

# **El Treball Social en l'acompanyament a malalts d'Alzheimer i les seves famílies.**

Sanz Boto, Ainhoa.

Treball final de Grau.

Tutora: Eva Palasí Luna.

Grau en Treball Social.

Especialització en l'àmbit de la salut, persones grans.

Facultat d'Educació i Treball Social. Universitat Ramon Llull.

Any acadèmic: 2022-2023.

Data de dipòsit: 19 de maig del 2023

**Títol del projecte:** El Treball Social en l'acompanyament a malalts d'Alzheimer i les seves famílies.

**Resum:** Tothom arribarem a fer-nos grans, i envellir implica necessitar d'uns suports en el nostre dia a dia. Ens tornem dependents de la família o de cuidadors externs, tendirem a oblidar coses, dates, persones... però cal marcar un cert límit entre el que es propi de l'envelliment i les malalties neurodegeneratives com l'Alzheimer per poder realitzar un correcte acompanyament. Aquest treball és un aprofundiment teòric sobre el paper dels treballadors i treballadores socials en l'acompanyament als malalts d'Alzheimer i les seves famílies. L'objectiu principal del projecte és poder conèixer en profunditat quines tasques d'acompanyament i suport poden realitzar els treballadors i treballadores socials davant d'un malalt d'Alzheimer i les seves famílies. Aprofundiré en el col·lectiu específic de persones grans, en la malaltia i en els diferents processos per poder fer-hi front de la millor manera possible. S'ha realitzat una cerca de bibliografia específica en els quatre grans punts de desenvolupament, persones grans, demències, Alzheimer i Treball Social en l'àmbit.

**Paraules clau:** envelliment, persones grans, treball social, Alzheimer, acompanyament.

**Título del proyecto:** El Trabajo Social en el acompañamiento a los enfermos de Alzheimer y sus familias.

**Resumen:** Todos llegamos a hacernos mayores, i envejecer conlleva necesitar de unos soportes en nuestro día a día. Nos volvemos dependientes de la familia o de los cuidadores externos, tenemos tendencia a olvidar las cosas, fechas, personas... però hay que marcar un cierto límite entre lo que es propio del envejecimiento y las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer para poder realizar un correcto acompañamiento. Este trabajo es una investigación teórica sobre el papel de los trabajadores i trabajadoras sociales en el acompañamiento a los enfermos de Alzheimer i sus familias. El objetivo principal es poder conocer en profundidad cuales son las funciones de acompañamiento y soporte que realizan los trabajadores i trabajadoras sociales delante de un enfermo de Alzheimer i sus familias. Profundizaré en el colectivo específico de personas mayores, en la enfermedad i en los diferentes procesos para poder hacerle frente de la mejor manera posible. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica específica en los cuatro grandes

puntos a desarrollar, personas mayores, demencias, Alzheimer i Trabajo Social en el ámbito.

**Palabras clave:** envejecimiento, personas mayores, trabajo social, Alzheimer, acompañamiento.

**Project title:** Social Work in the accompaniment of Alzheimer's patients and their families.

**Abstract:** We all get older, and getting older entails the need for some support in our daily lives. We become dependent on family or external caregivers, we tend to forget things, dates, people ... but we must mark a certain limit between what is typical of aging and neurodegenerative diseases such as Alzheimer's in order to make a correct accompaniment. This work is a theoretical research on the role of social workers in the accompaniment of Alzheimer's patients and their families. The main objective is to know in depth what are the functions of accompaniment and support that social workers perform in front of an Alzheimer's patient and their families. I will deepen in the specific group of elderly people, in the disease and in the different processes to be able to face it in the best possible way. A specific bibliographic search has been carried out on the four main points to be developed, elderly people, dementia, Alzheimer's and Social Work in the field.

**Key words:** aging, elderly people, social work, Alzheimer, accompanying

“El enfermo de Alzheimer, lo último que pierde es la sonrisa. La sonrisa es la expresión del niño que nos mira y nos sonríe”.

Tu, avi Ricardo, la persona que em va regalar aquest somriure fins i tot la nit abans de marxar per sempre. Aquest treball va per tu, per no deixar guanyar a la malaltia, pel teu somriure.

Gràcies.

## Índex del treball:

<b>Justificació</b> .....	7
<b>Pregunta inicial i Objectius</b> .....	12
<b>Metodologia:</b> .....	14
<b>Marc teòric:</b> .....	17
1. Col·lectiu persones grans:.....	17
<b>1.2-Recursos per a persones grans.</b> .....	<b>18</b>
<b>1.3-Malalties en persones grans.</b> .....	<b>24</b>
<b>1.4-Estimulació i prevenció per a persones grans.</b> .....	<b>25</b>
<b>1.5-Demències en persones grans.</b> .....	<b>26</b>
2. Demències:.....	28
<b>2.1-Classificació de les demències.</b> .....	31
<b>2.2- Impacte de les demències.</b> .....	31
<b>2.3-Criteris diagnòstics.</b> .....	32
3. Alzheimer: .....	35
<b>3.1-Factors de risc.</b> .....	36
<b>3.2-Tipologies Alzheimer.</b> .....	37
<b>3.3-Fases de l'Alzheimer.</b> .....	38
<b>3.4-Simptomatologia.</b> .....	39
<b>3.5-Família</b> .....	41
4. Treball Social especialitzat en l'acompanyament a malalts d'Alzheimer i les seves famílies. ....	48
<b>Anàlisi de resultats:</b> .....	67
<b>Conclusions:</b> .....	75
<b>Bibliografia:</b> .....	78

## **Índex de taules:**

Taula 1.....	7
Taula 2.....	8
Taula 3.....	9
Taula 4.....	9
Taula 5.....	10
Taula 6.....	10
Taula 7.....	32
Taula 8.....	33

## **Índex de figures:**

Figura 1.....	68
Figura 2.....	68
Figura 3.....	69
Figura 4.....	70
Figura 5.....	71
Figura 6.....	71
Figura 7.....	72
Figura 8.....	72
Figura 9.....	73

## Justificació:

La finalitat del tema escollit per al desenvolupament del meu treball és poder conèixer quina és la funció del treball social en el procés d'acompanyament als usuaris/àries que pateixen l'Alzheimer i el suport que podem donar a ells i les seves famílies. També busco aprofundir en quins aspectes cal millorar o reforçar des del treball social per a donar suport a tot el conjunt, tant usuaris/àries com família, ja que és un procés de dol que no tenim molt conegut al tractar amb el col·lectiu i el seu entorn familiar/social. A més, vull donar a conèixer el paper del treball social en aquest àmbit, ja que molts cops es relaciona amb la branca de psicologia, oblidant que les famílies i usuaris/àries necessiten també suport social. Especialment, en relació a com actuar en aquesta nova etapa i en els nous reptes que hauran d'afrontar.

Les dades existents (Idescat), mostren que fa dotze anys, l'any 2010 la població total de Catalunya a 1 de gener era de 7.462.044 persones, de les quals 1.629.134 eren persones de més de 60 anys, col·lectiu amb el que especialment anirà adreçada la intervenció dels treballadors i les treballadores socials que intervenen en l'àmbit de la malaltia de **Alzheimer**. A 1 de gener del 2022, la població total de Catalunya és de 7.758.615 persones, de les quals 1.961.593 són persones de més de 60 anys. Tenint en compte la pandèmia viscuda l'any 2020 on el número de defuncions d'aquest col·lectiu va ser molt elevada (no tenim una dada aproximada del número de morts), la població envellida va augmentant amb els anys i, per tant, cada cop hi ha més ciutadans amb el risc de patir o patint aquesta malaltia o alguna mena de demència cognitiva.

Taula 01. Població l'any 2010

	Total	Homes	Dones
Població general	7.462.044	3.699.609	3.762.435
+de 60 anys	1.629.134	/	/

Taula d'elaboració pròpia amb dades extretes de la pàgina web: <https://www.idescat.cat/?lang=es>

Taula 02. Població l'any 2022

	Total	Homes	Dones
Població general	7.758.615	3.807.399	3.951.216
+de 60 anys	1.961.593	/	/

Taula d'elaboració pròpia amb dades extretes de la pàgina web: <https://www.idescat.cat/?lang=es>

Dades de la Fundació Pasqual Maragall, l'any 2012, mostren que 1 de cada 10 persones de 65 anys pateixen demències, de les quals un 75% és Alzheimer. Segons les dades extretes del SEN (Societat Espanyola de Neurologia), hi ha un total de 800.000 persones a Espanya amb Alzheimer, de les quals segons la generalitat de Catalunya, unes 86.000 – 100.000 es troben a Catalunya.

L'any 2020, l'INE va recollir que a Espanya, un total de 239'6 mil persones van ser diagnosticades d'Alzheimer. De les quals van ser diagnosticades abans dels 64 anys unes 8,3 mil; entre els 65 i els 79 uns 57,8 mil; i de més de 80 anys unes 172,6 mil persones. Segregant les dades per sexe: 163,2 mil persones eren dones i, només 76,3 mil eren homes.

Una segona dada important a tenir en compte é l'esperança de vida la qual, l'any 2010, es situava entre els 60 i els 90 anys de vida, hi havia un rang d'uns 55,32 anys. Mentre que l'any 2020 és de 54,15 anys. Això és degut a la crisi de la pandèmia de la COVID-19 que vam patir els anys 2019-2020 on les defuncions en aquest col·lectiu a treballar van ser molt elevades i, per tant, l'esperança de vida va disminuir. Però si mirem anys anteriors a la pandèmia com ara l'esperança de vida de l'any 2018 podem veure que era de 57,82 anys, és a dir, tendim a que cada any la gent tingui una esperança de vida més elevada i provoqui un envelliment de la població, fent que entrin en joc més malalties relacionades amb les demències.



Taula 03. Esperança de vida Catalunya

	Total	Homes	Dones
2010	55,32 anys	49,31 anys	60,01 anys
2018	57,82 anys	51,94 anys	62,56 anys
2020	54,15 anys	48,37 anys	59 anys

Taula d'elaboració pròpia amb dades extretes de la pàgina web: <https://www.idescat.cat/?lang=es>

A més, podem veure que els homes entre els 60 i els 90 anys de vida sempre van uns deu anys per sota que les dones, és a dir, l'esperança de vida de les dones és més elevada que la dels homes en el mateix rang d'edat durant tots els anys que hem estat investigant.

Un altre dada que hem considerat important a estudiar és la taxa de mortalitat a Catalunya. En aquest punt també hem de fer menció de totes les morts de les persones grans durant la pandèmia de la COVID-19, ja que les dades han variat a conseqüència d'aquest fet excepcional que va provocar tantíssimes morts.

Taula 04. Taxa de mortalitat Catalunya

	Total	Homes	Dones
2010	59.057	30.260	28.797
2018	65.939	32.992	32.947
2020	78.886	39.295	39.591

Taula d'elaboració pròpia amb dades extretes de la pàgina web: <https://www.idescat.cat/?lang=es>

Com podem veure en la taula anterior, la taxa de mortalitat va augmentat en els anys a conseqüència de la sobre població que hi ha, si tenim en compte les dades per franges d'edat, cada cop hi ha més morts en rangs d'edat com +90 a conseqüència que la gent viu més anys.

Taula 05. Taxa de mortalitat Catalunya per franges d'edat.

	Total	65-74	75-84	+85
2010	49.600	7.897	18.635	23.068
2020	69.293	10.340	19.972	38.9811

Taula d'elaboració pròpia amb dades extretes de la pàgina web: <https://www.idescat.cat/?lang=es>

Si aquests resultats els separem per tipus o causa de la mort podem veure que, com hem vist a més a la web de Fundació Pasqual Maragall (<https://fpmaragall.org/>), la mort per trastorns mentals i del comportament és la quarta causa de mort al món.

Taula 06. Taxa de mortalitat per trastorns mentals i del comportament

	Homes	Dones	Total
2010	952	2.049	3.001
2020	1.208	2.513	3.256

Taula d'elaboració pròpia amb dades extretes de la pàgina web: <https://www.idescat.cat/?lang=es>

Podem veure com amb el pas dels anys, la mort per trastorns mentals i del comportament han anat augmentant també com a conseqüència de l'envelliment de la nostra població, com les persones viuen més anys, desenvolupen més malalties d'aquest tipus i, per tant, la mortalitat creix.

A partir de l'aportació de dades relatives a la mortalitat per trastorns mentals i del comportament, parlarem de com és la mort per demències. La demència no mata a les persones, sinó que és la malaltia neurodegenerativa (com és l'Alzheimer) la que destrueix el sistema nerviós fins al punt de provocar que les nostres funcions vitals deixin de funcionar correctament i acabin causant la mort de les persones que pateixen aquestes malalties (Grans Living, 2021).

Grans Living (2021), divideix la mort per demències en 4 punts:

1. Provoquen caigudes i accidents, ja que amb les malalties degeneratives anem perdent la capacitat de caminar, de mantenir l'equilibri... augmentant el risc de caigudes i accidents que poden provocar la mort.
2. Deixen de menjar, amb la pèrdua de ganes de fer coses, la pèrdua de forces... deixen de sortir a comprar i, molts cops, deixen de menjar, provocant una debilitat que afegeix risc de patir caigudes i infeccions.
3. Pèrdua de deglució i respiració, el cervell comença a perdre facultats com ara la de saber tragar i respirar, això provoca que ens ofeguem o agafem infeccions respiratòries.
4. Auto cura, deixem de cuidar-nos per la debilitat i la falta de forces i per culpa de la pèrdua de facultats i capacitats, perdem el control dels esfínters i la contenció urinària, per tant, podem agafar infeccions que provoquin la mort.

El treball que desenvoluparem a continuació constarà de diferents apartats, primer de tot plantejaré la pregunta inicial i els diferents objectius marcats per a la seva realització, juntament amb un primer apartat de metodologia on s'explica com s'ha anat realitzant la feina (apartats, fases, fonts utilitzades, recollida de dades...).

Posteriorment, trobem el marc teòric del treball dividit en diferents apartats i subapartats corresponents: un primer apartat sobre el col·lectiu de les persones grans, un segon apartat sobre les demències, un tercer apartat sobre l'Alzheimer, un darrer apartat sobre el Treball Social en malalts amb Alzheimer i les seves famílies.

Seguidament hi haurà un bloc d'anàlisi i discussió dels diferents resultats obtinguts i unes petites conclusions per poder finalitzar el treball.

## Pregunta inicial i Objectius

La pregunta inicial que em vaig plantejar quan vaig decidir quin era el tema i el perquè d'aquest va ser si, veritablement, des de Treball Social fèiem tot el possible per poder atendre correctament i donar una resposta als dubtes dels malalts amb Alzheimer i les seves famílies. Em vaig preguntar quines eren les nostres possibilitats i eines d'intervenció en el marc de les funcions i rols del treball social d'aquest col·lectiu. La pregunta que més apareixia al meu cap era per què moltes famílies no coneixien de la figura professional del treballador/a social quan es tracta d'aquesta malaltia, saber com podien accedir a nosaltres i com, un cop establert un vincle, podem millorar la qualitat de vida tant de les famílies com del malalt.

És per aquest motiu que vaig decidir realitzar una recerca d'aquesta informació i poder realitzar un treball d'aprofundiment teòric i per donar resposta als meus dubtes sobre tot el que em movia en aquest àmbit.

Els objectius del treball final de grau que desenvolupo en aquest document son els següents:

- **Objectiu General 1: Conèixer el col·lectiu de les persones grans.**
  - Objectiu específic 1: Identificar les principals característiques i necessitats del col·lectiu a treballar.
  - Objectiu específic 2: Identificar els recursos existents a sistema de serveis socials adreçats a les persones grans.
  - Objectiu específic 3: Fer recerca sobre les malalties més comunes en les persones grans.
  - Objectiu específic 4: Conèixer formes d'estimulació i prevenció de malalties.
  - Objectiu específic 5: Aprofundir en la literatura especialitzada en les demències en les persones grans.
- **Objectiu General 2: Aprofundir en el coneixement sobre les demències.**
  - Objectiu específic 1: Realitzar una cerca general sobre les demències i la seva classificació a partir de fonts especialitzades.
  - Objectiu específic 2: Conèixer l'impacte de les demències en les persones grans.

- Objectiu específic 3: Oferir criteris de diagnòstic de les demències.
- **Objectiu General 3: Conèixer en profunditat la malaltia de l'Alzheimer.**
  - Objectiu específic 1: Cerca d'informació bàsica de la malaltia.
  - Objectiu específic 2: Conèixer els factors de risc identificats en la literatura especialitzada.
  - Objectiu específic 3: Identificar les diferents tipologies d'Alzheimer.
  - Objectiu específic 4: Conèixer les fases i la simptomatologia de l'Alzheimer.
  - Objectiu específic 6: Estudiar l'impacte que té la malaltia en les famílies.
- **Objectiu General 4: Conèixer les funcions del Treball Social en el procés d'acompanyament als malalts d'Alzheimer i les seves famílies.**
  - Objectiu específic 1: Aprofundir en el Treball Social en el col·lectiu de la tercera edat.
  - Objectiu específic 2: Conèixer el Treball Social en l'àmbit de la neurologia i l'Alzheimer.

## **Metodologia:**

El treball que desenvoluparé a continuació és un treball de final de grau d'aprofundiment teòric. Realitzant aquest tipus de desenvolupament busco poder aprofundir en la funció i el rol que desenvolupen els treballadors socials quan ens trobem davant d'un malalt amb Alzheimer i la seva família. Per poder aprofundir en aquestes funcions dividirem la investigació en tres punts o objectius a desenvolupar i realitzarem una investigació de caràcter qualitatiu.

1. En primer lloc he realitzat una recerca centrada en identificar el col·lectiu a treballar, a partir de la cerca d'informació especialitzada i textos sobre les persones grans. També s'ha portat a terme una cerca orientada a identificar les seves necessitats i recursos disponibles, juntament amb quines són les malalties més típiques que apareixen en aquesta franja d'edat que anomenem la senectut.
2. El segon punt sobre el qual he centrat la investigació ha estat en les demències, amb la recerca qualitativa busco poder comprendre com pot iniciar-se aquesta malaltia, quines formes de presentar-se té, simptomatologia, així com altres dades que m'aproximin a conèixer més sobre ella. Juntament amb conèixer quines tipologies de demències hi ha.
3. El tercer focus d'estudi s'ha centrat en l'aprofundiment en la malaltia de l'Alzheimer, poder investigar sobre quins són els recursos que existeixen en la xarxa a nivell de Catalunya i Barcelona. Concretament s'ha aprofundit en els seus símptomes i afectacions, no únicament en el malalt, sinó també en la seva família.
4. La recerca conclou amb la informació sobre quines són les tasques o funcions a desenvolupar per part del treballador/a social amb les famílies i malalts d'Alzheimer, incitant la cerca amb quina és la funció en el col·lectiu general de les persones grans i, a poc a poc, especificant la funció en el grup escollit.

Les diferents fonts d'informació utilitzades per a la redacció del treball són extretes del cercador Google Acadèmic. S'han analitzat principalment dues fonts d'informació materials, en format online i manuals. S'ha accedit a documents, materials, manuals i altres tipologies de documents elaborats per autors especialitzats (psicòlegs, treballadors socials,...) que narren la seva perspectiva sobre el tema amb vivències pròpies o de grups d'ajuda. D'altres materials i fonts d'informació són extretes de blocs web especialitzats en l'àmbit a tractar com Fundacions i Associacions especialitzades en la cura de persones

i famílies amb una persona que pateix Alzheimer. Les dades més quantitatives emparades a la justificació del treball, són totes extretes del web de l'IDESCAT.

Per poder trobar la informació que més m'interessava vaig fer la cerca en quatre apartats, els mateixos que els objectius. Primer em vaig centrar a trobar tota mena d'informació relacionada amb les persones grans per poder donar una resposta als dubtes que van aparèixer amb el primer dels objectius. La segona gran cerca que vaig fer va ser sobre les demències, en aquest cas també vaig consultar, com ja he dit amb anterioritat, manuals de psicologia per poder tenir una informació més acurada del que volia trobar. Amb el tercer punt dels objectius, l'Alzheimer, la cerca d'informació va seguir el recorregut de l'apartat anterior, ja que volia poder contrastar informació abans de començar a redactar. I l'últim apartat va ser completament cercant documents sobre la feina dels treballadors i treballadores socials.

Els criteris que vaig voler seguir per poder fer una cerca més acotada de tota la informació que vaig poder trobar va ser, inicialment, l'any de publicació de les fonts. Vaig intentar centrar-me i agafar únicament els documents que com a màxim fossin de deu anys enrere, però cal dir que hi ha fonts bibliogràfiques de més de deu anys, això és degut al fet que a l'hora de llegir i resumir vaig considerar que aportaven informació molt rellevant per al meu treball. Altres criteris que vaig seguir durant la meva recerca inicial va ser l'idioma, intentava que estiguessin en castellà, català o en anglès, d'aquesta manera podia assegurar la comprensió de la informació sense la necessitat de traductors. El mateix va ser amb les paraules clau, vaig descartar documents on utilitzaven terminologies molt concretes i especialitzades que eren complicades d'entendre o d'explicar per a fer-les atenedibles per a persones que no som de l'àmbit de la psiquiatria o la psicologia.

Un altre criteri que vaig utilitzar i que, curiosament, em va resultar més complicat del que pensava era que els estudis o treballs que s'havien utilitzat fossin del territori que a mi m'interessa, o com a molt a nivell Espanya, ja que una gran majoria dels documents que vaig trobar amb la cerca utilitzaven estudis socials a Llatinoamèrica.

El treball el vaig dividir en diferents fases que explicaré a continuació:

1. Recerca marc teòric: la primera fase va ser la cerca de la informació que considerava més rellevant. Vaig dividir tot el que volia treballar en el marc teòric en possibles punts més concrets per a facilitar la recerca de la informació,

concretant que era el que volia trobar i defensar. Vaig crear un esquema o pluja d'idees amb els diferents punts a desenvolupar per poder tenir més clar els objectius.

També, a mesura que anava cercant i trobant, vaig anar obrint carpetes per poder tenir organitzada la informació que anava trobant i, que en el moment de començar a redactar, fos més senzill de localitzar les cites i documents.

2. Treballar les fonts: un cop vaig haver aconseguit la bibliografia, vaig iniciar la lectura i resum de totes les fonts que havia trobat, escrivint i subratllant els punts que considerava més rellevants i interessants, contrastant amb altres fonts que parlessin del tema i agafant la informació més rellevant i interessant.
3. Desenvolupament del marc teòric: realitzat el punt anterior, vaig iniciar la redacció dels diferents apartats del marc teòric, ordenant tota la informació que havia destacat i que havia considerat rellevant per al desenvolupament del treball de final de grau.
4. Justificació: la cerca de dades per a la justificació va ser per mitjà de les obtingudes per l'IDESCAT, centrar la informació en deu anys enrere, però cal afegir que a conseqüència de la COVID-19, hi ha moltes dades emparades en el meu treball que no estan actualitzades i, per tant, l'última informació de la qual dispo és de l'any previ a la pandèmia o del mateix 2020.
5. Anàlisi dels resultats: per poder realitzar l'anàlisi dels resultats obtinguts amb l'estudi, vaig realitzar un subratllat sobre els punts més importants que volia destacar en aquest apartat i realitzant petits esquemes gràfics per sintetitzar la informació.
6. Conclusions: en les conclusions vaig cerca els objectius marcats a l'inici del treball i vaig respondre als dubtes que tenia quan el vaig iniciar.



## **Marc teòric:**

A continuació iniciarem l'explicació dels diferents punts a tenir en compte en el nostre treball, iniciarem parlant del col·lectiu amb el qual ens centrarem, les persones grans, introduint lleument el següent punt important en el treball, les demències i, en particular, la malaltia de l'Alzheimer. Finalitzarem amb quina és la funció i el paper del Treball Social en aquest col·lectiu de risc, les persones grans amb Alzheimer i les seves famílies.

### **1. Col·lectiu persones grans:**

Quan parlem de persones grans parlem d'un col·lectiu creixent en els darrers anys, com hem vist en l'apartat anterior des del IDESCAT, del total de la població a 1 de gener del 2022 (7.758.615 habitants) 1.961.593 tenen més de 60 anys, però no és fins als 65 anys que una persona passa a formar part del col·lectiu corresponent al de les persones grans i inicia el procés d'envelliment, el qual és un procés gradual i continu natural on les funcions corporals comencen a disminuir. Aquest llindar d'edat, (Stefanacci, 2023), no té cap mena de fonament biològic, sinó que és de caràcter històric, començat a Alemanya quan s'implementa aquesta edat com l'adequada per a la jubilació i, l'any 1965 a Estats Units, passa a ser l'edat per la qual pots optar a l'assegurança de Medicare. Des de llavors no s'ha modificat aquest llindar.

A l'hora de considerar quan envelleix una persona, segons Stefanacci (2023), podem trobar tres tipus d'edat:

- L'edat cronològica (utilitzada actualment pel llindar de 65 anys), on només és té en compte el pas del temps.
- Edat biològica, on tenim en compte els canvis que experimenta l'organisme i que es presenten amb el pas dels anys, però aquests canvis poden afectar abans a algunes persones i més tard a unes altres, ja que va lligat als estils de vida, hàbits que ha tingut la persona i els efectes d'algunes malalties.
- Edat psicològica, com es comporten i se senten les persones. Un exemple clau és el d'una persona de vuitanta anys amb expectatives de futur, activa, que du a terme activitats... parlariem d'una persona jove psicològicament.

Cal esmentar que, aquest llindar de 65 anys ha creat discussió en els darrers anys sobre l'inici de la vellesa. Segons Ramiro et al. (2016), considerar l'edat dels 65 anys com a

inici de la vellesa comença a crear confrontacions, això és a conseqüència de l'augment de l'esperança de vida en els darrers anys i que, tot apunta, a què aquesta esperança de vida seguirà en augment amb el temps a causa dels avenços científics i els canvis socials.

Diferents autors ens presenten la possibilitat de canviar aquest llindar fix de 65 anys per un llindar mòbil o edat perspectiva (Ramiro et al. 2016). Tots aquests anys hem parlat dels 65 anys com inici d'aquesta etapa perquè és una edat fàcil de calcular, on les persones encara, majoritàriament, son conscients de l'edat que tenen i perquè mai ningú s'havia qüestionat canviar-ho. Tenir aquest límit d'edat comporta una imatge incompleta de la vellesa, ja que el fet de centrar-nos només en l'edat cronològica no té en compte els progressos en les condicions de vida, de salut, les habilitats funcionals i l'esperança de vida del moment actual. Per tant, també comporta la creació de polítiques poc adequades pels destinataris, ja que sense tenir en compte els punts esmentats anteriorment, no podem apropar-nos a les necessitats a cobrir.

És per això que es planteja aquesta idea de llindar mòbil per parlar de l'inici de l'envelliment. Aquest llindar té en compte l'esperança de vida i com aquesta ha canviat amb el pas dels anys (on es veuen reflectits els canvis socials com ara els hàbits, els avenços de salut, etc. ) i, per aquest motiu, és pel qual defensen la necessitat de canviar el llindar fix dels 65 anys.

En conclusió d'aquest primer subapartat, l'inici de la vellesa en l'actualitat encara segueix marcat en l'edat cronològica dels 65 anys, tot i que s'està lluitant per realitzar un canvi on es puguin veure reflectits els canvis saludables, hàbits i l'esperança de vida de la població per tal de poder crear polítiques més adequades per a les persones del col·lectiu amb el qual treballem.

## **1.2-Recursos per a persones grans.**

Per començar a parlar sobre els recursos existents adreçats al col·lectiu que estem tractant, parlarem dels serveis recollits a la Cartera de Serveis Socials, un document on hi ha tot el conjunt de prestacions de serveis, econòmiques i tecnològiques de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública i és l'instrument que assegura l'accés a les prestacions garantides de la població que les pugui necessitar. A més, en la Cartera de Serveis Socials està definit cada prestació, explicant a quina població va destinada, quin és l'establiment o equip professional que gestiona la prestació, els perfils i ràtios de professionals,

estàndards de qualitat i quins son els criteris d'accés. (Generalitat de Catalunya 2006, Cartera de Serveis Socials, Llei 12/2007, d'11 d'octubre).

La Cartera de Serveis Socials es regeix per la Llei 12/2007, d'octubre, de serveis socials, amb l'objectiu de regular i ordenar el Sistema de Serveis Socials, per garantir que totes les persones que hi tenen dret puguin accedir als serveis socials i per aconseguir que aquests serveis es prestin amb uns estàndards de qualitat òptims.

Abans d'entrar en quins son els recursos recollits a la cartera de Serveis Socials, definirem que és la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública, el Sistema públic de serveis socials és tot el conjunt d'ajudes, d'equipaments, projectes, programes i prestacions destinats a assegurar el dret de les persones a viure dignament. S'organitza en xarxa, la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública. La finalitat de Serveis Socials és poder assegurar el dret a viure dignament a les persones, poder cobrir les seves necessitats personals tant bàsiques com socials, promoure l'autonomia personal i prevenir les situacions de risc.

Dins de la Cartera de Serveis Socials trobem prestacions garantides i no garantides, les primeres són totes aquelles exigibles com a dret subjectiu, és a dir, les persones que estan en necessitat tenen dret a rebre aquestes prestacions i l'Administració té l'obligació de prestar-les, independentment de la disponibilitat pressupostària. I les prestacions no garantides son aquelles que l'accés es fa d'acord amb els crèdits pressupostaris disponibles, i per poder atorgar-les s'apliquen els principis objectius de prelación i concurrència.

A continuació parlarem de quins son els serveis que dona la Cartera de Serveis Socials per a les persones grans. Abans, però, cal fer menció del copagament, que el 21 de gener del 2019 es va publicar l'Ordre TSF/8/2019, de 15 de gener, de modificació de l'annex de l'Ordre BSF/130/2014, de 22 d'abril, per la qual es determinen els criteris per determinar la capacitat econòmica de les persones que seran beneficiàries de les prestacions de serveis no gratuïtes i de les prestacions econòmiques destinades a l'atenció a la situació de dependència i a la participació en el finançament de les prestacions de serveis no gratuïtes (Generalitat de Catalunya, 2006).

Primer trobem els Serveis socials bàsics amb les següents prestacions:

- Ajuda a domicili, prestació garantida on un equip professional ofereix atenció i ajuda al domicili per millorar la qualitat de vida, l'autonomia personal o les relacions de convivència. Poden rebre aquest servei les persones i famílies amb dificultats d'integració social o falta d'autonomia personal. El pagament del servei és segons el desplegament normatiu.
- Tecnologies de suport i cura, prestació garantida, aparell de teleassistència o telealarma que està connectat les vint-i-quatre hores del dia a un equip de professionals per avisar-los en cas d'emergència. Va destinat a persones amb dependència que viuen soles o amb persones que no poden atendre-les de forma continuada. El pagament és dependent del desplegament normatiu.

Després tenim l'apartat de persones amb dependència:

- Prevenció de les situacions de dependència: prestació garantida, servei coordinat entre serveis socials i els de salut per poder valorar actuacions i programes de prestació i rehabilitació de la dependència, orientar i coordinar. És un servei destinat a persones amb dependència, es gratuït.
- Valoració de la dependència, prestació garantida, on un equip de professionals avalua la persona i fa una proposta de grau i de nivell de dependència, tenint en compte els informes de salut i el seu entorn social. La valoració es du a terme al domicili de la persona sol·licitant. És un servei gratuït i destinat a persones amb dependència.
- Transport adaptat, prestació no garantida, és un servei de transport adaptat per a la persona usuària per facilitar l'accés als serveis socials d'atenció especialitzada o a d'altres que afavoreixin la seva integració. El pagament és segons el desplegament normatiu i va destinat a persones amb dependència.
- Centre per a l'autonomia personal, prestació no garantida, centre on un equip professional informa i orienta sobre les ajudes tècniques, d'accessibilitat i de comunicació per millorar l'autonomia personal. No s'ha de pagar i va destinat a les persones amb dependència o discapacitat.
- Prestació vinculada al servei, prestació garantida, prestació econòmica permanent per accedir a un centre de dia, una residència o als serveis d'ajuda a domicili gestionats per un centre privat, destinat a persones amb dependència i garantit per

a les persones en situació de dependència d'acord amb la disposició addicional cinquena de la Llei 12/2007.

- Prestació d'assistència personal de suport en l'acompanyament a activitats laborals i formatives, prestació garantida per a les persones amb situació de dependència d'acord a la disposició addicional cinquena de la Llei 12/2007. Prestació econòmica permanent per poder contractar el servei d'assistència personal, amb dedicació parcial per a un període màxim de 80 hores mensuals. Destinat a persones amb dependència.
- Prestació per a cures en l'entorn familiar i suport als cuidadors/ores no professionals, prestació garantida per a les persones amb situació de dependència d'acord a la disposició addicional cinquena de la Llei 12/2007. Prestació econòmica per a persones dependents que son cuidades pels seus familiars, destinat a persones amb dependència que viuen amb la família.

Recursos per a persones grans:

- Centre de dia, prestació no garantida, centre que ofereix suport a persones grans que necessiten un seguiment mèdic i ajuda per a la manutenció i higiene personal. L'estada pot ser temporal o permanent. Va destinada a persones de 65 anys i més que s'han de recuperar d'una malaltia... i necessiten que alguna persona els ajudi. S'ha de pagar 529,02€/mes en cas d'estades d'un mes complet o 382,64€/mes per estades d'un mes en dies laborables.
- Atenció integral en l'àmbit rural, prestació no garantida, servei d'atenció continuada i integral per a les persones grans que viuen en zones rurals, s'ofereix al domicili o en un centre. Va destinat a persones de 65 anys i més que viuen en zones rurals i necessiten algú al seu costat per fer les activitats del dia a dia. El pagament és segons el desplegament normatiu.
- Llar residència, prestació no garantida, residència que ofereix allotjament i suport a persones grans per fer les activitats diàries, l'estada pot ser temporal o permanent. S'ha de pagar 672,30€/mes. Destinat a persones de 65 anys i més, autònomes i que vulguin ingressar.
- Residència assistida, prestació no garantida per a persones grans amb risc social (964,48€/mes) i garantida per a persones amb grau de dependència II (1.076,77€/mes) o grau de dependència III (1.201,85€/mes). Residència d'estada

temporal o permanent que ofereix assistència en totes les activitats del dia, les persones destinatàries són gent de més de 65 anys amb grau de dependència i/o risc social.

- Habitatge tutelat, prestació no garantida per a persones de 65 anys i més que per motius socials o familiars no poden viure a casa seva. És un conjunt d'habitatges amb serveis comuns on s'ofereix estada temporal o permanent a persones grans autònomes. S'ha de pagar 224,31€/mes.
- Família d'acollida, prestació no garantida per a persones de 65 anys i més. Persona o família que acull a casa seva una persona gran amb qui no té cap relació familiar, per oferir-li companyia i benestar. El pagament és pendent del desplegament normatiu.
- Tutela, prestació garantida, entitat sense ànim de lucre que ofereix suport i protecció a persones incapacitades judicialment o en procés d'incapacitació, per promoure la seva autonomia i garantir els seus drets personals i patrimonials. Destinat a persones incapacitades legalment o en procés d'incapacitació de més de 65 anys, o de menys de 65 anys amb malalties neurodegeneratives. Servei gratuït.
- Promoció de l'autonomia personal per a persones ateses en centres socio-sanitaris de llarga estada, prestació garantida per a persones en situació de dependència, d'acord amb la disposició addicional cinquena de la Llei 12/2017, per a la resta de persones dependrà de la disponibilitat pressupostària. Servei de suport a les ABVD dirigides a la prevenció i contenció del deteriorament físic i psíquic per tal d'afavorir l'autonomia personal i la integració social. Va dirigir a persones grans de més de 65 anys amb dependència i ateses en centres socio-sanitaris de llarga estada que, per la seva situació física, psíquica i o mental necessiten una major atenció sanitària. S'ha de pagar 18,04€/l'estada.
- Promoció de l'autonomia personal per a persones ateses en hospitals de dia, prestació garantida per a persones en situació de dependència, d'acord amb la disposició addicional cinquena de la Llei 12/2017, per a la resta de persones dependrà de la disponibilitat pressupostària. Servei de suport a les ABVD en les activitats diàries dirigides a la prevenció i contenció del deteriorament físic, psíquic per tal d'afavorir l'autonomia personal i la permanència de la persona en el seu entorn familiar. Dirigir a persones amb més de 65 anys, amb dependència

ateses a hospitals de dia que, per la seva situació física, psíquica o mental necessiten una major atenció sanitària. S'ha de pagar 4,47€/ estada amb servei menjador.

- Pensió no contributiva per jubilació, prestació garantida, econòmica permanent per a les persones grans que no han cotitzat prou temps a la Seguretat Social per rebre una pensió contributiva i que es troben en situació de necessitat. Persones de 65 anys i més amb pocs recursos econòmics.
- Prestació complementaria per a pensionistes de la modalitat no contributiva, prestació garantida per a persones de 65 anys i més amb pocs recursos econòmics, prestació econòmica permanent que complementa la pensió no contributiva per a jubilats quan la persona té pocs recursos econòmics i no pot treballar.
- Prestació per atendre les necessitats bàsiques, prestació garantida per a persones de 65 anys i més amb pocs recursos econòmics. Prestació econòmica permanent per atendre les necessitats bàsiques del dia a dia.
- Prestació per a l'acolliment residencial, prestació no garantida per a persones de 65 anys i més. Prestació econòmica permanent per a persones grans que necessiten entrar en una residència però no tenen suficients diners per accedir a una plaça gestionada per un centre privat.
- Prestació per a centre de dia, no garantida i destinada a persones de 65 anys i més. Prestació econòmica permanent per a persones grans que necessiten entrar en un centre de dia i no tenen suficients recursos econòmics per accedir a una plaça gestionada per una entitat privada.
- Prestació per a habitatges tutelats, no garantida i destinada a persones de 65 anys i més. Prestació econòmica per a persones grans que necessiten entrar en un habitatge tutelat però no tenen suficients recursos econòmics per accedir a plaça gestionada per una entitat privada.
- Prestació per a estades temporals, no garantida i destinada a persones de 65 anys i més amb discapacitat. Prestació econòmica per a persones grans amb discapacitat que necessiten una estada temporal en un centre de dia o residència però no tenen suficients recursos econòmics per aconseguir plaça en una centre privat.

També farem esment dels recursos que el municipi de Barcelona dona al col·lectiu de persones grans amb els quals treballarem. L'ajuntament de Barcelona posa a disposició

de la ciutadania de més de 65 anys els següents recursos: centre de serveis socials, atenció domiciliària, teleassistència, centres de dia, centres residencials, habitatges tutelats, finançament amigable de residències per a les persones grans, habitatges amb serveis, atenció d'urgències socials, programa respir plus, programa viure i conviure, vincles BCN i radars.

Tots els serveis anteriors son de caràcter públic, però també hi ha un gran ventall de possibilitats de recursos i serveis de caràcter privat per al col·lectiu.

### **1.3-Malalties en persones grans.**

El següent punt a tractar son les malalties en les persones grans, quan les persones envellim s'hi produeixen uns canvis en el nostre cos que provoquen un deteriorament i debilitat en la nostra salut. Segons l'OMS, els principals problemes de salut en les persones grans son a conseqüència de les malalties cròniques i no transmissibles.

Podríem dividir les malalties més comunes en el col·lectiu de la següent manera:

- Malalties cardíques: fibril·lació auricular, insuficiència cardíaca diastòlica, arrítmia, hipertensió arterial, ictus, etc.
- Malalties pulmonars: grip, pneumònia, problemes respiratoris.
- Malalties oncològiques: càncer de pròstata, càncer de pulmó, càncer de mama, càncers de les cèl·lules sanguínies, càncer de còlon, etc.
- Malalties osteomusculars: artritis, artrosis, osteoporosi, etc.
- Trastorns mentals: problemes del son, depressió, etc.
- Problemes degeneratius: problemes visuals i auditius, incontinència urinària...
- Malalties renals.
- Malalties hormonals: diabetis
- Malalties neurològiques: demències, Alzheimer, Parkinson, etc.

També cal parlar de la possibilitat de prevenir malalties, un 25% de les malalties venen de base genètica i un 75% son a conseqüència de mantenir uns hàbits de vida poc saludables. Tot i que, la gran majoria de les malalties tenen una base genètica o son derivades del mateix envelliment, es poden intentar prevenir o reduir la seva evolució (Rincón del Cuidador, sf).



#### **1.4-Estimulació i prevenció per a persones grans.**

A continuació, parlarem de possibles accions a realitzar en les persones grans per tal de prevenir o reduir l'evolució i aparició de les malalties en la tercera edat. Primer de tot és necessari mantenir un nivell de vida saludable, amb dietes sanes i equilibrades, deixant de banda el tabaquisme, consum d'alcohol, sedentarisme i les dietes poc equilibrades. És de vital importància poder realitzar activitats físiques de manera freqüent, ja sigui per mitjà d'anar al gimnàs, o a casa. Beure suficient aigua, mantenir-se actiu mentalment per mitjà d'activitats de memòria, lectura... cuidar el descans i les hores de son recomanades, visitar al metge i professionals sanitaris i seguir les seves prescripcions, tractaments i recomanacions. (Mapfre, 2021).

Quan parlem d'estimulació a les persones grans, cal destacar que és important recalcar o emfatitzar en la realització d'aquests estímuls un cop jubilats, ja que és el moment en el qual es pot iniciar un període d'aprenentatge i gaudir amb més intensitat les activitats que ens agraden, és un moment en el qual podem gaudir de molt de temps per realitzar accions de lleure que abans no podíem fer per la falta de temps. També, cal ser conscient que passar de la vida laboral a la jubilació no és sempre un procés fàcil i requereix una adaptació i reajustament de les nostres rutines.

Una recomanació extreta de la web de la Fundació Pasqual Maragall (s.f) per poder iniciar aquest canvi de vida és l'organització del nostre dia a dia, començar a planificar l'agenda i establir nous hàbits i rutines basats en els nostres interessos personals. Cal evitar el sedentarisme i la pèrdua de les relacions socials.

La primera recomanació per estimular a les persones grans és la realització d'exercici físic de manera regular, tenint en compte l'edat i les condicions físiques i de salut que tenim, buscar un esport que ens vingui de gust i ens motivi (anar a màquines al gimnàs, passejar, anar a la piscina) i que, a poc a poc, puguem anar incorporant en el nostre dia a dia.

Una segona opció d'estimulació pot ser la realització d'activitats culturals i socials, és normal que les persones grans tendeixi a crear un aïllament social amb el pas dels anys (viudetat, pèrdua d'amistats), però és en aquest moment on té més importància la creació i manteniment de relacions amb altres persones, hi ha un gran nombre d'activitats

culturals i socials que poden ser beneficioses i poden ajudar a mantenir i crear la xarxa social a la tercera edat.

La lectura, sigui amb el diari o amb llibres, és una activitat molt beneficiosa per estimular en cervell, ens ajuda a mantenir la concentració, l'atenció, ens fa treballar mentalment parlant i posa en marxa la nostra part més imaginativa. Altres activitats semblants i que, també ajuden a la nostra estimulació cognitiva són els jocs de taula, quaderns de dibuix, mots encreuats, llibres per passar l'estona, etc.

També pot ser una bona estimulació el fet de poder assistir a cursos o tallers culturals, anar a museus, veure actuacions de teatre, poder anar a conferències... activitats que, a més, pots realitzar en companyia tant de la família com de la xarxa social.

Un punt fort en l'estimulació del col·lectiu amb el qual treballem és formar part o participar en entitats socials, culturals o esportives, com ara anar a un casal de persones grans o realitzar programes de voluntariats, classes de boixets, entre d'altres. A més de treballar cognitivament, també són llocs on pot començar la creació d'un bon vincle social amb noves persones. En aquests recursos, sovint, hi ha l'oportunitat de realitzar viatges que ens permetran conèixer nous llocs que poden ser propers o endinsar-nos en viatges que ens portin a països completament nous per a nosaltres.

### **1.5-Demències en persones grans.**

Per finalitzar aquest primer apartat parlarem de les demències en les persones grans i quines són les més recurrents en el col·lectiu. Les demències tenen un desenvolupament progressiu i, en fases inicials de la malaltia, sovint es confonen amb petits despistes, oblit sense gaire importància o falta d'atenció per part de la persona que pateix la demència. La velocitat de progressió de la malaltia dependrà molt de la persona i del diagnòstic de demència que pateixi, a causa d'això, destaquem la importància de tenir un bon diagnòstic de la demència per poder començar a treballar perquè aquesta progressió sigui el màxim de lenta possible (Deví et al, 2008).

Les demències es caracteritzen per la pèrdua de memòria i la necessitat de suport i supervisió per a les activitats de la vida diària, juntament amb un canvi de la funcionalitat del cervell (pèrdua de memòria i canvis en la personalitat de la persona afectada). Això, a més d'alterar la funcionalitat per a les ABVD de la persona, també afectarà les seves relacions socials i a la seva normalitat (Deví et al, 2008).

Les demències són el principal problema que afecta la salut de les persones grans i a la seva qualitat de vida. No només hi haurà la pèrdua de memòria i de funcionalitat, sinó que també és necessari fer menció dels canvis de caràcter com ara apatia i falta d'emoció, es perd l'entusiasme i la motivació, com ja hem dit abans s'inicia un procés d'aïllament social, dificultat per la presa de decisions, etc. Les demències més recurrents en el nostre col·lectiu són les següents (Fundació FASS, 2022):

- Malaltia de l'Alzheimer: demència més comuna a les persones grans, simptomatologia de pèrdua de memòria a curt termini, desorientació i problemes en el llenguatge.
- Parkinson amb demència: grans dificultats per mantenir l'atenció i el raonament, presa de decisions i amb canvis d'humor, falta de motivació i apàtic.
- Demències vasculars: accidents vasculars i manifestacions diferents en funció a la zona afectada. Canvis de personalitat, pèrdua d'iniciativa, desorientació, agitació, problemes en el llenguatge, de moviment, memòria, etc.
- Demències frontotemporals: canvis en el caràcter, comportaments alterats, impulsivitat i desinhibició...
- Demència per cossos de Lewy: símptomes psiquiàtrics com ara al·lucinacions o depressió, juntament amb problemes de memòria, rigidesa d'articulacions o tremolors.

Un altre tret important a conèixer sobre la demència, és que les persones grans amb aquest diagnòstic tendeixen a viure molts anys posteriorment al diagnòstic, per això és important el que hem esmentat amb anterioritat, el seu correcte diagnòstic per poder adaptar i abordar millor la situació a treballar. Però cal dir que, els símptomes no són mai exclusius d'una única tipologia de demència i això complica i dificulta el fet de poder tenir o esbrina quin és el diagnòstic concret.

Per poder detectar o descartar el tipus de demència, o poder apropar-nos a un diagnòstic acurat, s'utilitzen proves objectives i de neuroimatge com ara les ressonàncies magnètiques, entrevistes amb el/la pacient i la seva família i proves neuropsicològiques juntament amb tests que ens ajudaran a fer aquest diagnòstic i apropar-nos el màxim a ell.

## 2. Demències:

Abans d'entrar en matèria, explicarem que és la demència i com afecta el col·lectiu corresponent. Huang (2023) en remarca la importància d'entendre la diferència que hi ha entre demència i deliri, ja que la primera afecta la memòria i el deliri afecta la capacitat de prestar atenció; la demència inicia el seu procés de forma progressiva, mentre que el deliri comença de cop i volta i en la seva majoria, té un inici definit. Fem aquest aclariment, pel fet que moltes vegades es poden arribar a confondre quan no hi ha un aprenentatge previ sobre el tema. I també, és important entendre que la depressió no és una demència, ni un tipus, perquè hi ha alguns símptomes a tenir en compte que les diferencien, més endavant veurem que un dels criteris per diagnosticar una demència és que no hi hagi un trastorn mental.

La demència és una síndrome clínica que es troba caracteritzada per un persistent i progressiu deteriorament de les funcions cerebrals superiors, com ara la memòria, el llenguatge, orientació, el càlcul, el judici, la capacitat d'aprenentatge, entre d'altres. Aquest deteriorament comporta una pèrdua d'autonomia en la persona afectada, provocant que cada vegada, aquesta sigui més dependent de les persones del seu entorn. Segons la definició de l'OMS, no afecta la consciència de l'individu, però pot anar acompanyada i, en la majoria dels casos, precedida d'un deteriorament del control emocional, del comportament social o la motivació per a fer tasques. Les demències van més enllà del que es podria considerar una conseqüència normal de l'envelliment, ja que no és una conseqüència inevitable d'aquest procés, Nitrini (2012) ens diu que les demències son causades per diverses malalties o lesions que afecten el cervell i que afecta el sistema nerviós central, parlem d'una malaltia adquirida.

Les dades existents mostren que més del 50% dels ingressos en residències per a persones grans son persones que pateixen una demència, ja que perden la seva autonomia i, arribats a certs punts, la família no pot fer-se'n càrrec, sigui per feina o econòmicament parlant. (Manual MSD, 2022).

Molt sovint, les demències, tendeixen a tenir una evolució lenta, progressiva i irreversible, però també poden instal·lar-se de manera aguda o subaguda i ser reversibles per mitjà d'un tractament específic per a la malaltia que està causant aquesta demència (Nitrini, 2021).

Com ja hem dit amb anterioritat, la demència no és una característica de l'envelliment, sinó que és un trastorn. Podem parlar de canvis cerebrals associats a l'edat, on hi trobem simptomatologia semblant a la demència, però no afecta les capacitats funcionals o a les activitats de la vida diària de la persona. També tenim el deteriorament cognitiu lleu, on hi trobem una major pèrdua de memòria i pot afectar el llenguatge, pensament i sentit comú de la persona afectada, però no afecta les ABVD ara, les persones que pateixen aquest deteriorament, en la seva majoria, al cap de tres anys acaben desenvolupant una demència. I per últim, deteriorament cognitiu subjectiu, on hi ha un deteriorament continu de la funcionalitat mental i la persona ho percep, però no s'identifica amb les proves per al deteriorament cognitiu lleu; les persones amb aquest deteriorament acaben desenvolupant un deteriorament cognitiu lleu i una demència.

No hi parlem de demència en els casos anteriors perquè no hi ha una afectació a les activitats de la vida diària, mentre que quan una persona té i és diagnosticada amb una demència, tenen un deteriorament més greu de les seves capacitats mentals i empitjora amb el temps, fins a arribar a oblidar per complet i ser persones completament dependents per a les ABVD.

Com ja sabem, les demències són trastorns cerebrals i, majoritàriament, sense cap causa (parlem de deteriorament cerebral primari), però hi ha la possibilitat que la demència sigui produïda per altres trastorns.

La majoria dels casos de demència són de la malaltia d'Alzheimer, concretament entre un 60 i 80% dels casos diagnosticats de demència, i hi parlariem d'un deteriorament cerebral primari. Altres demències comunes són: la demència vascular, demència amb cossos de Lewy, demència frontotemporal i demència associada al virus de la immunodeficiència humana (VIH). Destaquem la possibilitat de poder patir més una demència al mateix temps.

Com hem presentat abans, hi ha altres trastorns que provoquen o deriven en demències com ara:

- La malaltia de Parkinson (on la demència apareix al final de la malaltia).
- Traumatismes cranials o algunes tipologies de tumors.
- La malaltia de Huntington
- Malalties produïdes per prions.

- Paràlisi supranuclear progressiva.
- Sífilis que afecta el cervell (neurosífilis).

Un altre apunt interessant extret de Huang (2023), és que tenim uns certs trastorns que provoquen demències que poden ser reversibles o tractables, el que anomenem demències reversibles. Aquestes son reversibles quan el dany provocat al cervell és lleu, en casos on hi ha una lesió greu, no es pot revertir la demència, però si podem evitar noves lesions. Alhora, també tenim malalties que empitjoren (o fàrmacs) els símptomes de les demències, com ara els trastorns autoimmunes, la diabetis, bronquitis crònica i fàrmacs com els somnífers, ansiolítics, alguns antidepressius i els medicaments dels refredats. També tenim que, l'abús de l'alcohol o el seu consum moderat, empitjora la demència.

La funció mental de les persones que pateixen de demència sol tardar entre 2 a 10 anys en deteriorar-se, però la demència progressa segons les causes que provoquen la demència i la persona. Aquest progrés es pot arribar a estudiar tenint en compte els avenços de la malaltia en l'any anterior i intentar "predir" com avançarà la malaltia en l'any actual.

Com hem pogut veure a la definició de l'OMS, la demència consta de tres etapes de progressió:

- Etapa de tempraça: la simptomatologia pot arribar a passar desapercebuda, hi ha una tendència a l'oblit, una pèrdua en la noció del temps i una desubicació espacial.
- Etapa intermèdia: els símptomes son cada cop més evidents i limitadors, obliden esdeveniments recents i noms, s'inicien a desubicar a la seva casa, hi ha dificultats per a la comunicació, comencen a necessitar ajuda en la cura personal i hi ha un canvi en la personalitat/comportament.
- Etapa tardana: hi ha una dependència i inactivitat total, amb greus alteracions en la memòria i símptomes físics evidents. Creixent desubicació del temps i l'espai, ja no hi ha un reconeixement cap als familiars, necessitat cada cop més per ajuda en la cura personal, hi apareix una dificultat per caminar i hi ha alteracions en el comportament que poden derivar en agressions.

## **2.1-Classificació de les demències.**

Podem trobar dues grans formes de classificar les demències, per una banda, la classificació etiològica, on es classifiquen les demències segons les malalties específiques i identificables que han causat la demència (Manual APIR, 2022, pàg. 112-138). Hi trobem:

- Malalties neurodegeneratives (on trobem l'Alzheimer, malaltia de la qual parlarem a l'apartat 3).
- Malalties no neurodegeneratives.
- Demències adquirides i potencialment reversibles.
- Infeccioses.
- Trastorns psiquiàtrics.
- Causes desconegudes/rars.

Aquestes sis tipologies poden agrupar-se en dos grans grups, demències primàries (aquelles que no s'estableix un diagnòstic de causalitat) i demències secundàries (aquelles que apareixen a conseqüència d'una malaltia principal identificada). I també podem trobar les demències reversibles, de les quals hem parlat abans, i les demències irreversibles.

La segona forma de classificar les demències és segons la seva localització (lesió cerebral) i els seus símptomes, classificació neuroanatòmica de les demències, les quals poden ser les següents:

- Demències localitzades: corticals (Alzheimer), subcorticals i axials.
- Demències globals: vasculars i mixtes.

## **2.2- Impacte de les demències.**

A part de l'impacte social que tenen les demències (en concret la malaltia de l'Alzheimer, malaltia de la qual parlarem a l'apartat 3.), l'any 2014 passa a considerar-se un problema financer. Hi ha un important impacte econòmic de caràcter mundial, l'any 2010 el cost global de l'Alzheimer era de 604.000 milions de dòlars, i l'any 2015, va augmentar a 818.000 milions, un increment del 35% en cinc anys" (Garre-Olmo, 2014).

### 2.3-Criteris diagnòstics.

És rellevant destacar la importància, com ja hem dit amb anterioritat, de tenir un diagnòstic correcte per poder iniciar un tractament o habilitar l'entorn del usuari/ària.

Segons Nitrini (2012), hi trobem diferents criteris diagnòstics per poder dur a terme aquesta acció, per una banda, tenim el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM) de l'Associació Americana de Psiquiatria. El DSM-IV ens parla del següent:

- Necessitat de què els dèficits cognitius representin un deteriorament i comprometin de forma significativa les activitats socials i laborals de la persona futurament diagnosticada.
- Un únic dèficit d'una funció cognitiva no és suficient per a diagnosticar una demència sinó que es necessita una alteració de almenys una funció cognitiva a més a més de la memòria.
- L'ítem D que trobem a la taula següent (taula 7) ens relaciona la demència a una única malaltia general, exclouent els trastorns mentals, és a dir, la demència no pot derivar d'un trastorn mental.

Taula 7: Criteris diagnòstics de demència del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)

A1. Deteriorament de la memòria.

A2. Com a mínim una de les següents alteracions cognitives:

- a. Afàsia (trastorn del llenguatge).
- b. Apràxia
- c. Agnòsia
- d. Deteriorament de la funció executiva.

B. Els dèficits cognitius causen un deteriorament significatiu laboral i/o social i hi representen deteriorament significatiu del nivell funcional previ del pacient.

C. Els dèficits cognitius no succeeixen exclusivament durant un episodi de delirium.



D. El quadre pot estar relacionat a una condició mèdica general, als efectes persistents d'alguna substància (incloent toxines), o una combinació dels dos factors.

Font: Nitrini & Dozzi Bruck, 2012, p. 77

Un altre criteri diagnòstic és la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) on també demana que hi hagi una pèrdua de memòria per poder diagnosticar una demència, però aquesta pèrdua de memòria ha de ser-hi present des de fa un mínim de sis mesos i que existeixin alteracions per dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària de la persona.

Altres autors amb un renom en el temari consideren que, no seria essencial l'existència de la pèrdua de memòria per diagnosticar una demència.

L'Any 2011 hi ha una reconsideració dels criteris per poder diagnosticar una demència, permetent que es pugui parlar de demència quan no hi hagi aquesta pèrdua de memòria present. A la taula 8 podem veure quins son els canvis que s'estableixen en els criteris.

Taula 8: Criteris pel diagnòstic de demències de qualsevol etiologia (McKhann et al. 2001; Frota et al, 2011)

1. Demència diagnosticada quan hi ha símptomes cognitius o de comportament neuropsiquiàtrics que:
  - a. Interfereixin amb l'habilitat laboral o activitats usuals.
  - b. Representin deteriorament en relació el nivell funcional i a l'exercici previ del pacient.
  - c. No puguin ser explicats per delírium (estat confusional agut) o per altra malaltia psiquiàtrica major.
2. El deteriorament cognitiu és destacat i diagnosticat mitjançant la combinació de:
  - a. Anamnesi amb el pacient i informant que conegui la història.
  - b. Avaluació cognitiva objectiva, mitjançant un breu examen mental o un examen neuropsicològic. L'examen neuropsicològic ha de ser realitzat quan l'anamnesi i l'examen cognitiu breu realitzat pel metge no siguin suficients per a diagnosticar el quadre amb seguretat.

3. Els dèficits cognitius o de comportament afectin com a mínim dos dels següents dominis:
- a. **Memòria:** pèrdua en la capacitat per adquirir o evocar informacions recents, amb simptomatologia que inclou: repetició de les mateixes preguntes i assumptes, oblit d'esdeveniments, cites o dels llocs on ha guardat objectes personals.
  - b. **Funcions executives:** deteriorament de la capacitat del raonament, dificultat per a realitzar feines complexes amb simptomatologia com: mala comprensió de les situacions de risc, reducció de la capacitat per a moure les finances, per a prendre decisions i planificar activitats seqüencials o complexes.
  - c. **Habilitats visuals – espacials:** amb simptomatologia que inclou: incapacitat de reconèixer cares o objectes comuns, per a buscar objectes dins del camp visual, dificultat per a utilitzar eines, per vestir-se, que no puguin ser explicades per deficiència visual o motora.
  - d. **Llenguatge:** (expressió, comprensió, lectura i escriptura), amb simptomatologia com: dificultat per trobar i/o entendre paraules, errors al parlar i escriure, amb canvis de paraules o fonemes, que no puguin ser explicats per dèficit sensorial o motor.
  - e. **Personalitat o conducta:** amb simptomatologia que incloguin: alteracions de l'humor (labilitat, fluctuacions no especificades), agitació, apatia, desinterès, aïllament social, pèrdua d'empatia, desinhibició, conductes obsessives, compulsives o socialment inacceptables.

Font: Nitrini & Dozzi Bruck, 2012, p. 78

El mateix any, 2011, es reconsidera la denominació de demència per fer un canvi a trastorn neurocognitiu major, això és a conseqüència que la paraula demència, a causa del fet del seu significat etimològic, podria no fer referència o no englobar tots els estadis de la demència, ja que significa condició (ia) d'absència (de) de ment (men) = demència significa absència de ment i no reflecteix l'inici o les primeres etapes de la malaltia. Amb la construcció del DSM-V s'ha tornat a treure la possibilitat de canviar la denominació, i actualment ja s'anomena Trastorn Neurocognitiu Major.

### 3. Alzheimer:

Un cop explicada una mica que és la demència i quins tipus hi ha, iniciarem l'exposició de la demència sobre la qual gira el nostre treball. La malaltia d'Alzheimer, "neix" com a tal l'any 1906 quan Alois Alzheimer descriu els descobriments neuropatològics d'un malalt amb demència (Prieto et al. 2011).

L'Alzheimer és una malaltia cerebral que afecta la memòria, el pensament i el comportament de les persones que la pateixen i, destaca de nou, la importància de no classificar la demència (en aquest cas l'Alzheimer) com a una conseqüència natural de l'envelliment de les persones (Alzheimer's Association, sf).

Ens parla que és una malaltia que va empitjorant amb el temps i presenta una simptomatologia molt diversa, segons cada persona, i que moltes vegades, no afecta al dia a dia de les persones i, per tant, no es dona importància a les símptomes, o es considera que "és cosa de l'edat". Però a mesura que evoluciona la malaltia cada cop ens va limitant més per a la realització de les nostres ABVD. La Fundació Pasqual Maragall (<https://fpmaragall.org/>), afegeix que la persona va perdent la seva autonomia a mesura que hi progressa la malaltia, fins al punt de necessitar una persona que ens ajudi les vint-i-quatre hores del dia. Avui en dia, però encara no es coneix la causa concreta de desenvolupament d'aquesta malaltia.

Pel que fa a el vessant més científic, en el document d'Alzheimer's Association, ens explica que els científics consideren o creuen que aquesta malaltia no deixa que algunes cèl·lules funcionin correctament, però encara no hi ha alguna cosa que ens marqui l'inici concret de la malaltia i quan podria ser el primer símptoma que ens pugui dir quan comença a afectar a les persones de manera concreta. Seguint en aquesta basant, quan el cervell es fa gran hi apareixen les "placas y enredos", la primera son dipòsits d'un fragment de proteïna (beta amiloide) que es van acumulant entre les cèl·lules, mentre que les segones son fibres enrotllades d'una proteïna (Tau) que es van acumulant dins de les mateixes cèl·lules.

En el cas dels malalts d'Alzheimer, el cervell fabrica molts "enredos i placas" seguint uns patrons predicibles en les àrees de la memòria (hipocamp, afectant en concret les noves memòries i l'aprenentatge, per aquest motiu els pacients amb Alzheimer recorden fets del passat, però obliden els més recents) abans d'avançar cap a altres àrees del cervell, amb

el pas del temps es van propagant fins a afectar a la majoria del cervell. Tal com descriu Badia (2021), amb el progrés de la malaltia es van veient afectades les neurones encarregades de "feines" més específiques, com ara les que s'encarreguen de les funcions cognitives superiors (atenció, maneig de les emocions, concentració...).

Els científics creuen que això provoca que es bloquegin o desactivin les comunicacions entre les cèl·lules nervioses i queden trencats els processos perquè les cèl·lules puguin viure i, per tant, moren. A la Fundació Maragall també fan menció que aquestes lesions de les quals parlàvem poden aparèixer per primera vegada entre 15 i 20 anys abans de patir els primers símptomes de la malaltia, el que s'anomena fase preclínica. Tenint en compte aquest detall, a la Fundació li donen la definició de malaltia amb una llarga etapa sense símptomes, seguida per un progressiu deteriorament cognitiu que acaba desenvolupant en una demència.

La mateixa Fundació fa un petit resum de quina és la diferència entre la malaltia d'Alzheimer i la demència. I és que la malaltia d'Alzheimer és la principal causa de demència, és a dir, amb la seva evolució i com ja hem dit abans, acaba convertint-se en una demència.

També ens donen a conèixer que avui en dia encara no hi ha un tractament o medicació que ens ajudi a erradicar la malaltia o prevenir com a tal l'Alzheimer, però sí que tenim medicacions que ens ajuden a disminuir els símptomes, tot i que la seva efectivitat va disminuint amb l'avenç de la malaltia.

### **3.1-Factors de risc.**

Alzheimer's Association descriu el que podrien ser els principals factors de risc per desenvolupar la malaltia:

1. L'edat és un dels principals factors de risc, ja que a partir dels 65 anys augmenta la probabilitat de desenvolupar la malaltia d'Alzheimer.
2. Antecedents familiars: si un pare/mare/germà/ana han patit o pateixen la malaltia hi ha la possibilitat que tu també la desenvolupis amb el pas del temps.
3. Genètica: dels nostres pares heretem els gens APOE, els quals hi ha un en concret (APOE 4) que es considera la principal causa de desenvolupar la malaltia.

4. Altres factors de risc poden ser les lesions al cap (cops per no portar el cinturó al cotxe, cops fent esport...), no mantenir un envelliment saludable, no tenir relacions socials o practicar exercici físic i mental.

Tot i això, des de la Fundació Pasqual Maragall ens fan menció que l'Alzheimer, en la seva majoria, no es considera una malaltia hereditària. Sí que heretem aquest gen que pot ser l'APOE 4, però per si sol, no desenvolupa la malaltia, sinó que és un conjunt de coses que, amb aquest gen, incrementa la possibilitat.

### **3.2-Tipologies Alzheimer.**

Dins dels malalts amb Alzheimer, trobem dues malalties d'Alzheimer, o millor dit, dues tipologies (Garcia, 2022; Fidel et al. 2007). En primer lloc trobem la malaltia d'Alzheimer en edat tempra, on la malaltia es comença a desenvolupar abans de complir els 65 anys d'edat i les seves causes poden ser: per factors genètics a conseqüència de la mutació dels cromosomes associats a la descompensació de proteïnes (amiloidea) i per herència, és a dir, si un familiar ha patit Alzheimer en edat de tempra, és probable que hi aparegui en la descendència; o per factors socials, com ara l'estil de vida de les persones, podria haver-hi una vinculació amb l'alimentació, les relacions, activitats físiques... la simptomatologia d'aquest tipus d'Alzheimer son la pèrdua de la informació apresada recentment, dificultats en la resolució de situacions del nostre dia a dia, pèrdua de la noció del temps i l'espai, dificultat per a la comprensió de situacions i variacions en l'estat d'ànim.

I la segona tipologia és l'Alzheimer a edats tardanes, en la qual ens centrarem més endavant. La malaltia apareix a partir dels 65 anys d'edat, que com ja hem dit amb anterioritat és el llindar en el qual s'inicia la vellesa. Les causes perquè aparegui l'Alzheimer poden ser genètiques, en cas que una persona de la família hagi patit aquesta malaltia i, a conseqüència de factors socials que, tot i no ser del tot segur, ja que no hi ha una evidència científica que ho enllaci, l'estil de vida que hagi portat la persona també influeix en l'aparició de l'Alzheimer. La simptomatologia és la dificultat en la resolució de problemes, pèrdua de memòria a llarga i curt termini, variacions en l'humor, desorientació temporal i espacial i dificultat en l'ús de les paraules.

### **3.3-Fases de l'Alzheimer.**

Badia (2021) ens explica amb claredat que senten les persones amb Alzheimer en les diferents fases que té la malaltia en el seu desenvolupament, de les quals parlarem en una estona. Durant la primera fase de la malaltia, el pacient és 100% conscient del seu deteriorament i provoca sentiments de frustració i de por, senten incertesa pel futur que els hi espera i, fins i tot, poden arribar a sentir vergonya, ja que necessiten ajuda en certs aspectes de la vida, a més poden arribar a sentir-se incompreses, soles i confuses. En la fase més intermèdia de la malaltia deixen de ser conscients d'aquest deteriorament, però no entenen l'entorn que els envolta, no entenen per què necessiten ajuda i els hi provoca agitació, inquietud... a més comença a aparèixer el deteriorament de la capacitat per a regular la seva conducta i apareixen els problemes de percepció, provocant preocupació, dolor i desconfiança de les persones, normalment dels cuidadors externs. En l'última fase de la malaltia, la persona perd la seva autonomia completament, però encara mantenen els records emocionals, i per això, molts cops, reaccionen amb música que els hi agradava de joves o amb alguns familiars.

Badia (2021) també destaca que cada persona i malalt d'Alzheimer és diferent i no sempre totes les persones que desenvolupen la malaltia mostren els mateixos sentiments o emocions vers la malaltia.

Com ja hem presentat anteriorment, la malaltia de l'Alzheimer té diverses fases, concretament quatre. Com ja hem anat anomenant, aquesta malaltia és de progressió gradual i té una taxa de supervivència d'uns deu anys aproximadament. Els símptomes apareixen al voltant dels vuitanta anys, tot i que a partir dels seixanta-cinc ja s'inicia la fase preclínica anomenada amb anterioritat (Manual APIR, 2022, p.122).

1. Fase prèvia: comencen els primers símptomes de la malaltia amb dèficits lleugers de memòria.
2. Fase inicial: duració d'uns 2 a 4 anys on hi ha un deteriorament de la memòria més recent, dèficit per recordar activitats quotidianes, i empobriment del llenguatge i vocabulari.
3. Fase intermèdia: duració d'uns 3 a 5 anys on el deteriorament continua avançant i s'agreuja la desorientació del malalt, iniciant la necessitat de tenir una supervisió.
4. Fase final: la duració és variable, on el pacient ja es troba enllitat, aïllat i en estat vegetatiu fins a la seva mort. El pacient és incapaç de reconèixer-se a si mateix i

augmenten les caigudes, deixen de parlar i relacionar-se... ja és necessari una supervisió total del malalt en aquesta darrera fase.

### **3.4-Simptomatologia.**

A continuació parlarem de quins son els símptomes que pateixen les persones amb Alzheimer, ja hem anat esmentant quins son els primers senyals i signes de la malaltia, però ara entrarem en detall per poder conèixer-los i identificar-los. Prenent de referència el document de la Fundació Maragall, trobem que en la malaltia de l'Alzheimer es poden identificar dos tipus de símptomes claus en els pacients. Per una banda, tenim els símptomes cognitius i, per altra banda, els símptomes conductuals.

1. Símptomes cognitius: apareixen de forma progressiva i, en un inici, poden manifestar-se com petites alteracions de la memòria més recent i problemes en el llenguatge. Apareix l'agnòsia, la dificultat de poder reconèixer i associar/relacionar el que es percep pels cinc sentits, també apareixen els símptomes d'apràxies, dificultats per dur a terme certes accions motores i voluntàries, i a més, comencen les alteracions visuoespacials, és a dir, errors d'estimulació de la distància o reconèixer els espais i entorns, provocant caigudes, confusions i accidents. Alguns exemples més significatius:
  - a) Oblidar-se de les coses que acaben de succeir, però recordar el que passava quan eren petits. Per això hi apareix la desorientació com a un dels símptomes més claus de l'Alzheimer, perdem els records recents i, per tant, desconeixem l'entorn actual.
  - b) Dificultats per saber trobar la paraula exacta per dir les coses, és un símptoma comú dels pacients amb Alzheimer començar a perdre vocabulari, és a dir, empobriment d'aquest i, per això, els hi és complicat desxifrar la paraula concreta que volen dir. A més, en tenir problemes de concentració i atenció, els hi és complicat ser capaços d'estar atents i comprendre una conversació en detall.
  - c) No saber lligar-se les sabates, això és a conseqüència de la pèrdua o alteració de capacitat motora o apràxia, dificultant que els pacients puguin fer determinades accions correctament com ara fer el llaç als cordons, agafar correctament els estris per menjar, etc.

- d) Perdre la capacitat per planificar, a mesura que la malaltia avança perden la capacitat d'organització, de decisió i la realització de raonaments.
- e) Problemes amb calcular distàncies, els hi és complicat ser capaços de processar informació visual de l'espai que els envolta, comencen a tenir problemes d'orientació, no poden saber les distàncies entre coses, reconèixer els entorns que els envolten, perden objectes...
- f) No reconèixer allò que es capta amb els sentits, desenvolupen dificultats per tenir una comprensió de l'entorn, dificultats per relacionar allò que es percep amb el tacte, vista, olfacte amb la seva definició. Perden la capacitat de reconèixer un estímul.

Aquests símptomes seran els que, amb el desenvolupament de la malaltia de l'Alzheimer, les persones començaran a perdre la seva autonomia fins a arribar a necessitar un suport durant tot el dia per poder realitzar les activitats del dia a dia, tornant-se completament dependents de la família o persones externes.

2. Síntomes conductuals: son canvis que estan molt lligats a les lesions que produeix la malaltia al cervell, també hi ha una afectació a conseqüència de la frustració i la irritabilitat que aquests canvis/dificultats donen en les persones malaltes. Alguns exemples:
  - a) Tristesia, apatia i ansietat, sentiments que apareixen en les primeres fases quan el malalt es dona compte, encara, de com va necessitant cada cop més ajuda i perd les seves capacitats per a ser autònom. Perden l'emoció per fer coses i l'interès, tornant-se apàtics. A més, preveuen el que passarà a mesura que avanci la malaltia i els hi crea aquesta ansietat de futur.
  - b) Agitació i actituds desconcertants, canvi constant de lloc, caminar amb dificultats pels espais sense motius, etc. Arriben a ordenar o canviar de lloc les coses repetides vegades, entre d'altres. També poden arribar a delirar o patir al·lucinacions que encara provocaran més agitació i accions inapropiades als malalts, desconcertant als cuidadors i familiars.
  - c) Dificultats per dormir i trastorns del son, mentre creixem i ens fem grans els nostres patrons de son van canviant i evolucionant, però en les persones que pateixen aquesta malaltia encara s'aguditza més. A conseqüència de la falta de llum, augment de les ombres, el cansament son punts que afecten i alteren als malalts d'Alzheimer provocant encara més confusió i agitació. A les nits



tendeixen a aixecar-se més vegades del llit, fins i tot poden arribar a voler sortir al carrer o menjar i, per això, tendeixen a la somnolència al matí, ja que no descansen correctament a les nits.

En clau de petita conclusió sobre l'apartat i amb les diferents lectures, hem pogut deduir la importància d'un diagnòstic precoç de la malaltia, per poder donar temps i espai tant al malalt com als familiars per poder conèixer quina serà la nova situació en la qual s'hauran de desenvolupar a partir d'ara. També hi ha la importància de mantenir un envelliment sa per tal de reduir la possibilitat de desencadenar aquesta malaltia, la importància d'una dieta saludable, seguida d'unes rutines diàries on hi haurà exercici físic i relacions socials per mantenir el cervell actiu.

Com ja hem vist, hi ha certs medicaments/tractaments que poden ser útils per tal de reduir l'impacte dels símptomes, cosa que també pot ajudar al pacient i familiars, però amb l'evolució de la malaltia perden la seva eficàcia, per aquest motiu tornem a dir que és important el dit amb anterioritat per tal de reduir les possibilitats de desenvolupar-la.

### **3.5-Família.**

Un altre punt que considerem important i a tenir en compte quan parlem de l'Alzheimer és com aquesta malaltia pot afectar a les persones que conviuen amb el pacient i als cuidadors, que moltes vegades son els propis fills o nets de la persona afectada. Alameda (2020), ens parla del concepte de “dol anticipat”; l'autor ens parla d'un estudi on van participar un grup de dones amb un familiar amb Alzheimer per identificar quines son les diferents fases de la família quan reben el diagnòstic fins la mort del pacient, però abans de parlar dels resultats d'aquest estudi, volem destacar la reflexió que treu a l'inici de la lectura i és que, com ja hem dit amb anterioritat, l'Alzheimer implica una pèrdua de capacitats i de la pròpia identitat i aquí apareix un primer dol per a la família, parlem d'aquest dol anticipat i no només per la idea de la mort de la persona estimada, sinó que per tot el que comporta l'Alzheimer.

L'estudi es basa en un grup de 6 dones entre els 46 i 56 anys, filles de pacients amb Alzheimer que ara es troben institucionalitzats a residències. El primer punt que destaca l'autora és que el dol anticipat té un impacte emocional major que el dol real per la pèrdua del ser estimat, ja que des del moment en el qual és diagnosticada la malaltia fins a la mort hi ha diverses pèrdues. Alameda (2020) ens dona a conèixer per mitjà de l'estudi

nou punts importants en el procés que han patit les persones implicades: dol anticipat, el dol real, alliberament, culpabilitat, capacitat per a fer front, preparació per a la pèrdua, ajuda professional, principals suports i els sentiments actuals.

La primera pèrdua que ens trobem és la que els professionals anomenen la pèrdua relacional, quan la persona comença a perdre les capacitats biopsicosocials i canvia la seva forma de relacionar-se, creant una sensació d'absència per part de la persona diagnosticada amb Alzheimer.

Una segona pèrdua seria quan els cuidadors familiars ja no poden fer-se càrrec de la persona i decideixen institucionalitzar al familiar a una residència. En aquest moment neixen sentiments de culpabilitat i frustració, tristesa i alliberament, ja que per una banda podem refer la nostra vida i deixar la sobrecàrrega, però ja havies agafat la responsabilitat de cuidar i sents una barreja de sentiments.

Aquest alliberament inicial sempre va lligat del sentiment de culpa pel xoc d'emocions, de pèrdua de la sobrecàrrega i per sentir-nos malament per considerar un alliberament el tancar a un familiar estimat a una residència. En canvi, aquest alliberament no va acompanyat de culpa quan apareix la defunció de la persona malalta, ja que aquesta deixa de patir.

L'última pèrdua que es troben els cuidadors familiars és la mort del familiar i, aquí comença el que anomenem dol real, el que està lligat a la pèrdua física i definitiva d'un ésser estimat.

Alameda (2020) també ens parla de la capacitat per fer front i la preparació per a la pèrdua que comenten les dones de l'estudi, on elles narren estar preparades, entendre i fer front a la pèrdua física de la persona, però no estar-ho per tot el que comporta la pèrdua d'identitat i el canvi de rols amb la persona malalta. Molts cops cuidem als nostres avis o pares en aquests moments, quan han sigut ells els qui ens han cuidat sempre. També destaquen la importància i necessitat d'ajuda professional per fer front a aquest dol anticipat.

El diagnòstic d'Alzheimer d'un familiar, provoca canvis en el nucli familiar, hi apareixen uns canvis dràstics de rols i del funcionament habitual de la família. Aquests canvis aniran a més a mesura que la malaltia comenci a progressar. La Fundació Española de

l'Alzheimer, FAE, també ens menciona aquest canvi de rols com un fet important en l'evolució del nucli familiar quan apareix el diagnòstic d'Alzheimer, ens parla que el cuidador no només haurà de dur a terme el seu rol principal de sempre, sinó que a més haurà de desenvolupar el rol de cuidador, creant una sobrecàrrega en la persona sobre la qual recaurà aquest nou rol (Psicologia Científica, 2020).

Aquesta sobrecàrrega de la persona cuidadora del malalt, el qual cada cop necessitarà més suport i ajuda, afecta les relacions, no només familiars, sinó també a les relacions socials i de feina, ja que la persona cuidadora iniciarà amb problemes i canvis emocionals per culpa d'aquesta càrrega de feina afegida de cuidar. És en aquest punt en el qual destaquem la importància de poder gaudir d'un suport sociofamiliar i professional per poder evitar la sobrecàrrega que pot derivar en problemes greus de salut mental i físics.

Amb aquesta lectura, a més, podem veure que principalment la càrrega de cuidador recau molt més en les dones que en els homes i que en molts casos, tot hi haver-hi germans o més familiars, la feina i responsabilitat de la cura del malalt d'Alzheimer recau en una única persona.

La FAE també ens menciona que, a conseqüència de la sobrecàrrega de la persona cuidadora, perdrà el seu objectiu vital, ja que haurà de dedicar-se a la cura del seu ésser estimat. Apareixeran sentiments negatius que podran provocar baralles en els nuclis familiars a conseqüència del cansament i esgotament per la situació i neix, de nou, la importància del suport sociofamiliar i professional.

Flórez et al. (2003) ens parla de l'IPA, Associació Psicogeriàtrica Internacional, qui considera que els símptomes psicològics i conductuals dels malalts d'Alzheimer són agents potentment estressants i inductors de greus malalties per a les persones que els cuiden, juntament amb el patiment emocional que comporta, com ja hem dit amb anterioritat. Aquesta càrrega és la que perjudicarà, amb el pas del temps, la salut mental del cuidador.

També es destaca que moltes vegades no és la sobrecàrrega de feines domèstiques que necessita la persona malalta, sinó també la càrrega emocional del canvi de rols del que hem parlat anteriorment, on els fills/nets passen a ser els cuidadors dels seus pares/avis, qui els han cuidat durant tota la seva vida, en la seva majoria.

Flóred et al. (2003) també fa referència a la regla principal a tenir en compte en una residència d'avis i és que l'entorn és qui s'ha d'adaptar al malalt i no a la inversa, ja que els canvis provoquen més alteracions als pacients. Aquesta regla no es du a terme molt sovint i, és per aquest motiu, que moltes vegades els pacients s'enfaden amb els cuidadors.

Un cop explicat la repercussió que té sobre el nucli familiar el diagnòstic d'Alzheimer, i com a petita conclusió d'aquest segon bloc, entrarem a parlar de quins recursos hi ha per ajudar a la sobrecàrrega familiar i donar una atenció adequada per als pacients. Primer de tot, i com bé diu la Fundació Pasqual Maragall, és important demanar cita amb Treball Social per tal de poder conèixer quins són els recursos per als malalts, per respondre a la pregunta "i ara què?" que sorgeix quan rebem el diagnòstic d'Alzheimer, ja que mai estem preparats per això.

### *3.5.1-Recursos per a persones amb Alzheimer i demències.*

L'atenció que han de rebre els pacients amb demència i les seves famílies ha de ser integrada, participació plena del sistema sanitari general, evitant la marginació en l'ús de recursos; integral, amb l'abordatge conjunt de la problemàtica clínica, psiquiàtrica, funcional i social; i interdisciplinària, on hi hagi la participació estructurada i interdependent dels diferents professionals implicats (Gil et al. 2004).

Els serveis dels quals ens parla Gil et al. (2004) són els següents:

- Valoració ambulatoria, Unitats de Memòria: aquesta valoració ambulatoria consisteix en el diagnòstic de la demència i els problemes derivats d'aquesta, en règim de consulta externa. En cas que el diagnòstic sigui complex/requereixi tècniques avançades o el malalt sigui candidat per a tractaments en fase d'estudi clínic, són derivats a la Unitat de Memòria, unitats ambulatories que es dediquen al diagnòstic, tractament i seguiment d'aquests pacients més complexos.
- Centres de dia: unitats diürnes multidisciplinàries dirigides a pacients amb un grau de problemàtica social i assistencial important amb disposició d'un cuidador principal, proporcionant assistència continuada per un temps indefinit que possibilita la vida laboral de la família. Trobem dues tipologies de centres de dia:
  - Hospitals de dia: recursos d'orientació diagnòstica-terapèutica, ubicats als propis hospitals.

- Centres de dia: serveis oferts pels Serveis Socials Comunitaris, amb objectius culturals i socials, on també poden haver-hi terapeutes ocupacionals i fisioterapeutes.
- Residències: centres oberts de desenvolupament personal i atenció socio sanitària dirigit a persones sense suport familiar o insuficient i en qualsevol estadi de demència. En els últims anys s'ha estat estudiant la creació d'unitats específiques per a malalts amb demències, amb resultats molt positius.
- Unitats domiciliàries: correspon a l'atenció per part de l'Atenció Primària de Salut.
  - Ajuda social domiciliària, assistència per part d'una persona auxiliar de l'habitatge que dona suport per a les tasques bàsiques de la cura del pacient i de caràcter domèstic. Atenció que penja de Serveis Socials i no dels sanitaris i és té en compte l'assistència informal que presta la família del malalt.
  - Visita domiciliària programada, desenvolupada per part dels equips d'atenció primària que realitzen visites de caràcter mèdic a domicili, incidint en aspectes preventius i de suport.
  - Assistència geriàtrica domiciliària, atenció a les persones grans en el seu propi domicili, desenvolupat des del servei de geriatria dels hospitals. Dirigit principalment a persones grans amb un alt grau de demència.
  - Hospitalització a domicili, tenen com a objectiu disminuir l'estança hospitalària, facilitant la continuïtat del tractament al domicili, evitar les recaigudes i millorar la qualitat de vida dels malalts crònics.
- Recursos socials: són recursos que depenen principalment de les Comunitats Autònomes i dels respectius Ajuntaments, però podem parlar principalment de:
  - Adaptació funcional de l'habitatge: ajudes amb l'objectiu de facilitar la major autonomia dins de l'entorn familiar per mitjà de l'ajut econòmic de les obres d'adaptació necessàries.
  - Ajudes tècniques: objectiu d'afavorir l'autonomia personal i la permanència de les persones grans en el seu entorn habitual per mitjà de l'ajut econòmic i d'altres ajudes tècniques diferents a les anteriors.
  - Serveis d'ajuda a domicili: prestació social mitjançant personal qualificat i preparat.
  - Teleassistència: servei d'atenció o suport personal i social.

- Assistència en centres: ajudes per finançar l'assistència, temporal o permanent, de persones grans a residències.

També podem trobar serveis per a les famílies i cuidadors dels malalts amb Alzheimer com ara (Fundació Pasqual Maragall, 2022):

- Grups terapèutics per a cuidadors: com ja hem comentat durant aquest punt, és important que els cuidadors puguin cuidar-se a si mateixos també per evitar problemes físics i psicològics.
- Unitats de descans pels cuidadors: servei residencial temporal que facilita un període de descans per al cuidador.
- Associacions de famílies: per tal de poder tenir un suport i servei a la família del pacient i els afectats per la malaltia i tot el que comporta aquesta.

### *3.5.2-Activitats per poder ajudar en el domicili al malalt d'Alzheimer.*

Un fet a tenir en compte quan cuidem a una persona que pateix Alzheimer és poder mantenir-los actius amb activitats i estímuls que els ajudin a mantenir les capacitats cognitives i motores durant el màxim de temps possible, a més, amb activitats podrem reduir l'aparició de situacions conflictives al domicili, és important també, que quan pensem quines activitats podríem fer amb la persona malalta, tinguem en compte el nivell de funcionalitat que aquesta té (Gil et al. 2007).

Alguns fets que hauríem de tenir en compte en el moment de dur a terme aquestes activitats d'estimulació són els següents punts:

- És important centrar-nos sempre en les habilitats que la persona encara no ha perdut, fer tot allò que encara pugui gaudir i oblidar-nos del que ja no pot fer.
- Hem de tenir en compte els interessos i els gustos del malalt, fins i tot podem tenir en compte del que ha treballat per pensar en activitats relacionades.
- Podem realitzar un llistat d'activitats per al malalt, així està organitzat i pot ser més senzill per a ell/a. Sempre cal tenir en compte l'opinió de la persona.
- Hem de ser sempre conscients que l'aprenentatge es veu afectat per la malaltia i, per tant, està limitat. Les activitats que pensem perquè aquest pugui realitzar han de ser algunes que la persona ja conegui i hagi realitzat amb anterioritat.

- És important no tirar la tovallola quan intentem que la persona realitzi les activitats i seguir insistint, amb delicadesa, fins i tot podem canviar d'activitat i tornar-ho a intentar en un altre moment.
- Establir una rutina diària, tot i que en un inici sigui complicat, cal insistir; anar alternant activitats d'oci amb altres d'autocura, exercici físic o intel·lectual...
- És important no saturar al malalt amb activitats.
- Destacar la importància de fer activitats que requereixen més esforç durant el matí i d'altres més tranquil·les a les tardes, ja que és quan estan més cansats i tendeixen a la saturació o irritabilitat.
- Amb el temps perden capacitats i, per tant, és important anar adaptant les activitats.
- Activitats de lectura, escriptura... sempre de forma senzilla i amb supervisió.
- Provar amb jocs tradicionals, pel fet que solen ser els més agradables per als malalts.
- També podem sol·licitar la seva ajuda per a les tasques de la casa com ara posar la taula, escombrar... sempre amb una supervisió.
- Parlar amb la persona és una de les activitats més importants a dur a terme, perquè pot ajudar molt en la seva estimulació. Podem parlar de la seva feina, poble on va néixer... de coses del passat, ja que és la memòria que més triga a desaparèixer.
- És molt important la realització d'exercici físic de manera regular. Evitar sempre la fatiga i el dolor, buscar alternatives. Fins i tot, amb l'ajuda d'un professional, poden fer moviments passius.
- Sempre que sigui possible, intentar fer un passeig.
- Gaudir de les activitats que es puguin fer conjuntament amb els malalts, com ara veure una pel·lícula, ballar, riure...
- Quan el pacient està en una fase avançada de la malaltia hem de buscar activitats que siguin senzilles de realitzar, com ara netejar la taula amb un drap...
- Supervisa sempre els materials necessaris per a les activitats.
- Hem de valorar l'esforç que la persona malalta està fent en les activitats.
- Comprovarem sempre que la persona malalta estigui utilitzant els aparells que necessita pel seu dia a dia (ulleres, audiòfons...) i que l'entorn sigui segur per a ell/a.

- Reforçar que la persona es senti útil quan estigui participant i, transmetrem la importància de la seva ajuda en les activitats.

#### 4. Treball Social especialitzat en l'acompanyament a malalts d'Alzheimer i les seves famílies.

Per començar el darrer apartat del marc teòric, parlarem sobre quina és la funció dels treballadors i les treballadores socials quan tracten amb pacients amb Alzheimer i les seves famílies, iniciant aquest apartat explicant les funcions generals dels treballadors i treballadores socials en el col·lectiu de la tercera edat.

##### **4.1-Treball Social en el col·lectiu de la tercera edat.**

L'objectiu és poder conèixer i transformar la realitat que viuen les persones grans, assolint un benestar col·lectiu tant en caràcter individual, com familiar i comunitari. Els treballadors i treballadores socials realitzen una valoració de la demanda que els hi porta la persona gran i/o la seva família, en funció de la seva situació, i de les necessitats existents i els recursos disponibles, es farà el disseny de la intervenció social. Per tal de poder realitzar un bon diagnòstic i orientació, és molt important realitzar una bona recollida de dades.

Quan parlem de la funció dels professionals en la tercera edat, estem parlant de totes les funcions que es poden realitzar, siguin directes o indirectes (Filardo, 2011):

- Atenció directa:
  - Realitzem una funció preventiva, amb la detecció precoç i de prevenció dels problemes socials que puguin dificultar la integració social de les persones grans.
  - Funció promocional, on desenvolupen les capacitats naturals de les persones grans per tal de poder prevenir o pal·liar la seva problemàtica social, intentant fomentar una participació activa.
  - Funció assistencial, on es busca augmentar la capacitat dels usuaris i fomentar la utilització de recursos per poder satisfer les seves necessitats socials.



- Funció rehabilitadora, consisteix en rehabilitació i reinserció social de totes aquelles persones grans que han patit o estan patint una disminució de caràcter físic, psíquic o social.
- Funció informativa, on han d'informar els usuaris sobre els drets i recursos socials, juntament amb l'assessorament davant de les demandes plantejades.
- Atenció indirecta:
  - Coordinació, optimització dels recursos i planificació de possibles alternatives d'intervenció.
  - Treball comunitari, busquen potenciar dels recursos de la comunitat en la resolució i prevenció de les diferents problemàtiques socials.
  - Gestió orientada cap a la tramitació dels diferents recursos per a l'atenció i intervenció social.
  - Aportar documentació, com ara el disseny, elaboració i complementació dels diferents instruments del treball social.
  - Realitzar una planificació i avaluació, disseny de plans, programació, serveis i polítiques socials.
  - Formació, docència i investigació.
  - Direcció, gestió, planificació i organització de centres de persones grans.

Totes aquestes funcions explicades amb anterioritat, tant d'actuació directa com d'actuació indirecta, són les quals es duen a terme en la intervenció socio sanitària per part de Treball Social. La finalitat d'aquestes és poder mobilitzar tots els recursos, ja siguin formals o informals, de l'entorn del col·lectiu sobre el qual s'està treballant, amb la finalitat de poder donar una correcta resposta de qualitat a les diferents necessitats i demandes plantejades (Filardo, 2011).

Les funcions i intervencions del treball social sanitari cobren molta importància quan parlem de persones grans que pateixen una malaltia neurològica, com ara l'Alzheimer, Olmedo (2020), tal com desenvoluparem en l'apartat 4.3.

També s'ha de vetllar per la qualitat dels serveis que s'estan oferint, de la mateixa manera que es pot impulsar i donar empenta a la creació de suports per a les famílies, que són els encarregats o prenen la posició de cuidadors principals de les persones grans i, en particular, de les persones grans que són dependents.

Pel que fa al control i correcte desenvolupament de les funcions i objectius del Treball Social en aquest àmbit, utilitzem el “Método Básico de Intervención del Trabajo Social” (Filardo, 2011).

1. Cal conèixer la realitat social dels usuaris, és a dir, conèixer quins són els problemes, necessitats, conflictes i recursos que tenen. Filardo (2011) fa menció de l'escala global de valoració social de les persones grans (VATAD), on es tenen en compte el sexe, l'edat, el nivell d'estudis, l'estat civil, la família, relacions, ajudes, previsions de futur, economia, habitatge, maltractaments, oci i temps lliure. Aquesta eina els ajuda a fer una valoració i a mesurar els ítems anteriors per tal de poder facilitar la valoració social de les necessitats que pot tenir la persona gran i fer un diagnòstic dels mateixos ítems.
2. Diagnòstic, valoració i interpretació de les dades obtingudes, un cop s'ha pogut realitzar aquest diagnòstic, es pot establir les necessitats i problemes que s'han detectat i, d'aquesta manera, poder realitzar una jerarquització d'aquests.
3. Planificació i Programació dels diferents nivells d'actuació, quins seran els nuclis d'intervenció i els criteris d'avaluació, a més de l'organització de la intervenció.
4. L'execució, part on es realitzen les activitats i el seu propi seguiment. En aquest punt, la intervenció haurà de tenir en compte quins son els objectius marcats, els recursos i obstacles que es poden trobar, de manera que es pugui anar orientant i adaptant l'actuació segons la situació i, sobretot, sense perdre els objectius inicials.
5. Avaluació, aquest punt es du a terme de manera periòdica en el transcurs de tota la intervenció. També caldrà tenir en compte la realització d'avaluacions quan hi hagi alguna mena d'incidència que pugui ser important per a canviar o revisar l'execució de l'activitat professional que s'està fent.  
Aquest punt se centra a conèixer i poder anar comprovant l'eficàcia i eficiència de la intervenció i correcta adequació amb les necessitats ateses, recursos i tècniques que es duran a terme.

Filardo (2011) també en destaca tres nivells diferents d'intervenció amb el col·lectiu.

1. Intervenció primària: es centra en la realització d'activitats que poden ajudar a prevenir o, intentar, aturar alguna situació negativa que pugui afectar a la persona gran; es realitzen sense indicis d'alguna mena de problema o alteració en concret.

2. Intervenció secundària: també anomenada curativa, aquesta intervenció està orientada cap a indicis de la possible aparició d'alguna mena de problema que pugui afectar a la persona gran. Se centra, principalment, en poder evitar el desenvolupament cap a una major afectació del problema en el dia a dia de la persona afectada i, busca també donar eines i mètodes per ajudar a evitar situacions com aquestes en un futur. Aquesta intervenció apareix quan ja hi ha un problema o alteració.
3. Intervenció terciària: en aquest punt, la intervenció buscarà millorar les conseqüències d'aquesta problemàtica i poder ajudar a les persones i famílies afectades per tal que puguin, en la mesura possible, recuperar el seu funcionament.

Com a clau de conclusió, dir que la funció dels treballadors socials en la tercera edat és conèixer la situació social de les persones grans, buscar en tot moment intervencions que ajudin en el seu benestar i la promoció de les seves pròpies potencialitats. Un factor clau és la intervenció des d'una perspectiva preventiva i centrada en la detecció de possibles problemes socials que en un futur que puguin acabar dificultant el desenvolupament social dels usuaris. Intervencions orientades a intentar transformar la seva realitat per poder ajudar-los a no aïllar-se, a no perdre el contacte social, etc.

#### **4.2-Treball Social en neurologia.**

Com ja hem comentat amb anterioritat, quan parlem del treball social en els àmbits de la salut o contextos sanitaris, cobra importància totes les accions i intervencions del treball social sanitari, branca del Treball Social que està especialitzat a desenvolupar i dur a terme la seva funció dins dels àmbits sanitaris, com ara l'atenció primària, atenció sociosanitària o l'atenció especialitzada (Olmedo et al. 2020).

El treball social sanitari busca aportar, o té la funció d'afegir, la valoració social, familiar i psicosocial de l'usuari/ària al diagnòstic clínic (Bonilla, 2017).

A més, podem dir que el treballador social sanitari persegueix l'objectiu de poder motivar i mobilitzar els diferents recursos i les mateixes capacitats de la persona i del seu entorn social més proper, juntament amb la intenció de promoure uns hàbits de vida saludable per a millorar la seva qualitat de vida i poder millorar la seva situació personal (Olmedo i Arranz, 2017, p.41).

Podríem dir, per tant, que el Treball Social Sanitari serveix de lligam entre els professionals sanitaris i recursos amb la persona malalta.

Quan parlem del treball social dins de l'àmbit de la neurologia, podríem estar parlant d'una possible branca del treball social sanitari, els objectius de la qual serien la detecció de la problemàtica social i l'abordatge integral de la situació social del malalt un cop ingressa a l'hospital, amb una mirada cap a com serà l'alta per tal de poder facilitar tota mena de suport que pugui necessitar de cara al compliment de la pauta terapèutica i assolir una bona qualitat de vida, tant per al malalt com per a la seva família.

Com ja sabem, els treballadors i treballadores socials han de poder conèixer a la persona a la qual atenen per tal de poder adquirir i entendre les conductes i demandes que la seva condició de salut li requereix. Per aquest motiu, és molt important que durant tot el procés es pugui donar una ajuda d'orientació i acompanyament social al malalt i el seu entorn més proper i, dins de l'àmbit hospitalari, complint funcions en l'acompanyament social mentre hi ha un ingrés hospitalari, en el procés d'acceptar la nova condició de salut, acceptar el diagnòstic, i el fet de poder fer front a les noves situacions que succeiran amb el pas del temps i el transcurs de la malaltia, s'haurà d'ajudar a "superar" la por que puguin tenir de cara al futur.

Quan parlem del treball social en l'àmbit de la neurologia, cal tenir en compte com afecta cada una de les diferents malalties que poden tenir les persones a les quals atenem, ja que no és la mateixa simptomatologia la persona que pateix un ictus, que la que desenvolupa una demència. Es, per tant, essencial conèixer les diferents malalties que formen part de la neurologia, els seus diagnòstics, seqüeles i tots els factors que afectin.

Com podem veure, la intervenció i funcions del treball social es basen a donar, sempre, un suport integral a la família i el malalt, elaborant un acompanyament durant el dol que aquestes aniran desenvolupant amb el pas de la malaltia. La nostra intervenció s'anirà adaptant a la situació en la qual es trobi la família i persona afectada.

Si seguim les paraules de Olmedo et al (2017, pp.42-43) podem extreure les següents funcions a desenvolupar des del Treball Social en l'àmbit de la neurologia:

- Assessorar, acompanyar i proporcionar un suport social, proporcionar informació realista al malalt i la seva família. Donar un suport social amb alternatives a les

possibles incidències i conflictes que puguin aparèixer durant el temps que duri l'ingrés. Crear una imatge de la situació social que té la persona, detectar quins poden ser factors de risc en la seva xarxa de suport i proporcionar suport i tractament social, tant al malalt com a la família. Sempre buscant el major benestar de la persona i el seu entorn més proper.

- Gestionar els recursos i buscar, organitzar i crear els recursos, és a dir, cal detectar quines son les necessitats per tal de poder orientar i derivar a la persona a l'accés als recursos pertinents. Cal donar el coneixement, assessorament i protocols d'accés a tots els serveis i recursos existents per a les persones amb les quals tractem.
- El professional del treball social és un nexe d'unió amb el centre hospitalari en el qual es troba, amb els professionals de l'equip multidisciplinari en el qual treballen que dona l'atenció mèdica a la persona amb la qual treballen, és a dir, són l'interlocutor entre la persona i la família amb l'equip mèdic i professionals que hi treballen.
- Cal promoure espais de comunicació, poder fer una valoració global de les necessitats de la persona, coordinar amb els recursos pertinents, crear protocols i rutes de derivació. Cal crear una comunicació inter i extrainstitucional, buscar, recollir, a més, tots els factors i patrons socials que poden ajudar a anticipar l'atenció necessària per a quan la família i el malalt rebin l'impacte de la malaltia diagnosticada.
- Buscar, promoure i desenvolupar espais d'alliberació, s'ha de poder tenir trobades amb el pacient i la família que els ajudin a desfogar-se emocionalment parlant, cal escoltar quines son les seves demandes i les seves necessitats. Acompanyar en el procés de dol a la persona i la seva família.
- Cal proporcionar una mirada optimista i lluitadora que pugui ajudar a apoderar als malalts i que aquests siguin capaços de mantenir les esperances, cal identificar quines son les seves limitacions, juntament amb el malalt, identificar quines son les activitats que pot dur a terme i quins seran els suports que l'ajudaran buscant poder apoderar la seva autoimatge. Amb aquest suport es pot empènyer a la persona a una millor recuperació, promovent les seves fortaleses i metes completes durant i posteriorment a l'estança hospitalària.

La intervenció en aquest àmbit del treball social sanitari pot deixar de banda el treball centrat en la persona per a poder treballar o donar una atenció per i cap a la persona, la qual es troba en una situació de deteriorament cognitiu que no només està trobant-se amb dificultats físiques, sinó que deixa de ser ella mateixa, perd la seva pròpia identitat (Olmedo et al 2020).

El perfil de treballador social en el camp de la neurologia, segons Olmedo et al (2019), té la necessitat de conèixer específicament el camp on es treballarà i poder tenir coneixements més específics en els següents punts i posseir competències concretes a:

- Han de poder diferenciar les diferents malalties neurològiques per a poder donar una atenció adequada per a cada malaltia
- El funcionament del servei.
- Recursos i serveis específics destinats a les persones que han patit o pateixen una malaltia neurològica.
- Han de tenir relació amb la comunitat per poder detectar riscos psicosocials.
- Maneig de tècniques i eines específiques del treball social amb les famílies i el malalt.
- Creació i direcció d'un correcte grup de treball.
- Participació en grups per a conèixer més sobre les possibles afectacions socials en les famílies i malalts.

El Treball Social Sanitari en el camp de la neurologia haurà de conèixer punts específics de l'àmbit per tal de poder donar resposta a les necessitats i dubtes dels malalts i familiars, juntament amb els recursos i serveis, coordinació amb l'equip multidisciplinari que hi treballi, tenint en compte l'afecte que té i tindrà en el malalt i la seva família.

La clau principal per poder donar una bona atenció al malalt i, també a la família, és poder conèixer o tenir un grau de coneixement adequat sobre quins són els factors, a més, que afectaran el dia a dia i al futur de la persona afectada. Posteriorment, serà necessari poder realitzar un diagnòstic social de la situació que quedarà després de l'ingrés hospitalari, pensant en la millor actuació on es tinguin en compte les particularitats de la malaltia diagnosticada i aconseguir la millor intervenció social.

En clau de petita conclusió d'aquest punt, la necessitat d'aquest coneixement previ per part del treballador social serveix o servirà per poder valorar correctament l'estat de la persona afectada per la malaltia neurològica determinada, podrem identificar de manera ràpida els afectes que tindrà en el seu desenvolupament i intervenir amb eficàcia. Podrem evitar l'acumulació d'altres problemes de salut no desitjats que puguin complicar la pèrdua de benestar i funcionalitat que provocarà la malaltia neurodegenerativa. La nostra funció col·labora amb la prevenció d'una evolució ràpida per mitjà de l'atenció als factors de risc que poden ser modificats per la mateixa persona.

Dins de la nostra intervenció en aquest camp, hi ha sis fases d'intervenció (Olmedo i Arranz, 2017).

1. Primera fase: recepció del cas. Quan la persona ingressa a l'hospital, s'informa al departament de Treball Social i s'inicia el procés d'atenció social on les circumstàncies i les necessitats socials particulars dicten les primeres actuacions a realitzar.
2. Segona fase: Exploració i estudi sociofamiliar. En aquesta fase es comença a estudiar més profundament la situació sociofamiliar del malalt, realització d'una exploració social estructurada i adaptada a l'estat de salut de la persona. Cerca conèixer la seva situació, les seves necessitats i desitjos, juntament amb els suports que va necessitant.
3. Tercera fase: Valoració social. Definir i concretar quins son els factors que incideixen en la situació de necessitat de la persona i el seu entorn que, posteriorment, orientaran el pla d'intervenció.
4. Quarta fase: Pla d'intervenció social. Recollir els objectius, les àrees a treballar, les actuacions a desenvolupar per tal que es garanteixi l'atenció precisa de la persona durant el seu ingrés i posterior alta, aconseguint la seva recuperació d'autonomia psicosocial, sempre tenint en compte la seva situació i evolució de la malaltia. Aquest pla estarà determinat per l'atenció centrada en la persona tenint en compte l'evolució de la malaltia en tot moment.
5. Cinquena fase: Planificació multidisciplinària de cara a l'alta. Els diferents professionals i especialistes planificaran i avaluaran de manera grupal la situació per tal de poder donar la millor resposta de cara a l'alta hospitalària.
6. Sisena fase: Seguiment posterior a l'alta hospitalària. No hi ha un termini concret de seguiment, però sol estar pactat entre els tres i sis mesos posteriors a l'alta.

L'objectiu d'aquest seguiment és comprovar l'estat de salut de la persona i l'evolució de la seva malaltia per tal de saber si és necessària la modificació del pla d'intervenció.

#### **4.3- Treball Social amb persones que pateixen la malaltia de l'Alzheimer.**

Per començar a parlar sobre quina és la funció del treball social amb els malalts d'Alzheimer i les seves famílies, considerem que és molt important poder parlar de quins són els principals principis en la futura intervenció, segons IMSERSO (2007), els següents principis són fonamentals per a la intervenció amb els malalts d'Alzheimer:

1. Principi d'autonomia i elecció: no s'ha d'oblidar que les persones amb Alzheimer tenen tot el dret a seguir amb el control de la seva vida, s'ha de reconèixer la capacitat d'autogovern de les persones amb demència.
2. Principi de participació: les persones malaltes d'Alzheimer tenen tot el dret a participar en les activitats de la vida diària, així com poder gaudir de les relacions socials i al ple desenvolupament d'una vida personal (sexualitat...). Cal tenir en compte que el dret a participar en els àmbits de la vida significa poder desenvolupar en diferents contextos, algunes activitats que millorin en el seu funcionament.
3. Principi d'interdisciplinarietat: les diferents demències poden afectar a les diferents àrees de les persones i aquestes corresponen a les diferents mirades disciplinàries.
4. Principi d'integritat: les intervencions a planificar han de tenir en compte la intenció de cobrir les necessitats bàsiques, emocionals i socials de la persona. Amb l'Alzheimer no només es veu afectada la part més cognitiva i de la conducta, sinó que hi ha moltes més parts que es veuen afectades i s'ha de donar resposta a totes elles.
5. Principi d'individualitat: els programes i intervencions que es planifiquen han de ser dissenyats de forma que tinguin la capacitat d'adaptar-se a les necessitats de la persona i no al revés. La intervenció i els plans han de tenir sempre en compte l'estil de vida de la persona.
6. Principi d'integritat social: davant d'una persona gran, tingui o no demència, on aparegui una situació de dependència, han de tenir la possibilitat de poder quedar-



se en el seu entorn i tenir accés a gaudir dels béns socials i culturals que existeixen, com tota la població.

7. Principi d'independència: totes les persones han de poder tenir accés a programes d'informació i formació dirigits a la prevenció de la dependència i promoció de l'autonomia.
8. Principi de la continuïtat de cures: una persona que es trobi en situació de fragilitat o dependència té dret a rebre les cures que siguin necessàries de forma continuada i adaptada a les circumstàncies que van canviant en el seu procés de malaltia.
9. Principi de dignitat: les persones amb Alzheimer tenen dret a que se'ls hi respecti la seva dignitat sigui quin sigui el seu estat cognitiu i funcional.

“Tractar a cada persona com un tot”, Fernández (2009) ens destaca la importància de poder dur a terme una intervenció des del model psicosocial per tal de poder mantenir aquesta frase. Aquest model es basa en dos grans pilars, per una banda, té en compte l'àmbit psicològic i social de cada persona amb la qual es tracta; i per altra banda, li dona importància al diagnòstic i evolució, tractant al mateix temps problemes i recursos, punts forts i punts febles de la persona i la situació que presenta.

Aquest model els permet conèixer la situació social de la família (en principal importància la del cuidador principal del malalt) per mitjà d'un diagnòstic, proporcionant la informació sobre quina és la situació, els punts forts i febles de l'entorn familiar.

L'autora també destaca que les famílies, sovint, tenen demandes econòmiques i els professionals han de potenciar que les dificultats no sempre provenen de la part econòmica, sinó de la mateixa organització del nucli familiar, pels canvis de rols que apareixen amb la malaltia de l'Alzheimer. Recalca que, les famílies, moltes vegades no consideren que la solució es trobi en aquesta organització i, per això, és important que es reforci la importància del suport dins de la mateixa família.

És per aquest motiu, que una de les metes com a treballadors socials amb aquest àmbit és treballar la comunicació familiar i la necessitat d'utilitzar les habilitats socials per part dels cuidadors/ores per poder demanar suport al domicili. És necessari treballar en la mediació familiar, però la seva feina està complicada en aquest àmbit, ja que hi ha una creença creixent en què les problemàtiques psicosocials son, únicament, feina de psicologia i només el suport de caràcter econòmic és feina de treball social i, això, els hi

complica el poder dur a terme l'aplicació del model psicosocial. Les recomanacions professionals poden no ser preses seriosament en un principi, ja que la família considerarà, com ja hem esmentat, que només necessiten un suport material (econòmic) (Fernández, 2009).

En Treball Social cal intervenir en l'organització familiar, com ja hem dit anteriorment, per tal de poder afavorir en la bona cura del malalt i l'estabilitat familiar i, considerem, que és important tenir en compte els següents punts (Fernández 2009):

- Dinàmica familiar afectada pel canvi de rols, treballar en aquest punt.
- L'ansietat que el cuidador pot patir i com pot arribar al seu límit a mesura que el malalt va empitjorant amb l'avenç de la malaltia.
- La sobrecàrrega del cuidador, el qual demana ajuda sense saber ben bé que necessita.
- El cuidador expressa necessitats de mesures urgents per fer front a la situació.

Per aquest motiu, és fonamental treballar en què la família entengui la necessitat de comprendre com la convivència pot, també, afectar el benestar del malalt. Cal plantejar la convivència aprenent a actuar davant de les noves situacions que desencadenaran a conseqüència dels nous comportaments del malalt, sense que aquest siguin malinterpretats per la família, és a dir, s'ha de treballar en què la família entengui l'afectació que té l'Alzheimer en el malalt.

Cal que transmetin que la persona malalta continua sent persona i, per tant, necessita amor, respecte i un tracte digne per part de la seva família. Han de fer entendre a l'entorn familiar del pacient els sentiments d'aquest, han d'ajudar al fet que la família canviï la seva actitud de cara al malalt, vetllar perquè la dignitat d'aquest sigui protegida. La seva feina no és només donar informació i recursos, si no va més enllà.

Com ja hem vist en els darrers punts explicats, la família és un pilar important en la cura dels pacients amb Alzheimer, si aquesta entén que aquests malalts necessiten la seva ajuda i quines son les cures a realitzar, la feina dels treballadors socials es redueix a donar informació, tasques informatives i d'assessorament i suport emocional. La seva tasca es "complica" quan no hi ha aquesta "acceptació" per part de la família, i no entenen la nova situació a la qual han de fer front (Garcia, 2010).

Garcia (2010) fa menció de la importància de la tasca dels professionals en aquests casos en concret, ja que no han de donar l'esquena per molt complicat que resulti, ja que els malalts d'Alzheimer que es troben en aquestes situacions els necessiten per poder millorar la seva qualitat de vida, han de ser els qui vetllin per ells.

Cal ajudar a la família a què recordin qui va ser el malalt en la seva vida, treballar en què siguin capaços de deixar enrere el passat o la mala relació amb el malalt, és important que les famílies entenguin que els malalts també senten por quan no entenen que els hi està passant. Potenciar la relació malalt-família i facilitar-la.

Un altre punt a destacar és que quan es fan les entrevistes amb la família o cuidador/a principal del malalt i ell/a estigui present, han de parlar amb ells, mirar-los als ulls per saber fins a quin punt els hi entenen i que no entenen (Garcia 2010).

Anteriorment, hem comentat la importància de treballar tenint en compte els drets de la persona malalta, és a dir, s'ha de treballar amb la família per tal de conscienciar-los sobre la situació i la importància de mantenir la seva dignitat, com ja hem comentat. També els hi han de reforçar la idea de mantenir certes relacions socials i d'estimulació per al familiar amb Alzheimer.

Com ja vam comentar quan parlàvem de l'Alzheimer, la funció dels treballadors i treballadores socials també varia segons l'estadi de desenvolupament de la malaltia, i la seva tasca quan parlem de l'últim moment de la vida del pacient, en estadis molt desenvolupats de la malaltia i que acabarà amb l'èxitus d'aquest, han de mantenir i facilitar les cures, preparar el dol i l'acompanyament del dolor de la pèrdua, donar suport tant al malalt com a la família.

El treballadors i treballadores socials han de ser una guia per a les famílies i els cuidadors/ores per tal que aquests puguin fer els canvis necessaris per a treballar en les necessitats dels malalts i, en cas de detectar que hi ha una falta d'informació per a les famílies, s'han de plantejar si és necessari poder crear espais de treball o grups terapèutics, grups d'ajuda mútua... per poder apropar tota la informació general i necessària a les famílies que es troben en aquesta mateixa situació, grups de conscienciació prèvia a la nostra intervenció específica en cada cas.

#### 4.3.1.- Tipus d'intervenció:

A continuació, parlarem de les possibles intervencions a realitzar (Fernández, 2009).

- Intervenció individual i familiar:
  - Primera entrevista, cal destacar la gran importància que té la primera entrevista en la funció a desenvolupar dels treballadors/ores socials. Com destaca l'autora, en aquest punt és primordial mostrar un suport emocional i informatiu sobre els diferents dubtes que tindrà o pot tenir la família i el malalt. En cas que el malalt encara no sigui diagnosticat amb Alzheimer, els hi hauran d'orientar perquè demanin cita amb neurologia per poder rebre el diagnòstic concret i el tractament corresponent.  
També, altres vegades, la família acut a la primera entrevista en cerca de solucions i per poder entendre el perquè del canvi de comportament (agressius i socialment no acceptats) i que moltes vegades ni la mateixa família accepta. La seva tasca principal en la primera entrevista serà donar suport i informació sobre com solucionar els conflictes que poden aparèixer i aconsellar sobre com reaccionar adequadament.  
Aquesta primera entrevista, també la pot sol·licitar un familiar d'un malalt en estadi II o III, en aquests casos els treballadors i treballadores socials han de donar suport emocional, eines i alternatives perquè pugui dur a terme la cura del malalt, també han d'assessorar sobre la xarxa social de suport i derivació a institucions i organitzacions socials especialitzades.
  - Demanda, en aquest moment de la intervenció, Fernández (2009) destaca la importància que la intervenció individual ha d'anar sempre orientada a la millora de l'atenció del malalt d'Alzheimer, per tant, és important que estiguin amb escolta activa en tot moment davant del cuidador i família. Han d'escoltar la demanda intentant comprendre al màxim la situació, poder captar tant la demanda explícita com la implícita. Han de mantenir una actitud empàtica, no poden aconsellar ni jutjar i cal mostrar a l'usuari que està sent escoltat i l'estem comprenent.  
Mentre els hi donen les alternatives als problemes i les solucions que aquests requereixen, els treballadors i treballadores socials han d'explicar

sobre la malaltia, explicar per què actua de determinades maneres i algunes habilitats per poder tractar amb el malalt.

La demanda de la qual han de prendre més referència, és la que els hi proporciona el cuidador principal del malalt sobre el seu estat i, normalment, serà aquest qui els hi formularà la demanda.

En la seva majoria, seran demandes de caràcter social com ara tramitació de LAPAD, grau de discapacitat, ingrés a una residència, servei d'atenció domiciliària...

Com ja hem esmentat amb anterioritat, moltes vegades no es veurà una demanda emocional, però com a professionals, és important tenir en compte aquesta demanda no explícita.

- Valoració social, amb la informació recollida sobre la vida del malalt, com es troba la situació familiar i la xarxa social de la qual disposa. Un cop realitzades diferents entrevistes, tant de caràcter presencial com domiciliàries, es concretarà un diagnòstic final.

Cal destacar la importància com diu Fernández (2009), de la realització de visites domiciliàries per tal de poder conèixer els problemes i dificultats de forma "in situ".

- Intervenció social: aquesta anirà dirigida a la millora de les condicions de vida del malalt, les intervencions i actuacions aniran destinades a donar resposta a les necessitats i demandes. Les primeres intervencions aniran destinades a la millora de la situació del malalt i a donar una resposta a les demandes del cuidador/ora. En casos molt extrems de malestar familiar, es pot treballar amb alguns dels integrants de la família per poder ajudar a la reorganització interna d'aquesta. En alguns casos es troba, com ve diu Fernández (2009), que algunes informacions o recursos que donen els i les professionals no seran ben acceptats en un inici, per això la seva actitud ha de ser comprensiva, per tal de mostrar que entenen la situació i aportar reflexió perquè ells mateixos puguin adonar-se que les alternatives que donen poden donar solucions als seus problemes i necessitats. Han de motivar als familiars a conviure amb el malalt, a què acceptin aquesta convivència i que, aquest, pugui accedir a recursos o tallers d'estimulació per tal de poder treballar el deteriorament cognitiu i poder reforçar-lo, i també serà una bona alternativa per a poder donar un respir al cuidador i familiars.

- Intervenció grupal: aquesta forma d'intervenció és molt adequada quan se'ls hi demana informació i formació per part dels familiars en les consultes individuals. Com ja hem esmentat amb anterioritat, el Treball Social pot promoure la creació d'espais i de grups per als familiars amb un malalt d'Alzheimer, ja que aquests grups poden ser de gran ajuda per aprendre i millorar les habilitats necessàries per poder cuidar correctament al familiar malalt i, a la vegada, pot potenciar la seva capacitat d'autocura.

Aquesta forma d'actuació o intervenció pot facilitar al treballador social les opcions més adequades per a poder realitzar una bona actuació i resoldre els diferents conflictes i problemes que apareguin en la dinàmica de grup.

- Intervenció comunitària, aquesta intervenció està orientada a poder donar activitats de caràcter informatiu, formatiu i assistencial, realitzant una coordinació entre les diferents entitats públiques i privades i, juntament, amb la participació comunitària. És molt important que hi hagi una bona coordinació intersectorial entre Salut i els Serveis Socials comunitaris per poder donar resposta als malalts d'Alzheimer (concretament per a treballar la seva autonomia). Aquesta necessitat de coordinació la podem trobar establerta a l'article 12 de la Llei 16/2003 de 28 de maig. A més, és important que els treballadors socials de les dues institucions treballin juntament per tal de poder donar aquesta resposta adequada als malalts i les seves famílies.

Han de promoure la creació de professionals o agents de salut especialitzats en la detecció de principis que puguin determinar un inici d'Alzheimer entre les persones grans, amb l'objectiu de poder prevenir situacions de soledat en persones grans que inicien en la malaltia. Aquests professionals, també haurien de col·laborar en aquells casos ja diagnosticats on hi hagi situacions de risc i poder realitzar un seguiment.

Han de fomentar la coordinació amb associacions de famílies amb Alzheimer per a poder proporcionar informació i formació als diferents professionals.

Han d'entendre que per a les famílies dels malalts, el seu suport i ajuda és molt important, però encara és més important aconseguir que ells mateixos comprenguin la malaltia, ja que aquesta és l'única tasca i eina que hi ha per ajudar a la família a conviure amb ella. Els treballadors i treballadores socials han de donar una empenta perquè puguin anar a teràpies familiars i que rebin un suport psicològic.

#### 4.3.2.- *Funció de Treball Social en l'àmbit en CAP i hospitals:*

Les funcions amb famílies i cuidadors de malalts d'Alzheimer varia lleument segons la tipologia del recurs des d'on estiguin donant la resposta, per això, parlarem de dos exemples sobre quina és la intervenció necessària des d'un Centre d'Atenció Primària (Fernández 2009) i sobre quina és la forma d'intervenció des d'un hospital, en concret agafarem l'exemple d'Olmedo (2020) en l'Hospital Universitari de Valladolid.

Per començar, la tasca principal del treballador/ora social des d'un CAP és ser un professional de referència per als diferents professionals sanitaris que hi treballen en el centre. Han de ser un referent de suport, ajuda i reforç per als familiars del malalt en la seva cerca de recursos i prestacions socials.

Les tasques principals en els CAP son: donar suport, informar, atendre i assessorar els cuidadors i familiars:

- Informar el cuidador i familiars sobre la malaltia: han de poder tenir accés a la informació actualitzada sobre quina és la situació de la malaltia del malalt per part del metge; els treballadors i treballadores socials han de realitzar una entrevista familiar per poder conèixer quins son els recursos dels quals disposen, no únicament els materials, sinó també els personals; ajudar-los a entendre que, des d'aquest moment, les seves vides seran molt diferents de com ho eren fins al moment.  
Han de poder proporcionar la informació necessària per poder tranquil·litzar als cuidadors/ores i familiars del pacient, ja que aquesta nova situació pot crear o fer aparèixer certes pors. Informar sobre les dimensions de l'Alzheimer, quins son els factors i conseqüències que poden afectar a la família.
- Assessorar el cuidador i familiars sobre les qüestions plantejades: han de fer saber a la família que hi ha una necessitat de poder anar a una realització d'un estudi neurològic per poder obtenir un diagnòstic i derivar-lo a la unitat corresponent.  
Han de poder donar la informació necessària sobre la importància d'aprendre les habilitats necessàries per poder fer front a les conductes que poden presentar-se de manera inesperada a conseqüència del diagnòstic d'Alzheimer i el seu desenvolupament.

- Atendre les demandes realitzades pel cuidador i familiars: haurien de poder establir una relació d'ajuda amb el cuidador i la família per poder realitzar una millor intervenció, ja que han de poder dirigir la seva intervenció cap a la comprensió, l'anàlisi i la reestructuració de la nova situació familiar que hi apareix en les seves vides. Aquesta relació d'ajuda els hi pot proporcionar confiança i els hi donarà suport per fer front a aquesta nova situació.
- Donar suport a les tasques de cuidadors/ores per poder afavorir al bon tracte amb el malalt: el suport que demanaran serà més aviat de caràcter informatiu, emocional i material, per tant, han de donar-los-hi ajuda directa i de serveis sanitaris, administratius i socials, ajudant a disminuir la càrrega de les tasques i donar un respir i temps lliure al cuidador principal i familiars.

Les tasques principals del treballador social o les diferents fases d'intervenció en un hospital, seguint l'exemple d'Olmedo (2020) en l'Hospital Universitari de Valladolid podrien ser les següents:

- Recepció de la demanda i acollida: el cas arriba al professional de Treball Social per mitjà del metge, infermeria o per iniciativa pròpia del pacient o familiars. És aconsellable iniciar la seva intervenció en el moment del diagnòstic, per tal de poder acompanyar al pacient i familiars des del primer moment, han de realitzar una escolta activa i intentar proporcionar una informació precisa i amb la màxima claredat possible perquè la informació donada pugui ser processada de la millor manera.  
Els treballadors i treballadores socials han de tenir en compte que l'Alzheimer no és una malaltia que millora o es pot curar, sinó que és progressiva, per tant, hauran d'ajudar a la família a aprendre a conviure amb ella. La seva tasca serà poder ajudar a ensenyar als familiars i pacient a viure amb l'Alzheimer, conscienciar-se de la seva atenció, dedicació i suports els quals aniran canviant segons avanci la malaltia.
- Recollida d'informació i estudi: hauran d'explorar i conèixer la situació sociofamiliar i recollir el màxim d'informació d'altres institucions com ara el CAP, Serveis Socials, etc. Si la demanda succeeix quan es troben en estadis II o III de la malaltia caldrà conèixer i detectar la possibilitat del born out de la persona



encarregada de tenir cura del malalt i conèixer quin és el nivell de formació en cures.

L'estudi i l'anàlisi de tota la informació recollida els hi permetrà crear el Diagnòstic Social Sanitari del pacient i tota aquesta informació quedarà guardada i compartida a l'historial clínic de l'hospital.

- Diagnòstic social sanitari o valoració social: aquí realitzen la definició i concreció dels factors que incideixen en les diferents necessitats que té el pacient i el seu entorn i que els hi ajudaran a orientar el pla d'intervenció.
- Pla d'intervenció: on recolliran tots els objectius, àrees, actuacions a desenvolupar i professionals responsables del cas. Hauran de planificar i avaluar de manera conjunta la forma de treballar amb el pacient i el seu nucli amb la resta de professionals que formen part del equip multidisciplinari. Les actuacions hauran d'adaptar-se a la persona segons l'evolució de la seva malaltia i sempre haurà de tenir en compte la voluntat de la persona, el seu projecte de vida, etc.

En el cas dels malalts d'Alzheimer, en el pla d'intervenció haurà d'haver-hi la preparació emocional i instrumental de la família per poder fer front a la situació que els hi espera amb l'evolució de la malaltia i donar els recursos i serveis necessaris per poder cuidar al malalt.

- Avaluació i seguiment: aquest seguiment coincidirà amb visites programades amb el professional metge i a demanda de la família o cuidador/ora principal del malalt. Anirà destinat a conèixer com avança la malaltia i reavaluar les noves necessitats i suports que està rebent el malalt en conseqüència a com va progressant la malaltia.

#### *4.3.3.- Treball Social i els cuidadors principals:*

Els cuidadors dels malalts amb Alzheimer es veuen molt afectats emocionalment i, per tant, la tasca dels treballadors socials és poder donar un suport, ja que sovint son persones lligades familiarment amb el malalt i tenen una càrrega emocional molt forta. Han de prestar atenció als aspectes psicosocials que poden estar afectant el cuidador, amb l'objectiu d'aconseguir un possible equilibri emocional, és a dir, buscar que la vida del cuidador, el seu dia a dia, es vegi el menys alterat possible per aquesta nova situació.

Els treballadors i treballadores socials han d'estar atents de les possibles manifestacions emocionals i els sentiments que aniran apareixent en els cuidadors, s'han d'interessar en els seus vincles afectius, la història familiar en comú amb el malalt, els bons records i els

dolents, tot això pot ser d'ajudar per arribar a entendre i comprendre els sentiments que pot produir l'atenció al malalt.

La tasca dels treballadors i treballadores socials girarà entorn de poder ajudar a la persona cuidadora a prendre consciència i acceptar els sentiments que està tenint i que aniran apareixent al llarg del temps, juntament amb evitar el possible aïllament social que podrà patir la persona, han de fomentar les relacions socials, tot i que moltes vegades es trobaran en una negació sota la justificació de falta de temps que anirà lligada amb un sentiment de culpa per deixar desatès al malalt. Han de posar èmfasi en la importància de mantenir una bona xarxa social per ajudar a la seva salut psicològica i el desenvolupament de la seva pròpia autoestima (Fernández 2009).

En clau de petita conclusió sobre tot l'explicat en aquest últim apartat, cal dir que la feina dels treballadors socials acaba quan les necessitats del malalt estan cobertes, és a dir, quan ja han complert i assolit els objectius marcats des del principi de la seva intervenció, tant amb el pacient com amb el cuidador i la seva família.

## **Anàlisi de resultats:**

La vellesa, o l'etapa de la senectut, és un procés natural al qual arribarem totes les persones i he pogut comprovar que, a mesura que passen els anys, hi ha una tendència en la societat a què les persones visquem més anys, és a dir, la tendència social en relació a l'esperança de vida és a l'alça i això és gràcies als avenços sanitaris que hi ha any rere any, avanços que provoquen que la mortalitat a Catalunya disminueixi i hi hagi moltes persones grans vivint fins a edats molt avançades i que, abans, semblava quelcom impossible. Mentre que l'any 2010 hi havia a Catalunya una esperança de vida en el rang dels 60 als 90 de 55,32 anys, l'any previ a la pandèmia era de 57,82 anys. Si no tinguéssim en compte l'any de la pandèmia de la COVID-19, aquesta tendència seguiria, molt segurament, augmentant amb el pas del temps.

Les dades recollides en relació a la mortalitat mostren que tot i no ser la principal causa de mort en la gent gran, la mort per trastorns mentals i del comportament va empitjorant i augmentant, també, el nombre de defuncions. Dins d'aquest grup de mortalitat o de causant de mortalitat trobaríem la mort per Alzheimer, que com he pogut veure, és la demència amb més números de casos diagnosticats i sense diagnosticar a la vegada.

Cal fer menció que la falta de dades no m'ha permès poder realitzar un cert estudi més exhaustiu sobre el progrés de l'envelliment i la taxa de mortalitat en els dos últims anys, ja que les dades estadístiques no estaven suficientment actualitzades i, també, hi ha el període de la pandèmia que ha provocat una alteració en les dades i produint un trencament de la tendència a l'alça que hi havia en els darrers anys.

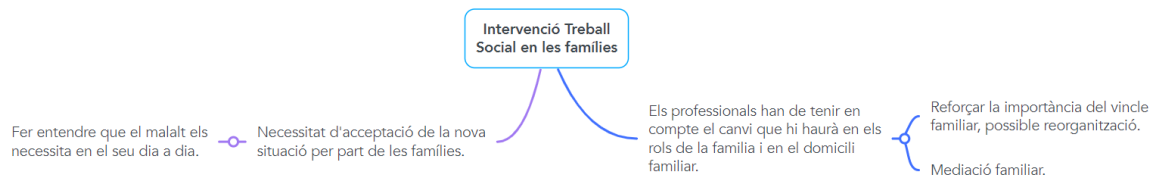
Tot i que, com he pogut veure al llarg del desenvolupament del treball, les demències com l'Alzheimer no són un tret propi de l'envelliment, el fet que cada vegada hi hagi una població més envellida provoca que sigui necessari poder tenir recursos i professionals especialitzats en donar suport a les persones grans i les seves famílies, que en algun moment o punt es puguin trobar en la situació de desconcert i por davant de l'aparició de la malaltia (Nitrini, 2012).

Cal dir que, s'ha pogut evidenciar que la família, com s'esmentava anteriorment té un paper clau en el col·lectiu de les persones grans amb la malaltia d'Alzheimer, ja que aquestes son les que millor poden ajudar al seu familiar. El recull d'informació analitzada permet veure que molts autors destaquen el paper important que desenvolupa el nucli

familiar en la millora de la qualitat de vida d'aquests malalts (Alameda, 2020; Psicologia Científica, 2020).

L'acompanyament i l'orientació dels treballadors i les treballadores socials ha d'estar present en aquest suport important als malalts d'Alzheimer, que esdevé la família.

Figura 1: Intervenció Treball Social en les famílies.

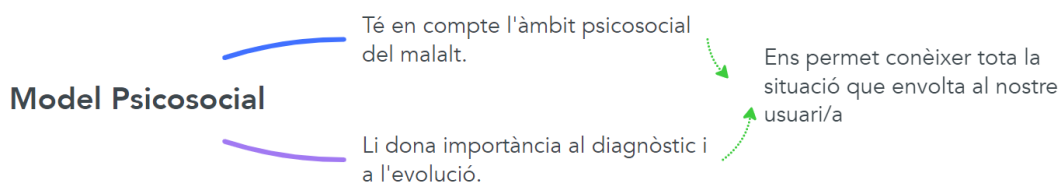


Font: realització pròpia.

Quan parlem de la família en els malalts d'Alzheimer, els professionals del Treball Social han d'intentar que els familiars, que moltes vegades seran els mateixos cuidadors principals, entenguin i acceptin aquesta nova situació que estan vivint o que viuran a mesura que la malaltia es vagi desenvolupant. Quan no hi ha aquesta acceptació, són els i les treballadores socials els qui han de potenciar i treballar amb els familiars per tal que aquests entenguin que el malalt els necessita i que els canvis de comportament i de rols familiars que han derivat d'aquests canvis són part de la malaltia i, per això, són un pilar necessari per millorar la qualitat de vida del familiar amb Alzheimer.

Quan parlo de la intervenció dels treballadors i treballadores socials o sobre quin model seria ideal poder intervenir amb els malalts d'Alzheimer i les seves famílies es fa menció del model psicosocial (Fernández, 2009).

Figura 2: Model Psicosocial.

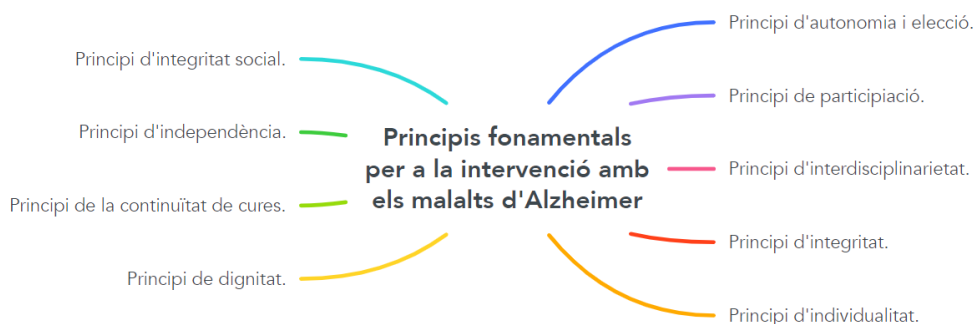


Font: realització pròpia a partir de Fernández (2009).

El model psicosocial, té en compte tot el que envolta al malalt, no únicament el seu diagnòstic. Per aquest motiu, és un model ideal per poder treballar amb el col·lectiu de malalts d'Alzheimer i familiars, és dona l'oportunitat de poder conèixer tota la situació que hi ha al voltant de la persona gran i podem treballar, no només amb ell, sinó conjuntament amb tot el que hi ha al seu nucli més proper. Destaco la frase utilitzada per Fernández (2009) "Tractar a cada persona com un tot", ja que considero que representa perfectament la idea del model psicosocial, la persona no és únicament una malaltia, sinó que és un conjunt de tot el que l'envolta i el que li succeeix, i considero que és important mantenint aquesta idea al dia a dia dels professionals socials.

He comprovat que, la tasca dels treballadors i treballadores socials amb els malalts d'Alzheimer és molt important que segueixin i respectin nou principis que es podrien considerar fonamentals en la seva intervenció amb aquest col·lectiu concret.

Figura 3: Principis per a la intervenció amb malalts d'Alzheimer.

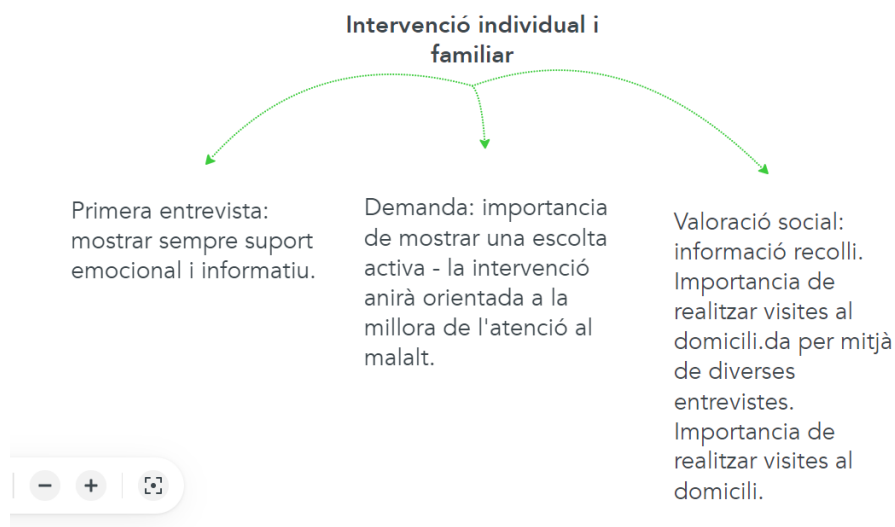


Font: realització pròpia a partir de IMSERSO (2007).

Principalment, s'ha pogut comprovar que la gran majoria dels principis fonamentals a tenir en compte posen èmfasi en el fet que el malalt d'Alzheimer sigui el centre de l'actuació, que se'l tingui present quan es pensa el pla d'actuació, que hi participi en la presa de decisions, etc. He pogut veure que en tot el procés, en la mesura que sigui possible, s'ha de tenir en compte l'opinió o les voluntats del malalt, respectar la seva dignitat i tenir-lo present, ser conscients del grau d'entesa que té del que està succeint amb relació al seu grau de desenvolupament de la malaltia.

Quan es parla de la tipologia d'intervenció, aquesta principalment s'articula a partir de tres grans grups o formes d'intervenir. En primer lloc, la intervenció individual o familiar, on els casos on la malaltia encara no està diagnosticada, al llarg de la primera entrevista, els treballadors i treballadores socials han d'orientar a les famílies i al malalt a realitzar una visita a neurologia, d'aquesta manera la seva intervenció pot ser més especialitzada.

Figura 4: Intervenció individual i familiar.

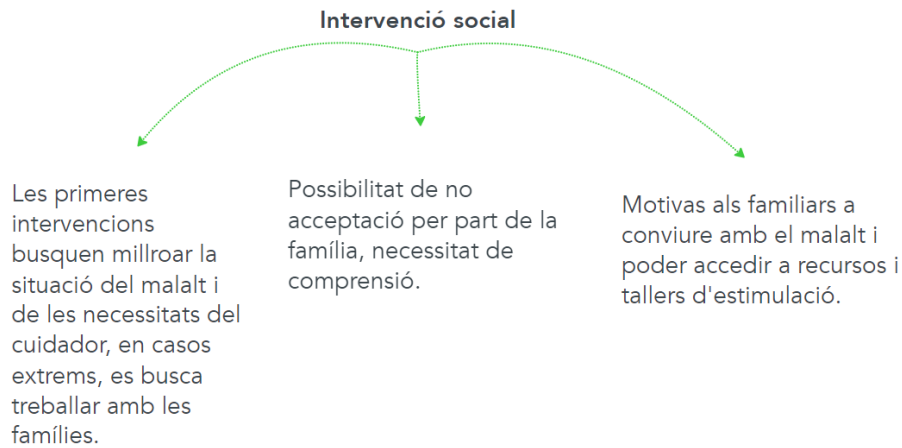


Font: realització pròpia a partir de Fernández (2009).

En aquest moment de la intervenció, el treballador o treballadora social haurà de mostrar sempre una actitud de suport i informació, sempre cap a la família i el malalt, donant èmfasi a la importància del malalt, ja que ell també hi és present ni se li pot donar l'esquena.

El segon grup d'intervenció és, la intervenció social.

Figura 5: Intervenció social.

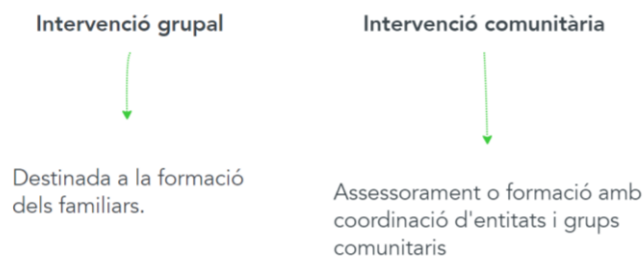


Font: realització pròpia a partir de Fernández, (2009)

En tercer lloc, la intervenció grupal que principalment va destinada a la formació dels propis familiars, els quals moltes vegades agafen el paper de cuidadors principals del malalt, és per això que és important que es puguin formar en les cures específiques o en com actuar davant de la malaltia.

L'última tipologia d'intervenció és el comunitari, on els treballadors i treballadores socials s'encarreguen de donar assessorament o formació, de manera conjunta i en coordinació amb les diferents entitats col·laboradores i la participació de caràcter comunitari.

Figura 6: Intervenció en grups i intervenció comunitària.



Font: realització pròpia a partir de Fernández (2009).

S'ha pogut visualitzar la importància de que els professionals tinguin molt en compte l'estadi de la malaltia de l'Alzheimer en el moment de tractar amb ells i els seus familiars,

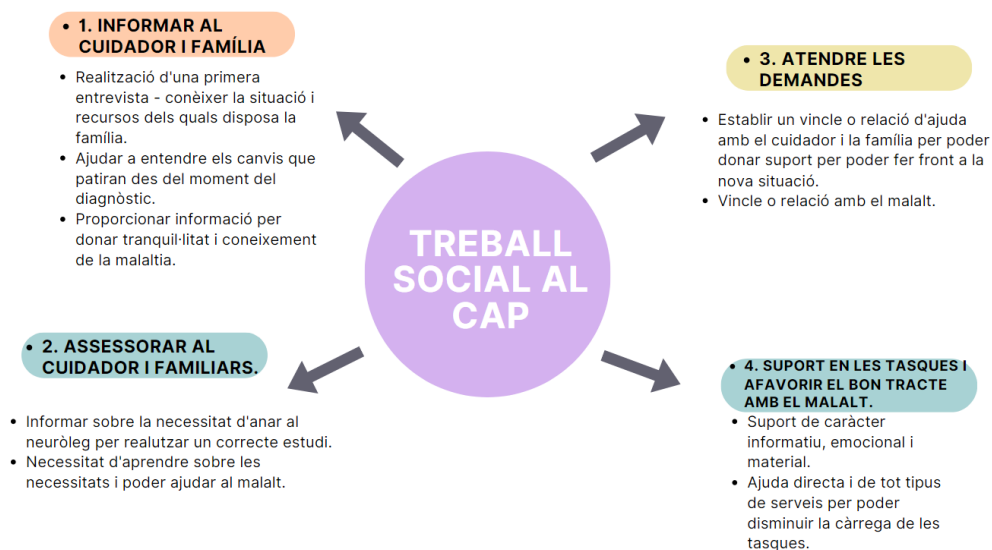
ja que la intervenció dels treballadors i treballadores socials pot variar en funció del desenvolupament de la malaltia. Tot i que les intervencions sempre aniran orientades a la seva millora de la qualitat de vida, les accions a realitzar o la informació que caldrà facilitar no serà la mateixa per a una persona o familiar amb un estadi I de l'Alzheimer que a un mateix cas, però amb un estadi III de la malaltia, per tant, és clau tenir això en compte.

Figura 7: Treball Social en hospitals.



Font: realització pròpia a partir de Olmedo (2020).

Figura 8: Treball Social en els CAPs.

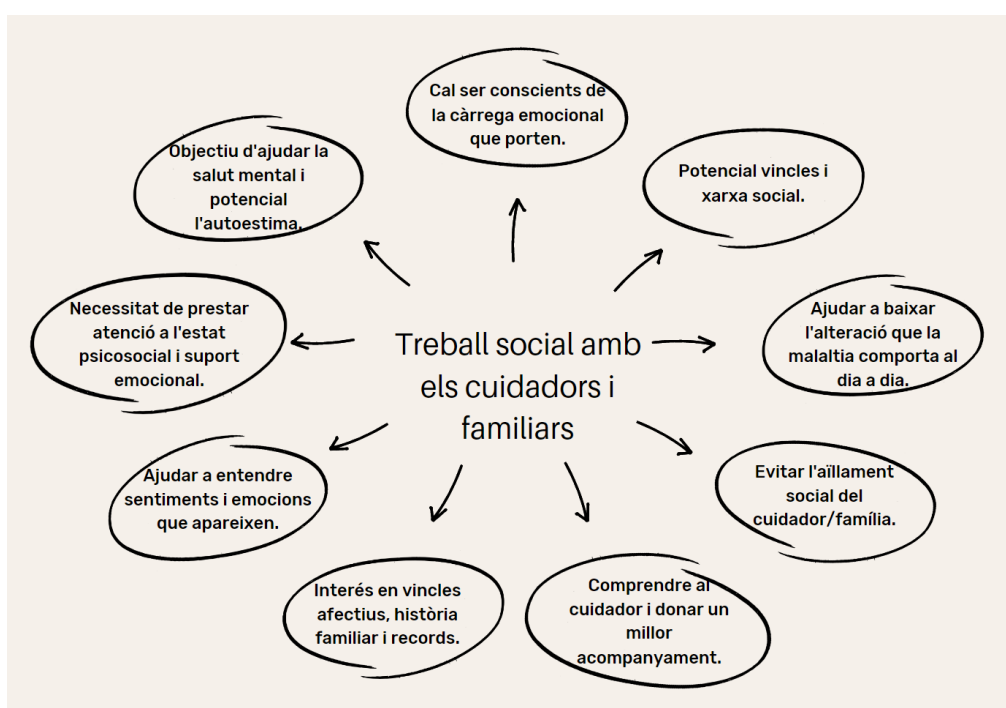




Font: realització pròpia a partir de Fernández (2009).

La informació analitzada ha permès també comprovar, que les actuacions dels treballadors i treballadores socials varien segons l'àmbit on es desenvolupen, en aquest cas he realitzat una comparació entre les funcions o actuacions en un hospital i en un centre d'atenció primària. Tot i que l'objectiu inicial o principal sempre és el mateix, en les dues institucions utilitzen camins o maneres diferents per poder donar una resposta a les necessitats tant, del malalt com de la família o cuidador principal.

Figura 9: Treball Social amb cuidadors i familiars.



Font: realització pròpia a partir de Fernández (2009).

Com apartat final de l'anàlisi de resultats, comentar que la intervenció dels treballadors i treballadores socials amb el malalt sempre tenen un inici en la família i el seu cuidador/ora principal. Per aquest motiu, he pogut veure que la intervenció professional ha d'anar molt lligada amb l'entorn social i familiar del malalt. Aquesta es centrarà en ajudar a la família que, com ja he esmentat anteriorment, és un pilar fonamental en l'objectiu de millorar la qualitat de vida del pacient. Ha de ser una feina on es busqui ajudar al malalt i familiars a comprendre la malaltia i aprendre a viure amb ella, a superar els reptes que aquesta anirà posant en els seus camins i, perquè el malalt pugui estar en un entorn protegit es necessita que la família col·labori potencialment en tot el procés d'intervenció, ja que arribarà un

punt on el malalt no podrà ajudar als professionals a explicar com evoluciona la situació a conseqüència del desenvolupament de la malaltia.

En clau de petita conclusió, he pogut aprendre que la funció o la feina dels treballadors i treballadores socials finalitza quan les necessitats dels malalts i la família estan cobertes, és a dir, quan hi ha un assoliment de tots els objectius que s'han marcat amb ells.

## **Conclusions:**

Per iniciar l'apartat de conclusions, vull començar dient que la realització d'aquest treball m'ha ajudat a poder donar resposta a grans dubtes que em van sorgir quan vaig decidir realitzar un treball de caràcter d'aprofundiment teòric, a més, no ha donat resposta únicament a la pregunta inicial del meu treball, sinó que ha donat resposta a totes les preguntes posteriors que anaven sorgint a mesura que avançava el meu treball. Per tant, la realització d'aquest treball m'ha permès no només donar resposta als meus dubtes, sinó que m'ha ajudat a enriquir el meu coneixement tant en l'àmbit personal com en el meu futur com a professional.

Com he pogut veure en el desenvolupament del treball, cada vegada la població tendeix a viure més anys, creant una societat on, en la actualitat, hi ha més persones grans que naixements, això provoca la necessitat de més atenció cap a un col·lectiu creixent any rere any, amb més serveis i ajuda dels actuals. La funció dels treballadors i treballadores socials, com he pogut comprovar, serà clau en la resposta a les necessitats d'aquest col·lectiu per tal de poder ajudar-los a mantenir una qualitat de vida idònia, juntament amb la col·laboració familiar pertinent.

Si parlem del primer objectiu que em vaig proposar, amb el desenvolupament del treball m'he adonat de què en l'actualitat, amb els canvis i avenços de la ciència, ja no es pot considerar una franja d'edat estàtica per parlar de les persones grans, ja que no totes les persones amb 65 anys es troben en les mateixes condicions físiques i psíquiques i això és una cosa que s'ha de començar a tenir molt en compte en tractar amb les persones d'aquestes edats on ja es considera "normal" parlar de persones grans.

De la mateixa forma, les malalties no afecten igual a una persona gran que manté unes rutines de vida saludable o que realitza activitats que ajuden a prevenir l'aparició de les malalties, considero que no hi ha suficient potenciació per ajudar a les persones grans a conèixer la importància de mantenir-se actives físicament i mentalment parlant. Tenim un gran problema de soledat en aquest col·lectiu i és important lluitar-hi per ajudar a combatre certs estereotips per tal de poder treballar les relacions i xarxes de les persones grans, ajudant a disminuir l'aparició d'algunes malalties com les neurodegeneratives.

Pel que fa als recursos que hi tenim i disposem per al col·lectiu, per mitjà de la Cartera de Serveis Socials i els recursos que té a disposició l'Ajuntament i Generalitat de

Catalunya he pogut veure que el ventall és bastant ampli però, he pogut adonar-me'n que la gran majoria de persones i, sobretot, els familiars de les persones grans, no tenen coneixement d'aquests recursos perquè no hi ha facilitats per això. Moltes famílies no coneixen ni la funció pròpiament del treballador i treballadora social i, és per aquest motiu, que tampoc coneixen els recursos que hi disposen per poder donar una millor atenció als seus familiars.

Afegir que, tot i el gran ventall d'opcions per a la gent gran que disposem, son totes de caràcter general "persones grans", "persones amb dependència", però que succeeix quan tenim una persona amb Alzheimer o demència? Aquesta tipologia de malaltia, com he pogut comprovar, necessita una mena de cures o suports més especialitzats que els quals pot necessitar una persona amb dependència per dificultats en la mobilitat. Seria important o destacable, la possible necessitat d'establir categories dins de la mateixa cartera o la creació d'un apartat amb recursos específics per a les persones grans amb demències, més aviat, seria la necessitat d'assegurar-nos de tenir professionals dins dels diferents serveis que estiguin especialitzats en demències per saber quins seran o poden ser els seus comportaments o les seves necessitats.

El perquè de la reflexió anterior, i donant resposta al segon objectiu principal, és a conseqüència de què les demències son el principal problema al qual han de fer front les persones grans. Tot i que aquest no és un tret específic que ve acompanyat de la vellesa, ja que també hi ha gent jove amb aquesta malaltia, considero que és de vital importància començar a ser conscients de la necessitat de deixar de vincular les demències com l'Alzheimer com a quelcom típic o propi de les persones grans, ja que això afegix complicacions al possible diagnòstic de la malaltia concreta que pot patir la persona amb la qual es tracta sota la frase "és normal tenir pèrdues de memòria en aquesta edat".

Arribats a aquest punt, les funcions dels treballadors i treballadores socials són de vital importància per a la família del malalt, perquè si, hem de començar a parlar de malalts quan ens referim a persones amb Alzheimer. Un tret important de la seva intervenció és la necessitat de parlar amb el malalt davant en les entrevistes, ja que es tendeix a deixar-lo de banda, es considera que ja no entenen la situació i, amb el pas del temps, serà així, però en estadis primaris de la malaltia, la persona que la pateix en primera persona n'és conscient del que està passant i, els treballadors i treballadores socials s'han d'encarregar d'aportar una seguretat o tranquil·litat, no només a la família, sinó també al malalt.

L'objectiu principal dels treballadors i treballadores socials ha de ser vetllar per la millora en la qualitat de vida del malalt i evitar la sobrecàrrega del cuidador principal i la seva família, cuidar a un malalt d'Alzheimer és més complicat del que podem pensar i no hi som conscients fins que ens toca lluitar a la mà d'algú proper contra la malaltia. S'ha de potenciar la necessitat d'activar determinats recursos que ajudin al domicili, en un primer moment de la malaltia on el malalt encara pugui viure sol o pugui estar a casa seva, ja que és probable que, a mesura que avanci la malaltia, s'haurà de plantejar la possibilitat de residència, ja que els domicilis no sempre estan adaptats per a les noves necessitats del malalt i no totes les famílies es poden permetre els costos de tot el que es puguin necessitar per adaptar el domicili.

Els treballadors i treballadores socials han de treballar conjuntament amb l'equip mèdic i psicològic per poder ajudar al nucli familiar i al malalt en la nova situació que hi inicien, s'ha de trencar la idea que la funció dels professionals socials és únicament donar ajudes econòmiques i potenciar que, en aquesta situació en concret, també hi son per ajudar als possibles conflictes familiars causats per la nova situació domiciliar, i això serà una futura lluita per canviar la imatge social que hi ha sobre aquesta idea falsa que hi gira al voltant de la professió.

Per tant, encara hi ha una lluita per seguir defensant la posició dels treballadors i les treballadores socials en certs àmbits, i quan parlem del col·lectiu de persones grans amb Alzheimer i les seves famílies, hi ha una forta necessitat de potenciar el vincle amb aquests professionals més enllà de demanar ajudes econòmiques.

He pogut aprendre que hi ha molta feina per fer al llarg dels anys, la importància de no perdre mai el contacte amb la família i el malalt fins que els objectius dels treballadors i treballadores socials estiguin complerts i, tot i això, és important mantenir cert vincle per ser un pilar que ajudi en tot moment, ja que tard o d'hora ens tornaran a necessitar. Considero, que també hi ha una certa necessitat d'actuació o presència de l'equip social en el procés de final de vida d'aquests malalts i les seves famílies, ja que l'Alzheimer és una malaltia que perdura durant molt de temps en el nucli familiar i provoca molts sentiments diferents en els cors de les famílies i per això, en el moment de la mort, crec que seria important que els treballadors i treballadores socials també estiguessin presents en els tràmits de suport.

## Bibliografia:

- Abellán García, A; Ayala García, A; Pujol Rodríguez, R. (2017, 4 octubre). *A vueltas con el umbral de inicio de la vejez*. Blog Envejecimiento [en-red]. <http://bit.ly/2gjosOE>
- Aguilar, M; Cuevas, Raquel. (2004). *Cuidar a casa persones grans amb dependència*. Diputació de Barcelona.
- Alameda, Salazar, S. (2020). Duelo anticipado y duelo real en familias cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev. Archivos de la Memoria, 17*: e12500
- <https://tuapoyoenred.com/wp-content/uploads/2021/03/Duelo-anticipado-y-duelo-real-familiares-cuidadores-de-enfermos-de-Alzheimer.pdf>
- Allegra. (2021, 3 mayo). *Demencia en el anciano: causas y consecuencias* - Allegra. Allegra. <https://allegra.cat/es/demencia-en-el-anciano/>
- Ajuntament de Barcelona. (s. f.). *Recursos Sociales | Personas mayores*. <https://ajuntament.barcelona.cat/personesgrans/es/canal/recursos-socials>
- Ajuntament de Barcelona, Sanidad y salud. *Barcelona por el Alzheimer* (s. f.). <https://ajuntament.barcelona.cat/sanitatisalut/es/canal/barcelona-lalzheimer#:~:text=Sobre%20la%20entidad&text=En%20Espana%20C3%B1a%20m%C3%A1s%20de%20800.000,al%20tel%C3%A9fono%20934%20132%20121>
- Ajuntament de Barcelona. (2010). *Llei de serveis socials, col·lecció lectura fàcil*. Ajuntament de Barcelona <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/Llei%2012%20de%202007%20de%20serveis%20socials%20lectura%20facil.pdf>
- Ajuntament de Barcelona. (2010). *Cartera de Serveis Socials 2010-2011, col·lecció lectura fàcil*. Ajuntament de Barcelona. <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/Cartera%20Serveis%20Socials%202010-2011-%20Cartera%20SS%202010-2011-lectura%20facil.pdf>

- Alzheimer's Association. (2016). What is Alzheimer's Disease?, Alzheimer's Association. <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers?lang=en-US>
- APIR (2022). *Psicología Clínica (Tomo II)*. Pàgines 112-138).
- Badia, A. (2021, 3 noviembre). Por qué lloran los enfermos de Alzheimer. *psicologia-online.com*. <https://www.psicologia-online.com/por-que-lloran-los-enfermos-de-alzheimer-5995.html>
- Bonilla, M. (2017). El treball social en l'atenció a persones amb malaltia crònica avançada des de l'atenció primària de salut a propòsit d'un cas. *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, 210 pp.81-92.
- Castro-Jiménez, L. E. (2018, 1 septiembre). *Efecto de la actividad física sobre el deterioro cognitivo y la demencia* *Efecto de la actividad física sobre el deterioro cognitivo y la demencia Rev Cubana Salud Pública*, 44(3). <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n3/e979/>
- Departament de Drets Socials. (s. f.). *La Cartera de serveis socials*. Gencat. <https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits-tematics/serveis-socials/la-cartera-de-serveis-socials/>
- Derechos Sociales, Justicia Global, Feminismos y LGTBI. (s. f.). *Personas que dicen sentirse solas, por grupos de edad*. Ajuntament de Barcelona. <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/es/bcn-contra-soledad/observatorio-de-la-soledad-barcelona/personas-que-dicen-sentirse-solas-por-grupos>
- Derechos Sociales, Justicia Global, Feminismos y LGTBI. (s. f.). *Personas de 65 años o más que sienten que les falta compañía*. Ajuntament de Barcelona. <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/es/bcn-contra-soledad/observatorio-de-la-soledad-barcelona/personas-de-65-a%C3%B1os-o-m%C3%A1s-que-sienten-que>
- Derechos Sociales, Justicia Global, Feminismos y LGTBI. (s.f.) *Personas en situación de dependencia funcional con sentimiento de exclusión*. Ajuntament de Barcelona. <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/es/bcn-contra->

[soledad/observatorio-de-la-soledad-barcelona/personas-en-situacion-de-dependencia](https://www.observatorio-de-la-soledad-barcelona/personas-en-situacion-de-dependencia)

- Deví Bastida, J; Altimir Losada, S. (2008). “*Demencias y enfermedad de Alzheimer*”. Thomson.
- DIXIT Centro de Documentación de Servicios Sociales. (s. f.). *Enfermedad de Alzheimer y demencias neurodegenerativas*. Gencat. [https://dixit.gencat.cat/es/details/Article/20220124\\_alzheimer\\_demencias\\_neurodegeneratives#bloc1](https://dixit.gencat.cat/es/details/Article/20220124_alzheimer_demencias_neurodegeneratives#bloc1)
- El Rincón del cuidador. (s. f.). *Principales enfermedades en personas mayores*. El Rincón del cuidador. <https://www.elrincondelcuidador.es/tratamientos-medicacion/principales-enfermedades-cronicas-en-ancianos>
- Epdata. (s. f.). *Las cifras del Alzheimer en España: número de personas y mortalidad*. Epdata. <https://www.epdata.es/datos/cifras-alzheimer-espana-numero-personas-mortalidad-muertes-graficos-datos/671#:~:text=Datos%20actualizados%20el%202021%20de,los%20casos%20no%20est%C3%A1n%20diagnosticados>.
- Fernández, Fernández, E. (2009). El Trabajo social sanitario con las familias de los enfermos de Alzheimer. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 45, pp. 13-38
- Filardo Llamas, C. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Documentos de Trabajo Social*, 49, pp. 204-219
- Flórez, Lozano, JA; Flórez, Villaverde, I; Rodríguez Suárez, J. (2003). Familia y enfermedad de Alzheimer: Nuevos horizontes de convivencia. *Med Integral*, 41(3), pp.178-82 <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-familia-enfermedad-alzheimer-nuevos-horizontes-13046296>
- Fundación Alzheimer España. (2015). Repercusiones sobre la familia. Fundación FAE. <http://www.alzfae.org/fundacion/166/repercusiones-familia-cuidador>
- Fundación Atilano Sánchez Sánchez. (2021). ¿Qué es la demencia en personas mayores? Fundación FAE. <https://www.fundacionfass.org/general/que-es-la-demencia-en-personas-mayores/>



- Fundación Atilano Sánchez Sánchez. (2021). Tipos de demencias en personas mayores. Fundación FASS. [https://www.fundacionfass.org/general/tipos-de-demencia-en-personas-mayores/?gclid=CjwKCAiA-8SdBhBGEiwAWdgtcFLOWeYA9Pp6c1Xtd0R6t7zofV3G2Nmj6bvSmgP3qS9scL26j4vKBoCpOAQAvD\\_BwE](https://www.fundacionfass.org/general/tipos-de-demencia-en-personas-mayores/?gclid=CjwKCAiA-8SdBhBGEiwAWdgtcFLOWeYA9Pp6c1Xtd0R6t7zofV3G2Nmj6bvSmgP3qS9scL26j4vKBoCpOAQAvD_BwE)
- Fundación Atilano Sánchez Sánchez. (2021) ¿Qué es la demencia en personas mayores? Fundación FASS [https://www.fundacionfass.org/general/que-es-la-demencia-en-personas-mayores/?gclid=CjwKCAiAmuKbBhA2EiwAxQnt766V1MW1Y1fhTS\\_5jFJsd5BO5XIipwau5o0FMvHBBCvJg\\_Bt4ci0WxoC6WMQAvD\\_BwE](https://www.fundacionfass.org/general/que-es-la-demencia-en-personas-mayores/?gclid=CjwKCAiAmuKbBhA2EiwAxQnt766V1MW1Y1fhTS_5jFJsd5BO5XIipwau5o0FMvHBBCvJg_Bt4ci0WxoC6WMQAvD_BwE)
- Fundació. P Maragall. (s. f.). 8 actividades recomendables para personas mayores. Fundació Pasqual Maragall. <https://blog.fpmaragall.org/actividades-para-gente-mayor>
- Fundació. P Maragall. (s. f.). Recursos sociales para personas con Alzheimer y familiares. Fundació Pasqual Maragall. <https://blog.fpmaragall.org/recursos-sociales-para-personas-con-alzheimer-y-familiares>
- Fundació Pasqual Maragall. (2016). Dades bàsiques sobre la malaltia de l'Alzheimer. Fundació Pasqual Maragall. <https://fpmaragall.org/>
- *García, Herrera, T. Jimenez. (2010). "Trabajo Social con enfermos de Alzheimer y sus familias".* Netbiblo. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=DulALscVT7kC&oi=fnd&pg=PR15&dq=related:JcIdEtN5GV8J:scholar.google.com/&ots=YVVAFS10b1&sig=jHSbUoqKMYLkdl0K3mveg03WzRM#v=onepage&q&f=false>
- García Iciar, A. (2015). *"A pesar del pronóstico de Olvido: intervención desde el Trabajo Social"*. (Treball de Final de Carrera) Facultad de Educación y Trabajo Social de Oviedo, Oviedo. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/14959/TFG-G1613.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García Villajos, V. (2017). *"La enfermedad de Alzheimer y el Trabajo Social"*. (Treball de Final de Carrera) Universidad de Jaén, Jaén.

- Generalitat de Catalunya. (2016). Alzheimer. Canal Salut Gencat. <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/a/alzheimer/>
- Gil Gregorio, P; Gallego García, O; Ramírez Díaz, S. (2004). “*Guía práctica para cuidadores de enfermos de Alzheimer. La familia: El actor no protegido*”. Just in Time S.L
- Gil Gregorio, P; Gallego García, O. (2007). “*Guía práctica para cuidadores de enfermos de Alzheimer. La enfermedad de Alzheimer: Cómo actuar en situaciones difíciles.*” Just in Time S.L
- Gonzalo Klaassen P; Enrique Werlinger E; Loreto Contreras E; Alexis González B; Aldo Vera C; Sergio Juica A; Mario Fuentealba S. (2021). Calidad de Vida en Demencia Alzheimer: un nuevo desafío. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(4), 361-367. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272021000400361>
- Guerreo, Ballester, Y. (s. f.). *La demencia senil. Un acercamiento a su manejo y tratamiento.* Primera Jornada Virtual de Psiquiatría 2020. <http://jvirtualpsiquiatria2020.sld.cu/index.php/jvpsq/2020/paper/viewPaper/126>
- Huang, J. (2023, 17 enero). *Demencia. Manual MSD versión para público general.* <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/delirio-y-demencia/demencia>
- Idescat. (s.f.). Institut Estadístic de Catalunya. <https://www.idescat.cat/?lang=es>
- Javier, Yanguas, J. (2007). “*Modelo de Atención a las personas con enfermedad de Alzheimer.*” IMSERSO. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/yanguas-modelo-01.pdf>
- Mapfre España. (11 de octubre de 2021). 5 formas de estimular el cerebro en personas mayores. Mapfre. <https://www.mapfre.es/ahorro-inversion/planes-de-pensiones/articulos/estimular-cerebro-mayores/#:~:text=Juegos%20de%20mesa%2C%20pasatiempos%20o,de%20c%C3%A1culo%20y%20atenci%C3%B3n%20mantenida.>
- Neuropsicología. (2022). Tipos de deterioros cognitivos, causas y tratamiento. Escuela de Postgrado de Psicología y Psiquiatría. <https://eepsicologia.com/deterioros-cognitivos-tipos-causas/>

- Nitrini, R. & Dozzi Brucki, SM. (2012). Demencia: Definición y Clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 75-98  
75ISSN: 0124-1265
- Núñez, N. O. (2020). La demencia senil: un problema de salud en los tiempos actuales. *Oliva Núñez | Investigaciones Medicoquirúrgicas*.  
<https://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/591>
- Olmedo Vega, V; Mielgo Gandarillas, E. (2021) “Trabajo Social neurológico: intervención social con pacientes con Alzheimer”. *Revista TRABAJO SOCIAL HOY* 1er Cuatr. 2021, n.º 92 [101-123] ISSN 1134-0991  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8160454>
- Olmedo Vega, V; Arranz, M. (2017). “Trabajo Social Sanitario: Intervención con Paicentes con ictus desde el Servicio Médico de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.”. *Trabajo social y salud*, 88, pp. 39-48.
- Olmedo Vega, V; Fernández Diez, S. (2017). Las 4 “q” del Trabajo Social en la atención a personas con enfermedades neurológicas: qué, quién, para qué y porqué. *Documentos de Trabajo Social*, 63
- OMS (2022). Demencia. Organizació Mundial de la Salut.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=La%20demencia%20afecta%20a%20nivel,demencia%20en%20un%20determinado%20momento>.
- Peralta, L. A., Barranco, A. B., & Sebastián, A. R. (2019). Demencias. *Medicine - Programa De Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(74), 4329-4337.  
<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.011Manual>
- Portela, N. (21 diciembre 2020). *Enfermedades y patologías en la tercera edad*.  
<https://teleasistencia.es/es/blog/salud-en-la-tercera-edad/enfermedades-y-patologias-en-la-tercera-edad>
- Psicología Científica. (2020). Repercusión de la enfermedad de Alzzheimer en el núcleo familiar. *Psicología Científica*.  
<https://www.psicologiacientifica.com/alzheimer-repercusion-familiar/>
- Ramiro Fariñas, D; Pujol Rodríguez, R; Abellán García; A. (2016). *¿Umbral fijo o móvil? Nueva forma de medir el inicio de la vejez*. Blog Envejecimiento [en-red]. Disponible en: <http://bit.ly/1HmZOE7>

- Ramiro Fariñas, D; Pujol Rodríguez, R; Abellán García; A. (2016). *Una reflexión necesaria sobre el inicio de la vejez*. Blog Envejecimiento [en-red], Disponible en: <http://bit.ly/1LgJyFN>
- Rojas, M. (2023). ¿Cómo es la muerte por demencia? *GransLiving*. <https://gransliving.com/blog/muerte-por-demencia/>
- Sanitas. (s.f.) Síntomas de la demencia senil. Sanitas. <https://www.sanitas.es/sanitasresidencial/residencias-mayores/sintomas-demencia>
- Stefanacci, R. G. (20 de diciembre de 2022). *Introducción al envejecimiento*. Manual MSD versión para público general. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/introducci%C3%B3n-al-envejecimiento>
- Vitalservit. (11 de febrer de 2020). Enfermedades i patologies en la tercera edat. Vitalservit. <https://www.vitalservit.com/enfermedades-y-patologias-en-la-tercera-edad/>