

*Les alteracions psicològiques  
i del comportament  
en la malaltia d'Alzheimer*

**Definició, descripció, guies  
d'intervenció i consells**

Jordi Peña-Casanova



Fundació "la Caixa"

# *Les alteracions psicològiques i del comportament en la malaltia d'Alzheimer*

---

Definició, descripció, guies d'intervenció i consells

---

**Jordi Peña-Casanova**





*I learned that very old disoriented people have an intuitive wisdom, a basic humanity that we all share. Behind their disorientation lies a human knowing. This humanity stretches beyond present time, culture, race, geography, and religion. When present time and place fade, when work goes, when rules no longer matter, when social obligations have lost meaning, a basic humanity shines through.*

«Vaig aprendre que les persones molt grans i desorientades tenen una saviesa intuïtiva, la humanitat bàsica que tots nosaltres compartim. Darrere la seva desorientació hi ha un coneixement humà. Aquesta humanitat s'estén més enllà del temps present, de la cultura, de la raça, de la geografia i de la religió. Quan el temps i el lloc presents s'esvaneixen, quan la feina se n'ha anat, quan els costums ja no importen, quan les obligacions socials han perdut el sentit, transcendeix una humanitat bàsica.»

**Naomi Feil**

*The Validation Breakthrough*  
Health Professions Press: Baltimore, 1993, p. XXV

# Crèdits

## Edició

Fundació "la Caixa"

Directora de Projectes Socials i Assistencials  
Gloria Trias Salas

Coordinació de l'edició  
Sílvia Maldonado Melià

## Patronat

President  
Josep-Joan Pintó i Ruiz

Autor  
Jordi Peña-Casanova

Vicepresident primer  
Josep Vilarasau i Salat

Traduccions i correccions  
Glossolàlia

Vicepresident segon  
Alejandro Plasencia i García

Disseny gràfic i maquetació  
Accent Comunicació Aplicada

Secretari  
Ricard Fornesa i Ribó

Impressió  
Gràfiques Ibèria SA

Vocals  
Joan Antolí i Segura  
M. Teresa de Miguel i Gasol  
Juli Miralles i Balagué  
Joaquim de Nadal i Caparà  
Maria Assumpció Rafart i Serra  
Manuel Raventós i Negra  
Joan Vilalta i Boix

Director General  
Lluís Monreal i Agustí

© de l'edició 1999, Fundació "la Caixa"  
© del text, Jordi Peña-Casanova  
Av. Diagonal, 621. 08028 Barcelona

Dipòsit legal: B-1587-99

# Índex

	<b>Presentació</b>	7
<b>1</b>	<b>Introducció: marc conceptual</b>	9
<b>2</b>	<b>Generalitats sobre el tractament dels trastorns psicològics i del comportament en la malaltia d'Alzheimer</b>	11
	Principis fonamentals per ocupar-se dels problemes psicològics i del comportament	12
	L'adaptació de l'ambient	13
	Les actituds	13
	Primera aproximació: establir les característiques del problema, els antecedents i les conseqüències	14
	Els problemes primaris i secundaris	14
	Les tècniques de validació	14
	Una forma d'intervenció: tècniques de modificació de conducta	14
	El paper dels fàrmacs i la seva prescripció	15
	Relació de problemes. Guia d'orientació	17
<b>3</b>	<b>Els problemes relacionats amb els trastorns de memòria i la consciència d'estar malalt</b>	18
	La reacció davant la pèrdua de memòria i de capacitats mentals	18
	La falta de consciència de la malaltia	19
	Els oblitats	19
	La pèrdua i l'ocultació d'objectes	20
	La repetició de preguntes	21
<b>4</b>	<b>Els deliris</b>	22
<b>5</b>	<b>Les al·lucinacions</b>	24
<b>6</b>	<b>Les interpretacions errònies i la incapacitat de reconèixer persones o coses</b>	26
<b>7</b>	<b>La depressió</b>	28
<b>6</b>	<b>El suïcidi</b>	31
<b>9</b>	<b>La labilitat emocional, les reaccions catastròfiques i els enuïgs</b>	32
<b>10</b>	<b>L'ansietat, el nerviosisme i la inquietud</b>	34
<b>11</b>	<b>Les queixes i els insults contra el cuidador</b>	36
<b>12</b>	<b>L'agitació, la violència i l'agressió</b>	38
<b>13</b>	<b>Els canvis de personalitat: generalitats</b>	40

<b>14</b>	<b>L'apatia i la indiferència</b>	41
<b>15</b>	<b>Els trastorns del son i del ritme diürn</b>	42
<b>16</b>	<b>L'empitjorament als vespres</b>	46
<b>17</b>	<b>Els trastorns de la conducta alimentària</b>	48
<b>18</b>	<b>L'exhibició del cos i les alteracions de l'activitat sexual</b>	50
<b>19</b>	<b>La síndrome de Klüver-Bucy</b>	52
<b>20</b>	<b>Les alteracions de l'activitat psicomotora: generalitats</b>	53
<b>21</b>	<b>La deambulació erràtica (vagareig)</b>	54
<b>22</b>	<b>El seguiment persistent del cuidador</b>	58
<b>23</b>	<b>Els actes repetitius</b>	59
<b>24</b>	<b>Bibliografia</b>	61
<b>25</b>	<b>Índex temàtic</b>	63

## Presentació

**L**es alteracions del comportament són molt freqüents al llarg de l'evolució de la malaltia d'Alzheimer. Aquestes alteracions poden prendre formes molt diverses, des de lleus estats d'ansietat o depressió fins a problemes importants com ara la deambulació, l'agitació, l'insomni, el vagareig o els crits. Tots aquests trastorns posen clarament de manifest que la malaltia d'Alzheimer no és tan sols un problema progressiu de pèrdua de memòria i de capacitats mentals. Precisament el que genera més problemes als familiars i als cuidadors són els trastorns del comportament.

Intentar enfocar la teràpia de la malaltia d'Alzheimer com un problema estrictament cognitiu és un error greu. Fins i tot, per poder seguir una teràpia cognitiva, moltes vegades cal superar problemes previs de comportament. Si un pacient està, per exemple, ansiós, inquiet, depressiu i presenta al·lucinacions, no estarà en les millors condicions per col·laborar en les tasques encomanades.

Aquest llibre constitueix una aportació de la Fundació "la Caixa" al coneixement dels trastorns del comportament en la malaltia d'Alzheimer per ajudar tant els familiars com els professionals. Amb un coneixement més profund dels problemes, es poden adoptar mesures d'intervenció més adequades i incrementar el benestar i la qualitat de vida del pacient i dels familiars.

Al llarg de tots els apartats, s'exposen sistemàticament els principals problemes que apareixen en la malaltia d'Alzheimer, el tractament que se segueix i diversos consells per als familiars. S'hi inclouen també exemples de casos reals que il·lustren els diferents trastorns i que ajuden a comprendre'ls. En cada apartat s'han inclòs, com a mínim, els consells per als cuidadors de pacients d'Alzheimer de la Divisió de Salut Mental de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), establerts en col·laboració amb Alzheimer's Disease International (ADI).

Davant dels problemes que poden anar apareixent al llarg de la malaltia, els familiars no han de dubtar d'informar-se o dirigir-se al metge especialista o de capçalera per comentar el cas, demanar consells o iniciar un tractament farmacològic.

### **Dr. Jordi Peña-Casanova, neuròleg**

*Cap de la Secció de Neuropsicologia de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS), Hospital del Mar, Barcelona.  
Membre del Comitè Assessor Mèdic i Científic d'Alzheimer's Disease International (ADI).  
Membre de la International Neuropsychological Society (INS)  
i de la International Psychogeriatric Association (IPA).*





## 1

## Introducció: marc conceptual

**E**ls pacients que tenen la malaltia d'Alzheimer presenten trastorns psicològics i comportaments anormals –com ara depressió, ansietat, anar i venir sense objectiu, fer soroll, negar-se a ser cuidats, escapar-se, encendre i apagar els llums, enfadar-se fàcilment, llençar el menjar, cridar, insultar...– que arriben a angoixar, irritar, desanimar i ofegar especialment els cuidadors més directes.

S'han fet servir diferents termes per referir-se a tots aquests problemes, però una nova declaració de consens (Finkel i col·laboradors el 1996) recomana de qualificar-los de *signes i símptomes del comportament i psicològics*, i els ha definit com a «signes i símptomes d'alteracions de la percepció, el contingut del pensament, l'humor o la conducta que es presenten sovint en pacients amb demència». Posteriorment (1997) es va decidir usar el terme «símptomes conductuals i psicològics de la demència».

### Taula 1

- ▶ **Problemes relacionats amb els trastorns de memòria i la consciència d'estar malalt**
- ▶ **Deliris**
- ▶ **Al·lucinacions**
  - Auditives, visuals, d'altres
- ▶ **Identificació inadequada**
- ▶ **Canvis d'humor**
  - Depressió
  - Labilitat emocional, reaccions catastròfiques i enuigs
  - Ansietat
- ▶ **Agitació/agressió**
- ▶ **Alteracions de personalitat**
  - Indiferència/apatia
  - Irritabilitat
- ▶ **Alteracions de la funció neurovegetativa**
  - Alteracions del son i alteracions del ritme diürn
  - Canvis en la gana i la conducta alimentària
  - Canvis en l'activitat sexual
  - Síndrome de Klüver-Bucy
- ▶ **Alteracions de l'activitat psicomotora**
  - Passejos i inquietud
  - Deambulació erràtica
  - Seguiment persistent del cuidador
  - Actes i manipulació repetitius

Els trastorns psicològics i els comportaments anòmals són una de les conseqüències d'aquesta malaltia que provoquen més discapacitat i una de les pitjors amenaces per a la convivència i la vida diària de la família. A més, generen visites mèdiques freqüents i ingressos en serveis d'urgència i en institucions sociosanitàries.

En la taula 1 es presenta una llista dels trastorns més freqüents, que seran tractats en les pàgines següents. No tots aquests trastorns apareixen necessàriament en cada pacient. En la pràctica apareixen combinacions i predominis d'alguns d'ells. D'altra banda, alguns són molt més freqüents que d'altres.

En aquest llibre se seguirà el mateix esquema per a la presentació de cada trastorn psicològic i del comportament.

- En primer lloc s'exposen les definicions i els aspectes més mèdics del trastorn.
- En segon lloc es descriu l'experiència o la conducta anòmala i s'exposen casos reals que il·lustren el problema.
- En tercer lloc es plantegen intervencions i tractaments, i s'ofereixen consells.



## 2

## Generalitats sobre el tractament dels trastorns psicològics i del comportament en la malaltia d'Alzheimer

Les alteracions del comportament generen problemes greus en les famílies i els cuidadors. Per això, un tractament adequat pot ser un gran alleujament i una bona sortida davant de situacions insostenibles. El tractament comporta, en la majoria de casos, una millora notable de la qualitat de vida dels pacients i dels cuidadors.

El tractament dels trastorns psicològics i del comportament és complex i difícil per diversos motius. Vegem-ne uns quants:

- Les capacitats mentals i de comunicació poden estar tan alterades que fan impossible un contacte adequat amb el pacient.
- Moltes vegades el problema no se soluciona amb la supressió de les causes o amb mesures de modificació de l'entorn, i s'han d'indicar tractaments farmacològics.
- Molts medicaments tenen efectes adversos (somnia, rigidesa, sequedat de boca, molèsties abdominals...) i afecten negativament les capacitats mentals del pacient.
- Sovint coexisteixen problemes mèdics (malalties del cor, hipertensió arterial, diabetis...) que compliquen el tractament del pacient i l'ús de fàrmacs.

A pesar dels problemes, hi ha molts medicaments que poden resoldre situacions realment greus per al pacient i la família.

En general, la millor aproximació terapèutica ha de combinar tres aspectes:

1. Informació, consells i suport familiar.
2. Canvis en l'entorn vital del pacient per minimitzar les possibles causes de problemes psicològics i del comportament: fer que les coses siguin simples i no oferir gaires opcions a l'hora d'escollir.
3. Medicació adequada, si fallen les intervencions no farmacològiques.

## Principis fonamentals per ocupar-se dels problemes psicològics i del comportament

**D**avant dels problemes que han d'afrontar els cuidadors, hi ha consideracions generals, objectius i consells que eviten molts contratemps i reaccions anòmales dels pacients. Aquestes consideracions serveixen tant pel que fa als problemes cognitius com als problemes psicològics i del comportament.

Richard Corney (1995), en un llibret sobre la cura dels pacients al domicili, insistia en els cinc punts que es comenten molt breument a continuació:

1. Dignificar i respectar.
2. Evitar enfrontaments.
3. Facilitar la independència (promoure l'autonomia).
4. Minimitzar l'estrès.
5. Adaptar-se.

**Dignificar** vol dir donar dignitat o respectabilitat. Hem de comprendre que la pèrdua de capacitats com ara la memòria, el control de les emocions i el comportament o l'orina comporta una pèrdua en la respectabilitat, l'honorabilitat i l'acceptació social. Cal recordar sempre que estem tractant una persona amb sentiments, per la qual cosa és millor no parlar de l'estat del malalt davant seu. *Cal tenir sempre en compte la dignitat, considerada com un dels drets humans fonamentals,*

**Els enfrontaments**, les baralles o les discussions no tenen cap sentit quan una persona té problemes de pèrdua de memòria i dificultats amb el seny i el raonament. Hem de considerar que una persona dement té les seves capacitats deteriorades i que *insistir en determinades tasques o temes pot ser realment cruel*. El fet de posar constantment en evidència un trastorn amb correccions imperitins no du enlloc ni pel que fa al pacient ni pel que fa al cuidador. Una discussió que no val la pena pot amargar tot un dia, i enfadar-se sempre

empitjora la situació. Cal tenir sempre present que són errors deguts a la malaltia i no a la persona. Mantenir la calma i el sentit de l'humor ajuda a superar la situació. La teràpia de validació<sup>1</sup> pot ajudar molt en aquest aspecte.

**Facilitar la independència** és un gran objectiu terapèutic que dona seguretat i autoestima. No es tracta que el cuidador tingui la iniciativa i que faci sistemàticament les tasques en què el pacient troba dificultats. El que pot semblar una conducta amable pot ser realment una limitació i una anul·lació del pacient. *La clau és ajudar el pacient en el punt just.*

■ **Es tracta d'ajudar la persona a desenvolupar al màxim les seves capacitats.** Algunes tasques planificades amb flexibilitat poden augmentar la sensació de dignitat i autoestima i donar nous objectius i sentit a la vida.

**Minimitzar l'estrès** del pacient al màxim és un altre objectiu fonamental. Certament, la supressió de l'estrès és pràcticament impossible ateses les característiques de la malaltia, però cal intentar minimitzar les crisis evitables. En tots els casos, cal plantejar-se com es poden evitar les crisis, per exemple, planificar el doble de temps necessari per fer una cosa si es fa acompanyat del pacient.

**Adaptar-se** significa acceptar les limitacions del pacient i les pròpies reaccions. Significa trobar l'alegria en el que encara queda i en tot allò de positiu que té el dia. Es tracta –com diu Corney– de veure l'ampolla mig plena i no mig buida.

1. Vegeu la pàgina 14.

## L'adaptació de l'ambient

**P**er evitar certes reaccions psicològiques i trastorns del comportament és fonamental establir un entorn físic, emocional i social que faciliti i faci possible un millor rendiment del pacient.

L'ambient s'ha d'adaptar perquè el pacient pugui desenvolupar al màxim les seves capacitats sense sentir frustració.

Per aconseguir aquest objectiu l'entorn ha de ser:

**Senzill:** La forma de viure diària ha de ser senzilla, simplificada, però sense despersonalitzar l'entorn. S'han de mantenir els objectes personals i els records.

**Estable:** La rutina ha de ser el principi fonamental de qualsevol tasca. No és bo canviar les coses de lloc. És millor tenir sempre els mateixos hàbits, objectes, colors i formes. No és aconsellable canviar de domicili.

**Segur:** Cal tenir una casa segura i anar a llocs segurs o amb prou mesures de seguretat. Cal suprimir tota mena de perills i tancar les coses que són perilloses.

## Les actituds

**É**s aconsellable que els cuidadors tinguin una actitud positiva davant del pacient i que pensin també en ells mateixos. Moltes vegades comprendre la malaltia i el mateix pacient és el primer pas per a una millor convivència i una disminució dels problemes diaris. Tal com s'apuntava en l'apartat anterior, el primer pas és adaptar-se a la nova realitat personal i del pacient.

A continuació s'exposa de manera simplificada una llista d'actituds importants a l'hora de tenir cura de les persones amb demència. Aquesta relació és un resum dels consells continguts en el llibre *Mantenir l'autonomia dels malalts d'Alzheimer. Guia de consells pràctics per viure el dia a dia* (Llibre 3).

1. Cal respectar els gustos i els costums del pacient, i sobretot les petites coses de cada dia.
2. És bo expressar sentiments d'afecte i mantenir un sòlid sentit de l'humor. És important ser receptius a l'afecte.
3. Cal tenir paciència i no intervenir mai sense donar al pacient abans l'oportunitat de fer les coses ell sol.
4. Cal expressar empatia, és a dir, comprendre les emocions i els sentiments del pacient tot identificant-s'hi.
5. És important ser comprensius i tolerants. No du enlloc renyar-los o avergonyir-los davant dels altres ni tampoc fer comentaris negatius.
6. Cal ser receptius davant de qualsevol intent de comunicació del pacient.
7. Convé tenir capacitat de fer canvis i adaptar-se a les necessitats i al ritme del malalt. Són molt importants la flexibilitat, l'adaptació i la imaginació.
8. Cal vetllar per la seguretat del pacient i evitar qualsevol perill. És molt important que el domicili sigui com més segur millor.
9. També cal vetllar per la pròpia salut sense deixar d'organitzar la cura del pacient. És bo buscar ajuda sempre que sigui necessari.

### Primera aproximació: establir les característiques del problema, els antecedents i les conseqüències

És molt important definir bé el problema psicològic i de comportament que té el pacient. Per poder-hi intervenir és important conèixer bé els antecedents del trastorn, el seu desenvolupament i les seves conseqüències. Si es plantegen metòdicament les cinc preguntes que posem a continuació, es facilita molt l'anàlisi del problema i la possibilitat d'intervenir-hi de manera adequada per millorar la situació.

1. Quan apareix el problema?  
\_\_\_\_\_
2. On apareix el problema?  
\_\_\_\_\_
3. Què passa abans del problema?  
(antecedents)  
\_\_\_\_\_
4. Com es desenvolupa el problema?  
\_\_\_\_\_
5. Què passa després de l'aparició del problema?  
(conseqüències)

**Quan apareix el problema?** Una alteració del comportament pot presentar-se en moments concrets: al vespre, en el moment dels àpats, a la tarda després de dinar, els diumenges a la nit...

**On apareix el problema?** El problema pot presentar-se en qualsevol lloc: a la segona residència o a casa d'un familiar, a l'hospital de dia...

**Què passa abans del problema?** Un familiar se n'ha anat, han arribat diverses persones a casa, s'ha obligat el pacient a fer alguna cosa, no s'ha pres la medicació...

**Com es desenvolupa el problema?** Sempre passa igual, el pacient s'angoixa i crida, de sobte fa cara de dolor, tots criden, algun familiar fa avergonyir el pacient...

**Què passa després de l'aparició del problema?** És important veure com reacciona l'entorn i com afecta aquest episodi el pacient i el cuidador.

### Els problemes primaris i secundaris

Els símptomes psicològics i del comportament es poden classificar en relació amb altres símptomes. Els símptomes primaris apareixen aïllats. En canvi, els símptomes secundaris apareixen en íntima relació amb un o diversos símptomes diferents i previs. Així, per exemple, si un pacient presenta l'al·lucinació que veu persones a casa, pot desenvolupar conseqüentment el deliri que li volen robar. L'al·lucinació seria el símptoma primari, i el deliri seria el secundari.

### Les tècniques de validació

La validació és una teràpia de comunicació amb els pacients d'Alzheimer i malalties relacionades. Aquesta teràpia va ser desenvolupada per Naomi Feil. Es basa en una actitud de respecte i empatia cap als pacients, i es fonamenta en l'existència d'una raó darrere les conductes de les persones desorientades i dementes (Feil, 1993). La teràpia de validació insisteix que el cuidador mai no ha de discutir o enfrontar-se amb el pacient, ni intentar que el pacient s'adoni que la seva conducta és anòmala. Tampoc no s'ha d'orientar el pacient si no vol ser orientat. Aquesta aproximació es tracta amb detall en el llibre *Intervenció cognitiva en la malaltia d'Alzheimer: Fonaments i principis generals* (Llibre 4).

### Una forma d'intervenció: tècniques de modificació de conducta

Davant de determinats hàbits o comportaments anòmals, es pot aplicar un mètode que tendeixi a suprimir-los. L'aplicació d'aquestes tècniques s'haurà de plantejar amb molt de compte, i caldrà sempre la supervisió d'un professional. No podem oblidar que la conducta és també l'expressió de vivències internes, i que un intent de modificació de la conducta que no tingui en compte aquest nivell intern podria no ser adequat. (Aquestes tècniques estarien clarament contraposades a les teràpies de validació.)

El mètode tracta de reforçar les conductes adaptades i obviar les conductes anòmales.

Comporta tres punts clau:

1. Definir la conducta que cal modificar tenint en compte que ha d'aparèixer amb una certa freqüència. Per exemple, les conductes o preguntes repetitives.
2. Implicar-hi tots els familiars possibles (els que viuen al domicili i els que tinguin contacte amb el pacient encara que no visquin amb ell).
3. És important respondre positivament, amb afecte, alegria i entusiasme davant les conductes adequades del pacient i, en canvi, no tenir en compte les conductes anòmales.

El mètode descrit exigeix que els familiars i els cuidadors l'apliquin sistemàticament. No funciona si l'actitud de gratificació del que és adequat i la ignorància del que és anòmal es fa irregularment. Per obtenir resultats, de vegades calen setmanes d'esforços.

### El paper dels fàrmacs i la seva prescripció

**E**ls familiars han de tenir en compte que hi ha una sèrie de normes en relació amb l'ús de fàrmacs per al control de trastorns psicològics i del comportament en les persones grans.

- Els fàrmacs –excepte quan hi ha una indicació mèdica específica– s'han de prescriure en dosis baixes i anar-les incrementant suauement.
- És important que les prescripcions es facin per a un temps limitat i tornar a plantejar aleshores la necessitat real del fàrmac.

Pel que fa als fàrmacs, se'n poden trobar recomanacions generals en el llibre *Malaltia d'Alzheimer. Del diagnòstic a la teràpia: conceptes i fets* (Llibre 1).

### Cal recordar-ho sempre

- ▶ El que és bo per a un pacient determinat pot ser que no sigui adequat per a un altre.
- ▶ Tota norma o consell d'intervenció s'ha de prendre amb flexibilitat.
- ▶ S'han de considerar sempre les característiques específiques de la persona.





# Relació de problemes

## Guia d'orientació

No és conscient que té problemes de memòria .....	19
Nega la malaltia .....	19
S'oblida dels encàrrecs .....	19
Perd i amaga les coses .....	20
Es perd .....	54
No para de fer les mateixes preguntes .....	21
Té idees falses .....	22
Diu que casa seva no és casa seva .....	22
Diu que el cònjuge l'enganya amb un veí / una veïna .....	20
Espera l'arribada de persones que ja han mort o en parla com si estiguessin vives .....	22
Veu i sent coses inexistents .....	24
Interpreta malament el que l'envolta .....	26-27
Està trist i deprimat .....	28
Diu que es vol morir i que es matarà .....	31
De sobte canvia de caràcter: pot passar de l'alegria a la desesperació .....	32
Per petites coses té reaccions desmesurades. Té rampellls .....	32
S'enfada fàcilment .....	32-34
Està ansiós, nerviós, inquiet .....	34
Es queixa del cuidador i l'insulta .....	36
S'agita, està violent, agredeix i és incontrolable .....	38
Ha canviat de manera de ser .....	40
Està apàtic, indiferent, absent .....	41
Dorm durant el dia .....	43-44
No dorm a la nit .....	43-44
Es desperta i vol fer coses .....	44
Empitjora als vespres .....	46
Menja amb golafreria .....	48
Menja menys .....	48
Menja qualsevol cosa, es posa qualsevol objecte a la boca .....	49 i 52
Menja amb els dits i ho embruta tot .....	49
Es despulla .....	50
Surt nu al balcó o al carrer .....	51-52
Es masturba .....	50-52
Deambula de manera erràtica, vagareja .....	54-55
Es perd .....	55
Segueix el cuidador com si fos la seva ombra .....	58
Es passa molt de temps fent sempre el mateix sense fer res .....	59
No para de cridar .....	59

## 3

## Els problemes relacionats amb els trastorns de memòria i la consciència d'estar malalt

**E**ls pacients amb demència poden presentar comportaments anòmals en relació amb el seu trastorn de memòria. Poden no ser conscients del problema i negar-lo, o bé amagar coses, repetir moltes vegades la mateixa pregunta... A continuació s'exposen alguns dels problemes més freqüents relacionats amb els trastorns de memòria i la consciència de malaltia.

### La reacció davant la pèrdua de la memòria i de capacitats mentals

**C**ada persona reacciona d'una manera diferent i específica davant els problemes de memòria i mentals en general. Algunes persones accepten el problema mentre que d'altres ni tan sols volen reconèixer que perden capacitats.

Alguns pacients tendeixen a amagar el seu trastorn de memòria i de capacitats mentals en general. És probable que aquests pacients intentin compensar el trastorn fent servir notes o agendes. Altres donen les culpes als altres o deixen de participar en tasques que sempre havien fet.

En les fases inicials, i fins i tot moderades, de les demències, les capacitats de relació i les fórmules socials estan preservades. En aquests casos, només s'han perdut la memòria a curt termini i l'aprenentatge.

► *El senyor JMB estava en una fase moderada de la malaltia d'Alzheimer. Tenia un nivell cultural alt, sempre anava ben vestit i es comportava amb una educació exquisida. La seva dona deia: «Quan anem amb amics sempre és molt educat i atent. Sap fer servir sempre les paraules adequades. Sembla que no tingui res. Si dic que el meu marit té problemes, sembla que el vull fer quedar malament».*

► *El senyor JMR presentava un grau moderat de demència, però era capaç d'anar des de casa fins al seu antic taller, situat uns carrers més avall. Era un trajecte que havia fet durant vint anys. Segons la seva dona, el comportament que tenia al carrer, els modals atents, la capacitat de mantenir converses banals, li donaven un aspecte de normalitat total. Més d'una vegada li havien dit: «Si que està bé el teu marit!».*

La imatge d'aparent normalitat que pot rebre un observador ocasional i informal s'esborra quan es fan preguntes sobre l'orientació o sobre temes complexos. (És evident que si trobem un amic o un conegut pel carrer no li demanarem que ens digui el dia de la setmana o l'any en curs... Ni li preguntarem el nom de l'anterior president del govern o que ens digui noms d'animals.)

L'exploració neuropsicològica és el mètode que permet definir el patró real de capacitats i discapacitats del pacient. Un professional expert en neuropsicologia serà qui haurà de fer sempre l'estudi detallat de les capacitats del pacient.

## La falta de consciència de la malaltia

**A**lguns pacients presenten una conducta que va més enllà de la lògica dissimulació social dels trastorns cognitius. En aquests casos el pacient no té consciència de malaltia (tècnicament s'anomena *anosognòsia*) i nega rotundament els problemes que observa la família. Quan se'l posa davant de situacions que evidencien els trastorns de memòria, tendeix a donar excuses, no col·labora o s'enfada dient que no el molestin amb bestieses.

- ▶ *La senyora MM tenia problemes de memòria importants i havia perdut capacitats a l'hora de dur a terme les tasques diàries. La seva filla la va dur a la consulta de neurologia amb l'excusa que tenia mal de cap, ja que negava que havia perdut capacitats mentals. Quan li van preguntar sobre la seva memòria va dir: «Jo estic molt bé. És la meua filla que s'entesta a dir que estic malament». Quan li van fer preguntes com ara el dia de la setmana o el mes, va començar a dir que allò eren bestieses i que ella no estava malament del cap. Es va aixecar dient que no havia anat allà per perdre el temps amb criaturades.*
- ▶ *La senyora LBG es va enfadar molt a la consulta quan la seva filla va dir que un dia havia posat unes sabates a la nevera. Va començar a cridar i li va dir que era una mentidera, i encara va afegir: «Per dir aquestes bestieses m'has fet venir? Tu sí que estàs malament del cap! Quan tinguis la meua edat, ja veuràs!».*

La falta de consciència de malaltia té dues vessants. D'una banda el pacient és feliç i fins i tot està eufòric, però, de l'altra, s'oposa als intents d'ajuda de la família.

## Els obllits

**E**ls obllits són els símptomes fonamentals de les demències. El pacient fa tots els actes de la vida diària, va de visita o de vacances, surt a comprar amb la dona, ajuda a arreglar el jardí, s'emociona amb el naixement d'un nét... Però al cap de poc ha oblidat les seves experiències o les recorda fragmentàriament.

- ▶ *El senyor FFG encara treballava de taxista. Un dia va dur un passatger a les oficines d'un gran supermercat. El passatger li va demanar que li guardés el maletí i que s'esperés uns minuts. Al cap d'una estona ja se n'havia oblidat, i va agafar un altre passatger que li va demanar que el duqués a un vaixell que hi havia ancorat al port. Aquest segon passatger s'enduïa el maletí que el primer havia deixat al taxi, però en aquell moment el taxista se'n va adonar i es va recordar de l'encàrrec del primer passatger. Va recuperar la maleta i va tornar al supermercat.*

(Aquest cas posa de manifest certs errors en les fases inicials de la malaltia. Aquesta vegada es va solucionar el problema, però en cas contrari les repercussions haurien estat importants.)

- ▶ *La senyora MPL va visitar la seva cunyada a l'hospital. L'endemà li van preguntar com havia anat la visita. Va dir que no en sabia res, que ella no coneixia aquella persona.*
- ▶ *La senyora JP era incapaç de recordar que la seva filla havia comprat un cotxe, i de quin color era. Sempre deia el color del cotxe anterior. Cada vegada que pujava al cotxe s'estranyava que no li haguessin dit que n'havien comprat un de nou.*
- ▶ *El senyor AM va ingressar a l'hospital per un problema respiratori. Poques hores després es va queixar que li havien robat el rellotge i va enviar el seu fill a fer una reclamació formal. Més tard va arribar la filla. Quan li van comentar el que havia passat va dir que el dia abans havia acompanyat el seu pare al rellotger perquè li arreglessin el rellotge.*

### Consells

Convé informar els amics del problema de memòria del pacient. (Per exemple, és millor dir-los que quan hagin de deixar un encàrrec per telèfon tornin a trucar si és el pacient qui respon.)

Cal informar el veïnat dels problemes de memòria del pacient per si el veuen confós o perdut.

No es pot confiar en la memòria recent del malalt. Cal prevenir sempre els problemes i comprovar les afirmacions que faci.

És aconsellable utilitzar «ajudes de memòria» d'acord amb les capacitats del pacient.

Les anomenades «ajudes de memòria» poden millorar significativament les fases inicials i moderades de la malaltia d'Alzheimer. Vegem-ne uns quants exemples: posar rètols i dibuixos a les portes, posar fotos dels familiars amb els noms corresponents perquè el pacient pugui saber qui és qui...

A mesura que avança la malaltia, els oblots poden afectar determinats fets biogràfics: poden oblidar que un familiar o un conegut ha mort, no recordar una part de la seva biografia o transportar-se a la infantesa. En aquests casos és possible que esperin una persona que ha mort fa poc o els seus pares, morts de fa molts anys. El pasat comença a actuar com a present. Els oblots són una causa freqüent de conflictes i de trastorns del comportament. Naturalment, en aquests casos no és gens aconsellable d'iniciar una discussió amb el pacient per fer-li veure el seu error.

### La pèrdua o l'ocultació d'objectes

Les persones amb trastorns de memòria es caracteritzen perquè deixen les coses a qualsevol lloc i després són incapaces de recordar on les han deixades. Moltes vegades guarden o amaguen objectes de valor en llocs que després no recorden. Si es considera que moltes persones amb demència són, a més, suspicaces i tenen molt poca consciència —o gens— de la malaltia, es tenen tots els ingredients perquè sorgeixin conflictes al si de la família. Segons el pacient, els objectes no apareixen perquè algú els ha robat. Generalment, la culpa recau en algun familiar concret, una filla, un gendre, el cuidador...

Quan un objecte no apareix, s'ha d'anar amb molt de compte a l'hora de tractar aquest problema amb el pacient, ja que pot tenir una reacció d'ansietat. És millor respondre tendrament que no pas a la defensiva.

Els objectes poden aparèixer sols o dins d'un paquet darrere d'un armari, al congelador, sota el matalàs, entre els coixins del sofà, dins d'una sabata, a la bossa de la roba bruta o en els llocs més inversemblants. Més d'una vegada, l'objecte perdut apareix en el moment de fer neteja a fons, en moure el mobles. Altres vegades l'objecte no apareix mai perquè el pacient el va llençar a les escombraries o per la finestra.

- ▶ *La filla de la senyora DG es va passar molt de temps buscant una medalla i un rellotge. L'endemà van aparèixer en un paquet al congelador, entre les verdures. A partir d'aquell dia, quan alguna cosa desapareixia, la família anava directament al congelador. Normalment hi trobaven les coses més impensables.*
- ▶ *L'esposa del senyor GB no trobava les llibretes de la caixa d'estalvis ni la cartilla de la Seguretat Social. Va haver de demanar-ne duplicats. Un mes més tard van aparèixer en un armari dins d'unes sabates velles. Altres objectes no van aparèixer mai, per més que els van buscar.*

- *La filla de la senyora CA deia que els semblava que la seva mare perdia capacitats, però que al principi no hi van donar cap importància. Quan van veure que havia deixat el moneder a la nevera, van canviar d'idea i es van adonar que la seva mare realment tenia problemes.*

### Consells

Cal determinar un lloc concret per deixar-hi sistemàticament certs objectes, com ara claus, ulleres, moneders... (pot ser un plat decoratiu o qualsevol objecte adequat que estigui a la taula del menjador).

Convé mantenir un cert ordre a la casa, ja que això fa més fàcil situar les coses.

És aconsellable que ressaltin els objectes petits que és fàcil de perdre. Per exemple, que els clauers siguin grans i vistosos i que destaquin molt.

Cal tenir còpies de seguretat de les claus i tota mena de recanvis de coses que es poden perdre.

És útil esbrinar si el pacient té un lloc favorit per amagar-hi les coses.

Cal tancar amb clau alguns armaris o habitacions per limitar el camp d'acció del pacient.

S'ha d'evitar que el pacient tingui accés a joies, documents o objectes de valor, perquè no els perdi, els amagui o fins i tot els trenqui.

És millor acceptar que s'ha perdut alguna cosa i buscar-la, que no pas començar a discutir amb el pacient.

No convé deixar grans quantitats de diners a casa.

És aconsellable no buidar mai una papera sense comprovar-ne el contingut.

### La repetició de preguntes

**E**ls pacients amb trastorns de memòria o demència fan continuament la mateixa pregunta. En el fons d'aquest comportament hi ha la preocupació, la inseguretat i, lògicament, l'amnèsia. Com que el pacient té un trastorn de la memòria, no és conscient que ja ha fet la mateixa pregunta diverses vegades, ni recorda tampoc la resposta que li han donat.

- *La filla de la senyora ALC deia: «Estic realment tipa de la meva mare. Em crida moltes vegades durant el dia i gairebé sempre em pregunta el mateix».*
- *El senyor JMB preguntava moltes vegades a la seva dona si ja havia preparat el dinar, perquè havien d'arribar els nens de l'escola. Els «nens» –els seus fills– tenien aleshores més de trenta anys.*

### Consells

No és bo de violentar el pacient per la repetició de les preguntes.

És millor tranquil·litzar-lo que no pas intentar raonar o contestar la mateixa pregunta diverses vegades. Es pot dir al pacient: «No et preocupis, que ja me n'encarrego jo».

Va bé escriure la resposta a les preguntes repetides.

## 4

## Els deliris

**E**ls deliris són creences falses que es fonamenten en conclusions incorrectes sobre la realitat. El pacient manté la falsa creença encara que hi hagi evidències contràries. Els deliris són molt freqüents en la malaltia d'Alzheimer i sovint són una causa d'institucionalització. Habitualment espanten els familiars i els cuidadors.

Els deliris es poden presentar en qualsevol moment de la malaltia d'Alzheimer, i fins i tot en poden ser el primer símptoma. Generalment són més freqüents en les fases intermèdies i avançades de la malaltia. Diversos investigadors han observat que els pacients amb deliris pateixen un deteriorament intel·lectual més ràpid. També s'ha observat que els pacients amb deliris estan més deteriorats i tenen l'orientació més afectada en relació amb els que no presenten aquests símptomes.

Els pacients amb deliris presenten més conductes anòmales que els que no en tenen. Són més agressius, més porucs i inquietos, presenten més alteracions de les activitats i poden ser més rebels davant les persones que els intenten ajudar.

### Descripció

**E**ls deliris poden prendre formes molt diverses, des de sensacions de perjudici personal, que li han robat pertinences personals (joies, diners, roba), d'infidelitat, que viu en una casa que no és la pròpia («això no és casa meva»), d'abandó o fins i tot de creure que les persones no són qui diuen que són (síndrome de Capgras), que a casa hi viuen estranys (entorn fantasma) o bé que les persones que surten a la televisió entren a casa (signe de la imatge).

Entre els deliris més freqüents destaquen el de robatori, el d'estar en una casa que no és la pròpia o que el cònjuge ha estat substituït per un impostor. Sovint el deliri té a veure amb una persona que ha mort i que el pacient espera que el vingui a buscar («ara arribarà la meva mare»). No són rars els deliris monotemàtics entorn d'una creença falsa («els okupes ens vigilen per entrar a casa»). En alguns casos, la creença falsa consisteix que la persona té una relació amorosa amb algú famós o d'alt nivell social. El signe de la imatge consisteix a creure que les imatges de la televisió o les fotografies dels diaris són reals i que existeixen en l'espai tridimensional. També hi ha deliris monosimptomàtics de parasitosi (falsa creença d'infestació del propi cos) o d'estar mort («estic mort i podrit per dins»). Els deliris de grandesa o religiosos són molt rars.

S'entén fàcilment que els deliris impliquin molts problemes de comportament. Vegem-ne uns quants casos:

- ▶ *La senyora MCR creia que a la residència on vivia li robaven les coses. Sovint organitzava escàndols i cridava perquè hi acudissin els cuidadors. Va telefonar diverses vegades a la policia per denunciar els robatoris de joies que, òbviament, mai no havia tingut a la seva habitació.*



## Intervencions i tractament

**S**i els deliris són poc importants i infreqüents, i no distorsionen l'adaptació del pacient a l'entorn, es poden passar per alt i simplement cal observar-ne l'evolució.

Si els deliris afecten el pacient i li provoquen conductes anòmales, agressivitat, por o agitació i també alteren les relacions domèstiques o socials, s'hi ha d'intervenir farmacològicament. Hi ha potents medicacions que poden millorar o solucionar completament aquesta situació. Les dosis s'han d'ajustar d'acord amb el problema i les respostes que se n'obtinguin. En principi, cal donar dosis baixes que es poden anar incrementant segons la necessitat.

Els deliris es tracten amb neurolèptics (tranquil·lizants majors). Són medicaments que redueixen el deliri, l'agressió i l'agitació, i milloren considerablement la qualitat de vida del pacient i del cuidador. Aquestes medicacions les ha de prescriure el metge i s'han de controlar amb molta cura per evitar un ús prolongat i l'aparició d'efectes indesitjats. De vegades, fins i tot, sorgeixen de seguida aquests efectes indesitjats. Un cop s'han obtingut els efectes terapèutics, s'ha de provar de reduir-ne les dosis, i fins i tot suprimir el medicament un cop passat el temps que el metge consideri prudent.

- ▶ *La senyora PBA tenia un deliri d'infidelitat i afirmava que el seu marit l'enganyava amb una veïna. Cada vegada que el marit sortia a comprar l'acusava d'anar a veure la veïna. Com que no tenia cap noció del temps transcorregut, fins i tot les absències més curtes generaven greus problemes.*
- ▶ *El pacient AAT tenia el deliri que no era a casa seva. A més, no reconeixia els familiars. Sempre deia que esperava la mare, que l'havia d'anar a buscar. Un dia va mostrar una gran agitació i agressivitat, ja que segons ell el tenien segrestat.*
- ▶ *La senyora SBA deia que les persones que veia a la televisió entraven a casa, i manava al marit que obrís la porta perquè sortissin. Aquesta senyora s'arreglava i es posava «una camisa de dormir elegant i atractiva» per veure les notícies de Tele 5, perquè hi sortia «aquell senyor tan guapo».*
- ▶ *La pacient MGG, que vivia amb la seva germana i una persona que els ajudava, es negava a menjar perquè «la volien emmetzinar». Deia que la seva germana li posava verí a la truita. Va arribar a aprimar-se tants quilos que li van haver de donar complements dietètics per compensar-la.*
- ▶ *El senyor JAM va començar a dir que l'havien acusat de robar. Va fer que la seva esposa l'acompanyés al mercat on, segons ell, l'havien acusat. Després va començar a dir que el miraven pel carrer. Un dia va afirmar que per televisió havien dit «que l'investigarien». Va anar a la comissaria de policia perquè perseguissin els que l'acusaven. Estava desesperat perquè no li feien cas.*

## Consells

Pot ser que un pacient determinat no tingui deliris, però cal estar preparat per si es presenten.

Convé que el deliri no esdevingui una font de problemes i discussions. No és bo contradir constantment el pacient, ja que aquesta actitud provocarà conflictes innecessaris.

Si el pacient està espantat pel deliri, cal mirar de donar-li tranquil·litat. Unes paraules assossegades i una carícia a la mà poden aportar-li benestar.

Cal distreure el pacient perquè centri l'atenció en temes reals.

Cal consultar al metge les possibilitats farmacològiques que hi ha.



## 5

## Les al·lucinacions

Les al·lucinacions són impressions sensorials, perceptives, que tenen lloc sense que un estímul real les provoqui. Una persona amb al·lucinacions pot veure, sentir, ensumar o tocar coses que no existeixen en el món real. Pot ser que el pacient sigui conscient de la falsedat del fenomen o que actuï d'acord amb el que percep falsament. Segons la naturalesa de l'al·lucinació, la resposta és de por, de terror, d'alegria o de diversió. En la malaltia d'Alzheimer són menys freqüents les al·lucinacions que els deliris.

Les al·lucinacions són un símptoma que es dona en diverses malalties i que té moltes causes. La presència d'al·lucinacions no indica necessària-

ment que hi hagi un quadre de demència. Les al·lucinacions tenen lloc, per exemple, en l'esquizofrènia, com a efecte de drogues il·legals o medicaments, o en casos de delírium (estat agut de confusió mental).

Les al·lucinacions visuals són més freqüents en la demència per cossos de Lewy (varietat que associa símptomes de malaltia de Parkinson –fonamentalment rigidesa muscular–, al·lucinacions i fluctuacions de l'activació).

### Descripció

Les formes més freqüents d'al·lucinacions són les visuals, després les auditives i finalment les olfactives. Les al·lucinacions visuals comprenen persones i animals, i les auditives adopten sovint la forma de veus i sorolls.

Vegem-ne uns quants exemples en pacients reals:

- ▶ *Una senyora demanava a la seva filla que tragués les flors que veia a la cuina: «Emporta't les flors. No les deixis a la cuina».*
- ▶ *Una pacient deia de tant en tant: «Mira, una altra vegada aquella nena!».*

- ▶ *Un pacient demanava que li acostessin les cartes que veia al llit «per poder jugar una partida».*
- ▶ *Un pacient constantment feia gestos i cridava «el gos que ha entrat a casa».*
- ▶ *Un pacient sovint manava a la seva dona que obrís la porta perquè afirmava que «tornen a trucar».*

## Intervencions i tractament

**A**tès que els defectes sensorials (defectes visuals o auditius) són una causa freqüent d'al·lucinacions, cal considerar aquesta possibilitat. D'altra banda, l'aparició d'al·lucinacions pot indicar la presència d'un estat agut de confusió mental (delírium). El delírium és una urgència mèdica.

Les al·lucinacions es tracten quan realment tenen una intensitat i unes característiques distorsionadores i amenaçants per al pacient i per als familiars. Així, per exemple, es pot acceptar una al·lucinació auditiva, com ara la falsa percepció que truquen a la porta, i no serà necessari l'ús de medicaments.

El metge indicarà la medicació que cal utilitzar, les dosis i la freqüència d'administració.

## Consells

Cal no esperar-se amb les al·lucinacions; s'ha de reaccionar amb calma i serenitat i ajudar a no posar nerviós el pacient.

És millor no combatre l'al·lucinació ni convertir-la en tema de discussió. No intenteu convèncer el malalt que no percep fets reals. Per ell, la seva percepció és totalment real. Si insistiu en la irrealitat de l'al·lucinació, li provocareu irritació i ocasionalment agressivitat.

No és bo dir-li que s'està d'acord amb la falsa percepció. És millor no contestar o donar respostes neutres, sense comprometre's.

La millor actitud —si és possible— és distreure el pacient perquè obliidi l'al·lucinació. Es pot portar el pacient a una altra habitació o a la cuina amb l'excusa de fer alguna cosa (buscar un objecte, preparar una taronjada o un got de llet).

El contacte físic pot tranquil·litzar-lo, si no l'interpreta com un gest dominant. És bo prendre-li la mà o abraçar-lo.

Cal consultar al metge si és possible que es tracti d'una malaltia per cossos de Lewy.

## 6

## Les interpretacions errònies i la incapacitat de reconèixer persones o coses

**N**ormalment valorem i interpretem l'entorn on ens trobem. Analitzem el que sentim o veiem, i en traiem conseqüències per actuar. Si el cervell és incapaç de fer adequadament la valoració de l'entorn, es poden produir problemes importants. Així, per exemple, el so normal de les passes d'un familiar es pot interpretar com l'aproximació de lladres; les cortines que es mouen poden convertir-se en una persona; la veïna que ve de visita pot ser una espia...

Les interpretacions errònies i la incapacitat per reconèixer persones o coses poden ser una font important de trastorns psicològics i del comportament secundari.

Les interpretacions errònies es poden deure a múltiples mecanismes, des d'interpretacions delirants [vegeu l'apartat referent als deliris, a les p. 22-23] fins a interpretacions lògiques basades en trastorns perceptius (trastorns de la visió o l'audició), interpretacions anòmales per manca de capacitat de raonament...

Els pacients amb demència poden perdre la capacitat de reconèixer els objectes o les persones (agnòsia) i aquest trastorn pot tenir conseqüències en moltes situacions.

**Agnòsia.** L'agnòsia és l'alteració del reconeixement dels objectes o les persones malgrat que la visió sigui normal. El pacient hi veu correctament, però el cervell és incapaç de fer tot el procés de reconeixement de l'estímul (és incapaç d'arribar al significat). En les demències, les agnòsies es deuen a mecanismes complexos, ja que fallen molts components del processament cerebral.

## Descripció

Les interpretacions anòmales són múltiples i depenen de diverses causes i la falta de reconeixement, per la qual cosa les característiques i la descripció també són variades [vegeu l'apartat referent als deliris, a les p. 22-23].

► *La senyora MTG es despertava al matí, mirava el seu marit i li deia: «Què hi fas, al meu llit? Ens coneixem?».*

## Intervencions i tractament

La intervenció dependrà de la causa, però en general es tracta d'ajudar el pacient a interpretar bé la realitat. Si hi ha problemes perceptius visuals o auditius, cal comprovar si es poden corregir amb unes ulleres o un audífon. Cal assegurar-se que una il·luminació deficient no sigui la causa dels problemes d'interpretació visual.

Es poden suprimir les interpretacions anòmales si s'explica al pacient què està veient o sentint a cada moment. És millor donar explicacions que no pas començar una discussió que, a més, pot generar una reacció catastròfica. En aquest sentit, és millor dir-li «el vent mou les cortines» que «no veus que no hi ha ningú?».

És important evitar les males interpretacions de les converses que hi ha entorn del pacient. En aquest sentit convé que hi participi. No s'ha de parlar del pacient en presència seva —com si no hi fos— per més absent que sembli.

## Consells

S'han de descartar sempre problemes perceptius (auditius i visuals) i corregir-los si cal.

No és bo polemitzar.

Convé ajudar el pacient explicant-li què s'esdevé al seu entorn.

No s'ha de parlar del pacient en presència seva.

Cal comprovar si les interpretacions anòmales són un deliri [vegeu els consells específics, a la p. 23].

## 7

## La depressió

**S**ovint els dements tenen depressions. Es pot explicar com una reacció davant del fet que el pacient és conscient que perd capacitats i que té una malaltia greu i incurable. Aquest fet, que sembla lògic, no es dona en tots els casos: no tots els pacients presenten depressió. D'altra banda, en altres casos la depressió és el resultat de lesions cerebrals, ja que han quedat afectades les zones relacionades amb l'estat afectiu. En molts casos és possible que es combinin ambdós mecanismes.

Hi ha casos en què el pacient és totalment inconscient dels problemes de memòria i mentals que pateix –que tècnicament s'anomenen *anosognòsia*– i certament no presenta cap reacció depressiva, sinó que fins i tot pot manifestar una certa eufòria.

L'aparició de la depressió en malalts d'Alzheimer és variable segons els diversos estudis, però la majoria parlen de xifres entre el 40 i el 50 % dels casos. Aquestes diferències depenen de la forma de valorar els pacients, de les diferents

fases de la malaltia i dels criteris dels investigadors en el diagnòstic de depressió. Realment les xifres de depressió en els casos de demència tipus Alzheimer són altes, si es considera que solament un 15 % de les persones grans no dements presenten depressió.

Les bases cerebrals de la depressió en la malaltia d'Alzheimer no es coneixen a fons. Probablement la depressió té relació amb la lesió de les connexions que puguen des de les parts inferiors del cervell i amb lesions en el sistema límbic (part de l'escorça més profunda del cervell en la cara interna) i en els lòbuls frontals (part anterior del cervell). Els pacients que experimenten depressió en el curs de la malaltia d'Alzheimer sovint tenen una història familiar amb antecedents de depressió.

Hi ha nombrosos medicaments antidepressius que poden ajudar molt el pacient i indirectament també la família.

### Descripció

**L**es manifestacions més freqüents de la depressió són el plor i els sentiments de culpa, d'inutilitat o de ser una càrrega per als altres. Pot passar que el pacient perdi pes, pateixi canvis en el ritme del son i es preocupi excessivament per la salut. La taula 2 [vegeu la p. 30] resumeix els símptomes de depressió. El suïcidi és rar en la malaltia d'Alzheimer.

► *La senyora JGY va començar a tenir problemes de memòria i a tenir dificultats en les tasques domèstiques. Després es va anar posant trista i se sentia inútil, desesperada, buida, i no trobava sentit a la vida. Va perdre la gana i es va aprimar. Va deixar d'anar a les classes de piano on anava regularment des de feia anys. A la consulta, quan li van preguntar si havia tingut idees suïcides va esclatar en plors. Aquesta pacient havia de participar en un assaig clínic, però es va haver de suspendre el projecte i administrar-li medicació antidepressiva. A les dues setmanes de tractament va millorar clarament. Al cap d'un mes i mig, la família va decidir pel seu compte suspendre la medicació. La pacient va tenir una greu recaiguda.*

## Intervencions i tractament

És molt important fer un diagnòstic adequat. Quan una persona té problemes de memòria i mentals en general, i a més presenta símptomes de depressió, pot ser difícil veure quin és el problema primari. En alguns casos els problemes de memòria són independents de la demència i milloren amb el tractament de la depressió.

El metge ha de valorar els símptomes depressius i la seva intensitat, i determinar si són una reacció a situacions més o menys concretes, o si realment la depressió és greu i «sense causes externes aparents».

Quan s'hagin descartat les malalties orgàniques, es passarà a tractar la depressió.

Quan els símptomes de depressió són importants, cal tractar-los amb medicació antidepressiva. El fàrmac prescrit ha de ser avaluat pel metge, procurant que tingui els efectes adversos mínims. L'acció dels medicaments antidepressius no és immediata. De vegades cal esperar un període de més de dues setmanes per observar canvis significatius.

- *El senyor JHS havia estat una persona molt activa i amb importants càrrecs directius en diverses empreses. Als cinquanta-cinc anys presentava una demència en fase discreta-moderada. La seva cara expressava una profunda tristesa i alhora desesperació. Parlava monòtonament, amb lentitud i en veu baixa. Se sentia inútil i una càrrega per als altres. Res no li venia de gust. Es va negar a veure els amics i a sortir al carrer. Deia que no valia la pena viure, ni volia viure d'aquella manera, i insistia a «acabar». El fet de no poder conduir va ser per a ell un cop important. En una de les visites va dir diverses vegades: «Si no puc ni conduir, seria millor estar mort».*

## Consells

Si el pacient es queixa sovint de problemes de salut és important prendre's seriosament el que digui. Quan una persona es queixa repetidament és possible passar per alt els problemes reals que es presenten en un moment determinat.

No és bo insistir constantment perquè el pacient «s'animi» i intenti sortir de la depressió. Aquesta insistència pot augmentar la depressió i, a més, el pacient pot sentir-se incomprès.

Cal donar-li suport i amor. És bo que el pacient estigui envoltat de persones estimades. Si el molesta la presència de molta gent, se l'ha d'animar perquè no s'aïlli. Pot ser molt beneficiós que algú de confiança visiti el malalt.

És important que el pacient dement dugui a terme activitats que el facin sentir-se útil i segur. El cuidador s'ha d'assegurar que no li demanin tasques complexes en les quals fracassi i es desanimi més.

Cal consultar tots els dubtes al metge.

**Taula 2. Signes i símptomes de l'estat d'ànim depressiu**

Adaptat de H. I. Kaplan i B. J. Sadock, 1990

**Dades de la història de la malaltia**

- ▶ **Incapacitat de sentir plaer**  
(anhedonia)
- ▶ **Allunyament dels amics i de la família**
- ▶ **Falta de motivació i baixa tolerància de la frustració**
- ▶ **Signes vegetatius**
  - Pèrdua d'interès sexual
  - Pèrdua de pes i de gana
  - Augment de pes i de gana
  - Fatiga fàcil
  - Alteració de les menstruacions
  - Desvetllament d'hora al matí (insomni terminal)
  - Variacions diürnes (empitjorament als matins)
  - Estrenyiment
  - Sequedat bucal
- ▶ **Mal de cap**

**Dades provinents de l'examen de l'estat mental**

- ▶ **Aspecte general i conducta:** alentiment o agitació, poc contacte ocular, plors, deixadesa de l'aspecte personal
- ▶ **Afecte:** reprimít
- ▶ **Estat d'ànim:** deprimít, frustrat, irritable, trist
- ▶ **Llenguatge:** pobre, sense espontaneïtat, amb pauses llargues, monosil·làbic, baix, monòton
- ▶ **Contingut del pensament:** idees suïcides en un 60 % dels casos; sentiments de desesperança, inutilitat i culpa; preocupacions somàtiques; manca de satisfacció; al·lucinacions i idees delirants (temes relacionats amb el sentiment de culpa, pobresa, persecució merescuda)
- ▶ **Sensori:** distracció, dificultat de concentració, queixes de memòria deficient, desorientació aparent, possible trastorn del pensament complex
- ▶ **Seny:** alterat per distorsions del pensament i desvaloració personal

## 8

## El suïcidi

**E**l suïcidi és rar en la malaltia d'Alzheimer. És difícil que una persona amb trastorns cognitius faci una planificació de la seva mort. Malgrat tot, pot ser que el pacient es produeixi lesions. Qualsevol persona amb depressió, desmoralització i desànim greus corre risc. També corren risc les persones que no valoren adequadament el seu entorn i els perills potencials que té.

- ▶ *Quan la filla de la senyora MML se'n va adonar, la seva mare ja havia ficat el cap dins del forn de la cuina amb el gas obert.*
- ▶ *El senyor JAM amenaçava de matar-se perquè no suportava la vergonya que passava perquè el miraven pel carrer i l'acusaven de lladre. La seva dona estava terroritzada perquè l'havia vist al balcó.*

### Consells

No se l'ha de deixar sol.

No ha de tenir accés a ganivets, armes, eines, medicaments, substàncies tòxiques, dissolvents, cinturons, cordes...

Cal controlar les claus de gas.

Cal vigilar que no s'aboqui: s'ha de comprovar que les finestres, els pous..., estan ben tancats.

Cal controlar les piscines.

És millor no viatjar amb metro o ferrocarril.

Cal consultar tots els dubtes al metge.



## 9

## La labilitat emocional, les reaccions catastròfiques i els enuigs

La labilitat emocional es refereix als pacients que són propensos a presentar canvis sobtats i fluctuacions en els sentiments i en les expressions emocionals. Les emocions poden oscil·lar entre sentiments depressius i desesperació, estats d'ansietat i d'alegria o eufòria, o conductes de furor i agressivitat. Els pacients amb demència sovint s'enutgen o tenen una conducta violenta. La majoria d'aquestes conductes són «reaccions catastròfiques».

Les reaccions catastròfiques són rampells d'agitació i d'angoixa desproporcionats en relació amb la causa que els provoca. Moltes vegades l'empipada prové de la dificultat de comprendre què passa. Dins de la desgràcia, l'amnèsia aporta com a benefici que el pacient oblida ràpidament els episodis desagradables.

Aquestes alteracions poden crear moments difícils en les relacions familiars i generen nombroses consultes desesperades als metges.

S'ha comprovat que fins a un 77 % de les famílies refereixen fenòmens catastròfics durant el transcurs de la malaltia. També s'han determinat crisis o rampells d'enuigs en un 51 % de casos de malalts d'Alzheimer, i també de conducta violenta i d'atac en un 21 %.

Les reaccions catastròfiques poden ser degudes a símptomes cognitius i no cognitius, com ara trastorns perceptius, al·lucinacions i deliris. També poden ser causades pel dolor, les infeccions, alguns medicaments i estats aguts de confusió mental. Cal que consulteu el metge.

### Descripció

**E**l pacient canvia sovint i més o menys bruscament de sentiments.

► *L'esposa del senyor JMB deia: «El meu marit és imprevisible: de sobte està trist, distant i plora, i al cap de poc riu com una criatura».*

El pacient fàcilment s'emociona, és més sensible i presenta reaccions exagerades d'angoixa davant de fets que aparentment no tenen la importància que ell els atribueix.

Els pacients criden, donen cops, tiren objectes, llencen el menjar, no es deixen ajudar, insulten, acusen els familiars, ploren. Pot ser que centrin l'empipada en les persones que miren d'ajudar-los. En alguns casos el cuidador s'espanta i té por que el pacient s'autolesioni o l'agradeixi.

► *La senyora MC no se sentia malalta i no entenia que una de les filles plantegés insistentment que calia una persona que l'ajudés. Davant de la mínima insinuació que necessitava ajuda cridava, insultava i donava cops. Una vegada la pacient es va excitar i va intentar donar cops a la filla.*

Aquests fenòmens poden tenir lloc en les exploracions o en la rehabilitació neuropsicològica. Fent una còpia d'un dibuix, per exemple, el pacient pot excitar-se, angoixar-se i llançar el llapis a terra. Durant la narració d'un fet personal o la descripció d'una làmina, si el pacient té dificultats per trobar les paraules adequades, es pot negar a continuar i posar-se a plorar. Les dificultats que comporten les tasques complexes poden fer que la situació sigui enutjosa i que el pacient es negui a continuar i fins i tot surti de l'habitació.

## Intervencions i tractament

**E**n principi és important de saber quines situacions desencadenen amb més facilitat les reaccions catastròfiques per intentar evitar-les.

- ▶ *La pacient MSG, es posava molt agressiva quan la visitaven la filla i el gendre. De fet era la presència del gendre el que causava els enuigs, ja que havien tingut antigues desavinences. A partir del moment en què el gendre es va esperar en una altra sala durant les visites, els enuigs van desaparèixer.*
- ▶ *La pacient LPT s'enfadava amb una de les seves filles a l'hora de sopar i llençava el menjar. Van comprovar que l'empipada pro-*

*venia de l'actitud maternal i rígida de la filla que insistentment l'obligava a menjar-s'ho tot. Quan va canviar d'actitud i es va relaxar la situació, la pacient va deixar d'enfadarse.*

Si la labilitat emocional i les reaccions catastròfiques tenen una base d'ansietat, es pot seguir un tractament de fons amb tranquil·lizants suaus.

Si les reaccions catastròfiques generen conductes d'empipada i agressivitat amb conducta violenta i d'atac amb cops, és aconsellable demanar l'assessorament mèdic. Si cal, s'utilitzen tranquil·lizants majors (neuroleptics), carbamazepina, antidepressius o benzodiazepines, segons el criteri del metge.

- ▶ *Van demanar al senyor FGG que dibuixés una bicicleta. D'entrada va fer mala cara però va dir que ho intentaria, encara que no es comprometia a res. De sobte va començar a moure's i a tremolar. Al cap de poc es va començar a excitar fins al punt que va estripar el paper, va llançar el llapis a terra i va amenaçar la persona que l'examinava. Després es va aixecar i va sortir del despatx.*

## Consells

No convé sol·licitar al pacient feines que estiguin fora de l'abast de les seves capacitats mentals. Les situacions no s'han de dur al límit.

Cal intentar descobrir les causes dels enuigs per evitar-les en el futur.

És bo reaccionar amb calma i sense alterar-se per evitar discussions inútils. És bo tenir sempre present que l'hostilitat és el resultat de lesions cerebrals i que realment no va dirigida intencionalment.

Cal donar-li suport emocional i tranquil·litat.

Convé apartar-lo d'allò que li hagi provocat la reacció anòmala.

Davant d'una empipada és millor distreure'l i suggerir-li coses que li siguin agradables.

## 10

## L'ansietat, el nerviosisme i la inquietud

**L'**ansietat és un sentiment de por, de perill imminent. Aquest estat va acompanyat de signes en el cos que indiquen una excitabilitat del sistema nerviós vegetatiu.

L'ansietat afecta prop d'un 40 % dels pacients amb malaltia d'Alzheimer. Els sentiments que genera la pèrdua de capacitats n'explica alguns casos. És fàcil que el pacient percebi tensions familiars i que ho reflecteixi en els propis sentiments i el comportament. En altres casos l'ansietat s'explica per la distribució de les lesions cerebrals.

Hi ha una àmplia gamma de medicaments que poden millorar els símptomes d'ansietat, el nom genèric dels quals és el d'*ansiolítics o tranquil·lizants* menors. El grup més important dins dels ansiolítics és el de les benzodiazepines.

### Descripció

**L'**ansietat, el «nerviosisme», pot tenir diversos graus, des de sentiments interns (psicològics) fins a manifestacions corporals [vegeu la taula 3, a la p. 38]. La manifestació més freqüent és una preocupació anticipada excessiva sobre els esdeveniments futurs. L'ansietat greu pot conduir a episodis d'agitació [vegeu l'apartat sobre l'agitació, a les p. 38-39]. El pacient pot estar una mica excitat, o molt excitat, i ser incapaç de donar explicacions satisfactòries sobre les causes del seu estat, o fins i tot de donar-ne cap.

El nerviosisme que condueix a l'agitació pot ser el resultat de repetides frustracions i reaccions catastròfiques. Es comprèn, doncs, la importància d'evitar frustracions (minimitzar l'estrès).

### Intervencions i tractament

**E**l primer pas que cal fer és determinar les causes de l'ansietat o el nerviosisme. En molts casos l'atmosfera familiar és tensa i el pacient s'adona de la situació i incrementa les respostes d'ansietat. En certs casos l'ansietat té motius que la justifiquen (el pacient no troba algun objecte o bé –i això és més greu– fa una reacció psicològica davant de la pèrdua de la memòria i de capacitats mentals en general).

Pel que fa a l'ansietat, insistim que s'ha d'intentar reduir l'estimulació excessiva, els sorolls i els canvis. És a dir, es tracta d'eliminar tot allò que pugui confondre o provocar estrès.

Pot ser interessant proposar al pacient de fer alguna activitat o algun joc en què pugui alliberar l'energia. També pot millorar la situació aprofitar qualsevol excusa o encàrrec per fer-lo sortir al carrer.

De vegades no és fàcil determinar la causa de l'ansietat del malalt.

S'aconsella tractament farmacològic en casos d'ansietat important. El metge ha de decidir el medicament, la dosi i la freqüència. Cal controlar que el pacient no estigui excessivament sedat.

### Consells

Cal evitar les situacions tenses i les discussions.

S'han de suprimir els excitants (cafè, te, coles).

Cal tenir present que fins i tot els pacients més avançats tenen capacitat de percebre l'humor de les persones que els envolten i participar-hi: si la situació és tensa, també la pateixen.

És convenient respondre amb afecte i evitar de fer raonar el pacient perquè compregui que els seus sentiments d'ansietat són infundats.

Cal donar seguretat i comoditat al medi en què viu i simplificar-lo.

Cal consultar al metge si són necessàries les medicacions.

### Taula 3. Signes i símptomes dels trastorns d'ansietat

Adaptat de H. I. Kaplan  
i B. J. Sadock, 1990

#### Símptomes corporals

- ▶ **Tremolor, estremiment, sensació de vacil·lació**
- ▶ **Mal d'esquena, mal de cap**
- ▶ **Tensió muscular**
- ▶ **Respiració profunda i ràpida, sensació de manca d'aire**
- ▶ **Fatiga**
- ▶ **Hiperactivitat vegetativa**
  - Rubor i palidesa
  - Increment de la freqüència cardíaca (taquicàrdia)
  - Palpitacions
  - Sudació
  - Mans fredes
  - Diarrea
  - Sequedat de boca
  - Micció freqüent
- ▶ **Sensacions d'entumiment i formigueig (parestèsies)**
- ▶ **Dificultat d'empassar**

#### Símptomes psicològics

- ▶ **Sentiment de temor**
- ▶ **Dificultat en la concentració**
- ▶ **Estat d'alerta**
- ▶ **Insomni**
- ▶ **Disminució de l'interès sexual**
- ▶ **Sensació de nus a la gola**
- ▶ **Malestar a l'estómac**

## 11

## Les queixes i els insults contra el cuidador

**E**n un moment donat de l'evolució de la malaltia, el pacient pot requerir una atenció més continuada i la supervisió al domicili. Per motius de feina i horaris, certes famílies han de buscar un cuidador que estigui pendent del pacient durant unes quantes hores o durant la nit. En aquests casos pot ser que el pacient accepti l'ajuda o bé que reaccionï negativament, amb queixes, insults, agressivitat i agitació. De fet la presència d'un cui-

dador a casa significa que ha perdut independència. La consciència d'aquesta pèrdua pot provocar reaccions de desadaptació.

Si el pacient reacciona negativament es crea un conflicte, perquè d'una banda no se'l pot deixar sol, i perquè de l'altra probablement no accepta que algú vagi a casa seva a fer-li el dinar o que l'acompanyi perquè no es perdi.

### Descripció

**D**avant de la presència del cuidador, el pacient pot expressar recel i insults. De vegades es nega que entri a casa, l'acusa de robatoris i fa el possible perquè surti de casa. El pacient insisteix que no vol estranys a casa i que ja se'n surt sense que ningú li doni ordres.

- ▶ *La senyora MML es va sentir molt malament quan els fills li van posar una persona que l'ajudés a casa. A l'hora de fer el dinar es creava cada dia una situació molt tensa: «Creuen que sóc una inútil. Però aquesta és una bruta que no sap res, i aquí qui cuina sóc jo. La faré fora de casa, no li obriré la porta. A casa meva, no hi vull ningú».*
- ▶ *La senyora CCM deia de la persona que l'ajudava: «Ajudar-me? El que vol aquesta porca és robar-me!».*

## Intervencions i tractament

**E**l conflicte que es planteja no és fàcil de resoldre ràpidament, ja que la situació del pacient i les possibilitats de la família poden anar en direccions oposades.

Per evitar conflictes convé que el pacient conegui a poc a poc el cuidador i, si és possible, és millor que sigui una persona que ja coneix prèviament. Si el pacient va prenent confiança amb el cuidador i el veu sovint com un més de la família, és fàcil que l'accepti. Generalment el pacient accepta el cuidador després d'un període inicial de tensions.

## Consells

Convé deixar clar qui contracta el cuidador i que és la família qui té la potestat sobre el salari o l'acomiadament.

És important assegurar-se que la persona que cuida al pacient té coneixements sobre la malaltia d'Alzheimer i les actituds correctes davant les situacions conflictives.

Cal deixar sempre telèfons de contacte per si hi ha alguna emergència: els de la família, els d'altres familiars o el del metge.

## 12

## L'agitació, la violència i l'agressió

**L'**agitació és un estat important de tensió, amb ansietat, que es manifesta per mitjà d'una gran activitat de moviments i conductes molestes.

L'agitació és un fenomen comú en la malaltia d'Alzheimer, i pot tenir lloc independentment d'altres trastorns del comportament. L'agitació és un gran problema per als familiars i els cuidadors, tant a casa com a les institucions. Els pacients poden malmetre l'entorn, fer mal als altres o auto-lesionar-se.

L'agitació pot ser conseqüència d'una depressió, d'un estat d'ansietat o d'una reacció catastròfica. També pot ser deguda a diversos factors com el dolor, el cansament, la falta de descans, l'efecte de medicaments o la mateixa demència.

En certs casos es relaciona amb la supressió sobtada de medicacions sedants, somnífers, alcohol o drogues.

### Descripció

**E**ls pacients es manifesten ansiosos, hiperactius, colèrics i confusos. Sovint criden i discuteixen.

L'agitació pot arribar a situacions límit. De vegades es necessiten diverses persones per controlar un pacient que dona empentes, llança objectes, destrossa el mobiliari...

► *L'esposa del senyor JMG va trucar desesperada i plorant a l'hospital per localitzar algú de l'equip de la Unitat de Demències. No sabia què fer. Mentre telefonava, els fills intentaven calmar i controlar el pare. Se sentien els crits a través del telèfon. Els havia pegat, donava cops de peu a les portes i havia tirat un llum i plats per terra. Feia dues hores inacabables que es trobaven en aquella situació. El problema es va anar solucionant quan vam aconseguir tranquil·litzar-los per telèfon i donar-los indicacions.*

## Intervencions i tractament

**E**l primer pas que cal fer per reduir l'agitació és veure si la provoca una causa mèdica o algun element específic del medi. En aquest cas, cal tractar, modificar o eliminar-ne la causa. És important esbrinar si l'agitació és deguda a al·lucinacions, a reaccions tòxiques o a medicaments.

Com que un estat d'agitació pot ser el símptoma d'un gran ventall de trastorns, inclosos alguns que poden representar un perill per a la vida del pacient, és necessària una avaluació minuciosa i ràpida per veure si som davant d'una urgència mèdica.

Si els canvis del medi no són suficients per suprimir l'agitació, cal instituir un tractament farmacològic.

Quan hi ha la probabilitat que el pacient s'autolesioni o que lesioni els altres, calen contencions físiques.

El metge responsable del pacient ha d'escollir la medicació més adequada (neurolèptics, benzodiazepines...).

Una agitació amb deliris probablement es tracta millor amb neurolèptics, mentre que per a una agitació nocturna és més adequat un sedant. En tots aquests casos, les dosis inicials han de ser baixes.

### Consells

Se li ha de transmetre sensació de tranquil·litat. Cal aproximar-s'hi amb educació.

Convé simplificar l'entorn del pacient.

Cal ser molt prudents a l'hora de recórrer a mesures de subjecció física. No s'ha d'actuar mai com si s'apliqués un càstig.

La primera prioritat ha de ser sempre la seguretat del mateix pacient i de les persones que l'envolten.

Cal consultar el metge si no s'aclareixen les causes de l'agitació. Si no es controla la situació, cal trucar a un servei d'urgències o bé anar-hi.



## 13

## Els canvis de personalitat: generalitats

La personalitat (conjunt de qualitats i característiques d'una persona) es pot modificar en casos de lesions cerebrals. Els canvis en la personalitat són un fenomen molt freqüent en la malaltia d'Alzheimer.

En les pàgines precedents hem descrit certes alteracions com l'ansietat, la irritabilitat o els deliris, i més endavant descriurem alteracions en altres àmbits, com la conducta sexual. Aquestes alteracions poden fer-se dominants en un cas determinat, i donar lloc als trastorns de personalitat.

S'han donat xifres de fins a un 70 % de canvis de personalitat en les fases inicials de la malaltia d'Alzheimer. Els trastorns de personalitat es fan més greus a mesura que avança la malaltia.

Les bases de les alteracions de personalitat en la malaltia d'Alzheimer se centren en canvis en els neurotransmissors i en el predomini de les lesions en determinades zones del cervell.

### Descripció

Els canvis de personalitat poden tenir diverses característiques, des de la indiferència i l'egocentrisme fins a la grolleria i la desinhibició. El pacient pot esdevenir impulsiu, irritable, infantil i imprudent.

Hi ha diversos tipus de canvis de personalitat. El pacient es pot tornar:

- Làbil, inestable, irritable, ansiós.

- Desinhibit, amb alteració del seny i actes sexuals inadequats.
- Agressiu, amb exabruptes inapropiats.
- Apàtic, indiferent, distant.
- Suspicaç, amb deliris de persecució.
- En alguns casos el canvi de personalitat combina diferents aspectes d'aquesta classificació.

### Intervencions i tractament

La intervenció en els trastorns de personalitat depèn del tipus específic de canvi que hagi fet el pacient. El subjecte apàtic cal estimular-lo, mentre que el pacient irritable, ansiós i agressiu necessita intervencions que tendeixin a la inhibició. El pacient suspicaç i amb deliris s'ha de tractar seguint les indicacions de l'apartat corresponent.

Moltes vegades s'ha d'arribar a l'ús de la medicació com a complement dels tractaments no farmacològics.

### Consells

Cal comprendre el pacient: els canvis de personalitat són el resultat de lesions cerebrals i no són conductes deliberades.

Cal consultar el metge en cas de canvis sobtats de personalitat.

Segons el tipus de problema, cal establir les pautes aconsellades en els diversos apartats d'aquesta guia.

## 14

## L'apatia i la indiferència

**S**ovint els dements mostren un canvi de personalitat que es caracteritza per la indiferència, l'apatia i la distància.

De vegades l'apatia, que podria ser una manifestació més de la demència, indica la presència d'una altra malaltia. Qualsevol canvi s'ha d'estudiar mèdicament.

Aquest tipus de comportament es pot deure a una reacció davant de les dificultats que experimenten amb les tasques de la vida diària. També pot estar causat pel predomini de les lesions cerebrals en els lòbuls frontals. L'apatia pot alternar amb episodis d'excitació o de deambulació erràtica.

### Descripció

**E**ls pacients es queden asseguts, sense fer preguntes, callats, sense que sembli que vulguin fer res.

► *L'esposa del senyor SVG deia: «Em fa la impressió que el meu marit s'ha convertit en un moble. Està absent, no diu res. Podria estar hores sense moure's».*

► *El marit de la senyora CRP comentava: «És terrible: pot passar-se hores asseguda sense dir res. Està apagada».*

### Intervencions i tractament

**P**er a qualsevol persona és important fer una activitat física per mantenir la massa muscular i un bon funcionament de les articulacions. També és important que mantingui i estimuli l'activitat mental.

S'ha d'intentar, doncs, que el pacient s'interessi per l'entorn i les seves coses, i que faci activitats gratificants en les quals se senti útil. És bo dur-lo a passejar per llocs coneguts que li duguin records positius, afavorir les reminiscències a partir de la història de la pròpia vida, escoltar música... Mitjançant aquestes tasques, s'intentarà que el pacient passi a l'acció.

### Consells

Convé fer que accepti petites tasques: és la porta d'entrada de tasques més llargues.

És bo estimular-lo, però evitant de posar-lo ansiós. Cal valorar fins a quin punt l'excita començar una activitat.

No se l'ha de renyar si abandona una tasca de seguida. És millor felicitar-lo pel que ha fet. Com a mínim ha fet alguna cosa.

## 15

## Els trastorns del son i del ritme diürn

**E**ls trastorns del son són molt freqüents en els pacients amb la malaltia d'Alzheimer, ja que es poden presentar en un 40 o 70 % dels casos. Els trastorns del son i les conductes anòmales que s'hi associen dia rere dia van esgotant el cuidador, que no descansa.

### El son en els vells

Cal que recordem que amb l'envelliment es modifiquen les característiques del son. A continuació n'exposem els trets més importants:

- Les persones d'edat, en general, estan més hores al llit.
- Tenen interrupcions més freqüents del son durant la nit.
- Requereixen menys temps total de son nocturn (necessiten dormir menys hores que els joves).
- Triguen més a adormir-se.
- Es queixen d'insatisfacció amb el son.
- Presenten cansament i somnolència durant el dia.
- Fan dormides més freqüents.

Estudis recents han posat de manifest que un percentatge important de persones grans, tant les que viuen al seu domicili com les que estan ingressades en centres, reben sedants cada nit. És discutible fins a quin punt és una autèntica necessitat l'ús de sedants en la vellesa. En general les dosis que prenen tendeixen a ser massa altes, i el tractament és excessivament llarg. Atès que les persones grans necessiten menys hores de son, si no es té en compte aquest fet, es pot incórrer en moltes prescripcions equivocades.

### Classificació dels trastorns del son

De manera molt esquemàtica, els trastorns del son es classifiquen en els grups següents:

- Trastorns de l'inici i del manteniment del son (insomnis). El veritable insomni es relaciona amb somnolència diürna objectiva (el subjecte s'adorm) o la sensació subjectiva (queixa) de falta de descans. Més del 90 % de les persones de més de seixanta anys parla de son no satisfactori. L'ansietat és la primera causa psiquiàtrica d'insomni. La depressió n'és una altra.
- Trastorns per somnolència excessiva. La primera causa de somnolència excessiva crònica és una durada inadequada del son nocturn. Hi ha nombroses causes de somnolència excessiva (apnea del son, narcolèpsia...), per la qual cosa cal consultar-ho al neuròleg. S'ha de descartar sempre l'efecte dels medicaments.
- Trastorns del ritme son-vigília. Els trastorns més freqüents d'aquest grup tenen relació amb canvis sobtats d'horaris (torns de treball, vols llargs amb canvis horaris). En aquests casos el problema és transitori i es resol a mesura que l'organisme s'adapta.
- En altres casos el trastorn és persistent i es caracteritza per un avançament o un retard de les fases del son. A més, en les demències poden estar afectats els «rellotges interns» que regulen el cicle son-vigília. En aquests casos la qualitat del son habitualment és normal, però s'han alterat els horaris. L'adaptació a l'horari adequat es pot fer retardant o avançant progressivament l'hora de dormir fins a arribar a l'horari adequat.
- Parasòmnia. Es tracta d'un conjunt de trastorns relacionats amb les diverses fases del son. En general, les persones que pateixen aquests trastorns quan es desperten no els recorden. S'hi inclouen el somnambulisme, els terrors nocturns, els malsons, les cefalees nocturnes...

### El son en les demències

De vegades, les persones amb demència dormen durant el dia, i aquest fet influeix en la menor necessitat de son nocturn. També pot passar que estiguin poc actives durant el dia i se'n vagin poc cansades al llit.

Moltes vegades el trastorn del son en els dements s'afegeix a la desorientació general del pacient, i particularment a la desorien-

tació temporal. Això provoca situacions complexes: es desperten sense tenir consciència de l'hora o del lloc on són.

Els somnis poden tenir un paper important en la causa de conductes anòmales relacionades amb el son dels dements.

## Descripció

Les alteracions del son adquireixen diverses formes. Cal aïllar sempre el problema concret de cada pacient.

Molts pacients estan intranquils, nerviosos, es desperten sovint, volen anar al lavabo, es desorienten i es perden per casa. De vegades es lleven i es vesteixen amb la idea d'anar a treballar o fer alguna cosa en particular (cuinar, per exemple).

► *El senyor AFP estava jubilat des de feia deu anys. En la fase moderada de la malaltia sovint es despertava de matinada, anava a l'armari i buscava la roba per anar a treballar. Després li demanava a la seva dona que li preparés un entrepà tal com feia quan treballava.*

► *La senyora MM es llevava a les cinc de la matinada per rentar-se i després anar a l'església. La seva germana no va aconseguir convèncer-la que s'havia d'esperar per aixecar-se a una hora més adequada. En general sortia de casa a les sis del matí i s'esperava a la porta de l'església fins que obrien.*

De vegades s'adormen fàcilment però es desperten molt d'hora. Tenen insomni. D'altres fan migdiada o dormides curtes durant el dia. També hi ha cops que els pacients s'aixequen contínuament per anar al lavabo o per fer qualsevol altra cosa.

► *El senyor MJ s'aixecava com a mínim cinc vegades cada nit i se n'anava al lavabo. Sovint no el trobava i s'enfadava. Sempre es deixava el llum encès.*

## Intervencions i tractament

El tractament dels trastorns del son consisteix inicialment a mirar de definir-ne les característiques, identificar-ne la causa i aplicar la intervenció pertinent. En primer lloc s'ha de mirar de seguir totes les normes i els consells per facilitar i regular el son.

Si el pacient tendeix a dormir durant el dia, es tracta d'activar-lo, de mantenir-lo sota estímuls lluminosos i donar-li tasques per fer. De vegades la somnolència és deguda als tranquil·litzants; en aquest cas s'ha de veure si se li poden donar dosis menors o una sola dosi a la nit.

Si es desperta de nit, cal parlar-li suaument, tranquil·litzar-lo i dir-li que encara és hora de dormir. Encara que sigui difícil, cal evitar les situacions tenses que desperten tota la família. El pacient pot tornar al llit després de prendre un got de llet calenta. Si el pacient tendeix a deambular, cal procurar que no hi hagi perills (escales, mobles...).

Si el pacient vol seure o jeure en un sofà o insisteix a llevar-se i vestir-se, és millor deixar-lo o vigilar-lo a distància que no pas començar una discussió.

Els trastorns del son poden respondre bé als medicaments, però s'han d'usar amb precaució per evitar sedació o confusió durant el dia. Algunes medicacions frenen els sistemes cerebrals de transmissió colinèrgica i tenen efectes adversos que cal evitar. Els sedants poden provocar més confusió i efectes paradoxals (excitació), i poden incrementar la possibilitat de caigudes o provocar incontinència.

De vegades un simple sedant—sense arribar a un hipnòtic—té grans efectes beneficiosos. El metge és qui ha de triar amb molta cura el medicament que cal.

### Consells

És bo que faci un passeig llarg i que incrementi l'activitat física durant el dia.

Cal evitar les migdiades i les dormides llargues durant el dia.

Cal evitar les dormides curtes durant el dia, encara que és bo descansar una estona després de dinar.

Cal evitar els excessos de líquids abans que vagi a dormir.

Va bé que el malalt vagi al lavabo abans que es fiqui al llit.

Cal comprovar que el lloc on dorm sigui confortable.

Si cal, pot usar un antifaç perquè la llum del dia no el desperti.

Si el pacient dorm durant el dia i no se li pot regular el cicle de son, és aconsellable que el familiar també aprofiti l'ocasió per descansar.

Si el pacient es desperta durant la nit, cal tranquil·litzar-lo. No es bo de discutir-hi.

Els són molt útils els llums pilot a l'habitació i als passadissos.

Cal tancar les portes dels llocs on no hagi d'anar, i també els balcons i les finestres.

### Taula 4. Consells higiènics per millorar el son

- ▶ És bo llevar-se a la mateixa hora cada matí encara que s'hagi dormit malament. D'aquesta manera s'aconsegueix reforçar el ritme de son i vigília, i es regularitza l'hora de l'inici del son.
- ▶ Cal anar a dormir cada dia a la mateixa hora. Això ajuda a reforçar el cicle son-vigília.
- ▶ Cal dormir prou però no en excés. La permanència prolongada al llit pot donar lloc a un son fragmentari i poc profund.
- ▶ És important fer un exercici regular durant el dia ja que això afavoreix el son, i evitar, en canvi, l'exercici intens esporàdic.
- ▶ És bo procurar que la temperatura de l'habitació sigui confortable, si pot ser una mica fresca, ja que les temperatures altes o baixes dificulten el son.
- ▶ No convé anar al llit amb gana, però cal evitar també els sopars excessius. La ingestió d'alguna cosa lleugera, com per exemple un got de llet tèbia, ajuda a dormir tranquil·lament.
- ▶ El llit ha de ser confortable. No s'ha de fer servir el llit per mirar la televisió o llegir, sinó només per dormir.
- ▶ Cal procurar que el dormitori sigui tranquil. Els sorolls forts esporàdics, encara que el pacient no es desperti completament, alteren el son. Cal veure si convé un aïllament acústic de les finestres.
- ▶ S'han d'evitar medicaments o substàncies estimulants com la cafeïna. El cafè i el te disminueixen la profunditat del son, fins i tot en les persones que no se'n queixen.
- ▶ És important evitar l'excés d'alcohol. Si bé l'alcohol produeix somnolència, dona lloc a un son fragmentari.
- ▶ Cal evitar d'esforçar-se massa a dormir. És millor aixecar-se i fer alguna altra activitat si no s'aconsegueix dormir. No és bo quedar-se al llit pensant que costa d'adormir-se.
- ▶ Els somnífers s'han de prendre seguint les indicacions del metge. En general s'hi hauria de recórrer esporàdicament, per resoldre problemes aguts, i evitar de fer-ne un ús continuat.

## 16

## L'empitjorament als vespres

**E**ls pacients amb demència sovint empitjoren al vespre. Aquest fenomen rep el nom de *sundowning* en anglès.

No se sap quina és la causa de l'empitjorament als vespres, però s'ha parlat de factors desencadenants, com la reducció dels estímuls que sovint s'esdevé al vespre. La disminució de la llum podria afectar la capacitat d'interpretar els estímuls (objectes o persones) que el pacient no identifica fàcilment.

A l'inrevés, també s'ha indicat com a causa d'aquest fenomen un excés d'estímuls al vespre. El fet que hi hagi més activitat a casa en aquestes hores pot implicar un increment de la confusió i la desorientació.

Així doncs, és possible que qualsevol dels canvis a l'entorn del pacient provoquin desorientació i donin lloc a reaccions catastròfiques i a un empitjorament.

D'altra banda, si una persona amb problemes mentals ha estat tot el dia esforçant-se per orientar-se i reconèixer i comprendre l'entorn, és fàcil que al vespre augmenti el seu cansament i disminueixi la seva tolerància a l'estrès. També cal tenir en compte que els cuidadors estan més cansats i poden transmetre estímuls negatius al pacient.

## Intervencions i tractament

**D**e primer, cal determinar les causes de l'empitjorament als vespres, veure si hi influeix una disminució o, al contrari, un increment dels estímuls. Cal eliminar qualsevol causa externa d'empitjorament.

Es pot reduir l'empitjorament dels vespres augmentant la il·luminació, fent les activitats de la família en un lloc apartat i reorientant i tranquil·litzant el pacient. Cal veure si coincideix amb moments en què hi ha més persones a casa, si funciona el televisor o la ràdio, si hi ha nens o si coincideix amb visites o bé amb sorolls procedents d'electrodomèstics (aspiradora, rentadora, rentaplats...).

Cal reduir al màxim les activitats que s'esdevenen a la vora del pacient en els moments més conflictius del dia.

És aconsellable programar les activitats del pacient perquè les situacions més problemàtiques no s'acumulin al vespre. El bany en seria un exemple: és millor fer-lo al matí o a la tarda que no pas a la nit.

La preparació del sopar pot provocar nerviosisme al pacient perquè el familiar no pot atendre'l. En aquest cas cal preparar plats fàcils i ràpids o fins i tot demanar al pacient que hi col·labori. Pot ser una bona alternativa que un altre familiar l'entregui.

Una ajuda farmacològica o la modificació de l'horari de la medicació poden contribuir a reduir o suprimir el problema.

### Consells

És bo deixar llums encesos al vespre.

Cal evitar l'excés d'estímuls.

Cal reorientar i tranquil·litzar el pacient ja que la seva conducta no és deliberada.

No és aconsellable programar per a la nit coses que no li agradin.

El cuidador s'ha d'organitzar per no estar massa cansat a la nit.



## 17

## Els trastorns de la conducta alimentària

**E**ls trastorns en la conducta alimentària són freqüents en la malaltia d'Alzheimer, ja que la incidència és de prop del 60 % dels casos.

La gana pot augmentar o disminuir en les fases discreta i moderada de la malaltia d'Alzheimer. En una investigació s'ha confirmat que en molts pacients amb malaltia d'Alzheimer hi ha un desig especial de menjar dolços.

No se sap exactament quins són els mecanismes que provoquen la pèrdua de pes en les fases avançades de la malaltia. El cert és que, en gene-

ral, els pacients perden pes, s'aprimen i modifiquen l'aspecte físic. En alguns casos, la incapacitat de manipular el menjar i usar els coberts fa que no s'acabin els plats. Els costa més menjar els aliments durs, difícils de tallar, mastegar i empassar.

D'altra banda, a causa dels trastorns de memòria, els problemes d'identificació dels objectes i la pèrdua de les normes socials, es produeixen nombroses situacions anòmales en el moment dels àpats.

### Descripció

**E**ls trastorns de la conducta alimentària prenen diverses formes. D'una banda hi ha l'increment o la disminució de la gana, i de l'altra, els trastorns del comportament en el moment de menjar.

Molts pacients mostren menys interès pel menjar i presenten una pèrdua de pes a mesura que avança la malaltia. En alguns casos es neguen a menjar algun tipus d'aliment. En general, els pacients estan més disposats a menjar els aliments que els són més familiars. Si mai no han menjat un tipus determinat d'aliment serà difícil que ho facin un cop malalts. Normalment, tendeixen a rebutjar tots els aliments que desconeixen.

Les conductes anòmales varien al llarg de la malaltia d'acord amb les capacitats residuals dels pacients. Al principi poden sorgir fenòmens relacionats amb el defecte de memòria, mentre que el mateix acte de menjar és normal.

La falta de memòria i de la consciència del pas del dia fa que interpretin una petita sensació de gana com el resultat de no haver menjat. Si, a més, els ha augmentat la gana, mengen diverses vegades com si es tractés d'un sol àpat.

► *La senyora JPS sempre dinava d'hora en companyia del marit i una filla. Més tard arribava una altra filla que també dinava a casa. La*

*pacient sempre deia que encara no havia dinat i també demanava menjar. Un dia va dinar tres vegades. El marit afirmava: «La meva dona dinaria tantes vegades com li possessin el plat a taula!».*

Hi ha pacients que mengen d'amagat –fins i tot coses que tenen limitades– i s'engreixen. De vegades desorienten els metges, que no aconsegueixen regular una diabetis.

► *La senyora TS estava en la fase moderada de la malaltia d'Alzheimer. Era diabètica i era molt difícil regular-li el nivell de glucosa a la sang. Un dia la seva filla va anar a comprar a la pastisseria de la cantonada on la coneixien des de feia molts anys. La dependent li va comentar que últimament devien tenir moltes celebracions, ja que la seva mare hi anava sovint a comprar pastissos de nata i dolços. Es va poder comprovar que la pacient es menjava els pastissos d'amagat i amb una golafria exagerada.*

Hi ha pacients que són golafres, mengen amb desesperació i treuen el menjar del plat dels altres. En les fases més avançades de la malaltia no troben els coberts, o si els agafen són incapaces d'usar-los. De vegades llencen el menjar a les escombraries o per la finestra.

## Intervencions i tractament

És important diferenciar els aspectes estrictament relacionats amb l'alimentació (nombre d'àpats, varietat dels aliments, aportació de calories...) dels problemes relacionats amb l'acte de menjar, la correcció i el sentit crític del que és saludable i el que és nociu.

Respecte a l'alimentació, s'han de seguir les normes dietètiques d'una persona normal o adaptar-la en cas que hi hagi alguna restricció (per exemple: dietes per a diabètics, per a persones amb colesterol o àcid úric alts, per a hipertensos). Una nutrició correcta és important per a qualsevol pacient crònic. Una alimentació o una hidratació inadequades poden empitjorar la salut del pacient.

Si el pacient viu sol és molt important fer un control al més estricte possible. El pacient pot oblidar-se del menjar encara que el tingui al davant. Pot dir que menja molt bé, però realment menjar sopes de pa.

Els àpats s'han d'adaptar a la capacitat de cada pacient, segons si fa servir els coberts o no, si és capaç d'alimentar-se o se l'ha d'assistir. És molt fàcil que presenti reaccions catastròfiques a l'hora de menjar.

- ▶ *El marit de la senyora ALP deia: «Ha perdut la urbanitat a taula; menja ràpid, embruta, agafa la carn amb els dits. A més sembla que no sàpiga on són els coberts i els té al davant. Quan li ve de gust alguna cosa d'un altre plat, ho agafa sense miraments».*
- ▶ *La senyora ECR, a la mínima distracció de la cuidadora (la seva cunyada), llançava el menjar per la finestra. El dia que la van descobrir va dir que no entenia les queixes: «Total..., per unes bledes de res! No t'hauries de posar així!». La cunyada estava escandalitzada perquè les bledes havien anat a parar sobre el cotxe nou dels veïns.*

La manca de valoració crítica de la pròpia conducta i la manca de reconeixement dels perills del menjar en mal estat poden fer que el pacient mengi qualsevol cosa.

- ▶ *L'esposa del senyor FVS explicava que el seu marit es podia menjar qualsevol cosa que trobés pel carrer. Un dia va arrebregar un entrepà brut d'una paperera pública i se'l va menjar.*

## Consells

Convé tancar els rebostos i les neveres en general.

S'han d'amagar els aliments que no tenen permesos a causa d'alguna malaltia.

S'han d'amagar els aliments que poden causar trastorns quan es prenen sols o s'ingereixen en grans quantitats: oli, vinagre, sal, salses, picants.

És bo establir un horari i simplificar l'acte de menjar.

Si el pacient encara viu sol, cal controlar si és capaç d'organitzar-se els àpats. En algun cas se li poden deixar menjars preparats.

Cal controlar-li el pes.

Si no s'assegura una alimentació adequada s'ha de plantejar al metge la possibilitat d'administrar complements dietètics.

## 18

## L'exhibició del cos i les alteracions de l'activitat sexual

**E**ls canvis en l'activitat sexual dels pacients prenen diverses formes. En general el fenomen més freqüent és una disminució de l'impuls i l'interès sexual. Altres pacients poden presentar fases d'un increment moderat o marcat de l'activitat sexual. Les agressions sexuals són rares en els casos de demència.

Se sap poc de la prevalència i la naturalesa dels trastorns de la conducta sexual en els dements. Generalment, en les fases inicials de la malaltia hi ha una disminució de l'interès sexual i és freqüent la impotència. En una investigació es va arribar a la conclusió que la desinhibició sexual es presentava en un 7 % dels casos. D'un 20 a un 30 % dels homes institucionalitzats presenten conductes sexuals que impliquen un conflicte amb el personal femení.

Habitualment els trastorns del comportament relacionats amb el sexe o amb l'exposició del cos tenen a veure amb la falta de memòria i amb la

incapacitat de fer una avaluació crítica de l'entorn. Com que els falta la capacitat de crítica, els pacients es descorden la roba per orinar sense saber on és el lavabo, o senzillament es treuen la roba «perquè els molesta». El mateix passa amb la masturbació: es masturben perquè és plaent. No s'adonen que estan en un lloc públic i no en la intimitat de la seva habitació. No tenen en compte les normes imposades per la societat.

Hi ha conductes que responen a la «lògica simple» del pacient (per exemple, es despulla perquè té calor o simplement perquè li molesta la roba), mentre que altres conductes [vegeu l'apartat referent a la síndrome de Klüver-Bucy, a la p. 52] són el resultat de diverses combinacions de lesions cerebrals en els sistemes que regulen la conducta sexual.

## Descripció

Les conductes anòmales en relació amb el cos i el sexe tenen diverses característiques i varien al llarg de la malaltia. Els pacients poden despullar-se en el context de conductes repetitives o poden fer moviments que recorden la conducta sexual i crear situacions compromeses. De vegades sol·liciten activitat sexual constant o de forma inadequada o es masturben o s'exhibeixen.

Anecdòticament algunes esposes han comentat que l'impuls sexual dels marits es manté, però que durant l'acte sexual el seu comportament és maldestre i descoordinat.

## Intervencions i tractament

És important valorar el tipus de comportament del malalt i el context en el qual s'ha presentat. És bo consultar els problemes amb el metge.

Si s'esdevenen conductes compromeses, cal acompanyar el pacient a un lloc privat i intentar distreure'l. La tranquil·litat és fonamental per evitar desencadenar reaccions catastròfiques i agressivitat. Si es troba el pacient despullat, cal portar-li la roba perquè es vesteixi o acompanyar-lo a l'habitació o al lavabo.

Es pot fer que el pacient usi peces de vestir que dificultin certes conductes: pantalons sense bragueta o bates que es posin pel cap o que tinguin una cremallera a l'esquena.

Els homes amb conductes d'agressió sexual es poden tractar farmacològicament.

## Consells

Cal reaccionar amb calma davant de les conductes anòmales. No és bo deixar-se dur pels nervis, sinó que cal actuar fredament.

Cal saber veure que les conductes del pacient són el resultat de lesions cerebrals i acceptar-les com a cosa pròpia de la malaltia sense sentir-se'n responsable.

És millor distreure el pacient amb altres activitats.

Cal comentar els trastorns de conducta sexual amb el metge, amb un conseller de l'associació de familiars o amb altres famílies.

## 19

## La síndrome de Klüver-Bucy

**L**a síndrome de Klüver-Bucy és una manifestació complexa que es caracteritza per hiperoralitat (el pacient s'ho posa tot a la boca), hipermetamorfoosi (passa d'una cosa a l'altra), placidesa emocional, agnòsia (falta de reconeixement dels objectes) i alteracions de la conducta sexual.

Aquest conjunt de símptomes es donen en casos de lesió bilateral de les zones anteriors i medials dels lòbuls temporals. És típic en traumatismes i en demències de predomini lesional anterior.

### Descripció

**É**s possible que es presenti tot el conjunt simptomàtic: el pacient es desplaça tranquil, està pendent de qualsevol estímul que el du d'una cosa a una altra, es fica tot tipus d'objectes a la boca, es manipula els genitals. La conducta d'emportar-se qualsevol cosa a la boca posa de manifest el component d'agnòsia (no reconeix ni distingeix allò que és comestible del que és nociu).

- ▶ *La senyora EP, de quaranta anys d'edat, presentava un procés progressiu de pèrdua de capacitats mentals. Quan va ingressar a l'hospital, es passejava per la unitat amb una mirada tranquil·la i distant, s'estimu-*

*lava els pits i s'aproximava a qualsevol estímul. Quan li exploraven la boca es menjava el depressor de la llengua. Quan se li acostaven objectes a la boca (fulls de paper, tisores...) intentava mastegar-los. Va fer servir diversos objectes per estimular-se els genitals.*

Aquest conjunt de símptomes es poden presentar de forma fragmentada; aleshores poden mostrar actituds aïllades com tranquil·litat i apatia, masturbació, agnòsia o hiperoralitat.

### Intervencions i tractament

**L**a manifestació d'una síndrome de Klüver-Bucy representa una fase de gravetat de la demència. Les intervencions han de ser bàsicament de suport.

Es poden provar diversos medicaments.

### Consells

Cal controlar que el pacient no tingui a l'abast res de nociu. En els casos en què el pacient s'ho fica tot a la boca, cal tenir en compte el perill d'enverinament.

Cal seguir les normes de l'apartat de conducta sexual.

## Les alteracions de l'activitat psicomotora: generalitats

**E**ls trastorns de l'activitat motora són freqüents en la malaltia d'Alzheimer. Presenten dues característiques fonamentals: són activitats anormals i estan fortament augmentades. En general aquestes activitats anormals (verbals o motores) afecten notablement els familiars i els cuidadors.

Alguns trastorns del moviment poden provenir de la medicació; en aquests casos el diagnòstic és difícil. Sempre que sigui possible és convenient la supressió de certs medicaments.

Els malalts poden presentar diversos patrons: inquietud motora, grapejos o manipulacions sense cap finalitat, passejos d'una banda a l'altra i deambulació erràtica.

La deambulació erràtica i els passejos incessants són conductes que impregnen les fases mitjana i avançada de la malaltia, en què els pacients generalment estan institucionalitzats. És important que els centres que acullen pacients amb aquests problemes disposin d'espais segurs i amples. El fet que segueixin contínuament el cuidador és una altra de les conductes repetitives que entren dins d'aquest àmbit de trastorns.

## 21

## La deambulació erràtica (vagareig)

**B**astants pacients d'Alzheimer deambulen sense rumb ni objectiu. Aquesta conducta provoca seriosos problemes als familiars i als cuidadors, i dificulta greument l'atenció del malalt i la vida de la família. Sovint els familiars truquen desesperats al metge.

Aquesta conducta pot ser deguda a diverses causes externes, però també pot ser condicionada simplement pel lloc en què predominen les lesions al cervell. Algunes causes de deambulació errà-

tica són les pors, la desorientació, la manca d'exercici o el fet que el pacient està perdut. Les causes es podrien classificar en somàtiques (dolor, malestar físic, sensació de gana), psicològiques (angoixa, por, sensació d'estar tancat) i canvis en l'entorn (excés d'estímuls, o pobresa d'estímuls, poca llum). La vivència psicològica d'estar en el passat i la necessitat d'anar a llocs com la feina poden ser causes importants de la deambulació erràtica.

### Descripció

**E**l pacient deambula o vagareja sense rumb ni objectiu, sense que hi hagi una raó aparent. El pacient va i ve, o insisteix a anar-se'n i es fa difícil retenir-lo a casa. Alguns pacients caminen de manera enèrgica i sincopada, i quan els acompanyes costa seguir-los el ritme.

La deambulació erràtica o vagareig pot ser l'expressió de la necessitat de fer coses o exercici o simplement d'avorriment. La personalitat i les característiques concretes de la persona abans d'estar malalt expliquen algunes de les conductes de deambulació erràtica.

En alguns casos la deambulació erràtica és conseqüència d'alguna cosa que li provoca frustració o que el molesta. El pacient fins i tot pot interpretar malament coses insignificants i reaccionar amb frustració, cosa que genera una conducta de fugida.

De vegades el pacient es perd i va sense rumb. Quan el pacient es desorienta i es perd es pot desencadenar una crisi d'ansietat i por. De vegades les persones que se n'adonen i l'intenten ajudar compliquen més el problema. Hi ha qui interpreta que es tracta d'una persona boja o beguda. També hi ha desaprensus que li roben o el denigren. Sovint hi intervé la policia, que recull el pacient lluny de casa. De vegades el

pacient desapareix i poden arribar a passar dies abans no el troben.

En alguns casos la família es mobilitza de seguida i el busca en els llocs on és més probable que el pacient s'hagi adreçat: a casa de familiars, a l'antic lloc de treball, al club, a botigues properes... Després, si no apareix, normalment truquen als hospitals, la policia o altres autoritats. Moltes vegades troben el pacient perdut per la ciutat, però de vegades ha agafat el tren o l'autobús i apareix en una altra població. En casos límit, les recerques són infructuoses i se n'informa a la policia i als mitjans de comunicació (diaris, ràdio o televisió). Algunes vegades el pacient desapareix durant molt de temps, i en els casos més tràgics pot morir si s'ha perdut en indrets deshabitats.

► *El senyor FAP va desaparèixer del domicili dues vegades, i cada vegada el van trobar unes hores més tard a casa del seu fill. La tercera vegada que va desaparèixer van anar passant les hores i no el trobaven. Els familiars van sortir al carrer a buscar-lo i van començar a telefonar a cases de coneguts sense trobar-ne cap rastre. Més tard –ja de nit– van telefonar als hospitals, a la policia municipal, a la guàrdia civil i a la policia autonòmica. Després de molts*



*dies van sortir en un programa de televisió de gran audiència i d'impacte estatal per intentar trobar-lo. La policia va fer diverses batudes infructuoses. Al cap de tres mesos es va descobrir el cadàver del pacient. El van identificar per la documentació.*

La deambulació erràtica és perillosa perquè el malalt es pot perdre i perquè el carrer ofereix moltes amenaces (vehícles, semàfors, animals...). Si la deambulació erràtica té lloc durant la nit, els perills augmenten i els problemes que causa a la família són especialment greus. En pocs dies el cansament i l'ansietat arriben a límits extrems. La desorientació temporal pot ser una de les causes de la tendència a vagarejar de nit.

De vegades el pacient surt de casa amb la intenció d'anar a comprar, però es desorienta pel carrer i no sap tornar. És fàcil que una persona amb trastorns de memòria i orientació s'equivoqui de carrer o agafi un autobús equivocat o en la direcció oposada. És fàcil que, fins i tot anant a comprar o al metge amb la família, es distregui i es perdi.

► *El senyor IBS havia d'anar a veure el metge de capçalera amb la seva esposa amb relativa freqüència. Un dia, estant a la sala d'espera del consultori mèdic, l'esposa li va dir que no es mogué del seient mentre ella anava al lavabo. Quan va sortir del lavabo el marit havia desaparegut. La policia el va trobar l'endemà en una estació de ferrocarril a vint-i-cinc quilòmetres de casa seva.*

Pot passar que la conducta de deambulació erràtica i les pèrdues s'incrementin quan el pacient canvia de domicili habitual o quan es fan canvis significatius en el seu medi (obres de reforma, canvis de mobles). En aquests casos el pacient té la sensació que es troba en un lloc desconegut, no sap on són les seves coses i pensa que ha de tornar a «casa seva». De vegades les persones que l'envolten —especialment si no les reconeix— esdevenen enemics i se sent empès a fugir. Si l'ansietat arriba a graus

realment intensos pot ser que cridi, s'agiti, amenaci i agredeixi algú físicament. El pacient lògicament busca les seves referències afectives perdudes.

► *Una tarda van portar el senyor MGM a la casa de camp de la seva filla per passar-hi uns quants dies. Va dir que no volia estar-se amb els desconeguts que l'havien portat a «aquesta finca perduda a la muntanya» i va amenaçar d'escapar-se per anar a la policia. Efectivament, quan va ser de nit, a la primera distracció dels familiars, es va escapar. Per sort, el van trobar de seguida perquè no s'havia apartat del camí. L'endemà, després d'una nit de crits, el van portar al seu domicili habitual.*



## Intervencions i tractament

**C**om en altres casos, de primer cal intentar determinar al màxim possible la causa de la deambulació erràtica. Caldrà descartar, evidentment, les causes orgàniques. Sovint es poden fer coses que eliminin o redueixin força aquestes conductes [vegeu la llista de consells, a la p. 57]. Les tècniques d'orientació cap a la realitat i la modificació de l'entorn poden ser molt beneficioses.

En els casos en què el pacient manté la capacitat de llegir i de seguir instruccions, es poden aprofitar aquestes aptituds per superar certs problemes de desorientació:

- Es poden fer targetes amb instruccions senzilles que el pacient pot consultar si ho necessita.
- Es poden fer diverses targetes segons on estigui o on hagi d'anar. Es pot escriure el número de telèfon després de les frases «no et moguis d'on ets» i «truca a casa» o «espera'm a la sortida».

Si el problema de la deambulació erràtica prové de reaccions catastròfiques, cal analitzar-ne les causes i evitar-les.

Els canvis freqüents de domicili perquè els fills «es reparteixen per mesos» el pacient són francament negatius. Convé evitar aquesta política. El pacient perd fàcilment les coordenades i aquest fet és catastròfic. Si una persona confosa està en un lloc nou és lògic que pensi que s'ha perdut.

- *La senyora IFM va néixer a Sevilla, i tenia la major part dels membres de la seva família en aquesta capital andalusa. Feia trenta anys que vivia a Barcelona quan va començar a perdre la memòria. Una filla i dos fills no tenien bones relacions entre ells. La discòrdia es devia a l'herència de la casa que la mare tenia a Sevilla i el pis de Barcelona. La filla vivia a Barcelona, en un pis contigu al de la mare, i els fills vivien a Madrid i Sevilla. Quan els trastorns cognitius van començar a fer-se més patents, els fills es van barallar i van decidir «repartir-se la càrrega que representava la mare»: sis mesos a Sevilla, sis*

*mesos a Madrid i sis mesos a Barcelona. Va ser realment catastròfic per a la pacient. Estava irritable i mai no sabia on era. Es va perdre a Madrid i a Sevilla diverses vegades. Sempre donava la referència del domicili de Barcelona, i això complicava la tasca de la policia per trobar els familiars. De fet, quan estava millor era a Barcelona (l'entorn en què havia viscut els últims quaranta anys) i, en particular, quan la visitava el fill que vivia a Sevilla (la persona que la tractava amb més afecte). Durant les visites d'aquest fill, no necessitava la medicació sedant que solia prendre. Realment, fins i tot el seu aspecte millorava.*

Tot i la bona voluntat i l'afecte, hi ha situacions familiars que no permeten mantenir el pacient a casa. En aquests casos s'ha d'intentar disminuir la tendència a vagarejar durant la preparació del trasllat. Cal procurar que participi en el trasllat i visiti prèviament el nou domicili diverses vegades. També és aconsellable que s'endugui mobles o quadres que li siguin familiars. Moltes vegades el trastorn de memòria fa difícil que el pacient s'adapti al nou ambient.

Les medicacions sedants poden disminuir l'ansietat, i de vegades els tranquil·lizants majors (neuroleptics) redueixen espectacularment la conducta de deambulació erràtica. Solen fer-se servir durant períodes curts, i cal fer un control estricte dels efectes indesitjables d'aquestes medicacions.

Pot ser útil col·locar panys de seguretat perquè el pacient no pugui sortir sense supervisió. Simplement pot ser suficient posar un pany nou a la part alta de la porta. Cal comprovar que no hi hagi sortides alternatives o que no pugui escapar-se per la finestra. D'altra banda, cal tenir en compte que en cas d'emergència se'l pugui alliberar fàcilment. Quan no hi ha altre remei, cal plantejar-se l'ingrés en un centre.

## Consells

És important que el pacient porti una medalla, una plaqueta o un braçalet amb el nom i l'adreça perquè se'l pugui identificar, a més de la inscripció. Aquestes inscripcions ajudaran a localitzar el pacient si es perd. Aquest identificador ha de tenir una tanca de seguretat perquè el pacient no el perdi.

És important que el pacient porti sempre a la cartera o al moneder una targeta amb el seu nom, la seva adreça i el seu número de telèfon.

Cal evitar al màxim els canvis de domicili i les reformes a casa.

Cal evitar els viatges i les visites llargues innecessàries. Un viatge a indrets no familiars pot ser fatal per a l'estabilitat del pacient.

És bo envoltar-lo amb objectes que li siguin familiars.

De vegades cal modificar l'entorn per donar-li la màxima seguretat. Cal controlar les finestres i instal·lar panys de seguretat.

És millor informar de la situació els veïns i els comerciants per si el veuen sol pel carrer.

Convé fer-li practicar exercicis d'orientació a la realitat. Va bé col·locar cartells a casa que l'orientin.

Es pot aprofitar per sortir a passejar quan apareix la conducta de deambulació.

## 22

## El seguiment persistent del cuidador

**E**n aquests casos, el pacient segueix el cuidador a tot arreu. Aquest seguiment persistent del cuidador és un dels comportaments que poden arribar a fer-se més molestos.

Es pot comprendre la conducta persistent de seguir el cuidador si es té en compte que una persona sense memòria i amb problemes de comprensió de l'entorn es troba molt desvalguda. El

cuidador esdevé el far que li dóna seguretat, ja que li soluciona tots els problemes que és incapaç de resoldre per ell mateix.

Una persona amb problemes de memòria no té una sensació adequada del pas del temps i s'angoixa quan deixa de veure el cuidador.

### Descripció

**E**l pacient segueix el cuidador a tot arreu, d'habitació a habitació, al bany... Si en un moment donat el pacient no veu el cuidador, s'inquieta, s'angoixa, el busca, el crida... El pacient interromp sovint les feines i el descans del cuidador.

▶ *La senyora NS deia del seu marit: «S'ha tornat un nen poruc que em segueix per tot arreu. No puc estar ni un moment sola. És com la meva ombra. Ni tan sols al bany no puc estar un moment tranquil·la».*

▶ *El senyor JLP no podia fer res. La seva dona s'agitava si el perdia de vista. Per sentir-se més lliure va demanar ajuda als fills.*

▶ *El senyor AL es queixava desesperadament perquè la seva dona literalment el perseguia per casa: «A més de seguir-me es queda al meu costat com un guardià. Comprenc que la meua presència la tranquil·litzi, però realment és esgotador».*

### Intervencions i tractament

**C**onvé buscar tasques per ocupar-lo: retallar, netejar la casa, escoltar música... (cal tenir en compte els exercicis cognitius, les reminiscències i l'orientació a la realitat). Se li poden encarregar feines repetitives senzilles (apilar diaris, treure la pols, plegar la roba...). Es tracta de fer que el pacient estigui ocupat mentre el familiar o el cuidador hagi de fer les seves pròpies coses.

Una solució pot ser l'hospital de dia com a centre terapèutic i alhora com a mecanisme de respir del cuidador, sempre que el pacient s'hi arribi a trobar segur. Pot passar que els primers dies siguin molt problemàtics i generin crisis d'agitació.

### Consells

Cal no donar opció que aquestes conductes arribin a afectar i esgotar el cuidador.

Cal comprovar si aquesta conducta sorgeix en moments determinats del dia (al vespre, per exemple).

És un recurs instal·lar panys de seguretat per mantenir la breu intimitat necessària al lavabo. Amb aquesta opció cal vigilar que el pacient no s'hi pugui quedar tancat. Per això, és millor col·locar un pany que es pugui obrir des de fora.

És bo demanar ajuda per poder tenir un respir i relaxar-se (dormir, sortir a comprar, anar al cinema...).

## Els actes repetitius

**E**n casos de lesions cerebrals, alguns pacients repeteixen accions sense poder-les acabar i quedar-ne satisfets. En la malaltia d'Alzheimer els actes repetitius es donen amb certa freqüència i arriben a irritar molt els familiars.

El cervell normalment programa conductes que tenen una finalitat i que s'extingeixen quan s'ha aconseguit l'objectiu. En aquests casos queda fixat o «bloquejat» un patró de conducta que, en principi pot ser correcte, però que està mancat de l'adaptació i d'un termini de realització. En les con-

ductes repetitives hi ha aparentment un objectiu que orienta l'activitat.

Els actes repetitius s'han de diferenciar de les perseveracions i de les compulsions. Les perseveracions són la repetició d'un acte que és la rèplica exacta del previ. Per exemple, si a un pacient de primer se li demana que compti alguna cosa i després se li demana que parli d'un bosc, ell continuarà comptant. Aquesta conducta no té un «objectiu», com en el cas de les conductes repetitives.

### Descripció

**E**l pacient realitza una acció una vegada i una altra incansablement. Els actes repetitius són molt variats, però sovint tenen a veure amb actes normals o objectes de la vida diària. Els malalts poden manipular, aplaudir, cantar, cridar, plegar la roba o «ordenar» el contingut de caixes i armaris incessantment. De vegades passen hores fent la mateixa acció i fa la impressió que tenen un objectiu que són incapaços de concretar.

Aquests pacients poden caminar i caminar, i no desitgen descansar perquè senten la necessitat de caminar. En aquests casos, si se'ls pregunta on van sovint no tenen cap lloc determinat al pensament.

► *El senyor RCM es passava hores vestint-se i desvestint-se al mig del corredor de la unitat d'hospitalització. S'enfadava molt si algú pretenia que no ho fes. La seva expressió facial reflectia una total indiferència davant l'entorn. Mesos després es dedicava constantment a tocar-se els peus, i a calçar-se i descalçar-se.*

► *La senyora CHG recollia la roba neta a punt de planxar i la plegava i desplegava durant hores. Tenia una predilecció especial pels mocadors; es passava hores amb el mateix mocador, plegant-lo i desplegant-lo.*

► *La senyora RE es dedicava a tocar tots els vestits i no parava fins que en desfeia totes les vores. Va arribar a desfer totes les vores de la seva roba. La filla les cosia i la pacient sistemàticament les desfeia.*

► *La senyora AG es passava llargs períodes de temps repassant la seva roba com si la planxés.*

► *La senyora CC no parava d'anar d'una banda a l'altra de la sala d'hospitalització. Mai no intentava escapar-se. Quan algú del personal mirava d'aturar-la donant-li conversa, ella continuava. Si algú intentava agafar-la de la mà afectuosament ella feia força per escapar-se'n i continuar la seva processó incansable. Quan el personal estava reunit a la sala d'infermeria, s'apropava, obria la porta, deia unes paraules inintel·ligibles i continuava el seu recorregut.*

### Intervencions i tractament

**C**al indicar educadament al pacient que faci una altra tasca. No és bo pressionar-lo ni fer-li veure que la seva conducta és inadequada ja que això pot desencadenar una crisi d'ansietat i violència. Per evitar aquestes conductes cal mantenir-lo ocupat i fer que se senti útil.

### Consells

Si la conducta no és especialment molesta o nociva per al pacient, se'l pot deixar fer durant un temps prudencial.

La distracció és la millor intervenció per interrompre les conductes repetitives. Convé oferir-li alguna cosa per mirar, sentir o fer.

En cas de crits repetitius cal veure si hi ha alguna causa física que els provoqui. Cal consultar-ho al metge.

Cal no contrariar el pacient tractant-lo com un infant pels seus actes.

## Bibliografia

CARRIER, L.; BRODATY, H. «Mood and Behavior Management». A: GAUTHIER, S. DE. *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease*. Butterworth Heinemann: Boston, MA 1996, p. 205-220.

CORNEY, R. *The Carer's Companion. A Winslow Guide to Caring at Home*. Winslow Press Ltd: Oxon, 1994.

CUMMINGS, J. L.; MEGA, M.; GRAY, K.; ROSENBERG-THOMPSON, S.; CARUSI, D. A.; GORNBEIN, J. «The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive Assessment of Psychopathology in Dementia.» *Neurology*, 44 (1994), p. 2308-2314.

DEL SER, T.; PEÑA-CASANOVA, J. (ed.). *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. JR Prous Editores: Barcelona, 1994.

FEIL, N. *The Validation Breakthrough. Simple Techniques for Communicating with People with «Alzheimer's-Type Dementia»*. Health Professions Press: Baltimore, 1993.

FINKEL, S. I.; COSTA, J.; COHEN, G.; MILLER, S.; SARTORIUS, N. «Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia: A Consensus Statement on Current Knowledge and Implications for Research and Treatment». *International Psychogeriatrics*, 8 (supl. 3), (1996), p. 497-500.

FOLSTEIN, M. F.; BYLSMA, F. W. «Noncognitive Symptoms of Alzheimer Disease». A: TERRY, R. D.; KATZMAN, R.; BICK, K. L. (ed.). *Alzheimer Disease*. Raven Press: Nova York, 1994, p. 27-40.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Psiquiatría clínica*. Editorial Médica Hispanoamericana: Buenos Aires, 1990.

MACE, N. L.; RABINS, P. V. *The 36 Hour Day: A Family Guide to Caring Persons with Alzheimer's Disease, Related Dementia Illnesses, and Memory Loss in Later Life*. The Johns Hopkins University Press: Baltimore, MD, 1991. (Versió espanyola: *36 horas al día*. Àncora, SA: Barcelona, 1991).

MEGA, M. S.; CUMMINGS, J. L.; FIORELLO, T.; GORNBEIN, J. «The Spectrum of Behavioral Changes in Alzheimer's Disease». *Neurology*, 46 (1996), p. 130-135.

NICHOLSON, A.; MARKS, J. *Insomnia, a Guide for General Practitioners*. MTP Press: Hingham, MA 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. DIVISION OF MENTAL HEALTH. *Alzheimer's Disease. Help for Caregivers*. World Health Organization: Ginebra, 1994.



## Índex temàtic

Actes repetitius .....	59
Agitació .....	38
Agnòsia .....	26
Agressivitat .....	38
Al·lucinació .....	24
Ansietat .....	34
Apatia .....	41
Canvi de personalitat .....	40
Crits repetitius .....	59
Deambulació erràtica .....	54
Deliri .....	22
Depressió .....	28
Empitjorament als vespres .....	46
Enuigs .....	32
Gana, trastorns de la .....	48
Indiferència .....	41
Inquietud .....	34
Insomni .....	43-45
Insults al cuidador .....	36
Interpretacions errònies .....	26
Labilitat emocional .....	32
Nerviosisme .....	34
Queixes contra el cuidador .....	36
Reaccions catastròfiques .....	32
Ritme diürn, trastorns del .....	42-43
Sexe, trastorns relacionats amb el .....	50
Síndrome de Klüver-Bucy .....	52
Son, trastorns del .....	42
Suïcidi .....	31
Vagareig .....	54
Violència .....	38