

# **IMPACTE EMOCIONAL, EN ELS CUIDADORS PRINCIPALS, D'UN MALALT D'ALZHEIMER**

**Treball de Final de Grau en Psicologia**

**CRISTINA MARTÍN LÓPEZ**

Tutora: Dolores Riesco Miranda  
4rt Curs de Grau en Psicologia  
Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes  
Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya  
Vic, Maig del 2018

## LA CAJITA

*“Hoy mi día se ha nublado  
Ya no escucho mi canción.*

*Ya mis pasos se han perdido,  
aún sentada, en mi sillón.*

*Junto a mí iba siempre,  
en la misma dirección.*

*Yo la abría y ahí metía  
un recuerdo por emoción.*

*La cerraba con mis ojos  
y tranquila estaba yo.*

*Y un día mi cajita,  
sin quererlo, se abrió.*

*Lo que yo guardaba en ella  
de repente se esfumó.*

*El tesoro máspreciado:  
mil aromas, mil sonrisas,  
aquella primera ilusión.*

*Se escaparon, de repente,  
¡qué mala sensación!*

*No estés triste, me decía,  
que aquí siempre estoy yo,  
para cada día traerte mil aromas,  
mil sonrisas, mil te quiero de corazón.*

*Y así es como, cada día,  
mi cajita rellena mi cuidador.”*

(Isabel Riquelme. Alzheimer Universal)

## **Agraïments**

En primer lloc, m'agradaria agrair l'ajuda constant, la perseverança, la paciència, la predisposició i l'atenció que sempre has disposat en mi. Gràcies Lola, has sigut un gran exemple a seguir, la teva professionalitat a fet poder anar més enllà en aquest projecte conjunt, que sense tu no hagués pogut ser possible. Ha estat un plaer poder compartir aquest procés amb tu. Solament em queda donar-te les gràcies per confiar en mi i fer-me gaudir tant durant l'elaboració d'aquest treball.

En segon lloc, m'agradaria molt agrair a totes les persones que han participat en el meu estudi, d'una manera totalment voluntària, responent als diversos tests. Així com també, als meus companys, amics i familiars que m'han ajudat a trobar als participants que necessitava pel meu estudi.

Finalment, vull donar les gràcies al Jose per sempre escoltar els meus dilemes i les meves preocupacions durant aquest procés. Però sobretot, haig de donar les gràcies al meu pare, la meva mare i la meva germana, per fer possible complir el meu somni, per estar sempre al meu costat i aixecar-me si caic, per animar-me sempre a continuar, perquè sense vosaltres no seria la persona que sóc avui dia.

Moltes gràcies a tots, sense vosaltres això no hagués pogut ser possible.

## **Resum**

L'estudi té com a objectiu conèixer i avaluar l'impacte emocional que pateixen els cuidadors principals d'un malalt amb Alzheimer, així com també corroborar diverses hipòtesis plantejades. L'estudi s'ha realitzat a partir d'un disseny d'investigació no experimental, concretament, un disseny per enquesta, transversal. Així mateix, s'ha utilitzat un mostreig no probabilístic, a propòsit. La mostra és de 10 persones, que són cuidadors principals d'un malalt d'Alzheimer. A fi d'obtenir els resultats, s'ha passat el Test de Zarit (1982), per tal de determinar el nivell de sobrecàrrega que experimenten. Posteriorment, les persones que han mostrat algun tipus de sobrecàrrega, se'ls ha passat dos qüestionaris més, com són el BAI (Inventari d'Ansietat de Beck, 1988) i el BDI (Inventari de Depressió de Beck, 1978), per poder determinar si aquest impacte emocional era més de tipus ansiós o depressiu. Els resultats mostren que la gran majoria dels participants d'aquest estudi, són dones, amb una relació conjugal o filial amb el malalt que experimenten algun tipus de nivell de sobrecàrrega de tipus més ansiós.

**Paraules clau:** Impacte emocional, sobrecàrrega, Alzheimer, cuidadors principals, ansietat, depressió.

## **Abstract**

The study has the objective to know and evaluate the emotional impact that the main caregivers of an Alzheimer disease suffer as well as it aims to corroborate different hypotheses. The study has been carried through a non-experimental design, specifically the transversal interview design. Moreover, it has used the non-probabilistic sample, on purpose. The sample is of 10 people that are the main caregivers of an Alzheimer disease sufferer. In order to collect the results, they have passed the Zarit Test (1982) to determine the level of overload that they experience. Then the people who have obtained some level of overload have passed two more questionnaires which are the BAI (Beck Anxiety Inventory, 1988) and the BDI (Beck Depression Inventory, 1978) to be able to determine if the emotional impact is more of an anxious or depressed type. The main results evidence that the great majority of the participants in this study are usually women with a conjugal or filial relationship with the ill. These women experience some type of overload level and it is usually more of the anxious type.

**Keywords:** Emotional impact, overload, Alzheimer, main caregivers, anxiety, depression.

## **Índex**

1. Introducció .....	7
2. Fonamentació teòrica .....	8
2.1 La malaltia de l'Alzheimer .....	8
2.1.1 Definició .....	8
2.1.2 Síntomes.....	9
2.1.3 Fases.....	10
2.1.4 Tractament.....	11
2.1.5 Factors de risc .....	12
2.1.6 Factors protectors .....	12
2.2 El cuidador principal .....	13
2.2.1 Definició .....	13
2.2.2 Conseqüències del cuidador principal davant el diagnòstic d'Alzheimer .....	14
2.3 Impacte emocional .....	14
2.3.1 Definició .....	15
2.3.2 Alzheimer i el seu impacte emocional en el cuidador principal .....	15
3. Marc pràctic .....	18
3.1 Objectius de la recerca.....	18
3.2 Hipòtesis .....	18
3.3 Metodologia.....	18
3.3.1 Tipus d'estudi.....	18
3.3.2 Mostra.....	19
3.3.3 Instruments .....	20

3.3.4	Procediment de recollida de dades i anàlisi .....	22
4.	Conclusions .....	35
4.1	Discussió dels resultats .....	35
4.2	Limitacions i possibilitats de l'estudi.....	38
4.3	Conclusions generals .....	39
5.	Referències bibliogràfiques.....	40

## **1. Introducció**

Actualment, la ciència ha realitzat grans avenços en la vessant de la medicina. No obstant això, les demències i, concretament, l'Alzheimer, són encara un misteri per la medicina. Aquest fet es pot observar en que es desconeixen molts factors d'aquestes malalties, un exemple seria que s'ignoren quines són les causes de l'Alzheimer.

La majoria de les vegades, aquesta demència té repercussions directes en la persona que pateix la malaltia, ja que tenen una pèrdua progressiva i irreversible de la memòria. Així com també, afecta als cuidadors principals del malalt, per la sobrecàrrega que tenen, al conviure diàriament amb una persona que, cada cop més, necessita dels seus serveis. Per tant, els cuidadors principals, poden presentar una afectació a nivell psicològic, físic, cognitiu i social.

L'actual Treball Final de Grau, té com a finalitat, conèixer en quina mesura la malaltia de l'Alzheimer afecta en la vida quotidiana del cuidador principal, centrant-nos així en l'impacte emocional que poden patir aquesta figura cuidadora d'un malalt d'Alzheimer. El motiu principal, pel qual s'ha escollit aquest tema d'investigació, és bàsicament per interès personal i professional, ja que es vol conèixer més sobre aquesta demència, que cada cop és més prevalent en la nostra societat. A més, és considera molt rellevant des de la vessant de la psicologia, conèixer l'impacte psicològic que pot generar aquesta malaltia en els cuidadors principals.

Per tal d'arribar a dur a terme la investigació, el treball s'ha estructurat en quatre grans apartats que són:

- El primer apartat, correspondria al marc teòric, on s'aborden i es desenvolupen conceptes com "Alzheimer", "cuidador principal" i "impacte emocional" que emmarquen l'estudi.
- El segon punt el configura el marc pràctic, és a dir, la investigació portada a terme. El qual inclou subapartats que tracten sobre: l'objectiu, les hipòtesis, la mostra, la metodologia i els resultats.
- El tercer apartat presenta les conclusions finals, el qual també inclouria subapartats com són: la discussió dels resultats, les limitacions i possibilitats de l'estudi i les conclusions generals.
- L'últim punt, correspondria a la bibliografia, en la qual es fa referència del material consultat i necessari a l'hora d'haver elaborat el present treball.

## 2. Fonamentació teòrica

### 2.1 La malaltia de l'Alzheimer

#### 2.1.1 Definició

La OMS (2017) considera que la demència és un síndrome caracteritzat pel deteriorament de les funcions cognitives. Per tant, aquesta malaltia afectaria a la memòria, el pensament, l'orientació, la comprensió, el càlcul, la capacitat d'aprenentatge, el llenguatge i el judici. Aquest deteriorament pot anar acompanyat de la pèrdua del control emocional, el comportament social o la motivació. No obstant això, cal destacar que, en les demències, la consciència no es veu afectada.

Destaca també, que la demència és una de les principals causes de discapacitat i dependència entre les persones grans d'arreu del món. Per tant, l'impacte d'aquestes malalties en els cuidadors i família pot ser de caràcter físic, psicològic, social i econòmic. La OMS, també emfatitza en el fet que la malaltia de l'Alzheimer és la causa de demència més comuna, engloba entre un 60% i un 70% dels casos.

Diversos autors que han estudiat aquesta malaltia la defineixen de diferents maneres. Per una banda, Silva, V. (2004, p. 54) defineix l'Alzheimer com *“una malaltia neurodegenerativa irreversible que provoca en qui ho pateix un deterior de tot el sistema cognitiu de forma progressiva, a més de diverses alteracions conductuals i motores, i la seva causa és encara desconeguda”*.

Altrament, Castellano Almedia, R. M (2015, pp. 5-6) la defineix com *“una malaltia neurodegenerativa capaç de provocar en la persona diferents trastorns cognitius i conductuals com, per exemple, desorientació, canvis d'humor sobtats, agressivitat o distorsió en el llenguatge, entre altres, a mesura que va avançant la mort neuronal. Aquesta malaltia, amb els anys, provoca la pèrdua de l'autonomia del malalt creant dependència total per a les activitats bàsiques de la vida diària”*.



### **2.1.2 Síntomes**

En un primer moment, es poden trobar diverses senyals d'alerta per a detectar la malaltia de l'Alzheimer, que serien les següents (Antúnez, M. L. B., 2013):

- Pèrdua de memòria que afecta a les capacitats en el treball
- Dificultats per a realitzar tasques familiars
- Problemes en el llenguatge
- Desorientació en el temps i espai
- Pobresa de judici
- Problemes en el pensament abstracte
- Pèrdua de coses o ubicació en llocs incorrectes
- Canvis en l'humor i en la conducta
- Canvis en la personalitat
- Pèrdua d'iniciativa

Per altra banda, com fa referència el Ministerio de Salud en la guia del Alzheimer (2010), el símptoma principal d'aquesta demència seria la pèrdua de memòria episòdica. En un primer moment, aquest símptoma es manifestaria amb una major dificultat a l'hora d'emmagatzemar nova informació. A mesura que avança la malaltia, els símptomes es presenten en aspectes del llenguatge, habilitats visuoespaials, capacitats constructives, praxis motores i funcions executives.

Encara que, la malaltia de l'Alzheimer es presenti particularment com la pèrdua de memòria, s'ha de remarcar que, també existeixen formes d'inici atípic, que es poden presentar com: un síndrome frontal, un quadre d'afàsia progressiva, apràxia progressiva o un síndrome agnòsic visual per atròfia d'afàsia.

Posteriorment, quan evoluciona l'Alzheimer hi ha una pèrdua progressiva d'autonomia en les activitats habituals de la vida quotidiana. A més, la majoria dels malalts presenten també símptomes psicològics i conductuals. Aquesta simptomatologia es pot presentar en les fases lleus, encara que són més evidents en fases més avançades. Aquests símptomes són molt rellevants per la seva freqüència i pel seu impacte en la qualitat de vida dels malalts i en la càrrega dels cuidadors.

### **2.1.3 Fases**

L'Alzheimer és una malaltia que, normalment, evoluciona de manera lenta i progressiva, aproximadament sol durar d'uns deu a quinze anys. Cal destacar que, en aquesta malaltia, no sempre hi ha una evolució lineal en les etapes, atès que no hi ha un esdeveniment determinat perquè es canviï d'una fase a la següent. Per tant, es pot produir d'una manera ràpida i sobtada, o en contraposició, pot ser lenta i estable durant els anys (Fernández et al., 2010 citat per Burgos, L., 2015). Tenint en compte aquestes variacions, podem distingir en la malaltia de l'Alzheimer, tres estadis evolutius, que s'explicaran a continuació:

En primer lloc, es trobaria la **fase inicial**, aquests primers símptomes són molt subtils i difícils de detectar. Aquesta etapa sol durar d'uns 2 a 4 anys. I, encara que són diferents en cada malalt, podem trobar uns símptomes comuns, com serien: solen aparèixer errors en la memòria recent, desinterès, humor deprimat, canvis en la personalitat, episodis lleus de desorientació i falta d'adaptació a situacions noves.

El segon estadi o **fase intermèdia**, sol desenvolupar-se de 3 a 5 anys. Podem veure, que en aquest moment els símptomes es tornen més marcats, ja que el detriment de la memòria és més compromès i no solament afecta a la memòria recent, sinó que també a la remota. A més, apareixen alteracions del llenguatge, la escriptura, el càlcul, apràxies i agnòsies. També, mostren dificultats en tasques referents a la higiene personal, anar al lavabo, menjar o vestir-se. Poden sorgir símptomes psicòtics. Per últim, en aquesta fase el malalt té dificultats per mantenir les seves relacions socials i és incapaç de mantenir una discussió sobre un problema.

Finalment, es trobaria la **fase terminal**, que sol durar d'uns 2 a 3 anys. En aquesta etapa el malalt entra en una situació de dependència total, atès que s'agreugen tots els símptomes anteriors de forma molt notable. Per tant, podem veure en aquesta fase, com la persona que pateix Alzheimer, és incapaç de caminar, s'immobilitza, es fa incontinent i no pot executar cap activitat de la vida quotidiana. Pel que fa al llenguatge, es fa intel·ligible o presenta mutisme. També, es pot produir disfàgia i n'hi ha risc de pneumònies, deshidratació, malnutrició i úlceres per pressió.

A mesura que la malaltia va avançant, el malalt es torna més insegur respecte a tot el que l'envolta. Cal destacar que, la presència o absència d'aquests comportaments i símptomes varia en funció del malalt, a més, ve determinada també per la progressió de la demència (Pérez Perdomo, M., 2008).

#### **2.1.4 Tractament**

Pel què fa als tractaments en la malaltia de l'Alzheimer, es troben dos tipus: el tractament farmacològic i el tractament no farmacològic.

Per una banda, el **tractament farmacològic**, cal destacar que no hi ha cap tractament efectiu resolutori pel deteriorament cognitiu de la malaltia de l'Alzheimer. Els objectius actuals d'aquest tipus de tractament són retardar en la mesura del possible la progressió del deteriorament i restaurar habilitats cognitives i funcionals, com serien:

- La depressió
- L'agitació i símptomes psicòtics
- L'ansietat
- Els trastorns de son

Actualment, la majoria de les vegades, s'utilitzen com a estratègies els precursors de l'acetilcolina, el seu mecanisme d'acció és la inhibició reversible de l'acetilcolinesterasa central augmentant els nivells de neurotransmissor d'acetilcolina. En aquest grup es destaquen els fàrmacs següents: tacrina, donepezilo, rivastigmina, galantamina, metrifenato, entre d'altres.

Altrament, com a suplement utilitzats trobaríem el folat o també anomenat vitamina B9, que és essencial per a la salut del sistema nerviós. Per tant, les persones que pateixen Alzheimer, es troben amb uns alts nivells d'homocisteïna i baixos nivells de folat i de vitamina B12. La vitamina B9, seria la responsable d'eliminar l'excés d'homocisteïna de la sang (Pérez Martínez, V. T., 2005).

No obstant això, cal remarcar també que els ancians amb Alzheimer són molt sensibles als efectes de la medicació, tant pel que fa referència a la sobremedicació com pels efectes secundaris. Entre ells trobaríem: caigudes, marejos i tremolors en les extremitats (Pérez Perdomo, M., 2008).

Per altra banda, el **tractament no farmacològic**, correspon a la utilització de tècniques terapèutiques, per tal d'estimular el sistema cognitiu del pacient. Aquestes tècniques són molt útils per conservar, un període més llarg de temps, les capacitats del malalt. Les teràpies assistencials més utilitzades són les següents (Castellano Almedia, R. M., 2015):

- **Teràpies d'aproximació emocional:** estimulen la memòria i l'estat anímic en el context de la seva història.

- **Teràpies d'aproximació conductual:** identifiquen les causes i conseqüències de conducta problemàtica com l'agressivitat, incontinència, crits, ... amb la finalitat de minimitzar-les i/o corregir-les.
- **Teràpies d'aproximació cognitiva:** teràpies d'orientació a la realitat o la psicoestimulació cognitiva. Són tractaments que condueixen a una millora en els aspectes relacionats amb la orientació temporal, espacial i autopsíquica del pacient.
- **Teràpies d'aproximació a la estimulació:** són tractaments que inclouen activitats recreatives (per exemple, jocs, mascotes, ...) i teràpies artístiques (musicoteràpia, dansateràpia, ...). Aquests tractaments aconseguirien petites millores en els aspectes de la cognició i estat d'ànim.
- **Teràpies als cuidadors:** inclouen psicoteràpia de recolzament, grups de suport oferint ajuda educacional i emocional. Cal dir també, que aquestes teràpies a més d'ajudar al cuidador principal també ajuden als propis malalts.

### **2.1.5 Factors de risc**

Segons el DSM V, els factors de risc que trobaríem en la malaltia de l'Alzheimer són bàsicament dos. Per una banda, trobaríem els factors ambientals, això ho podem veure en que els traumatismes cerebrals augmenten el risc de patir un trastorn neurocognitiu degut a la malaltia de l'Alzheimer.

Per altra banda, correspondrien als factors genètics i fisiològics, ja que l'edat seria el major factor de risc d'Alzheimer. A més, també caldria destacar que hi ha gens molt estranys causants d'aquesta malaltia. Així mateix, les persones que pateixen síndrome de Down, poden desenvolupar Alzheimer si sobreviuen fins la mitjana edat. Finalment, hi ha múltiples factors de risc vascular que influeixen sobre el risc de presentar aquesta malaltia i que, podrien augmentar la patologia cerebrovascular o mitjançant efectes directes sobre la patologia de la malaltia de l'Alzheimer (American Psychiatric Association, 2013).

### **2.1.6 Factors protectors**

Pel que fa als factors protectors relacionats amb la malaltia de l'Alzheimer, podem trobar els següents. En primer lloc, trobaríem l'ús del tabac i nicotina en fumadors, té un efecte protector davant la malaltia, ja que està comprovada la gran reducció que existeix de receptors nicotínics en l'hipocamp i el neocòrtex en l'Alzheimer. En segon lloc, podem veure la teràpia substitutiva d'estrògens en dones post menopàusiques.

En tercer lloc, trobaríem la relació inversa entre el desenvolupament de la malaltia i el consum d'antiinflamatoris no esteroides per un llarg període de temps.

A més, un altre factor protector correspondria al nivell educatiu previ, atès que s'ha observat l'associació entre el nivell educatiu alt i la menor gravetat a l'inici de la malaltia d'Alzheimer. Per contraposició, els inferiors nivells educatius previs s'associen a un superior risc de desenvolupament d'aquesta demència.

Per altra banda, també influiria el fet de pertànyer al 15% de la població general que porta la apolipoproteïna E2. Aquesta molècula, és una apolipoproteïna essencial pel metabolisme i que, a més, pertanyeria a un dels factors protectors de la malaltia de l'Alzheimer (Pérez Martínez, V. T., 2005).

Finalment, l'últim factor protector que podem trobar correspondria a portar una dieta abundant en antioxidants, vitamina B, polifenols, àcids grassos poliinsaturats i monoinsaturats. Per tant, totes aquestes molècules i àcids ens beneficiaria contra la malaltia de l'Alzheimer, i el seu consum s'aconsegueix ingerint peix, fruites, vegetals, cafè i vi tintat. (Lara, H. H., Alanís-Garza, E. J., Puente, M. F. E., Mureyko, L. L., Torres, D. A. A., & Turrent, L. I. 2015).

## **2.2 El cuidador principal**

### **2.2.1 Definició**

Pel que fa a la malaltia de l'Alzheimer, s'ha de tenir en compte que no solament afecta al malalt, sinó que també té una repercussió en la seva família. Però, el que té la major càrrega és el cuidador principal. Aquesta figura, generalment solen tenir unes característiques demogràfiques concretes, com serien que solen ser dones amb una edat mitjana de 48,8 anys, amb educació primària, casades i que es dediquen principalment a la llar. Majoritàriament, les persones que assumeixen el rol de cuidador principal solen ser filles, esposes o nores. Gran part dels cuidadors principals comparteixen domicili amb el malalt d'Alzheimer i li presenten ajuda diària, la majoria de les vegades sense cap tipus de remuneració. A més, molts dels casos, dediquen entre 12 i 24 hores diàries al cuidat del malalt (Ramírez, V. J. A., del Río, B. R., Russell, M. E. R., & López, C. G. F., 2013).

Segons Garcia-Moya, R. (2009) el cuidador principal es podria definir com *“aquells familiars que, per diferents motius, dediquen gran part del seu temps i esforç a permetre que un altre familiar pugui desenvolupar-se en la vida diària, ajudant-li a adaptar-se a les limitacions que la seva discapacitat els imposa”*.

### **2.2.2 Conseqüències del cuidador principal davant el diagnòstic d'Alzheimer**

Podem observar determinades conseqüències que esdevenen en el cuidador principal davant la necessitat d'atendre les necessitat del malalt d'Alzheimer. Per tant, podem veure que aquesta figura desencadena una simptomatologia comuna durant el cuidat del malalt incidint així en els seus nivells d'afectació psicològica, conductual, social i física.

Pel que fa als aspectes psicològics, trobem símptomes que afecten l'estabilitat emocional del cuidador principal, com serien: l'autovaloració negativa, l'apatia i l'ansietat, la irritabilitat i la depressió, l'hostilitat i els sentiments de culpa.

Per altra banda, hi ha repercussió en el seu entorn social, ja que es produeix un aïllament social, per tant, hi ha un distanciament amb les seves relacions interpersonals, s'augmenten els conflictes familiars i el cuidador principal no té temps lliure, per tant, no pot realitzar les seves aficions.

Referent als aspectes conductuals, la figura cuidadora experimenta alteracions en la conducta alimentària, abús de substàncies, absentisme laboral i augment de les conductes violentes.

Finalment, també hi ha canvis físics, com serien: alteracions cardiovasculars i orgàniques, esgotament, cefalees i problemes de son (Toledo, Á. M., 2008).

### **2.3 Impacte emocional**

A l'hora de valorar l'impacte emocional a nivell familiar i, concretament, en el cuidador principal, s'ha de tenir en compte que l'Alzheimer, és una malaltia en la que, actualment, es desconeix encara la seva cura. Els seus símptomes aniran empitjorant a mesura que transcorre el temps. Llavors, anirà augmentant progressivament les necessitats d'atenció i necessitats del seu cuidador principal.

### 2.3.1 Definició

Leon Sanchez, C. N (2015), parla de l'impacte emocional com que *“les emocions i els sentiments són l'expressió que originem com a resposta a l'impacte que ens produeixen les circumstàncies que succeeixen en la nostra vida. I aquest impacte/expressió és personal, únic i irrepetible; cada persona és un món i vivència els seus sentiments d'una forma peculiar i individual”*.

L'impacte emocional és pitjor quan el malalt conviu de forma quotidiana a casa, és a dir, amb el nucli familiar, per tant, les famílies més petites notaran canvis més significatius en els hàbits familiars. Llavors, els canvis que es produeixen es donaran en dos sentits. Per una banda, repercussió de les relacions que s'estableixen entre els membres familiars i, també, en les relacions socials. Per altra banda, hi haurà un canvi de rols en la família (Silva, V. 2004).

### 2.3.2 Alzheimer i el seu impacte emocional en el cuidador principal

Com ja s'ha dit anteriorment, hi ha una repercussió a nivell psicològic en el cuidador principal de la persona malalta d'Alzheimer. Per tant, els sentiments en els que aquesta figura pot caure com a conseqüència de conviure i atendre a les necessitat del seu familiar malalt són diversos. Encara que cada individu, malalt i entorn familiar són diferents, a continuació s'explicaran algunes de les manifestacions més freqüents en el caràcter que poden aparèixer en el cuidador principal per la sobrecarrega experimentada (Fernández et al., 2010 citat per Burgos, L., 2015):

**Ansietat:** es produeix a conseqüència d'un excés de preocupacions difícils de controlar. Per tant, el cuidador principal que té ansietat es mostra inquiet, irritable, té problemes per a concentrar-se, experimenta tensió muscular, fatiga, problemes en el son, entre d'altres.

**Depressió:** aquest concepte està vinculat a la satisfacció-insatisfacció de la persona amb les seves activitats i plans de vida. La figura cuidadora del malalt, freqüentment es sent esgotat i desbordat amb la situació que viuen. A més, a aquest fet se li suma que, en moltes ocasions, la convivència amb el malalt es dificulti, ja que conforme avança la malaltia, es converteixen en persones més difícils de tractar. Llavors, és molt probable que el cuidador principal sigui objecte de crítiques i queixes. Per tal de poder evitar la depressió, és molt important que aquestes persones trobin fonts d'estímuls, és a dir, que realitzin alguna activitat que els motivi perquè puguin desconnectar del malalt.

**Estrès:** com que l'Alzheimer és una malaltia neurodegenerativa, que es prolonga en el temps i amb símptomes tant conductuals com psicològics i cognitius, es considera que la situació a la que ha de fer front el cuidador principal és d'estrès crònic (Tirado, 2009 citat per Burgos, L., 2015).

A més, també podem trobar altres símptomes, referents al impacte emocional en el cuidador principal, segons Suria, E.S. (2014):

**Tristesa:** el desànim i la tristesa també són sentiments que experimenta el cuidador en la seva vida quotidiana. Diversos estudis corroboren que la sobrecarrega precedent dels cuidats associada amb factors com la visió negativa del cuidador sobre la malaltia, l'absència d'una xarxa de suport social i la difícil relació amb el malalt, augmenten aquests sentiments de desànim i tristesa, resolent-se en una menor satisfacció de la vida.

**Frustració:** el cuidador principal pot sentir-se frustrat al no obtenir resultats positius en la seva labor de cuidar al malalt d'Alzheimer, per tant, això el genera sentiments negatius de desvalorització i d'impotència.

**Soledat:** el cuidador pateix un aïllament, ja que es troba immers en el cuidat del malalt durant tot el temps, per tant, s'aïlla socialment i pateix de soledat en la seva vida quotidiana. A més, algunes vegades, el cuidador principal pot trobar-se en l'obligació de contenir les seves emocions, que juntament amb l'aïllament social, augmenta el sentiment de soledat podent-se manifestar en forma d'ira i impaciència en el cuidat del malalt.

**Disminució de l'autoestima:** el treball que realitza el cuidador no sol ser reconegut i, fins i tot, en alguns casos, pot arribar a ser invisible les tasques que realitzen. A conseqüència d'aquest fet, la figura cuidadora pateix una disminució de la seva autoestima, ja que es sent desvaloritzar i no es sent capaç d'exercir aquest rol.

**Trastorn del procés de dol:** alguns dels familiars del malalt d'Alzheimer, experimenten trastorns en el procés de dol. Conforme va avançant la malaltia, la persona amb aquesta demència va perdent la seva identitat. A conseqüència d'aquest fet, molts dels familiars presenten un dol anticipat, el qual consisteix en el desenvolupament de les diverses fases del dol juntament amb les seves respostes emocionals abans de que es produeixi la pèrdua realment. Per altra banda, existeixen persones que presenten un dol retardat, atès que quan el malalt mor, no tenen una reacció emocional que es correspongui amb el succés de l'esdeveniment.



Finalment, és importat remarcar en el fet que, després de molts anys centrant la seva vida en l'atenció de la persona malalta d'Alzheimer, quan aquesta mor, al cuidador li costa recuperar la seva vida anterior, ja que sent un gran buit. Aquests sentiments aniran disminuint a mesura que la persona reorganitzi la seva vida. Per tant, davant la mort del malalt d'Alzheimer, les respostes emocionals que pateixen les persones, seran molt diferents segons el rol que desenvolupessin amb el malalt i segons el tipus de cuidadors i les seves característiques personals. A més, caldria destacar que el temps de dol varia de sis mesos a dos o tres anys (Fernández et al., 2010 citat per Burgos, L., 2015).

### **3. Marc pràctic**

#### **3.1 Objectius de la recerca**

L'objectiu principal de l'actual Treball Final de Grau és descriure i avaluar l'impacte emocional, en el cuidador principal d'un malalt d'Alzheimer.

#### **3.2 Hipòtesis**

La hipòtesi general és que els cuidadors principals d'un malalt amb Alzheimer mostraran un impacte emocional.

Les hipòtesis específiques són:

- H1: Els cuidadors principals seran majoritàriament dones i, concretament, esposes o filles del malat.
- H2: Els cuidadors principals tindran un nivell d'estudis baix, concretament, els primaris.
- H3: Els cuidadors principals tindran una edat mitja d'uns 45 a 50 anys.
- H4: Les persones que portin més temps exercint el rol de cuidador principal tindran més sobrecàrrega vers els cuidadors que porten menys temps.
- H5: Els cuidadors amb sobrecàrrega intensa experimentaran més depressió i/o ansietat vers les persones amb sobrecàrrega lleu.
- H6: En els cuidadors principals amb sobrecàrrega intensa predominarà més l'ansietat vers la depressió.

#### **3.3 Metodologia**

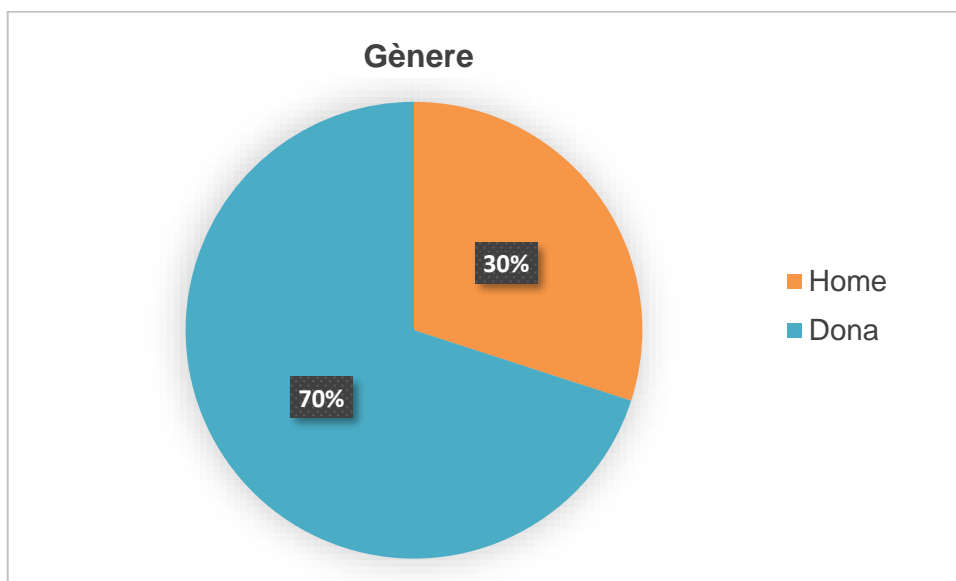
##### **3.3.1 Tipus d'estudi**

Aquest estudi s'ha realitzat a través d'un disseny d'investigació no experimental, concretament, un disseny per enquesta, transversal. Es tracta d'un disseny d'investigació no experimental, ja que no es manipula la variable independent. El disseny d'investigació és l'enquesta, ja que l'instrument de recollida de dades ha sigut un qüestionari, amb la finalitat de poder veure si els cuidadors principals d'un malalt d'Alzheimer experimenten sobrecàrrega emocional. I és transversal, perquè es descriu la població d'un moment determinat.

El mostreig utilitzat ha estat un mostreig no probabilístic, en concret, a propòsit. Es tracta d'un mostreig no probabilístic, ja que com el qüestionari s'ha passat a les persones escollides, és a dir, només aquelles persones que complien uns determinats criteris, han pogut participar en la investigació. Per tant, no tots els elements de la població han tingut oportunitat de formar part de la mostra. Finalment, és un mostreig a propòsit, ja que és vol saber una cosa molt determinada, per tant, es tria el grup a propòsit, en aquest cas, cuidadors principals d'una persona amb Alzheimer.

### **3.3.2 Mostra**

La mostra de l'actual treball és de 10 participants<sup>1</sup>, dels quals el 70% (7) són dones i el 30% (3) són homes. El criteri d'inclusió que s'ha tingut en compte és que les persones enquestades haviem de ser el cuidador principal d'un malalt d'Alzheimer. La mitjana d'edat dels participants, ha sigut de 63,6 anys<sup>2</sup>. Tots els entrevistats han participat en l'estudi de manera voluntària.

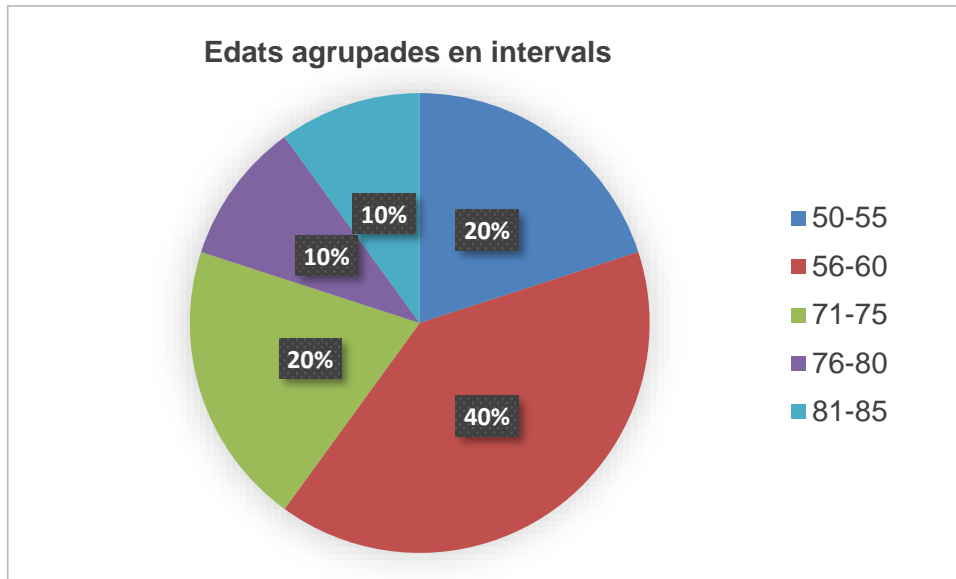


**Gràfic 1.** Gènere dels enquestats

---

<sup>1</sup> Vegeu taula 3

<sup>2</sup> Vegeu taula 6



Gràfic 2. Edat en intervals dels enquestats

### 3.3.3 Instruments

Per tal de recollir les dades, principalment s'han utilitzat quatre instruments, els quals s'ha hagut de quedar amb les persones per tal de poder passar-los. Per una banda, s'ha utilitzat un **qüestionari d'elaboració pròpia**<sup>3</sup>, en el qual es demanen variables sociodemogràfiques i d'interès.

Per altra banda, s'ha utilitzat el **Test de Zarit**<sup>4</sup> o també anomenat com l'escala de sobrecàrrega del cuidador. Té com a objectiu mesurar el grau de sobrecàrrega subjectiva dels cuidadors principals de persones amb trastorns mentals. Aquest test està compost per 22 ítems i les respostes es valoren a partir de l'escala Likert d'entre 1 i 5 punts, en què 1 = Mai, 2 = Poques vegades, 3 = Algunes vegades, 4 = Moltes vegades i 5 = Quasi sempre. Té una durada d'uns 5 a 10 minuts aproximadament i és autoaplicat. La consistència interna de l'escala Test de Zarit és de 0,91 i la fiabilitat test-retest és de 0,68 (Adiper, 2017).

El qüestionari et dona com a resultat el nivell de sobrecàrrega que experimenta la persona que ha realitzat el test. Per tal de saber aquesta puntuació, es sumen els números de totes les respostes i s'obté un puntuació total, amb aquesta suma total podem interpretar que:

- Si obté una puntuació inferior a 47 punts: el cuidador no experimenta sobrecàrrega.

<sup>3</sup> Vegeu annex 2 per a consultar el qüestionari d'elaboració pròpia

<sup>4</sup> Vegeu annex 3 per a consultar el Test de Zarit

- Si obté una puntuació d'entre 47 i 55 punts: el cuidador experimenta una sobrecàrrega lleu.
- Si obté una puntuació superior a 55 punts: el cuidador experimenta una sobrecàrrega intensa.

Altrament, als participants que, segons el test de Zarit, pateixen una sobrecàrrega lleu o intensa, se'ls hi va passar dos qüestionaris més, per tal de determinar d'on provenia aquesta sobrecàrrega.

En primer lloc, s'ha utilitzat la versió adaptada de l'**inventari de depressió de Beck-II<sup>5</sup>** (*Beck Depression Inventory*, BDI), validat al castellà per Sanz et al. (2011). Té com a objectiu detectar i avaluar la gravetat de símptomes típics de la depressió en adults i adolescents a partir de 13 anys. Està compostat per 21 ítems en format Likert, ja que té quatre categories de resposta ordenades que es codifiquen de 0 fins a 3. Per tant, la puntuació obtinguda serà a partir de la suma de les respostes dels 21 ítems. A més, el rang de les puntuacions va des de 0 a 63 punts. Llavors, contra més alta sigui la puntuació, major serà la severitat dels símptomes depressius (de España, C. O. D. P., 2011). S'estableixen quatre tipus en funció de la puntuació total:

- Puntuació entre 0 i 9: no hi ha depressió.
- Puntuació entre 10 i 18: depressió lleu.
- Puntuació entre 19 i 29: depressió moderada.
- Puntuació entre 30 i 63: depressió greu.

Té una durada aproximada entre 5 i 10 minuts i és autoaplicat. Els coeficients sobre la fiabilitat de l'inventari de depressió de Beck-II és de 0,85 i la correlació test-retest és de 0,93.

En segon lloc, s'ha utilitzat la versió adaptada de l'**inventari d'ansietat de Beck<sup>6</sup>** (*Beck Anxiety Inventory*, BAI), validat al castellà per Sanz et al. (2011). Té com a objectiu mesurar la gravetat d'ansietat per a persones de 17 anys o més (la versió original és pot utilitzar en persones a partir dels 13 anys). A més, descriu els símptomes emocionals, fisiològics i cognitius de l'ansietat, per tal de discriminar l'ansietat de la depressió. Aquesta prova, està composta per 21 ítems en format Likert, ja que té quatre categories de resposta ordenades que es codifiquen de 0 fins a 3: en absolut; lleument; moderadament i severament. Llavors, la puntuació és la suma

---

<sup>5</sup> Vegeu annex 4 per a consultar el BDI

<sup>6</sup> Vegeu annex 5 per a consultar el BAI

de les respostes de la persona avaluada a cada un dels 21 símptomes. El rang de les puntuacions va des de 0 a 63 punts, en el que 63 punts correspondria a la màxima ansietat (de España, C. O. D. P., 2011). S'estableixen quatre tipus en funció de la puntuació total:

- Puntuació entre 0 i 7: no es presenta ansietat.
- Puntuació entre 8 i 15: ansietat lleu.
- Puntuació entre 16 i 25: ansietat moderada.
- Puntuació entre 26 i 63: ansietat greu.

Té una durada aproximada entre 5 i 10 minuts i és autoaplicat. Els coeficients sobre la fiabilitat de l'inventari de depressió de Beck-II és de 0,8 i la correlació test-retest és de 0,75.

#### **3.3.4 Procediment de recollida de dades i anàlisi**

Després d'escollir els instruments per poder recollir les dades necessàries, es va buscar a gent que encaixés amb el perfil necessari, en aquest cas, que fos un cuidador principal d'un malalt d'Alzheimer. La recollida de dades de les primeres proves, concretament, van ser les variables sociodemogràfiques i el test de Zarit. Aquestes dades es van recollir del 13 al 31 de Gener del 2018, obtenint així, 10 participants.

Posteriorment, després d'analitzar els resultats del test de Zarit, es va veure convenient que els participants que en aquesta prova haguessin obtingut un resultat de sobrecàrrega lleu o intensa, se'ls hi passés un qüestionari d'ansietat i altre de depressió, el BAI i el BDI, respectivament. Per tal de poder determinar així les possibles causes d'aquesta sobrecàrrega. Aquestes dades es van recollir del 23 Gener al 13 de Febrer. Durant aquest darrer mes, es van operativitzar les variables per tal de poder-les analitzar posteriorment.

Per una banda, les variables operativitzades de les dades sociodemogràfiques i d'interès van ser les següents:

- Nivell d'estudis dels cuidadors principals: es van crear 2 grups en funció del què havien respost els enquestats:
  - Estudis primaris
  - Estudis d'educació secundària obligatòria (ESO)
  - Cicle Formatiu de Grau Superior (CMGS)

Cap dels participants, va respondre tenir un altre nivell d'estudis.

- Estat civil dels cuidadors principals: es van poder extraure 2 grups, en funció de les respostes obtingudes:
  - Casat/da
  - Viudo/aCap dels enquestats, va presentar un altre estat civil.
- Tipus de parentesc amb té amb el malalt d'Alzheimer: es van crear 2 grups en funció del què havien respost els enquestats:
  - Marit / Esposa
  - Fill/a
- Fase de la malaltia on es troba el malalt d'Alzheimer: es van trobar malalts en les tres fases:
  - Primera fase: Lleu
  - Segona fase: Moderada
  - Tercera fase: Greu

Per altra banda, les variables operativitzades dels testos utilitzats van ser:

- Test de Zarit:
  - No sobrecàrrega
  - Sobrecàrrega lleu
  - Sobrecàrrega intensa
- Inventari de depressió de Beck-II (BDI):
  - No depressió
  - Depressió lleu
  - Depressió moderada
  - Depressió greu
- Inventari d'ansietat de Beck (BAI):
  - No ansietat
  - Ansietat lleu
  - Ansietat moderada
  - Ansietat greu

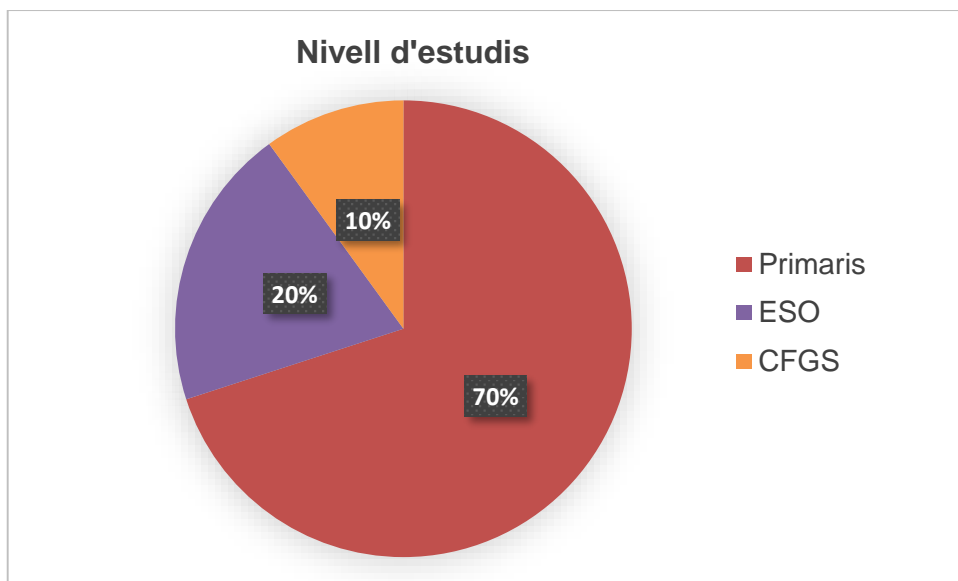
Després de tenir les variables operativitzades, es van transcriure els resultats obtinguts, a partir del programa Excel, en el qual es van introduir totes les dades de cada un dels participants en l'estudi i es va buscar el resultat de cada un dels factors que avaluen les dades sociodemogràfiques i dels tres testos utilitzats, concretament, del Test de Zarit, BAI i BDI.

A continuació, en l'IBM SPSS Statistics, es van introduir les dades extretes de les variables sociodemogràfiques i d'interès de cada un dels enquestats, per tal de poder portar a terme l'anàlisi dels resultats. Finalment, es van realitzar els resultats a partir de taules i gràfiques i, analitzant els resultats, es van poder donar respostes a les hipòtesis plantejades inicialment.

### 3.4 Resultats

A l'estudi, tal com s'ha esmentat anteriorment, han participat 10 persones. Per tal d'exposar els resultats, per una banda, es presenten les variables sociodemogràfiques i d'interès. Per altra banda, s'exposen les puntuacions mitjanes dels tests utilitzats. Finalment, es presenten els resultats de cada hipòtesis.

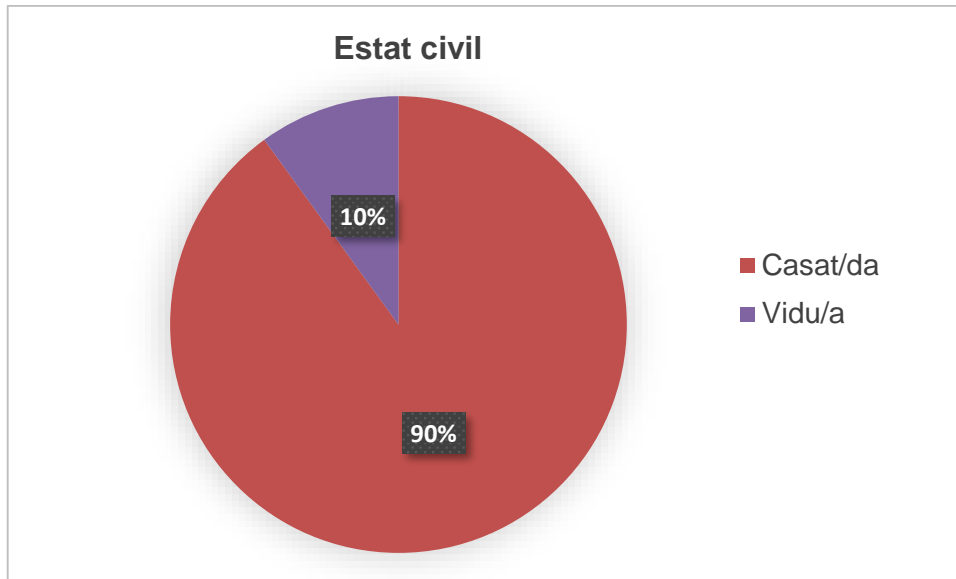
Respecte als resultats de les dades sociodemogràfiques i d'interès, concretament en la variable nivell d'estudis, un 70% (7) de la mostra té únicament els estudis primaris, un 20% (2) ESO i un 10% (1) té un Cicle Formatiu de Grau Superior (CFGS). Llavors, la gran majoria de la mostra participant té els coneixements primaris.



**Gràfic 3.** Nivell d'estudis de la mostra estudiada

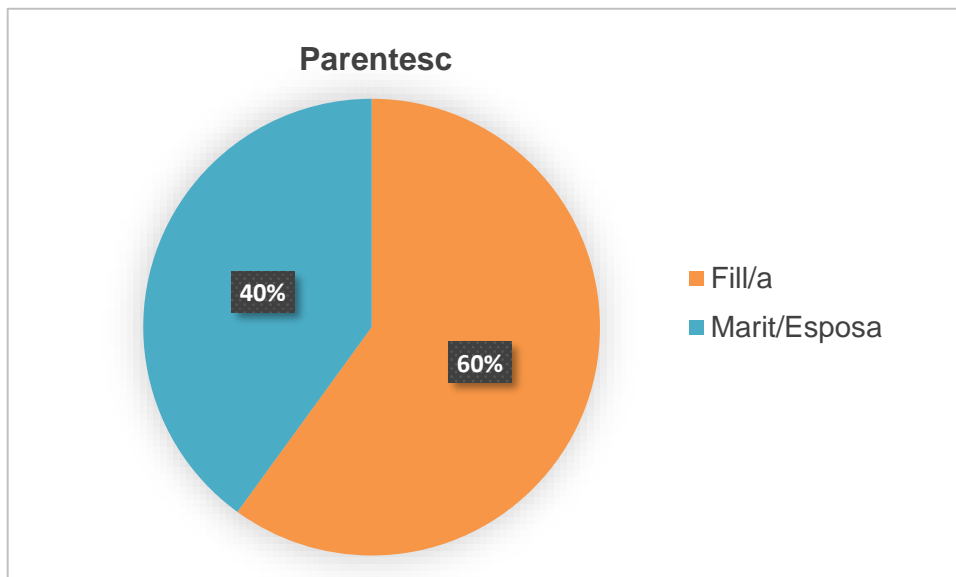
Pel que fa a l'estat civil, els resultats dels participants en l'estudi han estat que un 90% (9) estan casats/des i un 10% són vidus/es. Per tant, la gran majoria de la mostra són casats/des.





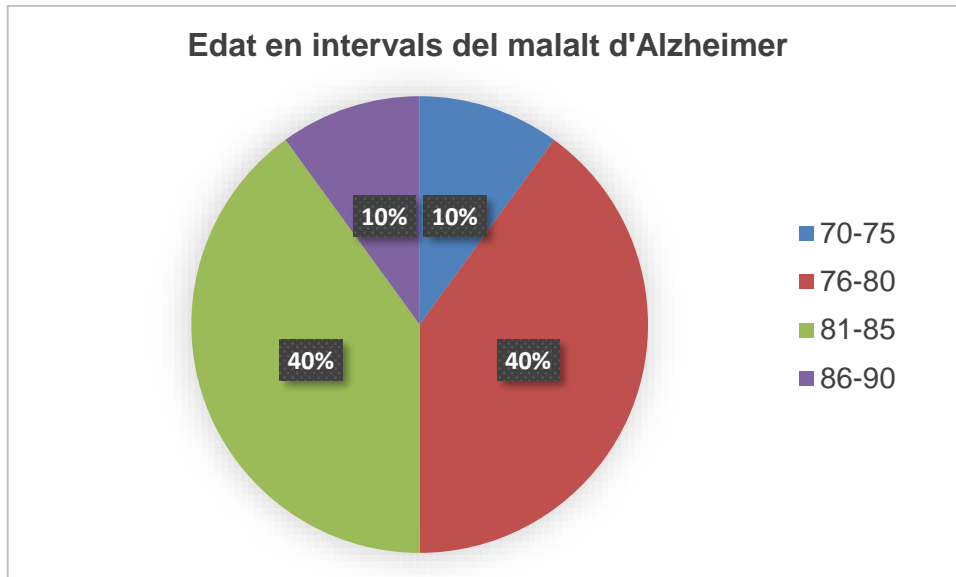
**Gràfic 4.** Estat civil de la mostra estudiada

En relació al parentesc del cuidador principal amb el malalt d'Alzheimer, els resultats de la mostra estudiada han estat que un 60% (6) són marits/esposes del malalt i un 40% (4) són fill/es.



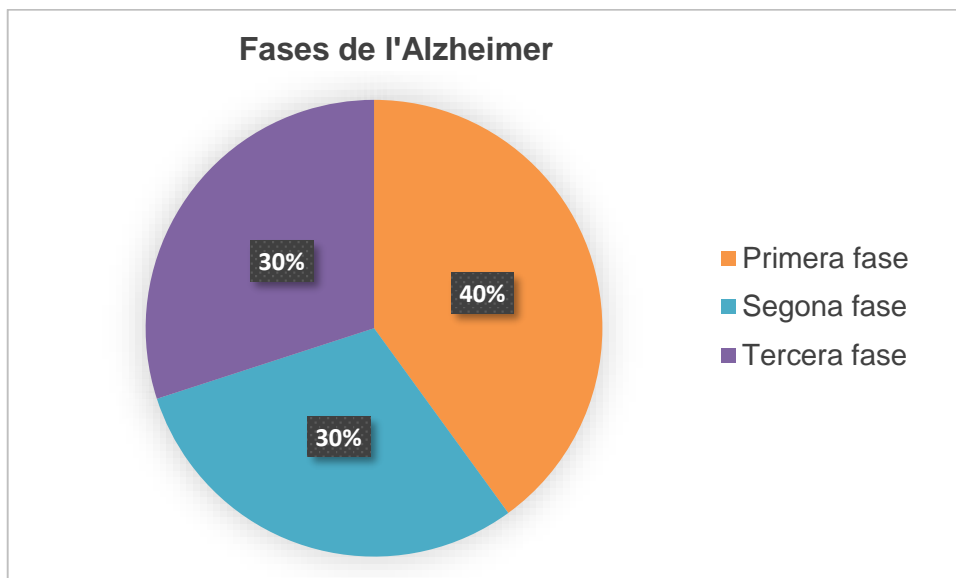
**Gràfic 5.** Parentesc amb el malalt d'Alzheimer de la mostra estudiada

Respecte a l'edat en intervals del malalt d'Alzheimer, les puntuacions que s'han extret de la mostra estudiada ha sigut que un 10% (1) tenen una edat entre 70-75 anys, un 40% (4) presenten entre 76-80 anys, un 40% (4) tenen entre 81-85 anys i un 10% (1) presenten entre 86-90 anys. A més, l'edat mitjana dels malalts de demència ha sigut de 80,3 anys.



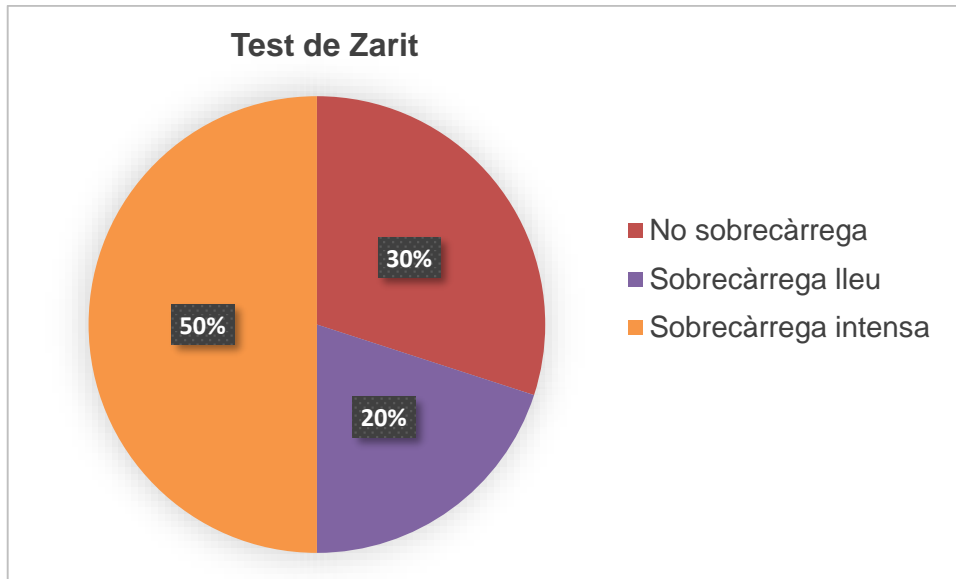
Gràfic 6. Edat amb intervals del malalt d'Alzheimer de la mostra estudiada

Pel que fa a les fases de l'Alzheimer que es troben els malalts de la mostra estudiada, els resultats han estat que un 40% (4) es troben en la primera fase o també anomenada lleu, un 30% (3) està en la segona fase o moderada i un 30% (3) es troba en la tercera fase o greu.



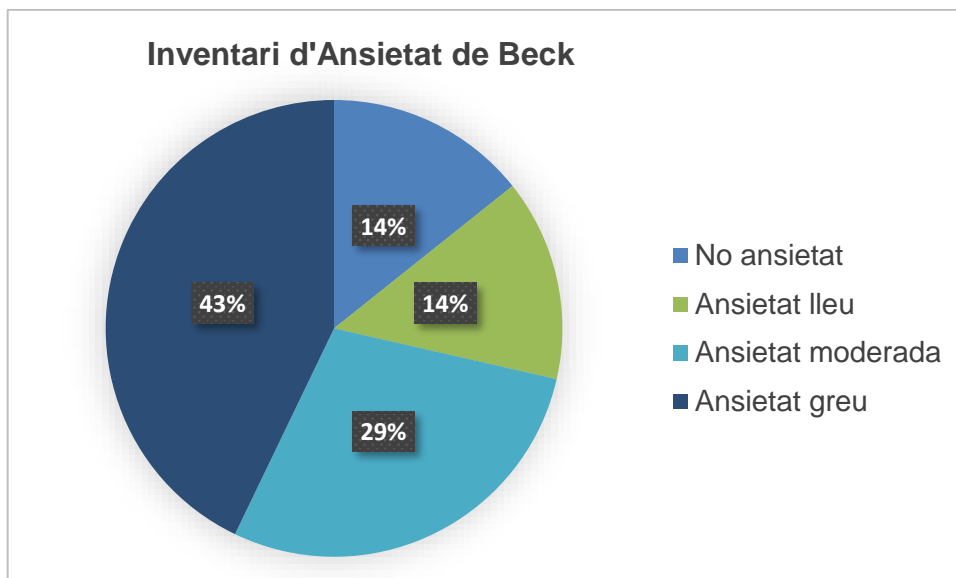
Gràfic 7. Fase de la malaltia de la mostra estudiada

En relació al Test de Zarit que s'ha passat a la mostra estudiada. Les puntuacions que s'han pogut extreure és que un 30% (3) dels cuidadors principals no experimenta sobrecàrrega, un 20% (2) té sobrecàrrega lleu i un 50% (5) experimenta una sobrecàrrega intensa. Per tant, predomina una sobrecàrrega intensa en els cuidadors principals d'un malalt d'Alzheimer.



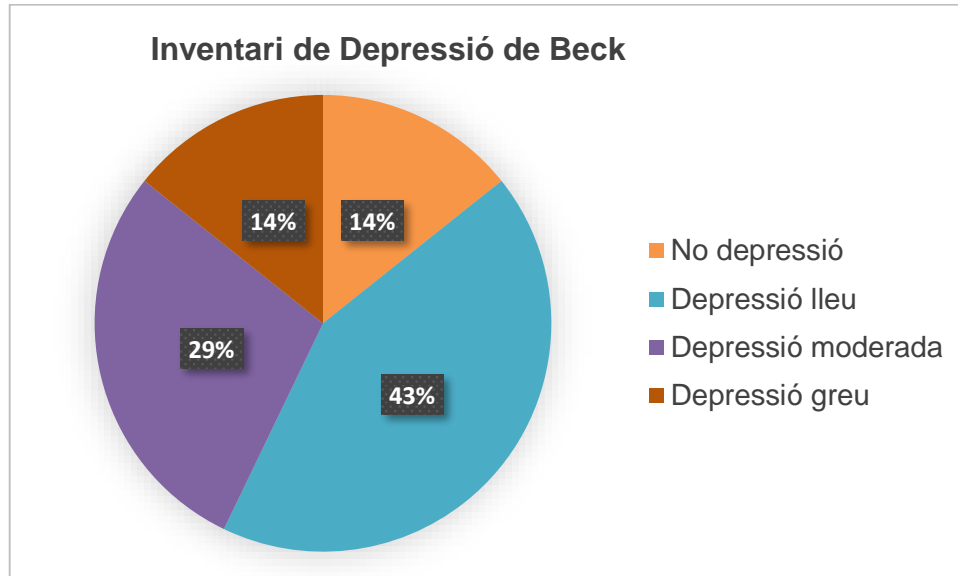
Gràfic 8. Test de Zarit de la mostra estudiada

Respecte a les puntuacions de l'Inventari d'Ansietat de Beck de l'estudi, els resultats que s'han extret han sigut que un 14% (1) dels cuidadors principals no presenta ansietat, un 14% (1) té ansietat lleu, un 29% (2) experimenta ansietat moderada i un 43% (3) experimenta ansietat greu. Per tant, predomina l'ansietat greu en els cuidadors principals dels malalts d'aquesta demència.



Gràfic 9. Inventari d'Ansietat de Beck (BAI) de la mostra estudiada

Pel que fa a l'Inventari de Depressió de Beck que s'ha passat a la mostra estudiada. Els resultats que s'han pogut extreure és que un 14% (1) dels cuidadors principals no presenta depressió, un 43% (3) té depressió lleu, un 29% (2) experimentat depressió moderada i un 14% (1) té depressió greu. Per tant, predomina la depressió lleu en els cuidadors principals dels malalts d'Alzheimer.



**Gràfic 10.** Inventari de Depressió de Beck (BDI) de la mostra estudiada

Respecte a la hipòtesi general, els cuidadors principals d'un malalt amb Alzheimer mostraran un impacte emocional. La població estudiada mostra que un 30% no presenta sobrecàrrega (1), un 20% té sobrecàrrega lleu (2) i un 50% presenta sobrecàrrega intensa (3)<sup>7</sup>. Per tant, un 70% de la mostra presenta sobrecàrrega. A més, la mitjana seria 2,2, per tant, es situaria en la sobrecàrrega lleu. La moda seria 3, atès que el que més ha estat present en els tests ha sigut la sobrecàrrega intensa en els cuidadors principals.

<sup>7</sup> Vegeu el gràfic 8

**Test de Zarit**

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	No sobrecàrrega (1)	3	30,0	30,0	30,0
	Sobrecàrrega lleu (2)	2	20,0	20,0	50,0
	Sobrecàrrega intensa (3)	5	50,0	50,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Taula 1.** Resultats de la hipòtesi general

**Estadístics**

Test de Zarit

N	Vàlid	10
	Perduts	0
Mitjana		2,20
Moda		3
Desviació estàndard		0,919

**Taula 2.** Resultats de la hipòtesi general

Pel que fa a la primera hipòtesi, els cuidadors principals seran majoritàriament dones i, concretament, esposes o filles del malalt. Els participants han mostrat que una freqüència del 70% dels cuidadors principals eren dones i, en canvi, solament un 30% han sigut homes<sup>8</sup>. A més, el 100% de la mostra té una relació de cònjuge o filial amb el malalt d'Alzheimer<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Vegeu el gràfic 1

<sup>9</sup> Vegeu el gràfic 5

### Gènere dels cuidadors principals

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Home	3	30,0	30,0	30,0
	Dona	7	70,0	70,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Taula 3.** Resultats de la primera hipòtesi

### Parentesc amb el malalt d'Alzheimer

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Marit/Esposa	4	40,0	40,0	40,0
	Fill/a	6	60,0	60,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Taula 4.** Resultats de la primera hipòtesi

En relació a la segona hipòtesi, els cuidadors principals tindran un nivell d'estudis baix, concretament, els primaris. Les persones cuidadores principals d'un malalt d'Alzheimer, ha mostrat que, majoritàriament, presenten únicament els estudis primaris, amb una freqüència del 70%. Per contraposició, un 20% dels cuidadors té estudis fins l'ESO i, finalment, un 10% té estudis de cicle formatiu de grau superior<sup>10</sup>.

### Nivell d'estudis dels cuidadors principals

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Primària	7	70,0	70,0	70,0
	ESO	2	20,0	20,0	90,0
	CFGS	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Taula 5.** Resultats de la segona hipòtesi

<sup>10</sup> Vegeu el gràfic 3

Respecte a la tercera hipòtesi, els cuidadors principals tindran una edat mitja d'uns 45 a 50 anys. Segons la mostra estudiada<sup>11</sup>, la mitjana d'edat dels cuidadors ha sigut de 63,6 anys. I l'edat que més s'ha presentat en els participants, és a dir, la moda, ha sigut els 57 anys.

### Estadístics

Edat dels cuidadors principals

N	Vàlid	10
	Perduts	0
Mitjana		63,60
Moda		57
Desviació estàndard		10,669

**Taula 6.** Resultats de la tercera hipòtesi

Pel que fa a quarta hipòtesi, les persones que portin més temps exercint el rol de cuidador principal tindran més sobrecàrrega vers els cuidadors que porten menys temps. A partir dels participants d'aquest estudi, s'ha pogut determinar que les persones que no han presentat sobrecàrrega, porten una mitjana d'un any i mig exercint de cuidador principal. Els participants amb sobrecàrrega lleu, porten una mitjana de 4 anys cuidant al malalt. I, finalment, les persones que presenten sobrecàrrega intensa, porten un mitjana de 5 anys exercint de cuidador principal.

### Informe

Temps exercint de cuidador principal

Test de Zarit	Media	N	Desviació estàndard
No sobrecàrrega	1,50	3	1,323
Sobrecàrrega lleu	4,00	2	2,828
Sobrecàrrega intensa	5,00	5	2,208
Total	3,75	10	2,452

**Taula 7.** Resultats de la quarta hipòtesi

<sup>11</sup> Vegeu el gràfic 2

En relació a la cinquena hipòtesi, els cuidadors amb sobrecàrrega intensa experimentaran més depressió i/o ansietat vers les persones amb sobrecàrrega lleu. Segons la mostra estudiada, la relació del Test de Zarit amb el BDI ha mostrat un chi-quadrat de 0,292. Altrament, la relació entre el Test de Zarit amb el BAI també ha sigut un chi-quadrat de 0,292, per tant, el valor obtingut és més gran de 0,05 i a priori no hi hauria relació entre les variables.

**Test de Zarit \* Inventari de Depressió de Beck**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,733 <sup>a</sup>	3	,292
Razón de verosimilitud	4,557	3	,207
Asociación lineal por lineal	,960	1	,327
N de casos válidos	7		

a. 8 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,29.

**Taula 8.** Resultats de la cinquena hipòtesi

**Test de Zarit \* Inventari d'Ansietat de Beck**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,733 <sup>a</sup>	3	,292
Razón de verosimilitud	4,557	3	,207
Asociación lineal por lineal	,525	1	,469
N de casos válidos	7		

a. 8 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,29.

**Taula 9.** Resultats de la cinquena hipòtesi



Respecte a la sisena hipòtesi, en els cuidadors principals amb sobrecàrrega intensa predominarà més l'ansietat vers la depressió. Segons la mostra estudiada, els participants amb sobrecàrrega intensa han mostrat els següents nivells de depressió, un 40% (2) han presentat depressió lleu, un 40% (2) han mostrat depressió moderada i un 20% (1) han obtingut depressió greu<sup>12</sup>. Altrament, respecte a l'ansietat, hem obtingut que un 20% (1) han presentat ansietat lleu, un 40% (2) han mostrat ansietat moderada i un 40% (2) han obtingut ansietat greu<sup>13</sup>.

#### Inventari de Depressió de Beck

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Depressió lleu	2	40,0	40,0	40,0
	Depressió moderada	2	40,0	40,0	80,0
	Depressió greu	1	20,0	20,0	100,0
	Total	5	100,0	100,0	

**Taula 10.** Resultats de la sisena hipòtesi

#### Inventari d'Ansietat de Beck

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Ansietat lleu	1	20,0	20,0	20,0
	Ansietat moderada	2	40,0	40,0	60,0
	Ansietat greu	2	40,0	40,0	100,0
	Total	5	100,0	100,0	

**Taula 11.** Resultats de la sisena hipòtesi

<sup>12</sup> Vegeu el gràfic 10

<sup>13</sup> Vegeu el gràfic 9

### **3.5 Aspectes ètics**

Pel que fa als aspectes ètics del present treball, es pot corroborar que durant tot el procés d'elaboració del Treball Final de Grau, s'ha mantingut la confidencialitat i l'anonimat dels participants. Així mateix, també s'ha informat als col·laboradors, a partir d'un full de consentiment informat, previ a contestar als qüestionaris, per tal de que tinguessin clars els objectius i finalitats del treball en el qual participaven. També, es va remarcar que, tota la informació extreta dels diversos tests seria utilitzada única i exclusivament per ús acadèmic i per l'elaboració del vigent treball<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Vegeu annex 1 per a consultar la informació i consentiment per als participants

## **4. Conclusions**

### **4.1 Discussió dels resultats**

Pel que fa a la discussió dels resultats, tenint en compte el marc teòric i els resultats extrets del present TFG, a continuació, s'anirà donant resposta a cadascuna de les hipòtesis plantejades anteriorment.

Respecte a la hipòtesi general, els cuidadors principals d'un malalt amb Alzheimer mostraran un impacte emocional. Els resultats obtinguts de la present investigació ha sigut que un 30% no presenta sobrecàrrega, un 20% té sobrecàrrega lleu i un 50% presenta sobrecàrrega intensa. Per tant, la gran majoria de la mostra, concretament, un 70% dels participants presenten sobrecàrrega.

En la mateixa línia, les conclusions que van extraure Pérez Perdomo, M., Cartaya Poey, M., & Olano Montes de Oca, B. L. (2012) en el seu estudi van ser que un 74% dels cuidadors principals experimentava algun nivell de sobrecàrrega, dels quals un 70% presentava sobrecàrrega lleu i un 30% sobrecàrrega intensa. D'altra banda, un 26% dels cuidadors principals no presentava sobrecàrrega en el moment de l'estudi. Per tant, la hipòtesi quedaria confirmada, ja que la gran majoria de cuidadors principals presenten sobrecàrrega.

En relació a la primera hipòtesi, els cuidadors principals seran majoritàriament dones i, concretament, esposes o filles del malalt, es pot afirmar que es compleix la hipòtesi, ja que s'ha pogut comprovar a partir de la investigació portada a terme, que un 70% dels participants en l'estudi eren dones vers un 30% d'homes. Altrament, el 100% dels cuidadors principals té una relació de cònjuge o filial amb el malalt d'Alzheimer, concretament un 60% marits/esposes del malalt i un 40% són fill/es.

Per altra banda, els resultats que van concloure Ramírez, V. J. A. et al. (2013) en el seu estudi és que un 80,1% dels cuidadors principals van ser dones i 19,9% van ser homes. A més, respecte a la relació de la figura cuidadora amb el malalt, van extraure que un 39% eren fill/es, un 28,4% eren cònjuge i un 14,9% els pares.

Per tant, comparant els resultats del present treball amb l'estudi de Ramírez, V. J. A. et al. (2013), es podria considerar que els resultats obtinguts respecte al gènere dels cuidadors principals són similars, els quals podem extreure que el gènere que majoritàriament adopta el rol de cuidador principal seria el de les dones. Respecte a la relació de la figura cuidadora amb el malalt d'Alzheimer, els resultats són una mica

més diferents, ja que en el present estudi no hi ha hagut cap pare/mare cuidador. No obstant això, cal remarcar que els resultats van en la mateixa línia, ja que una gran majoria dels cuidadors principals tenen una relació filial o conjugal amb el malalt.

Pel que fa a la segona hipòtesi, els cuidadors principals tindran un nivell d'estudis baix, concretament, els primaris. Els resultats que mostren aquest estudi verificaria la hipòtesi plantejada, atès que s'ha pogut concloure que una gran majoria, concretament un 70% dels cuidadors, presenten únicament els estudis primaris. Aquests resultats anirien en relació amb la investigació realitzada per Ramírez, V. J. A. et al. (2013), ja que van determinar que una gran majoria dels cuidadors principals presentaven només estudis primaris.

Respecte a la tercera hipòtesi, els cuidadors principals tindran una edat mitjana d'uns 45 a 50 anys, la hipòtesi no es compleix ja que els cuidadors principals d'aquest estudi, han tingut una edat mitjana de 63,6 anys. No obstant això, l'interval d'edat més aparegut en la mostra ha sigut de 56 a 60 anys, un 40% dels cuidadors estava en aquesta franja d'edat. Per tant, el resultat obtingut en l'actual TFG es correspondria amb l'estudi realitzat per Turró-Garriga, O., Soler-Cors, O., Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Vilalta-Franch, J., & Monserrat-Vila, S. (2015) el qual conclou que l'edat mitjana dels cuidadors principals és de 56,6 anys.

En relació a la quarta hipòtesi, les persones que portin més temps exercint el rol de cuidador principal tindran més sobrecàrrega vers els cuidadors que porten menys temps. La hipòtesi és compleix, ja que les persones que no han presentat sobrecàrrega, porten una mitjana d'un any i mig exercint de cuidador principal. Els participants amb sobrecàrrega lleu, porten una mitjana de 4 anys cuidant al malalt. I, finalment, les persones que presenten sobrecàrrega intensa, porten una mitjana de 5 anys exercint de cuidador principal. Per tant, contra més temps exerceixen el rol de cuidador principal, més sobrecàrrega presenten. Aquests resultats anirien en relació amb l'estudi realitzat per Alfaro-Ramírez del Castillo, O. I., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Río, B., & Guevara-López, U. (2008), en el que indica que en l'última etapa s'experimenta un major grau de sobrecàrrega degut al "síndrome del cuidador", on el cuidador principal es troba sobrecarregat degut al temps i quantitat de recursos invertits, ja siguin personals o econòmics.

Pel que fa a la cinquena hipòtesi, els cuidadors amb sobrecàrrega intensa experimentaran més depressió i/o ansietat vers les persones amb sobrecàrrega lleu, la hipòtesi no es compleix, atès que en ambdós casos els resultats del chi-quadrat han sigut de 0,292. El resultat d'aquesta hipòtesi podria ser degut a que no sabem si els participants abans de la investigació patien ansietat i/o depressió o si unes altres circumstàncies els hi estan afectant. A més, s'ha de tenir en compte que la mostra utilitzada ha sigut molt petita.

Respecte a la sisena hipòtesi, en els cuidadors principals amb sobrecàrrega intensa predominarà més l'ansietat vers la depressió. Els resultats que mostren aquest estudi verificaria la hipòtesi plantejada, atès que s'ha pogut concloure que els participants amb sobrecàrrega intensa han mostrat els següents nivells de depressió, un 40% (2) han presentat depressió lleu, un 40% (2) han mostrat depressió moderada i un 20% (1) han obtingut depressió greu. Altrament, respecte a l'ansietat, hem obtingut que un 20% (1) han presentat ansietat lleu, un 40% (2) han mostrat ansietat moderada i un 40% (2) han obtingut ansietat greu. Per tant, segons aquest estudi, els cuidadors principals amb sobrecàrrega intensa experimenten nivells més alts d'ansietat que de depressió. Llavors, es correspondria amb l'estudi realitzat per Domínguez, J. A., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., & Izquierdo, M. T. (2012) en el qual van concloure que un 86% (254) dels cuidadors principals presentaven ansietat vers un 65% (191) que presentaven depressió.

En resum, pel que fa a la discussió dels resultats, es pot concloure que quasi totes les hipòtesis plantejades inicialment, han estat corroborades. Cal tenir en compte, que es podria pensar que hi ha factors que han pogut esbiaixar els resultats, com podria ser que la mostra estudiada és molt petita o com és el cas que no sabem si els participants de la mostra, abans de ser cuidadors principals ja presentaven nivells alts d'ansietat i/o depressió o si algun esdeveniment important els fan tenir alts aquests nivells i no és per realitzar les tasques de cuidador principals en un malalt d'Alzheimer. Tot i així, es pot concloure que, majoritàriament, la mostra estudiada ha presentat un impacte emocional pel fet de ser cuidador principal.

## **4.2 Limitacions i possibilitats de l'estudi**

El present Treball Final de Grau ha tingut diverses limitacions així com també possibilitats i, a continuació s'explicaran.

Pel que fa a les limitacions que conté aquest estudi són:

- Com es tracta d'un mostreig no probabilístic, de mostreig a propòsit, les persones que han participat en l'estudi, han estat escollides, ja que havien de complir uns requisits, per tant, no tothom ha pogut participar en l'estudi i la mostra ha estat difícil d'aconseguir.
- Els resultats presents, extrets d'aquest treball, no es poden generalitzar, ja que és una mostra petita, de 10 participants.
- Hi ha factors com la desitjabilitat social, que no s'ha pogut controlar al llarg de la investigació. No es pot assegurar que els participants, a l'hora de respondre hagin sigut sincers.
- No sabem si els participants que han presentant ansietat i/o depressió és per altres esdeveniments de la seva vida, perquè tenen una personalitat més ansiosa / depressiva o pel fet d'exercir de cuidador principal d'un malalt d'Alzheimer.

Respecte a les possibilitats que conté aquest Treball Final de Grau són:

- Realitzar el present estudi, però amb una mostra més gran.
- Passar un qüestionari d'autoestima, aïllament social i estrès, als cuidadors amb sobrecàrrega, per tal de veure si aquests factors emocionals, s'han vist repercutits, perquè cuiden al malalt d'Alzheimer.
- Fer un estudi longitudinal, per tal de veure si a mesura que passa el temps, els cuidadors principals participants, experimenten un canvi en els seus nivells sobrecàrrega emocional, ansietat i depressió, dels que havien presentat inicialment en l'estudi. Per tal de determinar si a mesura que passa més temps, en una mateixa persona, es presenten canvis rellevants.

### **4.3 Conclusions generals**

Com a conclusions generals a l'hora d'haver realitzat aquest treball, es voldrien destacar diversos punts, que s'explicaran a continuació.

En primer lloc, es considera que l'objectiu principal d'aquest Treball Final de Grau s'ha assolit, atès que s'ha pogut conèixer i avaluar l'impacte emocional que pateixen els cuidadors principals d'un malalt amb Alzheimer i, a més, s'ha pogut també donar resposta a les hipòtesis plantejades. Per tant, s'ha complert la pregunta principal, ja que la mostra estudiada ha mostrat experimentar algun tipus de sobrecàrrega en el cuidat del malalt amb demència.

En segon lloc, els resultats del present treball han conclòs, com ja s'ha dit anteriorment, que els cuidadors principals són dones amb una relació filial o conjugal amb el malalt i amb una edat mitjana de 63,6 anys, que presenten algun nivell de sobrecàrrega, en aquest cas, de tipus més ansiós. Per tant, aquí podríem veure la importància que realitza el psicòleg, tant amb les persones que pateixen algun tipus de demència, com en aquest cas és l'Alzheimer, així com també amb el cuidador principal del malalt i el seu entorn més proper. Per tant, gràcies a aquest treball he pogut enriquir-me personal i professionalment en aquest àmbit de la psicologia, ja que durant el grau no és un tema que s'hagi abordat molt.

En tercer lloc, m'agradaria destacar que l'elaboració del present treball ha permès utilitzar els coneixements adquirits durant el grau de Psicologia. Així com també, reflexionar sobre les dificultats que travessen les persones que han de fer-se càrrec d'un malalt amb aquest tipus de malaltia com és l'Alzheimer i veure que encara queda molt camí per recorre des de la vessant de la medicina i la psicologia pel que fa a les demències. A més, considero que hem de fer conscient a la societat que la tercera etapa de la vida, com és la vellesa, és molt important i no podem deixar oblidades a aquestes persones que ocupen un lloc tan important en la població.

Finalment, en quart lloc, per tal de realitzar una reflexió final i concloure el present treball, s'exposa un text extret de la Fundació Diari d'un Cuidador (2016), en el qual s'expressa de manera breu la difícil situació que experimenten els cuidadors principals d'un malalt d'Alzheimer i que diu així: *“Per saber el que representen certes vivències per algú, es tenen que experimentar en primera persona. Per comprendre l'impacte de malalties com l'Alzheimer o unes altres demències en els cuidadors i ex-cuidadors, hi ha que caminar o haver caminat amb les seves botes”*.

## 5. Referències bibliogràfiques

Adiper (2017). *Test de Zarit*. Recuperat de <http://www.adiper.es/test-de-zarit/>

Alfaro-Ramírez del Castillo, O. I., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Río, B., & Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 46(5).

Alzheimer Universal (2018). *La cajita (Un poema al cuidador)*. Recuperat de <https://www.alzheimeruniversal.eu/2016/10/13/la-cajita-un-poema-al-cuidador/>

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

APA. (2014). Trastorno del espectro autista. Dins Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM – 5 (611-614). Estats Units: Panamericana.

Burgos Nieto, L. (2015). *La sobrecarga de cuidadores informales de enfermos de Alzheimer* (Treball de Fi de Grau no publicat). Universitat de Valladolid, Castella i Lleó.

Castellano Almedia, R. M. (2015). *Impacto del Alzheimer en el cuidador/a principal* (Treball de Fi de Grau no publicat). Universitat de la Laguna, Canàries.

de España, C. O. D. P. (2011). Evaluación del Inventario BAI. *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*.

de España, C. O. D. P. (2011). Evaluación del Inventario BDI-II. *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*.

Domínguez, J. A., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., & Izquierdo, M. T. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *SEMERGEN-Medicina de familia*, 38(1), 16-23.

Fundación diario de un cuidador (2016). *Fundación diario de un cuidador*. Recuperat de <https://fundaciondiariodeuncuidador.org/>

García-Moya, R. (2009). *Guía de cuidadores. Aprender a cuidar y a cuidarse*. Madrid: Santillana Profesional.



Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.

Lara, H. H., Alanís-Garza, E. J., Puente, M. F. E., Mureyko, L. L., Torres, D. A. A., & Turrent, L. I. (2015). Nutrición que previene el estrés oxidativo causante del Alzheimer. Prevención del Alzheimer. *Gac Med Mex*, 151, 245-51.

Leon Sanchez, C. N (2015). *El impacto emocional en los familiares de los pacientes con demencia vascular, que acuden a la consulta externa de neurología del hospital Manel Ygancio Monteros del IESS de Loja. Periodo Diciembre 2014-Junio 2015* (Tesi doctoral no publicada). Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

OMS (2017). *Demencia*. Recuperat de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

Pérez Martínez, V. T. (2005). Demencia en la enfermedad de Alzheimer: un enfoque integral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(3-4), 0-0.

Pérez Perdomo, M. (2008). Orientaciones para una mejor atención de los ancianos con Alzheimer en la comunidad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(4), 0-0.

Pérez Perdomo, M., Cartaya Poey, M., & Olano Montes de Oca, B. L. (2012). Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. *Revista cubana de enfermería*, 28(4), 509-520.

Ramírez, V. J. A., del Río, B. R., Russell, M. E. R., & López, C. G. F. (2013). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y salud*, 18(2), 237-245.

Silva Zavaleta, V. (2004). *Ayúdanos a ayudarles. Manual del voluntario Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Afal.

Suria, E. S. (2014). Cansancio del rol de cuidador: análisis de sus factores relacionados (II). *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 6(3).

Toledo, Á. M. (2008). Repercusión de la enfermedad de Alzheimer en el núcleo familiar. *Poiésis*, 8(16).

Turró-Garriga, O., Soler-Cors, O., Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Vilalta-Franch, J., & Monserrat-Vila, S. (2015). Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer.