



## **Factores de riesgo personalidad premórbida en la enfermedad de Alzheimer: estudio preliminar. (R)**

### **AUTORES**

J. Lluís Conde, Psicólogo. 1998.

Correspondencia: J. Lluís Conde Sala. E-mail: [lconde@psi.ub.es](mailto:lconde@psi.ub.es)

Dept. de Psicología Evolutiva. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona

Paseo Valle de Hebron, 171. 08035 Barcelona.

### **RESUMEN**

El presente artículo hace un repaso de los principales estudios respecto a los factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, priorizando los factores psicosociales y especialmente los que se refieren a la personalidad premórbida. Entre los factores psicosociales de riesgo, aparecen como los más destacados un bajo nivel educativo y una actividad-relación social restringida.

Hagnell et al. (1992), Bauer et al (1995), y Malinchoc et al. (1997) son algunos de los principales estudios en relación al tema más concreto de la personalidad premórbida. Necesidad de protección, tutelaje y dependencia de otras personas, relación social e interpersonal restringida e introversión, son los elementos de riesgo más relevantes que aparecen en estos estudios.

El artículo es un estudio preliminar que precede a una investigación que está desarrollando el autor. Los factores que aparecen en los estudios mencionados tienen relación con la hipótesis de trabajo de la investigación, formulada en 1995-96, acerca de los perfiles de riesgo en la personalidad premórbida de los enfermos de Alzheimer. Esta hipótesis los sitúa en el campo de lo emocional y de la relación interpersonal: fragilidad de la identidad personal y sostenimiento del yo a través de una relación simbiótica con otro.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, personalidad premórbida, factores de riesgo

### **INDICE**

[Introducción](#)

[Factores medioambientales y psicosociales](#)

[Los eventos vitales y el estrés psicosocial como factores premórbidos](#)

[La personalidad premórbida como factor de riesgo](#)

[Epílogo](#)

[Notas Bibliográficas](#)

#### **1.- Introducción**

La magnitud y trascendencia social de la enfermedad de Alzheimer y las grandes incógnitas sobre su etiología, mecanismos bio-fisiológicos implicados, factores de riesgo, etc... han fomentado numerosas investigaciones, entre las cuáles ha predominado el enfoque médico-biológico. El interés por conocer los problemas metabólicos de la proteína amiloide a nivel neuronal, el papel de los neurotransmisores a nivel de sinapsis, o más recientemente los estudios sobre las implicaciones genéticas en la transmisión hereditaria, han ocupando y siguen ocupando a la mayoría de los investigadores biólogos, neurólogos, genetistas, etc...

Los estudios epidemiológicos por otra parte, han definido algunos factores de riesgo bien establecidos y confirmados, y una larga lista de factores probables que necesitan una mayor investigación. A. Jorm (1994, 1997) nos ofrece una visión de conjunto de estos factores: la edad creciente, una historia familiar de demencia, la presencia de casos de Síndrome de Down en la historia familiar, y el genotipo Apo-E, constituyen los factores más contrastados ; como factores controvertidos cita el grupo étnico, los traumas de cabeza y el aluminio del agua bebida; finalmente como factores de protección posibles señala las drogas antiinflamatorias, la terapia con estrógenos y un nivel alto de educación.

Desde hace algunos años, se han venido publicando diversas investigaciones que señalaban una serie de factores no biológicos que obtenían unas altas correlaciones estadísticas con los casos diagnosticados de Alzheimer. Entre éstos estarían los que podemos denominar de forma genérica medioambientales, es decir condiciones externas al sujeto que tienen una influencia diferenciada en el estado de la salud de una comunidad determinada.

El estudio sobre los gemelos finlandeses (13.888 pares), indica que la enfermedad de Alzheimer se desarrolla sólo en la mitad de los pares de gemelos idénticos y con unas edades de presentación que pueden diferir hasta 15 años; deben existir por tanto otros factores medioambientales que expliquen estas diferencias. El estudio sobre 4.000 individuos japoneses que emigraron a Hawai , constataba que la tasa de demencias de todo tipo, en los 3.734 supervivientes después de 30 años, era del 9'3% y la tasa de Alzheimer era del 5'4%. (tasas similares a las europeas o americanas). En Japón la tasa para las demencias de todo tipo era del 3'2% y del 1'5% en casos de Alzheimer; en este caso el factor emigración y todo lo que comporta debe tener alguna influencia. De estos y otros estudios se deriva la conclusión de que existen factores medioambientales, unos físicos y otros culturales, no identificados claramente, que juegan algún papel en la etiología de la enfermedad.

El presente artículo pretende dar cuenta en primer lugar de un conjunto de factores que preferimos denominar psicosociales. En segundo lugar comentar aquellos aspectos que en el campo de las Ciencias de la Salud denominamos también Eventos Vitales (Life Events). Y finalmente subrayar aquellas investigaciones que señalan la existencia de unas predisposiciones individuales de tipo psicológico, que tienen una alta correlación con la enfermedad de Alzheimer. El objetivo de identificar elementos de la personalidad premórbida es ya un tema clásico en el campo de las Ciencias de la Salud. Así la formulación del patrón de conducta tipo A (riesgo de padecer enfermedades cardio-vasculares), cuyos rasgos fundamentales serían la cólera, hostilidad o agresividad; o bien el patrón de tipo C (riesgo de padecer cáncer), con actitudes de abierta cooperación, cumplidores, tendentes a inhibir sus emociones, etc... han definido unos perfiles con una alta correlación estadística y con unas interesantes proyecciones en el campo de la Prevención de la Salud.

## **2. - Factores medioambientales y psicosociales.**

a) El estatus socioeconómico (ESE): Siguiendo el texto anteriormente citado de Jorm (1994)<sup>1</sup> , el autor, después de un análisis de los más relevantes estudios sobre este factor, en los que pone de manifiesto la relación entre alteraciones cognitivas y estatus económico y nivel de educación, concluye que efectivamente hay una asociación entre el ESE y la incidencia de demencia que no puede ser debida a sesgos en la evaluación.

En un estudio reciente, el de Evans et al. (1997), sobre una muestra de 642 personas, llegaron a la conclusión que los marcadores de estatus socioeconómico bajo, predecían el riesgo de desarrollar la demencia de Alzheimer; estos marcadores eran: educación, prestigio profesional e ingresos, siendo el factor educativo el más significativo.

Estos datos nos hablan, no tanto de una causalidad directa entre nivel económico y la enfermedad de Alzheimer, sino de factores que condicionan y determinan unos estilos de vida (nutrición, etc...), incluyendo la mayor o menor estimulación de las capacidades cognitivas a lo largo de la vida, las cuales comportarían una mayor resistencia al deterioro.

b) El factor educativo : Ha sido éste un factor ampliamente estudiado. El criterio general es que a un menor nivel educativo existe un mayor riesgo para la enfermedad de Alzheimer. Moritz y Petitti (1993), en un estudio sobre 1.658 casos, señalaban la asociación entre un grado más severo de enfermedad y un nivel bajo de educación, así como que el hecho de tener un pobre nivel educativo conllevaría el descubrimiento más tardío de la enfermedad. Kondo et al. (1994), en una investigación con 60 casos, y Bidzan, Ussorowska (1995), en su estudio con 90 casos de Alzheimer, subrayaban también el bajo nivel educativo juntamente con otros elementos psicosociales como factores de riesgo. Ott et al. (1995), en el estudio desarrollado por la Universidad de Rotterdam, sobre una muestra de 7.528 personas, llegaban a la conclusión de que el riesgo de sufrir la enfermedad de Alzheimer es inversamente proporcional al nivel educativo, estimando que las personas que no han pasado de la enseñanza primaria tienen un riesgo cuatro veces mayor que las que han accedido a estudios universitarios.

Por otra parte, Snowdon et al. (1996), en un controvertido estudio sobre 93 personas, concluyen comentando que la baja habilidad lingüística en periodos anteriores (media de 23 años en los estudios autobiográficos), era un predictor de una pobre función cognitiva y de Enfermedad de Alzheimer en los períodos tardíos de la vida. Teri et al. (1997) ponen de relieve la importancia, para un envejecimiento exitoso, de mantener un buen nivel en el ejercicio de las capacidades cognitivas, el cual permita a las personas actuar recíproca, efectiva y apropiadamente con el ambiente.

c) El grado de actividad y relación social: El grado de actividad y relación social, así como los intereses vitales que una persona manifiesta, han sido también objeto de estudio como factores de riesgo.. Los estudios anteriormente citados de Kondo et al. (1990, 1994)<sup>9</sup> y Bidzan-Ussorowska (1995)<sup>8</sup>, correlacionan un menor grado de relación y actividad social con un mayor riesgo de demencia de Alzheimer. Shen Y (1992), en un estudio realizado en China sobre 126 casos diagnosticados de Alzheimer, cita también el tener pocos intereses vitales como factor de riesgo. De la misma forma que Bauer et al. (1995), en un estudio sobre las biografías de 21 pacientes con la Enfermedad de Alzheimer, citan la pérdida de contactos sociales y la pérdida de motivación como elementos premórbidos en estos pacientes. En el estudio de Shimamura et al. (1998), sobre factores medio-ambientales para la demencia de Alzheimer, aparecen entre otros, la menor relación con vecinos, la menor participación en actividades de la comunidad, los cambios de domicilio, el aislamiento, el vivir en familias sin niños.

Un menor grado de actividad física aparece también como factor de riesgo en algunos estudios: Henderson et al. (1992) y los ya citados de Kondo et al. (1990, 1994)<sup>8</sup> y Shimamura et al. (1998)<sup>15</sup>.

### **3.- Los eventos vitales y el estrés psicosocial como factores premórbidos.**

Subrayar de entrada que algunos de los eventos vitales a los cuales se les supone un potencial estresante son polémicos, no porque no lo sean en algunas personas, sino porque no obtienen siempre una correlación estadística suficientemente valorable.

a) Los eventos vitales. Bauer et al. (1995)<sup>14</sup>, Shen Y (1992)<sup>13</sup>, Shimamura et al. (1998)<sup>15</sup>, autores ya citados, constatan la presencia de eventos vitales negativos previos al desarrollo de la enfermedad. Pecyna (1993), en un estudio sobre 73 pacientes, subraya las crisis psicológicas familiares como un elemento importante en la etiopatogénesis de la enfermedad de Alzheimer.

Por otra parte Jorm (1991), no halló en su estudio ninguna asociación con tres eventos de la vida de las personas mayores: muerte de esposo/a, muerte de un niño, y divorcio. Asimismo Hagnell et al. (1992, 1993), en un estudio sobre 2.612 personas, no encontraron ningún factor medioambiental que tuviera relevancia estadística, ni para la demencia de Alzheimer ni para la demencia vascular, aunque sí detectaron factores de riesgo relacionados con la personalidad, los cuales comentaremos más adelante.

b) Las teorías del estrés. Esta disparidad en los resultados merece un comentario sobre las teorías del estrés psicosocial relacionado con los eventos vitales, para señalar sus virtudes, pero también sus

insuficiencias. Siguiendo a Lemos (1996)<sup>5</sup> y Sandín (1989, 1996)<sup>4</sup>, podemos decir que la teoría del estrés toma relevancia a partir de Seyle (1974). Los cambios inespecíficos que producen los eventos vitales con capacidad estresante, es decir cuando superan el umbral de resistencia de un organismo, los denomina Síndrome General de Adaptación (SGA). En esta interacción entre factores externos e internos del individuo pueden distinguirse: a) Sucesos ambientales o estresantes, los cuáles actúan como estímulo para la activación de las respuestas psicofisiológicas, b) Dimensiones cognitivo-afectivas referidas a la interpretación que hace el individuo de los sucesos ambientales y de las respuestas del individuo, y c) El afrontamiento, previa a la activación patógena, el cual se refiere a la oportunidad para reducir o no la amplitud y el nivel de activación, modificando las circunstancias del ambiente o las propias interpretaciones cognitivas.

Las teorías del estrés representan un hito importante en la medida que, en la eclosión de una afección somática, relacionan las respuestas del individuo con unos acontecimientos externos que actúan como estímulo. Sin embargo hay que subrayar algunos elementos que hacen más compleja esta relación. Poner el acento en la capacidad objetiva de los estímulos estresantes (eventos vitales), supone de alguna manera ignorar todas las variables de la personalidad humana, las cuales determinan que las vivencias tengan una significación singular y propia en cada persona y que el umbral de activación de las alteraciones psicósomáticas también lo sea. Así, no nos sorprende observar la disparidad en los estudios sobre la correlación entre estos acontecimientos concebidos como factores de riesgo y la enfermedad de Alzheimer.

Por otra parte la vivencia de un determinado acontecimiento no depende, según nuestro criterio, únicamente de las configuraciones cognitivas, tal como señalan los teóricos del estrés, sino de constelaciones más amplias de la personalidad que incluyen factores cognitivos y factores emocionales. En un trabajo anterior, Conde (1996), comentando las similitudes y diferencias entre Piaget y Freud, así como la interacción entre las capacidades cognitivas y las emocionales, decíamos a partir de un texto singular y poco desarrollado del propio Piaget (1966), pero fundamental para nuestra tesis, que "... la motivación que dinamiza el mecanismo cognoscitivo está constituida por una carga energética que tiene que ver con la afectividad".

Este segundo elemento nos llevaría a priorizar la exploración de la estructura de la personalidad, en la tarea de identificar factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer. El objetivo de esta prioridad sería poder definir los perfiles de riesgo premórbidos, y evaluar en relación a ellos el impacto de un conjunto de eventos vitales que se inscriben en un marco más amplio: la perspectiva de la vejez como una etapa específica del ciclo vital, en la cual hay que asumir de forma ineludible y personal unos cambios y unas pérdidas.

#### **4.- La personalidad premórbida como factor de riesgo.**

En los últimos años ha habido un notable aumento de los estudios referidos al tema. Para un mejor análisis y discusión vamos a diferenciar varios aspectos:

a) Continuidad y cambio entre estados pre-mórbidos y post-mórbidos. Unos estudios subrayan el cambio producido con la eclosión de la enfermedad, mientras que otros subrayan líneas de continuidad en los dominios básicos de la personalidad. A pesar de las diferencias, estos resultados pueden que no sean contradictorios ya que suelen hacer referencia a aspectos diferentes. La principal discrepancia se centra en la continuidad o no de las alteraciones graves entre los estados pre y post enfermedad, no tanto en la continuidad en los rasgos básicos.

En cuántos a los cambios, Petry et al. (1988, 1989), concluyen en la primera investigación, que los pacientes de Alzheimer llegan a ser más pasivos, más toscos y menos espontáneos como resultado de la enfermedad. Bozzola et al. (1992), en la misma línea de analizar los cambios, sobre una muestra de 80 pacientes, señalaban la disminución de la iniciativa-crecimiento de la apatía (61'3%), el abandono de las aficiones (55%) y el aumento de la rigidez (41'3%), como rasgos más destacados de cambio.

La comparación de la personalidad premórbida y la presente, utilizando el NEO-PI (1985), de Costa y McCrae, sobre los 5 dominios básicos de la personalidad, da unos resultados muy similares en varias investigaciones. Los cambios en estos aspectos básicos los podemos resumir en: aumento del Neuroticismo y disminución de la Extroversión y el Orden - responsabilidad (Conscientiousness). Los

otros dos dominios, Apertura y Amabilidad, presentan unas disminuciones menores, a veces no significativas.

	<i>Neuroticis.</i>	<i>Extrovers.</i>	<i>Apertura</i>	<i>Amabilid.</i>	<i>Ord.-Resp.</i>
<i>Siegler et al.(1991,1994)</i>	+	-	-	-N.sig.	-
<i>Chatterjee et al. (1992)</i>	+	-	-N.sig.	-N.sig.	-
<i>Strauss et al. (1994)</i>	+	-	.....	.....	-
<i>Welleford et al. (1995)</i>	+	-	-(menor)	-(menor)	-

Otros autores tendrán tendencia a poner de manifiesto la continuidad entre perfiles pre y post-mórbidos. Así, Petry et al. (1988)<sup>33</sup>, al mismo tiempo que señalaban los cambios, constataban la constancia de los perfiles básicos de la personalidad premórbida. Kolanowski et al. (1996, 1997), en una revisión sobre los estudios de los cambios de personalidad, comentan que, aunque aparecen cambios sistemáticos de la personalidad en las personas con demencia, los individuos parecen mantener su modelo de rasgos de personalidad premórbida. En este sentido, las personalidades de los pacientes con demencia, parecen reflejar modelos de adaptación que fueron utilizados en el pasado, existiendo una correspondencia entre las conductas pre y postmórbidas. Montani (1994), en un estudio longitudinal sobre 26 pacientes, no encuentra antecedentes psicológicos; sin embargo subraya la personalidad básica en las manifestaciones de la demencia. Péruchon (1994), asimismo dará relevancia a la influencia de la personalidad premórbida en las manifestaciones de la demencia; la autora comenta que las producciones demenciales (alucinaciones, tendencias interpretativas, imitaciones verbales), parecen formarse sobre lo que queda en los pacientes de sus potencialidades y defensas.

En cuánto a la aparición de trastornos graves de conducta en la personalidad, Chatterjee et al. (1992)<sup>27</sup> señalan que determinados rasgos de personalidad premórbida predispondrían a tener los síntomas psiquiátricos subsiguientes en la enfermedad de Alzheimer. Baker et al. (1991), en un estudio sobre 122 casos, encontraron que 39 (32%) tenían una historia psiquiátrica en los 3 años anteriores a la eclosión de la enfermedad.

Por otra parte, otros autores no observan esta correspondencia. Burns et al. (1990), comparando un grupo de enfermos de Alzheimer y otro de Corea de Huntington, con un grado de irritabilidad similar, observaron que el rasgo premórbido de irritabilidad era válido para los enfermos de Huntington, pero no para los de Alzheimer. Rosen y Zubenko (1991), respecto a un estudio longitudinal sobre 32 pacientes, constataban igualmente que la emergencia, en el transcurso de la enfermedad, de psicosis (47%) y depresión mayor (22%), no contaba con antecedentes previos a la eclosión de la enfermedad.

b)La depresión como factor de riesgo. Jorm (1994)<sup>1</sup>, ya en su libro “La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines“, señalaba cuatro estudios caso-control en los que se hallaba que la depresión premórbida era más común en los casos de Alzheimer que en los casos control: Barclay et al. (1985), French et al. (1985), Shalat et al. (1987) y Broe et al. (1990). Jorm, matizaba estos resultados comentado que esos síntomas podían confundirse con las manifestaciones iniciales de la demencia, las cuales suelen cursar con depresión.

Posteriormente otros estudios confirman la importancia de la depresión como elemento premórbido. Así, Kokmen et al. (1991), entre más de 20 factores de riesgo, encontraron que los episodios de depresión y de desordenes en la personalidad eran significativos. Jorm (1991)<sup>18</sup>, también encontró historia de episodios depresivos aunque asociada a casos tardíos. Chatterjee et al. (1992)<sup>27</sup>, constataban que en la personalidad premórbida de los pacientes de Alzheimer habían más rasgos depresivos. Henderson et al. (1992)<sup>16</sup> y Speck et al. (1995) encontraron historia de episodios depresivos ocurridos diez años antes de la eclosión de la enfermedad. Van Duijn et al. (1994) sobre 814 sujetos y Tsolaki et al. (1997) sobre 65 pacientes, también hallaron historia de depresión significativa. Parece pues que la depresión es uno de los rasgos premórbidos en los que parece haber un cierto consenso, ya sea por haberla padecido personalmente o bien por tener una historia familiar de depresión, en definirla como un factor de riesgo.

c) Otros factores de riesgo en la personalidad premórbida. No existe una claridad y una valoración unánime de los factores de riesgo en la personalidad premórbida, de forma similar a los perfiles premórbidos definidos para enfermedades tales como las cardiovasculares o el cáncer. Las investigaciones de los últimos años sobre este tema, han ido aumentando de forma significativa, aunque persiste esta falta de clarificación. Existen al menos tres estudios en los cuáles se defienden con claridad la existencia de factores premórbidos de la personalidad definidos como factores de riesgo.

El primero de ellos, el de Hagnell et al. (1992)<sup>19</sup>. La investigadora principal, una psiquiatra del Dept. Social y de Psiquiatría Forense, de la Universidad de Lund (Suecia), en un estudio amplio realizado sobre una población de 2612 personas, realizó dos ensayos, en 1957 y en 1972, con un intervalo de 15 años. No detectó factores medioambientales relacionados con la enfermedad de Alzheimer, aunque si factores de fondo de la personalidad con una correlación significativa. Estos factores que resultaron ser significativos para la enfermedad de Alzheimer los definió como personalidades con “necesidad de protección”.

El segundo estudio corresponde a Bauer, J. et al. (1995)<sup>14</sup> de la Universidad de Psiquiatría de Friburgo (Alemania). Los autores analizaron las biografías de 21 pacientes con la enfermedad de Alzheimer y las contrastaron con 12 pacientes de edad parecida con demencia vascular, los cuales sirvieron como grupo de control. En los perfiles de la personalidad premórbida de los enfermos de Alzheimer predominaban las personas con “tendencia a la evitación-sumisión”, con un “tutelaje humanitario” (tendencia a depender y pedir permiso a otros en las decisiones importantes) y con unas “relaciones y un trato social restringido”. Como contraste, los rasgos de la personalidad premórbida de los enfermos de demencia vascular eran “asertivos y dominantes”: éstos se caracterizaban por haber perdido el mando que habían ejercido sobre personas, situaciones, trabajo, etc...

Por último, el de Malinchoc et al. (1997), del Dept. de Investigación en Ciencias de la Salud de la Clínica Mayo, de Rochester (U.S.A.). Es un estudio sobre 13 casos de enfermos de Alzheimer y 16 casos de control. Se les aplicó el MMPI. Pasaron 13 años entre el estudio de la personalidad y la eclosión de la enfermedad para los casos de Alzheimer (o edad correspondiente para los controles). Los enfermos de Alzheimer tenían tasas más altas de introversión social y pesimismo respecto a la referencia normativa del test. En la comparación con el grupo control la tasa de “introversión” era significativamente alta.

Necesidad de protección o tutelaje, dependencia de otras personas, relación social e interpersonal restringida, introversión, falta de energía mental, son a modo de resumen aquellos elementos que más se subrayan en los estudios sobre personalidad premórbida. Es fácil advertir que todos estos elementos no solamente no son contradictorios, sino que guardan una relación muy próxima. Tienen por otra parte una gran coincidencia con la hipótesis que defiende el autor de este artículo (Conde, 1996)<sup>31</sup>, en relación a las características de la personalidad premórbida que actuaría como factor de riesgo para la demencia de Alzheimer, y que el autor las sitúa en el campo de lo emocional: relación simbiótica con otro, falta de energía yoica, fragilidad de la identidad personal, insuficiencia de la capacidad de elaboración frente a lo que conlleva el propio proceso de envejecimiento.

## 5.- Epílogo

Este artículo pretendía reunir la información sobre los principales estudios respecto a los factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer, priorizando aquellos que se referían a la personalidad premórbida. Lleva el título de preliminar ya que anuncia una próxima investigación por mi parte sobre el tema.

La primeras formulaciones del trabajo a realizar y de las hipótesis sobre las cuales se iba a orientar el estudio, se definieron hace dos años. Están recogidas en el marco de un texto no publicado, que lleva el título de “Psicología, Vejez y Grupos. Tertulias para personas mayores”, en el capítulo: Las habilidades neuropsicológicas y sus déficits. Las motivaciones para este estudio tenían relación con lo observado en la tarea profesional que he venido realizando en estos últimos años, en diversas actividades con personas mayores (Conde): a) Tertulias para Personas Mayores: trabajo de reflexión grupal alrededor del propio proceso de envejecimiento (1988-1997). b) Apoyo emocional a familias con una personas mayor demente (1991-... ..). y c) Talleres de Memoria (1997-... ..)

Las hipótesis formuladas en aquel momento tenían un grado de abstracción demasiado alta para un estudio empírico; ha sido necesario operativizarlas para detectar perfiles, situaciones, conductas objetivables. Estas hipótesis hacían referencia al proceso de desobjetivación y regresión que comporta

una demencia, en el contexto de unas insuficiencias psíquicas para elaborar aspectos y situaciones del proceso de envejecimiento, y que se darían en determinadas estructuras psíquicas, con un yo debilitado y/o sostenido simbióticamente por otro. Esperemos que dentro de no demasiado tiempo podamos dar cuenta de esta investigación.

Barcelona, 3 de Octubre de 1998

J. Lluís Conde Sala, Psicólogo

Prof. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona

Psicoterapeuta de las Asociaciones de Profesionales y Familiares de Alzheimer

Colaborador de la Fundación A.C.E. (Alzheimer Centro Educativo) y de la Fundación "la Caixa" (Área de proyectos Educativos y Sociales)

## 6.- Notas Bibliográficas

1- Jorm AF. (1994). *La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*. Barcelona: S.G. Editores. London: Cahpman and Hall (1990)

- Jorm AF.(1997). Alzheimer's disease: risk and protection. *Med J Aust* 1997 Oct 20; 167(8): 443-6

2-Raiha I, et al. (1996). Alzheimer's disease in Finnish twins. *Lancet* 1996 Mar 2; 347(9001): 573-578

3-White L, et al. (1996). Prevalence of dementia in older Japanese-American men in Hawaii: The Honolulu Asia Aging Study. *JAMA* 1996 Sep 25; 276(12) :955-960

4- Cohen, L.H. (comp) (1988). *Life events and psychological functioning*. Londres: Sage

- Sandín, B. y Chorot, P. (1996). Evaluación del estrés psicosocial. En G. Buela-Casal, V. Caballo y JC. Sierra (1996), *Manual de Evaluación en Psicología clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI

- Sandín, B (1989). Estrés, coping y alteraciones psicofisiológicas. En B. Sandín y J. Bermúdez (comps.), *Procesos emocionales y Salud*. Madrid: UNED

5- Lemos S. (1996). Evaluación psicométrica de riesgos para la salud. En G. Buela-Casal, V. Caballo y JC. Sierra (comp) (1996). *Manual de Evaluación en Psicología clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI

6- Evans DA, Hebert LE, Beckett LA., Scherr PA, et al. (1997). Education and other measures of socioeconomic status and risk of incident Alzheimer disease in a defined population of older persons. *Arch Neurol* 1997 Nov; 54(11): 1399-405

7- Moritz DJ, y Petitti DB. (1993). Association of education with reported age of onset and severity of Alzheimer's disease at presentation: implications for the use of clinical samples. *Am J Epidemiol* 1993 Feb 15; 137(4): 456-462

8- Kondo K, y Yamashita I. (1990). A case-control study of Alzheimer's Disease in Japan: association with inactive psychosocial behaviors. En K. Hasegawa y A. Homma (eds.), *Psychogeriatrics Biomedical And Social Avances*, pp. 49-53. Amsterdam: Excerpta Medica

- Kondo, K.; Niino, M. y Shido, K. (1994). A case-control study of Alzheimer's disease in Japan--significance of life-styles. *Dementia* 1994 Nov; 5(6): 314-326

9- Bidzan L, y Ussorowska D. (1995). Risk factors for dementia of the Alzheimer type. *Psychiatr Pol* 1995 May ; 29(3): 297-306

- 10- Ott A, Breteler MM, van Harskamp F, et al. (1995). Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *BMJ* 1995 Apr 15; 310 (6985): 970-973
- 11- Snowdon DA, Kemper SJ, et al. (1996). Linguistic ability in early life and cognitive function and Alzheimer's disease in late life. Findings from the Nun Study. *JAMA* 1996 Feb 21;275(7): 528-532
- 12- Teri L., McCurry SM, y Logsdon RG. (1997). Memory, thinking, and aging. What we know about what we know. *West J Med* 1997 Oct; 167(4): 269-275
- 13- Shen Y. (1992). A case-control study of risk factors on Alzheimer's disease. Multicenter collaborative study in China. *Chung Hua Shen Ching Ching Shen Ko Tsa Chih* 1992 Oct; 25(5): 284-287
- 14- Bauer J, Stadtmuller G, et al. (1995). Premorbid psychological processes in patients with Alzheimer's disease and in patients with vascular dementia. *Z Gerontol Geriatr* 1995 May; 28(3): 179-189
- 15- Shimamura K, Takatsuka, N. et al. (1998). Environmental factors possibly associated with onset of senile dementia. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1998 Mar; 45(3): 203-212
- 16- Henderson AS, Jorm AF, Korten AE, et al. (1992). Environmental risk factors for Alzheimer's disease: their relationship to age of onset and to familial or sporadic types. *Psychol Med* 1992 May; 22 (2): 429-436
- 17- Pecyna SM. (1993). Effect of psychological family crises on manifestations of Alzheimer's disease in people of working age. *Przegl Epidemiol* 1993; 47(3): 343-348
- 18- Jorm AF, van Duijn CM, Chandra V, Fratiglioni L, et al. (1991). Psychiatric history and related exposures as risk factors for Alzheimer's disease: a collaborative re-analysis of case-control studies. EURODEM Risk Factors Research Group. *Int. J. Epidemiol* 1991; 20 Suppl 2: S43-S47
- 19- Hagnell O, Franck A, Grasbeck A, Ohman R, et al. (1992). Senile dementia of the Alzheimer type in the Lundby Study. II. An attempt to identify possible risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992; 241(4): 231-235
- Hagnell O, Franck A, Grasbeck A, Ohman R, et al. (1993). Vascular dementia in the Lundby study. 2. An attempt to identify possible risk factors. *Neuropsychobiology* 1993; 27(4): 210-216
- 20- Seyle H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott
- 21- Conde JL. (1996). Las habilidades neuropsicológicas y sus déficits. En JL. Conde. *Psicología, Vejez y Grupos. Tertulias para personas Mayores*. pp. 120-128. Trabajo no publicado
- 22- Piaget J, y Inhelder B. (1966). Els factors del desenvolupament mental. En J. Piaget y B. Inhelder, *La Psicologia de l'infant*. Barcelona: Edicions 62 (1970), pp.170-172. Paris: P.U.F. (1966)
- 23- Petry S, Cummings JL, Hill MA, y Shapira J. (1988). Personality alterations in dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol* 1988 Nov; 45(11): 1187-1190
- (1989). Personality alterations in dementia of the Alzheimer type: a three year follow-up study. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1989 Oct; 2(4): 203-207
- 24- Bozzola FG, Gorelick PB, y Freels S. (1992). Personality changes in Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1992 Mar; 49(3): 297-300
- 25- Costa PT, y McCrae, RR. (1985). *The NEO personality inventory manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources



- 26- Siegler IC, Welsh KA, Dawson DV. et al. (1991). Ratings of personality change in patients being evaluated for memory disorders.. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1991; 5(4): 240-250
- Siegler, IC. ; Dawson, DV. ; Welsh, KA. (1994). Caregiver ratings of personality change in Alzheimer's disease patients: a replication. *Psychol Aging* 1994 Sep; 9(3): 464-466
- 27- Chatterjee A, Strauss ME, Smyth KA, y Whitehouse PJ. (1992). Personality changes in Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1992 May; 49(5): 486-491
- 28- Strauss ME, y Pasupathi, M. (1994). Primary caregiver's descriptions of Alzheimer patients personality traits: temporal stability and sensitivity to change. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1994;8 (3) :166-176
- 29- Welleford EA, Harkins SW, y Taylor JR. (1995). Personality change in dementia of the Alzheimer's type: relations to caregiver personality and burden. *Exp Aging Res* 1995 Jul; 21(3): 295-314
- 30- Kolanowski AM, y Whall AL. (1996). Life - span perspective of personality in dementia. *Journal of Nursing Scholarship (IMAGE-J-NURS-SCH)* 1996 Winter; 28(4): 315-20 ( 68 ref.).
- Kolanowski, A ; Strand, G. y Whall, A. (1997). A pilot study of the relation of premorbid characteristics to behavior in dementia. *Journal of Gerontological Nursing (J-GERONTOL-NURS)* 1997 Feb; 23(2): 21-30
- 31- Montani Cl. (1994). Personalité antérieure chez des déments âgés de type Alzheimer. *Psychologie Medicales*. 1994; Vol. 26 (Spec Issue 4): 373-374
- 32- Péruchon M. (1994). Les productions démentielles, ou quand la psyché retourne au perceptif. *Psychoanalyse à l'Université* 1994 Oct Vol 19 (76): 97-109
- 33- Baker FM, Kokmen E, Chandra V, y Schoenberg BS. (1991). Psychiatric symptoms in cases of clinically diagnosed Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1991 Apr; 4(2): 71-78
- 34- Burns A, Folstein S, Brandt J. y Folstein M. (1990). Clinical assessment of irritability, aggression, and apathy in Huntington and Alzheimer disease. *J Nerv Ment Dis* 1990 Jan; 178 (1): 20-26
- 35- Rosen J, y Zubenko GS. (1991). Emergence of psychosis and depression in the longitudinal evaluation of Alzheimer's disease. *Biol Psychiatry* 1991 Feb 1;29(3): 224-232
- 36- Kokmen E, Beard CM, Chandra V, et al. (1991). Clinical risk factors for Alzheimer's disease: a population based case-control study. *Neurology* 1991 Sep; 41(9): 1393-1397
- 37- Speck CE, Kukull WA., Brenner DE, et al. (1995). History of depression as a risk factor for Alzheimer's disease. *Epidemiology* 1995 Jul; 6(4): 366-369
- 38- Van Duijn CM, Clayton DG, Chandra V, et al. (1994). Interaction between genetic and environmental risk factors for Alzheimer's disease: a reanalysis of case-control studies. EURODEM Risk Factors Research Group. *Genet Epidemiol* 1994; 11(6): 539-551
- 39- Tsolaki M, Fountoulakis K, Chantzi E, y Kazis A. (1997). Risk factors for clinically diagnosed Alzheimer's disease: a case-control study of a Greek population. *Int Psychogeriatr* 1997 Sep; 9(3): 327-341
- 40- Malinchoc M, Rocca WA., Coligan RC, Offord KF, y Kokmen E. (1997). Premorbid personality characteristics in Alzheimer's disease: An exploratory case - control study. *Behavioral-Neurology* 1997; 10-4 (117-120).

- 41- Hathaway SR, y MacKinley JC. (1967). *MMPI. Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Versión española en TEA. Ediciones.
- 42- Conde, JL. - (1993). Soporte a cuidadores familiares. *Revista de Gerontología*, 1993; Vol. 3, nº 2,: 95-97
- (1993). Tertulias para Personas Mayores. *Revista de Gerontología*, 1993; vol. 3, nº 3: 173-174
- (1994). Experiencia de soporte a cuidadores familiares. *Revista de Gerontología*, 1994; vol. 4, nº 2: 108-111
- Jornadas sobre Servicios para familiares Cuidadores de Ancianos dependientes. INSERSO. Madrid, (Abril 1993)
- (1996). Grups de suport a Famílies amb una persona gran discapacitada. *Quaderns de Serveis Socials. nº 11*: 61- 68 Revista de la Diputación de Barcelona
- (1997). Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento. *Anuario de Psicología*, nº 73: 71-87. Carme Triadó (coord.). Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona
- (1998). Integración de la Familia en el proceso terapéutico de la demencia. En R. Alberca y S. López (coords.) (1998), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. pp. 117-128
- (1998). Estrategias de apoyo Psicológico al familiar cuidador de un enfermo de Alzheimer. *Boletín nº 2 de la Asociación de Familiares de Alzheimer del Bajo Llobregat*, Sept. 1998, 6-7. XXII Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. S.E.G.G. Madrid, (Junio 1998)
- (1998). Familias cuidadoras de personas mayores: procesos de Duelo. *Boletín nº 10 de la Asociación Alzheimer Cataluña*. Jul. 1998, 8-10