència total per higiene personal i alimentació. - Pèrdua de les funcions psicomotores i de la deambulació. - Sovint s'observen signes neurològics severos.

		e) pèrdua de la capacitat per somriure o mantenir el cap dret	
--	--	---	--

Taula 6. Elaboració pròpia a partir de *Evaluación del deterioro cognitivo en el anciano*, de J. Peña-Casanova, 2015, *Revista Española de Geriátria y Gerontología*.

9.3. Annex 3. Criteris DSM-5

Criteris DSM-5

El DSM-5 classifica els trastorns neurocognitius en majors o lleus.

Criteria diagnòstics del DSM-5 per un trastorn neurocognitiu major o lleu degut a la malaltia de l'Alzheimer.
A. Es compleixen els criteris d'un trastorn neurocognitiu major o lleu.
B. Presenta un inici insidiós i una progressió gradual del trastorn en un o més dominis cognitius.
C. Es compleixen els criteris de la malaltia de l'Alzheimer probable o possible: Pel <u>trastorn neurocognitiu major</u>: Es diagnostica la <u>malaltia de l'Alzheimer probable</u> si apareix alguna cosa del següent; en cas contrari, ha de diagnosticar-se la <u>malaltia d'Alzheimer possible</u> : <ol style="list-style-type: none">1. Evidències d'una mutació genètica causant de la malaltia d'Alzheimer en antecedents familiars o en proves genètiques.2. Apareixen els tres següents:<ol style="list-style-type: none">a. Evidències clares d'un declivi de la memòria i del aprenentatge, i mínim d'un altre domini cognitiu.b. Declivi progressiu, gradual i constant de la capacitat cognitiva sense altiplans prolongats.c. Sense evidència d'una etiologia mixta. Per un <u>trastorn neurocognitiu lleu</u>: Es diagnostica la <u>malaltia d'Alzheimer probable</u> si es detecta, mitjançant una prova genètica o als antecedents familiars, una evidència de mutació genètica que causa la malaltia. Es diagnostica la <u>malaltia d'Alzheimer possible</u> si no es detecta, mitjançant una prova genètica o als antecedents familiars, una evidència de mutació genètica que causa la malaltia.
D. Els dèficits cognitius no s'expliquen millor per un altre trastorn mental.

Taula 7. Adaptat del *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals: DSM-5* (American Psychiatric Association, 2014).

9.4. Annex 4. Criteris NIA-AA

Criteris NIA-AA

Criteris per al diagnòstic clínic de la malaltia d'Alzheimer Probable:

- Demència diagnosticada mitjançant un examen clínic i documentat amb el Mini Mental State Examination (MMSE), l'escala de demència de Blessed o altres similars, i confirmada amb tests neuropsicològics.
- Deficiències en dos o més àrees cognitives.
- Empitjorament progressiu de la memòria i altres funcions cognitives.
- No alteració del nivell de consciència.
- Inici entre els 40 i 90 anys, amb major freqüència després dels 65.
- Absència d'alteracions sistèmiques o altres malalties cerebrals.

Donen suport al diagnòstic de "Malaltia d'Alzheimer probable".

- Deteriorament progressiu d'alguna funció cognitiva específica, com el llenguatge, habilitats motrius i trastorns de la percepció.
- Alteracions conductuals i en la realització de les activitats diàries habituals.
- Antecedents familiars d'un trastorn similar.
- Proves complementàries: líquid cefalorraquidi normal en les determinacions estàndards, i electroencefalograma (EEG) normal, o amb alteracions inespecífiques.
- Atròfia cerebral en la Tomografia Axial Computeritzada (TAC).

Aspectes clínics compatibles amb el diagnòstic de "Malaltia d'Alzheimer probable" després d'haver exclòs altres causes de demència.

- Altiplans en la progressió de la malaltia.
- Síntomes associats a la depressió, insomni, incontinència, deliris, il·lusions, al·lucinacions...
- Altres alteracions neurològiques.
- Convulsions en fase avançada de la malaltia.
- TAC cerebral normal per l'edat del pacient.

Aspectes que converteixen el diagnòstic de "Malaltia d'Alzheimer probable" en incert o improbable.

- Instaauració brusca o molt ràpida.

- Manifestacions neurològiques focals.
- Convulsions o alteracions en la marxa a l'inici o fases inicials de la malaltia.

Diagnòstic clínic de Malaltia d'Alzheimer possible:

- Demència, amb absència d'altres alteracions que poden causar aquesta demència, però amb unes manifestacions o patró evolutiu que difereixen de l'exposat pel diagnòstic de la "Malaltia d'Alzheimer probable".
- Presència d'una segona alteració, sistèmica o cerebral, que podria produir demència però no es considera la causa d'aquesta.
- En investigacions, quan hi ha un deteriorament gradual i intens d'una única funció cognitiva, en absència d'una altra causa identificable.

Criteris pel diagnòstic de la Malaltia d'Alzheimer definitiva:

- Criteris clínics de "Malaltia d'Alzheimer probable".
- Comprovació histopatològica, obtinguda amb biòpsia o autòpsia.

Taula 8. Elaboració pròpia a partir dels criteris de l'Alzheimer de NINCDS-ADRDA.