

# Alzheimer motako dementzia Zer da eta zer egin?

Izarne Lizaso Elgarresta & Alaitz Aizpurua Sanz  
*Koordinatzaileak*





# ALZHEIMER MOTAKO DEMENTZIA: ZER DA ETA ZER EGIN?

Izarne Lizaso Elgarresta eta Alaitz Aizpurua Sanz (koord.)

Udako Euskal **Unibertsitatea**  
Bilbo, 2010



HEZKUNTZA, UNIBERTSITATE  
ETA IKERKETA SAILA  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
UNIVERSIDADES E INVESTIGACIÓN

«Liburu hau Hezkuntza, Unibertsitate eta  
Ikerketa Sailaren laguntzaz argitaratu da»

© Udako Euskal Unibertsitatea

© Izarne Lizaso Elgarresta eta Alaitz Aizpurua Sanz

ISBN: 978-84-8438-286-7

Lege-gordailua: BI-0377-2010

Inprimategia: CUATROAS, Bilbo

Azalaren diseinua: Iñigo Ordozgoiti

Hizkuntza-zuzenketen arduraduna: Ander Altuna Gabiola

Banatzaileak: UEU. Erribera 14, 1. D BILBO telf. 946790546 Faxa. 944793039

Helbide elektronikoa: [argitalpenak@ueu.org](mailto:argitalpenak@ueu.org)

[www.ueu.org](http://www.ueu.org)

Elkar Banaketa: Igerabide, 88 DONOSTIA

Galarazita dago liburu honen kopia egitea, osoa nahiz zatikakoa, edozein modutara delarik ere, edizio honen Copyright-jabeen baimenik gabe.

# Aurkibidea

ESKER ONA .....	9
LIBURUAREN EGITURAKETA .....	11
1. ZAHARTZARO NORMALA: ALDAKETA KOGNITIBOAK, <i>Maitane Fernandez, Izarne Lizaso</i> .....	15
1.1. Aldaketa kognitiboak .....	15
1.1.1. Moteltze motorra eta kognitiboa. ....	16
1.1.2. Oroimena .....	16
1.1.3. Gaitasun ikusmen-espazialak, ikusmen-pertzeptiboak eta ikusmen-konstruktiboak .....	20
1.1.4. Hizkuntza .....	21
1.1.5. Arreta eta kontzentrazioa .....	21
1.1.6. Funtzio exekutiboak .....	22
1.2. Ariketa praktikoa .....	22
2. DEMENTZIAK, <i>Maitane Fernandez, Izarne Lizaso</i> .....	27
2.1. Definizioa .....	27
2.2. Epidemiologia. ....	28
2.3. Diagnostikoa .....	30
2.4. Dementziak sailkatzeko irizpideak. ....	31
2.5. Dementziaren etiologia. ....	32
2.6. Diagnosi diferentziala. ....	34
2.6.1. Delirium egoera .....	34
2.6.2. Pseudodementia depresiboa .....	34
2.7. Dementia motak .....	35
2.7.1. Lehen mailako dementia kortikalak .....	36
2.7.2. Lehen mailako dementia subkortikalak .....	37
2.7.3. Dementia kortiko-subkortikalak .....	38
2.7.4. Dementia baskularrak .....	39
2.7.5. Bigarren mailako dementziak. ....	40
2.8. Ariketa praktikoak .....	40

<b>3. ALZHEIMER MOTAKO DEMENTZIA,</b>	
<i>Maitane Fernandino, Izarne Lizaso</i> . . . . .	45
3.1. Definizioa . . . . .	45
3.2. Epidemiologia . . . . .	46
3.3. Etiologia . . . . .	47
3.4. Irizpide diagnostikoak . . . . .	48
3.5. Garapenaren aroak . . . . .	49
3.6. Teoria inbolutiboa . . . . .	52
3.7. Ariketa praktikoak . . . . .	52
<b>4. ALZHEIMER MOTAKO DEMENTZIAREN ONDORIO</b>	
<b>KOGNITIBOAK, EMOZIONALAK ETA PORTAERAZKOAK,</b>	
<i>Alaitz Aizpurua, Izarne Lizaso</i> . . . . .	57
4.1. Ondorio kognitiboak . . . . .	57
4.1.1. Oroimena . . . . .	57
4.1.2. Orientazioa . . . . .	59
4.1.3. Hizkuntza . . . . .	60
4.1.4. Praxiak . . . . .	61
4.1.5. Gnosiak . . . . .	62
4.1.6. Kalkulua . . . . .	62
4.1.7. Ariketa praktikoak . . . . .	63
4.2. Ondorio emozionalak . . . . .	64
4.2.1. Depresioa . . . . .	65
4.2.2. Herstura . . . . .	66
4.2.3. Ariketa praktikoak . . . . .	67
4.3. Ondorioak portaera-mailan . . . . .	69
4.3.1. Portaera erasokorra . . . . .	69
4.3.2. Haluzinazioak . . . . .	70
4.3.3. Eldarnioak . . . . .	70
4.3.4. Loaren nahastea . . . . .	71
4.3.5. Noraezean ibiltzea . . . . .	71
4.3.6. Eguneroko jarduerak . . . . .	72
4.3.7. Ariketa praktikoak . . . . .	73
<b>5. DEMENTZIA ETA ALZHEIMER MOTAKO DEMENTZIA</b>	
<b>EBALUATZEKO GALDE-SORTAK, <i>Izarne Lizaso, Alaitz Aizpurua</i> . . .</b>	77
5.1. Arlo kognitiboa . . . . .	77
5.1.1. MMSE, Mini-Mental State Exam . . . . .	77
5.1.2. SPMSQ, Short Portable Mental Status Questionnaire . . . . .	78
5.1.3. ADAS-COG, Alzheimer's Disease Assessment Scale . . . . .	79
5.1.4. GDS, Global Deterioration Scale . . . . .	82
5.1.5. Ariketa praktikoak . . . . .	83

5.2. Arlo emozionala . . . . .	86
5.2.1. GDAS, Goldberg Depression and Anxiety Scale. . . . .	86
5.2.2. GDS/30, Geriatric Depression Scale . . . . .	87
5.2.3. Zung-en depresioaren galde-sorta. . . . .	89
5.2.4. HAS, Hamilton Anxiety Scale . . . . .	89
5.2.5. Ariketa praktikoak . . . . .	91
5.3. Portaeraren arloa. . . . .	92
5.3.1. Portaeraren azterketa funtzionala . . . . .	92
5.3.2. NPI, Neuropsychiatric Inventory . . . . .	94
5.3.3. COBRA, Caretaker Obstreperous-Behavior Rating Assessment . . . . .	95
5.3.4. Ariketa praktikoak . . . . .	96
<b>6. DEMENTZIA ETA ALZHEIMER MOTAKO DEMENTZIAN</b>	
ESKU-HARTZEA, <i>Alaitz Aizpurua, Izarne Lizaso, Silvia Camio</i> . . . . .	101
6.1. Esku-hartze kognitiboa. . . . .	101
6.1.1. Zentzumenen estimulazioa . . . . .	101
6.1.1.1. Helburuak . . . . .	101
6.1.1.2. Jarduerak . . . . .	102
6.1.1.3. Ariketa praktikoak. . . . .	103
6.1.2. Errealitatearen orientazioa . . . . .	104
6.1.2.1. Helburuak . . . . .	105
6.1.2.2. Hogeita lau orduko errealitatearen orientazioa . . . . .	105
6.1.2.3. Errealitatearen orientazioa . . . . .	106
6.1.2.4. Jarduerak . . . . .	107
6.1.2.5. Ariketa praktikoak. . . . .	110
6.1.3. Erreminiszentzia . . . . .	114
6.1.3.1. Helburuak . . . . .	114
6.1.3.2. Jarduerak . . . . .	114
6.1.3.3. Ariketa praktikoak. . . . .	116
6.2. Esku-hartze emozionala . . . . .	119
6.2.1. Depresioa . . . . .	119
6.2.2. Herstura. . . . .	120
6.2.3. Ariketa praktikoak . . . . .	121
6.3. Esku-hartzea portaera-mailan . . . . .	123
6.3.1. Portaera erasokorra . . . . .	123
6.3.2. Haluzinazioak . . . . .	124
6.3.3. Eldarnioak. . . . .	125
6.3.4. Loaren nahastea . . . . .	125
6.3.5. Noraezean ibiltzea . . . . .	126
6.3.6. Ariketa praktikoak . . . . .	127

6.4. Esku-hartzea komunikazioaren bidez .....	128
6.4.1. Komunikazioaren garrantzia .....	128
6.4.2. Komunikazioaren galera .....	130
6.4.3. Komunikazioa hobetzeko gomendioak .....	132
6.4.4. Ariketa praktikoak .....	133
<b>7. ALZHEIMERRA DUEN GAIXOAREN FAMILIA</b>	
EDOTA ZAINZTAILEA, <i>Josune Mendez, Izarne Lizaso</i> .....	139
7.1. Alzheimerraren ondorioak familiarengan edo zaintzailearengan ...	139
7.1.1. Zaintzaile nagusiaren profila .....	139
7.1.2. Zaintzailerengan gaixotasunak duen eragina arlo emozionalean .....	140
7.1.3. Zaintzaileak bere burua zaintzearen garrantzia .....	146
7.1.4. Ariketa praktikoak .....	148
7.2. Familiarekin edo zaintzailearekin erabiltzen diren galde-sortak ...	152
7.2.1. Zaintzailearen zama ezagutzeko galde-sorta .....	152
7.2.2. IQCODE, Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly .....	153
7.2.3. Blessed, Tomlinson eta Roth-en galde-sorta .....	154
7.2.4. Ariketa praktikoak .....	156
7.3. Alzheimerrari aurre egiteko baliabideak .....	158
7.3.1. Etxez etxeko laguntza .....	159
7.3.2. Eguneko zentroak .....	159
7.3.3. Egoitzak .....	160
7.3.4. Aldi baterako egonaldiak .....	160
7.3.5. Laguntza teknikoak .....	161
7.3.6. Laguntza ekonomikoak .....	161
7.3.7. Laguntza psikologikoa .....	162
7.3.8. Laguntza-taldeak .....	164
7.3.9. Senideentzako prestakuntza-ikastaroak .....	164
7.3.10. Elkarteak .....	165
7.3.11. Ariketa praktikoak .....	166
<b>ERREFERENTZIAK</b> .....	173
<b>TAULEN AURKIBIDEA</b> .....	177
<b>ERANSKINAK</b> .....	179



## **Esker ona**

*Alzheimer motako dementzia: zer da eta zer egin* izenburuarekin aurkezten dugun eskuliburu teoriko zein praktiko honen atarian, esker oneko hitzak eman nahi dizkiegu gure ahaleginetan bidelagun izan ditugun gizabanako zein erakundeei.

Lehenik eta behin, Udako Euskal Unibertsitateari, Euskal Herriko Unibertsitateko irakasleoi euskarazko materialgintza sustatzeko eskaintzen dizkigun baliabideengatik.

Gure esker beroenak, Psikologia Fakultateko Oinarrizko Psikologia Prozesuak eta haien Garapena Saileko lankide eta irakasleei, ikasmaterialaren sorreran eta garapenean emandako laguntza osoagatik.

Lerro hauen bidez, gure esker zintzoenak eman nahi dizkiegu lan hau garatzen bidelagun izan ditugun Iraia Agirregabiria eta Maitane Gereño Psikologiako ikasleei, testuaren orrazketan egindako lan bikainagatik eta ikasmateriala egiteko izandako zailtasunei aurre egiten laguntzeagatik; mila esker.

Ezin ahaztu azken urteotan Alzheimer motako demenziaren inguruan unibertsitatean zein unibertsitatetik at antolaturiko ikastaroetan parte hartu duten ikasle, senide, profesional, boluntario zein gai honi buruz interesa adierazi duten pertsonak. Horiek izan dira eskuliburu honen sorburuak eta horientzat, bereziki, baliagarria izatea espero dugu esku artean dugun lana.

Ia amaitzeko, baina ez horregatik azkenak, gure gertuko familia-kideei eta lagunei muxu handi bana, lan honen eginkizunaren ondorioz izandako hutsuneengatik.

Azkenik, esker oneko hitz hauetan aipatu gabe utzitakoei ere gure aitortza.



## Liburuaren egituraketa

Eskuliburu honen ekarpen garrantzitsuenetako bat da Alzheimer dementzia motari buruz euskaraz aurkezten den lehen lan teoriko-praktikoa izatea. Atal bakoitzak hainbat azpiatal ditu eta atal guztien hasieran edukiei buruzko sarretaxo bat egiten da. Atalen egitura berdina da, lehen azpi-atalak eduki teorikoak dira eta amaiera aldera honako ordenean lantzen dira eduki praktikoak: batetik, gaiarekin erlazioa duten ariketa praktikoak prestatu dira irakurleak aztergai duen gaiaren aplikagarritasuna landu dezan; bestetik, atalaren laburpena aurkezten da irakurleak gaiaren ideia garrantzitsuenak ondo uler ditzan; azkenik, gaiarekin erlazioa duten erreferentzia gomendagarriak azaltzen dira irakurleak gaiari sakondu dezan.

Material teoriko-praktiko hau bereziki Psikologia arloan diharduten ikasle zein profesionalentzat prestatu bada ere, Psikopedagogia, Pedagogia, Gizarte Hezkuntza eta antzeko beste ezagutza-arloetako ikasle zein profesionalentzat, adineko pertsonekin lan egiten duten gizarte-laguntzaileentzat, erizaintzat, Alzheimer motako dementzia duten gaixoen senideentzat eta gaiaren inguruan interesa duen edonorentzat erabilgarria izan daiteke.

Eskuliburu honek zazpi atal nagusi ditu, eta hainbat azpiataletan banatua dago: lehenengo atalean, zahartzaro normalean gertatzen diren hainbat aldaketa kognitiboak dira mintzagai; bigarren atalean, dementziei buruzko oinarritzko ezagutzak biltzen dira; hirugarren atalean, Alzheimer motako dementziaren ezaugarri nagusiak azaltzen dira; laugarren atalean, Alzheimer motako dementziaren ondorio psikologikoak eta portaerazkoak dira hizpide; bosgarren atalean, dementziak eta bereziki, Alzheimer motako dementzia balioesteko erabiltzen diren galde-sortak aztertzen dira; seigarren atalean, Alzheimer motako gaixotasuna duten pertsonekin lantzen diren zenbait esku-hartze aurkezten dira; eta azkenik, zazpigarren atalean, horrelako gaixotasuna duen gaixoaren senidearen edota zaintzailearen garrantzia azpimarratzen da.

Arestian aipatu gisa, lehenengo atalean, zahartzaro normalean gertatzen diren aldaketa kognitiboak dira mintzagai, besteak beste, oroimenean, hizkuntzan eta arreta-mailan.

Bigarren atalean, dementziaren definizioa, epidemiologia, diagnostikoa, dementziak sailkatzeko erabiltzen diren irizpideak, etiologia, diagnosi diferentziala

eta hainbat dementzia mota (lehen mailako dementzia kortikalak, lehen mailako dementzia subkortikalak, dementzia kortiko-subkortikalak, dementzia baskularrak eta bigarren mailako dementziak) azalduko dira.

Hirugarren atalean, irakurlea bete-betean murgilduko da Alzheimer motako demenziaren gaian. Horrela, Alzheimer motako gaixotasunaren definizioa, epidemiologia, etiologia, dementzia mota hori diagnostikatzeko irizpideak eta gaixotasunaren garapen-aroak zehazten dira.

Laugarren atalean, demenziaren ondorio psikologikoak, emozionalak eta portaerazkoak azalduko dira, hurrenez hurren. Ondorio kognitiboen artean, besteak beste, orientazioan, praxietan eta gnositetan gertatzen diren ondorioak dira hizpide; ondorio emozionaletan, berriz, depresioa eta herstura dira aztergai; azkenik, portaerazkoak diren ondorioetan, besteak beste, portaera erasokorra, haluzinazioak, eldarnioak, loaren nahastea eta noraezean ibiltzea aztertzen dira.

Alzheimer motako ondorio kognitiboak, psikologikoak eta portaerazkoak azaldu ostean, gai honen inguruan dementzia duen pertsonaren ebaluazioa egiteko erabili ohi diren galde-sorta nagusiak hurrenez hurren deskribatuko dira bosgarren atalean. Ebaluazio kognitiboa egiteko galde-sortarik erabilienak aztertuko dira, besteak beste, *Mini-Mental State Exam*, *Short Portable Mental Status Questionnaire*, *Alzheimer's Disease Assessment Scale* eta, *Global Deterioration Scale*. Ebaluazio emozionala egiteko galde-sortarik erabilienak azalduko dira ere, batetik, depresioa eta herstura neurtzeko erabiltzen den *Goldberg Anxiety Depression Scale* galde-sorta; bestetik, depresioa neurtzeko galde-sortarik erabilienak azalduko dira; lehenengo, 30 itemez osatutako *Geriatric Depression Scale* galde-sortaren bertsioa, eta galde-sorta beraren 15 itemez osatutako bertsio murriztua; gainera, Zung egilearen depresio-eskala izango da mintzagai; azkenik, adineko pertsonengan herstura neurtzeko galde-sorta erabiliena aipatuko da, *Hamilton Anxiety Scale* galde-sorta hain zuzen ere. Ebaluazioa portaera-mailan egiteko orduan, bereziki erabiltzen diren bi galde-sorta izango dira hizpide: *Neuropsychiatric Inventory* eta *Caretaker Obstrepous-Behavior Rating Assessment*.

Alzheimer motako ondorio psikologikoak erabiltzen diren galde-sortak, hurrenez hurren, azaldu ostean, gai honen inguruan Alzheimer gaixotasuna duen pertsonari zuzenduta lantzen den esku-hartzea izango da mintzagai seigarren atalean, hau da, tratamendu ez-farmakologikoez hitz egingo da. Batetik, esku-hartze kognitiboa, emozionala eta portaerazkoa, eta bestetik, komunikazioaren garrantzia azpimarratuko dira. Esku-hartze kognitiboari dagokionez, estimulazio sensoriala, Errealitatearen Orientazioa izeneko esku-hartzea eta Erremisizentzia izena duen esku-hartzea azalduko dira. Esku-hartze emozionalaren kasuan, berriz, depresioaren eta hersturaren kasuan jarraitu beharreko gomendioak azalduko dira. Esku-hartzea portaera-mailan egiten denean, laugarren atalean azaldu izango da hizpide da.

Zazpigarren atalean, Alzheimerreko gaixoaren senidea edo zaintzaile nagusia izango da subjektu nagusia. Lehenengo, Alzheimer motako dementziaren ondorioak senidearengan edo zaintzailearengan aztertuko dira, esaterako, senide gaixoa zaintzeak arlo emozionalean duen eragina edota zaintzaileak jasaten duen *zama* izango dira hizpide. Ondoren, zaintza-prozesuaz arduratzen den zaintzailearen egoera ezagutzeko erabiltzen diren galde-sortak deskribatuko dira, besteak beste, zaintzailearen zama ezagutzeko galde-sorta, *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* eta, Blessed, Tomlinson eta Roth-en galde-sorta. Azkenik, Alzheimer motako dementzia duten gaixoen senideak ezagutzeko asmoz hainbat baliabide azaltzen dira.

Bukatzeko, eskuliburuan aipatzen diren erreferentziak eta eranskinak aurkeztu dira. Eranskinetan, eskuliburuan zehar azaldutako galde-sorta garrantzitsuenak aurkitzen dira.



# 1. Zahartzaro normala: aldaketa kognitiboak

*Maitane Fernandino, Izarne Lizaso*

Zahartzaro normalak zahartzaro mota bati egiten dio erreferentzia. Hain zuzen ere, gaixotasun kognitibo eta fisiko larririk gabeko zahartzaroari. Hala ere, zahartzaro normalean hainbat aldaketa gertatzen dira eta horiek izango dira mintzagai 1.1. atalean. Ondoren, 1.2. atalean, gaian sakontzeko ariketa praktikoak proposatuko dira.

## **1.1. ALDAKETA KOGNITIBOAK**

Zenbait lanek (Baltes eta Staudinger, 1993) frogatu dutenez, adinarekin arazo moral eta sozial konplexuak ebazteko baliagarriak izan daitezkeen esperientzia eta ezaguerak eskuratzen dira. Laborategian errazak dira frogatzen zahartzaroan zehar gertatzen diren galera kognitiboak, laborategiko zereginak berriak izateagatik, eta, aldez aurretiko bizipenak eta bildutako ezaguerak ez direlako baliagarriak. Alabaina, pertsona horiek mundu errealean, zeregin konplexuak, familiarrak, errendimendu onarekin ebazten dituzte, haien ezaguera eta bizipenei esker. Trebetasun kognitiboen narriadura ez da begi-bistakoa izango testuinguru familiarretan.

Psikologiaren arloan egin diren ikerketa ebolutiboek eta azkenaldian arlo neuropsikologikoan gauzatu direnek adinaren eraginei sentikorrenak zaizkien funtzio kognitiboen deskribapen zehatzak ahalbidetu dituzte. Funtzio kognitibo batzuek helduaroan gainbehera geldoa eta mailaz mailakoa pairatzen dute; beste batzuk, aldiz, aro berantiarretaraino mantentzen dira, eta azken batzuk denborak aurrera egin ahala hobetu egiten dira. Ondoren, 1.1.01. taulan zahartzaro normalarekin gehien erlazionatzen diren aldaketa kognitiboak deskribatuko dira.

### **1.1.01. taula. Funtzio kognitiboen garapena zahartzaroan.**

<b>Narriatzen diren funtzio kognitiboak</b>	<b>Hobetzen diren funtzio kognitiboak</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Oroimena.</li><li>➤ Funtzio motorrak eta abiadura.</li><li>➤ Funtzio ikusmen-pertzeptiboak.</li><li>➤ Funtzio exekutiboak.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Hizkuntza.</li><li>➤ Hitzezko arrazoibidea.</li><li>➤ Jakinduria.</li></ul>

Atal honetan, zahartzaro normalean gertatzen diren aldaketa kognitibo horietako batzuk izango dira hizpide. 1.1.1. atalean moteltze motorra eta kognitiboa azalduko dira. 1.1.2. atalean oroimena aztertuko da. 1.1.3. atalean gaitasun ikusmen-espazialak, ikusmen-pertzeptiboak eta ikusmen-konstruktiboak argituko dira. 1.1.4. atalean hizkuntza izango da mintzagai. 1.1.5. atalean arreta eta kontzentrazioa izango dira hizpide. 1.1.6. atalean funtzio exekutiboak azalduko dira.

### **1.1.1. Moteltze motorra eta kognitiboa**

Zahartzaro normalean pausoen murriztea, ibiltzean besoekin egiten diren balantza-mugimenduen gutxitzea, zorutik nahiz aulki batetik altxatzeko zailtasunak eta posturaren erreflexuen kaltetzea gertatzen dira. Adineko pertsona batzuegan, Parkinson-en gaixotasunean dauden hainbat zeinu ikus daitezke: zurruntasuna, mugimenduak hasteko zailtasuna (*azinesia*) eta moteltze motorra (*bradizinesia*). Diszinesia berantiarrek, hau da, borondatez burutzen ez diren mugimenduak ere ager daitezke.

Bestalde, Salthouse-ren (1996) hipotesiaren arabera, informazioaren prozesamendu kognitiboan ere moteltzea gertatzen da. Moteltze horrek alderdi kognitibo guztietan du eragina (oroimena, arrazoibidea, etab.). Zenbat eta zailagoak izan egin beharreko zereginak, orduan eta handiagoak dira gazteen eta adineko pertsonen arteko desberdintasunak; azken horiek, informazioaren prozesamenduaren moteltzea dela-eta errendimendu baxuagoa aurkezten dute. Ildo horretatik, pertsona zahartzen den neurrian, prozesu mentalen eraginkortasuna murrizten dela defendatzen duten ikerlanak ugari dira (Aizpurua eta Koutstaal, 2010).

Zahartzaro normalean zein patologikoan, garuneko substantzia zurian aldaketak gertatzen dira (*leukoaraiosi* deritzona) eta horiek informazioaren prozesamenduaren abiadurarekin eta moteltzearekin erlasionaturik daudela behatu da.

### **1.1.2. Oroimena**

Oroimena hainbat prozesu kognitibo ahalbidetzen dituen sistema kognitibo garrantzitsu bat da. Horien artean, norbanakoaren bizipenak, gertakariak, jazoerak zein ezagutzak ikasteaz, gordetzeaz eta berreskuratzeaz arduratzen da. Zahartzaro normalean gehien azertu den funtzio kognitiboa da oroimena. Horren arrazoiertako bat izan liteke adinekoek euren oroimenari buruz kexa subjektibo ugari adieraztea. 1.1.2.01. taulan kexa horietako adibide batzuk irakur daitezke.



### 1.1.2.01. taula. Adinekoen oroimenari buruzko kexa subjektiboak.

#### **Urruneko oroimen pertsonala**

- Azken urteetan urtebetetze-egunean jasotako opariak. Azken oporren xehetasunak.

#### **Zenbakien gogoratzea**

- Sarritan erabiltzen diren telefono-zenbakiak.
- Adiskide edo senitartekoen helbideak.

#### **Eguneroko jardueren oroitzea**

- Etxetik joatean argiak itzaltzea.
- Lanean beharko diren gauzak etxetik hartzea.

#### **Izen edo gauzen oroitzea**

- Egunkarian irakurri berri diren gertaerak oroitzea.
- Normalean erabiltzen ez diren hitzen esanahia oroitzea.

#### **Oroimen espaziala edo topografikoa**

- Bitan bakarrik ikusi den toki baten kokapen geografikoa oroitzea.
- Ate asko dituen biltegi handi batean irteera zehatz bat oroitzea.

Oroimen mota bat baino gehiago ezberdindu behar dira. Alegia, ez dago oroimen bakarra, eta haien artean ezberdintasunak daude. Nagusiak honako hauek dira:

- *Berehalako oroimena*: zentzumenekin erlazioa du, eta edukiera eta iraupen mugatua du.
- *Iraupen laburreko oroimena*: informazio berria atxikitzea eta oroitzapen berriak eraikitzea ahalbidetzen du.
- *Iraupen luzeko oroimena*: norberaren bizitzako bizipen guztiek osatzen dute. Oroimen mota honetan, aldi berean, hiru oroimen mota bereiz daitezke: oroimen episodikoa (autobiografikoa); oroimen semantikoa (eskuratutako ezagutzei buruzkoa); prozedurazko oroimena (adibidez, bizikletaz ibiltzea, igeri egitea, lizatzea, jostea, jatekoa prestatzea, autoa gidatzea ahalbidetzen duena).

Zahartzaro normalean oroimenari buruz gertatu ohi diren kexak oroimen semantiko eta episodikoarekin daude erlazionatuta. *Oroimen semantikoa* ezagutzen biltokia da. Oro har, adin guztietako pertsonak ongi erantzuten diete ezaguera orokorreari buruzko galderei (Salthouse, 1982, 1991). Esaterako, hiztegiaren ezaguerak ez du narriadurarik pairatzen 70-80 urte bete arte (Salthouse, 1982) eta, ondorioz, informazio semantikoa erabiltzeko gaitasunaren murriztapenik ez da gertatzen (Light, 1992; Light eta Burke, 1988). Emaitza hauek laborategian eginiko ikerketetatik eskuratu dira. Testuinguru normalean, adineko pertsonak datu zehatzak (normalean pertsonarentzat garrantzi handirik ez dutenak) berreskuratzeko zailtasunak adierazten dituzte, herrien edo pertsonen izenak, esate baterako.

*Oroimen episodikoa* haurtzaroan nahiz gaztaroan bizi izandako gertaeren oroitzapena da. Askotan, adinekoek duela ordu edo egun batzuk gertatutakoaren inguruko oroitzapenak duela 50 urte gertatutakoarekin konparatzen dituzte. Haien ustez, orain urte asko igarotako gertaerak hobeto gogoratzen dituzte denboran berriagoak diren oroitzapenekin erkatuz. Litekeena da askotan berreskuratutako eta biziberritutako kontaketa izatea, eta inola ere ez, 50 urte igaro ondoren lehen aldiz oroitutako jazoera izatea. Horrela, ongien gordetako oroitzapenak subjektuarentzat garrantzitsuenak diren horiek izango dira, eta nola ez, kutsu emozional handia dutenak (Junqué eta Jurado, 1994). Hori kontuan izanda, ez da larria adineko pertsonen duela gutxi jazo diren gertaera autobiografiko zehatzak oroitzeko oztopoak adieraztea, azken oporraldiaren inguruko hainbat xehetasun adibidez. Oroimen-hutsune hauen adibideak 1.1.2.02. eta 1.1.2.03. tauletan ikus daitezke.

#### **1.1.2.02. taula. Oroimen semantikoa gertatzen diren kexa subjektibo ohikoak.**

<b>Oroimen semantikoa (gertaerak edo hitzak)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bilatzen ari den hitz zehatza eskuratzeko zailtasunak.</li> <li>➤ Bilatzen ari den hitza mihiaren puntan duela sentitzea eta oroitzeko ezintasuna.</li> <li>➤ Egunerokotasunean erabiltzen den objektu baten izena ahaztea.</li> <li>➤ Ondo ezagutzen den gertaera bat berreskuratzeko denbora asko behar izatea.</li> </ul>
<b>Oroimen semantikoa (aurpegiaren ezagutza)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Janaria ekarri duen zerbitzariaren aurpegia ahaztea.</li> <li>➤ Ezaguna egiten den jendea topatu eta nondik edo zertaz ezagutzen den ez jakitea.</li> </ul>

#### **1.1.2.03. taula. Eguneroko jardueren oroimenean gertatzen diren kexa subjektibo ohikoak.**

<b>Ahazte orokorrak</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Telefono-zenbaki bat markatu eta nori deitzen ari zaion ahaztea.</li> <li>➤ Norberarentzat garrantzitsua den gertaera edo zita bat ahaztea.</li> </ul>
<b>Eguneroko zereginak</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gela batera joan eta zer bilatzen ari zen ahaztea.</li> <li>➤ Denda batera joan eta erosi behar dena ahaztea.</li> <li>➤ Objektu bat leku zehatz batean gordetzea non egongo den ondo oroitzeko eta ondoren, tokia zein den ahaztea.</li> <li>➤ Solasaldi batean aipatzeko modukoa zen komentario bat izatea eta uena iristean komentario hori ahaztea.</li> </ul>

*Prozedurazko oroimenak* zerikusia du gauzak nola egitearekin, esaterako bizikletaz ibiltzea, patata-tortilla egitea edo ordenagailuz idaztea. Hala, jarduera horiek behin ikasi ondoren, hainbat urtetan zehar gauzak nola egin oroitzeke gaitasuna mantentzen da, ondorioz, beste oroimen-prozesuekin konparatuz gero, oroimen mota honetan zahartzaroan gertatzen den narriadura arina da.

*Oroimen prospektiboa* etorkizuneko zereginekin erlazionaturik dago, eta adinarekin kaltetu egiten dela ikusi da (Einstein eta beste, 2000). Narriadura inguruneke eskaeren areagotzearekin, berreskuratze-prozesuarekin eta ekintza burutu arte igaro behar den denborarekin erlazionaturik dagoela defendatzen dute egile batzuek (Cherry eta LeCompte, 1999).

*Laneko oroimena* une zehatz batean informazioa prozesatzeko eskuragarri dauden baliabideen multzoa da. Prozesamendu honek informazioaren bilketa, berreskurapena eta eraldakuntza har ditzake barne. Oroimen operatiboa (edo laneko oroimena) informazioa prozesatzen ari den bitartean eragiketa mentalak egiteko eskuragarri dagoen energia guztia da (Baddeley, 1986). Zahartzen garen neurrian, oroimen operatiboarekin identifikaturiko prozesamendu-baliabideen gutxitzea gertatzen da. Zentzu horretan, Salthouse-k (1994) dio zahartzaroan berezkoa dela motel-tze kognitiboa, zeinak informazioa erregistratzeko behar den denboran eragina baitu eta, ondorioz, laneko oroimenaren errendimenduan narriadura eragiten baitu.

Zahartzaro normalean adinekoak oroimenaren inguruan izan ditzakeen hutsu-neen kontzientzia du eta horiekiko kezka adierazten du. Dementia duen pertsonak, aldiz (ikus 2. eta 3. atalak), gertaera ez-garrantzitsuak ahazteaz gain, funtsezkoak direnak ere ahazten ditu, eta horrekin batera, zailtasunen kontzientziarik ez du edo zailtasunekiko interesik zein kezkarik ez du adierazten.

Bestalde, bai zahartzaro normalean baita dementia baten hasieran ere, *urru-neko gertaeren* oroitzapenen mantentze erlatibo batekin batera, *orain gutxiko gertaeren* oroitzapenen kaltetze bat gertatzen dela uste da. Iraganeko gertaera garrantzitsuenak eta alde emozionalekin gehien erlazionatzen direnak dira oroimenean luzaroen irauten dutenak.

*Adinarekin erlazionaturiko oroimenaren kaltetzea* 50 urtetik gorakoen gehiengoan gertatzen den oroimenaren kaltetze arina da, eta askotan adineko pertsonentzat kezka-iturri bihurtzen da. Irizpide diagnostikoen artean, hauek aurkitzen dira: 50 urte baino gehiago izatea, eguneroko bizitzan eragiten duten oroimen-kexa subjektiboak adieraztea, oroimen-probetan adin bereko pertsonak baino errendimendu baxuagoa adieraztea, gainerako gaitasun kognitiboak normalak izatea eta dementia bat izateko irizpide diagnostikoak ez betetzea (ikus 2.3. azpiatala). Hala ere, oroimen-kexa subjektiboak dituzten pertsonen % 51k ez ditu oroimen-arazoak azaltzen proba neuropsikologiko klasikoetan, alabaina, aldarte depresiboa aurkeztzen dute (Bolla, Lindgren, Bonaccorsy eta Bleecker, 1991). Badira ere, gaitasun

kognitiboen errendimenduan eragin dezaketen hainbat faktore. Besteak beste, zentzumen-galerak, galera motorrak, informazioa prozesatzeko abiaduraren moteltzea, jarrera zuhur bat izatea (akatsik ez egiteko erantzunik ez ematea) eta informazioa erregistratzeko malgutasuna galtzea. Horrez gain, alde emozionalak oroimenaren kaltetze arinarekin erlazionaturik egon daitezke, horien artean urduritasuna, estresa, herstura edota arazo emozional zehatzak, besteak beste.

### ***1.1.3. Gaitasun ikusmen-espazialak, ikusmen-pertzeptiboak eta ikusmen-konstruktiboak***

Ikerketa klasikoetan garbi ikusten da WAIS (*Weschler Adult Intelligence Scale*, Weschler 1981) testaren eskala manipulatioetan hitzezkoetan baino emaitza kaskarragoak adierazten dituztela adineko pertsonen. Test horretan ezartzen diren proba manipulatioek osagai espazial garrantzitsua dute. Zalantzan jarri izan da arlo horretan zahartzaroan aldaketak gertatzen diren edo aldaketa horiek zentzumenen galeraren (batez ere, ikusmenarena) eta informazioaren prozesamenduaren moteltzearen ondorio ote diren. Hori frogatzeko, denbora aldagaia kontuan hartu gabe egin dira gaitasun espazialen ebaluazioak eta emaitzetan hobekuntza nabari bat gertatzen dela ikusi da. Hala ere, neurri horrek ez ditu konpentsatzen proba horietan adineko pertsonen eta pertsona gazteen artean ikusten diren desberdintasunak.

Zahartzaroarekin erlazionaturiko narriadura espazialaren inguruan burutu diren ikerketa neuropsikologikoen aurkitu dute lerroen orientazioan eta aurpegiaren errekonozimenduan (Eslinger eta Benton, 1983), formen ikaskuntzan (Muramoto, 1984) oroimen ikusmen-espazialean (Flicker eta beste, 1984) eta oroimen espazialean, besteak beste, mailaz mailako narriadura gertatzen dela.

*Trebetasun ikusmen-espazialek* objektuen edo espazioko puntuen kokapena, norabidea eta mugimendua erlazionatzeko gaitasunari egiten diote erreferentzia. Zahartzaroan, funtzio horien narriadura gertatzen dela dirudi (Baldelli, Motta, Toschi eta DeCarolis, 1991), hirurogeita hamargarren hamarkadaren azken urteetatik aurrera agertzen hasten dira zailtasunak antolamendu ikusmen-espazialean (Schaie, 1994).

*Funtzio ikusmen-pertzeptiboak* hitzezko estimulu edo estimulu sinbolikoekin erlazionatzen dira (beste irudi batzuen artean maskaratutako irudien identifikazioa, aurpegi ezezagunen identifikazioa edo zati bat falta duen irudi baten identifikazioa). Funtzio hauetan ikusi diren adinaren araberrako ezberdintasunek funtzio ikusmen-espazialean ikusitakoek baino arinagoak dirudite. Hala ere, adineko pertsonen gazteek baino errendimendu baxuagoa izaten dute funtzio hauetan (Schaie, 1994). Hala, estimulu espazialen nahiz espazialak ez diren estimuluen judizio pertzeptiboek narriadura bat pairatzen dute 65 urtetik aurrera (Ogden, 1990; Ska, Poissant eta Joannette, 1990; Spreen eta Strauss, 1991).

*Funtzio ikusmen-konstruktiboa* informazio ikusmen-espaziala, informazio ikusmen-pertzeptiboa eta aktibitate motorra integratzearen emaitza da. Zentzu horretan, denbora aldagaiak eragin garrantzitsua du modu honetako zereginen errendimenduan. Hala ere, zeregin hauen beste ezaugarri batzuek ere (berritasuna, soluzio bat bilatu behar izatea eta osagai ikusmen-espazialak barneratzea) eragiten dute funtzio hauetan zahartzaroarekin erlazionaturik agertzen diren zailtasunetan (Ogden, 1990).

Oro har, funtzio hauek guztiek adinarekin erlazionaturiko narriadura pairatzen dute (Lezak, 1995). Zailtasun hauek eskuin-hemisferioaren atzealdean gertatzen den narriadurarekin erlazionaturik daude. Gongoil basalek funtzio ikusmen-espazialean jokatzeko duten paper garrantzitsua kontuan izan behar da baita ere, hala nola oinarriko nukleo grisak zaugarritasuna denboraren iragaiteari. Lehen esan den moduan, zahartzaroaren berezkoa den gai zuriaren patologia konexio kortiko-subkortikalak kaltetzen ditu neurri handiagoan, eta ondorioz, zahartzaro normalean funtzio ikusmen-pertzeptiboen narriadura gertatzen da.

#### **1.1.4. Hizkuntza**

Ikerketa batzuen arabera, hizkuntza da zahartzaro normalean gutxien narriatzen den gaitasun kognitiboa (Goldstein eta Shelly, 1981; Verhaeghen, 2003). Aitzitik, hizkuntzaren nahastea, Alzheimer gaixotasunean agertzen diren lehenengo sintomen artean aurkitu ohi da. Gertaera horrek balio kliniko handia du zeren diagnosi diferentziala ahalbidetzen baitu. Ezagutza horri esker, Alzheimer gaixotasunaren eta pseudodementia depresiboaren arteko diagnosi diferentziala egin daiteke, zeren, kasu bietan hizkuntzarekin erlazionaturiko nahasteak ager daitezkeen arren, bigarren kasuan tratamendu antidepressiboarekin zailtasun horiek desagertzen baitira (ikus 2.6. azpiatala).

Gaitasun lexikoa (hiztegia) zahartzaro normalean aldaketa gabe mantentzeko edo hobera egin dezake, baina hitz-jarioak (denbora-unitateko esandako hitz kopurua) narriadura argia izaten du. Emaitza horiek logikoak dira, hitz-jarioa ebaluatzen duten zereginetan ez-hitzezko osagaiek parte hartzen dute-eta: abiadura, arreta mantentzeko gaitasuna, prozesamendu kognitiborako gaitasuna eta ekoizpen motorra.

#### **1.1.5. Arreta eta kontzentrazioa**

Zahartzaroari dagokionez, *arreta selektiboari* buruz, hau da, hainbat estimuluren aurrean estimulu zehatz batean arreta zentratzeko gaitasunaren inguruan, emaitza kontraesankorrek aurkitu dira. Egile batzuen arabera, zahartzaroan ez da aldaketarik gertatzen arreta mota honetan, baina beste egile batzuen aburuz, berriz, zahartzaroan garrantzirik ez duten estimuluak inhibitzeko zailtasuna sortzen da (Parasuraman eta Greenwood, 1998). Era berean, inhibitzeko zailtasun horrek *arreta mantenduan*, hau da, estimulu konkretu batean denbora-tarte batean arreta izateko gaitasunean eragiten du.

*Arreta zatitua* zeregin bat baino gehiago batera aurrera eramateko gaitasuna da. Ezagutzen diren datuen arabera, zereginak zailak direnean bakarrik ikusten dira ezberdintasunak adineko pertsonen eta pertsona gazteen artean. Eguneroko praktikak ezberdintasunak murrizten ditu.

**1.1.5.01. taula. Arreta eta kontzentrazioarekin erlazionaturiko oroimen-kexa subjektibo ohikoak.**

- Elkarrizketaren haria galtzea.
- Telebista edo irratia aldi berean piztuta dagoenean solasean aritzeko zailtasunak izatea.
- Testu bateko ahapaldi bat behin eta berriz irakurri behar izatea, horren zati zehatz bat ulertu ahal izateko.

Adinarekin batera zailtasunak agertzen dira garrantzitsua den informazioan zentratzeko eta garrantzitsua ez den informazioa inhibitzeko (Hasher eta Zacks, 1988). Adinarekin erlazionaturiko narriadura kognitiboaren zati handi batek zailtasun horiekin erlazioa duela defendatzen dute egile horiek. Adineko pertsonak arreta garrantzitsua den informazioa eta garrantzitsua ez den informazioa bideratzen dute autore horien aburuz. Ondorioz, gerta liteke, adinarekin, lehenago entzun eta alboratu den informazioa oroimenean mantentzeko joera areagotzea, eta garrantzitsua ez den informazio horrek ondorengo errendimendu kognitiboan eragitea.

**1.1.6. Funtzio exekutiboak**

Lobulu frontala bereziki sentikorra da zahartzaroko aldaketa fisiologikoen aurrean. Oro har, adineko pertsonak errendimendu baxuagoa adierazten dute funtzio frontalak neurtzen dituzten probetan (West, 1996). Hala, adineko pertsonak kontzeptuen eraikuntzan (adiera zehatzagoak, malgutasun gutxiago), inhibitzeko gaitasunean eta arazoak ebazteko trebetasunean zailtasunak adieraziko dituzte.

**1.2. ARIKETA PRAKTIKOA**

Atal honetan zahartzaro normaleko aldaketa kognitiboak islatzen dituzten bi kasu praktikoa aurkezten dira. Kasu bakoitza irakurri ostean, honakoa egingo da:

- Zahartzaro normalean azal daitezkeen ezaugarri kognitiboak azpimarratu eta aztertu. Adibidez, Ferminen kasuan «askotan hitz egokia eskuratzeko zailtasuna du». Esaldi horrek adierazten du Ferminen behar duen hitza mingainaren puntan duela, hau da, bere hitz egiteko gaitasunean edo/eta oroimenean aldaketak nozitu dituela (ikus 1.1.4. azpiatala eta 1.1.2.02. taula).

- Zahartzaroan normalean ez dira soilik aldaketa kognitiboak gertatzen. Bizitzaren beste arlo batzuetan ere aldaketak gertatzen dira. Kasu praktiko bakoitzean azaltzen diren aldaketa horiek identifikatu eta azaldu.
- Antzeko kasurik ezagutzen duzu? Eztabaidatu.

## 1. kasua

FERMIN duela 76 urte jaio zen Igeldo herriko baserri batean eta bertan bizi da. Zazpi anai-arrebaren artean zaharrena izanik, hamabi urterekin, lau urtez morroi joan zen beste baserri batera. Baserriko lana ederki ikasi zuen eta horregatik etxera itzultzean baserriko ardura berak hartu zuen. Haren anai-arrebek lan-tegietan lana topatu, ezkondu eta baserria utzi zuten pixkanaka. Fermin, amarekin gelditu zen baserrian eta elkarrekin bizi izan dira duela hamar urte ama hil zen arte. Orain bakarrik bizi da. Ezkongabea da eta iloba batek laguntzen dio hainbat zereginetan.

Baserriak ematen duenetik bizi izan da betidanik baina azkenaldian ez du nahikoa indar baratzean eta abereekin aritzeko. Gainera, okulistak egindako azken azterketan ikusmen-zorroztasunaren murriztapen nabarmena zuela ikustean, gidatzeko baimena erretiratzeko proposamena egin ziotenetik erosketak egitera joateko laguntza behar du, herritik urrun bizi izateagatik.

Fermini asko gustatzen zaio ibilaldi luzeak egitea. Beti egin izan ditu hamabost bat kilometro egunean oinez baina azkenaldian motelago dabil, azkarrago nekutzen da, eta bi edo hiru kilometro baino gehiago ez ditu egiten egunean. Horrek tristura eragiten dio, zahartzen ari da, berak badaki baina ez ditu bere zailtasunak onartu nahi.

Ez da inoiz giza harremanen zalea izan. Gustura egoten da bakarrik. Nahiz eta iloba etxean egon, ez da hitzuna eta isilik egoteko joera handia dauka. Azkenaldian isiltasun horiek gero eta maiztasun handiagoz gertatzen dira. Hitz egiten duenean, lehen baino denbora gehiago behar izaten du esan nahi duen hori adierazteko. Motelago hitz egiten du eta askotan hitz egokia eskuratzeko zailtasuna du.

Bere burua despistatuago ikusten duela dio. Telebistako elkarrizketen edo filmen hariari jarraitzeak ahalegin handiagoa eskatzen dio. Irakurtzean ere, arreta mantentzea gehiago kostatzen zaio eta askotan esaldi bera behin baino gehiagotan irakurri behar izaten du ulertu ahal izateko. Askotan, gauzak ahazten dituela dio (aurreko egunean bazkaldutakoa, telebistan esan dituzten gauzak, ilobak ematen dizkion mandatuak, etab.), «aspaldiko kontuak oso ondo gogoratzen ditut baina orain gutxikoak, askotan, ez ahazteko, paper batean idatzi behar izaten ditut».

Oraindik gai da sukaldean aritzeko baina ez da lehen bezain trebea eta askotan plater berdinak prestatzen ditu. Etxeko lanetan lagundu egiten diote, ez dituelako inoiz egin. Bankuko gorabeherak kudeatzeko lagundu egiten diote, baina gauzak ondo azaltzen bazaizkio, ez du inolako arazorik kudeaketak ulertzeko.

Fermin kezkatu dago, «badakit orain ongi nagoela, baino urteak aurrera doaz eta gero eta laguntza gehiago behar dut. Nire ilobak denbora gutxi du nirekin egoteko, berak bere gauzak eta bere bizitza gobernatzearekin nahikoa lan du. Baserrian bizi naiz, herritik urrun eta laguntza behar dudanean, bakarrik ikusten dut neure burua. Hala ere, nik hemen pasatu nahi ditut nire bizitzako azken urteak, nire etxean zoriotsu bizi naiz».

## 2. kasua

KATTALIN duela bederatzi urte alargundu zen. Orain 89 urte ditu Aguraineko etxe batean bizi da eta bera bakarrik oso ongi moldatzen da janaria prestatu eta erosketak txikiak egiteko. Etxez etxeko laguntza jasotzen du hainbat garbiketa-lan egiteko.

Senarrak Alzheimer gaixotasuna izan zuen eta urte asko eman zituen haren zaintzaile. Ez ziren garai errazak izan, baina orain, gauzak ongi egin izanaren ustea dauka.

Kattalin, oso gazte ezkondu zen eta alaba baten ama izan zen. Bere alaba Tolosan bizi da eta nahiz eta oso gutxi ikusten duten elkar, ia egunero hitz egiten dute telefonoz. Ez da bakarrik sentitzen. Auzoan lagun eta bizilagun asko ditu eta behar duen guztian laguntzen diote. Lagunekin irteten da egunero. Ibilaldi txikiak egiten dituzte eta gustura aritzen dira solasean nahiz kartetan. Jubilatuen egoitzan egiten dituzten oroimen- eta erlaxazio-tailerretan parte hartzen du, «gorputza eta burua lanpetuta izatea gustatzen zait, eta oroimen-tailerrak oso ongi daude, batez ere, zahartzean honek ez duelako gaztetan bezain ondo funtzionatzen. Adibidez, nik askotan nire lagunak edo biloben izenak nahasten ditut, esan behar dudan hori ahazten zait edo gauzak non utzi ditudan ez dut jakiten. Tailerrean estrategia asko erakusten dizkigute gure eguneroko bizitzan hobeto moldatzeko. Oso gustura joaten naiz eta begiraleak oso atseginak dira».

Kattalinekin zahartzaroaren ondorioz entzumen-urritasuna du eta zarata asko dagoen tokietan ez du ongi entzuten. Nabaria da moteltze psikomotorra «bakarrik jantzi eta dutxatzen naiz, baina lehen baino denbora gehiago behar dut. Ez dut presarik, beraz, nahiz eta ordu oso bat eman dutxatu eta arropak jantzteko, bakarrik egiteko gai naizen bitartean, ez diot inori lanik eman nahi». Moteltze hori dela-eta, nahiz eta solasaldi bati jarraitzeko gai izan, askotan, solaskide bat baino gehiago daudenean elkarrizketaren hariari jarraitzeko zailtasuna du. Garai



batean telebistako telenobelak ikusteko irrikan egoten zen. Orain, aldiz, aspertu egiten dela dio, baina badirudi horiek ez ikusteko arrazoa, beste bat dela, hain zuzen ere, haietan gertatzen diren gorabeherei jarraitzeko eta lotzeko gai ez dela dirudi.

Gauzak bere modura egitea atsegin du eta askotan ez die beste pertsonen gomendioei kasu egiten. Bere egunerokotasunean oso ondo moldatzen da. Egunerokotasun horretan aldaketak badaude (esate baterako, etxeko zerbait konpon-tzera norbaitek etorri behar duenean) ez da arraroa Kattalin urduri jartzea. Urduri jartzen denean galdera berdina behin baino gehiagotan egiten du («zer ordutan dator iturgina?» «zertara dator iturgina?» «dirua atera al dugu iturginari ordain-tzeko?»). Badirudi ez duela entzuten, burua beste zerbaitetan izango balu bezala.

Nahiz eta zailtasun txikiak izan, oraindik bere bizitza eta eguneroko jardue-rak antolatzeko gai da. Bakarrik joaten da bankura eta bertako langileen lagun-tzarekin kudeaketa ekonomikoak bakarrik burutzen ditu. Egoera berrien aurrean eta informazio berri gehiegi maneiatu edo buruan mantendu behar duenean soilik behar izaten du laguntza. Denbora eta azalpen egokiak ematen bazaizkio azke-nean ulertzeko gai izaten da. Osasun ona du. Oso emakume alaia da eta auzoan asko maite dute. «89 urte izan eta zaharra izan arren, bizitzaren gauza txikiekin gozatzen jarraitzen dut, eta bizi naizen artean, horrela jarraituko dut».

### **Lehen kapituluaren laburpena**

- Zahartzaro normalean zenbait aldaketa kognitibo gertatzen dira. Funtzio kognitibo batzuk hobetu (hizkuntza eta jakinduria) egiten dira. Beste funtzio batzuk (oroimen episodikoa, funtzio exekutiboak), ordea, kaltetu egiten dira.
- Funtzio kognitiboetatik interes handiena piztu duena oroimena da. Horren arrazoietakoa bat da adinekoek oroimena adinarekin batera galdu egiten dutela uste izatea.
- Hainbat oroimen mota daude: berehalako oroimena, iraupen laburrekoa eta iraupen luzekoa. Azken horretan oroimen semantikoa, episodikoa eta prozedurazkoa aurkitzen dira.
- Hizkuntza-gaitasuna ongi mantentzen da zahartzaro normalean. Hala ere, hitz-jarioa jaitsi egiten dela dirudi.
- Zenbait arreta mota daude: selektiboa, mantendua eta zatitua.

***ERREFERENTZIA GOMENDAGARRIAK***

Belsky, J. K. (1996): *Psicología del envejecimiento: teoría, investigaciones e intervenciones*, Masson, Bartzelona.

Cohen, G. (1991): *Envejecimiento cerebral*, Desclee de Brouwer, Bilbo.

Lehr, U. (1988): *Psicología de la Senectud: proceso y aprendizaje del envejecimiento*, Herder, Bartzelona.

Park, D. eta Schwarz, N. (2002): *Envejecimiento cognitivo*, Panamericana, Madril.

## 2. Dementziak

*Maitane Fernandino, Izarne Lizaso*

Bigarren atal nagusi honetan dementziak izango dira hizpide. Hain zuzen ere, 2.1. atalean dementziaren definizioa. 2.2. atalean, epidemiologia zehaztuko da. 2.3. atalean, diagnostikoari buruzko edukiak argituko dira. 2.4. atalean, egun dementziak sailkatzeko erabiltzen diren irizpideak izango dira mintzagai. 2.5. atalean etiologia azalduko da. 2.6. atalean diagnosi diferentzialari buruzko edukiak aztertuko dira. 2.7. atalean dementzia mota nagusiak definituko dira. 2.8. atalean gaian sakontzeko ariketa praktikoak proposatuko dira.

### 2.1. DEFINIZIOA

Dementziaren definizio asko aurki daitezke literatura zientifikoan. Hala ere, oro har, dementzia funtzio kognitiboen gainbehera bezala definitzen da. Beraz, dementzian alde zehatzetik garaturik dauden funtzio kognitiboak (oroimena, mintzaira, ezagutzeko gaitasuna, etab.) kaltetzen dira, alde zehatzetik gaitasun kognitibo horien garapen-maila edozein delarik ere.

Gaitasun kognitiboen gainbeheraz gain, aldaketa sozialak eta portaera-mailakoak gertatzen dira. Aldaketa horien guztien ondorioz, esaterako, trebetasun sozialetan edota lanerako gaitasunetan nahasteak pairatzen dira. Hala ere, baliteke pertsona batek dementzia baten sintoma guztiak ez adieraztea. Hau da, dementziaren garapena eta pronostikoa aldakorrak dira dementzia mota eta pertsona bakoitzaren arabera.

Dementzia adierak ez dio gaixotasun zehatz bati erreferentzia egiten, erlazionaturik dauden sintoma multzo bati baizik. Arrazoi horregatik, dementziari «gaixotasun» ordez, «sindrome» deritzo.

Dementziaren diagnostikoa gaixoaren portaerak behatuz gauzatzen da, hainbat dementzia garuneko irudien bidez (tomografia konputerizatua edo elektroentzefalograma) diagnostikatu daitezkeen arren.

Dementzia mota bat pairatzeak beste gaixotasun batzuen aurrean ahulagoak izatea eragin dezake. Hala, hainbat gaixotasunek edo farmako zehatz batzuen bigarren mailako efektuek eldarnio-egoera bat eragin dezakete dementzia bat sufritzen duten pertsonengan. Era berean, eldarnioak errendimendu kognitiboa nahiz

portaerak okertzea eragin dezake eta, horregatik, gaixoaren jarraipena egingo duen sendagile bat gertu izatea garrantzitsua da.

Dementziaren hasiera hainbat modutan gerta daiteke. Batzuetan, bat-batekoa da. Beste batzuetan, berriz, pixkanaka agertzen da eta senitartekoak dira gauzak ondo ez doazela nabaritzen dutenak. Aldiz, kasu batzuetan gaixoa bera da zerbait gertatzen ari zaiola susmatzen duena. Bestalde, pertsonak modu ezberdinetan egiten diete aurre dementziak berarekin dakartzan zailtasunei. Batzuk oso trebeak dira dituzten zailtasunak estaltzen. Beste batzuek, ordea, egoerari egokitu nahian oroimena laguntzeko estrategiak (zerrendak, alarmak, etab.) erabiltzen dituzte. Badira ere, oroimenak huts egiten diela ohartzean suminkortasuna eta sintoma depresiboak adierazten dituztenak. Horrez gain, pertsona batzuek nortasun-aldaketak pairatzen dituzte demenziaren hasierarekin batera, esaterako, atsegina izan den pertsona desatsegin bihurtzea edo elkarbizitzarako zaila izan den pertsona oraindik gatazkatsua bihurtzea.

Dementziaren ondorioz gaitasun instrumentalak (autobusean bidaiatzea, telefonoz deitzea, erosketak egitea, etab.) nahiz oinarritzkoenak (janztea, ibiltzea, etab.) pixkanaka kaltetzen dira. Hala, gaixoak bere independentzia galduko du eta bizitza autonomoa garatzeko aukerarik gabe, beste pertsona batzuen etengabeko laguntza eta gainbegiratzea beharko du.

## 2.2. EPIDEMIOLOGIA

Dementziaren Epidemiologia eta Prebentziorako Europar Erkidegoko Itunpeko Egintzak (EURODERM, *Acción Concertada de la Comunidad Europea para la Epidemiología y la Prevención de la Demencia* delakoak) demenziaren maiztasunari buruzko datuak bildu ditu. Maiztasunak une nahiz populazio zehatz batean dementzia pairatzen duten pertsonen kopuruari egiten dio erreferentzia. EURODERMek adinaren arabera eskuratu dituen emaitzak 2.2.01. taulan ikus daitezke.

**2.2.01. taula. Dementzien maiztasuna adinaren arabera.**

Adin-tartea	Maiztasuna (%)
65-69	1,4
70-74	2,8
75-79	5,6
80-84	11,1
>85	23,6

2.2.01. taulan ikus daitekeen bezala, dementziaren maiztasuna adinak aurrera egin ahala modu adierazgarri batean areagotzen da. Dementia edozein adinetan ager daitekeen arren, ez da ohikoa pertsonak 70 urte bete baino lehen agertzea. Nolanahi ere, adineko pertsonen % 80k ez du dementziaren sintomarik adierazten.

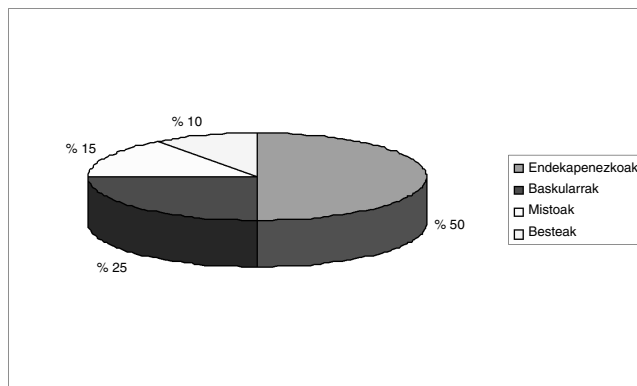
Generoari dagokionez, oro har, ez da gizonen eta emakumeen artean desberdintasunik aurkitu. Hala ere, 60 urtetik aurrera, bereziki, Alzheimer gaixotasunaren kasuan, bada salbuespen bat: emakumezkoek —gizonezkoen aldean— maiztasun handiagoz adierazten dute dementia. Dementziaren maiztasunari buruzko datuak, adin eta generoaren arabera, 2.2.02. taulan ikus daitezke.

**2.2.02. taula. Dementziaren maiztasuna adinaren eta generoaren arabera.**

Adin-taldea	Gizonak (%)	Emakumeak (%)
30-59	0,16	0,09
60-64	1,58	0,47
65-69	2,17	1,10
70-74	4,61	3,86
75-79	5,04	6,67
80-84	12,12	13,50
85-89	18,45	22,76
90-94	32,10	32,25
95-99	31,58	36,00

Dementia motei dagokienez, dementia pairatzen duten pertsonen % 50ek Alzheimer gaixotasuna du, % 25ek gaixotasun baskularra, % 15ek Alzheimerren eta dementia baskularren arteko konbinazio bat (dementia mistoa) eta gainerako % 10ak beste dementia mota batzuk (Parkinson, Pick, etab.). Portzentaje hauek 2.2.01. irudian ikus daitezke.

**2.2.01. irudia. Dementzien arazoak.**



### 2.3. DIAGNOSTIKOA

Dementzia bat diagnostikatzerakoan DSM-IVan (*Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders*) eta ICD-10ean (*International Clasification of Deseases*) agertzen diren irizpide diagnostikoak dira nazioartean erabiltzen eta onartzen direnak. Praktika klinikoan, DSM-IVaren irizpideak gehiago erabiltzen dira. 2.3.01. taulan irizpide horiek deskribatzen dira.

#### 2.3.01. taula. Dementziaren diagnostikorako DSM-IVaren irizpide diagnostikoak.

<p>A.1. Oroimenaren narriadura.</p> <p>A.2. Ondorengo nahasteen artean gutxienez bat agertzea:</p> <p style="padding-left: 20px;">A.2.a. Afasia.</p> <p style="padding-left: 20px;">A.2.b. Apraxia.</p> <p style="padding-left: 20px;">A.2.c. Agnosia.</p> <p style="padding-left: 20px;">A.2.d. Funtzio exekutiboen narriadura.</p> <p>B. Nahasteek jarduera profesionalen nahiz sozialen garapenean eragin ahal izateko nahikoa intentsitate izan behar dute, eta gaitasun hauen alde aurreko funtzionamenduarekin alderatuta narriadura bat adierazi behar dute.</p> <p>C. Nahasteak ez dira nahasmen-egoera orokor baten testuinguruan gertatu behar.</p> <p>D. Nahastea zergati organiko baten edo sustantzia toxiko baten eraginez gertatu ez den ziurtasuna izan behar da.</p>
---

Dementzia diagnostikatzeko erabiltzen diren aipaturiko irizpideek hainbat kritika jaso dituzte. Batetik, oroimenaren kaltetzea demenziaren diagnostikoa egiteko oinarrizko irizpidetzat hartzea; izan ere, dementzia duten pertsona batzuek gaixotasunaren lehen aroan oroimen-arazo argirik ez dutelako adierazten. Bestetik, irizpideotan ez dira demenziarekin batera agertu ohi diren portaera-nahasteak aintzat hartzen (Welsh, 2003). Egoera honen aurrean, Espainiako Neurologia Elkarteko Dementia Taldeak 2.3.02. taulan zehazten diren irizpideak proposatu ditu dementzia diagnostikatzeko.

### 2.3.02. taula. Dementziaren diagnostikorako Espainiako Neurologiaren Elkartearen irizpideak.

1. Ondorengo gaitasun kognitiboen artean gutxienez biren nahastea:
  - a) Arreta/kontzentrazioa.
  - b) Mintzaira.
  - c) Gnosiak.
  - d) Oroimena.
  - e) Praxiak.
  - f) Funtzio ikusmen-espazialak.
  - g) Funtzio exekutiboak.
  - h) Portaera.
2. Nahaste hauek ezaugarri batzuk bete behar dituzte:
  - a) Pertsonaren aldez aurreko funtzionamendu kognitiboarekin alderatuz gero narriadura garbia azaldu behar du.
  - b) Azterketa neuropsikologikoan behaketak objektiboa behar du izan.
  - c) Aste edo hilabeteetan iraun behar dute eta gaixoak kontzientzia-maila ona duela egiaztatu behar da.
3. Nahaste hauek pertsonaren eguneroko jardueretan (hauen artean, gizarte-jardueretan) eragiteko behar adinako intentsitatea izan behar dute.
4. Nahaste hauek kontzientzia-mailaren nahasmenik gabe agertu behar dira gaixotasunaren aro guztietan, tarteka asaldura iragankorrak gerta daitezkeen arren.

## 2.4. DEMENTZIAK SAILKATZEKO IRIZPIDEAK

Dementziak hainbat irizpideren arabera izan daitezke sailkatuak. Irizpideok elkarrekin erlazionaturik daude neurri batean eta, batzuetan, elkarri gainjarrita ere ager daitezke. Sailkatzeko irizpide nagusiak ondorengoak dira: hasiera-adina, etiologia, kokapen neuroanatomikoa, garapenaren aroak eta tratagarritasuna. Ondoren, irizpide horiek izango dira hizpide, hurrenez hurren.

Hasiera-adinari dagokionez, aspaldiko sailkapenek dementzietan zahartzaroko dementzia eta zahartzaro aurreko dementzia bereizten zituzten. Gaur egun, ordea, zahartzaro aurreko nahiz zahartzaroko dementziak entitate bakar gisa ulertzen dira. Autore batzuen arabera, bi dementzia horiek berdinak dira, baina zahartzaro aurrekoak garapen azkarragoa eta iragarpen okerragoa du.

Etiologia kontuan hartuta, sailkapen honetan *lehen mailako dementziak* eta gaixotasun ezberdinekin batera gertatzen diren *bigarren mailako dementziak* bereizten dira. Azken urteetan, endekapenezko lehen mailako dementzia

gehienetan herentziazko faktoreak aurkitu diren arren, gaur egun lehen mailako demenzien zergatia ezezaguna da. Bigarren mailako dementzia, aldiz, zenbait gaixotasunen ondorioz ager daitekeen sindromea da. Kasu horretan, gaixotasun eragileak zein diren jakiteak prebentziorako eta tratamendurako aukera gehiago ahalbidetzen ditu. Ikuspuntu honen arabera sailkapena 2.5. atalean garatuko da, bertan aztertzen baita demenziaren etiologia modu sakonagoan.

Kokapen neuroanatomikoari buruz hitz egiterakoan, demenziak oinarri organikoa duten sindromeak direla gogorarazi behar da. Kaltetuta dauden garuneko egitura anatomikoen arabera, bi patroi neuropsikologiko desberdinez mintza daiteke. Lehenengo patroia *dementia kortikala* da, Alzheimer gaixotasunarekin bat datorrena. Dementia kortikalaren ezaugarri nagusia sindrome afaso-aprasiko-agnosikoa da. Sindromea goi-mailako funtzio kortikalen desintegrazioaren adierazpena da. Bigarren patroia, berriz, *dementia subkortikala* da, sindrome estrapiramidal batzuen adierazgarria da (Parkinson-en gaixotasuna, Huntington-en gaixotasuna, etab.). Dementia honen kalteak talamoan, gongoil basaletan eta garunenborrean ikus daitezke. Hala, dementzia subkortikala jasaten duten pertsonen informazioaren prozesamenduaren eta ideia gintzaren moteltzea eta, arretaren nahiz motibazioaren nahastea adierazten dituzte.

Demenziaren garapenaren eta sintomen larritasunaren arabera, hiru aro bereizten dira: *dementia arina*, *dementia moderatua* eta *dementia larria*. Adituek diote hiru aroak malgutasunez erabili behar direla gaixoak horietako bakoitzean kokatzeko orduan.

Tratagarritasunari dagokionez, dementzia *tratagarrietan* narriaduraren garapena geldi daiteke eta zenbait kasutan itzulgarriak izan daitezke, esate baterako, gaixotasun baskularrek, intoxikazioek, infekzioek, tumoreek eta antzekoek eragindako demenziak. Ondoren, 2.5. atalean, demenzien etiologia aztertzean sakonago garatuko da demenzien tratagarritasuna.

## **2.5. DEMENTZIAREN ETIOLOGIA**

Arestian aipatu gisa, demenziak lehen mailakoak (etiologia ezezagunekoak) eta bigarren mailakoak (gaixotasun ezberdinek eragindakoak) izan daitezke. Beraz, demenzien artean etiologia ezberdinak daude. 2.5.01. taulan demenzien sailkapen etiologikoa azaltzen da:



**2.5.01. taula. Dementzien sailkapen etiologikoa.****A. Endekapenezko gaixotasunak (lehen mailakoak).**

1. Alzheimer-en gaixotasuna.
2. Pick-en gaixotasuna.
3. Parkinson-en gaixotasuna.
4. Huntington-en gaixotasuna.

**B. Dementia baskularrak.**

1. Infartu anitzekoak.
2. Binswanger-en gaixotasuna.

**D. Dementia kutsakorrek edo infekziosoak.**

1. Paralisi orokor progresiboa.
2. Creutzfeld-Jacob-en gaixotasuna.
3. Panentzefalitisa.
4. Mailaz mailako leukoentzefalopatia.

**E. Hidrozefaliak.****F. Garuneko neoplasiak.****G. Dementia metabolikoak.****H. Gabezia duten dementziak (azido folikoaren defizita).****I. Dementia toxikoak.**

1. Alkohola (Wernicke-Korsakoff sindromea).
2. Farmakoak.
3. Metalak.

**J. Dementia traumatikoak.****K. Gaixotasun desmielinizataileak.****L. Gaixotasun psikiatrikoak.**

Aurretik aipatu den moduan, dementia askoren zergatiak tratagarriak dira eta batzuk itzulgarriak izan daitezke. Horien artean, gaixotasun metabolikoak (hipogluzemia, gaixotasun tiroideoak, bitamina-gabeziak, etab.), odol-hodien inflamazioa eragiten duten gaixotasunak, intoxikazioak (drogak nahiz metalak), gaixotasun kutsagarriak (meningitis kronikoak, neurosifilia, entzefalitisa) eta garezur barneko prozesuak (hidrozefalia, tumoreak, hematoma subduralak) aurki daitezke.

Badira ere tratagarriak izan arren, itzulgarriak ez diren dementziak. Hauen artean, dementia baskularrak, alkoholismoak eragindako dementia eta dementia postraumatikoak dira esanguratsuenak.

Azkenik, beste multzo batean, trataezinak eta atzeraezinak diren demenziak daude. Horien artean, besteak beste, Alzheimer-en gaixotasuna, Pick-en gaixotasuna, Huntington-en gaixotasuna, Parkinson-en gaixotasuna, esklerosi anizkoitza eta Creutzfeld-Jacob-en gaixotasuna azpimarratu behar dira.

## 2.6. DIAGNOSI DIFERENTZIALA

Egiten den diagnostikoaren arabera, tratamenduak ezaugarri batzuk edo beste batzuk izango ditu. Hau da, diagnostikoa zuzena ez bada, gauzatuko den eskuhartzea ez da pertsonaren benetako beharretara egokituko. Horregatik, ezinbestekoa da dementzia beste zenbait gaixotasunetatik bereiztea. Atal honetan horietako bi garrantzitsuenak aztertuko dira: 2.6.1. atalean, deliriuma, eta 2.6.2. atalean, pseudodementzia depresiboa.

### 2.6.1. Delirium-egoera

Deliriuma edo nahasmen-egoera orokorra kontzientziaren nahastea da, hau da, normaltasunarekin bat ez datorren egoera mental berezia da. Hasiera bat-batekoa eta egoera itzulgarria izan ohi da. Arretaren nahastea gertatzen da eta honako ondorio hauek gerta daitezke: inkoherentzia, haluzinazioak, insomnia, eta aktibitate psikomotorra areagotua edota murriztua. Zergati organiko batekin erlazionaturik egoten da normalean, adibidez, hainbat infekziorekin. 2.6.1.01. taulan demenziaren eta nahasmen-egoera orokorraren arteko ezberdintasunak ikus daitezke.

**2.6.1.01. taula. Dementziaren eta nahasmen-egoera orokorraren arteko desberdintasunak.**

Dementzia	Deliriuma
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hasiera bihurria eta motela.</li> <li>➤ Iraunkorra.</li> <li>➤ Garapen lineala.</li> <li>➤ Kontzientzia normala.</li> <li>➤ Arreta normala.</li> <li>➤ Mintzaira afasikoa.</li> <li>➤ Haluzinaziorik ez.</li> <li>➤ Zergatien aniztasuna.</li> <li>➤ EEG normala (ez beti).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hasiera akutua eta azkarra.</li> <li>➤ Iragakorra.</li> <li>➤ Gorabeherazko garapena.</li> <li>➤ Kontzientzia nahasia.</li> <li>➤ Arretaren nahastea.</li> <li>➤ Mintzaira normala edo anomia.</li> <li>➤ Haluzinazioak.</li> <li>➤ Normalean zergati sistematikoa.</li> <li>➤ EEG (uhin geldoak).</li> </ul>

### 2.6.2. Pseudodementzia depresiboa

Askotan depresioa sintomatologia fisiko baten atzean ezkututzen da. Horrez gain, nahaste depresiboekin batera, narriadura-zeinuak agertzen dira (kontzentrazio- eta oroimen-arazoak, orientaziorik eza, moteltasuna, nagikeria, etab.).

Arrazoi horiek direla-eta, zaila da adineko pertsonen kasuan depresio edo dementzia baten hasieran gauden zehaztea. Izan ere, bai dementziak eta bai depresioak isolamendu soziala, atzerapen psikomotorra eta ezintasun orokorra dituzte ezaugarritzat. Halaber, depresioa dementziaren lehen aroetan ager daitekeen sintoma da, hau da, dementziaren aro goiztiarrenak depresioaren sintomekin batera ager daitezke.

Bi entitate hauek elkarrengandik ongi bereiztea garrantzitsua da, egiten den diagnostikoaren arabera esku-hartzea ezberdina izango baita. Gaixoak pseudodementzia depresiboa badu, antidepressiboekin sintomatologia kognitiboa desagertu beharko litzateke. Hala gertatzen ez bada, dementzia izateko aukera handiagoa da.

Normalean, dementzia bat duen gaixoak kexa gutxi ditu eta bere zailtasun kognitiboen inguruko kontzientzia txikia du. Bestalde, zahartzaroan gertatzen den depresioak dementzia subkortikalen antz handiagoa izan ohi du. Pseudodementzia depresiboaren adiera erabiltzen da depresioa dementzia baten presentzia iradokitzen duten sintoma klinikoekin batera (atzerapen psikomotorra, kontzentrazioakatsak, nekea edo oroimenaren nahasteak) azaltzen denean. 2.6.2.01 taulan ikus daitezke dementziaren eta depresioaren arteko ezberdintasunak.

#### 2.6.2.01. taula. Dementziaren eta depresioaren arteko desberdintasunak.

Dementzia	Depresioa
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hasiera zehatzezina.</li> <li>➤ Garapen luzea.</li> <li>➤ Sintomen garapen motela.</li> <li>➤ Aldez aurreko nahaste psikiatrikorik ez.</li> <li>➤ Kexa subjektibo gutxi.</li> <li>➤ Proba kognitiboetan asko saiatzen da.</li> <li>➤ Apatia.</li> <li>➤ Gauean sintomen areagotzea.</li> <li>➤ Narriadura iraunkorra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hasiera zehatza.</li> <li>➤ Garapen laburra.</li> <li>➤ Sintomen garapen azkarra.</li> <li>➤ Aldez aurreko krisi psikiatrikoak.</li> <li>➤ Kexa subjektibo landuak.</li> <li>➤ Proba kognitiboetan gutxi saiatzen da.</li> <li>    «Ez dakit» erantzuten du.</li> <li>➤ Aldaketa afektibo sakona.</li> <li>➤ Narriadura aldakorra.</li> </ul>

### 2.7. DEMENTZIA MOTAK

Atal hau bost azpiataletan banatu da: 2.7.1. atalean, lehen mailako dementzia kortikalak (Alzheimer motako dementzia, lehen mailako afasia progresiboa eta dementzia semantikoa) bilduko dira; 2.7.2. atalean, lehen mailako dementzia subkortikalak (Parkinsona, paralisi supranuklear progresiboa eta Huntington-en gaixotasuna) izango dira hizpide; 2.7.3. atalean, *dementzia kortiko-subkortikalak* (Lewy gorputzekin batera agertzen den dementzia, dementzia frontala eta dementzia kortiko-basala) izango dira mintzagai; 2.7.4. atalean, *dementzia baskularrak* (infartu anitzeko dementzia, infartu estrategikoaren ondorioz gertatzen

den dementzia eta odol-hodi txikien gaixotasunaren ondorioz gertatzen den dementzia) azalduko dira; bosgarrengoan, bigarren mailako demenziak aztertuko dira. Ondoren, dementzia mota horiek guztiak azalduko dira, hurrenez hurren.

### ***2.7.1. Lehen mailako dementzia kortikalak***

Dementzia kortikaletan gune kaltetuena garunaren kanpo azala edo kortexa da. Dementzia honen adibidea da Alzheimer gaixotasuna. Dementzia kortikalaren ezaugarri nagusia *sindrome afaso-aprakto-agnosikoa* da. Horrez gain, oroimena eta arrazoibide abstraktua ere kaltetuak agertuko dira. Sindromea goi-mailako funtzio kortikalen desintegrazioaren adierazpena da.

Ondoren, dementzia multzo honen barnean aurki daitezkeen gaixotasun bereizgarriak azalduko dira modu labur batean.

#### ***Alzheimer gaixotasuna***

Alzheimerra dementzia kortikalaren prototipotzat hartzen da. Gaixotasun honetan, garunaren gune tenporo-parietalak dira kaltetzen direnak. Kalteak edozein arlo kognitibotan ager badaitezke ere, berezko adierazpenak iraupen laburreko oroimenaren, funtzio ikusmen-espazialen, izendapenaren eta hitz-jarioaren hutsuneak dira. Askotan, sintomatologia horrekin batera, ekimenaren murriztapena, gaixotasunaren kontzientziarik eza eta pentsamendu abstraktuaren pobretzea ager daitezke.

#### ***Lehen mailako mailaz mailako afasia progresiboa***

Pixkanaka gertatzen den hitz-jarioaren nahastea da. Gaixoeak hitzak aurkitzeko zailtasunak dituzte, esaldiak motzak dira, gramatikarik gabeak eta akats fonetiko-dunak. Gaixotasunak aurrera egin ahala, ulermenaren gaitasuna ongi mantentzen bada ere, hizkuntza ekoizteko gero eta zailtasun handiagoa dago eta ahots-doinua eta modulazioa kaxkarrak izango dira. Denborak aurrera egin ahala, ulermen-arazoak agertzen dira eta hitz-jarioratasunaren galerak aurrera egiten du. Azken aroetan mututasuna eta ahozkoa ez den komunikaziorako gaitasunaren galera agertuko dira.

#### ***Dementzia semantikoa***

Dementzia mota hau duten gaixoeak mintzaira jariakorra dute baina hitzen esanahiaren nahaste sakona pairatzen dute, bai izendatzean baita ulermenean ere. Mintzaira oparoa da eta batzuetan berritsuegia izan ohi da, baina mintzaira horren edukia korapilatsua da, egiten dituen *parafasia* edo akats semantikoaren kopuru handiengatik. Hizkuntzaren nahastea erabateko ulertezintasuneraino larritzen da eta, azken aroetan jariakortasuna murrizten doa erabateko mututasuna agertzen den arte.

### **2.7.2. Lehen mailako dementzia subkortikalak**

Dementzia hauetan garuneko gune sakonenak dira kaltetzen direnak. Arestian aipatu den bezala, dementzia hauen lesioak talamoan, gongoil basaletan eta garunenborrean ikus daitezke, besteak beste. Dementzia subkortikal guztietan berezkoa den koadro klinikoa honakoa da:

- Moteltze psikomotorra: gaixoak kanpo-estimuluen aurrean erantzun geldoa, pentsamendu geldoa (*bradipsikia*) eta erantzun motor geldoa (*bradizinesia*) adierazten ditu.
- Nortasun-nahasteak maiztasun handiz gertatzen dira: apatia, motibazio falta, interes eza, etab. Depresioa ere agertzen da.
- Alzheimer gaixotasunean ez bezala, dementzia subkortikaletan informazio berria ikasteko gaitasuna ongi mantentzen da, eta oroimen-nahasteak ikasi duten informazio hori berreskuratzeko eta gogora ekartzeko orduan adierazten dituzte.
- Kalkuluan, pentsamendu abstraktuaren maneian eta arreta mantenduan arazoak adierazten dituzte.
- *Afasia*, *agnosia* edo *apraxiarik* ez da gertatzen.
- Mugimenduaren nahasteak agertzen dira.
- Mintzairaren nahastei dagokienez, disartria, hipofonia eta mututasuna ikus daitezke.

### ***Parkinson gaixotasuna***

Bradipsikia da gaixotasunaren lehen sintoma. Parkinson gaixotasunarekin batera dementzia adierazten duten gaixoek oroimen-arazoak, arreta mantentzeko zailtasunak, funtzio exekutiboen defizita eta nahaste ikusmen-espazialak izaten dituzte. Kasuen % 30ek sintomatologia depresiboa adierazten du.

### ***Paralisi supranuklear progresiboa***

Gaixotasun honek Parkinson gaixotasunaren antzeko ezaugarriak ditu narriadura kognitiboari dagokionez. Horrez gain, ibiltzearen nahastearen agerraldi goiztiarra, disartria, labilitate emozionala eta begirada bertikalaren paralisia agertzen ditu.

### ***Huntington-en gaixotasuna***

Gaixotasun honen lehen sintomak nortasunaren, oroimenaren eta koordinazio motorren nahaste arinak dira. Aro aurreratuetan nahaste okulomotorrak, borondatezko mugimenduen nahasteak eta mailaz mailako dementzia agertzen dira. Defizit kognitiboen artean, kontzentrazioa, arreta eta funtzio exekutiboak nabar-

mentzen dira. Oroimenaren nahastea izaten da ere. Nahaste afektiboak gaixoen % 50ek pairatzen ditu.

### ***2.7.3. Dementia kortiko-subkortikalak***

Dementia mota honetan kortexeko guneak nahiz garuneko gune sakonenak ager daitezke kaltetuta. Hona hemen maiztasun handienaz gertatzen direnak:

#### ***Lewy gorputzekin batera agertzen den dementzia***

Dementia mota honek Alzheimerraren eta Parkinsonaren antzeko ezaugarri klinikoak ditu. Zenbait ezaugarri kliniko proposatu dira, hala nola narriadura kognitiboaren garapen gorabeheratsua, sintomatologia psikiatriko nabarmena (haluzinazioak, ilusioak eta depresioa), orekaren eta martxaren nahasteak, eta kontzientzia-galera azalgaitzak. Nahaste kognitiboen patroia aldakorra da gaixo batetik bestera.

#### ***Dementia frontala***

Hasierako sintomatologia nagusiki psikiatrikoa da: inhibizioa, apatia, portaera-nahasteak, arau sozialen gabeziak, distrakziorako joera, oldarkortasuna eta portaera estereotipatu eta errepikakorrak agertzen dira. Funtzio kognitiboen defizitak begi-bistakoak izatera iristen direnerako urteak igaro daitezke. Defizit kognitiboen artean, honakoak adieraz daitezke:

- Arretaren nahastea. Ebaluazioan zehar ez du laguntzen eta probak ukatzen ditu.
- Mintzaira ongi eraikia dago baina ez da berezkoa. Mintzaira sinplea, txiroa eta errepikakorra da. Esfortzua eta kontrol mentala eskatzen duten zeregin konplexuetan, hitzezko jarioasuna eta ulermena kaltetuak ikusten dira. Gaixotasunak aurrera egin ahala, ekolalia, hipofonia, aprosodia eta mututasuna maiztasun handiz gertatzen dira.
- Funtzio exekutiboak kaltetuta egoten dira: informazioaren elaborazioa, planifikazioa, abstrakzioa, portaeraren sekuentziak eta estrategia aldatzeko malgutasuna, hain zuzen ere.
- Oroimena kaltetua dago, bereziki, arreta-arazoan, interes ezaren eta informazioaren antolamendu okerraren ondorioz. Hau da, oroimen-zailtasunak funtzio exekutiboen nahiz beste zailtasun batzuen ondorio dira.
- Oro har, orientazio espaziala, kalkulua, praxiak, gnosiak eta trebetasun ikusmen-espazialak nahiko ongi mantentzen dira gaixotasunaren aro berantiarra iritsi arte.

### ***Endekapen kortikobasala***

Endekapen kortikobasala nahaste neurokonduktualen (apraxia, gorputz-adar ezezagunaren sindromea, portaera frontalizaturia), mugimenduaren nahasteen (zurruntasuna, gorputz-adarren distonia) eta begiradaren paralisi supranuklearra bezalako zeinuen konbinazioak ezaugarritzen du.

Ikuspuntu neuropsikologiko batetik, sindrome larri bat izan ohi dute (Alzheimerrean baino larriagoa), ikaskuntza esplizituan zailtasunak dituzte, burutzapen motor dinamikoaren nahasteak daude (denboraren antolamendua, esku bien koordinazioa, kontrola eta inhibizioa) eta nahaste praxiko asimetrikoak ere ikus daitezke.

#### ***2.7.4. Dementia baskularrak***

Dementia baskularra lehen mailako endekapenezko dementzien ondoren, maiztasun handiz agertzen da. Lehen mailako endekapenezko dementziak eta dementia baskularrak bereizteko badira hainbat datu. Dementia baskularrak, endekapenezko dementzien aldean, bat-bateko hasiera izaten du, garapena gorabeheraz betea dago, sintoma neurologiko fokalak agertzen dira eta ohikoa da arrisku-faktore baskularren presentzia, esate baterako, hipertentsioa, diabetesa, tabakoa eta obesitatea.

#### ***Infartu anitzeko dementia***

Dementia honen adierazpen klinikoak infartu kopuruaren eta hauen kokapenaren menpe daude. Infartuak askotan oso txikiak izaten dira eta, ondorioz, hasiera batean ez dira aldaketak nabarmentzen gaixotasuna pairatzen ari den pertsonarengan. Baina infartu txiki horien guztien multzoak, une zehatz batean, garuneko hainbat eremu suntsitzen dituztenean lehen sintomak agertzen hasiko dira. Narriadura kognitiboak, normalean, patroï subkortikalari jarraitzen dio. Kasu hauetan ohikoak dira nahasmen-egoerak eta ibiltzearen nahasteak.

#### ***Infartu estrategikoaren ondorioz gertatzen den dementia***

Narriadura kognitiboa ongi kokaturiko guneetan gertatutako lesio iskemikoen ondorioa da. Infartu hauek kokapen kortikala edo subkortikala izan dezakete. Infartuaren kokapenaren arabera, adierazpen klinikoak ezberdinak izango dira.

#### ***Odol-hodi txikien gaixotasunaren ondorioz gertatzen den dementia***

Garunaren baskularizazioa arteria handi batzuen bidez gauzatzen da. Arteria horietatik nerbio-ehuna odolaztatzen duten tamaina txikiko arteriak irtetzen dira. Arteria horiek gune kortikal eta subkortikaletan kokatzen dira. Arteria horietan infartuak gertatzen direnean, odol-hodi txikien gaixotasun delakoa gertatzen da.

Gaixotasun hau, dementzia baskularraren etiologia nagusietako bat da eta hainbat bereizten dira. Ondoren, horietako bi azalduko dira: Binswanger gaixotasuna eta egoera lakunarra.

*Binswanger gaixotasuna* garunaren egitura subkortikal zehatz batzuetan gertatzen diren infartuen ondorioa da. Adierazpen klinikoen artean, funtzio konstruktiboen, ikusmen-espazialen, oroimenaren nahiz mintzairaren kaltetzea, apatia, abulia, suminkortasuna edota agitazioa, kontzientzia-mailaren aldizkako murriztea, somnolentzia, etab. agertzen dira. Dementzia honen ezaugarri bereizgarria ibiltzearen nahastea da, Parkinson gaixotasunean agertzen denaren antzekoa da.

*Egoera lakunarra* gune subkortikaletan gertatzen diren infartu lakunar anitzen ondorioa da. Infartu kopuruak gora egiten duen neurrian, narriadura kognitiboa areagotuz doa. Adierazpen klinikoen artean funtzio frontalen nahastea, apatia, arretaren gabezia, nahaste mnesikoa, pertseberantziarako joera eta moteltze psikomotor garrantzitsua azpimarratu behar dira.

### **2.7.5. Bigarren mailako demenziak**

Bigarren mailako demenziak garunaren barnean nahiz kanpoan gerta daitezkeen prozesu patologiko anitzen ondorioz ager daitezke. Etiologia askotarikoa eta ezaguna da. Askotan tratagarriak dira, eta identifikazioa azkarra denean, itzulgarriak izan daitezke. Lehen aipatu diren demenzien aldean, dementzia hauen maiztasuna txikia da. Proben bidez bigarren mailako dementzia baten existentzia diagnostikatu arren, dementzia horren oinarrian lehen mailako endekapenezko prozesua egon daiteke.

## **2.8. ARIKETA PRAKTIKOAK**

Dementzia mota bakoitzaren ezaugarriak zehaztu dira 2.7. atalean. Atal honetan bi kasu praktikoa aurkeztuko dira, eta kasu bakoitza irakurri ostean, honakoa egingo da:

- Kasu hauetako protagonistek adierazten dituzten zailtasun kognitiboak identifikatu eta ezaugarri horien arabera zer dementzia mota izan daitekeen arrazoitu.
- Sintoma kognitiboez gain, demenzietan beste sintoma batzuk ere agertzen dira: portaerazkoak, emozionalak, etab. Izendatu eta deskribatu sintoma horiek bi kasu praktikoetan.
- Antzeko kasurik ezagutzen duzu? Eztabaidatu.



## 1. kasua

AGUSTINEK 56 urte ditu, ezkondua dago eta 14 urteko seme bat du. Kirolaria izan da beti eta gimnasio batean egiten zuen lan orain dela hilabete batzuk arte, negozioa ondo ez zihoalako itxi zuten. Lana utzi zuenetik, haren bizitzan zerbait aldatzen hasi zen.

Negozia itxi eta bi hilabetera emazteak despistatuago zebilela ikusten zuen. Suminkorrango zegoen, errazagoa zen harekin eztabaidan hastea, edozein arrazoiengatik haserretzen zen. Batez ere bere semearekin aritzen zen askotan saioan. Semeak egiten zuen edozerk bere onetik ateratzen zuen. Emazteak negozioa ixteari egotzi zizkion aldaketa horiek. Ez ziren garai errazak Agustinentzat.

Ordutik hona, beste lau hilabete pasatu dira eta egoerak okerragora egin du. Gero eta despistatuago ikusten du. Hitz egiten dionean badirudi ez duela arretarik jartzen, esaten zaionak beretzat garrantzirik izango ez balu bezala. Gidatzean segurtasuna galdu du eta azkenaldian kotxea hartu behar duenean edozein aitzakia jartzen du ez gidatzeko. «Ume bat dirudi, aurreko astean, erosketak egiten ari ginela, Agustinek galtzerdi berriak behar zituela eta hamar pare galtzerdi hartu zituen. Nik, gehiegi zirela esan eta sei pare bere tokian uzteko esan nion. Badakizu zer erantzun zidan? Nik nahi nuena eros nezakeela eta berari ez niola uzten nahi zuena egiten. Berak galtzerdi horiek nahi zituela eta dirua ere berea bazela. Berak galtzerdiak ezin bazituen erosi, ez zidala lagunduko erosketak etxera eramaten erantzun zidan. Azkenean hamar pare galtzerdi erosi behar izan genituen. Dendaria erabat txundituta zegoen eta ni asko lotsatu nintzen gertaera horrekin. Ez nuen nire senarra ezagutzen. Agustin ez zen horrela portatzen. Agustin oso gizon serioa eta arduratsua zen eta oso ongi negoziatzen genituen gure zailtasunak. Orain, berarekin bizitzea ezezagun batekin bizitzea bezala da».

Agustinek ez du inoiz arazorik izan bere sentimendu eta emozioei buruz hitz egiteko. Bizitza emozional aberatseko gizona zen. Orain, sentimendu horiek itzalita izango balitu bezala agertzen da. Bere hitz egiteko modua ximpleagoa da, konkretuagoa, bere mundu abstraktua galdu izan balu bezala. Bere aurpegian ez du emoziorik adierazten, badirudi ez dituela tristura edo poza sentitzen. Hotz portatzen da, besteen emozioek ez dute beregan eragiten. Emaztea negarrez ikusi du askotan azkenaldian eta ez da haren tristuraz jabetzeko gai izan. Ezer gertatuko ez balitz bezala jokatu du.

Orain ez da etxeko nahiz banketxeko fakturak, eskutitzak, etab. kudeatzeko gai. Lehen karpeta ezberdinetan zituen antolatuak: lanekoak, etxeakoak, banketxeakoak, etab. Orain, mahai gainean daude denak, nahastuta. Gauero aritzen da dokumentu hauek antolatu eta ulertu nahian baina hurrengo egunean denak berdin daude, mahai gainean eta nahastuta. Emazteak azaltzen dio nola

antola ditzakeen. Agustinek ez dirudi arreta jartzeko gaitasun handirik duenik baina entzuten ditu azalpenak. Paper artean bakarrik gelditzen denean hala ere, bere erara egiten jarraitzen du.

Egun batzuetan ez du hitzik egiten. Besteetan, aldiz, ez da isiltzen eta etengabe hitz egiten du. Haren hizkeran ez da emoziorik bereizten. Dena doinu berarekin esaten du.

Familia kezkatuak dago, egoeraren zergatia jakin nahi du. Horregatik, neurologoarengana joatea erabaki dute.

## 2. kasua

JULITA oso emakume langilea izan da beti. Oso gazte gelditu zen alargun eta berak bakarrik atera zituen aurrera bere hiru seme-alabak. Horretarako, etxeak, bulegoak, lantegiak, etab. garbitzen eman zituen urte asko.

Azken urte hauetan bere seme batekin bizitzen egon da baina orain, bere semeak etxe bat erosi du eta bakarrik gelditu da bere etxean bizitzen. Julitak 71 urte ditu.

Asko gustatzen zaio etxea garbi izatea eta astero goitik behera garbitzen zuen. Orain, ez da gai zeregin horietan aritzeko. Garbiketa txikiak egiten ditu baina belaunean ipini dioten protesia dela-eta ezin da makurtu eta ezin da zutik denbora luzez egon. Horregatik, triste sentitzen da. «Ni lan asko egindakoa naiz. Orain ezin dut eta horrek barrenak jaten dizkit».

Julita tratamendu psikiatrikoa hartzen ari da. Duela lau urte hasi ziren bere zailtasun fisikoak eta ordutik aldarte depresiboa izan du. Etxean denbora gehiago gelditzen hasi zen, harremanak eta egoera sozialak saihesten zituen eta bere auzoko eta komunitateko ekitaldietan parte hartzeari utzi zion. Haren alabak esfortzu handia egin behar zuen Julita etxetik irten zedin. Gehienetan, ezezkoa zen alabak jasotzen zuen erantzun bakarra. Medikura joateko eta erosketak egiteko soilik irteten zen. Askotan, etxera iristean, negarrez eta urduri topatzen zuen. Etxean bakarrik gelditzen zenean gertatzen zitzaion hori. Beldurra zion bakardadeari eta norbait behar zuen bere ondoan une oro. Arrazoi horiengatik joan ziren medikuarengana eta ordutik antidepresiboak hartzen ari da. Haren animoak, hala ere, ez du hobera egin eta psikiatraren arabera, pronostikoa ez da ona.

Duela bi urtetik hona, familiak beste hainbat aldaketa nabaritu ditu Julitaren-gan. Motelago ibiltzen da, motelago hitz egiten du eta pentsatzeko nahiz erantzun bat emateko denbora gehiago behar duela dirudi. Era berean, arreta mantentzeko zailtasunak ditu eta edozerekin distraitzen da.

Julitak inolako arazorik gabe azaltzen ditu bere oroimen-arazoak. «Lehen ez zitzaidan hau gertatzen. Azkenaldian, medikura joan behar dudan eguna ahazten dut, telefono-zenbakiak oroitzeko zailtasuna dut eta gauzak aurkitu ezinean ibiltzen naiz. Dirua eta bitxiak inork ez kentzearren toki seguruagoan gordetzen ditut eta gero egunak eman ditzaket hauek bilatzen. Nik uste dut, etxean batzuetan norbait sartzen dela eta gauzak tokiz aldatzen dizkidala. Bestela ez da normala. Niri ahazten zaizkit gauzak baina hainbeste... Nire semea izango da, ziurrenik. Ez da inoiz ordenatua izan eta beti izaten du bere gela hankaz gora».

Julita ez dago egunero berdin. Egun batzuetan erabat nahastuta eta urduri egoten da eta egun horietan kezka anitz izaten ditu. Galdera berdinak errepikatzen ditu ez delako gai erantzunak bere oroimenean finkatzeko. Beste egun batzuetan, aldiz, ederki egoten da eta ez dirudi aurreko eguneko pertsona bera denik. Askoz hobeto moldatzen da eguneroko zereginetan eta ez ditu kezka berdinak behin eta berriz azaltzen.

Kezkaturik dago bere familia. Gai izango ote da Julita aurrerantzean baka-  
rrik bizitzeko?

### **Bigarren kapituluaren laburpena**

- Dementzien ezaugarri nagusia da funtzio kognitiboen gainbehera, eta horrek, besteak beste, ondorio laboralak eta sozialak eragiten ditu.
- Dementziaren maiztasuna adinarekin batera handitu egiten da.
- Dementziaren diagnostikoa DSM-IVan zehazten diren irizpide diagnosti-  
koen arabera egiten da.
- Dementziak sailkatzeko irizpideen artean, hasiera-adina, etiologia, kokapen  
neuroanatomikoa, garapenaren aroak eta tratagarritasuna kontuan hartzen  
dira.
- Hainbat dementzia mota sailka daitezke. Esaterako, lehen mailako demen-  
tzia motaren adibidea da Alzheimer motako dementzia.

**ERREFERENTZIA GOMENDAGARRIAK**

- Alberca, R. (1999): *Demencias: diagnóstico y tratamiento*, Masson, Bartzelona.
- Junqué, C. eta Barroso, J. (1994): *Neuropsicología, Síntesis Psicología*. Madril.
- Junqué, C. eta Jurado, M. A. (1994): *Envejecimiento y demencias*, Martínez Roca, Bartzelona.
- López - Pousa S.; Turon, A. eta Agüera L.F. (2005): *Abordaje integral de las demencias en fases avanzadas*, Prous Science, Bartzelona.
- López-Pousa S.; Vilalta-Franch J. eta Llinás-Reglá, J. (1996): *Manual de Demencias*, Prous Science, Bartzelona.
- Weiner, M. F. eta Lipton, A. M. (2005): *Demencias. Investigación, diagnóstico y tratamiento*, Masson, Bartzelona.

## 3. Alzheimer motako dementsia

*Maitane Fernandino, Izarne Lizaso*

Atal hau zortzi azpiataletan banatu da: 3.1.atalean, Alzheimer demenziaren definizioa eskainiko da; 3.2 atalean, epidemiologia zehaztuko da; 3.3. atalean, etiologia argituko da; 3.4. atalean, egun Alzheimer dementsia sailkatzeko erabiltzen diren irizpide diagnostikoak azalduko dira; 3.5. atalean, garapenaren aroak izango dira mintzagai; 3.6. atalean, Alzheimer dementsia azaltzeko erabiltzen den teoria inbolutibo edo atzera egiteari buruzko teoria izango da hizpide; 3.7. atalean, Alzheimer demenziari buruzko kasu praktikoak bilduko dira.

### 3.1. DEFINIZIOA

Alzheimer gaixotasunaren historia 1907. urtean hasi zen, Alois Alzheimer psikiatra eta psikopatologo alemaniarrek bere gaixo baten (Auguste D.) azterketa anatomiko eta klinikoa argitaratu zuenean. Augustek 51 urte zituen, eta lau urte eta sei hilabetetan zehar haluzinazioak eta orientaziorik eza larriarekin batera izan zuen dementsia bat adierazi ostean, hil egin zen.

Gaixo horren garunaren azterketa mikroskopikoari esker, zelulen barnean lesioak zeudela ikusi zen. Alois Alzheimer-ek zahartzaroko zuntz korapilatsuak izendatu zituen. 1892. urtean Blocq eta Marines-ek deskribatu zituzten xafla neuritikoak ere topatu zituen Alzheimer-ek Augusteren garunean. 1910. urtean, Kraepelinek Alzheimer gaixotasuna zahartzaro aurreko dementsia gisa deskribatu zuen. Garai hartan zahartzaroko narriadura kognitiboa arazo baskularren ondorioa zela uste zuten.

Ordutik hona Alzheimer gaixotasunaren kontzeptua asko aldatu da, bereziki, azken 25 urteotan. Alzheimerren neuronen endekapenezko mailaz mailako gaixotasuna da eta pertsona batetik bestera egon daitekeen aldakortasuna kontuan izanik, hainbat ezaugarri kliniko eta patologiko agertzen dira. Aldaketa klinikoaren artean honakoak azpimarratu behar dira. Batetik, nahaste kognitiboak agertzen dira (ikus 4.1. atala), horien artean oroimen-arazoak garrantzitsuak dira. Bestetik, nahaste funtzionalak ikus daitezke, hau da, eguneroko jarduerak egiteko gaitasunaren mailaz mailako galera. Horrez gain, aldaketa psikologikoak edo emozionalak agertzen dira, horien artean, herxura eta depresioa, bereziki (ikus 4.2. atala).

Azkenik, portaera-aldaketak, adibidez, eldarnioak, haluzinazioak, noraezean ibiltzea edo erasokortasuna (ikus 4.3. atala) ager daitezke.

Aldakortasuna da Alzheimer gaixotasuna definitzean kontuan hartu beharreko beste ezaugarri bat: hasiera-adina, garapena, trebetasun mentalen nahaste motak edo profil neuropsikologikoa eta garunak *post mortem* aztertzean ikusten diren ezberdintasun mikroskopikoak azpimarratu behar dira. Nahaste psikologikoen eta portaera-nahasteen adierazpenari dagokionez ere aldakortasun handia dago gaixo batetik bestera. Etiologiari dagokionez, aldakortasuna oso handia da. Heterogeneotasunak diagnostikoa asko konplikatzeko du.

### 3.2. EPIDEMIOLOGIA

Alzheimer gaixotasuna ez da XX. mendeko gaixotasuna. Lehendik ere existitzen zen baina hainbat arrazoiengatik ez zen medikuntzako eskuliburuetan agertu. Batetik, bere intzidentzia oso urria zen, hau da, 60 urte bete ostean gutxi gorabehera agertzen hasten den gaixotasun bat delako eta Europako biztanleria, oro har, ez zen adin horretara iristen Bigarren Mundu Gerraren ostera. Nahiz eta pertsona batzuk zahartzarora iritsi, gutxiengo bat ziren. Bestetik, gaixotasuna ez eza-gutzean, gaixotasuna adierazten zutenak dementzia orokor bezala diagnostikatzen ziren eta ez Alzheimer motako dementzia bezala.

EURODERMeko azken datuen arabera Alzheimer gaixotasunaren maiztasunaren batez bestekoa 60 urtetik gorakoan artean % 4an kokatzen da. 3.2.01. taulan ikus daiteke Alzheimer gaixotasunaren maiztasuna adinaren arabera. 3.2.02. taulan, berriz, intzidentzia (urtetik urtera agertzen diren kasu berrien kopurua) ikus daiteke.

**3.2.01. taula. Alzheimerraren maiztasuna.**

Adina	%
30-59 urte	0,02
60-69 urte	0,3
70-79 urte	3,2
80-89 urte	10,8

Espainiako populazioaren bizi-itxaropena handitzen doan neurrian, adineko pertsonen kopurua areagotzen joango da, eta ondorioz, Alzheimer gaixotasunaren maiztasuna handiagoa izatea espero da.

**3.2.02. taula. Alzheimerraren intzidentzia.**

<b>Adina</b>	<b>Kasu kopurua mila biztanleko</b>
65-74 urte	2,2
75-84 urte	15,4
84 urte baino gehiago	44,4

Orain arte pentsatu izan da Alzheimer gaixotasunak portzentaje berean eragiten duela gizonengan zein emakumeengan. Herrialde batzuetan, gizonezkoen aldean emakume gehiagok pairatzen dute Alzheimer gaixotasuna. Hori azaltzeko bi arrazoi nagusi erabiltzen dira. Batetik, herrialde horietan gizonen aldean emakume gehiago izatea, eta bestetik, emakumeek bizi-itxaropen handiagoa izatea.

Gai horren inguruan argitaratu den artikulu batean (Fratiglioni eta beste, 1997), emakumeengan Alzheimer gaixotasuna gizonezkoengan baino maiztasun eta intzidentzia handiagoz gertatzen dela baieztatzen da. Artikulu horren arabera, emakume izatea arrisku-faktore garrantzitsua da Alzheimer gaixotasuna pairatzeko. Emakumeek % 30eko probabilitate gehiago dute gizonezkoek baino gaixotasuna izateko. Bestalde, emakumeengan gizonezkoengan baino urte gehiago irauten du gaixotasunak, batez beste bi edo hiru urte gehiago. Hala ere, ez da ukatzen gizonen eta emakumeen arteko ezberdintasun biologikoak gertaera horren erantzuleak izan daitezkeenik. Hala, zenbait hormonaren —bereziki estrogenoen— eraginaren inguruan ikerketak egin dira. Hormona horien papera garrantzitsua da garuneko funtzionamenduan eta emakumeengan adinarekin estrogenoak gutxitu egiten direnez, estrogenoaren tratamendu farmakologikoa Alzheimer gaixotasunaren prebentziorako baliagarria izan daitekeela pentsatu da. Ikerketa batzuetan, estrogenoekin burututako tratamenduak demenzia bat pairatzeko probabilitatea % 29 murrizten duela ondorioztatu da, ikerketa horiek soslai handiak dituzten arren. Hala ere, gai honen inguruan ikerketa gehiago behar dira.

### **3.3. ETIOLOGIA**

Alzheimer gaixotasunaren zergatia oraindik ezezaguna den arren, hainbat ikerketaren emaitzei esker, Alzheimer gaixotasuna pairatzeko arrisku-faktoreak ezagutu ahal izan dira. Arrisku-faktore horiek Alzheimerra eragin dezaketen zergatietara hurbiltzeko aztarna garrantzitsuak eskaini dituzte. EURODERMeko datuen arabera, gaixotasuna pairatzeko arrisku-faktore nagusiak 3.3.01. taulan beha daitezke.

**3.3.01. taula. Alzheimer gaixotasuna pairatzeko arrisku-faktoreak.**

Dementziaren historia familiarra (geneak).
Parkinsonaren historia.
Down sindromearen historia, bereziki, emakumeen kasuan.
Ama 40 urte ostean izatea.
Traumatismo kraneoentzefalikoa (TKE), bereziki, orain gutxi gertatu denean.
Depresioaren historia, bereziki, hasiera berantiarretan.
Gai toxikoekiko joera, bereziki, aluminioa, trentza elektromagnetikoak, etab.
Beste batzuk, esaterako, dieta, alkohola, estresa, loaren apnea, etab.

Aipatutako arrisku-faktoreez gain, Navajas, del Castillo, Barranco, Mohamed eta Barranco-Quintana ikertzaileek 2005. urtean gai honen inguruan argitaraturiko artikulu batean, honako arrisku-faktore hauek aipatu dituzte: adina, sexua, genetika, tabako-kontsumoa, dementziaren historia familiarra, alkohola, traumatismo kraneoentzefalikoa, hezkuntza-maila eta elikadura-ohiturak.

**3.4. IRIZPIDE DIAGNOSTIKOAK**

Alzheimerri diagnostikatzeko ikuspegi anizkoitza beharrezkoa da, hau da, narriadura kognitiboa ziurtatu ostean, ebaluazio biologikoa, psikologikoa eta soziala egin behar dira. Alzheimer gaixotasunaren behin betiko diagnostikoak baieztapen anatomopatologikoa behar du. Hala ere, *post mortem* egiten den autopsiaren ostean soilik zehaztu daiteke.

McKhann eta laguntzaileen arabera (1984), honako hauek dira Alzheimerri diagnostikatzeko lagungarriak izan daitezkeen irizpide nagusiak:

Alzheimer gertagarria:

- Hasiara eta jarraipen isila den dementzia.
- Koadroa azalduko duen beste gaixotasun baten gabezia.

Alzheimer frogagarria:

- Azterketa klinikoeekin eta test psikologikoeekin ziurtaturiko dementzia.
- Ezaguera-mailan bi eremu edo gehiagotan nahasteak.
- Kontzientzia-mailaren nahastearen gabezia.
- 40 eta 90 urte bitartean hastea.
- Koadroa azalduko duen beste gaixotasun baten gabezia.



Alzheimerra:

- Alzheimer frogagarriaren irizpideak.
- Gaixotasunaren ebidentzia patologikoa biopsia edo nekropsia bidez.

### 3.5. GARAPENAREN AROAK

Alzheimer gaixotasunak hasiera motela eta mailaz mailakoa adierazten du bere lehen uneetan. Askotan, zaila izaten da zahartzaro normaletik edo beste entitate kliniko batzuetatik bereiztea. Ondoren, gaixotasunaren hasiera eta garapena azalduko dira.

Alzheimer gaixotasunaren lehen susmoak oroimenaren mailaz mailako nahasteen ondorioak dira. Oroimenaren nahasteak senitartekoek edo hurbileko lagunek antzematen dituzte, baina batzuetan, «zerbait bitxia» gertatzen ari dela antzematen duena gaixoa aspaldi ikusi ez duen norbait izaten da. Nahasteak arinak dira eta familiak zahartzaro normalari egozten dizkio.

Oroimenaren nahastearekin batera, beste gaitasun kognitibo batzuetan ere hutsegite arinak agertzen dira: mintzairan, orientazioan, arrazoibidean, etab. Nahaste xume horiek dira narriaduraren alarma-zeinuak. Ondoren, Alzheimer gaixotasunean ager daitezkeen hainbat alarma-zeinu azalduko dira:

- Laneko gaitasunean eragiten duten oroimen-galerak: telefono-zenbakiak, izenak, etab. ahaztu.
- Etxeko zereginak egiteko zailtasunak: janaria prestatzeko, erosketak egiteko, etab.
- Hizkuntzarekin arazoak: hitzak ahaztu, ordezkatu, etab.
- Denboraren eta lekuaren orientaziorik eza: data ahaztu, leku ezagunetan galdu, etab.
- Zentzuaren pobretzea: arropa desegokiekin jantzi, portaera desegokiak egin, etab.
- Pentsamendu abstraktuarekin arazoak: diruaren esanahia ahaztu, esanahi bikoitzeko esaldiak gaizki ulertu, etab.
- Objektuen galera edo haien kokapen desegokia: linterna hozkailuan edo erlojua azukre-potoan gorde.
- Portaera eta aldartearen aldaketak maiztasun handiz eta ustekabean gertatzen dira.
- Nortasunaren aldaketak: mesfidantza, beldurra, etab.
- Iniziatibaren galera: pasibotasuna eta etengabeko estimulazioaren beharra.

Diagnostikoa egiteko ezinbestekoa da familiarekin edo hurbileko pertsona batekin elkarrizketa bat izatea, horiek baitira gaixoaren eguneroko bizitzan gertatzen diren aldaketak ongien antzematen dituztenak. Ez da ohikoa gaixoa medikua-rengana joatea, bere oroimen-akatsak nabaritzen dituen arren, berauetara pixkanaka moldatzen baita. Sarritan, lehen kontsulta herstura eta depresioa bezalako nahas-teetan zentra daiteke. Kasu batzuetan gaixoa medikuarengana iristen denerako, dementzia-aro aurreratuetan aurkitzen da. Beste askotan, ordea, gaixotasuna bat-batean nabaritzen da, gaixoarentzat traumatikoa den gertaera baten ostean.

Gerta daiteke pertsonaren berezko ezaugarriak izatea diagnostikoa zailtzen dutenak. Esate baterako, kultura handia duen eta edozein gairen inguruan erraz-tasunez hitz egiten duen pertsona batek narriadura sakonago bat pairatu beharko du bere arazoak agerikoak izan daitezen.

Nortasunak ere badu bere eragina diagnostikoan. Txukuna, garbia, eta ardurat-sua izan den pertsona batengan errazagoa izango da akatsak antzematea, betidanik despistatua izan den pertsona batengan baino.

Oro har, gaixotasunaren garapenaren ibilbidea motela eta aldakorra da. Izan ere, hiru eta hogeit hamar urte luzatu baitaiteke. Batez beste, diagnostikoaren unetik zortzi hamar urte inguru bizi daiteke gaixoa. Pertsona zenbat eta gazteagoa izan, gaixo-tasunaren garapena orduan eta azkarragoa izango dela esan daiteke. Gaixotasuna berrogeita bost eta berrogeita hamar urte bitartean agertzen denean, hiru eta lau urte bitarteko ibilbide suntsitzailea izan dezake.

Alzheimer gaixotasunaren prozesua hainbat arotan bereizten da. Baina aroak azaldu aurretik, komeni da hainbat argibide zehaztea. Batetik, ikerketetan deskri-batzen diren aroak profesional eta familiei zuzenduriko orientazioak dira, gaixoa zein unetan dagoen eta ondorengo aroetan zer gerta daitekeen adierazten dute. Bestetik, aroen iraupena ez da erregularra ezta homogenea ere. Hala, aro batean denbora luzez egonkor egon den gaixo bat denbora gutxian beste aro batera igaro daiteke. Gertaera hauek oraindik ezagutzen ez diren arrazoiengatik gertatzen dira.

Gai honen inguruko hainbat liburutan Alzheimer gaixotasuna hiru arotan be-reizten da: arina, moderatua eta larria. Hala ere, banaketa horrek ez du gaixotasu-naren prozesu guztia behar adinako xehetasunez azaltzen.

Reisberg-ek 1982an Alzheimer gaixotasunean gehien erabiltzen den GDS (*Global Deterioration Scale*) eskala klinikoa eta ebolutiboa deskribatu zuen. Horri esker, gaixotasuna xehetasunez deskriba daiteke. Eskala horretan zazpi aro bereiz-ten dira: normaltasunetik gaixotasunaren azken estadioetaraino doazenak. 3.5.01. taulan ikus daitezke GDSaren arabera gaixotasunaren aro ezberdinetan gertatzen diren prozesu kognitiboen aldaketak. Aldaketa horiek neurtzeko erabiltzen diren galde-sorta ezagunenak 5.1. atalean deskribatuko dira.

3.5.01. taula. GDS (Global Deterioration Scale) galde-sortaren arak.

AROAK	LARRITASUNA	KONTENTRATZIOA	OROIMENA (fin/katzean)	OROIMENA (oroitzean)	ORIENTAZIOA	MINTZAIRA	PRAXIAK	KALKULUA
GDS 1	ARINA	Antzeman daitezkeen nahasteen eta kexa subjektiboaren gabezia.	Antzeman daitezkeen nahasteen eta kexa subjektiboaren gabezia.	Antzeman daitezkeen nahasteen eta kexa subjektiboaren gabezia.	Antzeman daitezkeen nahasteen eta kexa subjektiboaren gabezia.	Antzeman daitezkeen nahasteen eta kexa subjektiboaren gabezia.	Antzeman daitezkeen nahasteen eta kexa subjektiboaren gabezia.	Antzeman daitezkeen nahasteen eta kexa subjektiboaren gabezia
GDS 2		Arreta mantentzeko zailtasunak.	Antzeman daitezkeen nahasteen eta kexa subjektiboaren gabezia.	Objektuen kokapenari eta hitz ezagunei buruzko kexa subjektiboak.	Kexa subjektiboak.	Pertsonei eta objektuei izenei buruzko kexa subjektiboak.	Antzeman daitezkeen nahasteen eta kexa subjektiboaren gabezia.	Komplexutasun handiko kenketak egiteko zailtasuna.
GDS 3		Elkarrizketa klinikoan begi-bistako akatsak kexa subjektiboak gabe.	Gertaera oso zehatzetan oroinen-akats objektiboak, testu baten irakurketan esaterako.	Hitzak eta izenak gogoratzeko akats objektiboak.	Oso ezagunak ez diren tokitarako noizbehinkako orientaziorik eza.	Hitzak eta izenak gogoratzeko akatsak. Duda-mudak.	Hiru dimensiotan zailtasunak.	Komplexutasun ertaineko kenketak egiteko zailtasuna.
GDS 4		Begi-bistako nahaste moderatua.	Hurbileko gertaeren oroitzapen-akatsak.	Oroitzapen autobiografikoetan akatsak.	Oso ezagunak ez diren lekuetan orientaziorik eza eta, denboraren orientaziorik eza.	Anomia arina. Adierazpen-zailtasun arinak. Mutuasunerako joera.	Marrakzi geometriko plano angeluarreko gaitasuna.	Komplexutasun eskaseko kenketak egiteko zailtasuna.
GDS 5	MODERATUA	Nahaste garrantzitsua.	Momentuko datu garrantzitsuak oroitzeko zailtasun garrantzitsua.	Gertaera autobiografiko garrantzitsuetan akats garrantzitsuak.	Sarritan lekuaren eta denboraren orientaziorik eza.	Anomia garrantzitsua. Adierazpen-zailtasunak. Hitzaren nahastea.	Marrakzi geometriko lerroakurreko gaitasuna.	Kenketa sinpletarako zailtasuna.
GDS 6		Nahaste larria.	Datu nahiz esperientziak oroitzeko zailtasuna.	Bakotzaren autobiografiaren ezagutzen akats larriak. Hainbat atal mantentzen dira.	Sarritan lekuaren, denboraren eta pertsonei orientaziorik eza. Prosopagnosia.	Zuzenduriko mintzaren txirotasun nabaria eta mintzaira espontaneoaren gabezia. Neologismoak.	Zirriborroak egiteko gaitasuna.	Kenketak egiteko zailtasuna eta batuketa konplexuak egiteko zailtasuna.
GDS 7	LARRIA	Erabateko ezintasuna.	Erabateko ezintasuna.	Erabateko ezintasuna.	Erabateko ezintasuna.	Erabateko ezintasuna. Soinu ez-artikulatuak.	Erabateko ezintasuna.	Erabateko ezintasuna.

### 3.6. TEORIA INBOLUTIBOA

Reisberg (1982) egilearen aburuz, Alzheimer gaixotasunean gertatzen den narriadura kognitiboaren garapena, adimenaren garapenaren inboluzio gisa edo denboran atzera bueltatze gisa azaldua izan daiteke. Teoria honen arabera, Alzheimer gaixotasuna duen gaixoa pertsona heldu, kontziente, trebe eta kontrolatu izatetik, pixkanaka, erreflexu gutxi batzuk baino ez dituen ume bat izatera igarotzen da. Heldutasuneko pentsamendua eta erantzun adimentsuak desintegratzen joango dira, erabat deuseztatu arte. Desintegrazioa, hazkuntza-prozesuaren antzera gertatuko da, baina alderantziz, modu inbolutibo batean edo arestian aipatu gisa denboran atzera joango balitz bezala. Hain zuzen ere, Piaget-en (1921) *Epistemologia Genetikoari* buruzko teorian oinarritzen da teoria inbolutiboa.

Piaget-en arabera, adimenaren garapenean hainbat aro bereizten dira: adimen sentsomotorraren aroa (0-2 urte), eragiketa aurreko adimenaren aroa (3-7 urte), eragiketa zehatzen adimenaren aroa (7-11 urte) eta eragiketa formalen adimenaren aroa (12-15 urte). Teoria honetan oinarrituz goi-mailako funtzio kognitiboen narriadura gertatzen da Alzheimer gaixotasunean. Hona hemen, laburki bada ere, teoria inbolutiboaren hiru aro garrantzitsuenen ezaugarriak:

1. *Eragiketa formalen desintegrazio-aroa*: aro honetan, pentsamendu heldurako gaitasuna galtzen da. Ezin dira hipotesiak eraiki, ezin da aurrean dagoen informaziotik urrunago joan eta ezin dira indukzioak egin. Egitura sinbolikoak galtzen dira. Aro hau GDS 3 eta 4rekin bat dator.
2. *Eragiketa konkretuen desintegrazio-aroa*: mundu erreala kontzeptualizatzen duen pentsamendua galduz joango da pixkanaka, gero eta sinpleagoa izango delarik. Aro honetan, eragiketa konkretuak egiteko gaitasuna eta, pixkanaka, eragiketa aurreko adimena ere galtzen joango dira. Aro honetan agertuko dira Alzheimer gaixotasunaren lau «A»k: amnesia, afasia, apraxia eta agnosia. Aro hau, GDS 5 eta 6rekin bat dator.
3. *Adimen sentsomotorraren desintegrazio-aroa*: afektibitatearen, erritmoaren eta imitazio-gaitasunaren aroa da. Gaitasun horiek pixkanaka galtzen joango dira. Aro hau, GDS 6 eta 7rekin bat dator.

Prozesu inbolutibo honetan gertatzen diren aldaketak sakontasunez ezagutzeak terapia ez-farmakologikoen programa espezifikoa diseinatzea ahalbidetuko du (ikus 6. atala).

### 3.7. ARIKETA PRAKTIKOAK

Atal honetan Alzheimer demenziari buruzko lau kasu praktikoa azaltzen dira. Kasu bakoitza irakurri ostean, honakoa egingo da:

- Alzheimer gaixotasunean azal daitezkeen ezaugarriak azpimarratu eta aztertu. Adibidez, Mariaren kasuan «batzuetan abestiaren erdian geratzen da laguntzen dioten arte». Esaldi horrek adierazten du Mariak oroimen-arazoak dituela, zehazki iraupen luzeko oroimeneko arazoak (aspaldiko abestia baita). Hala ere, inguruko estimulazioaren ondorioz (kanpoko laguntza) abestia oroitzea lortzen du.
- Alzheimer gaixotasunaren garapen-aroa zein den zehaztu eta arrazoitu.
- Antzeko kasurik ezagutzen duzu? Eztabaidatu.

## 1. kasua

MARIAk elizako abesbatzan abesten zuen; beti izan du entzumen ona eta abestien letra oroitzeko erraztasuna beste hizkuntzetan izan arren. Orain dela hilabete batzuetatik hona, gero eta arazo gehiago ditu abesti berriak ikasteko; batzuetan abestiaren erdian geratzen da laguntzen dioten arte. Horrek asko kezkatzen du eta gero eta aztoratuago dago. 83 urte ditu, alargun geratu zenetik bere alabarekin bizi da; medikuarengana sarritan joan da eta proba eta galdera asko egin dizkiotela badaki. «Bakarrik medikuarengana?» galdetzen du: neska batengana ere joan da baina... zer gertatzen den, zer esaten dioten eta zer gertatzen zaion ezin du oroitu.

Zerbait gaizki doala besterik ez daki baino gero eta gehiago kostatzen zaio zer gertatzen zaion ulertzea. Bere seme-alabak eta bilobak bere aurka daudela uste du; denek arrazoirik ez duela esaten baitiote: berak kontrakoa esaten duen arren jan duela; edo gaur igandea dela eta bere seme zaharrena ez dela ailegatu, mezetara joateko prestatu behar duela uste duenean. Ziurrenik zerbait ezkututzen diote, edozer gauza xuxurlatzen ari dira, baina ez du ulertzen zer edo zergatik eta etsita sentitzen da; batez ere egia ez dela esaten diotenean, inork ez diola abanikoa hartu bera ziur dagoenean mahai gainean utzi duela: zertarako hartu behar dute haren abanikoa? Janaria prestatzea ez dute nahi: azkenaldian adibidez gauzak sutan ahazten ditu, eta beldur handia sentitzen du kea dagoela edo hozkailuak orduak irekita daramatzala entzutean.

Gauzak esatea asko kostatzen zaio, batzuetan elkarrizketarako gaiak modu ez-koherente batean nahasten ditu, hitz egitea kostatzen zaio, hitz asko esatea ahaztu duela dirudi, edo ez den hitza ateratzen zaio, eta esaldi batzuek zentzurik ez dute.

## 2. kasua

JOXEPAk dagoeneko ez ditu bere seme-alabak eta bilobak ezagutzen. Esanahirik ez duten hitzak bakarrik zizakatzen ditu eta batzuetan dirudienez arrazoirik gabe soinu antzeko batzuk egiten ditu. Askotan gaixotzen da eta larruazalean eskarak ez sortzeko babes behar du; hankak ohean luzatzea zaila izaten da.

Aspaldidanik egoitzara haren bisitan etortzen zaizkion familia-kideak ez ditu ezagutzen, bakarrik jateko ez da gai eta haren inkontinentzia bikoitza da eta etengabe haur-oihalak behar ditu. Noizean behin berarekin hitz egin daiteke eta begirada mantentzen du, batzuetan sorpresa, ikara edo atsegin keinuak egiten dituela dirudi baina gehienetan kontura etorri gabe. Askotan, begiak itxita edo zerbaiti etengabe begira egoten da. Hala, harekin komunikatzea zaila egiten da, alabak esaten duen bezala, «itzulera gabeko puntu batera heltzea bezala da, ez dakizu non dagoen, bera den edo lehen zenetik zer geratzen den».

## 3. kasua

ANTONIOk 73 urte ditu, Postetxeko lana utzi zuenetik bere hobbyetan jardun du: ibiltzen, bere emaztearekin bidaiak egiten eta bere auzoko erretiro-etxeko ekintzetan parte hartzen.

Azkeneko azterketa medikoan emaitza onak eskuratu arren, aste batzuetatik hona, ibiltzean eragozpen eta zorabioz kexatzen da, eta egoera hori ez ibiltzeko aitzakia gisa erabiltzen du.

Emaztea haren jenio txarrak kezkatzen du: bilobekin pazientzia galtzen ari da eta edozein txikikeriagatik eztabaidatzen du. Arraroena «partida jokatzera» joan nahi ez izatea da, eta denbora asko telebista edo leihoaren aurrean igarotzen du. Zergatik kalera irten nahi ez duen galdetzen diotenean haserretu egiten da.

Betidanik artatsua izan da: futbola ikustean bere semearekin jokaldiak aztertzen zituen, baina azkenaldian ume txikien antzera dabil, semearen arabera «ez du asmatzen». Semeak dio «gezurra dirudi, eta zuk futbolaz ulertzen duzu?». Baina bere ustetan, besteak dira ulertzen ez dutenak, baina bere ikuskera azaldu nahi duenean mihia trabatzen zaio, eta haserretu egiten da ezin duelako adierazi esan nahi duena. Orduan danbateko bat emanez joaten da eta denbora asko hitz egin gabe igarotzen du, nekatuta balego bezala. Egoera hau ez da inoiz halako maiztasun eta intentsitatearekin gertatu, horregatik, etxekoek zerbait arraroa gertatzen den ustea dute.

#### 4. kasua

JOSE gizon zoragarria zen baina bere arazoak hasi zirenetik ez dirudi pertsona bera. Orain ez du ia hitz egiten, gauzen izena esatea kostatzen zaio, noizbehinka irribarre egiten du eta galdetzen diotenari erantzuten dio, baina dena etengabe errepikatu behar zaio ongi entzuten duen arren. Egoitzan zaintzen duten langileak ezagutzea kostatzen zaio, beraiekin urteak daramatzen arren: batzuetan edozein izen jartzen die, beste batzuetan, berriz, erizaina bere biloba dela uste du, askotan gauean altxatzen da eguna dela eta lanera joan behar dela uste duelako.

Sarritan irteera bilatzen du eta ahal duen bezala anaiak beheko solairuan itxaroten duela azaltzen du (20 urte hil zela). Urteak daramatza bakarrik jantzi ezinik: jertsea jantzen du eta ganean tirantedun kamiseta, edo prakak alderantziz jantzen ditu; oinetakoen lokarriak edo arropako botoiak lotzea ezinezkoa egiten zaio. Gero eta gehiago kostatzen zaio mahai-tresnak erabiltzea, eta haragia moztu behar zaio, adibidez, berdin zaio postrea jatea eta ondoren arraina. Baita ere, denbora darama babesarekin pixari eustea kostatzen zaiolako.

Egun batzuetan aztoratuago dago eta erasokor jartzen da, adibidez, garbitzea nahi ez duelako. Beste egun batzuetan, burua argiagoa duela dirudi eta burua astintzen du «Jose, oraintxe bertan esan dizut; ez al zara gogoratzen?» esaten diotenean.

#### Hirugarren kapituluaren laburpena

- Alzheimer gaixotasuna neuronen endekapenezko mailaz mailako gaixotasuna da. Endekapenaren ondorioz, aldaketa klinikoak (kognitiboak, funtzionalak, psikologikoak eta portaeraren aldaketak) eta aldaketa neuroanatomikoak agertzen dira.
- Dementzia duten gaixoen % 50ek pairatzen du Alzheimer gaixotasuna eta haren etiologia anizkoitza da. Gaixotasun honen diagnostikoa ez da erraza eta horregatik, garrantzitsua da diziplina anizkoitza duen ikuspegi batetik lan egitea, bai diagnostikoa egiteko, baita esku-hartze egokiak bideratzeko ere. Ekintza horien guztien helburu nagusia da gaixoaren, familiaren nahiz zain-tzailearen bizi-kalitatea hobetzea.

**ERREFERENTZIA GOMENDAGARRIAK**

- Acarín, N. (2010): *Alzheimer: Manual de instrucción*, RBA, Bartzelona.
- AFABI (1994): *En casa tenemos un enfermo de Alzheimer*, Afabi, Bilbo.
- Alberca Serrano, R. eta López Pousa, S. (2006): *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*, Medica Panamericana, Madril.
- Mace, N. L. eta Rabins, P. J. (2004): *El día de 36 horas. Una Guía práctica para las familias y cuidadores de enfermos de Alzheimer, otras demencias seniles y pérdida de memoria*, Paidós, Bartzelona.
- Matías-Guiu, J. (2004): *Convivir con Alzheimer*. Madril: Medica Panamericana.
- Peña Casanova, J. (1999): *Enfermedad de Alzheimer: del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*, Fundación “La Caixa”, Bartzelona.
- Selmes, J. eta Selmes, M. A. (2003): *Vivir con la enfermedad de Alzheimer*, Meditor, Madril.



## 4. Alzheimer motako dementziaren ondorio psikologikoak

*Alaitz Aizpurua, Izarne Lizaso*

Laugarren atal honek Alzheimerraren ondorio psikologikoez jardungo du. 4.1. atalean ondorio kognitiboak izango dira mintzagai; 4.2. atalean ondorio emozionalak izango dira hizpide, eta 4.3. atalean portaera-mailan gerta daitezkeen ondorioak aztertuko dira.

### **4.1. ONDORIO KOGNITIBOAK**

Atal honetan, Alzheimer motako dementziaren ondorioz gizabanakoaren hainbat funtzio kognitibotan gerta daitezkeen aldaketak izango dira mintzagai. Hain zuzen ere, 4.1.1. atalean, oroimenarekin erlazioa dutenak; 4.1.2. atalean, orientazioarekin zerikusia dutenak; 4.1.3. atalean, hizkuntzarekin gertatzen direnak; 4.1.4. atalean, praxiekin lotura dutenak; 4.1.5. atalean, gnositikoa pairatzen direnak; 4.1.6. atalean, kalkulurako gaitasunean gertatzen direnak. Azkenik, gaian sakontzeko ariketa praktikoak proposatuko dira.

#### **4.1.1. Oroimena**

Oroimenaren nahaste kognitiboa gaixotasunaren ezaugarri garrantzitsua da. Oroimena hainbat sistematan banatuta dagoela azaldu da 1.1.2. atalean. Horren arabera, iraupen luzeko oroimenean oroimen episodikoa (bizitzaren une guztietako oroitzapenak kokatzen dituen, informazioa denboraren arabera erregistratzen duena), oroimen semantikoa (ezagueren, hitzen esanahiaren, keinuen nahiz objektuen oroimena), prozedurazko oroimena (trebetasun ikasiak erregistratzen dituen, esaterako, bizikletaz ibiltzea edo musika-tresna bat jotzea) eta *laneko oroimena* (zeregin mentaletan zehar, informazioa gogoan mantentzeko eta manipulatzeko aukera ahalbidetzen duena) azpimarratu behar dira. Ondoren, oroimen mota horietan gertatzen diren nahasteak azalduko dira.

#### ***Oroimen episodikoaren nahasteak***

Alzheimer gaixotasunean bizi izandako gertaeren mailaz mailako ahaztea gertatzen da. Hasiera batean, denboran hurbilen dauden oroitzapenak dira ahazten

direnak, pixkanaka gero eta zaharragoak direnak ahazten dira. Nahaste honek eragin garrantzitsua du gaixoak denboran eta lekuan sufritzen duen orientaziorik ezean. Zailtasun horien ondorioz, honako sintomatologia adieraz dezake gaixoak:

- Lagun bat bisitatzen egon izana ahaztea.
- Liburu bat irakurri eta hurrengo egunean irakurritakoa ez oroitzea.
- Denboran hurbil gertatu diren gauzak gertatu direla ukatzea.
- Zitak zein enkarguak ahaztea.
- Seme-alaben izenak ahaztea.
- Duela urte asko hildako senitarteko baten heriotza ahaztea.

*Amnesia* da gero gogora ekarri behar diren informazio-erregistroak sortu eta mantentzeko gaitasunaren nahastea. Klinikoki amnesia bi adierazpen ditu eta normalean biak ager daitezke Alzheimer gaixotasunean: batetik, *aurreranzko amnesia* gaixotasunaren hasieran bizi izandako gertaerak oroitzeko ezintasuna da, bizipen berriak erregistratzeko ezintasuna, hain zuzen ere. Amnesia mota hori duen pertsona, iraganari loturik gelditzen da, bere oroimenean ezin baitu ezer berririk finkatu. Bestetik, *atzeranzko amnesia* gaixotasunaren agerpenaren aurretik finkatu diren oroitzapenak gogora ekartzeko ezintasuna da.

### ***Oroimen semantikoaren nahasteak***

Bizitzan zehar eskuratutako ezagutzaren mailaz mailako ahazteak ezaugarritzen du nahastea. Objektuen, haien erabileraren, keinuen, hitzen eta abarren esanahiak ahazten dira. Hala, hitz bat irakurtzeko edo errepikatzeko gai izango da baina ezin izango du haren esanahia gogora ekarri, objektu baten aurrean txundituta geldituko da eta ezin izango du erabili, objektuak sailkatzeko ezintasuna izango du, etab.

### ***Prozedurazko oroimenaren nahasteak***

Oroimen mota hau zahartzaro normalean zein Alzheimer gaixotasunean ongi mantentzen da aro goiztiarretan. Kaltetzen hastean, gaixoa gai da zenbait zereginen ikaskuntza eskuratzeko baina ez da gai izango saioak nahiz ikaskuntza-prozesua oroitzeko. Ondorioz, ikaskuntza modu ez-kontziente batean gertatzen da.

### ***Laneko oroimenaren nahastea***

Oroimen mota hau Alzheimerraren lehenengo aroetan kaltetzen da. Nahaste honen ondorioak eguneroko bizitzako zeregin kognitiboetan nabaritzen dira, erosketa baten diru kopuruaren kalkulua egitean, solasaldi bati jarraitzeko orduan, esaldi luzeak ulertzeko garaian, etab. Gaixoak planifikazioa eta kontrola eskatzen duten zereginetan, hau da, zeregin kognitiboetan huts egiten du bereziki.

Laburbilduz, Alzheimer gaixotasuna duen pertsonak gaitasun mnesikoan hainbat aldaketa jasaten ditu. Horien adibideak dira, esaterako:

- Gertatu berria ahaztea, baina, aldi berean, aspaldiko gertakizunez zehatz-mehatz oroitzea.
- Behin eta berriz gai berdinei buruz aritzea, bi minuturik behin galdera berdina egitea.
- Erosketak egitera doanean, gauzak ahaztea edo behar ez dituenak erostea.
- Data garrantzitsuak, konpromiso sozialak, helbideak, ingurukoen telefonozenbakiak, lagunena eta ezagunena izenak, eta antzekoak ahaztea.
- Gaixoak ohikoak ez diren lekuetan gordetako eguneroko tresnak, dokumentuak edo baliozko objektuak ez aurkitzea.
- Ohiko etxetresna elektronikoak (garbigailua, telebista, bideoa, berogailua, alarma, mikrouhina, labea, ordenagailua, etab.) erabiltzeko arazoak izatea.
- Berriki izandako elkarrizketatik pasarte esanguratsuez ez oroitzea.
- Jatekoak prestatzeko orduan, osagaiak nahastea; eguneroko menuak sinplifikatzea edo errepikatzea.
- Eginbeharrak edo/eta gomendioak guztiz edo osorik ez betetzea.
- Diruarekin akatsak egitea: erosketetan atzerakoak ez kontrolatzea, behar baino diru gehiago xahutzea, etab.
- Ikasketa konplexuetarako zailtasun handiak izatea.
- Betebeharrei buruz behin eta berriro galdetzea, eta egindakoak, aldiz, etengabe errepikatzea.

#### 4.1.2. *Orientazioa*

Orientazioa da gizabanakoak denborari, lekuari eta pertsonari buruz duen ezagutza. Orientazio mota horietan nahasteak gertatzen dira Alzheimer gaixotasunean. Esaterako, gaixoak ez daki asteko zein egunetan, zein hilabetetan edota zein urtetan bizi den, hau da, *denboraren orientaziorik eza* agertzen du; horrez gain, gaixoak ez daki non dagoen, ez du tokia ezagutzen eta gaztetako tokiak gaur egungo tokiekin nahastu ditzake, hau da, *lekuaren orientaziorik eza* azaltzen du; azkenik, gaixoak bere nortasunari buruzko informazioa galtzen du (izena, jaiotza-data, jaioterria, etab.), hau da, *maila pertsonalean orientaziorik eza* agertzen du.

Orientazioaren gaitasuna poliki-poliki murrizten da Alzheimer gaixotasunean. Lehenengo, denboraren orientaziorik eza gertatzen da, ondoren, lekuarena eta azkenik pertsonarena. Hasiera batean, arreta-arazoak dituela pentsa liteke: hilabetea edo asteko eguna ez jakiteari ez zaio garrantzi handirik ematen. Hala ere, ahazte horiek iraunez gero eta data gehiagorekin (jaiotza-datarekin, seme-alaben adinarekin, eta abarrekin) arazoak izanez gero, orientazio-hutsuneak larriak direla pentsatu

behar da. Gaixotasunaren aro aurreratuetan orientaziorik eza larria izan daiteke eta hiru mota ager daitezke:

Orientazioaren nahastearen ondorioz honako egoera hauek gerta daitezke:

- Garraio publikoan edo autoa gidatzeko orduan arazoak izatea: alde batetik, orientazio faltaren ondorioz erraz galtzea; bestalde, ezustekoen aurrean erantzuteko gaitasuna eta azkartasuna galtzea.
- Asteko edo hilabeteko eguna nahastea, baita urtaroa ere.
- Erlojuan ordua ulertzea kostatzea.
- Toki berrietan erraz galtzea.

#### 4.1.3. *Hizkuntza*

Hizkuntza da gizabanakoen arteko komunikazioa ahalbidetzen duen funtzio kognitiboa. Pertsonak zeinuz osatutako sistema edo kode baten bitartez hitz egiten ikasten dute; hau da, hitzak sortzen dituzte. Kode hori ikasprozesu luze batean eskuratzen da.

Alzheimer gaixotasuna duen pertsonak ahozko hizkuntzan zein idatzian nahasteak izan ditzake: afasia (hizkuntzarekin erlazionatutako nahasteak), *alexia* (irakurketarekin erlazionatutako nahasteak) eta *agrafia* (idazkerarekin erlazionatutako nahasteak), besteak beste. Alzheimer gisako gaixotasunean hizkuntza-gaitasuna gainbehera doa etengabe. Hizkuntzarekin arazoak izateak honako egoera hauek isla ditzake:

- Gaixoak esaldi laburrak eta sinpleak erabiltzea.
- Erabiltzen duen hiztegia urria izatea.
- Hitz zehatzak aurkitzeko zailtasunak izatea (*anomia*).
- Ahozko hizkuntza zein idatzia ulertzeko zailtasunak egotea.
- Telebistako saio bati jarraitzeko arazoak agertzea.
- Bi pertsonak baino gehiagok parte hartzen duten solasaldi bateko hariari jarraitzeko orduan zailtasunak izatea.
- Liburu edo egunkariko artikulua bat irakurtzean arazoak egotea.
- Objekturen bat definitzeko orduan, hitz egokiak aurkitzeko arazoak egotea.
- Hitzak nahastea.
- Esaldi laburrak eraikitzeaz gain, zentzurik gabeko ideiak korapilatzea.
- Kontakizun luze bat azalduz gero, ondo ez ulertzea gerta daiteke, edukia eta helburua aldatzarekin batera.

Alzheimer gaixotasunaren lehenengo aroan afasiak nahiko arruntak izaten dira. Zailtasunak hitzak gogora ekartzeko ezintasunarekin hasten dira normalean. Gaixoak zailtasun honi aurre egiteko hitz orokorrak erabiltzen ditu, edo «hau» eta «hori» bezalako hitzak erabiltzen ditu objektuei erreferentzia egin behar dien uneetan. Batzuetan, behar duen hitz horretara iritsi ahal izateko *itzulinguruak* egiten dituzte.

Alzheimer gaixotasunean hizkuntza-nahastearen garapen tipikoa gertatzen da aro goiztiarrenetatik aro berantiarretaraino: nahaste ñimiñoenetatik mintzairaren gabeziara doana. Horrelako kasuetan honako afasia motak desberdintzen dira:

1. *Afasia anomikoa*: gaixotasunaren lehen aroetan hitzak gogora ekartzeko zailtasuna, hala nola ulermen-akats arinak gertatzen dira. Errepikapena normaltasunez egingo dute, hitzak edo testuak oso luzeak direnean izan ezik, kasu horietan oroitzeko arazoak izan ditzakete.
2. *Afasia sentsorial transkortikala*: mintzairaren ulermena modu esanguratsu batean kaltetzen da, baina gaixoa gai da hitzak eta esaldiak errepikatzen. Gai da ere, ahots ozenean hitzak eta agindu idatziak irakurtzeko, baina ez horiek exekutatzeko. Gaixoak ekolalia, hau da, harekin mintzatzen denak esan duen zerbaiten errepikapena adieraz dezake.
3. *Afasia orokorra*: mintzairaren gaitasun guztien urripen nabarmen bat gertatuko da, bai ulermenari baita adierazpenari dagokienez ere.

### ***Idatzizko hizkuntza: irakurketa eta idazketa***

Alzheimer gaixotasuna duten gaixoei alexiak adierazten dituzte. Normalean, adierazpen horiek gaixotasunaren hasieran agertzen dira eta arruntak izaten dira. Irakurketaren nahasteak, batzuetan, gertaera bitxi bat eragiten du, hau da, gaixoa gai da ahots ozenean irakurtzeko, baina ez da gai irakurtzen duena ulertzeko. Dementziaren aro berantiarrenetan irakurtzeko gaitasuna erabat galtzen da.

Normalean, agrafiak alexiekin batera gertatzen dira, paraleloak dira, baina ez du zertan hala izan behar beti. Dementziaren aro berantiarrenetan, idazteko gaitasuna oso kalteturik dago edo erabat desagertu daiteke; gaixoa marrak, zirriborroak, etab. egiteko gai da.

#### ***4.1.4. Praxiak***

*Praxiak* keinuekin, mugimenduekin eta portaerekin erlazionatzen dira. Gaitasun horien galerak pertsonak bere borondatez egiten dituen mugimenduen kontrolaren nahastea dakar. Alzheimer gaixotasuna duen gaixoak apraxiak agertzen ditu, hau da, objektuak erabiltzeko eta keinuen bidez komunikatzeko gaitasunak galduko ditu. Apraxia hauek berantiarrek izan ohi dira hizkuntzarekin erlazionaturiko nahasteekin erkatuta.

Alzheimer gaixotasuna duen pertsonak hainbat apraxia-maila izan ditzake: lehenengo aroan, eraikuntza-gaitasunak nahasten ditu: mugimendu konplexuen gainbehera gertatzen da (brikolajea egitean, makramean, marrazki bat kopiatzean edo moztean, eta abarretan); bigarren aroan, aurpegiarekin zerikusia duten apraxiak azaltzen dira, keinu sinbolikoak imitatzean zailtasunak egon daitezke (bizarra moztean, orraztean, eskutitza tolestean eta azalean sartzean, eguneroko objektuak manipulatzeko, eguneroko ekintzak egitean, janztean eta eranztean, eta abarretan); hirugarren aroan, gaixoak ez daki arropa janzten eta eranzten, eta jatean ez ditu mahaiko tresnak eta edalontziak erabiltzen.

#### **4.1.5. Gnosia**

Gure inguruko pertsonen eta objektuen forma eta ezaugarri fisikoak hautematea ahalbidetzen duen funtzio kognitiboari *gnosia* deritzo. Horren disfuntzioari, ordea, agnosia esaten zaio.

Alzheimer gaixotasuna duen pertsonak zentzumenetan arazorik izan ez arren, inguruaren ezagutzaren nahastea jasaten du, ikusmenaren, entzumenaren, ukimenaren, usaimenaren edo gorputz-eskemaren bidez.

Hasiera batean, ikusi-estimulu konplexuetan eta antolakuntza espazialean zailtasunen bat ager daiteke. Esaterako, erloju bat ulertzean edo marraztean, hozkailuko atea sukaldekoarekin nahastean, edo hortz-eskuila orraziarekin nahastean. Gaixotasuna garatu ahala, beste pertsonak ez ezagutzea gerta daiteke: bizilagun eta lagunekin hasiko da, ahaideak, bilobak, seme-alabak edo bikotekidea ez ezagutu arte. Geroago, ez du bere burua ispilu aurrean ezagutuko, eta ahaideren batena dela pentsa dezake. Horrelako egoerek urduritasuna, herstura, izua eta koldarkeria sorraraziko ditu kasu askotan.

#### **4.1.6. Kalkulua**

Arestian aipatutako gaitasun kognitiboen gabezia gain, Alzheimerre duen pertsonak kalkulurako gaitasunean ere arazoak izan ditzake. Esaterako, batuketak, kenketak eta biderketak egiteko, zenbakiak idazteko edo irakurtzeko, eta abarretan. Horrek guztiak eguneroko bizitzan eragin galgarria izan dezake. Kalkulurako gaitasuna galtzeari *akalkulia* deritzo. Orain, gaitasun kognitibo horretan gerta litezkeen zailtasunak laburbilduko ditugu:

- Digtuak irakurtzean eta idaztean: zenbaki errazak zein zailak idaztean, ozenki zenbakiak irakurtzean, zenbakiak kopiatzean, erakusten diren zenbakiak adieraztean, eta abarretan.
- Aritmetikari buruzko ariketetan: oinarrizko kalkulu aritmetikoei buruzko ariketak (batuketa, kenketa, biderketa eta zatiketa) ozenki egitean, kalkulu idatziak egitean (gaixoak idazteko eta irakurtzeko gaitasuna izaten jarraitzen

duen kasuetan) eta arrazoa erabiltzeko ariketak egitean (esaterako, «bi ahaideren artean gazta-tarta osoa jaten bada, haien bi lehengusurekin gazta-tarta banatzean, zenbat gazta-tarta jango luke bakoitzak?»).

#### 4.1.7. Ariketa praktikoak

Atal honetan Alzheimer motako dementzia izan daitezkeen bi kasu praktiko azaltzen dira. Kasu bakoitza irakurri ostean, honakoa egingo da:

- Alzheimer gaixotasunean azal daitezkeen ezaugarri kognitiboak azpimarratu eta aztertu. Adibidez, Joxeren kasuan «egun batean egunkaria eroatera irten zen eta 3 ordu beranduago itzuli zen bere kalean nola galdu zen azaltzen ez zekiela». Esaldi horrek adierazten du Joxek orientatzeko zailtasunak dituela (ikus 4.1.2. azpiatala), zehazki, lekuarekin zerikusia duen arazoa.
- Alzheimer gaixotasunean azal daitezkeen sintoma kognitiboak zein izan daitezkeen zehaztu eta arrazoitu.
- Antzeko kasurik ezagutzen duzu? Eztabaidatu.

### 1. kasua

JOXE, azkenaldian, ez zen gauzez ongi gogoratzen, baina, azken batean, zahartzen ari zen. 63 urte betetzera zihoan. Haren lankideak ohartu ziren kontuak egiten nahastu egiten zela eta egun batzuetan burutu gabeko bere lanak konpontzeko ez zela gauza. Emazteak oso arraro zegoela pentsatzen zuen, batzuetan urduri, eta beste batzuetan makalduta eta triste. Joxek ez zion inori kontatu laneko paper horiek aurkitu ezin izan zituen eguna, ezta bere nagusiak zer bait eskatu zionean eta berak ez zuenean gogoratzen ere. Joxek etxean erretiro aurreratua hartzeko aukera eskaini ziotela esan zuenean, emazteak pentsatu zuen hori zela azken aldian hain ezberdin egotearen arrazoa. Baina azkenean, jubilatu zenean, eta eguna etxean pasatzen zuenean, emazteak zer bait benetan gaizki zihoala pentsatu zuen. Batzuetan, logelan aurkitzen zuen arropak eskuan edo erdi jantzita zituela nola jarraitu behar zuen oso ongi jakin gabe. Beste batzuetan, esaldi baten erdian gelditzen zen edo ez zen gauza bizitza guztiko lagun baten izena esateko. Egun batean egunkaria eroatera irten zen eta 3 ordu geroago itzuli zen bere kalean nola galdu zen azaltzen ez zekiela. Pixkanaka idazteari utzi zion eta geroago irakurtzeari. Harentzat hitzek eta hizkiek esanahia izateari utzi zioten, eta azkenean lehen irakurtzen zuela ahaztera iritsi zen. Emazteak ez zela garbitzen esaten zuen. Joxe bainugelaraino iristen zen, baina behin han zegoela ez zekien nondik hasi; egun batean, ura nola erabili ahazten zuen, beste batean

oraindik jantzita zegoela baineran sartzen zen, eta beste batzuetan geldi geratzen zen han zer egin jakin gabe. Lapurretan egiten ziotela esaten hasi zen, gauzak ezkututzen zizkiotela, ez baitzuen ulertzen bera zela gordetzen zituen eta gero ez zela gogoratzen. Batzuetan, haserretu egiten zen eta oihukatu egiten zuen, bestetan, besteen beldurra zuen ez baitzuen ulertzen besteek zer esaten zuten edota zer esanahi zuten ikusten zituen irudi horiek, beste batzuetan, irribarre egiten zuen bertan ez balego bezala.

## 2. kasua

PILARrek 86 urte egin berriak ditu baina ez da gai bere urtebetetzea ospatzeko. Izan ere, azkeneko hilabete eta urteetan gauzak egiteko gaitasuna poliki-poliki galtzen joan da. Batetik, ez da gauza etxeko zereginak egiteko, besteak beste, garbigailua erabiltzeko, janaria prestatzeko eta etxea txukun mantentzeko. Seme-alabek adinarekin batera gertatzen diren aldaketak direla uste dute baina kasu batean, patata-tortilla bat egiten ari zela tortilla sutan ahaztu eta erre egin zitzaion, ordutik hona ez dute ama bakarrik uzten. Bestetik, kalera irteteko laguntza behar du, kalean sarritan noraezean ibiltzen baitzen. Horretaz gain, azkenaldian seme-alabak kezkatu daude hitz egiteko zailtasunak gero eta handiagoak direlako. Batzuetan ez da gai seme-alabek diotena ulertzeko eta nahi duena erantzuten du, hitz desegokiak esaten ditu, hitzak ordezkutzen ditu edo, hitz berdinak errepikatzen ditu; beste kasu batzuetan, berriz, seme-alabek esaten diotena ez du ulertzen, esaldi laburrak erantzuten ditu, monosilaboekin erantzuten du edo isilik geratzen da. Komunikazio-arazoak handiak dira eta seme-alabak oso kezkatuta daude amaren egoerarekin. Ama aldatzen ari dela behatzen dute, jada ez dute euren ama ezagutzen, emakume alaia eta irribarretsua zen, auzoko bizilagunekin harreman handiak zituen, kultura-etxean hainbat jardueratan parte hartzen zuen: gimnasia, yogan eta bereziki gustukoa zituen euskal dantzak, eta orain, berriz, emakume «itzalia» eta tristea ikusten dute, bizitzeko gogorik ez balu bezala. Ez dakite zer egin eta nola lagundu, esaten diotena ez baitu ulertzen eta ez dakite nola komunikatu harekin, nahiz eta laztanak gogoko dituen.

## 4.2. ONDORIO EMOZIONALAK

Arestian aipatu gisa, Alzheimer motako dementziaren ondorioz gizabanakoaren arlo emozionalean hainbat aldaketa gerta daitezke. Atal honetan, aldaketa horien ondorioz gara daitezkeen bi gaixotasun izango dira hizpide. 4.2.1. atalean depresioa eta 4.2.2. atalean, herstura. Azpialtal bakoitzean, gaixotasunaren definizioa, epidemiologia eta zergatiak azalduko dira, hurrenez hurren. 4.2.3 atalean gaiaren inguruko zenbait ariketa praktiko proposatuko dira.



### 4.2.1. Depresioa

Depresioa aldaratearen nahasmen garrantzitsua da eta pentsamenduan eta jokabidean eragiten du. Demenziarik ez duten pertsona zaharren % 15ek portaera depresiboa azaltzen du, eta Alzheimer motako demenzia dutenen artean, berriz, % 50ek edo gehiagok. Depresioa edo depresioaren zenbait ezaugarri Alzheimer gaixotasunaren lehen sintomak izan daitezke. Alzheimer kasuetan depresioa batez ere gaixotasunaren lehen aroetan agertu ohi da. Hala ere, depresioaren hautematea oso zaila izaten da medikuarentzat; izan ere, Alzheimer motako gaixotasuna jasaten duen gizabanakoak zailtasun handiak izaten ditu nola sentitzen den adierazteko. Bereziki, gaixotasunaren lehen aroetan, modu argian pentsatzeko arazoak izan ditzake. Demenzia-kasuetan, portaera depresiboa gaixoa bere gaitasunak galtzen ari delako eta gaixotasun larri eta sendaezina duelako kontzientziarekin erlazionatzen da. Beste kasu batzuetan, berriz, depresioa egoera afektiboarekin erlazionaturiko garuneko kalteen ondorioa izan daiteke. Askotan, bi egoera horiek elkarrekin gertatzen dira. Horrez gain, gaixo hauen familian aurrekari depresiboak aurki daitezke askotan.

Depresioaren ezaugarri nagusiak, besteak beste, negarra, erruduntasun- edo ezintasun-sentimenduak, afektu erreprimetua, aldarte hauek izaten dira: tristea edota sumina, anhedonia (gozatzeko ezintasuna edo gogobetetze falta), senide edota lagunetik aldentzea, motibazio falta eta frustrazioarekiko tolerantzia baxua. Bestalde, pisu-galera edota loaren erritmoan aldaketak gerta daitezke. Alzheimer gaixotasuna duen pertsonak 4.2.1.01. taulan beha daitezkeen depresioaren ezaugarriak azal ditzake.

#### 4.2.1.01. taula. Depresioaren ezaugarriak Alzheimer gaixotasuna duen pertsonarengan.

Pentsamendua	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hasiera zehatzezina.</li> <li>➤ Bere buruaz beste egiteko ideia (% 60).</li> <li>➤ Esperantzarik eza, ezintasuna eta kulpa-sentimenduak.</li> <li>➤ Haluzinazioak.</li> <li>➤ Eldarnioak (zelotipia, pobretasuna, eraso).</li> </ul>
Hizkuntza	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pobrea, berezkotasunik gabea, isilaldi luzeak, monosilaboak, tonu baxua, monotonia.</li> </ul>
Arreta-oroimena	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kontzentrazioarako zailtasunak</li> <li>➤ Oroimenaren inguruko kexak.</li> <li>➤ Orientaziorik eza.</li> <li>➤ Pentsamendu abstraktuaren nahasmena (esaterako, hipotesiak).</li> </ul>

Portaera	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Negarra.</li> <li>➤ Moteltzea.</li> <li>➤ Aztoramena.</li> <li>➤ Itxura pertsonalaren uztea.</li> <li>➤ Judizio nahastua: salaketak.</li> <li>➤ Begizko harremanik eza.</li> </ul>
Sintoma begetatiboak	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sexualitatearekiko interesa gutxitzea.</li> <li>➤ Pisuaren edo/eta janguraren galera edo goratzea.</li> <li>➤ Buruko minak.</li> <li>➤ Esnatze goiztiarra.</li> <li>➤ Erraz nekatzea.</li> <li>➤ Egunean aldaketak (goizez okerrago).</li> <li>➤ Idorreria.</li> <li>➤ Aho-lehortasuna.</li> </ul>

Depresioaren eta demenziaren arteko erlazioa estua izan daiteke 2.6. atalean azaldu den bezala. Horregatik *pseudodementia depresibo* kontzeptua erabiltzen da demenziarekin nahastu daitekeen depresioari erreferentzia egiteko. Izan ere, gaixotasunaren hasieran depresioaren zein demenziaren sintomak berdintsuak izan daitezke.

#### 4.2.2. Herstura

Herstura beldur-sentsazioa edota berehalako arrisku-sentsazioa da, hau da, geroko gertaeren inguruan gehiegizko ardura aurreratu gisa definitzen da. Demenziazik ez duten pertsona zaharren % 20k herstura azaltzen du, Alzheimer motako dementzia dutenen artean, berriz, % 40k adierazten du. Alzheimer gaixotasunaren lehen aroetan herstura-sintomak askotan gertatzen dira demenziazik ez dutenekin alderatuta. Esate baterako, gaixoak oroimen-akatsak edo arazo kognitiboak izatean herstura-sintomak ager daitezke. Kasu batzuetan, gaitasunaren galerarekin erlazioa daitezke; beste batzuetan, berriz, garunaren egoerarekin. Urduritasunak dakarren ezinegona depresioarekin batera edo haserrealdi baten ondoren ager daiteke. Atsedean faltak, aspertua egoteak edo mina sentitzeak ere eragin dezake gaixoa urduri egotea. Bestalde, herstura medikamenturen baten ondorioa ere izan daiteke.

Herstura-maila ezberdinetan adieraz daiteke. Herstura-maila larria denean gaixoak aztoramena azal dezake, herstura kasu hauetan frustrazio errepikatuen edo hondamenezko erreakzioen ondorioa da. Horrelakoetan, estresa gutxiaraztea garrantzitsua da. Beste batzuetan, ordea, herstura galera-sentimenduen ondorioz agertzen da, eta kasu horietan denboraren joateak edo oroimena galtzeak eragina izaten du. Era berean, tentsioak urduritasun-egoera jakin batean murgil dezake

gaixoa. Adibidez, eztabaidatu eta arazoa konpondu ondoren gaixoa negarrez has daiteke, inguruan ondoeza sumatzen duelako edo gauzak ondo interpretatzeko gai ez delako. Oro har, pertsona zaharrengan hersturaren sintoma kognitiboen (hizkuntza eta pentsamendua) aldean sintoma begetatiboak nagusitzen dira.

Alzheimer gaixotasuna duen pertsonak 4.2.2.01. taulan beha daitezkeen hersturaren ezaugarriak izan ditzake.

**4.2.2.01. taula. Hersturaren ezaugarriak Alzheimer gaixotasuna duen pertsonarengan.**

Pentsamendua	➤ Arduratsua.
Hizkuntza	➤ Ez du gaitasunik gertatzen zaiona azaltzeko. ➤ Gertatzen zaiona azaltzen saiatzen denean, ez du arrazoizko azalpenik adierazten.
Portaera	➤ Etengabe alde batetik bestera ibiltzea. ➤ Soinuak helbururik gabe egitea. ➤ Zaindua izateari gogor egitea. ➤ Altzariak lekuz aldatzea. ➤ Etxetik alde egitea. ➤ Sua piztea, iturriak irekitzea.
Sintoma begetatiboak	➤ Hiperaktibitatea: gorritasuna, zurbiltasuna, takikardiak, palpitzazioak, izerditzea, esku hotzak, beherakoa, aholhortasuna, pixak ihes egitea edo areagotzea. ➤ Dardarak. ➤ Buruko edota bizkarreko mina. ➤ Giharretako tentsioa. ➤ Parestesiak (inurridura-sentsazioa). ➤ Arnasa-hartze azkarra eta sakona. ➤ Nekea. ➤ Irensteko zailtasunak.

**4.2.3. Ariketa praktikoak**

Atal honetan Alzheimer motako demenziaren hasieran gerta daitezkeen sei kasu praktiko azaltzen dira. Kasu bakoitza irakurri ostean, honakoa egingo da:

- Alzheimer gaixotasunean azal daitezkeen ezaugarri emozionalak azpimarratu eta aztertu. Adibidez, Angelaren kasuan «ez du ia ezer egin nahi, eta noizbehinka ezertarako balio ez duela dio». Esaldi horrek adierazten du Angelak depresioarekin erlazionatutako ezaugarriak dituela (ikus 4.2.1.01.

taula), zehazki pentsamenduarekin zerikusia duen arazoa (esperantzarik eza eta ezintasuna).

- Alzheimer gaixotasunean azal daitezkeen sintoma emozionalak zein izan daitezkeen zehaztu eta arrazoitu.
- Antzeko kasurik ezagutzen duzu? Eztabaidatu.

### 1. kasua

IÑAKIK hainbat enpresatan lan egin du, garrantzi handiko zuzendaritza-karguetan. Orain dela urtebete, ez du ezer egiteko gogorik. Ez ditu lagunak ikusi nahi, ezta kalera irten nahi ere. Haren aurpegian tristura eta etsipena nabarmentzen dira. Motel hitz egiten du, tonu monotonoan eta baxuan. Ingurukoentzat zama bat bezala sentitzen da, ezertarako balio ez duela dio. Azkenaldian, bizitza ez duela merezi dio.

### 2. kasua

PEDROK 78 urte ditu. Eguneko zentrora doa seme-alabek lana dutelako eta ahul dagoelako. Haren osasun mentala ona da, baina askotan urduri dago: praktikak heltzen ditu bera etxetik kanpo dagoen bitartean agian arazoren bat gerta daitekeela argudiatuta. Edo seme-alabak etxera itzultzeko berandutzearen beldur da atzo errepidean auto ugari zegoelako. Horrela jartzen denean, eskuak dardaraz hasten zaizkio eta hitz egiterakoan itolarria sentitzen du, geldirik egotea kostatzen zaio eta oso azkar hitz egiten du.

### 3. kasua

ANGELA ia beti eserita dago, ez balego bezala. Ez du ia ezer egin nahi, eta noizbehinka ezertarako balio ez duela dio, nahiz eta egia ez izan. Geldo eta asegabe adierazten da. Zerbait egiteko ordua dela esaten diotenean, askotan negarrez hasten da.

### 4. kasua

JON ezkondua dago. Orain dela bost hilabete hainbat kexa agertzen hasi zen: zorabioak, eskuen izerditzea eta palpitazioak. Era berean, aho-lehortasuna, dardarak, egonezina eta kontzentrazio-arazoak azaltzen ditu. Kezka ugari ditu: emaztea bere kexez nekaturik egon eta utzi egingo duela errepikatzen du, eta lanetik botako duten beldur dela dio. Beti dago urduri, alerta-egoeran, eta ez da erlaxatzeko gai.

**5. kasua**

MARIAren oroimen-arazoak gero eta larriagoak dira eta etxeke lanetan zailtasunak agertzen hasi da. Ondorioz, tristura, etsipena eta «hutsa» sentitzen hasi da. Jateko gogoak galdu du eta argaldu egin da. Urteetan piano-klaseetara joan arren, klaseak erabat utzi ditu. Soilik etxean bakarrik egon nahi du. Mariak gero eta gutxiago zaintzen du itxura. Bestalde, adina kontuan izanda, gertatzen zaiona normala dela esaten dio bere lagunari.

**6. kasua**

FELISA bere betiko aulkian egoten da eserita. Eguneko ordu gehienak bakarrik pasatzen ditu eta ez du ia inorekin hitz egiten. Egoitzako jardueretan ez du parte hartzen eta egoitzak antolatzen dituen ospakizunetatik ihes egiten du. Bost seme dituela esaten du baina familiako inork ez du bisitatzen. Astean behin boluntario bat etortzen zaio bisitan eta harekin bakarrik izaten ditu solasaldi politak.

**4.3. ONDORIOAK PORTAERA-MAILAN**

Atal honetan Alzheimer gaixotasunean ager daitezkeen bost portaera-nahaste azalduko dira: 4.3.1. atalean, portaera erasokorra; 4.3.2. atalean, haluzinazioak; 4.3.3. atalean, eldarnioak; 4.3.4. atalean, loaren nahastea; 4.3.5. atalean, noraezean ibiltzea. Azkenik, 4.3.6. atalean, gaiaren inguruko zenbait ariketa praktikoko proposatuko dira. Azpialtal bakoitzean, portaeren ezaugarriak eta zergatiak azalduko dira, hurrenez hurren.

**4.3.1. Portaera erasokorra**

Portaera erasokorra definitzerakoan agresibitatearen hitzezko adierazpenak zein adierazpen fisikoak hartzen dira kontuan. Hitezko portaera erasokorraren ezaugarrien adibide dira eztabaidak, erruduntasun-kexak, irainak, builak eta mehatxuak. Bestalde, portaera fisiko erasokorraren adierazpen dira eskutadak, atzaparkadak, koskak, bultzakadak, objektuak botatzea, altzairuak puskatzea eta autolisia (nork bere buruari erasotzea).

Alzheimer motako demenzia duten gaixoen artean portaera erasokorraren zergatiak ugariak dira, esate baterako, haserrea, mina, nekea, mehatxua eta antzekoak sentitzea. Zergati ezberdin horien artean aldartearen nahasmena aurki daiteke, kasu hauetan agresibitatea depresioaren adierazpen bihurtzen delarik. Hiperaktibitatea jasaten duten gaixoek ere maiz azaltzen dute portaera erasokorra. Bestalde, gaixoak bere gune pertsonalean sartzen direlako sentsazioaren aurrean

defentsa gisa adieraz dezake portaera erasokorra, baita oinarrizko jarduerak (adibidez, jatean edo janztean) gauzatzeko ezintasuna eta frustrazioa sentitzearen ondorio ere. Oro har, eguneroko eginkizunetan (esaterako, ordutegian) aldaketak egitearen ondorioa izan daiteke agresibitatea. Azkenik, lasaigarri, lo-eragile eta antzeko farmakoen efektuak kontuan hartu behar dira, kasu batzuetan portaera erasokorra eragin baitezakete. Era berean, alkoholaren bat-bateko desagertzeak ere gaixoa modu agresiboan azaltzea eragin dezake.

#### **4.3.2. Haluzinazioak**

Haluzinazioak egiazkoa ez den estimulu baten ondorioz agertzen diren zentzumen- edo hautemate-mailako zirrarak dira. Hau da, haluzinazioak jasaten dituen gaixoak mundu errealean ez dauden gauzak ikusi, entzun, usaindu edo ukitu izanaren sentazioak izan ditzake. Une batzuetan gaixoa faltsukeriaren jabe izan daitekeen arren, gehienetan haluzinazioen arabera jokutzen du. Ohikoenak ikusmenezko haluzinazioak dira, animaliekin edo pertsonekin zerikusia dutenak. Ondoren, entzumenezkoak, adibidez, soinuak edo ahotsak; eta azkenik, usaimenezkoak, esate baterako, erre-usaina sumatzea.

Haluzinazioen zergatiak ulertzeko garuneko nahasketak kontuan hartu behar dira. Alzheimer motako dementzia duten gaixoen artean haluzinazioak izateko aukera eldarnioak jasateko probabilitatea baino txikiagoa da. Hala ere, Lewy motako dementzian ikusmenezko haluzinazioak oso ohikoak dira. Bestalde, delirium eta nahasmen larria dagoen kasuetan ere haluzinazioak agertu ohi dira. Depresio-maila sakona jasaten duten gaixoek ere haluzinazioak jasan ohi dituzte.

Haluzinazioak izatearen beste arrazioen artean nahasketa fisikoaren ondorioak (adibidez, infekzioa), farmakoaren eraginak (adibidez, anestesia) edota gaixoaren ingurunean gertaturiko aldaketak aurkitzen dira.

#### **4.3.3. Eldarnioak**

Eldarnioak errealitatearen interpretazio ez-zuzenetan oinarritzen diren sinesmen faltsuak dira. Datu objektiboek bestelako errealitatea erakutsi arren, gaixoak bere sinesmen faltsua mantentzen du eta, ondorioz, egoerarekin bat ez datozen beldur eta pentsamenduak azaltzen ditu. Dementzia jasaten duten gaixoen artean eldarnioaren gairik ohikoenak lapurreta zein bikotekidearen desleialtasunarekin erlazonaturiko ideia faltsuak izaten dira.

Alzheimer motako dementzia duten gaixoen artean eldarnioak maiz agertzen dira. Eldarnioak eta haluzinazioak agertzearen zergatiak berdinak izan daitezke. Nahiz eta eldarnioak Alzheimer gaixotasunaren edozein unetan azal daitezkeen, normalean aro moderatu edota larrietan azaltzen dira. Bestalde, eldarnioak jasaten dituen gaixoaren narriadura kognitiboa azkarragoa izaten dela behatu da.

#### **4.3.4. Loaren nahastea**

Loaren nahasteak hainbat adierazpen izan ditzake dementzia duen pertsonarengan, besteak beste: lo hartzeko zailtasuna, loaren zatikatzea (gauean zehar gehiagotan eta denbora luzeagoz esnatzea), lo sakonaren gutxitzea eta goiz esnatzea. Edozein kasutan, horrelako arazoek gaixoa egunez nekatuta, logura egotea eta, kasu batzuetan, urduri eta agresibo agertzea eragiten dute.

Dementziarik ez duten adinekoen artean lo hartzeko eta jarraitutasunez lo egiteko arazoak nahiko arruntak dira. Izan ere, adina gora doan heinean lo egiteko beharra gutxitu egiten da. Alzheimer motako dementzia-kasuetan agertzen diren loaren arazoak loaldiaren zatitzearen ondorio dira eta, gehienetan, dementziaren garapenarekin erlazionatzen dira (adibidez, orientazio falta dela-eta). Hala, lo-arazoaren zergatia fisikoa denean artritis, diabetes, gernu-infekzio edota arnasa hartzeko zailtasunekin erlazona daiteke. Era berean, arazo emozionalak, esaterako, depresioa eta herstura loaren nahastearen zergatiak izan daitezke.

Beste batzuetan loaren arazoaren zergatia kanpoan dago eta egoera bidera daiteke. Esate baterako, gelan dagoen tenperatura hotzegia edo beroegia izatea, edo gaixoak gauaren iluntasunari beldurra izatea izan daitezke arazoaren eragileak.

Azkenik, lo-arazoaren beste hainbat zergati izan daitezke: egunean zehar lokuluxka asko egitea; gauean lo egin gabe denbora asko ohean egotea; kafeina duten edariak hartzea; eguneroko jarduerak nahikoa ez nekatzea; egarri, gose edo komunera joan beharraren sentsazioa izatea.

#### **4.3.5. Noraezean ibiltzea**

Portaera honen ezaugarri nagusia da helburu eta norabiderik gabe ibiltzea. Era berean, dementzia duen gaixoak eserita egoteko ezintasuna azaltzen du. Leku berdinean zehar ibiltzen da behin eta berriz, etengabe alde egin nahi du. Esaldiak eta galderak errepikatzen ditu, adibidez, «bilobak etorri diren ikustera noa».

Gaixoak behin eta berriz objektu berdinak ukitzen ditu (esaterako, atearen heldulekua), entzumenezko eta ukimenezko sentsazioak bilatzen ditu eta, batzuetan, kulunkatu egiten da, hanka baten eta bestearen gainean egonez.

Noraezean ibiltzearen zergatiak somatikoak edo psikologikoak izan daitezke. Alde batetik, ondoez fisikoa, gose-sentsazioa edota ariketa fisikoaren falta noraezean ibiltzeko portaeraren bitartez adieraz daitezke, eta zergatiak somatikoak direla diogu. Bestalde, zergati psikologikoen artean herstura edota beldur/segurtasunik eza aurki ditzakegu. Gaixoak, askotan, sentitzen duen gauza bat egiteko nahia azaltzen du (esate baterako, ariketa fisikoa egiteko nahia aspertu egiten delako). Orientazio faltak ere noraezean ibiltzea eragin dezake, esaterako, iraganean dagoenaren bizipen psikologikoak (adibidez, lanera joan behar duenaren ustea izatea). Gauean

noraezean ibiltzea normalean denboraren orientazio faltaren eraginez izaten da. Inguruan gertatzen diren aldaketek ere (adibidez, gehienezko edo gutxienezko estimulazioa) noraezean ibiltzea bultzatzen dezakete gaixoa, estimulazio bila arituko balitz bezala.

Horiez gain, beste hainbat arrazoi egon daitezke. Batetik, gaixoaren nortasunaren eta gaixotasuna azaldu aurreko pertsonaren ezaugarri zehatzek noraezean ibiltzearen zergatiak argitu ditzakete. Bestetik, elementuren batek frustrazioa edo ondorez eragin izanaren ondorioa da noraezean ibiltzea. Esate baterako, interpretazio oker baten aurrean frustrazioa azaldu eta, era berean, alde egiteko joera azaltzen da. Azkenik, pertsonak leku ezezagun batean dagoen sentsazioa dauka, ez daki bere gauzak non dauden eta «etxera» bueltatu behar duela uste du. Nahastua dagoen pertsona bat leku berri batean badago, logikoa da galduta dagoela pentsatzea. Inguruko pertsonak, bereziki ezagunak ez badira, arerio izatera pasatzen dira eta, ondorioz, gaixoa galdutako erreferentzia afektiboak aurkitzen saiatzea normala da. Noraezean ibiltzea gaixoa zaintzen duen pertsonaren arreta eskuratu nahia edo komunikazio-saiakera baten emaitza izan daiteke ere kasu batzuetan, edota noraezean dabilen beste pertsona bat imitatzearen ondorio.

#### **4.3.6. Eguneroko jarduerak**

Alzheimer gaixotasunaren ondorio kognitibo, emozional eta portaerazkoez gain, nahaste funtzionalak azpimarratu behar dira. Horiek pertsonak duen mende-kotasun-mailari eta zaintzaile nagusiak bizi duen zamari buruzko informazioa eskaintzen dute.

Eguneroko bizitzako jarduerak bere giroan modu autonomo eta integratu batean bizi ahal izateko eta bere rol soziala bete ahal izateko, pertsona batek eguneroko maiztasunez gauzatzen dituen jokoaren multzoa dira. Eguneroko bizitzako jarduerak konplexutasun-maila ezberdina dute, eta horren arabera, hiru multzotan sailkatzen dira:

1. *Eguneroko bizitzako oinarrizko jarduerak*: pertsonaren lehen mailako jarduerak dira, nork bere burua zaintzera eta mugikortasunera bideratuak, autonomia eta independentzia oinarrizkoena eskaintzen dutenak eta besteen etengabeko laguntza behar izan gabe bizitzeko aukera ahalbidetzen dutenak. Jarduera hauen artean, jatea, esfinterren kontrola izatea, komuna erabiltzea, jantzea, bainu bat hartzea, toki batetik bestera mugitzea, paseatzea, etab. aurkitzen dira.
2. *Eguneroko bizitzako jarduerak instrumentalak*: pertsonari bere ingurunera egokitzea ahalbidetzen dioten jarduerak dira, gizartean independentzia mantendu ahal izateko. Jarduera hauen artean, telefonoz hitz egitea, erosketak egitea, janaria prestatzea, etxea zaintzea, farmakoa kontrolatzea, etab. aurkitzen dira.



3. *Eguneroko bizitzako jarduera aurreratuak*: aktibitate konplexu eta landuak dira, ingurune fisikoaren eta sozialaren kontrolarekin zerikusia dutenak, eta rol sozial bat nahiz osasun mental eta bizi-kalitate on bat ahalbidetzen dutenak. Jarduera hauen artean, jarduera fisikoak, zaletasunak, bidaiak, parte-hartze soziala, kirolak, etab. aurkitzen dira.

#### 4.3.7. Ariketa praktikoak

Atal honetan Alzheimer motako dementziarekin erlazioa duten bost portaera arazotsu agertzen dira. Kasu bakoitza irakurri ostean, honakoa egingo da:

- Alzheimer gaixotasunean azal daitezkeen ondorioak portaera-mailan azpimarratu eta aztertu. Adibidez, Kosmeren kasuan «oihukatu eta eskua altxatzen du». Esaldi horrek adierazten du Kosmek portaera erasokorra duela (ikus 4.3.1. atala), ezaugarri garrantzitsuak hitzezko portaera erasokorra (eztabaidak, irainak eta builak) eta portaera fisiko erasokorra (esku-tadak, atzaparkadak, koskak, bultzakadak, objektuak botatzea, altzariak puskatzea, etab.) baitira.
- Alzheimer gaixotasunean azal daitezkeen beste portaera arazotsuak zein izan daitezkeen zehaztu eta arrazoitu.
- Antzeko kasurik ezagutzen duzu? Eztabaidatu.

#### 1. kasua

KOSME batzuetan erasokor jartzen da. Oihukatu eta eskua altxatzen du bere solaskidea joko balu bezala eta batzuetan adierazpen mehatxagarriekin iraintzen du. Normalean horrelako egoera gertatzen da gustatzen ez zaion zerbait egitera bultzatzean edo zaila suertatzen zaion zerbait egitea proposatzen zaionean.

#### 2. kasua

TERESAk gizon bat egongelara sartzen ikusten duela dio. Urduri jartzen da, gizon horrek «asmo txarrak» dituela uste duelako. Irudipen horren aurrean, zerbait txarra egin duela uste du eta beste toki batera eramateko datorrela imajinatzen du.

#### 3. kasua

AGUSTINEk uste du bere emazteak auzoko batekin engainatzen duela. Emaztea gurpildun aulki batean dago eta ezin da bakarrik jaiki. Hala ere, bakarrik igarotako une txikiek ere arazoak sortzen dituzte, gaixoak ez duelako pasatutako denboraren sentsaziorik.

#### 4. kasua

ALBERTO Alzheimer gaixotasuna duen 72 urteko gizona da, goizeko ordu bietan esnatu egiten da eta, ohetik jaiki eta arropa jantzi ondoren, lanera joateko prest dagoela dio. Egunez, ordea, momentu askotan logura da.

#### 5. kasua

JOXEK adimen-narriadura garrantzitsua jasaten du. Orain bi aste zentrora etorri zen eta ez dirudi ziur sentitzen denik. Zerbait bilatuko balu bezala ibiltzen da, galduta aurkituko balitz bezala. Ate batetik bestera doa, hanka astinduz eta dena ukitzen eta mugitzen, ia gelditu gabe.

#### Laugarren kapituluaren laburpena

- Alzheimer motako demenziaren ondorioz gizabanakoaren hainbat funtzio kognitibotan aldaketak gerta daitezke, besteak beste, oroimenarekin erlazioa dutenak (erosketara doanean gauzak ahaztea edo behar ez dituenak erostea), orientazioarekin zerikusia dutenak (asteko edo hilabeteko eguna nahastea), hizkuntzarekin gertatzen diren zailtasunak (esaldi laburrak eta sinpleak erabiltzea), praxiekin lotura dutenak (arropa janztean eta eranztean) edota gnosietan pairatzen direnak (inguruko pertsonak ez ezagutzea).
- Alzheimer motako demenziaren ondorioz gizabanakoaren arlo emozionalean hainbat aldaketa gerta daitezke, besteak beste, depresioa (negarra, esperantzarik eza, ezintasuna, kulpa-sentimenduak, lo-arazoak, etab.) edota herstura (hiperaktibitatea, giharretako tentsioa, buruko edo bizkarreko mina, dardarak, etab.).
- Alzheimer gaixotasunean zenbait portaera-nahaste azal daitezke, besteak beste, portaera erasokorra (hitzezkoa zein fisikoa), haluzinazioak (errealitatean ez dauden gauzak ikusi, entzun, usaindu edo ukitzearen sentsazioa), eldarnioak (errealitatearen interpretazio faltsuetan oinarritzen diren sinesmenak) loaren nahastea (lo hartzeko zailtasuna, loaren zatikatzea, lo sakonaren gutxitzea eta goiz esnatzea) eta noraezean ibiltzea (helburu eta norabiderik gabe ibiltzea).

**ERREFERENTZIA GOMENDAGARRIAK**

- Alberca R. eta Lopez-Pousa S. (1998): *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias*, Panamericana, Madril.
- Montorio, I. eta Izal, M. (1997): *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares*, IMSERSO, Madril.
- Peña Casanova, J. (1999): *Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Definición, descripción, guías de intervención y consejos*, Fundación “La Caixa”, Bartzelona.
- Pujol i Doménech, J. eta beste (2001): *Guía clínica para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias del anciano*, Ars Médica, Bartzelona.
- SEGG eta Caja Madrid (2003): *Guía de actuación en la enfermedad de Alzheimer*. Madril: Natural Ediciones, Madril.
- Vila Miravent, J. (1999): *Guía práctica para entender los comportamientos de los enfermos de Alzheimer*, Eumo-Octaedro, Bartzelona.



## 5. Dementia eta Alzheimer motako dementia ebalutzeko galde-sortak

*Izarne Lizaso, Alaitz Aizpurua*

### 5.1. ARLO KOGNITIBOA

Alzheimer motako demenziaren ondorio kognitiboak 4.1. atalean azaldu ostean, atal honetan gai honen inguruan pertsonaren ebaluazio kognitiboa egiteko erabili ohi diren galde-sorta nagusiak deskribatuko dira. 5.1.1. atalean, *Mini-Mental State Exam*; 5.1.2. atalean, *Short Portable Mental Status Questionnaire*; 5.1.3 atalean, *Alzheimer's Disease Assesment Scale*; 5.1.4. atalean, *Global Deterioration Scale*; 5.1.6. atalean, galde-sorten erabilera zuzena sustatzeko hainbat ariketa praktikoko proposatuko dira.

#### 5.1.1. MMSE, Mini-Mental State Exam

Klinika- eta ikerketa-arloan nahaste kognitiboei antzemateko gehien erabiltzen den tresna da (Rush, Pincus eta First, 2000). Zazpi arlo ebaluatzen ditu: orientazioa (denbora eta lekua), arreta, kontzentrazioa, kalkulua, oroimena, hizkuntza eta egiturak. Galde-sorta horrek hainbat erabilera izan ditzake: alde batetik, buru-egoeren ebaluazio azkarra egiteko; bestetik, nagusiaren narriadura kognitiboaren jarraipena egiteko.

Galde-sortaren bi bertsio daude: batek 30 puntu ditu (Lobo, 1979), eta besteak, 35 puntu (Folstein eta beste, 1975) (ikus 1. eta 2. eranskinak, hurrenez hurren). Ondoren, bi bertsioak izango ditugu mintzagai.

30eko puntuazioa duen galde-sorta da nazioarteko konparazioak egiteko tresnarik erabiliena. Hala ere, gure inguruan 35eko puntuazioa duen galde-sorta da gehien erabiltzen den bertsioa (Lobo, 2002) zeinak 22 galdera dituen eta 30eko puntuazioa duen galde-sortak baino bi item gehiago. Lehenengo galderan, «kontzentrazioa eta kalkulua» deituriko arloan 3 puntu dituen item bat gehitzen du: «Errepika itzazu esango dizkizudan zenbakiak: 5-9-2» (ikasi arte eta saiakerak kontatuz). «Orain, esan itzazu atzetik aurrera». Bigarrenean, «Hizkuntza eta egiturak» deituriko arloan 2 puntuko beste item bat du: «Sagarra eta udarea frutak dira, ezta? Zer dira gorria eta berdea? Zer dira txakurra eta katua?».

Galde-sorta honetako bi bertsioetan, ezjakintasunagatik edo ezintasunengatik (adibidez, itsu egoteagatik) zenbait galdera ez dira egiten. Gero, zuzendutako

puntuazio osoa kalkulatzen da, lortutako puntuazio osoarekin hiruko erregela aplikatuz. Adibidez, adinekoa itsua bada eta ezin badu 30 puntutik 4 puntu lortu, gehienaz azken puntuazioa 26koa izango da. Demagun azken puntuazioa 20 izan dela. Zuzenketa eginez honako hau lortuko litzateke:  $(20 \times 30 / 26) = 23,07$  (hau da, 23, gertueneko zenbaki osora hurbilduz).

Ebaki-puntuak dementzia izan daitekeen susmoaren muga objektiboki ezartzen du, hau da, ebaki-puntuak ezartzen duen puntuazioaren gaitetik dementzia izan daitekeela adierazten du. Dementziaren diagnostikoaren ebaki-puntuaren inguruan eztabaida dago. Izan ere, 30eko puntuazioa duen bertsioan hezkuntza-maila baxua dutenentzat 24ko ebaki-puntuak fidagarritasun-maila urria adierazten du. Horrez gain, hezkuntza-maila altua dutenen kasuan, 27ko ebaki-puntuak dementzia ebaluatzen fidagarritasun-maila urria adierazten du. 35eko puntuazioa duen galde-sortan, 23ko ebaki-puntua erabiltzen da. Oro har, emaitzen arabera sailkapen hau egiten da: galerarik eza, 27-30; galera arina, 21-26; galera moderatua, 11-20, eta galera larria, 0-10. Bestalde, 35eko puntuazioa duen galde-sortan, honako hau: galerarik eza, 29-35; galera arina, 23-28; galera moderatua, 11-22, eta galera larria, 0-10.

Tresnaren erabilerrari dagokionez, laburra eta erraza da. Giro lasai eta toki baketsu batean egitea komeni da, elkarriketa gisa. Galde-sortaren iraupena 5-10 minutukoa da. Beharrezko materiala papera eta bolaluma dira. Osasunaren arloan diharduen edozein profesionalak pasa dezake. Hala ere, horren interpretazioa egiteko trebakuntza klinikoa beharrezkoa da. Ez du balio diagnostikoa eta azterketa neuropsikologikoa egiteko.

#### **5.1.1.01. taula. MMSE galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak (30eko puntuazioa).**

- *Screening* edo kontrol gisa erabiltzen da.
- Zazpi gaitasun kognitibo ebaluatzen dira: orientazioa, arreta, kontzentrazioa, kalkulua, oroimena, hizkuntza eta egiturak.
- 30 item ditu.
- Erabilera laburra eta erraza du.
- Iraupena 5-10 minutukoa da.
- Ebaki-puntua 24/27koa izan daiteke.
- Hainbat bertsio daude.

#### **5.1.2. SPMSQ, Short Portable Mental Status**

Buruko egoerari buruzko galde-sorta laburra eta erabilerraza da, 5 minutu irauten du (ikus 3. eranskina). 10 item dikotomikoz osatua dago, eta galera kognitiborik dagoen jakiteko *screening* edo kontrol gisa erabiltzen da. Galde-sorta

gaztelaniara itzulia eta egokitua izan da (Fernández-Ballesteros eta Guerrero, 1984; Guerrero, 1984).

Jatorrizko autorearen arabera (Pfeiffer, 1975), proba honek ezaugarri hauek ditu: batetik, adimenaren funtzionamenduaren alderdi garrantzitsuak ebaluatzeko baliagarria da (iraupen luze eta laburreko oroimena; orientazioa; eguneroko bizitzaren galderei buruzko informazioa, eta lan aritmetiko jarraituak egiteko gaitasuna); bestetik, laburra, maneiagarria eta balioespen errazekoa da, eta hainbat narriadura-maila barneratzen ditu.

Akats kopuruaren arabera, honela sailkatzen dira: galera kognitiborik eza (0-2 akats), galera kognitibo arina (3-4 akats), galera kognitibo moderatua (5-7 akats), eta galera kognitibo larria (8-10 akats). Jatorrizko neurketan, proba honek kasuen % 50-87an hautematen du galera kognitiboa (sentiberatasuna), eta % 90ean galera kognitiboaren gabezia (espezifikotasuna). Galde-sorta erabili eta lau astera berriro erabiltzean, galde-sortaren emaitzen arteko korrelazioa (fidagarritasuna) 0,82-0,83koa da.

#### **5.1.2.01. taula. SPMSQ galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak.**

- *Screening* edo kontrol gisa erabiltzen da.
- Lau gaitasun kognitibo ebaluatzen dira: orientazioa, oroimena, kontzentrazioa eta kalkulua.
- 10 item ditu.
- Erabilera laburra eta erraza du.
- Iraupena 5 minutukoa da.
- Item oker bakoitzeko puntu 1 gehitzen da.

#### **5.1.3. ADAS-COG, Alzheimer's Disease Assessment Scale**

Diagnostikoa bateria neuropsikologikoaren bidez berretsi behar da. Dementzia bakoitzaren ezaugarrien arabera egokiak diren zenbait galde-sorta neuropsikologikoz osatzen da bateria neuropsikologikoa. Dementzien ezaugarri kognitiboak ezberdinak direla kontuan izanik (kortikalak edo azpikortikalak), hainbat galde-sorta erabil daitezke. Azken batean, dementziaren ebaluaziorako hainbat gaitasun kognitibo aztertzeke balio behar dute bateria neuropsikologikoek. Horien artean, Alzheimerra duen pertsonaren portaera eta ezagutza ebaluatzeko erabiltzen da. Galde-sortak bi zati ditu: alde batetik, ADAS-COG; bestetik, ADAS NON-COG (Rosen, Mohs eta Davis, 1984).

### 5.1.3.01. taula. ADAS-COG galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak.

- Gaixotasunaren sintoma nagusiak neurtzeaz gain, garapenaren aro aurreratuak ezagutzeko baliagarria da.
- 21 item ditu.
- Bi galde-sorta ditu: kognitiboa (ADAS-COG) eta portaerazkoa (ADAS- NON-COG), 11 eta 10 itemez osatutakoak, hurrenez hurren.
- Gehien erabiltzen dena ADAS-COG da.
- Fidagarritasun-maila altua du.

Gero, ADAS-COG galde-sortari buruzko edukiak azalduko dira, aipatu bezala batera neuropsikologikoen artean gehien erabiltzen dena da eta (ikus 4. eranskina).

Alzheimerra neurtzeko galde-sorta egokia da. Horren arrazoiak, besteak beste, bi dira: lehenengoak galde-sortaren iraupenarekin du zerikusia; bigarrenak, berriz, galde-sortaren erabilerarekin. Iraupenari dagokionez, denbora gutxi behar izaten da. Arlo kognitiboa aztertzeko hogeita hamar minutu nahikoak dira, eta erabilera erraza da.

Galde-sorta honen gaztelaniazko egokitzapena 1994. urtean egin zuen Manzanok, eta fidagarria eta baliagarria da. Gero, 1997. urtean, Peña-Casanova eta haren lantaldea saiatu ziren ADAS-COG galde-sortarekin batera dementzia ebaluatzeke beste galde-sorta kognitibo eta funtzional batzuk gaztelaniara egokitzen. Orain, galde-sorta horren arau orokorrak izango dira hizpide.

5-10 minutu irauten duen elkarrizketa batekin hasten da galde-sorta. Horren helburua da hizkuntzarekin zerikusia duten hainbat arlo ebaluatzea. Gero, hitzen oroitzapen-proba egiten da. Arlo kognitiboaz gain, portaerak ere hiru modutan ebaluatzen dira: batetik, adinekoak eskaintzen duen informazioaren bidez; bestetik, adinekoaren inguruko laguntzaile fidagarri baten bidez; azkenik, proban ebaluatzaileak ikusitakoaren bidez. Galde-sortaren puntuazioa gaitasunaren arabera Otik 5era doa: 0 puntuazioak adierazten du zereginean arazorik ez dagoela edo portaera zehatz bat ez dagoela; 5 puntuazioak, berriz, larritasun-maila altua adierazten du; 1, 2, 3 eta 4 puntuazioek portaeraren adierazpen-maila erakusten dute.

Arlo kognitiboa ebaluatzeke honako gaitasun hauek aztertzen dira: hitzez oroitzea; esaten zaizkion aginduak egitea; hatzak eta objektuak izendatzea; praxirako gaitasuna; orientazioa; hitzak ezagutzea; oroimen-probaren arauz oroitzea; mintzairaren ulermena, eta hitz egokiak aurkitzean egon daitezkeen zailtasunak. Gero, bakoitza zertan datzan aztertuko da, hurrenez hurren.



### 1. Hitzez oroitzea

Adinekoak ozenki irakurri behar dituen hamar hitz idatzirik aurkezten dira txartel batean bi segundorik behin. Gero, gaixoak gogoratzen dituenak adierazi behar ditu. Hiru aldiz errepikatzen da prozesua eta zenbaketa. Azken emaitza kalkulatzeko, hiru saialditan gogoratu ez diren hitzen batuketa egin eta ondoren zatiketa egiten da.

### 2. Aginduak

Gaixoak aginduak betetzeko duen gaitasuna ebaluatzen da. Horretarako, bost agindu ematen dira. Agindu bakoitzak oinarritzko urrats bat adierazten du. Aginduak soilik beharrezko kasuetan errepika daitezke. Agindu bakoitza orokorrean ebaluatzen da. Gaixoak ongi egitea lortu duen agindu konplexuenaren parekoa izango da puntuazioa.

### 3. Hatz eta objektuak izendatzea

Gaixoak bere eskuko hatzak izendatu behar ditu. Gero, hamabi objektu zoriz aurkezten dira, eta izendatu egin behar ditu.

### 4. Praxi eraikitzailea

Gaixoari lau irudi geometriko erakusten zaizkio, eta horrek orri zuri batean kopia bat egin behar du. Honako hau esaten zaio: «Ikusten al duzu irudi hau? Egin ezazu orri honetan horren antza duen beste bat». Bi saiakera uzten dira.

### 5. Praxi ideatorioa

Orri zuri bat eta gutun-azal bat ematen zaizkio. Gutun bat bidaliko balu bezala erabili behar du material hori. Hau da, orria gutun-azalaren barruan sartu behar du, itxi, helbidea idatzi (izena, kalea, herria eta probintzia), eta, azkenik, zigilua jarri. Gaixoari zerbait ahazten bazaio, azalpena berriz ematen zaio.

### 6. Orientazioa

Atal honetan aipatzen diren gauzei buruz galdera egiten da. Gaizki erantzuten duen galdera bakoitzeko puntu bat gehitzen da (zortzi gehienez). Oker egindako erantzun bat onartzen da: uneko data esatean egun batean okertzea, ordu bat gorabehera okertzea, tokiaren zeharkako izena esatea, etab.

### 7. Hitzak ezagutzea

Hamabi hitz aurkezten zaizkio, bata bestearen ondoren, eta gaixoak ozenki irakurri behar ditu. Gero, beste hamabi hitzekin nahasten dira (distrakziozkoak dira). Hogeita lau hitz erakusten zaizkio, eta ea aurretik ikusi dituen adierazi behar du. Garrantzitsua da erantzunak Bai/Ez izatea. Hiru saiakeretan gaizki erantzundako galderak batu (beltzez daude), eta batez bestekoa kalkulatu behar da.

### 8. Oroimen-probaren arauen oroitzapena

Ezagutza-probaren arauetarako gaitasuna ebaluatzen da. Saiakera bakoitzean gaixoari hasierako bi hitzei buruz galdetzen zaio: «Ikusi al duzu lehenago hitz hau edo berria da?» Hirugarren hitzetik aurrera honako hau galdetzen da: «Eta hau?». BAI edo EZ ongi erantzuten badu, galdeketaren arauen oroitzapena zuzena dela jotzen da. Gaizki erantzuten badu, berriz, arauak ahaztu dituela jotzen da. Kasu horretan, galdeketaren arauak errepikatu behar dira. Hirugarren hitzetik aurrera prozedura berdina errepikatuko da, lau eta hogeita lau hitzen artean. Arauak ahazten diren bakoitzeko, puntu bat esleitzen da.

### 9. Hizkuntza-gaitasuna

Mintzatzeko gaitasuna eta adierazpenaren argitasuna, oro har, ebaluatzen dira. Kantitatea ez da kontuan hartzen.

### 10. Hizkuntza-ulermena

Gaixoaren hizkuntza-ulermena ebaluatzen da. Alegia, ulertzean egon daitezkeen zailtasunak. Aginduen erantzunak ez dira erantzun gisa kontuan hartzen.

### 11. Hitz egokiak aurkitzeko zailtasuna

Gaixoak zailtasunak ditu hitz egokiak aurkitzeko orduan. Arazo hori hainbat modutan saihestu dezake, besteak beste, itzulginguruak, azalpenak edo sinonimoak erabiliz. Hatzen eta objektuen probaren puntuazioa ez da kontuan hartzen proba honetan.

## 5.1.4. GDS, Global Deterioration Scale

Dementzia duen pertsonaren ebaluazioa eta jarraipena egitean, gaixotasunaren garapen-aroa jakitea komeni izaten da. Horretarako, hainbat eskala erabiltzen dira. Horien artean, aipatu behar da *Global Deterioration Scale*, GDS (Reisberg eta beste, 1982).

GDS hainbat mailatan antolatua dagoen galde-sorta da (ikus 5. eranskina). Hori kontuan izanik, zazpi mailatan sailkatzen da, normaltasunetik galera kognitibo larriraino. Hauexek dira maila horiek: lehenengoa, galera kognitiborik gabea; bigarrena, galera kognitibo oso arina; hirugarrena, galera kognitibo arina; laugarrena, erdi-mailako galera kognitiboa; bosgarrena, galera kognitibo nahiko larria (hasierako dementzia); seigarrena, galera kognitibo larria (dementzia arina); zazpi-garrena, galera kognitibo oso larria (dementzia larria). Poliki-poliki, aro batetik bestera galera kognitiboa mailaz mailakoa dela ondorioztatzen da, nahiz eta dementzia guztietan horrela ez izan.

Galde-sorta horren erabilera erraza eta egokia da, besteak beste, gaixotasunaren garapena zehazteko, gaixotasunaren jarraipena egiteko, dagokion tratamendua erabiltzeko, etab.

#### 5.1.4.01. taula. GDS galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak.

- Gaixotasunaren garapena zehazteko baliagarria da.
- Pertsonaren gaitasun funtzionalaren arabera, balio estandarizatu da.
- Irizpide klinikoen arabera, dementzia hiru mailatan sailkatzen da: dementzia arina, moderatua edo larria.
- Dementziaren garapenean aro zehatzak finkatzen ditu, lehenengotik zazpigarrenera.

#### 5.1.5. Ariketa praktikoak

Ariketa honen helburua da deskribaturiko galde-sorten erabilera zuzena trebatzea. Hala, atal honetan Alzheimer dementziarekin erlazioa izan dezaketen hainbat profil agertzen dira; profil bakoitzaren ezaugarrien arabera, arlo kognitiboa balioesteko galde-sorta egokiak aukeratu eta erabiliko dira. *Rol playing* teknika erabiliz, hau da, antzezlan bat izango balitz bezala, ariketan parte hartzen duen partaide bakoitzak paper edo rol bat garatzen du. Partaideek Alzheimer gaixotasuna izan dezakeen gaixoaren balioespina nolakoa izan daitekeen ulertzeko baliagarria izan daiteke ariketa hau. Kasu bakoitza irakurri ostean, honakoa egingo da:

- Partaide batek profilaren ezaugarriak kontuan izango ditu. Beste pertsona batek, ordea, galde-sorta egokia aukeratu eta ebaluazioan trebatzeko lehen pausoak garatuko ditu.
- Alzheimer gaixotasunaren balioespenean agertzen diren zailtasunak zein diren zehaztu eta arrazoitu. Eztataidatu.

#### 1. kasua

Adina: 82 urte

Sexua: gizona

Ezaugarri kognitiboak:

- Denboraren erabateko orientaziorik eza.
- Lekuaren ia erabateko orientaziorik eza.
- Arreta oso kaltetua.
- Kalkulua oso kaltetua.
- Oroimena nahiko kaltetua.
- Hizkuntza: objektuak izendatzeko eta hitzak errepikatzeko gaitasuna. Kategoriak sailkatzeko zailtasunak ditu. Ulermenaren afasia.
- Praxi ideomotorra kaltetua.
- Praxi grafikoa kaltetua, zirriborroak egiteko gai.

**2. kasua**

Adina: 67 urte

Sexua: emakumea

Ezaugarri kognitiboak:

- Denboraren orientaziorik ez arina.
- Lekuaren orientazio ona.
- Arazo txikiak arreta mantentzeko.
- Kalkulurako gaitasuna mantentzen du.
- Oroimenaren hutsune txikiak.
- Hizkuntzan arazorik ez.
- Praxiak mantentzen dira.

**3. kasua**

Adina: 72 urte

Sexua: gizona

Ezaugarri kognitiboak:

- Denboraren erabateko orientaziorik eza.
- Lekuaren orientaziorik ez arina, zahar-etxe batean dagoela daki.
- Arreta mantentzeko arazoak.
- Kalkuluak egiteko arazoak.
- Oroimena nahiko kaltetua.
- Hizkuntza: objektuak izendatzeko eta hitzak errepikatzeko gaitasuna. Kategoriak sailkatzeko zailtasunak. Ulermenaren afasia arina.
- Praxi ideomotorra kaltetua.
- Praxi grafikoa kaltetua, zirriborrazeko gaitasuna mantentzen du.

**4. kasua**

Adina: 62 urte

Sexua: emakumea

Ezaugarri kognitiboak:

- Denboraren orientaziorik ez arina.
- Lekuaren orientazioa mantentzen du.
- Arreta mantentzeko arazoak.
- Kalkuluak egiteko gaitasuna mantentzen du.

- Oroimenaren hutsune txikiak.
- Hizkuntza mantentzen du.
- Praxiak mantentzen ditu, idazteko arazoak.

### **5. kasua**

Adina: 87 urte

Sexua: emakumea

Ezaugarri kognitiboak:

- Denboraren erabateko orientaziorik eza.
- Lekuaren orientaziorik ez arina, egoitza zein herritan dagoen jakitun da.
- Arreta mantentzeko arazo garrantzitsuak.
- Kalkuluak egiteko ezintasuna.
- Oroimenean arazo inportanteak.
- Hizkuntza oso kaltetua: errepikatzeko gaitasuna mantentzen du.
- Praxiak oso kaltetuak: zirriborroak egiteko gaitasuna soilik mantentzen du.

### **6. kasua**

Adina: 68 urte

Sexua: emakumea

Ezaugarri kognitiboak:

- Denboraren ia erabateko orientaziorik eza: astearen eguna baino ez daki.
- Lekuaren ia erabateko orientaziorik eza: herriaren izena baino ez daki.
- Arreta mantentzeko arazo txikiak.
- Kalkuluak egiteko zailtasunak.
- Oroimena nahiko kaltetua.
- Hizkuntza: objektuak izendatzeko eta hitzak errepikatzeko gaitasuna du.
- Praxi ideomotorra mantentzen du.
- Aginduen ulermena mantentzen du.
- Praxia grafikoa kaltetua.

## 7. kasua

Adina: 80 urte

Sexua: gizona

Ezaugarri kognitiboak:

- Denboraren ia erabateko orientaziorik eza: astearen eguna baino ez daki.
- Lekuaren orientazioa: eraikina, solairua eta hiriak ezagutzen ditu. Aldiz, probintzia, lurraldea edo nazioa ez dakizki.
- Berehalako oroimena ona du.
- Kalkulu aritmetikoetan hutsune handiak.
- Oroimenaren hutsune txikiak.
- Hizkuntza: objektuak izendatzeko eta hitzak errepikatze gaitasuna du.
- Kategorien sailkapenak egitean arazoak ditu.
- Aginduen ulermena mantentzen du.
- Praxi ideomotorra mantentzen du.
- Praxi grafikoa: idazteko gaitasuna mantentzen du, marrazteko gaitasuna, ordea, ez.

## 5.2. ARLO EMOZIONALA

Alzheimer motako demenziaren ondorio emozionalak 4.2. atalean azaldu ostean, atal honetan gai horren inguruan erabiltzen diren tresna garrantzitsuenak azalduko dira. 5.2.1. atalean, depresioa eta herstura neurtzeko *screening* gisa erabiltzen den GADS galde-sorta aztertuko da; 5.2.2. atalean, depresioa neurtzeko galde-sortarik erabilienak azalduko dira; lehenengo, 30 itemez osatutako GDS galde-sortaren bertsioa, eta, bigarren, galde-sorta beraren 15 itemez osatutako bertsio murriztua; 5.2.3. atalean, Zung egilearen depresio-eskala izango da mintzagai; 5.2.4. atalean, adineko pertsonengan herstura neurtzeko galde-sorta erabiliena aipatuko da, HAS galde-sorta hain zuzen ere.

### 5.2.1. GADS, Goldberg Anxiety and Depression Scale

Depresioa eta herstura diagnostikatzeko, *screening* gisara erabiltzen da (ikus 6. eranskina). Jatorrizko bertsioa Goldberg eta laguntzaileena (1988) da. Montón eta laguntzaileek (1993), berriz, bertsio espainiarra egokitu eta balioztatu zuten. Bi eskalaz osatua dago: bata, hersturari dagokio, eta bestea, depresioari. Azpieskala bakoitza 9 itemez osatua dago, eta erantzun guztiak dikotomikoak (Bai/Ez) dira. Horri esker, ez da hainbat erantzunen artean aukeratu behar, eta erantzutea errazten da. Eskala bakoitzeko, puntuazio independente bat ematen da; baieztatzeko, puntu bat. Elkarrizketan zehar, pertsona nagusiari galdetzen zaio *azkeneko bi*

*asteetan* item bakoitzari erreferentzia egiten dion sintomaren bat izan ote duen. Bi aste baino gutxiago irauten duten sintomak edo intentsitate baxukoak direnak ez dira puntuatzen.

Azpieskala bakoitzean, hasierako 4 itemak *screening* gisa erabiltzen dira. Hersturaren azpieskalan hasierako itemetan baiezko erantzunik bada (2 edo gehiago), ondorengo 5 itemak planteatzen dira. Horren ostean, depresioaren azpieskalan hasierako 4 itemetan baiezko erantzun bakar bat nahikoa da hurrengo 5 itemak galdetzeko. Hersturaren azpieskalarako,  $\geq 5$  da ebaki-puntua, eta depresioaren azpieskalarako,  $\geq 3$ . Hala, parte-hartzaileak hersturaren azpieskalan  $\geq 5$  lortzen badu soilik, erabil daiteke *Hamilton Anxiety Scale*, HAS (Hamilton, 1969; Carrobles eta beste, 1986) (ikus 4.2. atala eta 7. eranskina), elkarrizketatuaren herstura-maila hobeto neurtzeko. Horren antzera, depresioaren azpieskalan  $\geq 3$  lortzen bada soilik, erabil daiteke *Geriatric Depression Scale*, GDS/30 (Brink eta beste, 1994) (ikus 4.2.1. atala eta 8. eranskina), elkarrizketatuaren depresio-maila hobeto neurtzeko.

Jatorrizko bertsioak % 74ko sentiberatasuna eta % 93ko espezifikotasuna erakusten ditu. Antzeko edozein tresna bezala, GADS nahaste afektiboa ager dezaketen kasuak aurkitzeko diseinatua dago, eta ez herstura edo depresio-kasuak diagnostikatzen. Montón eta laguntzaileen (1993) bertsioak % 83ko sentiberatasuna eta % 82ko espezifikotasuna ditu; depresioaren azpieskalak % 86ko sentiberatasuna agertu behar du, nahaste depresiboa dutenak diagnostikatzen, eta hersturaren azpieskalak, % 72ko espezifikotasuna. Ondoren, 5.2.1.01. taulan GADS galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak deskribatuko dira.

#### 5.2.1.01. taula. GADS galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak.

- *Screening* edo kontrol gisa erabiltzen da.
- Bi azpieskala ditu: hersturarena eta depresioarena.
- Azpieskala bakoitza 9 itemez osatua dago.
- Erantzun guztiak dikotomikoak (Bai/Ez) dira.
- Azpieskala bakoitzean, hasierako 4 itemak *screening* gisa erabiltzen dira.
- Ebaki-puntuak dira: hersturaren azpieskalarako  $\geq 5$ , eta depresioaren azpieskalarako  $\geq 3$ .

#### 5.2.2. GDS/30, Geriatric Depression Scale

30 itemez osatutako tresna da. Brink-ek eta haren laguntzaileek (1982) sortu zuten, galera kognitiborik gabeko adineko pertsonen egoera afektiboa ebaluatzeko. Horri esker, 30 itemeko eskala (Bai/Ez erantzun dikotomikoduna) sortu zen. Arestian aipatu bezala, adineko pertsonen hainbat erantzunen artean aukeratzea ekiditen da, eta erantzuna erraztea ahalbidetzen. Galderen esanahia alderantziz

ipinita dago zorizko modu batean, ahal den neurrian, norabide bakar batean erantzuteko joerak ekiditeko. Denbora-esparruak gaurko egunari edota aurreko asteari egiten die erreferentzia. Haren edukiaren ardatza dira adineko pertsonengan gertatzen den depresioaren ezaugarri zehatzekin erlazionaturiko alderdi kognitiboa eta jokabidezkoa.

Item bakoitzari 0 edo 1 balioa ematen zaio, ezezko erantzunari 0, eta baiezko erantzunari, 1 balioa. Baiezko erantzunak nahaste afektiboaren sintoma-adierazleak izango dira, eta ezezkoak, normaltasunaren adierazleak. Puntuazio osoa itemen emaitzen batura izango da, 0 puntutik 30 puntura bitartekoa. Montorio-ren (1994) tresnan proposaturiko ebaki-puntuak honako hauek dira: depresiorik eza (0-10 puntu); depresio arina (11-15 puntu); depresio handia (16-22 puntu), eta depresio larria (23-30).

Tresna hau 12 hizkuntzataraz itzuli eta balioztatu da, hala nola japonierara, portugesera, italierara eta frantsesera (Montorio eta Izal, 1997); depresioa neurtzeko galde-sortarik erabiliena da. Perlado-k (1987) gaztelaniazko lehen bertsioaren itzulpena egin zuen. Kasu honetan, Montorio-ren (1994) balioztatzea garrantzitsua da, aurreko balioztatzeek ez zutelako berme psikometrikoki nahikorik eskaintzen.

Gaztelaniazko bertsioaren sentiberatasuna % 84koa da, eta espezifikotasuna, berriz, % 95ekoa. Galde-sorta erabili eta aste batzuk igaro ondoren galde-sorta bera berriro erabiltzean, emaitzen arteko korrelazioa altua da ( $r_{xy} = 0,88$ ). Beraz, berme psikometrikoki kontuan izanik, esan daiteke gaur egungo pertsona nagusien depresioa ebaluatzeko tresnarik egokienetarikoa bat dela (Wisocki, 1991).

30 itemez osatutako tresnaz gain, 15 itemez osatutako bertsio murriztua dago. Hasieran, 30 itemeko bertsioarekin korrelazioa altua zela zirudien ( $r=0,84$ ). Hala ere, ondorengo ikerketetan korrelazio baxuagoak aurkitu dira ( $r=0,66$ ). Hori guztia kontuan izan arren, bertsio murriztua erabiltzen da (ikus 9. eranskina), bereziki arlo instituzionalean, abantailarik handiena da adinekoa ez «estutzea», bizitzako pasarte desatseginak gogoratu behar baititu. Ondoren, 5.2.2.01. taulan GDS galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak deskribatuko dira.

#### **5.2.2.01. taula. GDS/30 eta GDS/15 galde-sorten ezaugarri garrantzitsuenak.**

- 30 itemez osatutako galde-sorta dikotomikoa da.
- Galera kognitiborik gabeko adinekoen egoera afektiboa ebaluatzeko balio du.
- 30 itemez osatutako tresnaz gain, 15 itemez osatutako bertsio murriztua dago.
- Bertsio murriztua erabiltzen da arlo instituzionalean.



### 5.2.3. Zung-en depresioaren galde-sorta

Zung egileak 1965. urtean garatu zuen depresioa neurtzeko galde-sorta. Gaztelaniara bost urte geroago itzuli eta balioztatu zen (Conde, Escribá eta Izquierdo, 1970). Galde-sorta honen ezaugarri garrantzitsua da depresioaren adierazle somatikoak, kognitiboak eta portaerazkoak neurtzen dituela (ikus 10. eranskina).

Eskalak 20 item ditu. Erdiak esaldi positiboen bidez adierazita daude. Beste erdiak, berriz, esaldi negatiboen bidez. Item guztietatik 8k eduki kognitiboekin erlazioa dute, beste 8 itemek eduki somatikoekin, beste 2 itemek gogo-aldartearekin, eta azken 2 itemek sintoma psikomotorrekin. Pertsonak itemaren maiztasuna kontuan hartu behar du, eta ez itemaren intentsitatea. Hala, item bakoitzean lau aukera daude: A: oso denbora gutxian, oso gutxitan eta nekez; B: noizean behin eta batzuetan; C: askotan eta maiz; D: ia beti, beti eta ia denbora guztian. Item guztien puntuazioa batuta, ebaluazioaren indizea lortuko da.

Zung-en galde-sortaren fidagarritasuna ona da ( $\alpha = 0,79$  eta  $0,92$  bitartekoa da). Beste galde-sortekiko (esaterako, Beck-en depresioaren galde-sortarekiko) korrelazioa  $0,50$ etik  $0,80$ ra artekoa da.

Egun, depresioa neurtzeko Zung-en galde-sorta ez da askorik erabiltzen, besteak beste, honako arrazoi hauengatik: GDS galde-sortak balio psikometriko hobeak dituelako, depresioaren zenbait sintoma kontuan hartu ez dituelako, eta depresioaren somatizazioari garrantzi handiegia eskaini diolako. Arestian aipatu den gisa, depresioa neurtzeko galde-sortarik erabiliena GDS da. Ondoren, 5.2.3.01. taulan Zung-en galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak deskribatuko dira.

#### 5.2.3.01. taula. Zung-en eskalaren ezaugarri garrantzitsuenak.

- Ezaugarri nagusia da adierazle somatikoak, kognitiboak eta portaerazkoak neurtzen dituela.
- 20 item ditu: erdiak, esaldi positiboak, eta beste erdiak, berriz, esaldi negatiboak.
- 8 itemek eduki kognitiboekin dute erlazioa.
- Beste 8 itemek eduki somatikoekin dute erlazioa.
- Beste 2 itemek egoera animikoarekin dute erlazioa.
- Azken 2 itemek sintoma psikomotorrekin dute erlazioa.

### 5.2.4. HAS, Hamilton Anxiety Scale

Hamilton-ek 1959. urtean diseinatu zuen HAS hersturari buruzko galde-sorta. Hasiera batean, 15 itemez osatua zegoen, baina horietako lau bitan bateratu ziren, eta eskala 13 itemera murriztu zen. Geroago, 1969. urtean, hain zuzen ere, sintoma somatiko orokorren itema bitan banatu zen (*somatiko muskularrak* eta *somatiko*

*sentsorialak*), eta eskala 14 itemez osatuta egotera pasatu zen. Azken hori da gaur egun gehien erabiltzen den bertsioa. Aldez aurretik herstura izan dezakeen pertsona nagusiaren egoera aztertzea da haren helburua.

Gaztelaniazko bertsioa Carrobles eta haren laguntzaileena (1986) da. Esan den bezala, 14 itemez osaturik dagoen eskala da; horietatik, lehen hamahiruek herstura-seinale eta -sintomak aztertzen dituzte, eta azkenak pertsona nagusiak elkarrizketan zehar adierazi duen portaera balioesten du. Item bakoitzean, intentsitatea zein maiztasuna hartu behar dira kontuan. Eskala Likert motakoa da eta lau erantzunen artean aukera daiteke: 0 bat ere ez; 1 arina; 2 moderatua; 3 larria, eta 4 oso larria.

Item bakoitzean jaso diren puntuazioak batzen badira, azken puntuazioa lortzen da. Puntuazioen heina 0 eta 56 artean kokatzen da. Horrez gain, bi puntuazio mota lor daitezke: batetik, *herstura psikikoari* dagokiona (1, 2, 3, 4, 5, 6 eta 14. itemak), eta bestetik, *herstura somatikoari* dagokiona (7, 8, 9, 10, 11, 12 eta 13. itemak). Baremoak honako hauek dira: hersturarik eza (0-5); herstura-maila baxua (6-14); herstura-maila altua (> 15).

Carrobles-ek eta haren laguntzaileek (1986) gaztelaniara egokitutako bertsioaren fidagarritasuna  $\alpha = 0,79$  eta  $0,86$  bitartekoa da. Test-birtest korrelazioa  $r_{xy} = 0,96$  da astebeteko tartean, eta urtebete pasatu ostean,  $r = 0,64$ . Baliotasunari dagokionez, HAS galde-sorta herstura neurtzen duten beste galde-sorta batzuekin erkatu zen. Alegia, Covi galde-sortarekin ( $r = 0,63$  eta  $0,75$ ) eta Beck galde-sortarekin ( $r = 0,56$ ). Horrez gain, Hamilton galde-sortarekin konparatu ostean, korrelazio altua adierazten du ( $r = 0,62 - 0,73$ ). Hersturaren aurkako tratamendua aplikatu ondoren, galde-sorta sentibera da, hau da, hersturari dagozkion aldagetak hautematen ditu. Ondoren, 5.2.4.01. taulan HAS galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak deskribatuko dira.

#### 5.2.4.01. taula. HAS galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak.

- Eskalak 14 item ditu.
- Lehen 13 itemek herstura-seinale eta -sintomak aztertzen dituzte.
- Azken itemak pertsona nagusiak elkarrizketan zehar adierazi duen portaera balioesten du.
- Item bakoitzean intentsitatea zein maiztasuna hartzen dira kontuan.
- Aldez aurretik herstura izan dezakeen pertsona nagusiaren egoera aztertzea da helburua.

### 5.2.5. Ariketa praktikoak

Ariketa honen helburua da deskribatu diren galde-sorten erabilera zuzena trebatzea. Horrela, atal honetan Alzheimer dementziarekin erlazioa izan dezaketen hainbat profil agertzen dira, profil bakoitzaren ezaugarrien arabera, arlo emozionala balioesteko galde-sorta egokiak aukeratu eta erabiliko dira. *Rol playing* teknika erabiliz, partaideek Alzheimerra izan dezakeen gaixoaren balioespena nolakoa izan daitekeen ulertzeko baliagarria izan daiteke ariketa hau. Kasu bakoitza irakurri ostean, honakoa egingo da:

- Partaide batek profilaren ezaugarriak kontuan izango ditu. Beste pertsona batek, ordea, galde-sorta egokia aukeratu eta ebaluazioan trebatzeko lehen pausoak garatuko ditu.
- Alzheimer gaixotasunaren balioespenean agertzen diren zailtasunak zein diren zehaztu eta arrazoitu. Eztabaidatu.

#### 1. kasua

Adina: 82 urte

Sexua: gizona

Ezaugarri emozionalak:

- Familiak dio beti izan duela «nortasun urduria».
- «Nahikoa alaia» da.
- Azkenaldian, hainbat sintoma larriagotu egin dira.
- Elkarrizketetan, adibidez, seme-alabek bisitatu behar dutela kontatzen du, eskuak estutuz, eta uste izaten du istripuren bat izango zutela edo beste edozer gauza gertatuko zitzaiela.
- Egoitzako laguntzaile bati telefono-dei baten zain zegoela kontatu dio, oso urduri, baina ez omen dio inork deitu.
- Oso larritua sentitzen dela dio. Aztoratua dago, eskuak dardarka ditu, hitz egiterakoan estutu egiten da eta bular eta urdailari eusten die indarrez, arropa bihurrituz.
- Askotan itolarria sentitzen du eta ia egunero urduri dago azken aste hauetan.

## 2. kasua

Adina: 78 urte

Sexua: gizona

Ezaugarri emozionalak:

- Azkenaldian, triste ageri da.
- Lehen interesatzen zitzaizkion gauzetatik, ez du apenas deus egiten orain.
- Ez du ia jaten.
- Duela denbora asko, bakarrik bizi da, baina maiz izaten ditu senideen bisitak eta etxerako laguntza ere badu.
- Hiru urte daramatza alargun, hasieran, lur jota ematen zuen, baina denborarekin hobera egin du nabarmen.
- Ezerez, ezgai eta gaixorik sentitzen dela dio.
- Egoera fisiko orokorra ona da.
- Badirudi ez duela ezerk asetzen eta ez diola deusek axola ere.
- Nahikoa maiz negar egiten du.

### 5.3. PORTAERAREN ARLOA

Alzheimerrak portaera-mailan dituen ondorioak 4.3. atalean azaldu ostean, atal honetan portaera-nahasteak ebaluatzeko erabiltzen diren tresna garrantzitsuenak azalduko dira. 5.3.1. atalean, portaeraren azterketa funtzionala egiteko kontuan hartu beharreko aldagaiak deskribatuko dira; 5.3.2. atalean, *Neuropsychiatric Inventory*; 5.3.3. atalean, *Caretaker Obstrepous-Behavior Rating Assessment*; 5.3.4. atalean galde-sorten erabilera zuzena sustatzeko hainbat ariketa praktikoko proposatuko dira.

#### 5.3.1. Portaeraren azterketa funtzionala

Portaera-nahasteak demenzia duen gaixoaren bizi-kalitatearen gutxitzea dakar. Demenzia duen pertsonaren familiarengan edo lagunengan eragiten du eta, era berean, gaixoak jasotzen duen zainketa-kalitatean. Hala ere, demenzia duen pertsonaren portaera gaixotasunaren ondorioz gertatzen dela ulertu behar da, hau da, ez dela gaixoak nahita egiten duen portaera. Testuinguru horretan portaera-nahasteak maneiatzeko esku-hartzea garrantzitsua da. Esku-hartzearen oinarriko araua da esku hartu aurretik ezagutzak bereganatzea. Arau hori are garrantzitsua da portaera-nahastei dagokienez.

Esku-hartzearekin hasi aurretik portaeraren azterketa sakon bat egitea beharrezkoa da. Azterketa horretan portaera *deskribatzeaz* gain, *aurrekariak*, hau da, portaeraren testuinguru eta portaeraren *ondorioak* aztertu behar dira. Portaeraren azterketa funtzionala hiru aldagai horien arabera egin behar da.

Portaerak estimulu edo estimulu multzo zehatz baten ondoren agertzen den jarduera definitzen du. Portaera ahozkoa (esate baterako, mehatxuak edo irainak), kognitiboa (esate baterako, eldarnioak) zein motorra (esate baterako, noraezean ibiltzea) izan daiteke. Adibidez, egoitza batean bizi den adineko emakume bat arratsaldero negarrez hasten da. Portaera negar egitea da, komunikazio ez-berbalaren adierazpena hain zuzen ere.

Aurrekariak portaeraren aurretiko egoera definitzen du. Estimulu fisikoak (esate baterako, mina edo soinua), kognitiboak (esate baterako, oroimenak edo pentsamenduak) eta emozionalak (esate baterako, poza edo tristura) ezberdintzen dira. Aurreko adibidearekin jarraituz, emakumea alabaren bisita amaitzen denean eta alaba etxera joatean hasten da negarrez. Litekeena da portaeraren aurrekaria alabaren falta izatea.

Ondorioak portaera baten ondoren gertatzen dena definitzen du. Portaeraren ondorioak errefortzuak dira portaeraren errepikatzea eragiten dutelako. Errefortzua positiboa denean portaeraren ondoren gaixoak positibo deritzon ondorioa jasotzen du, eta horrek portaeraren maiztasuna handitzea eragin dezake. Esate baterako, portaera erasokorra azaldu ondoren gaixoak zaintzailearen arreta jasotzen du, eta portaera erasokorra errepikatzeko aukera handitu daiteke. Aldiz, errefortzua negatiboa denean, ondorio negatibo baten ez-egitea gertatzen delako, portaeraren maiztasuna handitu daiteke. Esate baterako, inguruko pertsonak zarata egiten dutenean, gaixoa deseroso aurki daiteke, ingurukoek zarata egiteari uzten diotenean, gaixoak portaera lasaia ager dezake. Errefortzu positiboaren kasuan ondorio positiboa izateak (arreta jasotzeak) portaera errepikatzea eragiten du. Errefortzu negatiboaren kasuan, aldiz, portaeraren aurretik gertatzen den estimulu negatiboaren ezabatzeak (zarata desagertzeak) eragin dezake portaeraren errepikatzea.

Portaeraren azterketa funtzionala egiteko erregistro-orri bat erabili ohi da (ikus 5.3.1.01. taula). Informazioa gaixoaren portaera ondo ezagutzen duen pertsona baten bitartez jasotzen da. Erregistro-orri horretan aipaturiko hiru aldagaiak modu zehatzean definitzen dira. Horrez gain, badira beste zenbait aldagai erregistro-tratu beharrekoak, esaterako, portaera arazotsua noiz gertatzen den, portaera arazotsua zenbat aldiz gertatzen den (maiztasuna), eta portaera arazotsuaren ondorio ezkorren intentsitatea (adibidez, 0-10 tartean 0 intentsitate baxua, 10 intentsitate altua). Ondoren, hipotesiak zehazten dira, portaera arazotsua noiz, nola eta zergatik gertatzen den eta nola mantentzen den zehaztuz. Informazio horrek guztiak lagunduko du portaeraren aurrean egin litekeena argitzen.

**5.3.1.01. taula. Portaera-nahasteen azterketa funtzionala egiteko erregistro-orria.**

PORTAERA	Noiz	Aurrekariak	Deskripzioa	Maiztasuna	Intentsitatea	Ondorioa

**5.3.2. NPI, Neuropsychiatric Inventory**

Galde-sorta honen helburua da buru-nahasteak jasaten dituzten gaixoengan ager daitezkeen portaera desegokiei buruzko informazioa eskuratzea. Tresna hau Alzheimer eta beste motatako demenziak jasaten dituzten gaixoekin erabiltzeko garatu da eta galde-sortaren informazioa gaixoaren zaintzaile baten bidez lortzen da.

Alzheimer gaixotasuna duen pertsonaren portaera-nahasteak neurtzeko erabiltzen den galde-sorta ezagunenetakoa da *Neuropsychiatric Inventory* (Cummings eta beste, 1994).

Tresna honen galderak gaixoaren portaeran gertaturiko *aldaketei* buruzkoak dira, hau da, gaixotasuna garatzen hasi den unetik agertu diren portaera berriei erreferentzia egiten diete (ikus 11. eranskina). Hau da, gaixotasuna garatzen hasi aurretiko portaerak ez dira kontuan hartzen. Hala ere, portaera-aldaketa garrantzitsu bat gertatzen bada, kontuan hartu behar da (adibidez, gaixoa beti axolagabe azaldu arren egoera gehitu edo larritu bada).

Hori guztia kontuan hartuta, NPI galde-sortak demenzietan gertatu ohi diren adierazpen neuropsikiatrikoak ebaluatzen ditu. Horrez gain, maiztasuna eta larritasuna zehazten dira.

Hamar item ditu eta portaeraren beste hainbat arlo ebaluatzen ditu:

1. Eldarnioak
2. Haluzinazioak
3. Aztoramena/Agresibitatea
4. Depresioa/Disforia
5. Herstura
6. Zoramena/Euforia

7. Apatia/Axolagabetasuna
8. Desinhibizioa
9. Suminkortasuna/Labilitatea
10. Ezohiko portaera

Galde-sortaren bidez lortutako erantzunek gaixotasuna garatzen hasi den unetik agertu diren portaera berriei erreferentzia egiten diete. Gaixotasuna garatzen hasi aurretik agertzen ziren portaerak ez dira kontuan hartzen. Hala ere, aldaketa garrantzitsu bat gertatzen bada, kontuan hartuko da (adibidez, gaixoa beti apatikoa izan arren egoera areagotu bada).

Item bakoitzean galdera bat proposatzen da. Erantzuna ezezkoa bada, hurrengo itemera pasatu behar da. Aldiz, erantzuna positiboa bada, portaeraren maiztasuna eta larritasuna neurtzen dira. Maiztasunaren puntuazioa honako hau da: 1, ia inoiz; 2, batzuetan; 3, askotan; 4, gehienetan. Larritasuna, berriz, honela puntuatzen da: 1, arina (gaixoari larritasun gutxi eragiten dio); 2, erdi-mailakoa (gaixoarentzat larriagoa da baina zaintzaileak kontrola dezake oraindik); 3, larria (gaixoarentzat oso larria eta kontrolatzeko zaila).

Item bakoitzaren azken emaitza maiztasuna eta larritasuna biderkatuz lortzen da, ondorioz, 120koa da gehienez lor daitekeen puntuazioa. Puntuazioa zenbat eta altuagoa izan, gaixoak orduan eta nahaste handiagoa izango du.

Galde-sortaren iraupena hamabost minutukoa da gutxi gorabehera eta balio psikometrikoak egokiak dira. Ondoren, 5.3.2.01. taulan NPI galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak deskribatuko dira.

#### **5.3.2.01. taula. NPI galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak.**

- Ohiko sintomen maiztasuna eta intentsitatea neurtzen ditu.
- Galde-sortaren iraupena laburra da.
- Zaintzailearekin izandako elkarrizketa baten bidez lortzen da informazioa.

#### **5.3.3. COBRA, Caretaker Obstreperous-Behavior Rating Assessment**

Tresna hau (Drachman eta beste, 1992) dementia duen gaixoak agertutako portaera-nahaste mota zehazteko, eta portaera-nahastearen maiztasun- eta larritasun-mailak ebaluatzeko erabiltzen da. Informazioa zaintzailearen bitartez jasotzen da. Portaera-nahasteak lau kategoriatan banatzen dira: portaera erasokorra, normaltasunik eza maila motor/mekanikoan, nortasun/pentsamenduaren nahasteak, eta nahasketa begetatiboak. Portaera erasokorraren adibide dira eraso fisiko zein ahozko erasoak, objektuak puskatzea eta autolisia edo nork bere buruari erasotzea. Portaera motor/mekanikoen nahasteen adibide dira noraezean ibiltzea, mututasuna

eta bradikinesia edo mugimenduen moteltzea. Nortasun/pentsamenduaren nahasteen artean, haluzinazioak, konfabulazioak eta paranoiak kontuan izan behar dira. Azkenik, nahaste begetatiboen multzoan loaren nahasteak, sexualitatean aldaketak eta minarekiko tolerantzian agertutako aldaketak aurkitzen dira.

#### 5.3.4. Ariketa praktikoak

Ariketa honen helburua da deskribatu diren galde-sorten erabilera zuzena trebatzea. Horrela, atal honetan Alzheimer demenziarekin erlazioa izan dezaketen hainbat profil agertzen dira; profil bakoitzaren ezaugarrien arabera, portaera-arloa balioesteko galde-sorta egokiak aukeratu eta erabiliko dira. *Rol playing* teknika erabiliz, partaideek Alzheimer gaixotasuna izan dezakeen gaixoaren balioespena nolakoa izan daitekeen ulertzeko baliagarria izan daiteke ariketa hau. Kasu bakoitza irakurri ostean, honakoa egingo da:

- Partaide batek profilaren ezaugarriak kontuan izango ditu. Beste pertsona batek, ordea, galde-sorta egokia aukeratu eta ebaluzioan trebatzeko lehen pausoak garatuko ditu.
- Alzheimer gaixotasunaren balioespenean agertzen diren zailtasunak zein diren zehaztu eta arrazoitu. Eztabaidatu.

### 1. kasua

Adina: 79 urte

Sexua: gizona

Portaera-arloarekin erlazioatutako ezaugarriak:

- Azkenaldian ingurukoek mina egin nahi diotela dio.
- Bere familiarrak etxeok ez direla dio.
- Etxea ez omen du ezagutzen eta, gainera, etxean ezezagunak bizi omen dira.
- Ezezagunek bere gauzak lapurtzen dizkiotela sentitzen du.
- Telebistako aurkezleak eta agertzen diren pertsona guztiak bere etxean bizi direla uste du.



## 2. kasua

Adina: 86 urte

Sexua: emakumea

Portaera-arloarekin erlazionatutako ezaugarriak:

- Ahotsak entzuten ditu edo ahotsak entzungo balitu bezala jokutzen du.
- Bakarrik hitz egiten du, beste pertsonekin elkarrizketan arituko balitz bezala.
- Gainerako pertsonak ikusten ez dituzten gauzak ikusten ditu (objektuak, pertsonak, argiak, etab.).
- Besteek usaintzen ez dituzten usainak usaintzen ditu.
- Gorputzeko azalean gauza bereziak sentitzen ditu edo sentitzen dituela dirudi.
- Zapore berezirik gabeko zaporeak sentitzen ditu.
- Oro har, zentzumenen hautematea nahastua du.

## 3. kasua

Adina: 72 urte

Sexua: gizona

Portaera-arloarekin erlazionatutako ezaugarriak:

- Gaixoak erresistentzia handia azaltzen du zaintzaileek zenbait jarduera egiteko orduan, esaterako, bainua hartzean edo arropa aldatzean.
- Gauzak berak dioen bezala egin behar dira.
- Zaintzaileei ez die laguntzen eta normalean ez du laguntzen.
- Kasu batzuetan, oldarkor agertzen da eta zaila da bera maneiatzea.
- Noizean behin laguntza berezia behar izaten da bere portaera erasokorra baita, jo egiten du.

## 4. kasua

Adina: 92 urte

Sexua: emakumea

Portaera-arloarekin erlazionatutako ezaugarriak:

- Edozein unetan negarrez egoten da, triste sumatzen da.
- Gauza ezkorrak esaten ditu eta aldartea baxua du.
- Ingurukoei ez die laguntzen eta normalean ez du laguntzen.
- Pertsona gaiztoa dela dio eta zigortua izan behar omen du.

- Etorkizunean itxaropenik ez du.
- Zenbaitetan heriotzari buruzko erreferentziak egiten ditu.

## 5. kasua

Adina: 88 urte

Sexua: emakumea

Portaera-arloarekin erlazionatutako ezaugarriak:

- Egin beharreko hainbat jardueraren aurrean urduri azaltzen da.
- Arrazoi jakinik gabe dardara, lasai egoteko ezintasuna eta gehiegizko urduritasuna agertzen ditu.
- Zenbaitetan urdailean «tximeletak» sentitzen dituela dio.
- Urduritasuna ez sentitzeko hainbat egoera saihesten ditu, adibidez, autoa hartzea, lagunekin elkartzea edo jende artean egotea.
- Zaintzailearekin etengabe egoteko joera du, mendekotasuna adierazten du.

## Bosgarren kapituluaren laburpena

- Alzheimer motako dementziaren *ebaluaketa kognitiboa* egiteko erabili ohi diren galde-sorta nagusiak dira: MMSE (*Mini-Mental State Exam*), SPSMQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*), ADAS-COG (*Alzheimer's Disease Assessment Scale*) eta GDS (*Global Deterioration Scale*).
- MMSE eta SPSMQ galde-sortak *screening* gisa erabiltzen dira, eta erabilera laburra eta erraza dute.
- ADAS-COG galde-sorta bi azpi galde-sortaz osaturik dago: kognitiboa eta portaerazkoa, dementziaren garapenaren aro aurreratuak ezagutzeko baliagarria da. GDS galde-sorta, berriz, gaixotasunaren garapenean aro zehatzak finkatzen ditu, lehenengotik zazpigarrenera.
- Alzheimer motako dementziaren *ebaluazio emozionala* egiteko erabili ohi diren galde-sorta nagusiak dira: GADS (*Goldberg Anxiety and Depression Scale*), HAS (*Hamilton Anxiety Scale*) eta GDS/30 edota GDS/15 (*Geriatric Depression Scale*).
- GADS galde-sorta *screening* gisa erabiltzen da. HAS hersturari buruzko galde-sorta da eta 14 item ditu, item bakoitzean intentsitatea zein maiztasuna hartzen dira kontuan. GDS/30 eta GDS/15, ordea, depresioari buruzko galde-sortak dira eta itemak dikotomikoak (Bai/Ez) dira.

- Alzheimer motako dementziaren ondorioz ager daitezkeen *portaera-nahasteak ebaluatzeko* galde-sorta erabilienak dira: NPI (*Neuropsychiatric Inventory*) eta COBRA (*Caretaker Obstrepous-Behavior Rating Assessment*).
- NPI galde-sortak ohiko sintomen maiztasuna eta intentsitatea neurtzen ditu. Zaintzailearekin izandako elkarrizketa baten bidez lortzen da informazioa eta laburra da.
- COBRA galde-sorta portaera-nahastearen maiztasun- eta larritasun-mailak ebaluatzeko erabiltzen da eta beharrezko informazioa zaintzailearen bitartez lortzen da.

### ***ERREFERENTZIA GOMENDAGARRIAK***

Leturia, F. J. eta beste (2001): *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*, Cáritas Española, Madril.

Reisberg, B. eta beste (1987): "Behavioral symptoms in Alzheimers-disease - Phenomenology and treatment", *Journal of Clinical Psychiatry*, **48**, 9-15.



## 6. Dementia eta Alzheimer motako demenzian esku-hartzea

*Alaitz Aizpurua, Izarne Lizaso, Silvia Camio*

### 6.1. ESKU-HARTZE KOGNITIBOA

Alzheimer motako demenziaren ondorio kognitiboak 4.1. atalean azaldu ostean, atal honetan gaixotasun hori duen pertsonari zuzenduta erabiltzen diren tratamendu ez-farmakologikoez hitz egingo da. Hain zuzen ere, esku-hartze ez-farmakologikoaren ideia nagusia da demenzia duen pertsona intelektualki eta fisikoki estimulatuta mantentzea. Horrela, ongi mantentzen diren funtzio kognitiboak estimulatu egiten dira.

Hori kontuan izanik, hiru azpiatal nagusi aztertuko dira: 6.1.1. atalean, estimulazio sentsoriala izango da hizpide; 6.1.2. atalean, Errealitatearen Orientazioa izeneko esku-hartzea izango da mintzagai; 6.1.3. atalean, Erreminiszentzia izena duen esku-hartze kognitiboaren programa azalduko da.

#### 6.1.1. Zentzumenen estimulazioa

Galera kognitiboak duten pertsonak hainbat arrazoiengatik gutxi estimulatuak izaten dira edota estimulu gutxi jasotzen dituzte zentzumenen bidez, besteak beste, zentzumen-zorroztasuna baxua dutelako (gortasuna, ikusmen falta, etab.) eta inguruneak estimulazio nahikorik eskaintzen ez duelako (ingurune monotonoa, kolore motelak, etab.).

Hori guztia kontuan hartuta, atal honetan zentzumenen estimulazioaren helburuak, zentzumenak estimulatzeko jarduerak eta hainbat ariketa praktikoa aipatuko dira.

##### 6.1.1.1. Helburuak

Zentzumeneren helburuak dira, besteak beste, zentzumeneren hartzailak estimulatzeko, estimuluen aurrean gaixoaren erantzun hobea lortzea eta ingurunearen eta bere buruaren ezagutza hobetzea. Zentzumeneren bidez eskuratzen den informazioa ondo erregistratzea garrantzitsua da gerora erabili nahi den informazioa oroimenean biltegitzeko.

Zainketarekin erlazioa duten jarduerak oso garrantzitsuak dira, kontaktua eta gorputzaren ezagutza errazteko. Gorputzaren bidez eta maneiatzen diren tresnen

kontaktuen bidez, ukimenaren eta ikusmenaren hartzaileak estimulatzeko dira. Objektuen diskriminazioa egiteko gai izateak gaixoari ingurunean ziurtasunez jokatzeko aukerak areagotzen dizkio. Bazkaltzeko edo afaltzeko momentuak dastamena eta usaimena estimulatzeko interesgarriak dira.

### 6.1.1.2. Jarduerak

Atal honetan zentzumenen bidezko estimulazioa lantzeko bost jarduera aurkeztuko dira. Hain zuzen ere, zentzumen bakoitzarekin erlazionatuta dauden jarduerak zehatzak: entzumenarekin, ikusmenarekin, ukimenarekin, usaimenarekin eta dastamenarekin.

#### 1. Entzumenaren bidez lantzen den estimulazioa

- Soinu ezagunak edo ezezagunak identifikatzea eta ezberdintzea: txaloak, haur baten negarra, takoiak, kanpaia, autoa, motorra, zakurra, katua, ura, ekaitza, etab. Horrez gain, pertsonak soinuak hitz edo irudiekin erlazionatzea. Gainera, irakurritako testu batean zenbaki edo letra zehatz batean soilik arreta jartzea.

#### 2. Ikusmenaren bidez lantzen den estimulazioa

- Objektu, kolore eta forma geometrikoak identifikatzea eta ezberdintzea.
- Kolore berdina duten objektuetan edo forma berdina dutenetan arreta jartzea.
- Marrazkien edo irudien artean ezberdintasunak eta antzekotasunak aurkitzea.

#### 3. Ukimenaren bidez lantzen den estimulazioa

- Ukimenaren bidez, forma, tamaina edo testuak ezberdintzea: belusa, kotoia, lixa, kortxoa, etab.
- Beroaren eta hotzaren artean ezberdintzea.
- Begi itxiekin objektuak identifikatzea: Alzheimerra duen gaixoaren aro aurreratuetan kategoria berdineko objektuak erabili behar dira: bainurako objektuak, jateko tresnak, etab., hau da, kategoria, familia edo erabilgarritasun berdinekoak. Objektu horiek irudiekin elkartzea.

#### 4. Usaimenaren bidez lantzen den estimulazioa

- Usainak identifikatzea eta ezberdintzea: lurrinak, espeziak, loreak, edariak, janariak, frutak, etab.
- Usainekin erlazionatuta dauden oroitzapenak gogoratzea: «zer ekartzen dizu burura kafe-usainak? Eta arropa garbiaren usainak? Zerekin erlazionatzen duzu loreen edo belarraren usaina?».
- Usainak irudiekin erlazionatzea.

## 5. Dastamenaren bidez lantzen den estimulazioa

- Zaporea identifikatzea eta ezberdintzea: garratza, gazia, goxoa, mingotsa, etab., pertsonaren gustuko zaporeak eta bizitzako esperientziak kontuan hartu behar dira.
- Zaporeei buruzko galderak: «azukrea goxoa ala gazia da?».
- Zaporeekin erlazionatuta dauden oroitzapenak gogoraraztea.
- Zaporeak irudiekin erlazionatzea.

### 6.1.1.3. Ariketa praktikoak

Atal honetan hiru ariketa praktiko proposatzen dira, horietako bakoitza zentzumen zehatz bat estimulatzeko lagungarria da: lehenengoan, ukimena; bigarrenan, usaimena, eta hirugarrenean dastamena.

#### 1. Ukimenaren bidez lantzen den estimulazioa

Pertsonari objektuz betetako kutxa bat edo objektu soil bat emango zaio, eta erlazioak egitea sustatuko da. Adibidez:

- Hau leuna da.....bezala.
- Hau gogorra da.....bezala.
- Hau .....bezain beroa da.
- Honek.....bezainbesteko pisua du.

Egitura edota irudi ezberdinak aurkezten dira eta horien ezaugarri zehatzak zein diren pentsatu behar da. Adibidez:

- Ondorengo objektuen artean, zein da gogorra eta zein da leuna? Belakia, harria, txanpona, giltza, muxika, magdalena, galtzerdia.
- Ondorengo objektuen artean, zein da leuna eta zein da zimurra? Kotoia, belusa, lixa-papera, zeta.
- Ondorengo objektuen artean, zein da hotza eta zein da beroa? Harria, izotza, zopa, marmola, mahaia, txanpona, mailua.
- Ondorengo objektuen artean, zein da arina eta zein da astuna? Luma, burdina, kotoi, kortxoa, konfetia, plomua edo beruna, lastoa.
- Ondorengo objektuen artean, zein da biribila eta zein da ertzak dituen? Giltza, pilota, puxika, eraztuna, liburua, botila.
- Ondorengo objektuen artean, zein da likidoa eta zein da solidoa? Ura, olioia, izotza, haragia, irina.

## 2. Usaimenaren bidez lantzen den estimulazioa

Pertsonak usaimenarekin erlazioa duten oroitzapenak gogorarazi behar ditu. Horretarako, irudiak, objektuak edo usainak erabiliko dira.

- Zer ekartzen dizu burura usain honek?
- Zein leku ekartzen dizu burura usain honek?
- Zein kolonia edo perfume erabiltzen zuen zure amak edota bikotekideak? Gustatzen al zitzaizun?
- Txikitan zein zen jaikitzean sumatzen zenuen lehenengo usaina?
- Betidanik gustukoa izan ez duzun usain bat esan ezazu. Zergatik?
- Zein usain zuten tren geltokiek? Eta trenek?
- Haren usain pertsonalagatik norbait bereziki gogoratzen al duzu?
- Zein janarik listua jariatzen zizun haren usaina gogoratzean?
- Zein usain datorkizu burura lan egiten edo ikasten zenuen lekua gogoratzean?
- Azokaren usainak gogoratzen al dituzu?
- Modu berezian usaintzen zuen lekuren bat gogoratzen duzu?

## 3. Dastamenaren bidez lantzen den estimulazioa

Pertsonak oroitzapenak eta gustuak erlazionatu behar ditu. Horretarako, dastamenezko oroitzapena errazten duten zaporeak, irudiak edo objektuak erabiliko dira.

- Zure amonak, amak edo senitarteko batek egiten zituen plateren artean, zein zenuen gustukoena?
- Zer gustatzen zitzaizun gehiago, goxoa ala gazia?
- Antzinako janariari buruz zer oroitzapen duzu: ikastolan, etxean edo antzeko lekuetan?
- Zapora honek zer ekartzen dizu burura?
- Gogoratzen duzu noiz jan zenuen hau?

### ***6.1.2. Errealitatearen Orientazioa***

Galera kognitiboa duten pertsonak beren buruari eta beren inguruneari buruzko informazioa estimulatuz, nahasmenari, orientaziorik ezari eta oroimen-galerei aurre egiteko esku-hartze terapeutikoa lantzen da. Errealitatearen Orientazioak ideia horrekin erlazioa du, zeren oinarritzko informazioa errepikatzeak pertsonaren orientaziorik eza murriztu eta ikaskuntza hobetu baitezake.



Atal honetan Errealitatearen Orientazioa delako terapiaren helburuak, terapia mota honetan lantzen den hogeita lau orduko eredu, taldeen antolakuntza eta bertan lantzen diren funtzio kognitiboak azalduko dira. Azkenik, zenbait ariketa praktikoko proposatuko dira.

#### *6.1.2.1. Helburuak*

Errealitatearen Orientazioaren helburu nagusiak honako hauek dira, hurrenez hurren:

- Denbora, espazio eta pertsonari buruzko orientazioa hobetzea.
- Orientazioa eremu desberdinetan sustatzea.
- Gaixoaren portaera desegokia zuzentzea.
- Herstura murriztea.
- Autoestimua hobetzea, gaixoak egin ditzakeen jarduerak proposatuz.
- Adineko pertsonen gaitasunak hobetzea, bereziki, galera kognitiboaren ibilbidea moteltzea.
- Hizkuntza automatikoa trebatzea.
- Arreta hobetzea.
- Hitz egiteko gogo eta ahozko jariora erraztea.
- Bizitzaren kalitatea hobetzea, pertsonaren konpetentziak hobetzean.

Errealitatearen Orientazioa normalean bi modutan egiten da: hogeita lau orduko errealitatearen orientazioa eta errealitatearen orientazioa izeneko programen bidez. Hala ere, bata bestearen osagarria izan daiteke. Ondoren, bi eredu horiek azalduko dira.

#### *6.1.2.2. Hogeita lau orduko errealitatearen orientazioa*

Ingurunean orientazioa errazteko lagungarriak izan daitezkeen hainbat aldaketa egiten dira: ikus-adierazgarriak (bainugelan, arroparen armairuan, etab.), erloju handiak, begi-bistako egutegiak, egin beharreko jarduerak karteletan idatzi, ateetan kartelak edo marrazkiak ipini.

Alzheimer gaixotasuna duen pertsonarekin komunikazioak orientagarria izan behar du. Esaterako, denborari dagokionez, zein egun den argituz eta zein eguraldi egiten duen esanez; lekuari dagokionez, berriz, «zatoz, goazen komunera» antzeko esaldiak gomendagarriak dira; azkenik, informazio pertsonalari dagokionez, haren izena gogorarazi behar da: «zer moduz zaude gaur, Felipe?». Orientazioak egun osoan zehar etengabea izan behar du.

### 6.1.2.3. Errealitatearen orientazioa

Egunero edo astean zenbait aldiz lantzen diren taldeko saioak izaten dira. Hainbat jardueraren bidez, pertsona bere ingurunean, denboran eta espazioan orientatzeko gaitasun kognitiboak lantzen dira, besteak beste, oroimena, orientazioa, hizkuntza, psikomotrizitate fina, etab.

Errealitatearen Orientazioa izeneko programan kontuan izan behar dira, besteak beste, orientazioa lantzeko erabiliko diren objektuak (arbel mugikorra, mahaiak eta aulkiak). Horrez gain, pantaila handiko telebista, bideoa edo DVDa, musika-ekipoa eta ispilua ere erabili daitezke.

Orientazioa lantzeko erabiliko diren saioetarako objektuak honakoak izan daitezke: erlojua, egutegia, orientazioa estimulatzeko kartelak (lekuen izenak, argazkiak, irudiak, etab.), musika, egunkariak edo aldizkariak, garaiko produktuak (elikagaiak eta argazkiak, adibidez), eta urteko garaiarekin bat datorren dekorazioa (udaberriko loreak, neguan Gabonetako apaingarriak). Komeni da gelako kolorea beste geletatik bereizgarria izatea.

Arbelean idatz daitekeen informazioa hau da: data, ordua, urtaroa, lekua, taldeko parte-hartzaileen izenak, monitorearen izena eta saioan landuko den gaia. Horrez gain, eguneko menua, jangelan egongo den pertsonaren izena, egoitzan edo etxean egingo diren jarduerak eta jasoko diren bisitak ere idatz daitezke.

Programa martxan jartzeko urratsak dira galera kognitiboaren ebaluazioa, parte-hartzaileak taldeetan banatzea eta talde bakoitzaren programa diseinatzea.

Saio bakoitzean talde batek parte hartzen du, taldeak normalean bost eta hamabi pertsonen artean osatuta daude taldekideen gaitasun kognitiboen arabera eta saioaren iraupena desberdina da. Orotara, hiru talde bereizten dira: talde aurreratua, estandarra eta oinarritzkoa. Ondoren, horietako bakoitzari buruzko ezaugarri nagusiak azalduko dira.

Talde aurreratuaren ezaugarriak honakoak dira:

- MMSE galde-sortan (ikus 5.1.1. atala) hogeit hamar puntu baino gehiagoko emaitza.
- Iraupena: ordu bat.
- Parte-hartzaileen kopurua: hamar eta hamabi artean.
- Lantzen diren funtzio kognitiboak: oroimena (berehalako oroimena, iraupen laburrekoa eta iraupen luzekoa), hizkuntza, praxiak, gnosiak, kalkulua, arreta, gorputz-eskema eta funtzio exekutiboak (planifikazioa, arrazoiketa, abstrakzioa, arrazoibidea, etab.).

Talde estandarraren ezaugarriak honakoak dira:

- MMSE galde-sortan (ikus 5.1.1. atala) hamalau eta hemeretzi arteko emaitza.
- Iraupena: berrogei eta berrogeita hamar minutu artean.
- Parte-hartzaileen kopurua: zortzi eta hamar artean.
- Lantzen diren funtzio kognitiboak: denboraren, lekuaren eta pertsonaren orientazioa, oroimena (berehalako oroimena, iraupen laburrekoa eta iraupen luzekoa), hizkuntza, praxiak, gnosiak, kalkulua, arreta eta gorputz-eskema.

Oinarrizko taldearen ezaugarriak honakoak dira:

- MMSE galde-sortan (ikus 5.1.1. atala) zazpi eta hamahiru arteko emaitza.
- Iraupena: hogeita hamar eta berrogei minutu artean.
- Parte-hartzaileen kopurua: bost eta zazpi artean.
- Lantzen diren funtzio kognitiboak: denboraren, lekuaren eta pertsonaren orientazioa, iraupen laburreko oroimena, hizkuntza, praxiak, gnosiak, kalkulua, arreta, gorputz-eskema. Talde honetan, oinarrizko informazioaren etengabeko errepikapena eta objektu ezagunak erabiltzen dira.

Maiztasunari dagokionez, ohikoa da oinarrizko taldearekin saioa egunero izatea, talde estandarrarekin astean hiru saio izatea, eta talde aurreratuekin, berriz, astean behin egitea. Saioak beti ordu berdinean izatea eta egunero izatea gomendagarria da. Saioaren antolamendua izaten da: aurkezpena, identifikazio pertsonala, denboraren eta lekuaren orientazioa, funtzio kognitiboak lantzea, eta saioaren laburbildura eta agurra.

#### 6.1.2.4. *Jarduerak*

Atal honetan Errealitatearen Orientazioan landu daitezkeen jardueren hainbat adibide proposatuko dira. Jarduera guztietan funtzio kognitiboak estimulatzea da ideia garrantzitsua, adibidez: denboraren, lekuaren eta pertsonaren orientazioa, oroimena, hizkuntza, praxiak, gnosiak, kalkulua, arreta, gorputz-eskema eta funtzio exekutiboak, hurrenez hurren.

##### *Denboraren orientazioa*

- Asteko eguna, hilabetea, urtea, urtaroa zein den esaten lagundu: «gaur astearte da, beraz bihar ... izango da eta zure alaba etorriko da», «bai, hotza egiten du, ezta?», «beraz, zein urtarotan egongo gara?».
- Betiko jaiegunak eta jai nagusiak errepasatu.
- Erloju eta egutegiaren erabilera landu.
- Erlojuarekin ariketak, gaixoari zenbakiak erlojuan jartzeko eskatu, eguna orduen arabera planifikatu, orduak erlojuan jartzeko orratzak mugitzeko eskatu.

- Eguneroko ohitura berdinei jarraitu ordutegi finkoekin.
- Eguneroko berriak irakurri errealitatearekin erlazioa izaten jarraitzeko.
- Etorkizuneko eginbeharrak planifikatu eta egin beharreko jarduerak kontuan hartu, adibidez, hurrengo egunean egin behar diren jarduerak antolatu (bazkari eta afariaren menua, bisitaren bat, medikuaren azterketa, etab.).
- Denborarekin erlazioa duten buruhaustek landu: «gaur maiatzak hamasei baditu, atzo zer egun izan zen?» «orain ekainean gaude, zein izango da hurrengo hilabetea?».

#### *Lekuaren orientazioa*

- Ingurunean orientatu: «bizi zaren hiria, Donostia, oso polita da», «zatoz nirekin, goazen bainugelara», «egongela pixka bat desordenatua dago».
- Inguruneari buruzko galderak egin: «non bizi zara?», «non dago zure etxea?», «zein solairutan bizi zara?», «nola deitzen da auzo hau?», «zein hiritan/herritan gaude?», «zein da kale honen izena?».
- Ibilbideei buruzko ariketak egin: buruz, plano baten bidez edo errealitatean.
- Erreferentzia-puntu ezagunak erabili eta errepikatu: «kafe-makina ikusten duzuenean biratu ezkerrera».
- Leku-aldaketei buruzko elkarrizketa eta galderak, esaterako, erreferentzia-puntu batzuk izendatu, kokatu eta bilatu (eliza ezagun bat, monu-mentu bat, parke bat, etab.). Erreferentzia-puntu horiek ibilbideak ezagutzen eta bere burua kokatzen lagunduko diote.
- Solairuaren edo egoitzaren plano bat erabili altzari zehatzak adieraziz. Horrelako galderak egin daitezke: «zein gelaren aurretik pasatzen zara bainugelara joateko?», «zein gelatan dago sofa gorria?».

#### *Pertsonaren orientazioa*

- Orientatzeko harreman pertsonalak erabili: gaixoaren izena edo haren inguruko pertsona maitatu baten izena gogorarazi: «kaixo Inaxi, zer moduz zaude?», «zure alaba Mirenek deitu du».
- Zuhaitz genealogikoa eta argazkiekin ariketak landu.
- Gaixoaren, bere familiaren edo pertsona ezagunen argazkiak erreparatu.

#### *Oroimena*

- Berehalako oroimena: mezuen errepikapena, hitzak, zenbakiak eta antzekoak.
- Iraupen laburreko oroimena: istorio bat kontatu eta gero istorio horri buruzko galderak egin, parte-hartzaileen izenak gogoratu, objektu batzuk kategorietan sailkatu edo bildu.

- Iraupen luzeko oroimena: abestien letrak oroitu, esaera zaharrak, esaera zahar bat hasi eta pertsonak jarrai dezala: «zer esan zion zozoak beleari?».

### *Hizkuntza*

- Letrak erabiliz hitzak sortu: fruten edo animalien izenak sortu.
- Irudien deskripzioa egin.
- Objektuak izendatu eta deskribatu: argazkiak, irudiak edo laminak erabiliz.
- Hitzak edo esaldiak errepikatu.
- Irakurketa eta idazketa.

### *Praxiak*

- Motrizitate fina lantzeko ariketak: idazketa, zapataren lokarriak lotu, puntuak lotu, arropetako botoiak manipulatu.
- Pieza eta forma geometrikoak txertatu.
- Marrazkien zatiak osatu (simetriak).
- Eguneroko objektuen erabilera: izendatu, erabilgarritasuna adierazi, objektuak erabili, manipulazioaren mimikak ahozko aginduekin egin.
- Keinuak errepikatu imitazio edo ahozko aginduen bidez.
- Marrazketa: modu askean edo irudiak kopiatzean.

### *Gnosiak*

- Irudi, kolore eta objektuak ezagutu (koloreen izendapena, argia-iluna, koloreak taldeetan bildu, objektuak erabileraren arabera sailkatu, etab.)
- Aurpegien ezagutza.
- Objektuen ukimenezko ezagutza.
- Soinuen ezagutza, soinuen imitazioa.

### *Kalkulua*

- Kalkulurako ariketa errazak: kenketak eta batuketak.
- Eguneroko jarduerak irudikatu kalkulua erabiliz: eguneroko erosketa txikiak, diru xehea erosketa egin ondoren, etab.
- Billeteak eta txanponak zenbatu.
- Biderkatzeko taulak errepasatu.
- Behetik gora hirunaka zenbatu, hiru zenbakitik hasita. Bost edo hamar zenbakiakin ere egin daiteke.
- Zenbakiak irakurri.

*Arreta*

- Hainbat irudi edota marrazkiren artean ezberdintasunak eta antzekotasunak aurkitu.
- Irudi batean forma zehatzak bilatu eta marraztu.
- Testu batean bokal konkretu batzuk bilatu.

*Gorputz-eskema*

- Ekintzak ezagutu eta ekintza horiek egin, adibidez gorputzaren atal konkretu batzuekin egiten diren ekintzak izendatu: «esan iezadazu zer egin daitekeen ahoarekin: jan, hitz egin, arnasa hartu, etab.».
- Gorputzaren atalen funtzioak idatzi.
- Bere gorputzari buruzko aginduak ulertu eta agindu horiek egin: begiak seinalatu, sudurra edo belarria ukitu, hortzak erakutsi, ezkerreko edo eskuineko eskua altxatu, ezkerreko belauna eskuineko eskuarekin ukitu.
- Giza gorputzaren buru-hausgarriak, panpina batean gorputzaren atalak izendatu eta manipulatu.

*Funtzio exekutiboak: arrazoiketa, abstrakzioa eta zentzutasuna*

- Prentsako berriak erabiliz laburpenak egin.
- Gertaera baten inguruan iritzi pertsonala adierazi.
- Hainbat gairen inguruan erlazio logikoak landu.
- Ezberdintasunak eta antzekotasunak: esnearen eta laranja-zukuaren artean, uraren eta ardoaren artean.
- Arazoak proposatu eta irtenbideak bilatu («etxeko argirik gabe geratuz gero, zer egingo zenuke?»).

*6.1.2.5. Ariketa praktikoak*

Atal honetan Errealitatearen Orientazioa programa lantzeko hiru ariketa praktiko proposatuko dira. Batetik, saioetan landu daitezkeen gai monografikoen zerrenda idatzi behar da; bestetik, hainbat funtzio kognitibo estimulatzeko ariketak prestatu behar dira; azkenik, parte hartzen duen talde bakoitzarentzat (talde aurreratua, estandarra eta oinarrizkoa) saio bat diseinatu behar da.

**A. Errealitatearen orientazioa izeneko saioretan landu daitezkeen gai monografikoen zerrenda:**

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

**B. Objektuen ezagutza lantzeko ariketak:**

- Denboraren orientazioa lantzeko ariketak:
  
- Lekuaren orientazioa lantzeko ariketak:
  
- Pertsonaren orientazioa lantzeko ariketak:
  
- Oroimena lantzeko ariketak:







### **6.1.3. Erreminiszentzia**

Esku-hartzearen hirugarren azpiatal honetan, Erreminiszentzia izeneko programa izango da mintzagai, hau da, iraganeko esperientzia propioak oroitzeko eta hausnartzeko aukera eskaintzen du baliabide honek. Erreminiszentziaren bidez lantzen diren ariketetan, bereziki, iraupen luzeko oroimena lantzen da. Alzheimer motako demenziaren lehen aroan aurkitzen diren gaixoei bideratuta dago; izan ere, gaixotasunaren aro aurreratueta galera kognitiboa handia izaten da eta, ondorioz, gaixoak ezin du horrelako ariketarik egin.

#### **6.1.3.1. Helburuak**

Galera kognitibo arina duten gaixoekin aspaldiko oroitzapenei buruzko ariketak egiten dira. Oroitzapen horien bidez, gaixoaren lehenaldia orainaldiarekin erlazionatzea trebatzen da. Horren ondorioz, honako helburu hauek lortu nahi dira.

- Oroitzeko gaitasuna sustatzea, Alzheimer motako dementzia duen gaixoak gogoratzeko gaitasuna normalean galdu egiten baitu.
- Identitatea indartzea, eta ondorioz autoestimua hobetzea.
- Jarraitutasunaren zentzua izatea, lehenaldia orainaldiarekin erlazionatzea.
- Komunikazioa eta harreman sozialak erraztea.
- Gainditu gabeko dolu-prozesuak lantzea.
- Iraganeko oroitzapenei esker, egungo egoera onartzea.

Helburu horiek guztiak garrantzitsuak dira, oroitzapenik gabe norberaren biografiaren jarraipena galtzen baita, indibidua denboran eta espazioan galdua aurkituz.

#### **6.1.3.2. Jarduerak**

Erreminiszentziaren bidez gaixoaren oroitzapenekin zerikusia duten jarduerak lantzeko hainbat oroimen mota lantzen dira eta horiek gaixoaren arabera desberdinak izango dira. Kasu batzuetan, oroimen mota bat kaltetuago aurkitzen da; beste kasu batzuetan, berriz, beste oroimen mota bat izango da kaltetua. Hala, ongien dagoen oroimena erabiliko da iraganeko oroitzapenak gogora ekartzeko. Kasu horiez gain, beste batzuetan hainbat pertsonak gaztaroko oroitzapen onak dituzte eta ez zaie axola ariketak egitea oroitzapen horien inguruan; aldiz, beste pertsona batzuek ez dute oroitzapen onik eta oroimenari buruzko beste ariketa batzuk nahia-go dituzte. Adibidez, zentzumena erabiliz hainbat oroitzapen gogora daitezke, usaimenaren bidez edota dastamenaren bidez. Lehenengo kasuan, indibiduoak «orain 75 urte gure amak goizero egiten zuen kafearen usaina» esaldiarekin, haurtzaroko oroitzapenak gogora ekar ditzake, esaterako, etxeko sukaldea, etxearen banaketa, kaleko ezaugarriak, eta antzekoak. Bigarren kasuan, berriz, «haurtzaroan

urtebetetze-egunean gure osaba Julianek oparitzen zizkidan gozokiak» esaldiarekin gozokiaren forma eta kolorea, txikitako opariak eta jostailuak oroitu ditzake. Horrelako ariketak oroimena lantzeaz gain, gaixoaren alde emozionala ere lantzeko baliagarriak dira.

Iraganeko esperientzia propioak oroitzeko garrantzitsuak dira estimulu lagun-garriak erabiltzea, bereziki gaixotasun kognitiboa duen pertsonarekin. Estimulu lagun-garria da indibiduoari oroitzapena eragiten dion edozein elementu (objektuak, argazkiak, musika, usainak, zapoak, soinuak, frutak, janaria, etab.).

Erreminiszentzia lantzeko ariketak banaka edo taldeka egin daitezke. Oro har, taldeko ariketak gomendagarriagoak dira; izan ere, horien bidez gaixoak besteen esperientziak konpartitzeaz gain, bere esperientzia propioak oroitu ditzake. Ariketak arrakastaz garatzeko gaixoaren familiaren laguntza ezinbestekoa da, horren bidez gaixoak helduaroan gustukoak zituen zaletasunak jakin baitaitezke eta erreminiszentzia-ariketak trebatzeko gai gisa erabili. Hala ere, batzuetan saioetan zehar oroitzapen gazi-gozoak gogora daitezke, horrelakoetan garrantzitsua da gaixoari behar duen denbora eskaintzea emozioak adierazteko, haren egoeraz jabetzen garela adieraztea eta, ondoren, beste jarduera batera saioaren norabidea zuzentzea.

Ondoren, Erreminiszentzia trebatzeko landu daitezkeen jardueren hainbat adibide proposatuko dira.

- Antzinako gertaeren inguruko elkarrizketak: ikastola, lan-merkatuan egindako lehen lanak, etab.
- Marrazketa, margotzea eta collage: hainbat materialen bidez gaixoak «bere oroitzapen propioak» adierazten ditu.
- Marrazketa eta margotzea: modu askean edo gai baten inguruan.
- Mapak irudikatzea: garai bateko mapen bidez herrian gertatutako aldaketei buruz hitz egin, esaterako, auzoak, eraikinak, errepideak, etab.
- Soinuen eta musikaren erabilera: bereziki, haurtzarokoak eta gaztarokoak.
- «Lehen eta orain» arteko elkarrizketak: aspaldiko gertaeren eta egungo gertaeren arteko konparaketa, garai bateko arropen eta egungo arropen arteko erkaketa.
- Esaera zaharren, abesti ezagunen, errimen eta oroitzen errepasoa.
- Aspaldiko argazkien errepasoa: pertsonena, hiriena edota argazki pertsonalena.
- Oporretako lekuak (bidaiatzen dutenen kasuan soilik).
- Usaimenarekin zerikusia duten jarduerak: arrosa bat eramane eta horrek zer oroitzapen eragiten dituen sustatu.
- Egoitzan gertatzen diren gauzarik garrantzitsuenei buruzko astez asteko argazki-erregistroa.

- Gai desberdinei buruzko diapositiba-emanaldia.
- Haurtzaroko jolasak.
- Parte-hartzaileek kontaktzen dituzten oroitzapenak erabiliz, antzerki txikiak prestatu: irakasle zorrotza, haserre dagoen ama, ikaslea, langile alferra, etab.
- Antzerki txikiak prestatzeaz gain, parte-hartzaileek antzezlearen rola asmatu.
- Garai bateko abileziak praktikatu: etxeko tresneria maneiatu, ogiaren masa egin, etab.
- Familiak eskainitako elementu pertsonalak erabili: argazki-albumak, oporretako oroigarriak, opari pertsonalak, irakurritako eleberriak.
- Bizitzako bilduma bat egin. Hainbat motatako bildumak izan daitezke: argazkiez osatutako oinarrizko bilduma batetik hasi eta, landuagoa den eta sorkuntza-maila handiagoa eskatzen duen beste batekin amaitu, esaterako, argazkiez gain, esanahia duten txartelez, egunkariko berriez eta antzekoez osatutako bilduma edo oroitzapen pertsonalez osatutako objektuen kaxa bat. Objektu horiek guztiak bizitzako pasarte bat edo bizitza osoaren isla izan daitezke.

Ariketa horietako zailtasun-maila, besteak beste, saioaren denboraren eta gaixotasunaren garapenaren arabera izango da.

### *6.1.3.3. Ariketa praktikoak*

Atal honetan Erreminiszentzia lantzeko lau ariketa praktiko proposatuko dira: «nire auzoa», «ikastolako garaia», «lanbideak» eta, «txukun jantzi, prestatu eta kalera irten». Ariketa horietan, landu beharreko gaia aukeratu, oroitzapena eragin dezaketen elementuak izendatu eta egin beharreko jarduerak deskribatu behar dira.

**A. «Nire auzoa»:** noraezean ibiltzen diren saltzaileak, lekuan lekuko dendak, bizilagunak, ezagunak, lagunak, jolasak, parkeak, ibaiak, etab.

Gaia:

Oroitzapena eragiten duten elementuak:

Jarduerak:

**B. «Ikastolako garaia»:** ikastolako bidea, ikastolako gela, biderkatzeko taulak, poemak, abestiak, irakasle kuttunak eta gorrotatuak, atsedenaldea, gelan hitz egitea, eskolara ez joatea, eskolako egun bereziak, irteerak, etab.

Gaia:

Oroitzapena eragiten duten elementuak:

Jarduerak:

**C. «Lanbide nagusia»:** lehen lanbidea, laneko ibilbidea, eguneko lan-ordutegia, atsedenaldiak, nagusiak, lan-istripuak, lan-soldata duinaren aldeko saiakerak, laneko lagunak, laneko arropa berezia, lantokiaren ezaugarriak, etab.

Gaia:

Oroitzapena eragiten duten elementuak:

Jarduerak:

**D. «Txukun jantzi, prestatu eta kalera irten»:** bizarra moztu zeneko lehen aldia, lehen musua, ezpainetako margoa erabili zeneko lehen aldia, lagunekin egindako irteerak, lagun bereziarekin egindako lehen irteerak, zinemara irtetea, dantza egitera joateko ohitura, gustuko jantziak, etab.

Gaia:

Oroitzapena eragiten duten elementuak:

Jarduerak:

## **6.2. ESKU-HARTZE EMOZIONALA**

Alzheimer motako dementziaren ondorio emozionalak 4.2. atalean azaldu ondoren, atal honetan horrelako egoera bat pairatzen duen pertsona baten aurrean lagungarriak izan daitezkeen gomendioak laburbilduko dira. 6.2.1. atalean, depresioaren kasua aztertuko da, eta 6.2.2. atalean, berriz, hersturarena. Azkenik, 6.2.3. atalean, gaian sakontzeko ariketa praktikoak proposatuko dira.

### **6.2.1. Depresioa**

Depresioa aldatzearen nahasmen mota bat da eta Alzheimer motako dementzia dutenen artean % 50ek (edo gehiagok) jasaten du, batez ere, gaixotasunaren lehenengo aroan. Depresioa azaltzen den kasuetan, oro har, gaixoari laguntza, interesa, ulermena, arreta eta ziurtasuna eskaintzea gomendagarria da. Horrez gain, sendagilearengana joatea garrantzitsua da; izan ere, lagundu dezaketen farmako ugari daude. Sendagileak diagnostikoa egiteko gaixotasun organikoak baztertu, eta sintoma depresiboak eta haien intentsitatea balioetsi behar ditu. Farmakoak soilik sintomak larriak direnean erabili behar dira eta ahalik eta ondorio negatibo gutxien sorrarazten dutenak gomendatzen dira. Farmakoen eragina ez da berehalakoa eta erregulariki ebaluatu behar da.

Gaixoari kontrol-sentipena sustatzeko erabakiren bat hartzeko aukera eskaini behar zaio, hau da, laguntza eskatu eta eskertu. Haren autoestimua hobetzeko, erantzukizunen bat ematea ere gomendatzen da. Esate baterako, landare edo/eta animalien zaintza oso lagungarria izan daiteke depresio-kasuetan.

Pentsamendu baikorrak sustatu behar dira, ideia ezkorrak gaitzetsi gabe. Adibidez, sintoma depresiboak agertzen ez dituen unean, haren egoera animikoaren inguruan komentario baikorren bat egitea gomendatzen da. Gaixoa bere osasunaren inguruan maiz kexatzen bada, haren hitzak kontuan hartu behar dira, momentu batean ager daitezkeen arazoak ez ikusiak izatea saihesteko.

Jarduera programatuak egitea komeni da. Jarduera batzuk egiteko eta erabilgarria izateko gai dela egiaztatzeak isolamendu-ideiak eta autoestimua baxuarekin erlazionaturiko arazoak konpontzen laguntzen du. Gaixoari balio- eta segurtasun-sentsazioa ematen dioten jarduerak direla ziurtatu behar da, frustrazioa eta adoregabezia areagotu ez dadin. Gaixoa gai egiteko den gauza atseginak burutzea eta berehala indartzea ere baikorra izan daiteke.

Oro har, ez da komeni gaixoa etengabe animatu dadin ekitea; izan ere, jokaera horrek depresioa eta ez-ulertua delako sentsazioa areagotu baititzake. Hala ere, isolatu ez dadin konfiantzazko pertsonekin harremanak izaten lagundu behar zaio.

Depresioa azaltzen den momentuan hainbat gomendio zehatzi jarrai dakieke, adibidez: nork bere buruaz beste egiteko ideiak edo autolesioak daudenean gaixoa bakarrik ez uztea eta objektu arriskutsuak baztertzea (labanak, armak, tresnak, medikamentuak, substantzia toxikoak, sokak, gerrikoak, gas-iturriak, etab.), tren eta metroa ez erabiltzen saiatzea; egiteko errazak egitera animatzea, urduri jarri gabe, gaixoak egitekoa denbora gutxian egiten badu ere, egin duenarengatik zoriondu; jarduera fisikoa edota mentala bultzatzea; inguruarekiko interesa sustatzea: kirola, ibiltzea, musika entzutea eta oroitzapen positiboak gogoratzea.

### **6.2.2. Herstura**

Herstura geroko gertaeren inguruan gehiegizko arrisku-sentsazioa edo ardura da, Alzheimer motako dementzia dutenen % 40k adierazten du. Herstura pairatzen duen gaixoari laguntzeko, lehenik eta behin hersturaren zergatia zehazten saiatu behar da, nahiz eta batzuetan zaila izan. Askotan, inguruko giroa tenkatua da, gaixoak sumatu egiten du eta egoera horrek herstura areagotzen du. Oro har, gehiegizko estimulazioa (adibidez, soinuak), aldaketak eta estresa edo nahasmena sor dezakeen edozein elementu gutxitu edo ezabatu behar dira. Hau da, gaixoaren ingurua sinplifikatu egin behar da.

Gaixoari bere energia askatzeko jarduera edo joko bat eskaini behar zaio (esate baterako, txanponak edo arrosarioko kontuak zenbatzea). Kalera irtetera, ibiltzera edo ariketa fisiko lasaia egitera animatu daiteke gaixoa, herstura gutxiarazteko.

Urduritasuna bat-batekoa denean eta arrazoi argirik ez dagoenean, sendagi-learengana joatea komeni da. Farmako ugari daude gaixoari lagundu diezaioketenak: antsiolitikoak edo lasaigarriak, esaterako. Herstura-kasu larriengan bentzodiazepinak dira erabilienak. Hala ere, gaixoa pilula gehiegirekin egon ez dadin zaindu behar da. Era berean, kitzikagarriak (kafea, tea, kola, etab.) hartu ez ditzan zaindu behar da.

Gaixoa kognitiboki ondo badago, erlaxazio-teknika erabil daiteke eta, oro har, arriskurik ez bada, ez zaio gaixoaren hersturari arreta gehiegi eskaini behar.

Herstura agertzen den momentuan hainbat gomendiori zehatz jarraitzea lagungarria izan daiteke, esaterako: inguruneko estimulak kontrolatzea (argia murriztea, etab.) edo beharrezkoa bada, gaixoa leku isolatu eta lasai batera eramatea; entzute, ulertze eta tinkotasun jarrera eskaintzea, entretenitzea, bere pentsamenduak tentsioa sorrarazten ez dioten gaietara bideratuz; herstura menderatu nahi duenean edo lasaitzen hasten denean portaera hori afektuarekin indartzea; lasaitasuna transmititzea, gaixoak inguruko pertsonen umorea hauteman eta modu berean jokatzeko du; tentsio-egoeretan, berak ere tentsioa sumatzen du; afektua transmititzea, gaixoaren sentimenduak benetakoak direla gogoratzea; ez arrazoitu



haren sentimenduak oinarririk gabekoak direla esanez eta ez azalpenik eskatu, gaixoaren nahasmena areagotu egingo baita; eztabaidak eta tentsio-egoerak saihestea.

### 6.2.3. Ariketa praktikoak

4.2. atalean Alzheimer gaixotasunean azal daitezkeen ezaugarri emozionalak azpimarratu eta aztertu ondoren, atal honetan kasu praktiko berdinekin nola maneiatu aztertuko da. Kasu bakoitza irakurri ostean, honakoa egingo da:

- Alzheimer gaixotasunean azal daitezkeen ezaugarri emozionalak azpimarratu eta aztertu. Ondoren, horrelako egoera baten aurrean jarraitu beharreko pausoak zein izango liratekeen zehaztu. Adibidez, Angelaren kasuan «zerbait egiteko ordua dela esaten diotenean, askotan negarrez hasten da». Esaldi horrek adierazten du Angelak depresioarekin erlazionatutako portaera ezkorrak dituela (ikus 4.2.1.01. taula), negarra agertzen baita. Horrelako kasu baten aurrean, esaterako, pentsamendu baikorrak sustatu behar dira, ideia ezkorrak gaitzetsi gabe (ikus 6.2.1. atala).
- Antzeko kasurik ezagutzen duzu? Eztabaidatu.

#### 1. kasua

IÑAKIK hainbat enpresatan lan egin du, garrantzia handiko zuzendaritzakarguetan. Lehengo urtetik hona, ez du ezer egiteko gogorik. Ez ditu lagunak ikusi nahi, ezta kalera irten nahi ere. Haren aurpegian tristura eta etsipena nabarmentzen dira. Motel hitz egiten du, tonu monotonoan eta baxuan. Ingurukoentzat zama bat balitz bezala sentitzen da, ezertako balio ez duela dio. Azkenaldian, bizitzea ez duela merezi dio.

#### 2. kasua

PEDROK 78 urte ditu. Eguneko zentrora doa seme-alabek lana dutelako eta ahul dagoelako. Osasun mental ona du, baina askotan urduri dago: prakak heltzen ditu etxetik kanpo dagoen bitartean agian arazoren bat gerta daitekeela argudiatuta. Edo seme-alabak etxera itzultzeko berandutzearen beldur da atzo errepidean auto ugari zegoelako. Horrela jartzen denean, eskuak dardaraz hasten zaizkio eta hitz egiterakoan itolarria sentitzen du, geldirik egotea kostatzen zaio eta oso azkar hitz egiten du.

### 3. kasua

ANGELA ia beti eserita dago, ez balego bezala. Ez du ia ezer egin nahi, eta noizbehinka ezertarako balio ez duela dio, nahiz eta egia ez izan. Geldo eta asegabe agertzen da. Zerbait egiteko ordua dela esaten diotenean, askotan negarrez hasten da.

### 4. kasua

JON ezkondua dago. Orain dela bost hilabete hainbat kexa agertzen hasi zen: zorabioak, eskuen izerditzea eta palpitzioak. Era berean, aho-lehortasuna, dardarak, egonezina eta kontzentrazio-arazoak azaltzen ditu. Kezka ugari ditu: emaztea bere kexez nekaturik egon eta utzi egingo duela errepikatzen du, eta lanetik botako duten beldur dela dio. Beti dago urduri, alerta-egoeran, eta ez da erlaxatzeko gai.

### 5. kasua

MARIAren oroimen-arazoak gero eta larriagoak dira eta etxeko lanetan zailtasunak agertzen hasi da. Ondorioz, tristura, etsipena eta «hutsa» sentitzen hasi da. Jateko gogoa galdu du eta argaldu egin da. Urteetan piano-klaseetara joan arren, klaseak erabat utzi ditu. Soilik etxean bakarrik egon nahi du. Mariak gero eta gutxiago zaintzen du itxura. Bestalde, adina kontuan izanda, gertatzen zaiona normala dela esaten du.

### 6. kasua

FELISA bere betiko aulkian egoten da eserita. Eguneko ordu gehienak bakarrik pasatzen ditu eta ez du ia inorekin hitz egiten. Egoitzako jardueretan ez du parte hartzen eta egoitzak antolatzen dituen ospakizunetatik ihes egiten du. Bost seme dituela esaten du baina familiako inork ez du bisitatzen. Astean behin boluntario bat etortzen zaio bisitan eta harekin bakarrik izaten ditu solasaldi politak.

### **6.3. ESKU-HARTZEA PORTAERA-MAILAN**

Alzheimer motako dementziaren ondorioak portaera-mailan 4.3. atalean aztertu ostean, atal honetan portaera arazotsua adierazten duten gaixoei lagungarriak izan dakizkiekeen gomendioak bilduko dira. 6.3.1. atalean, portaera erasokorra; 6.3.2. atalean, haluzinazioak; 6.3.3. atalean, eldarnioak; 6.3.4. atalean, loaren nahasteak; 6.3.5. atalean, noraezean ibiltzea. Kasu guztietan gomendio orokorrak eskaintzen dira eta, ondoren, portaera azaltzen den momentuan jarraitu daitezkeen gomendio zehatzak. Azkenik, 6.3.6. atalean, gaian sakontzeko ariketa praktikoak proposatuko dira.

#### **6.3.1. Portaera erasokorra**

Oro har, kontuan hartu behar da alzheimerre duen pertsonak ez duela zaintzailearen arrazoitzeko modua ulertzen, beraz, ez da komeni arrazoiak erabiltzea, arrazoitzek erreakzio erasokor bat besterik ez baitu eragingo.

Lehen neurri gisa, tratamendu farmakologikoa erabiltzea saihestu behar da. Izan ere, portaera erasokorra farmako batzuen ondorioa ere izan daiteke. Portaera erasokorraren zergatia farmakoak direnean, farmakoa aldatzea gomendatzen da, sendagileak hartu beharreko erabakia bada ere. Oro har, agresibitatea eldarnioekin agertzen denean neuroleptikoak lagungarriak izan daitezke eta, bestalde, gaueko aztoramena agertzen den kasuetan antiololitikoak edo lasaigarri txikiak gomendatzen dira.

Portaera erasokorra agertzen den kasuetan, gaixoaren eta gaixoaren inguruko segurtasuna bermatzea da gauzarik garrantzitsuenak. Euste-neurriak kontu handiz erabili behar dira, beste irtenbideak saiatu ondoren edota portaera erasokorra oso larria den kasuetan soilik.

Prebentzio moduan eta ahal den neurrian gaixoaren independentzia eta autonomia sustatzen saiatu behar da, haren segurtasuna eta konfiantza handitzeko. Izan ere, portaera erasokorraren zergatietako bat lehen zituen gaitasunak galdu izanaren ondorioz sortzen den frustrazioa izaten da.

Egunerokotasunean errutinak mantentzea garrantzitsua da, gaixoaren bizitzan ahalik eta aldaketa gutxien eraginez, nahasmena eta ondoeza saihesteko. Aldaketak beharrezkoak direnean, mailaz maila egingo dira. Era berean, gaixoaren ingurua erraztea komeni da.

Azkenik, kontuan izan behar da portaera erasokorrak jasotzen duen arreta bilaka daitekeela portaera errepikatzearen zergati. Horregatik, ahal den kasuetan portaera erasokorrari jaramonik ez egitea garrantzitsua da. Aldiz, portaera egokiak saritu egin behar dira, hala nola gaixoa lasai dagoenean, lankidetzaz azaltzen duenean edo gauza bat modu egokian eskatzen duenean. Gainera, portaera erasokorra

galarazten duten aukerak bilatzeak ere portaera erasokorra murrizten lagundu dezake, adibidez portaerarekin bateraezinak diren jokaerak bultzatuz. Esaterako, hitzeko portaera erasokorraren aurrean lasai agertu, zer gertatzen zaion galdetuz. Portaera erasokorra fisikoa denean, aukera bateraezinak eskaini, adibidez, dutxatzean eskuak okupatuak izateko heldulekuan jarrarazi. Portaera erasokorra agertzen den momentuan, 6.3.1.01. taulan agertzen diren gomendio zehatzak balia daitezke.

#### **6.3.1.01. taula. Portaera erasokorra maneiatzeko gomendioak.**

- Lasai mantendu.
- Egiten ari zaionari buruzko azalpenak eskaini, gaizki-ulertuak saihesteko.
- Komentario eta jarduera ezberdin batekin arreta galarazi haserrea ahazteko.
- Arazoa zein den galdetu, entzuteko eta laguntzeko prest zaudela esan.
- Arriskuak gutxitu objektu arriskutsuak desagerraraziz.
- Eskutik edo besotik soilik beharrezkoa denean heldu.
- Ez erantzun modu oldarkorrean eraso zerbait pertsonala balitz bezala.
- Ez saiatu arrazoia erabiltzen.
- Ez builarik egin, portaera erasokorra areagotuko da-eta.
- Ez egin ustekabeko mugimendu edo ekintzarik, gaizki ulertu ditzake eta.
- Ez areagotu mehatxu-sentimendua eta ondoeza, adibidez, une horretan pertsona askori deituz.
- Ez erantzun mehatxu edo txantxak eginez.
- Ez erabili eusteko teknika fisikoak (heldu, lotu), alde egiteko aukerarik gabe sentitu daitekeelako.

#### **6.3.2. Haluzinazioak**

Oro har, gaixoarekin hitz egitean gertu eta haren aurrean jarriko gara eta ziurtasunez hitz egingo dugu, lasaitasuna mantendu eta transmititu ahal izateko. Horrez gain, haluzinazioek zentzumen-narriadurarekin zerikusirik ez dutela ziurtatu behar da. Larriak diren edo errealtatearen nahasteak eragiten dituzten haluzinazioak tratatzea gomendatzen da soilik eta, kasu horietan, medikamentuek haluzinazioak desagerrarazten laguntzen dute. Haluzinazioak agertzen diren momentuan jokabiderik egokiena da, ahal denean, gaixoa haluzinazioa ahaztu dezan arreta galaraztea. Esate baterako, zerbait egin behar duen aitzakiarekin (tila bat, baso bat esne edo laranja-zuku bat prestatu) gaixoa beste leku batera eraman. Horrelako portaeraren aurrean 6.3.2.01. taulan agertzen diren gomendio zehatzei jarrai dakieke.

**6.3.2.01. taula. Haluzinazioak maneiatzeko gomendioak.**

- Beldurtzeko arrazoirik ez duela erakutsi baina arrazoa erabili gabe.
- Haren egoera ulertzen duzula esan, arrazoa duela esan gabe.
- Ez esan haluzinazioarekin ados zaudenik.
- Ez erantzun edo erantzun neutroak eman, norberaren burua konprometitu gabe.
- Jokaeren ondoren afektua eskaini, gehiegi indartu gabe.
- Lasaitasunez erantzun, ez jarri gaixoa urduri.
- Kontaktu fisikoak (esate baterako, eskua hartzea edo besarkada bat ematea) gaixoa lasaitu dezake.

**6.3.3. Eldarnioak**

Oro har, eldarnioak garrantzitsuak edo maiztasun handiarekin agertzen ez badira eta gaixoaren jarduera aztoratzen ez badute, ez ikusiarena egin daiteke, gaixoaren eta eldarnioen garapena behatuz. Aldiz, eldarnioek beldurra, aztoramena edo portaera erasokorra eragiten badute, edota gaixoaren harreman sozialetan eragiten badute, esku-hartze farmakologikoa gomendatzen da. Ohikoa da eldarnioak tratamendu farmakologikoaren eraginez desagertzea edo gutxitzea. Helburu horretarako neuroleptiko edo lasaigarriak erabiltzen dira. Edozein kasutan, ez eman arrazoa ezta kontra egin ere. Gaixoari lasaitasuna transmititu, besterik ez. Horrelako portaeraren aurrean 6.3.3.01. taulan agertzen diren gomendioak balia daitezke.

**6.3.3.01. taula. Eldarnioak maneiatzeko gomendioak.**

- Ez esan aurkakoa, jokabide horrek saihestu daitezkeen gatazkak sortzen ditu.
- Erantzun neutroak eman, eldarnioarekin ados zaudela esan gabe. Egoera ulertzen duzula esan.
- Sentimenduetan oinarritu (esate baterako, «badakit gaizki sentitzen zarela»).
- Gaixoak beldurra sentitzen badu, hitz goxoeekin lasaitu.
- Arreta galarazi, gaixoa benetako gaietan zentra dadin.

**6.3.4. Loaren nahastea**

Lehenik eta behin, azterketa mediko sakona egin behar da zergati fisikoak baztertzeko (esate baterako, minik ez duela ziurtatuko da). Gainera, arazoa zehaztasunez erregistratu behar da (esaterako, loaren nahastea lo hartzerakoan edo goizetan jaikitze orduan gertatzen den zehaztuz). Nahastearen erregistroaren helburua da aldartearekin erlasionaturiko nahasteak identifikatzea eta sendagileari farmakorik egokiena hautatzen laguntzea. Kontuan hartu behar da lo egiteko medikamentuek denborarekin eragintasuna galtzen dutela eta bigarren mailako eraginak dituztela, beraz, egokiagoa izaten da beste irtenbide batzuekin saiatzea.

Bestalde, eguneroko jarduerak planifikatuko dira, adibidez, egunero ordu berdinean ibiltzera joan (arratsaldean hobeto). Gainera, loa erregulatzeko, gauean beharrezko orduak lo egitera behartuko da. Hau da, lo egiteko errutina bat ezarri eta errespetatzea garrantzitsua da. Egunean zehar gaixoak egiten dituen lo kuluxkak saihestu behar dira, nahiz eta batzuetan, medikamentuak eragindakoak izan.

Horrez gain, lo egitera joan aurretik komunera joateko ohitura ezarriko da, baita baso bat esne edo infusio bat har dezala eta masajea eskaini. Gauean zehar orientaziorik eza eta herstura saihesteko, gelan argi txiki bat pizturik uztea gomendatzen da. Edozein kasutan, alkohola edo kafeina duten edariak ezabatuko dira, eta batez ere arratsaldeko hirurak ondoren ez ditzala hartu zainduko da.

Horrelako portaeraren aurrean 6.3.4.01. taulan agertzen diren gomendioei jarrai dakieke.

#### **6.3.4.01. taula. Loaren nahastea maneiatzeko gomendioak.**

- Ez eman lo-eragilerik sendagilearen gomendiorik gabe.
- Esnatu ondoren zer egiten duen behatu, aukerak eskaini ahal izateko.
- Gauean jaiki eta ibili nahi badu, utzi leku seguru eta mugatu batean ibil dadin.

#### **6.3.5. Noraezean ibiltzea**

Lehenik eta behin, beste kasuetan bezala, portaeraren zergatia ezagutzen saiatu behar da, zergati organikoak baztertu ahal izateko. Ariketa fisikoa osasungarria den heinean, gaixoari jarduera fisikoa egiten utziko diogu. Hala ere, lekuak segurua izan behar du, hau da, altzaririk eta arriskurik gabea.

Bestalde, 24 orduko Errealitatearen Orientazioa eta inguruko aldaketa teknikoak egitea lagungarria izan daiteke. Estimuluen kontrola kontuan izan behar da, hau da, lekua argitsua eta lasaia izatea, non dagoen eta nortzuk garen gaixoari azaltzea. Horrez gain, gaixoaren ingurua txukun mantendu eta objektu ezagunak jarri behar dira (adibidez, altzariak, koadroak, argazkiak, etab.). Inguruneak segurtasuna transmititu behar du, hau da, arriskuan ez dagoela edota ezin duela ihes egin ziurtatu behar da.

Ziur aski gaixoak ematen dituen paseoak aurreikus daitezke. Egunero paseo horretan lagundu egingo diogu behin bada ere, eta arratsaldez paseatzea gomendagarriagoa izaten da. Oro har, errutina jakin bat mantentzea garrantzitsua da. Hor-taz, etxex aldatzea, berrikuntzak eta beharrezkoak ez diren bidaiak saihestu behar dira.

Lasaigarriek gaixoaren herstura gutxitu dezakete, eta batzuetan lasaigarri nagusiek (neuroleptikoak) noraezean ibiltzea ezabatu dezakete. Horiek epe motzean eta sendagile baten kontrolpean hartu behar dira.

Edozein kasutan, identifikatua izan ahal izateko, gaixoak besokoa edo domina bat eramatea garrantzitsua da, bere izena, eta «oroimen-arazoak ditut» esaldia duena. Gaixoa noraezean ibiltzen den kasuetan, 6.3.5.01. taulan agertzen diren gomendioei jarrai dakieke.

#### **6.3.5.01. taula. Noraezean ibiltzea maneiatzeko gomendioak.**

- Portaera agertzen denean paseoa emateko aprobetxatu.
- Entretenitu eta zereginen batean lagundu dezan animatu.
- Zer edo zer ikusi, entzun edo eginarazi.
- Portaera arriskutsua ez bada, denbora-tarte batean noraezean ibiltzen utzi.

#### **6.3.6. Ariketa praktikoak**

4.3. atalean Alzheimer gaixotasunean azal daitezkeen ondorioak portaera-mailan azpimarratu eta aztertu ondoren, atal honetan kasu praktiko berdinekin nola maneiatu daitekeen aztertuko da. Kasu bakoitza irakurri ostean, honakoa egingo da:

- Alzheimer gaixotasunean azal daitezkeen ezaugarri emozionalak azpimarratu eta aztertu. Ondoren, horrelako egoera baten aurrean jarraitu beharrekiko pausoak zein izango liratekeen zehaztu. Adibidez, Kosmeren kasuan «batzuetan adierazpen mehatxagarriekin iraintzen du». Horrelako kasu baten aurrean, esaterako, lasai mantentzea, objektu arriskutsuak gutxitzea eta mehatxuekin ez erantzutea (ikus 6.3.1.01. taula) gomendagarria da.
- Antzeko kasurik ezagutzen duzu? Eztabaidatu.

#### **1. kasua**

KOSME batzuetan erasokor jartzen da. Oihukatu eta eskua altxatzen du bere solaskidea joko balu bezala eta batzuetan adierazpen mehatxagarriekin iraintzen du. Normalean horrelako egoera gertatzen da gustatzen ez zaion zerbait egitera bultzatzean edo zaila suertatzen zaion zerbait egitea proposatzen zaionean.

#### **2. kasua**

TERESAk gizon bat egongelara sartzen ikusten duela dio. Urduri jartzen da, gizon horrek «asmo txarrak» dituela uste duelako. Irudipen horren aurrean, zerbait txarra egin duela uste du eta beste toki batera eramateko datorrela imajinatzen du.

**3. kasua**

AGUSTINEk uste du bere emazteak auzoko batekin engainatzen duela. Emaztea gurpildun aulki batean dago eta ezin da bakarrik jaiki. Hala ere, bakarrik igarotako une txikiek ere arazoak sortzen dituzte, gaixoak ez duelako pasatutako denboraren sententziarik.

**4. kasua**

ALBERTO, Alzheimer gaixotasuna duen 72 urteko gizona, goizeko ordu bietan esnatu egiten da eta, ohetik jaiki eta arropa jantzi ondoren, lanera joateko prest dagoela dio. Egunez, ordea, momentu askotan logura da.

**5. kasua**

JOXEK adimen-narriadura garrantzitsua jasaten du. Orain bi aste zentrorra etorri zen eta ez dirudi ziur sentitzen denik. Zerbait bilatuko balu bezala ibiltzen da, galduta aurkituko balitz bezala. Ate batetik bestera doa, hanka astinduz eta dena ukitzen eta mugitzen, ia gelditu gabe.

**6.4. ESKU-HARTZEA KOMUNIKAZIOAREN BIDEZ**

Atal honetan Alzheimer motako dementzia duen gaixo batekin ezinbestekoa den komunikazioa aztertuko da. Hain zuzen ere, 6.4.1. atalean, komunikazioaren barne hitzekoa ez den komunikazioaren eta hitzezko komunikazioaren garrantzia azpimarratuko da; ondoren, 6.4.2. atalean, Alzheimer gaixotasunean gertatzen den komunikazioaren galera izango da hipside; horren ostean, 6.4.3. atalean, horrelako egoera baten aurrean komunikazioa hobetzeko gomendioak izango dira mintzagai; azkenik, 6.4.4. atalean, gaian sakontzeko ariketa praktikoak prestatu dira.

**6.4.1. Komunikazioaren garrantzia**

Alzheimer gaixotasunak hizkuntza erabili eta ulertzeko gaitasunean mailaz mailako narriadura eragiten du (ikus 4.1.3. atala). Gaixoak hiztegia etengabe galtzen du eta, nahiz eta sentitzeko eta pentsatzeko gai izan, ezin ditu sentimendu edo pentsamendu jakin batzuk adierazteko hitzak aurkitu. Kasu batzuetan, ezin ditu ingurukoak ulertu, zailtasunak ager daitezke hitzen adierazpenean eta ulermenean.



Alzheimer gaixotasuna duen pertsonarekin komunikazio ona izateak, oro har, harremana hobetzen du eta zaintza errazten du. Horrez gain, honako beste abantaila hauek ditu: giro ona mantentzea, zaintzailea eta gaixoa hobeto sentiaraztea, gaixoaren autonomia sustatzea, familia barneko gatazken konponbidea erraztea, gaixoari eskatzen zaiona ulertzen laguntzea eta senideen suminkortasuna gutxitzea.

Pertsona bakoitza bakarra dela kontuan izan behar da, hau da, ez dago gaixo guztientzat balio duen errezeta magikorik. Horregatik, komunikazioa hobetzeko zehazten diren gomendioak gaixoaren komunikazio-gaitasunari eta narriadura-mailari egokitu behar zaizkie beti.

Alzheimerra duen pertsonak azaltzen dituen komunikazio-berezitasunak garuneko kalteen ondorio direla ulertu behar da. Hizkuntza-zailtasunak gaixotasuna aurrera doan neurrian areagotu egingo dira, besteak beste, gaixoen inguruko pertsonak ulertzeko arazoak agertzen dituztelako. Hala ere, Alzheimerraren azken aroetan gaixoarekin harremana mantentzeko aukera dago.

Horren baitan, hain zuzen ere, hitzekoa ez den komunikazioa azpimarratu behar da. Izan ere, hitzak erabili gabe komunikatzeko gaitasuna garrantzitsua da, besteak beste, eskuekin eta gorputzarekin egiten diren keinuek, aurpegiko espresioek, ahotsaren tonuak, begiradak, muskuluen tonuak eta antzekoek hitzez komunikatzen dena osatzen dute eta pertsonaren pentsamenduari eta erreakzioari buruzko informazioa eskaintzen dute.

Hitzekoa ez den komunikazioa erabiltzeko, ondoren zehazten diren aukerak kontuan har daitezke: batetik, keinuak poliki egin, mugimendu motelak, ez gehiegizkoak, segurtasuna eta lasaitasuna transmititzeko; bestetik, ez estutu, ez fisikoki ez hitzez, neke-sentsazioari aurre egiteko gehiegizko erreakzioa azalduko baitu; horrez gain, gaixoa inguruko pertsonen aldarrea ulertzeko gai da, oso sentibera da aldarreak interpretatzean, eta era berean, pertsonen artean dagoen lasaitasuna edo urduritasuna hautematen ditu; azkenik, komunikatzean kontaktua estimulatu, adibidez, sardexka hartu behar badu, azalpenak eman ordez, bere eskua hartu eta sardexkara gerturatu.

Hitzekoa ez den komunikazioaz gain, hitzeko komunikazioa kontuan hartu behar da, ahoz transmititzen den komunikazioa, hain zuzen ere. Oro har, argia, zuzena, konkretua eta laburra izatea komeni da, hau da, hizkuntza sinplea eta adibideak erabiltzea, ideia nagusiak azpimarratzea eta mezu luzeegiak saihestea. Hitzeko komunikazioaren modurik garatuena silabak, hitzak eta esaldiak osatzen dituzten soinu artikulatuak dira baina, hitzeko komunikazioaren oinarritzko moduak ere kontuan hartu behar dira, hala nola buila, negarra edo irribarrea, aldarte ezberdinak azaltzen dituztenak. Ondoren, 6.4.1.01. taulan gaixoarekin komunikazioa sustatzeko honako gomendio hauek kontuan har daitezke.

#### 6.4.1.01. taula. Gaixoarekin komunikazioa sustatzeko gomendioak.

- Lasai eta goxo hitz egin, lasaitasuna eta segurtasuna transmititzeko.
- Portaera zehatzak egiteko lagungarriak izan daitezkeen soinua identifikatzen saiatu. Esaterako, koilara edalontziaren kontra jo bazkaltzeko ordua dela azaltzeko, komuneko uraren soinua eragin komunera joateko, «eskuila» hitza esan hortzak garbitzeko, atearen soinua egin paseatzera irteteko ordua delako, etab.
- Jokoetan eta umorean oinarrituriko jardueren planteamendua eraginkorragoa da aginduak edo eskaerak baino.
- Gaixoaren adierazpen-gaitasuna gutxitzen doan heinean, esaldi motzak erabili.
- Bai/ez erantzuna duten galderak egin.
- Gaixoa sentimendu eta emozioak ditu, nahiz eta ezin dituen hitzez azaldu. Bere ordeaz enpatia eta ulermena transmititzeko, gaixoaren sentimendu eta emozioei hitzak jartzea gomendagarria da.
- Nahiz eta hizkuntza-gaitasuna gutxitzen joan, ez da pentsatu behar haren sentimenduak edota aldatzea haur batenak direnik, heldu bat bezala tratatu behar da, inoiz ez haur bat izango balitz bezala.
- Gaixoa beti kontutan izan behar da, esaten duena ulertzen ez bada ere. Ez hitz egin haren egoerari buruz haren aurrean, bera egongo ez balitz bezala.

#### 6.4.2. Komunikazioaren galera

Alzheimer gaixotasunaren ondorioz, gaitasun kognitiboaren mailaz mailako gainbehera gertatzen da eta, ondorioz, gaixoaren komunikazio-gaitasunean hainbat aldaketa gertatzen dira. Aldaketa horien nondik norakoak jakitea garrantzitsua da gaixoarekiko komunikazioa hobetu ahal izateko.

GDSa, *Global Deterioration Scale* (Reisberg, 1982), 5.1.4. atalean azaldu den gisa, Alzheimer edo beste mota bateko dementzia bat jasaten duen gaixoaren funtzio kognitiboaren aro ezberdinak azaltzen dituen galde-sorta da. Gaixotasuna aurrera doan heinean, besteak beste, hizkuntzan gertatzen diren aldaketak deskribatzen ditu. Horren ezaugarri garrantzitsuenak 6.4.2.01. taulan zehazten dira.

##### 6.4.2.01. taula. GDS galde-sortaren baitan hizkuntzan gertatzen den galeraren ezaugarriak.

Aroa	Ezaugarriak
GDS 1	➤ Nahasmen argirik edo kexa subjektiborik ez.
GDS 2	➤ Kexa subjektiboak pertsona edota gauzen inguruan.
GDS 3	➤ Izenak gogoratzeko zailtasunak. ➤ Titubeoak.

GDS 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anomia arina, hau da, modu laburragoan esan daitekeen zerbait hitz asko erabiliz esatea. Adibidez: «mesedez, piztu zera...zera...hobeto ikus dezadan pizten dena».</li> <li>➤ Adierazpeneko zailtasun arinak.</li> <li>➤ Mututasunerako joera.</li> </ul>
GDS 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anomia garrantzitsua.</li> <li>➤ Adierazpeneko zailtasun larriak.</li> <li>➤ Hitzak nahastea.</li> </ul>
GDS 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bat-bateko hizkuntzaren gabezia.</li> <li>➤ Zuzenduriko hizkuntza pobretzea.</li> <li>➤ Neologismoak edo hitz berriak sortzea.</li> </ul>
GDS 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mailaz mailako erabateko gaitasunik eza.</li> </ul>

Reisberg (1982) egileaz gain, Bouchard eta Rossor (1996) egileek 6.4.2.02. taulan hizkuntzan gertatzen diren galeraren ezaugarriak zehazten dituzte.

**6.4.2.02. taula. Alzheimer gaixotasunaren ondorioz hizkuntzan gertatzen den galeraren ezaugarriak.**

Aroa	Ezaugarriak
1. aroa (arina)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bat-bateko elkarrizketan hitz egokiak aurkitzeko zailtasunak izatea.</li> <li>➤ Besteen elkarrizketei jarraitzeko arazoak izatea.</li> </ul>
2. aroa (arina-moderatua)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Perifrasiak edo itzulinguruak: ideia baten azalpen edo interpretazio luzeegia.</li> <li>➤ Anomia.</li> <li>➤ Parafasiak: hitz egitean fonemak ordezkatu edo beste hitz batzuk erabiltzea, adibidez, «gerturatu ohera» (fonemikoa, ohera esan ordez) edo «honera» (semantikoa, ohera esan ordez).</li> <li>➤ Ideiagintza mugatua.</li> <li>➤ Hitzezko ulermena gutxitzea.</li> <li>➤ Kalkuluak egiteko zailtasunak.</li> </ul>
3. aroa (moderatua-larria)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Parafasia semantikoak.</li> <li>➤ Ekolalia: ulermenaren narriaduraren ondorioz entzuten diren hitzak edo esaldiak etengabe errepikatzea.</li> <li>➤ Hitzezko esterotipia: silaba, hitz edo esaldi kopuru mugatu baten nahi gabeko errepikapena. Gaixoaren espresio-gaitasunaren muga adierazten du.</li> <li>➤ Irakurketa pobrea.</li> <li>➤ Kalkulu pobrea.</li> </ul>

4. aroa (larria)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hizkuntza-kalitatea galtzen da.</li> <li>➤ Disartria: hitzak esateko zailtasuna.</li> <li>➤ Hipofonia: ahotsaren bolumenaren gutxitzea.</li> <li>➤ Palilalia: momentu batean gertatzen den silaba edo hitz baten etengabeko errepikapena, hipofonia batekin batera azal daiteke.</li> <li>➤ Mututasuna.</li> </ul>
5. aroa (oso larria)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mututasuna eta hizkuntza ulertezina.</li> </ul>

### 6.4.3. Komunikazioa hobetzeko gomendioak

Alzheimer gaixotasuna duen pertsonarekin agertzen diren gaizki-ulertze asko komunikazio-arazoen ondorioz sortzen dira. Komunikazioa hobetzen saiatzea garrantzitsua da; izan ere, zaintzaileak ahalegin hori egiten ez badu, gaixoari bere ideiak inposatzeko eta gaixoaren beharrei modu desegokian erantzuteko arriskua handiagoa izango da.

Gaixotasunaren bilakaera pertsona bakoitzean desberdina izango dela kontuan hartuz, ondoren azaltzen diren irizpideak pertsona bakoitzari eta pertsona bakoitzak azaltzen dituen komunikazio-arazo zehatzei egokitu behar zaizkie. Esaterako, lasaitasuna transmititzen duen ahots-tonua erabili; gaixoaren parean jarri eta begietara begiratu haren arreta bereganatzea lortu arte; orientazioa erraztu non gauden edo zer egingo den esanez; esaldi motzak, argiak eta zehatzak erabili batez ere aro aurreratuetan dauden gaixoekin; hiztegia erraztu hitz konkretuak edota ezagunak erabiliz; eta erantzuteko denbora utzi, Alzheimerre bezalako gaixotasuna duen pertsonak erreakzionatzeko denbora gehiago behar du-eta.

Ondoren, 6.4.3.01. taulan eta 6.4.3.02. taulan komunikazioa hobetzeko zehatzak diren zenbait aholku azalduko dira. Komunikaziorako arazoa agertzen den momentuan egoeraren izaeraren arabera, arazoari aurre egiteko moduak ere ezberdinak izango dira, batetik, gaixoak zaintzailea ulertzen ez duenean, eta, bestetik, zaintzaileak gaixoa ulertzen ez duenean.

#### 6.4.3.01. taula. Zer egin gaixoak zaintzailea ulertzen ez duenean.

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ondo ahoskatu, bolumena igo gabe.</li> <li>➤ Gauzak esateko modurik errazena aukeratu.</li> <li>➤ Hitz egiteko eta erantzuteko denbora utzi.</li> <li>➤ Ez egin galdera bera, eta ez esan gauza bera bi edo hiru aldiz.</li> <li>➤ Hitzak ulertzen laguntzeko hitzezkoa ez den komunikazioa erabili.</li> <li>➤ Esan nahi dena ikusarazi, eskuak erabiltzean esan nahi dena hobeto adierazten da.</li> <li>➤ Komunikazioak elkarrizketa batean frustrazioa eragiten badu, gaiaz aldatu.</li> </ul> |
|---|

**6.4.3.02. taula. Zer egin zaintzaileak gaixoa ulertzen ez duenean.**

- Lasaitasunez eta pazientziaz jokatu.
- Hitz edo esaldi batean zentratu eta behin baino gehiagotan errepikatu.
- Tonu emozionala kontuan hartu, gaixoaren hitzak ulertu ezin badira ere, haren sentimenduak eta emozioak uler daitezke.
- Gaixolari buruz informazioa eskuratu, senideei edo gertukoei gaixoarentzat garrantzitsuak diren izenak, hitzak edota adierazpenak galdetu.

Azkenik, zenbait jokabide saihestea garrantzitsua da, besteak beste, eztabai-datzea, etengabe aginduak ematea, ezin egin dezakeena gogoratzea edo paternalismoa erabiltzea.

**6.4.4. Ariketa praktikoak**

Atal honetan Alzheimer gaixotasuna duten pertsonekin komunikazioa hobetzeko hiru ariketa praktiko proposatu dira. Batetik, lehenengo kasua irakurri ondoren komunikazioaren analisisia egin behar da, hau da, hitzeko komunikazioa eta hitzezkoa ez den komunikazioa adierazten duten esaldiak azpimarratu eta arrazoitu. Bestetik, bigarren kasuan, gaixoak zer egin behar duen eta zer egin behar ez duen lantzeko hainbat esaldi modu zuzenean berrantolatu beharko dira. Azkenik, hirugarren kasuan, gaixoarekin arrazoia erabiltzen saihesteko hainbat esaldi modu zuzenean berrantolatu beharko dira.

**1. kasua**

MAITEk bere senarra, Iñaki, zaintzen du, Alzheimer gaixotasuna duelako. Jaikitzean honako hau esaten dio: «Egunon Iñaki, ikusi al duzu jada egunsentia dela? Eguna eguzkitsua da. Goazen jaikitza. Orain komunera goaz, ados? Pixa gura duzu?». Maite erantzunaren zain geratzen da eta ez badu erantzunik jasotzen jarraitu egiten du: «Pixa egiten duzunean bainu bat hartuko duzu». Begietara begiratu eta galdetzen dio: «Zer egingo dugu orain?». Eta Iñakik erantzuten du: «Bainatu» eta Maitek esaten dio: «Oso ondo, bainua hartu eta guapo-guapo jarri». Mahaia jasotzen duen bitartean, Maitek Iñaki du ondoan eta esaten dio: «Iñaki, pasa iezadazu edalontzia». Iñakik erantzuten ez badu, Maitek errepikatu egiten dio: «Hartu edalontzia eta emaidazu» (edalontziari begiratzuz edo seinalatuz). Iñakik arratsaldean norbait bisitatza etorriko dela baldin badaki, Maitek galdetzen dio: «Zein etorriko da gaur? Karmen. Esan, Iñaki, zein etorriko da gaur?». Iñakik ez du beti erantzuten baina erantzuten badu, Maite pozik sentitzen da. «Zein da Karmen?» galdetzen dio: «Karmen zure alaba da, ezta?».

Iñakik erantzun egiten du: «bai». Edo soilik begiratu egiten dio. Iñakiren gaixotasunak aurrera egiten du. Goizeko zortzietan, beti bezala, Maite Iñakirengana hurbiltzen da esnatzeko asmoarekin, nahiz eta denbora asko daraman esnatuta. «Egunon, maitea, jada egunsentia da. Postura aldatuko dizut erosoagoa egon zaitezen jaikitzen zaitugun arte». Eta postura aldatzerakoan esaten dio: «goazen mugitzera».

## 2. kasua

Gaixoari zer egin behar duen esan behar zaio, zer egin behar ez duen esatea saihestu behar da.

1. esaldi okerra: «Ez duzu gogoratzen dendara iritsi berri garela».

Esaldi zuzena:

2. esaldia: «Ez jarri izotza suaren ondoan».

Esaldi zuzena:

3. esaldia: «Ez zaitez hara joan».

Esaldi zuzena:

4. esaldia: «Arropa gehiegi daramazu kanpoan dagoen beroarekin».

Esaldi zuzena:

5. esaldia: «Ez zaitez mugitu bizarra kentzen dizudan bitartean».

Esaldi zuzena:

### 3. kasua

Ez saiatu gaixoarekin arrazoia erabiltzen. Ondorengo esaldietan arrazoia erabiltzen da. Egoera aztertu eta modu zuzenean berrantolatu.

1. esaldia: «Badakizu hortzetako pasta hortzetan jartzen dela, ez ilean!».

Esaldi zuzena:

2. esaldia: «Zure arreba orain dela hiru urte hil zen, ezinezkoa da bera zu ikustera etorri izana».

Esaldi zuzena:

3. esaldia: «Lehen ere galdetu didazu, badakizu zure emaztea noiz datorren!».

Esaldi zuzena:

### Seigarren kapituluaren laburpena

- Alzheimer motako dementzia duen gaixoarengan esku-hartze ez-farmakologikoa hainbat arlotan landu daiteke, besteak beste, arlo kognitiboan (funtzio kognitiboak estimulatuz), arlo emozionalean (depresioa eta herstura egoerak bideratuz), portaera-arloan (portaera-nahasteak maneiatuz) eta komunikazioaren arloan (hitzezko zein ez-hitzezko komunikazioa erabiliz).
- Esku-hartze ez-farmakologikoaren ideia nagusia da Alzheimer motako dementzia duen pertsona intelektualki eta fisikoki estimulatua mantentzean galera kognitiboa eta funtzionala murriztea edo moteltzea.
- Esku-hartze kognitiboaren baitan, besteak beste, zentzumenen estimulazioa, Errealitatearen Orientazioa eta Erreminiszentzia izeneko programak azpimarra daitezke. Zentzumenen estimulazioaren bidez bost zentzumenekin erlacionatutako jarduera zehatzak lantzen dira. Errealitatearen Orientazioan, berriz, oinarrizko informazioa errepikatuz gaixoaren orientaziorik eza eta oroimen-hutsuneak murriztea lantzen da. Erreminiszentzian, ordea, iraganeko esperientzia propioak hainbat elementuren bidez oroitzen dira.

- Depresioa azaltzen den kasuetan, oro har, gomendagarria da gaixoari laguntza, interesa, ulermena, arreta eta ziurtasuna eskaintzea. Herstura azaltzen den kasuetan, berriz, kalera irtetea, ibiltzea edo ariketa fisiko lasaia egitea sustatu behar dira.
- Portaera erasokorraren aurrean lasaitasuna mantendu eta gaixoaren eta inguruko segurtasuna bermatu behar da. Haluzinazioen aurrean, arrazoi erabili gabe beldurtzeko arrazoirik ez duela erakutsi behar da. Eldarnioen aurrean ez da aurkako ideia esan behar. Loaren nahasteak bideratzeko lagungarria da eguneko lo-kuluxkak saihestea. Noraezean ibiltzen den gaixoarekin paseatzea lasaigarria da.
- Alzheimer motako dementzia duen gaixoaren komunikazio-gaitasuna gutxitzen den heinean, besteak beste, esaldi motzak erabiltzea eta erantzun dikotomikoa (Bai/Ez) eskatzen duten galderak egitea gomendagarria da.

### **ERREFERENTZIA GOMENDAGARRIAK**

- Arriola, E. eta Inza, B. (2001): *Tablero de psicoestimulación*, Janssen-Cilag, Madril.
- Buiza, C. eta beste (2006): *Programa de estimulación cognitiva para pacientes con demencia grave basado en las actividades del método Montessori: Adaptación al castellano*, INGEMA, Donostia.
- Fundación Uszheimer (2005): *Manual de Intervención en Demencias (1 eta 2 aleak)*, Huelvako Diputazioa, Huelva.
- Fundación “La Caixa” (2002): *Guía Práctica de Reminiscencia*, Fundación “La Caixa”.
- Nevado, M. (2003): *El Baúl de los Recuerdos: manual de estimulación cognitiva para enfermos de alzheimer en el ambito familiar*, Afal, Madril.
- Peña-Casanova, J. (1999): *Activemos la mente. Material de intervención cognitiva para enfermos de Alzheimer*, La Caixa, Bartzelona, <[http://www.fundacio.lacaixa.es/salud/publicaciones\\_es.html](http://www.fundacio.lacaixa.es/salud/publicaciones_es.html)>.
- Sobera, C. (2002): *Manual para la Estimulación de los Enfermos de Alzheimer en el Domicilio*, Laboratorios Pfizer, Madril.
- Tárraga, L. eta Boada, M. (1999): *Volver a empezar*, Fundació ACE, Bartzelona, <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/familialzheimer-volver-01.pdf>>.
- eta —————, (2003): *Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase leve*, Fundació ACE, Bartzelona <<http://www.familialzheimer.org/prensa/entrevistas/ver/2920>>.



———— eta ———, (2003): *Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada*, Fundació ACE, Bartzelona, <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/familialzheimer-cuadernos-01.pdf>>.



## 7. Alzheimerra duen gaixoaren familia edota zaintzailea

*Josune Mendez, Izarne Lizaso*

### 7.1. ALZHEIMERRAREN ONDORIOAK FAMILIAREGAN EDO ZAINZTAILEARENGAN

Alzheimer gaixotasunak gaixoaren garunean eta zaintzailearen bihotzean eragina duela esaten da. Horrela, gaixoa eta haren familia dira Alzheimer gaixotasunaren bi biktimak. Hori guztia ulertzeko, honako eduki hauek izango dira atal honetan mintzagai: 7.1.1. atalean, Alzheimer gaixotasuna duen pertsona baten zaintzailearen profila; 7.1.2. atalean, zaintzailearengan gaixotasunak duen eragina arlo emozionalean; 7.1.3. atalean, zaintzaileek jasaten duten zama eta beren burua zaintzearen garrantzia azalduko dira; 7.1.4. atalean, gaian sakontzeko ariketa praktikoak proposatuko dira.

#### 7.1.1. Zaintzaile nagusiaren profila

Familia batean Alzheimer gaixotasuna duen pertsona izatearen ondorioz, familiako kideek parte hartu beharko dute gaixoaren zainketan, besteak beste, zereginen banaketan, gastu ekonomikoetan eta aisialdiaren erabileran. Hala ere, kasu gehienetan familiako kide guztien artean zaintzaile nagusi bat izaten da, zaintzearen prozesuaz arduratzen dena. Gure testuinguruan, zaintzaile nagusiaren profila da emakumea, gaixoaren alaba edo emaztea, 50 urte baino gehiago dituen, Alzheimer bezalako gaixotasunei buruz informazio gutxi duena eta beste jarduerak batzuk egiten dituen, adibidez, familiako beste senideen zainketa eta etxetik kanpoko lana.

*Zama* kontzeptuak familiarengan adineko pertsonaren zainketarekin zerikusia du. Hain zuzen ere, zaintzaileari zainketa-prozesuak bere osasun psikologikoan, baldintza sozioekonomikoan eta egoera sozialean eragiten dizkion ondorioei egiten die erreferentzia. Zama kontzeptua ikerketa gerontologikoan agertu zenetik, zaintza-prozesuarekin eta haren ondorioekin erlazionatua izan da. Horrela, zaintzailearen bizi-kalitatean zama-sentimendua faktore garrantzitsua bihurtu da. Zaintzaile nagusia izateak zama fisiko eta psikologiko handia dakar pertsonarentzat eta haren bizi-tzan hainbat ondorio gerta litezke, adibidez: aisialdia desagertzea, zaletasunak alde batera uztea, lagunekin egoteari uztea, «gauzak ongi ez egiteak» sortzen duen larritasuna sentitzea, espero ez diren egoerei aurre egiteak sortzen duen heretura sentitzea eta isolamendua agertzea.

Hori guztia kontuan izanik, osasun-arazo larriak sor daitezke. Zaintzaile nagusia gaixotzen bada, zaintzaren egoera okertu egiten da. Egoera hori saihesteko, hainbat aukera kontuan hartu behar dira, besteak beste, beharrezkoa den atseden hartzea, nor bere buruari denbora eskaintzea, gustukoak diren ekintzak mantentzea, ez isolatzea (lagunekin edo ezagunekin harremanak mantentzea) eta osasun ona mantentzeko beharrezkoa den guztia egitea.

Zaintzaileak jasotzen duen eragina hainbat faktorek eragiten dute, besteak beste, demenziaren sintomek, zaintzaileak jasotzen duen informazioak edo formazioak, bere ingurunetik jasotzen duen laguntza formalak edo ez-formalak, eta gaixoarekin dementzia agertu aurretik izandako harreman motak.

Zaintzaile nagusia zenbait arotatik igarotzen da gaixotasunaren prozesuan zehar. Gaixotasunaren susmoaren aurrean, besteak beste, zalantza, nahasmena, etsaitasuna, haserrea, sinesgarritasuna eta kezka senti ditzake. Alzheimer gaixotasunaren diagnostikoaren aurrean, besteak beste, blokeoa, ulertezintasuna, inpotentzia, babesgabetasuna, egoera ezeztatzea, beldurra, kulpa-sentimendua eta bakardade-sentimendua ager daitezke. Gaixotasunaren lehenengo aroan, besteak beste, desoreka emozionala, lotsa, estresa, erabakiak hartzeko orduan eraginkortasun falta, zainketan segurtasunik eza, isolamendu sozialaren sentsazioa, herstura eta depresioa. Gaixotasuna aurrera doan heinean, neke fisikoa areagotu egiten da eta maitatua den gaixoaren heriotzari beldurra senti daiteke.

Aipaturiko adierazpen emozionalak aldatzen joan daitezke zaintzaileak jasotzen duen informazio edo laguntzaren arabera. Adierazpen emozional positiboak ere ager daitezke, esaterako, samurtasuna, sorkuntza, rol berrien bizipena, poza eta goxotasuna. Eduki horiek guztiak ondorengo atalean sakonki aztertuko dira.

### ***7.1.2. Zaintzailearengan gaixotasunak duen eragina arlo emozionalean***

Zaintzaile nagusia izateak bizitzako hainbat alorretan eragin handia du, esaterako, lan-arloan, arlo sozialean, familia-arloan edota arlo pertsonalean. Hala ere, horrelako egoera bat baldintzatuko duten hainbat faktore egon daitezke:

- Gaixoa demenziaren zein arotan aurkitzen den.
- Zaintzari eskaintzen zaion denbora.
- Familiaren gaitasuna laguntza eskatzeko eta, batez ere, zaintzaile nagusia-rena.
- Norberarentzat atseginak diren jarduerak egiteko denbora.
- Gaixotasunari buruz duen informazioa.
- Zainketaren planifikazioa.
- Familiaren egoera, hau da, gaixoarekin eta beste familiako kideekin dagoen harremana.

- Zainketak eskaintzen duen asebetetze pertsonala.
- Bizitzaren esanahia positiboa edo negatiboa izatea.

Hori guztia kontuan izanda, familia bakoitza ezberdina izan arren, prozesu horretan senideengan gertatzen diren hainbat ezaugarri kontuan hartu behar dira. Horien artean, hasieran familiaren harridura eta kezka azpimarra daitezke. Senideek guztiz aldatu den pertsona aurkitzen dute. Esaterako, gaixotasunaren aurretik bere ekintza guztiez kontziente eta arduratsua zen gaixoa, eta gaixotasunaren ondorioz, aldiz, izaera aldatu zaio eta arazoak ditu. Haren erantzunek, jarrerek, ohituren aldaketek, gaixoaren senideak harritu egiten dituzte eta ez dakite gertatzen ari dena noraino den serioa, zenbait gauza oraindik ongi egiten baititu. Senideak ez daki zer pentsatu, bere buruari zer gertatzen ari den galdetzen dio.

Oroimenaren galerarekin batera eguneroko jarduerak egiteko zailtasuna agertzen denean (ikus 4.1.1. atala), senideak zerbait larria gertatzen ari dela pentsatzen hasten da. Momentu horretan harridura dagoeneko pasatu da eta gaixoa sendagilearengana eramateko momentua iritsi da. Batzuetan, zaila gertatzen da pauso hori ematea. Bitartean, senideak gaixoaren akatsak zuzentzen saiatzen dira, betiere, emaitza positiborik gabe. Ondoren, diagnostikoaren unea dator, eta une hori, oro har, momentu latza izaten da. Senide bakoitzak modu ezberdin batean egiten dio aurre diagnostikoari. Hala ere, modu batean edo bestean, etorkizuna ezezaguna da, zaintzaileak badaki zerbait larria gertatzen ari dela, baina ez daki zehazki zer den, kezka eta beldurra dira momentu horretako sentimendu nagusiak. Zaila da gaixotasuna onartzea, ulertzea eta aldi berean egoerari aurre egitea.

Momentu horietatik aurrera, etengabeko aldaketak gertatzen dira eta familiaren sufrimendua handia da. Gogorra da gaixoaren etengabeko narriadura zuzenean bizitzea. Aurreratutako dolua sufritzen dute. Maite duten senidearen galera onartzen joan beharko dute pertsona oraindik bizirik dagoenean. Horregatik, prozesua gogorra eta zaila da, eta garrantzi handia dute prozesu horretan familiarreko harremanen aldaketak eta baliabide material eta ekonomikoek.

Lehenengoari dagokionez, horrelako gaixotasun baten aurrean familiaren egoera aldatu egiten da. Familiako kide bakoitzak gaixotasuna agertu aurretik betetzen zuen rola aldaketak pairatzen ditu eta horiek berregituratzea ez da lan erraza izaten. Bestalde, adostu egin behar da zaintzaren banaketa. Gai horrek maiz liskar handiak sortzen ditu, eta asko dira gai honen inguruan sor daitezkeen arazoak. Zaintzailea gaixoaren bikotea denean, familiako beste kideen laguntza ez onartzea edo bakardadea sentitzea gerta liteke. Zainketaren ardura seme-alabek hartzen dutenean, sarritan gertatzen dira anai-arreben arteko liskarrak. Esaterako, zaintzaile nagusiak besteengan bere irizpideak ezarri nahi dituelako edota familiako norbaitek gaixoaren zainketan parte hartu nahi ez duelako. Hori guztia kontuan hartuta, hasieratik senideen artean komunikazio ona izatea, funtzionamenduarauak ezartzea eta erabakiak moldatzen joateko beharrezkoak diren bilerak egitea.

Familiarteko harremanen aldaketez gain, baliabide material eta ekonomikoak kontuan izan behar dira zaintza-prozesuan. Familiako kide guztien laguntza beharrezkoa izaten da gaixotasunari aurre egiteko (laguntza ez-formala). Egun, hainbat laguntza mota dauden arren, gehienetan gaixoak etxean zaintzen dira eta, ondorioz, familia da egoeraren kargu egiten dena. Senideek eskura dituzten baliabideak erabiltzen dituzte gaixoari kalitatezko zainketa bat eskaintzeko (ikus 7.3. azpiatala).

Egoera bakoitzaren ezaugarriak ezberdinak izan daitezke eta egoera berrira egokitzeko familia bakoitzaren moduak ezberdinak dira ere. Prozesu horretan hainbat aro egon daitezke. Ondoren, horietako batzuk azalduko dira.

Lehenengo aroan ukapena ager daiteke. Diagnostikoa jaso ondoren gertatzen da eta, besteak beste, gertatzen ari denari buruz hitz egiteari uko egitea edo ezer gertatu ez balitz bezala jokatzeko gerta daiteke.

Ondoren, informazioa bilatzen hasten da familia. Arestian esan bezala, Alzheimer gaixotasunak gaixoari ez ezik, zaintzaileari eta familiari ere eragiten die. Informazioa izatea eta bilatzea gaixotasunari aurre egiteko oinarritzeko estrategia da. Horrela, gaixotasuna eta haren ezaugarriak ezagutzea ezinbestekoa da. Senideak gaixotasunaren ezaugarriekin bat datozen aldaketak gaixoarengan behatzean lasai egon daitezke. Aldiz, gaixotasuna ez ezagutzean, aldaketaren aurrean urduri egon daitezke, eta ondorioz, ez dute ulertuko zeren ondorio diren gorabehera horiek. Gaixotasunari buruzko informazioa izateaz gain, horrelako kasu baten aurrean laguntzen duten baliabideak (ikus 7.3. azpiatala) eskura izatea garrantzitsua da. Familiak laguntza handia behar izaten du eta zaintzailearen prozesua arintzeko administrazioek eta elkarteek laguntza eskaintzen dutela jakitea garrantzitsua da. Beharrezkoa da baliabide horiek planifikazioa egiteko orduan hasieratik ezagutzea. Gaixotasunari buruzko informazioa eta baliabideak ezagutzeaz gain, gaixotasunaren aurrean ezinbestekoa da senidearen eta zaintzailearen jarrerak nolakoa izan behar duen ezagutzea, hau da, nola tratatu gaixoa?, nola komunikatu berarekin?, zer egin zerbait desegokia esaten duenean?, edota nola jokatu gauzak gaizki egiten dituenen? Hori guztia ezagutzea ezinbestekoa da eta ikasi beharrekoa. Denbora aurrera doan heinean, zaintzaileak alderdi horietan guztietan hobetzen joaten dira. Hala ere, gomendagarria da prozesu guztian zehar ikasi beharreko argibide batzuk eskura izatea.

Gaixotasuna aurrera doan heinean, hainbat sentimendu azalera daitezke: bakardadea, haserrea, frustrazioa, kulpa eta antzeko sentimenduak. Horrelako adierazpen emozionalak identifikatzen ez direnean, zailak izaten dira maneiatzeko. Zaintzailearentzat garrantzitsua da bere konfiantzako pertsona baten laguntzaz sentimendu horietaz jabetzea.

Laugarren aroan egoeraren berrantolaketa dator. Gaixoaren beharrak hartu behar dira kontuan; izan ere, behar horien arabera, beste behar guztiak aldatuko baitira. Ondoren, gaixoaren zainketan norke parte hartuko duen pentsatu behar da, adibidez, etxekoan artean zainduko den ala beste baliabide batzuk erabiliko diren. Horrez gain, gaixoaren eguneroko jarduerak ere antolatu behar dira. Gogora ekarri behar da gaixoarentzat errutina bat mantentzea oso garrantzitsua dela. Hala, kome-nigarria da, besteak beste, egutegi bat finkatzea, gaixoaren beharrak eta zaintzaileen arteko planifikazioa argi izateko. Planifikazioa lagungarria da zaintzaileak egoera kontrolatzen duen sentsazioa izateko, beste pertsonen inplikazioa lortzeko, zain-tzaile nagusiaren denbora librean errespetatzeko eta gaixoaren errutina mantentzeko. Beraz, alde batetik, informazioa, eta bestetik, kanpokoan zein etxekoan laguntza izatean, egoerari aurre egiteko nahiko baliabide dagoela kontsideratzen da.

Azkeneko aroan gaixotasuna onartzen da. Aro honek izugarriko garrantzia du prozesu osoan zehar. Zaintzaileak gaixotasuna ez onartzean zaila da prozesua eramangarria izatea. Horregatik, aro hau prozesuaren arorik garrantzitsuen eta zailena da. Senideari asko kostatzen zaio gaixotasuna onartzea. Gaixotasuna onartzeak gaixoaren galerak eta jarrerak gaixotasunaren ondorio direla ulertzea esan nahi du, hau da, gaixoak arreta falta izatea, nahi duena egitea edota inori kasurik ez egitea, portaera erasokorra izatea eta antzekoak gaixotasunaren ondorio direla ulertzea asko kostatzen da. Hala ere, egoera onartzen den heinean, errazagoa da guztia.

Aro horie-tako bakoitzean pertsona zein familia bakoitzaren arabera hainbat emozio-adierazpen egon daitezke, esaterako, bakardadea, mendekotasuna, nekea, tristura, depresioa, estresa, kezka, haserrea, kulpa, lotsa eta ezintasuna. Ondoren, horiek guztiak azalduko dira, hurrenez hurren.

### ***Bakardadea***

Gaixotasunaren prozesuan hainbat gauza gerta daitezke, horien artean, adibi-dez, harremanak ekiditea. Gaixoaren kasuan, harremanak ez dira erosoak, eta ondorioz, besteekiko harremana ekidin dezake. Zaintzailearen kasuan, berriz, lotsa senti dezake eta, ondorioz, harremana ekidin dezake. Inguruko pertsonen kasuan, aldiz, egoera ikusi nahi ez izatea gerta liteke, eta ondorioz, gaixoak eta familiarrak baztertu egiten dira. Horren guztiaren ondorioz, gaixoarengan eta zaintzailearen-gan isolamendua gertatzen da. Hala ere, egoera horren arrazoi nagusia da gaixoa-ren zaintzak gero eta denbora gehiago eskatzen duela, eta, ondorioz, zaintzailea gaixoaren zaintzan murgildu eta etxean geratzen dela. Horrek guztiak adierazten du gaixoak eta zaintzaileak besteekiko harremanak eta komunikazioa galdu ditza-ketela, eta ondorioz, laguntza eskatzeko aukerak murriztea, bakardadea, segurtasun falta, tentsio familiarrak, eta antzekoak gerta daitezkeela.

### ***Mendekotasuna***

Gai horren inguruan beharrezkoa da honakoa galdetzea: nork du mendekotasun-maila handiagoa, gaixoak zaintzailearekin edo zaintzaileak gaixoarekin? Hau da, jakina da gaixotasunak aurrera egiten duen heinean, gaixoak norbaiten beharra duela eguneko hogeita lau orduak eramangarriak izateko. Izan ere, mendekotasuna eragiten duen gaixotasuna baita Alzheimer motako dementzia. Hala ere, kasu batzuetan, gaixoaren zaintzak zaintzailearen eguneroko bizitzari zentzua ematen diola kontuan izanik, gaixoaren menpe sentitzen da zaintzailea.

### ***Nekea***

Alzheimer gaixotasuna duen pertsona zaintzen duen zaintzaileak neke fisikoa eta psikologikoa paira ditzake.

Neke fisikoa atsedena hartzen ez denean gertatzen da. Zaintza-lanetan ahalegin fisiko handia egin behar da, esaterako, gaixoa jaiki, bainatu, eskailerak igotzen eta jaisten lagundu, etab. Gainera, zainketaarekin erlazioatutako zenbait etxeko lan ere gehitu egiten dira, adibidez, inkontinentziaren eraginez arropa gehiago garbitu behar da. Horrez gain, bizitzak aurrera jarraitzen du eta eguneroko betebeharrak egin behar dira.

Neke psikologikoa zaintzailearengan bizitza erabat murriztean gertatzen da. Adibidez, kanpoko estimulu gutxi daude, mintzatu ezin daitekeen pertsona batekin pasatzen da egun osoa, bere bizitza konpartitu duen pertsonaren narriadura bizitzen da eta, egunero portaera-nahasteak behatzen dira.

### ***Tristura***

Adierazpen emozional horrek zerikusia du maitatzen den pertsonaren galera bizirik dagoen bitartean bizitzearekin. Horrelako egoera bat onartzea zaila gertatzen da, normalean, gaixotasunaren hasieran agertzen den sentimendua da. Familiak gauza serioa dela eta gaixoaren gaitasunen galera aurrera doala ikusten du. Horrelako sentimendua izatea erabat onargarria izan arren, zaintzaileak egoerari buelta eman behar dio. Izan ere, egoera onartzeak berriro martxan jartzen lagunduko dio.

### ***Depresioa***

Errealitatea ikuspegi negatibo batetik ikustea ezaugarri duen nahasmena da depresioa. Alzheimer gaixotasuna duen pertsonaren zaintza-prozesuan zenbait momentutan ez da irteerarik ikusten eta bizitzaz ezin da gozatu. Motibazio falta ere handia izaten da norberaren buruarekin zerikusia duen guztiarekin. Gainera, loaren, lanaren edota elikaduraren inguruko nahasteak sor daitezke. Zaintzaile askok bizi duten tristurak eta bakardadeak, askotan, depresioa izatera bultzatzen dituzte. Depresioa duen zaintzaile batek zailtasun handiz egingo ditu zainketa-lanak.



### ***Estresa***

Zainketaren ondorioz zaintzaileek sentitzen duten tentsioa oso handia da. Zaintzaile asko lasaigarriak hartu beharrean aurkitzen dira, atsedena hartu eta erlaxatu ahal izateko.

### ***Kezka***

Zaintzaileen kezka nagusia hurrengo egunean zein egoera izango den izaten da. Etorkizuna ezezaguna da horrelako egoera batean. Zaintzaileek gertatuko dena ziurtasunarekin ez jakin arren, gerta daitekeena susmatzen dute. Horregatik, gaixotasuna ezagutzea ezinbestekoa da gertatuko denaren aurrean familia prest izateko.

### ***Haserrea***

Horrelako sentimenduak hainbat egoeraren ondorioz ager daitezke: batetik, zaintzaile-lanen ondorioz zenbait jarduerari uko egiteagatik; bestetik, zaintzaileek ardura handia dutelako eta, horrek, denbora asko eskatzeagatik; gainera, egoera honi aurre egiteko baliabide nahikorik ez izateagatik; horrez gain, inguruko guztiek aholkuak eman eta zaintzaileen jokaerak zuzentzen saiatzeagatik; azkenik, zaintzeko orduan beren burua bakarrik ikusteagatik.

### ***Kulpa***

Beste adierazpen emozionalen aldean, zaintzaileak bizi dezakeen emozio ezberdina da. Kasu batzuetan, amorrua eta kulpa batera adieraztea gerta liteke. Beste kasu batzuetan, berriz, zaintzaileak gaixorik dagoen pertsonarekiko amorrua sentitzen du. Azken finean, gaixoak zaintzaileari bizitza aldatu dio. Ondoren, kulpa-sentimendua dator, gaixorik egotearen errurik ez duen pertsona batekiko amorrua izanagatik. Kulpa-sentimendua, gaixoari garrasi edo errieta egiteagatik ere ager daiteke, edota bere bizitza kontrolatzeagatik, bere lehenengo roletatik baztertzeagatik. Sentimendu honek min handia eragin dezake beste pertsonekin konpartitzen ez bada.

### ***Lotsa***

Gogora ekarri behar da Alzheimer gaixotasunak gaixoaren portaera eta nortasuna aldatzen dituela (ikus 4.3. atala). Horrez gain, gaixoezko sozialki onartuta dauden arauak ez dituzte onartzen. Horrelako egoera baten aurrean lotsa sentitzen du zaintzaileak. Momentu horietan aldamenen daudenei egoera azaltzea izaten da komenigarriena. Hala, ingurukoek berehala ulertuko dute portaera horren zergatia eta ez diote garrantzi gehiagorik emango.

## ***Ezintasuna***

Zaintzaile batek dudarik gabe gaixotasunaren garapena gelditzea edota gaixoa sendatzea nahi izango luke. Ezintasuna, zaintzaileak gaixotasunaren garapenaren aurrean ezer ezin egin dezakeelako onarpenarekin erlazionatzen da. Hala ere, gaixorik dagoen pertsonarengatik gauza asko egin ditzake nahiz eta ezintasunak blokeatuta utzi. Horregatik, zaintzaileak gaixoarengatik egin ditzakeen jardueretan zentratu behar du, gaixotasunaren garapenak bere ibilbidea izango duela onartuz.

Orain arte esandako sentimenduak eta emozioak gaixotasunaren prozesuan agertzea gerta liteke. Hala ere, antzeko egoera batean dauden pertsonekin sentimenduak konpartituz egoera onartzea lor daiteke.

### ***7.1.3. Zaintzaileak bere burua zaintzearen garrantzia***

Arestian aipatu gisa, Alzheimer gaixotasuna duen senide bat egunero hogeita lau orduz zaintzea gogorra da. Horrelako egoera batek hainbat sentimendu eragiten ditu eta horiek maneatzea garrantzitsua da. Funtsezkoa da zaintzaileak gaixotasunaren egoera onartzea zainketa-prozesuan ongi sentitzeko. Hori guztia gertatzen ez bada, alferrikakoak dira informazio eta aholku guztiak. Zaintzaileak bere burua zaintzeak esan nahi du, batetik, nork bere buruari denbora dedikatzea; bestetik, kulparik gabe norberaren beharrei lehenetsia eskaintzea; eta azkenik, bere burua zaintzen duenean gaixoa zaintzen ari dela ulertzea.

Zaintzaileak bere burua ongi zaintzea gaixoarentzat garrantzitsua da, zaintzailea ongi sentitzen den heinean, gaixoa ongi egongo delako. Alzheimer duen gaixoaren zainketa ondoz, zaintzaileek 7.1.2. atalean aipatu bezala, nekea, tristura eta depresioa sentitu ditzakete baina, garrantzitsua da Alzheimer duen gaixoak lasaitasuna, goxotasuna, laguntasuna eta maitasuna sentitzea. Jakina da ongi jantzita, zainduta, elikatuta eta garbituta egon behar dutela, baina hori guztia ez da nahikoa. Zaintzailea nekatuta, urduri edo haserre sentitzen bada, gaixoari ezingo dio beharrezkoa duen laguntza guztia eskaini eta ondoz, gaixoak urduritasuna eta nahasmena jasango ditu. Hori guztia kontuan hartuta, zaintzaileak transmititutakoaren arabera izango da gaixoaren erantzuna.

Gai honen inguruan adibide bat jartzearen, Alzheimer duen pertsonak askotan portaera erasokorra azaltzen dutela esaten da. Nahiz eta garuneko lesioak gaixotasunean eragina izan, zaintzailearen jarrera garrantzitsua da; izan ere, kasu batzuetan gaixoa urduri eta erasokor jar daiteke zaintzailearen jarrera urduria delako. Kontuan izan behar da gaixoak ez duela bere inguruan gertatzen dena ongi ulertzen. Hala, gaixoak ikusten badu bereganatzen norbait haserre eta urduri zuzentzen dela zergatia zein den jakin gabe, erasokor jarriko da, baina bere burua defendatzen besterik ez da ari. Demagun, gaixo batek momentu konkretu batean ez duela bere alaba ezagutzen eta hau bere aitarengana doala bainua ematera presa handia-

rekin eta egun kaxkar baten ondoren. Bat-batean etxean sartu eta bortizki aitari arropak kentzen hasten da. Aitak ustekabean alaba jotzen du. Kasu horretan ere, bere burua defendatzen ari da. Erasokorra al da?, edonork ez al luke berdin egingo ezezagunen bat gure etxean sartuko balitz eta besterik gabe arropak kentzen hasiko balitz?, segur aski bai. Beraz, gaixoa ez da agresiboa, portaera erasokorra adieraztera eraman duen egoera baten aurrean aurkitu da.

Adibide horiekin argi ikusten da gaixoei behar dutena lasaitasuna eta pazientzia dela. Gaixoei ezin zaie eskatu beren burua kontrola dezaten, bai ordea, zaintzaileari. Gaixoari ezin zaio zaintzailea nekatuta dagoela uler dezan eskatu, ez baita gauza horretarako.

Alzheimer gaixotasuna duen pertsonaren zainketak zaintzailearengan dituen ondorio fisiko eta psikologikoak saihesteko asko dira kontuan hartu beharreko gomendioak, besteak beste, honakoak:

- Informatua egotea. Gaixotasuna ezagutzea garrantzitsua da. Alzheimerra duen gaixoa etxean zaintzeko zaintzaileak ez du zertan gai horietan aditua izan. Hala ere, gaixotasunaren oinarritzko ezaugarriak ezagutu behar ditu.
- Gaixotasunari buruz hitz egitea. Senidea ez da lotsatu behar horrelako gaixoa etxean izateagatik. Nahiz eta gero eta gutxiago gertatzen den, oraindik egun, zenbait pertsona lotsatu egiten dira. Ez dira xehetasun guztiak azaldu behar, baina inguruko pertsonak arazoa ezagutzeak lasaitasuna eskaintzen du. Gaizki-ulerturik egotea ekiditen laguntzen du eta askotan ingurukoek ere laguntza eskaintzen dute.
- Udaleko gizarte-zerbitzuetara joatea. Bertan, norbanakoaren herrialdean dauden baliabideez informatzen dute. Horrez gain, baliabideak eskuratzeko eskaerak ere egin daitezke.
- Alzheimerra duen gaixoaren senitartekoen elkarteekin harremanetan jartzeari. Hainbat baliabideez informatzeaz gain, esperientziak elkarri trukatzeko leku aproposa da. Prozesu guztian lagunduko diote zaintzaileari zein familiari.
- Eguneko zentroak ezagutzea. Baliabide egokiak dira horrelako gaixoentzat. Gaixoa zentro hauetara eramatea beraientzat onuragarria izateaz gain, zaintzaileek denbora izateko aukera eskaintzen dute.
- Familiako beste kideekin elkartzeari, sor daitezkeen arazoak argitzeko. Normalean, familiako beste kideek ez dakite ziurtasunez gaixoa eta zaintzailea nola dauden, ez baitaude etengabe beraiekin.
- Prozesu horretan kontuan hartu behar diren alderdi legalei buruz informatzea, luzarora ez uzteko horrelakorik. Ezgaitzea, testamentua, tutoretza, baliogabetasuna, etab.

- Nork bere buruari denbora eskaintzea errudun sentitu gabe. Egunero atsedena hartzea komenigarria da. Norbera ez da ezinbestekoa, besteek eskaintzen duten laguntza onartzea komeni da. Sarritan, ezezkoa esatean, luzarora ez dute berriro laguntza eskaintzen eta egunen batean beharrezkoa denean falta egiten da. Laguntza eskatzea ikasi beharreko zerbait izaten da. Bakoi-tzaren zaletasunak mantentzea ere beharrezkoa da.
- Ez isolatzea. Zaintzaileek harreman sozialak uzteko eta isolatzeko joera izaten dutela azpimarratu da. Ez da komenigarria lagunak eta lana uztea. Batak zein besteak kanpoko munduarekin harremanetan jarraitzeko eta norbera okupatua mantentzeko balio dute.
- Osasuna zaintzea. Gaixoaren osasuna bezain garrantzitsua da zaintzailearen elikadura zaintzea, kirola egitea eta atsedena hartzea. Batzuetan, pilulak hartu behar dituzte herostura-sintomak tratatzeko edo lo egin ahal izateko.
- Erlaxazio-ariketak edo yoga egitea. Norberak ongizaterako baliagarria den jarduera bilatu behar du.

Laburbilduz, Alzheimerra duten pertsonen zainketaz arduratzen direnek zama handia jasaten dute eta laguntza handia behar izaten dute, esaterako, gainerako senideena, Alzheimerraren inguruan diharduten elkarteena eta zerbitzu publikoena. Ondorengo atalean, gaixoaren egoerei buruzko informazioa eskuratzeko zaintzaile nagusiarri zein galde-sorta pasarazten zaizkion izango da hizpide.

#### ***7.1.4. Ariketa praktikoak***

Atal honetan Alzheimer gaixotasuna duen zaintzaileari buruzko lau kasu praktiko azaltzen dira. Kasu bakoitza irakurri ostean, honakoa egingo da:

- Zaintzailearen profila aztertu, hau da: adina, generoa, familia-egoera, baliabideak, etab.
- Zaintzailearen adierazpen emozionalak azpimarratu eta azaldu. Adibide gisa lehenengo kasu praktikoa garatua irakurri ahal izango da.
- Antzeko kasurik ezagutzen duzu? Eztabaidatu.

## **1. kasuaren ezaugarriak:**

**Zaintzailea: Arantza (45 urte)**

**Gaixoa: Manoli (72 urte)**

**Ama-alabak dira.**

Manolik 72 urte ditu eta Alzheimerra iaz diagnostikatu zioten. Egun, nahiko ondo moldatzen da eguneroko jarduerak egiteko, baina etengabe gainbegiratzea behar du, ezin zaio bakarrik utzi, momentu laburretan ere ez. Duela gutxi Manolirekin goizez egoteko emakume bat hartzen saiatu ziren, baina Manolik ez zuen onartu.

Arantzari gehien kostatzen zaiona amaren gaixotasuna onartzea da. Berarekin etengabe arrazoitzen saiaturen da eta horrek amarekin liskar handiak izatera eramaten du. Azkenaldian, ez dabil ongi. Alde batetik, amarekin egoteko beharra sentitzen du, beldurra sentitzen du ama bakarrik utzita, baina bestetik, amarengana joateak urduri jartzen du. Azkenaldian ez du lorik egiten eta familiak aurpegirotzen dio ez diela jaramonik egiten.

### **1. kasuaren azalpena:**

Arantzaren egoera ohikoa da. Duela gutxi Alzheimer gaixotasuna diagnostikatu diote bere amari eta gaixotasuna onartzea kostatzen zaio. Hala, lehenengo gauza gaixotasuna onartzen laguntzea da. Horretarako, informazioa eskain daiteke, adibidez: amaren portaerak normalak direla adieraziz, normala dela ere Manolik kanpoko laguntza ukatzea eta alaba etengabe bere ondoan nahi izatea; Arantzak Manoliri proposatzen zaion guztiari ezezkoa esatea normala dela ulertu behar du. Manolik segurtasuna ematen dioten egoerak bilatuko ditu eta segurtasuna kentzen diotenak ukatu; Arantzak amaren ordeaz erabaki asko hartu behar ditu, ama ez delako gauza egoerak aztertzeke eta egokiena zer den erabakitzeke. Arantzarentzat egoera gogorra egiten da eta ez da konturatzen amarekin ezin duela lehen bezala komunikatu, mugatuago dagoela eta berari dagokiola erabakiak hartzea.

Alzheimerraren inguruko informazioa eskaini eta ondorengo pausoa Arantzari egoera zail horri aurre egiten laguntzea da. Horretarako, zenbait jarraibide eskainiko zaizkio. Ama horrela ikustea asko kostatzen zaio eta bere laguntza behar duela konturatzen da, ama ezin baita denbora asko bakarrik egon. Zama handia da, ordea, Arantzarentzat egun osoan amarekin egotea. Hau landu beharra dago Arantzarekin, arazo emozionalak izateko arriskuan baitago, gaizki lo egiten hasia da. Alde batetik, amaren egoera berria eta ama ez dela betikoa onartzea kostatzen zaio eta, bestetik, amarekin egotearen ondorioz bere familia

alde batera uzten ari da. Hala, Arantzarekin zenbait gauza landu beharko dira, adibidez:

- Laguntza behar du. Inork ezin du bakarrik horrelako gaixo bat egun osoz eta etengabe zaindu.
- Laguntza eskatu behar du, bai ingurukoei baita administrazio publikoari ere.
- Bere burua zaintzea ezinbestekoa da. Beretzat eta bere familiarentzat denbora hartzea komeni da betiko bizitza ahal den neurrian eginez, harremanak mantenduz, gustukoak diren gauzak eginez, etab.
- Arantza lasaiago dagoen heinean, amaren maneiua errazagoa izango da.
- Arantzaren familiarekin esku-hartzea egitea komenigarria da. Horiek Arantzaren egoera zein den ezagutu behar dute, zenbait jarraibide eskainiko zaizkie etxean dagoen egoerari aurre egiteko eta Arantzari ahal den neurrian laguntzeko.

## 2. kasuaren ezaugarriak:

**Zaintzaileak: Joxe eta Marta (60 eta 53 urte)**

**Gaixoa: Elena (85 urte)**

**Joxe eta Marta, Elenaren seme-alabak dira.**

Zaila da Elena tratatzea, egun osoa kexatzen aritzen da, ez du kalera irten nahi, guztien aurka dago eta bere ideia da etxera joatea. Joxe eta Marta seme-alabekin bizi da, hilabete egiten du bakoitzarekin. Txandaka zaintzearen erabakia hartzea asko kostatu zitzaien seme-alabei eta oraindik ez daude konforme hartutako erabakiarekin. Joxek eta Martak euren familia dute. Martak berak zaintzen du ama bere etxera doanean baina Joxeren egoera ezberdina da. Berak lan egiten du eta emaztea da Joxe kanpoan dagoen bitartean ama zaintzen duena. Batez ere Joxeren emazteari gogorra egiten zaio egoera eta laguntza behar du aurrera egiteko, gainezka egiten dio amaginarrebaren ezkortasunak, etxean dagoen hilabetea benetan gaizki pasatzen du.

Amarentzat egoera onena etxe batetik bestera ibiltzea ez dela pentsatzen hasi dira. Aldaketa egiten duten bakoitzean ama desorientatzen baita. Adituek eguneko zentroa aukera ona dela diote, baina Joxe eta Marta ez dira animatzen erabaki hori hartzera. Ama baztertua uzten dutela pentsatzen dute.

**3. kasuaren ezaugarriak:****Zaintzailea: Pello (65 urte)****Gaixoa: Miren (61 urte)****Senar-emazteak dira.**

Egun Miren egoitza batean bizi da. Bost urtetan zehar eguneko zentro batean egon ondoren, egoitzara eraman behar izan du Pellok, etxean ezin baitzuen gehiago zaindu, beharrezko baliabiderik ez zuen-eta. Mendekotasun handia du Mirenek eta dena egin behar zaio.

Pello egunero joaten da Miren bisitatzera, Mirenek ezagutzen duela uste du, irribarre txiki bat egiten baitio. Hasieratik gaizki darama Pellok bere emaztearen gaixotasuna. Gazterik gaixotu zen eta Pello oraindik lanean zegoen. Geroago prozesua azkar joan da eta egoitzara eramatea beste erremediorik ez zaio gelditu. Hala ere, Pellok ezin du onartu egoera, bere emaztea egoitza batean egoteko gazteegia dela dio eta lur jota ateratzen da egunero bisitaren ondoren. Pellok kirola du gustuko eta hortaz baliatzen da egoerari aurre egiteko.

**4. kasuaren ezaugarriak:****Zaintzailea: Maria (80 urte)****Gaixoa: Juan (82 urte)****Senar-emazteak dira.**

Mariak jaso berri du Juanen diagnostikoa. Berak susmatzen zuen Alzheimer gaixotasuna izango zuela, baina konfirmatu beharra zeukan Juani tratamendu egokia jartzeko. Juan oraindik autonomoa da eta bere kasa ibiltzen da kalean. Eguneroko jardueretarako, ordea, Mariak gainean egon behar du. Mariak osasun kaxkarra du, diabetikoa da eta ibiltzea asko kostatzen zaio belaunetan duen gaitzaren ondorioz. Gustatuko litzaiokeena baino gutxiago egin dezake bere senarrarengatik, askotan «ezin duela berarekin» esaten du.

Mariak eta Juanek bi seme-alaba dituzte. Maria beraiekin hitz egiten aritu da eta egoera zein den azaltzen saiatu da. Seme-alabek, nahiz eta neurologoaren diagnostikoa eskuan izan, amak kontatzen duenaren erdia sinesten dute. Ama edadearen ondorioz petralduta dagoela uste dute eta guztiagatik kezkatzen dela. Beraiek aita beti bezala ikusten omen dute. Adinaren gauzak direla pentsatzen dute «aita beti izan omen da despistatua».

Mariak izugarritzko inpotentzia sentitzen du. Juan Alzheimerraren elkartean eskaintzen diren psikoestimulazio-tailerretara eraman nahi du eta seme-alabek ezezkoa esan diote. Aita horra eramatea «etiketatzea» omen da. Mariak seme-alaben laguntzarik gabe ezin du elkartera eraman, ez baita gauza bertaraino bere senarrarekin laguntzarik gabe gerturatzeko.

## **7.2. FAMILIAREKIN EDO ZAINZAILEREKIN ERABILTZEN DIREN GALDE-SORTAK**

Arestian aipatu bezala, Alzheimer gaixotasuna duen pertsona zaintzeaz arduratzen dena, kasu gehienetan, familia izaten da, zehatzago esanda, familia bereko 50-60 urte bitarteko emakume bat. Hori dela-eta, zaintza-prozesuaren eta zaintzailearen ebaluazioa egitea beharrezkoa da.

Alzheimerra duen gaixoaren zainketak hainbat ondorio eragin ditzake familiarrengan: nekea, ezinegona, ezjakintasuna, urduritasuna edo herstura. Horiek identifikatzea eta maneiatzea ezinbestekoa da familiarren bizi-kalitatea hobetzeko. Atal honetan, horrelako ondorioak detektatzeko ohikoak diren galde-sortak azalduko dira. Hain zuzen ere, 7.2.1. atalean, zaintzailearen *zama* ezagutzeko galde-sorta; 7.2.2. atalean, *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*; 7.2.3. atalean, Blessed, Tomlinson eta Roth-en galde-sorta.

### **7.2.1. Zaintzailearen zama ezagutzeko galde-sorta**

Zarit eta Zarit (1982) egileen galde-sorta zaintzaileak jasaten duen *zama* ebaluatzeko baliagarria da. Jatorrizko tresna hogeita bederatzi itemez osatua dago, egun ordea, hogeita bi itemez osatutakoa erabiltzen da (ikus 12. eranskina). Horietako hogeita bat itemek zama neurtzen dute eta azken itemak, berriz, zamak sortzen duen hautemate orokorra aztertzen du. Hogeita bi itemek pertsona bat zaintzen denean sentitzen diren emozioei egiten diete erreferentzia. Zaintzaileak galde-sortan aipatzen diren emozioak zenbatetan izaten dituen adierazi behar du. Erantzunen kodifikazioak hauek dira, hurrenez hurren: 0, inoiz ez; 1, noizean behin; 2, batzuetan; 3, askotan; 4, ia beti.

Galde-sorta honetan honako hiru faktore hauek aztertzen dira:

1. Zaintzailearengan zainketaren ondorioak (astialdiaren gutxitzea, intimitatearen gabezia, bizitza sozialaren galera, osasunaren galera). Hamaika itemen bidez neurtzen dira eta 44koa da lor daitekeen gehieneko puntuazioa.



2. Zaintzeko gaitasunari buruzko sinesteak eta itxarobideak (zaintzen jarraitu ote dezakeen, hori egiteko diru nahikorik duen, etab.). Lau itemen bidez neurtzen da, eta 16koa da lor daitekeen gehienezko puntuazioa.
3. Adinekoaren eta zaintzailearen arteko erlazioa (lotsa, haserrea, tentsioa, zalantza, etab.). Zazpi itemen bidez neurtzen da eta 28koa da lor daitekeen gehienezko puntuazioa.

Zarit eta Zarit-ek (1982) demenzia duten gaixok gizartean jarraitzeko zaintzaileen zama ezagutzea oso garrantzitsua dela azpimarratu zuten, ondorioz, egoera hori ebaluatzeko galde-sorta bat sortu zuten. Gerontologian familiaren zama ebaluatzeko erabiltzen den galde-sortarik garrantzitsuena da.

Ikerketa gerontologikoan zama kontzeptuak bi dimentsio ditu. Hain zuzen ere, zama *objektiboa* eta *subjektiboa*. Zama objektiboak egunerokotasunean (etxeko zereginetan, adibidez) eragiten dituen ondorioei egiten die erreferentzia. Zama subjektiboak, berriz, zaintzeko esperientziaren jarrera eta erreakzio emozionalekin du zerikusia. Zama objektiboaz eta subjektiboaz gain, beste hainbat dimentsio ere kontuan hartu behar dira, besteak beste, zainketaren kostu ekonomikoa, zainketaekin erlacionatutako zama fisikoa, zaintzailearen denbora librearen gutxitzea, pertsona arteko erlazioetan eragin dezakeen inpaktua, etab.

Zaintzailearen zamari buruzko elkarrizketak zama subjektiboari egiten dio erreferentzia. Hori interpretatzeko orduan, zailtasunak egon daitezkeen arren, hainbat ikerketak zama subjektiboa zainketaren adierazgarri egokia dela diote. Izan ere, galde-sorta horretan lortzen den emaitza, adinekoa egoitza batean sartzeko auresate zuzena izan daiteke. Galde-sorta honek ezaugarri psikometriko egokiak ditu. Ondoren, 7.2.1.01. taulan zaintzailearen zama ezagutzeko galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak deskribatuko dira.

#### 7.2.1.01. taula. Zaintzailearen zama ezagutzeko galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak.

- Zaintzailearen zama ezagutzeko baliagarria da.
- Hiru faktore aztertzen dira: zainketaren ondorioak, zaintzeko gaitasunari buruzko sinesteak eta itxarobideak eta, adinekoaren eta zaintzailearen arteko erlazioa.
- 22 item ditu.

#### 7.2.2. IQCODE, *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*

Galde-sorta hau demenzia duen gaixoaren inguruko informatzaile fidagarri bati egiten zaio. Hori dela-eta, informatzailearen galde-sorta izenez ere ezagutzen da (Jorm eta Korten, 1988; Morales eta beste, 1993). Galde-sorta honi esker, adineko pertsonaren gaixotasunaren egoera eta garapena zehaztu daitezke. Hogeita sei itemez osaturik dago (ikus 13. eranskina). Laburtutako bertsioa, berriz, hamazazpi

itemekoa da. Galde-sorta egiten duenari hauxe eskatzen zaio: gaixoaren ebaluazioa egiten den uneko egoera kognitibo eta funtzionalaz gain, hamar urte atzera jota alderatzea.

Galde-sortaren balio psikometrikoei dagokienez, % 88ko sentsibilitatea eta % 92ko espezifikotasuna ditu. Ondoren, 7.2.2.01. taulan IQCODE galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak deskribatuko dira.

**7.2.2.01. taula. IQCODE galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak.**

- Dementia duen gaixoaren informatzaile fidagarri bati egiten zaio.
- 26 item ditu.
- Gaixoaren egungo egoera orain hamar urtekoarekin konparatzen da.

**7.2.3. *Blessed, Tomlinson eta Roth-en galde-sorta***

Dementia edo Alzheimer gaixotasuna duen pertsonaren ebaluazio kognitiboaz gain, beharrezkoa da eguneroko jarduerak egiteko duen gaitasuna neurtzea. Izan ere, pertsonak egunero egiten dituen portaeren bidez autonomia eta independentziaz bizitzea lortzen du. Hala ere, Alzheimerra duen pertsonak eguneroko portaerak egiteko orduan hainbat muga izan ditzake, besteak beste, dirua kutxazainetik ateratzean, telefonoa erabiltzean, erosketak egiteko dendara joatean, sukaldeko sua erabiltzean, arropa janztean, etab. Horien artean, portaera *instrumentalak* eta *oinarrizkoak* berezi behar dira: instrumentalak, portaera konplexuenak eta beste pertsona batek gaixoaren ordez egin ditzakeenak dira (esaterako, garraio publikoa erabiltzea, kreditu-txartela maneatzea, erosketak egitea, etab.). Oinarrizkoak, berriz, jarduera pertsonalak eta norberak egin beharrekoak dira (esaterako, garbitasun pertsonala, arropa janztea, etab.). Alzheimer gaixotasuna aurrera doan heinean, eguneroko jarduera instrumentaletatik oinarrizkoetaraino zailtasunak areagotu egiten dira.

Blessed, Tomlinson eta Roth (1968) galde-sortak adinekoren gaitasun funtzionala ebaluatzen du (ikus 14. eranskina). Hogeita bi itemez osatua eta hiru ataletan banatua dago: lehenengoa, jardueretan gerta daitezkeen eguneroko aldaketak; bigarrena, gaixoaren ohituretan gerta daitezkeen aldaketak; eta hirugarrena, nortasunean gerta daitezkeen aldaketak.

Lehenengo atalean, eguneroko jardueretan gerta daitezkeen aldaketak zortzi itemen bidez neurtzen dira:

1. Etxeko lanak egiteko ezintasuna.
2. Diru-kantitate txikiak erabiltzeko ezintasuna.
3. Zerrenda bateko izenak gogoratzeko ezintasuna.
4. Etxean orientatzeko ezintasuna.

5. Ezagunak diren kaleetan orientatzeko ezintasuna.
6. Ingurunea ebaluatzeko ezintasuna.
7. Orain dela gutxi gertatutakoa gogoratzeko ezintasuna.
8. Iragana gogoratzeko joera.

Azken puntuazioa atal guztietan lortutako emaitzen batura eginez lortzen da. Puntuazioak 1, 0,5 eta 0 dira: 1 puntuazioak dependentzia handia adierazten du (eguneroko jarduerak egiteko ezintasuna, aurreko 8 itemak izango lirateke); 0,5 puntuazioak ezintasun partziala adierazten du; 0 puntuazioak eguneroko jarduerak egiteko gaitasuna adierazten du, hau da, adinekoak autonomia eta independentzia du. Lor daitezkeen gehienezko puntuazioa 8koa da.

Bigarren atalean, gaixoaren ohituretan gerta daitezkeen aldaketak hiru itemen bidez neurtzen dira:

1. Janari-orduetan.
2. Jantzi eta erantztean.
3. Esfinterren kontrolean.

Item horien puntuazioak 0-3 artean daude: 0 puntuazioak pertsona autonomoa dela esan nahi du; 3 puntuazioak, berriz, adinekoa menpekoa dela adierazten du; azkenik, 1 eta 2 puntuazioetan ezintasuna partziala litzateke. Puntuazioa gero eta altuagoa izan, orduan eta ezintasun eta mendekotasun handiagoa. Lor daitezkeen gehienezko puntuazioa 9koa da.

Hirugarren atalean, gaixoarengan gerta daitezkeen portaera-aldaketak hamaika itemen bidez neurtzen dira:

1. Nortasunaren mailaz mailako uzkurtasuna.
2. Egozentrismo handiagoa.
3. Besteekiko sentimenduen interes-galera.
4. Azalerratu gabeko afektibitatea.
5. Emozioen nahasmena.
6. Egoera zehatz batekiko gehiegizko erantzun emozionala.
7. Erantzun emozionalaren gutxitzea.
8. Zuhurgabetasun sexualen agerpenen berri.
9. Betiko ohituretan interes falta.
10. Ekimenen gutxitzea edo mailaz mailako geldotasuna.
11. Arrazoitu gabeko gehiegizko aktibotasuna.

Puntuazioa 1 edo 0 da: 1 puntuazioak portaeraren edo nortasunaren aldaketari egiten dio erreferentzia; 0 puntuazioak, berriz, horrelako aldaketak ez direla agertzen adierazten du. Lor daitekeen gehienezko puntuazioa 11koa da.

Modu independentean ebaluatzen dira hiru atalak eta bukaeran azken puntuazioa lortzen da. Lehenengo atalean, lehen esan bezala, lor daitekeen gehienezko puntuazioa 8koa da; bigarren atalean, 9koa, eta hirugarrenean, 11koa. Puntuazioaren heina 0 eta 28 urtekoa da. Atal bakoitzean 4ko puntuazioa baino altuagoa lortzen bada, narriadura duela esan nahi du. Galde-sortak hamar minutu irauten du. Ondoren, 7.2.3.01. taulan Bleseed eta laguntzaileen galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak deskribatuko dira.

#### **7.2.3.01. taula. Bleseed eta laguntzaileen galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak.**

- Eguneroko jarduerak ebaluatzeko baliagarria da.
- Jarduera instrumentalak zein oinarrizkoak aztertzen dira.
- 22 item ditu.
- Hainbat arlotan gerta daitezkeen aldaketak hiru ataletan galdetzen dira: eguneroko aldaketak, ohiturak eta nortasunari buruzkoak.
- Estructura erraza eta laburra du.

5.3.2. atalean azaldu den bezala (NPI, *Neuropsychiatric Inventory* (Cummings eta beste, 1994) galde-sorta), Alzheimerra duen gaixoaren portaera-nahasteek haren ongizatean eta inguratzen duten pertsonen ongizatean eragin zuzena dute. Hori dela-eta, portaera-nahasteak neurtzeko galde-sortak garatzen joan dira azken urteotan. Jakin da zaintzailearengan zama handia eragiten dutela dementzia duen gaixoaren portaera-nahasteek, bereziki osasun fisiko zein psikologikoan. Horregatik, beharrezkoa da zama-sentimendua eragin dezaketen portaera-nahasteen ezagutzan eta ebaluazioan sakontzea.

Tresna honen bitartez hamar portaera ebaluatzen dira: eldarnioak, haluzinazioak, agresibitatea, depresioa, herstura, euforia, axolagabetasuna, desinhibizioa, suminkortasuna eta ezohiko portaera motorra. Item bakoitzaren azken emaitza maiztasuna eta larritasuna biderkatuz lortzen da, 120koa da gehienez lor daitekeen puntuazioa. Puntuazioa zenbat eta altuagoa izan, orduan eta portaera-nahaste handiagoa izango luke gaixoak. Galde-sortaren iraupena gutxi gorabehera hamabost minutukoa da eta tresna honen balio psikometrikoak egokiak dira.

#### **7.2.4. Ariketa praktikoak**

Ariketa honen helburua da deskribatu diren galde-sorten erabilera zuzena trebatzea. Horrela, atal honetan Alzheimerra duen gaixoaren senitartekoen zama

ezagutzeko hainbat profil agertzen dira. *Rol playing* teknika erabiliz, zaintzailearen *zama* ezagutzeko partaideek Zarit eta Zarit (1982) egileen galde-sortaren erabilera trebatzeko baliagarria izan daiteke ariketa hau. Kasu bakoitza irakurri ostean, honakoa egingo da:

- Partaide batek profilaren ezaugarriak kontuan izango ditu. Beste pertsona batek, ordea, Zarit eta Zarit (1982) egileen galde-sortaren erabilera zuzena trebatzeko lehen pausoak garatuko ditu.
- Alzheimer gaixotasunaren balioespenean agertzen diren zailtasunak zein diren zehaztu eta arrazoitu. Eztabaidatu.

### 1. kasua

Adina: 56 urte.

Sexua: emakumea (gaixoaren alaba).

Zaintzaile nagusiak zamarekin erlazionatutako egoeraren deskripzioa.

- Behar baino laguntza gehiago eskatzen du.
- Eguneko ordu gehienak adinekoa zaintzen pasatzen ditu.
- Zainketarekin zerikusia duten jarduerak egitean urduri eta deseroso sentitzen da.
- Zenbaitetan adinekoak egiten dituen gauzengatik lotsa sentitzen du.
- Zaintzailearen egoera familiarrean eta pertsonalean eragin ezkorra du adinekoa etengabe zaindu behar izateak.
- Adinekoak zaintzailearen mendekotasun-maila altua du.

### 2. kasua

Adina: 85 urte.

Sexua: emakumea (gaixoaren emaztea).

Zaintzaile nagusiak zamarekin erlazionatutako egoeraren deskripzioa.

- Zaintzailea nekatuta eta etsita sentitzen da.
- Zaintzaileari bere osasun-egoera bereziki kezkarria egiten zaio.
- Zaintzailearen bizitza pertsonala bigarren maila batean geratu da ama zaindu behar izatearen ondorioz.
- Astean behin boluntario baten laguntza jasotzen du, asteko erosketak egiteko aprobetxatzen du.
- Ama gaixo dagoenetik lagunak etxera gonbidatzea saihesten du.
- Batzuetan ama behar adina zaintzen duen galdetzen dio bere buruari.

### 3. kasua

Adina: 87 urte.

Sexua: emakumea (gaixoaren alaba).

Zaintzaile nagusiak zamarekin erlazionatutako egoeraren deskripzioa.

- Zerbitzu sozialetan laguntza ekonomikoa eskatu berri du.
- Laguntzarik eskuratzen ez bada, denbora luzean ama ezin izango duela zaindu pentsatzen du.
- Bizitzaren zentzua galdu duela sentitzen du, noraezean ibiliko balitz bezala.
- Familian beste norbaitek berak baino hobeto zainduko duela sentitzen du.
- Zenbait kasutan ez daki nola jokatu behar duen, amak dioen guztiari baietz esan behar dion edo ezezkoa esan behar dion, ezetzaren ondorioz haserrea areagotu arren.
- Laguntza profesionala behar duela uste du, inork ez baitio azaldu zer den Alzheimer gaixotasuna eta nola zaindu dezakeen bere ama.

### 4. kasua

Adina: 83 urte.

Sexua: emakumea (gaixoaren alaba).

Zaintzaile nagusiak zamarekin erlazionatutako egoeraren deskripzioa.

- Amaren zaintzaz hasiera-hasieratik bera arduratu da, bere ustez «egin behar dena delako».
- Bizitzan zehar lehen seme-alabak hazi zituen, orain hamabi urte aita zaindu zuen eta orain amaren zaintzaile nagusia da.
- Sinesmen erlijiosoak ditu eta igandero elizara joaten da.
- Zaintzailearen ustez, ama zaintzea kasu batzuetan zaila eta gogorra izan arren, amarekiko goxotasuna inoiz baino handiagoa dela sentitzen du.
- Ama egunean zehar eguneko zentro batera joaten da, zaintzaileak goizez lan egiten du eta bi anai-arreben laguntza eskura du.

## 7.3. ALZHEIMERRARI AURRE EGITEKO BALIABIDEAK

Alzheimer gaixotasuna duten pertsonen eta haien zaintzaileen eskura hainbat baliabide daude. Baliabideok ongi erabiliz gero, gaixotasunaren prozesua eramangarriagoa da. Beraz, garrantzitsua da baliabide horiek ezagutzea eta beraien erabilerarako une egokia zein den jakitea. Horretarako, gizarte-laguntzailea ezinbestekoa da. Ondoren, baliabide garrantzitsuenak izango dira aztergai.

### **7.3.1. Etxez etxeko laguntza**

Dementzien kasuan gehien erabiltzen den baliabidea da. Etxez etxeko laguntza-zerbitzua zaintzaileari laguntzeko erabiltzen da. Kasu gehienetan, gaixoaren garbiketa pertsonalean laguntzeko eta etxeko lanak egiteko izaten da.

Baliabide honen helburuak honako hauek dira:

- Pertsonak bere etxean bizitzen jarrai dezan bitartekariak jartzea.
- Eguneroko jardueretan laguntzea, adinekoaren autonomia faltari edo zailtasunari aurre egiteko eta etxebizitza egoera egokian mantentzeko.
- Ohiko zaintzaileei laguntzea.
- Pertsona ezinduen isolamendua saihestea.
- Elkarbizitza hobetzea.
- Sor daitezkeen behar berriak hautematea.

Bizitzaren oinarrizko eginkizunak betetzeko eragozpenak izan eta autonomia gutxi eduki arren, laguntza izanez gero, bere etxean bizitzen jarrai dezakeen edozein gaixok erabil dezake etxez etxeko laguntza.

### **7.3.2. Eguneko zentroak**

Alzheimerra edo beste dementziaren bat duten pertsonentzat eguneko zentroak baliabide egokiak dira. Bereziki, gaixotasunaren lehen eta bigarren aroan dauden gaixoentzat eta horien senideentzat dira egokiak. Bertan, laguntza soziala eta errehabilitazioa eskaintzen dira, besteak beste.

Gaixoaren ikuspegitik, gizabanakoa bere etxean denbora gehiagoz mantentzeko aukera eskaintzen du zerbitzu honek. Kontuan izan behar da gaixotasunaren ondorioz gaixok isolamendurako joera dutela. Aldiz, eguneko zentroetan pertsona gehiagorekin egoteko aukera dute, harreman sozialak landu daitezke. Gainera, etxean geldituz gero, mugikortasunerako aukerak murriztagoak dira. Kasu horretan eguneko zentroen izaera terapeutikoa ere kontuan izan behar da. Eguneko zentroen helburuetariko bat gaixotasunaren gainbehera ekiditea da. Horretarako, ekintza asko egiten dira bertan, esaterako: orientazioa errealitatean izeneko programa, oroimena, hizkuntza eta arreta trebatzeko ariketak, gimnasia, esku-lanak, elikadura egokia, etab. Jarduera horiek guztiak eragin positiboa dute gaixoarengan eta egiten dituzten ekintzen ondorioz, beraien gaitasunak denbora luzeagoan mantentzeko aukera izaten da. Egun osoan etxean ezer egin gabe egotea baino aukera hobea da.

Gaixoa eguneko zentroan dagoen bitartean zaintzaileak bere denbora librean erabil dezake. Gaixoaren senide batzuek lana egiteko erabiliko dute denbora hori, beste batzuek berriz, aisialdiaz gozatzeko. Horrelako gaixo bat zaintzeak dakarren zama kontuan hartuta, baliabide honek neurri handian arindu dezake eguneroko lana. Hala, gaixoa etxera bueltatzean zaintzaileak gogo gehiagorekin hartuko du, lasaiago egongo baita, eta hau gaixoarentzat mesedegarria izango da.

Ezinbestekoa da zentroaren eta familiaren arteko koordinazioa; izan ere, gaixoaren zainketa bi alderdien ardura da. Horrela, funtsezkoa da koordinazioa eta komunikazioa onak izatea, esaterako, senideek gaixoak eguna nola pasatu duen ezagutu dezaten (zer jan duen, komunera joan den ala ez, bainua eman zaion, atzazalak moztu zaizkion, aparteko zerbitu ikusi duen, etab.) Era berean, senideen aldetik garrantzitsua da zentrokoei antzeko informazioa erraztea.

Batez beste, ordutegia goizeko 9:30etatik arratsaldeko 18:00ak arte izaten da eta zentro gehienak astelehenetik ostiralera daude irekita. Hala ere, zenbait kasutan zerbitzua gauzez edota asteburuetan ere eskaintzen da.

### **7.3.3. Egoitzak**

Egoitza gaixoaren ohiko etxe bilakatzen da hainbat arrazoiengatik, besteak beste, beraien osasun-egoera kaxkarra dela medio, egoera sozial ahula izateagatik edo ohiko ingurunean bizi ezinagatik. Egoitzetan pertsona bakoitzak bere logela izaten du, nahiz eta askotan konpartitua izan. Zerbitzu anitz eskaintzen dira: oinarrizko osasun-zerbitzua, zainketa pertsonala, elikadura, animazio soziokulturala, etab. Egoitzek mendekotasuna (esaterako, dementzia) duten pertsonak zaintzeko prestatuta egon behar dute.

Alzheimer gaixotasuna duen pertsonaren kasuan, senideak gaixoa ohiko etxean zaintzea zaila suertatzen zaionean egoitza erabiltzen du. Familiarentzat momentu gogorra izaten da beren senidea egoitzara eramateko erabakia hartu behar izatea. Hala ere, kasu gehienetan ez da beste aukerarik egoten. Gaixoak sufritzen duen nariaduraren ondorioz, zenbait momentutan zaila gertatzen da gaixoa etxean zaintzea. Izan ere, zaintza berezia behar baitu. Hori horrela izan arren, senideak askotan errudun sentitzen dira, gaixoa bertan «uzteagatik», eta ezin dutelako beren helburua bete, hau da, azkeneraino etxean zaintzea. Errealitatea da etxean ezin dela jarraitu eta dementzia duen pertsona erosoago egon daitekeela egoitza batean etxean baino. Kasu horietan, funtsezkoa da senideek gaixoa egoitzan izan arren, beren gaixoarekiko zereginak oso garrantzitsua izaten jarraitzen duela ulertzea. Hau da, gaixoei zaintza berezia egoitzetan jasotzen dute, baina horrek ez du esan nahi senideen zeregina hori bukatzen denik. Inoiz baino gehiago, gaixoak maite dituen pertsonak aldamenen behar ditu eta, ondorioz, senideek gaixoarengana joateko denbora antolatu behar dute. Egoitzan egonda oinarrizko beharrak asebeteta izango ditu dementzia duen pertsonak, baina inguruko goxotasuna oinarrizko behar bilakatuko da eta hori etxekoek bakarrik eskain diezaioke.

### **7.3.4. Aldi baterako egonaldiak**

Noizbehinka erabil daitekeen baliabidea da aldi baterako egonaldia, iraupen labur batez ahaideek gaixoa etxean zaindu ezin dutenean erabiltzen da. Adibidez, zaintzaileak ospitaleratu behar duenean, bidaiari bat egin behar duenean, edo atsedena



hartu nahi duenean. Egoera horiek denbora mugatu batez gaixoa egoitza batera eramatea eragiten dute, esaterako, urtean hamabost egunez edo hilabete batez.

Baliabide hau oso egokia da zaintzailearentzat, eta gero eta gehiago erabiltzen den baliabidea da. Abantaila nagusiak honako hauek dira: gaixoa bere etxean denbora gehiagoz mantentzeko aukera izatea, eta zaintzaileek beraientzako aisialdia gozatu ahal izatea.

### ***7.3.5. Laguntza teknikoak***

Denbora aurrera joan ahala, Alzheimer gaixotasuna duen pertsonaren gaitasun fisiko eta sentsorialak murrizten joaten dira. Hala, ingurunea gaixoaren egoera berrira egokitzeko eta horren aurrean zaintzaileari laguntzeko askotan beharrezkoak izaten dira laguntza teknikoak, adibidez, komunean baineraren ordeztutxa jartzea. Beste kasu batzuetan, ordea, nahiz eta obra egitea beharrezkoa ez izan, etxean zenbait laguntza tekniko eskura izatea beharrezkoa da, esaterako, gaixoa mugitzeko garabia, ohe artikulatua, zauriak saihesteko koltxoi berezia, gurpil-aulki berezia, etab.

Mota honetako baliabideak laguntza handikoak izaten dira, baina eskaintzen diren aukerak oso zabalak direnez, funtsezkoa da hauek ezagutzea. Bestalde, horrelako laguntza bat eskuratu baino lehen baliabidearen egokitasuna egiaztatzeko gomendagarria izaten da ongi informatua egotea eta gaian jakitunak diren profesionalekin harremanetan jartzea. Laguntza teknikoen bidez, gaixoa bere ingurunean mantentzea errazagoa egiten da eta, ondorioz, egoera hori denboran luzatu daiteke.

### ***7.3.6. Laguntza ekonomikoak***

Mendekotasunaren legerari esker, laguntza garrantzitsuak behar dituzten gaixoei eta haien senideei zenbait laguntza ekonomiko izateko aukera dute. Dementzia duten pertsonak eta haien senideak egoera honetan aurki daitezke. Hiru laguntza ekonomiko mota barne hartzen ditu lege honek, hala nola zerbitzuari lotutakoa, familiarri zuzendutakoa eta zaintza pertsonalarekin erlazionatutakoa. Ondoren, horiek azalduko dira, hurrenez hurren.

#### ***Zerbitzuari lotutako laguntza ekonomikoa***

Laguntza ekonomikoa hau egoitza publiko batean edo egoitza pribatu batean hitzarmen baten bitartez sartu ezin denean eskaintzen da.

#### ***Familiarri lotutako laguntza ekonomikoa***

Menpeko pertsona zaintzeaz arduratzen den senideari zuzendutako laguntza da. Laguntza hau eskuratzeko zaintzaileak hemezortzi urtetik gorakoa izan behar du eta menpeko pertsonaren hirugarren maila arteko senidea izan behar du. Pertsona

honek gizarte-segurantzian alta hartuta egon behar du edo, ondoren, hitzarmen bidez alta eman beharko du. Bestalde, bi pertsonak bizileku berean erroldatuta eta elkarrekin bizitzen egon behar dute eta bizitokiak eta bizikidetasun-baldintzek egokiak izan behar dute.

### ***Zaintza pertsonalerako laguntza ekonomikoa***

Hezkuntza edo lan-mundurako sarbidea erraztu eta eguneroko jarduerak egiteko autonomia handiagoa ahalbidetuko dion zaintzaile bat kontratatzea zuzenduta dago laguntza mota hau. Zaintzaileak hemezortzi urtetik gorakoa izan behar du eta ez du menpeko pertsonarekin senide-loturarik izan behar. Bizileku legala izan behar du eta zainketa pertsonala bere gain hartzeko ahalmena.

Laguntza hauek eskuratzeko nahitaezko baldintza da pertsona nagusiak Mendekotasuna Baloratzeko Baremoa eginda izatea. Baremo horrekin pertsonaren mendekotasun-maila balioesten da. Mendekotasun-mailak ondokoak izan daitezke:

I. gradua - mendekotasun arina: pertsonak eguneroko jarduerak egiteko laguntza behar duenean, gutxienez, egunean behin.

II. gradua - mendekotasun ertaina: pertsonak eguneroko jarduerak egiteko laguntza behar duenean, egunean bi edo hiru aldiz, baina zaintzaile baten laguntza etengabea behar ez duenean.

III. gradua – mendekotasun larria: pertsonak eguneroko jarduerak egiteko laguntza behar duenean behin baino gehiagotan, eta bere autonomiaren gabezia osoa dela medio, pertsona baten laguntza ezinbestean eta etengabe behar duenean.

Mendekotasun-maila bakoitzean bi maila ezberdin bereizten dira pertsonaren autonomiaren arabera eta behar duten laguntza-mailaren arabera. Balioespen-maila horrek finkatuko du legeak jasotako laguntza zein unetan eskuratu den; izan ere, mailaz maila ezartzen ari baita:

- 2007an III. graduako 1. eta 2. mailetan baloratutakoak izango dira onuradunak.
- 2008an II. graduako 2. mailako mendekotasun ertaina dutenak onuradun izango dira.
- 2009an II. graduako 1. mailako mendekotasun ertaina dutenak.
- 2011n I. graduako 2. mailako mendekotasun arina dutenak.
- 2013an I. graduako 1. mailako mendekotasun arina dutenak.

### ***7.3.7. Laguntza psikologikoa***

Hainbat zaintzailerentzat gaixoen zaintza-prozesua gogorra izaten da, eta gaixotasuna onartzeko arazoak, kulpa-sentimendua, herstura, depresioa, larritasuna, etab. izan ditzakete. Horrelako egoeran dauden pertsonak askotan laguntza psikologikoa behar izaten dute gaixoaren zaintza-prozesuan laguntzeko. Tratamen-

du psikologikoan banakako saioak eskaintzen dira egoera berriak eta aldakorrek hobeto gainditzen laguntzeko, eta estres- eta egonezin-sentimenduak maneiatzeko helburuarekin.

Laguntza psikologikoa honako arlo hauek lantzeko baliagarria da:

- Zaintzaileari babesa eskaintzeko.
- Zaintzaileak sentimenduak adierazteko.
- Egoera berria onartzeko.
- Gatazkak landu eta jokabide okerrak zuzentzeko.
- Aldaketa psikologikoak aurreikusteko eta lantzeko.
- Gaixoaren zaintzarekin erlazioa duten erantzun-aukerak eskaintzeko.

Bakarkako esku-hartzeaz gain, batzuetan beste modu bateko esku-hartzeak ere beharrezkoak izaten dira: terapia familiarra eta bitartekaritza familiarra, esaterako. Ondoren, horietako bakoitza izango da mintzagai.

Familia-terapiari dagokionez, senideen artean ulermena eta komunikazio positiboa lortzera dago zuzenduta. Esku-hartze mota honek zenbait arazoren konponketa bilatzen du, besteak beste, egoera berriari arrakastaz aurre egitea, rol-aldaketei egokitzea, sor litezkeen ardurak saihestea, etab. Profesionalak familiarentzat lan-saioak eta helburu zehatzak finkatzen ditu beharren arabera.

Kasu batzuetan, senideen artean liskar handiak sortzen dira. Liskar horiek gaixoaren zainketan eragin handia izaten dute eta, ondorioz, komenigarria izaten da bitartekaritza familiarra egitea. Horretarako, funtsezko baldintza da familiako kide guztiak bitartekaritza egitearen aldekoak izatea.

Gaixoaren senideek horrelako arazoak izan ditzakete:

- Gaixoarekin zerikusia duten alderdi ekonomikoei buruzko erabakiak hartu behar izatea.
- Gaixoarekin zerikusia duten arduren eta zereginen banaketa egitea.
- Gaixoaren zaintzak nolakoa izan behar duen erabakitzea.
- Baliabide sozial egokiak aukeratzea.
- Senideen arteko erlazioa okertzea.
- Alderdi legalak kontuan hartzea: tutoretza, ezgaitzea eta antzekoak.

Horrelako kasuetan, objektibo eta zuzena den profesional batek bitartekaritza-lana egiten du. Horren helburua senideen artean akordio bat lortzea da. Helburu hau bakarka zein taldearekin egindako elkarrizketen bidez gauzatuko da.

### **7.3.8. Laguntza-taldeak**

Talde hauen bidez senideek egoera berdintsuan dauden beste pertsonekin hitz egiteko eta harremanak izateko aukera izaten dute. Horrela, elkarren arteko laguntza eta babesa senti dezakete. Hamabostean behin zaintzaileak psikologoarekin biltzeko aukera eskaintzen du baliabide horrek. Bilera hauen helburuak honako hauek dira:

- Esperientziak trukatzea.
- Gaixotasunari buruz informatzea eta zalantzak argitzea.
- Gaixoak dituen beharrei erantzutea.
- Eguneroko arazoei aurre egitea.

Gaixoaren egoera eta beharrak aldatzen joaten dira etengabe eta, ondorioz, gauza berriak ikasi eta egoera berriei aurre egin behar die zaintzaileak. Batzuetan, zaintzaileak egoera berrira egokitzeko duen denbora ez da nahikoa izaten, gaixoaren narriadura azkarragoa delako. Horregatik, taldeko kideen eta profesionalen babes osoa beharrezkoa izaten da. Gainera, profesional batek gaixoaren zein zaintzailearen jarraipena egiteko aukera izan dezake eta, horrela, biei laguntza eskain diezaieke beharrezko kasuetan. Horrez gain, taldeko kideen artean harreman berezia sortzen da, eta normalean, taldetik kanpo ere harremana izaten jarraitzen dute.

### **7.3.9. Senideentzako prestakuntza-ikastaroak**

Alzheimer gaixotasuna duten pertsonak zaintzen dituzten senideei laguntzeko bereziki prestatutako ikastaroak dira, familiei beren zeregina behar bezala egiten laguntzeko. Familiek senitartekoak Alzheimerra duen diagnostikoa jasotzen dutenean, ez dute gaixotasunari buruzko informaziorik izaten. Ildo horretatik, familiari zuzendutako prestakuntza-ikastaroek gaixotasunaren alor garrantzitsuenak ezagutzeko aukera eskaintzen dute.

Familiari zuzendutako prestakuntza-ikastaroetan honako gai hauek lantzen dira:

- Zer da Alzheimer gaixotasuna?
- Nola egin aurre gerta daitezkeen hainbat egoerari?
- Gaixoarekiko komunikazioa.
- Gaixoa zaintzeko beharrezko abileziak.
- Nork bere burua zaintzeko gomendioak.
- Kontuan hartu beharreko alde legalak.
- Eskura dauden baliabideen ezagutza.

Ikastaroek gaixotasunarekin erlazionatzeko balio dute. Hortik aurrera, zaintzaileak gaixotasunari buruzko ezagutzak etengabe hobetu beharko ditu.

### 7.3.10. *Elkarteak*

Senideek gaixotasunari aurre egiteko orduan, Alzheimerra duten gaixoen senideen elkarteek garrantzia handia dute.

Espainiako estatuan lurralde bakoitzean gutxienez elkarte bat dago. Euskal Herrian, Gipuzkoan AFAGI, Bizkaian AFA BIZKAIA, Gasteizen AFADES eta Nafarroan AFAN elkarteak daude. Lehen hirurak (AFAGI, AFABI eta AFADES) AEF (Alzheimerraren Euskadiko Federazioa) federazioaren barne daude, eta guztiak CEFA (Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer delakoa) konfederazioaren barne.

Administrazio publikotik Alzheimer gaixotasuna duten pertsonen eta haien senideen dituzten beharrak betetzen saiatzen dira. Hala ere, oraindik hutsune handiak ikus daitezkeela esan daiteke. Senideen beharrei erantzuteko, bereziki, sortu ziren Alzheimerra duten gaixoen ahaideen elkarteak. Horrela, zaintzaileari laguntzeak berekin dakar gaixoari laguntzea.

Elkarteen eginkizun garrantzitsuenak honako hauek dira:

- Senideei gaixotasunaren eraginari aurre egiten laguntzea.
- Gaixotasunaren ondorioei buruz gizartea eta instituzioak sentsibilizatzea.
- Lan-talde eta instituzioetan kolektiboa ordezkatzeta.
- Instituzioek eskaintzen ez dituzten eta beharrezkoak diren baliabideak bultzatzea.
- Kolektiboaren beharrak behar diren tokian aldarrikatzea.
- Esperientziak trukatzeko tokia eta elkartasun-tokia izatea.

Ondoren, Euskal Herrian aurki daitezkeen lau elkarten datuak eskaintzen dira:

**AFAGI** (Gipuzkoako Alzheimerdun Gaixoen Senitartekoen Elkarte)  
Resurrección M<sup>a</sup> de Azkue kalea 32, beheko solairua, 20018 DONOSTIA  
Telefonoa: 943297118  
Helbide elektronikoa: [afagi@afagi.org](mailto:afagi@afagi.org)  
Web orria: [www.afagi.org](http://www.afagi.org)

**AFA BIZKAIA** (Bizkaiko Alzheimerra duten Gaixoen Senitartekoen Elkarte)  
Tenderia kalea 27, 1a, 48005 BILBO  
Telefonoa: 944167617  
Helbide elektronikoa: [info@afa-bizkaia.com](mailto:info@afa-bizkaia.com)  
Web orria: [www.afa-bizkaia.com](http://www.afa-bizkaia.com)

**AFADES** (Arabako Alzheimerra eta Zahartzaroko Dementziak dituzten Gaixoen Senitartekoen Elkarte)  
Aldabe kalea 1, beheko solairua, 01012 GASTEIZ.  
Telefonoa: 945 24 60 04  
Helbide elektronikoa: [contacto@afades.es](mailto:contacto@afades.es)  
Web orria: [www.afades.es](http://www.afades.es)

**AFAN** (Nafarroako Alzheimerra duten Gaixoen Senitartekoen Elkarte)  
 Pintor Maeztu kalea 2, beheko solairua, 31008 IRUÑEA  
 Zaragoza Etorbidea 1, Erdiko solairua ezkerrean, 31500 TUTERA  
 Telefonoa Iruñean: 948275252  
 Telefonoa Tuteran: 948410299  
 Helbide elektronikoa: asofan@teletel.es

### 7.3.11. Ariketa praktikoak

Atal honetan Alzheimerra duen zaintzaileari buruzko hiru kasu praktiko azaltzen dira. Kasu bakoitza irakurri ostean, honakoa egingo da:

- Zaintzailearen eta gaixoaren profilak aztertu, hau da: adinak, generoak, familia-egoerak, baliabideak, etab.
- Zaintzaileak senidearen egoerari aurre egiteko baliabideen artean aukeratu eta arrazoitu. Aurreko atalean azaldu diren baliabide guztiak aukeratu dira. Adibide gisa, garatu diren hiru kasu praktiko irakurri ahal izango dira. Hiru kasu horiek azaldu ondoren, ezagutzen den kasuaren batean oinarrituta, kasuaren arabera familiak Alzheimerra duen pertsonaren egoerari aurre egiteko baliabiderik egokienak aukeratzeko.
- Antzeko kasurik ezagutzen duzu? Eztabaidatu.

#### 1. kasuaren ezaugarriak:

**Zaintzaileak: Julia (56 urte)**

**Gaixoa: Pedro (62 urte)**

**Senar-emazteak dira.**

Pedrori duela 18 hilabete diagnostikatu diote Alzheimer gaixotasuna. 58 urterekin banketxeko lanetik erretiratu zen. Juliak lana egiten du oraindik, fabrika batean. Dagoeneko konturatzen hasia da Pedro ezin duela bakarrik utzi. Gaixotasunaren aro arinean dago baina desorientatua dago eta ez dago kalera bakarrik ateratzeko moduan, jadanik. Horren ondorioz, Julia ezin daiteke lasai joan egunero lanera. Pentsatzen aritu da eta berak zaindu nahiago luke norbaitek zaintzea baino; izan ere, Pedrok izandako lanaren ondorioz pentsio ona geratu zaio aurrera egiteko. Bestalde, Juliari asko kostatzen ari zaio Pedro ulertzea. Zalantza asko ditu gaixoaren maneiuaz. Zein baliabide izango lirateke egokiak egoera honi aurre egiteko?

### 1. kasuaren azterketa:

Alzheimerra duten senitartekoen elkartea: hemen gaixoaren maneiaren inguruko informazio guztia jasoko du. Bertako profesionalek haren kasua entzungo dute eta hainbat jarraibide eskainiko dizkiote. Haien esku dauden baliabideen inguruko informazioa emango diote. Adibidez, elkartean, lehenengo aroan dauden gaixoentzat psikoestimulazio-tailer batzuk daudela esango diote. Pedro galtzen ari den gaitasun kognitiboak modu ez-farmakologikoan tratatzeko modua litzateke.

Prestakuntza-ikastaroa: Pedro gaixotasunaren hasieran aurkitzen denez, Juliari ongi etorriko litzaioke horrelako ikastaro batean parte hartzea. Horrekin gaixotasunarekin harremana duten hainbat gairen inguruan informazio orokorra jasoko luke. Informatua izateak asko laguntzen du gaixoaren lehen aroan.

Laguntza-taldea: hemen hasieratik eta etengabe informatua egongo da eta bere egoera berdinean dauden beste pertsonekin noizbehinka hitz egiteak on egingo dio. Gaixotasun honetan bizi diren egoerak oso aldakorak dira eta ondorioz hainbat erabaki hartzera behartua dago familia. Juliak laguntza beharko du hainbat egoerari aurre egiteko, eta laguntza-taldea egoera horietan laguntza handikoa izan daiteke. Juliaren esperientzia besteentzat ere baliagarria izango da gainera eta, horrela, berak besteei ere lagundu ahal izango die.

Laguntza ekonomikoa: Julia udaleko gizarte-laguntzailearengana joatea gomendagarria da. Bertan, Mendekotasuna Baloratzeko Baremoa egiten lagunduko diote. Pedrok duen mendekotasun-mailaren ondorioz, Juliak lana utzi nahi du, udaletxean familia inguruko zaintzari lotutako laguntza ekonomikoa eska dezake.

## 2. kasuaren ezaugarriak:

**Zaintzailea: M<sup>a</sup> Karmen (57 urte)**

**Gaixoa: Gregorio (80 urte)**

**M<sup>a</sup> Carmen, Gregorioren alaba da.**

Gregorio gaixotasunaren tarteko aroan dago. Alabarekin eta honen familia-rekin bizi da. M<sup>a</sup> Karmen etxekoandrea da eta berak zaintzen du beti. Duela gutxi Gregorio erori egin zen eta aldaka hautsi zuen. Orain hilabete batzuk operatu zuten, ia ezin da ibili eta gurpil-aulki batean mugitzen da. M<sup>a</sup> Karmenek aita etxean jarraitzea nahiko luke baina zama oso handia da, berak bakarrik ezin du aita maneiatu (bainua, arropa janzte, etab.) gainera, egoera berean jarraitzen badute, bere familia galduko duela konturatzen ari da. Zein baliabide izango lirarteke egokiak egoera honi aurre egiteko?

## 2. kasuaren azterketa:

Etxez etxeko laguntza: M<sup>a</sup> Karmenek norbait behar du goizero Gregorioren ohi-ko jardueretan laguntzeko: ohetik jaiki, dutxatu, jantzi, gurpil-aulkian jarri, gosaria eman, gela txukundu eta antzekoak egiteko berak bakarrik ezin baitu Gregorio mugitu.

Eguneko zentroa: eguneko zentroan alde batetik Gregorio entretenituago egongo da, aulkian dagoenetik askoz mugatuago baitago eta ezin ditu lehen egiten zituen hainbat gauza egin. Bestalde, M<sup>a</sup> Karmenek denbora gehiago izango du bere burua zaintzeko. Astelehenetik igande bitartean eramanez gero, asteburuetan familiarekin denbora gehiago izango du M<sup>a</sup> Karmenek familia-harremanak zaintzeko.

Aldi baterako egonaldiak: M<sup>a</sup> Karmenen familiak abuztuan oporrak hartzen dituenean, Gregorio hilabete batez egoitza batera eramanez dezake, bere familiarekin oporretara joan dadin. Bueltan Gregorio etxera eramango dute berriro. Urtea modu horretan eramangarriagoa izan daiteke familia osoarentzat.

Laguntza-taldea: M<sup>a</sup> Karmenentzat komenigarria izango litzateke laguntza-talde batera joatea bere esperientzia besteekin partekatzeko. Besteek erabaki berdinak hartzean izan dituzten bizipenak ezagutzeak eta egoera horren aurrean bere sentimenduak pertsonekin partekatzeak on egingo dio.

Laguntza teknikoak: esan bezala, Gregorio maneiatzea zaila da gurpil-aulkian dagoenetik. Etxea ez dute moldatuta horrelako pertsona bat mugitzeko. Beharrezkoa izango dute, beraz, bainera kendu eta lurraren parean dagoen dutxa bat jartzea, komun-ontzirako jasogailu bat, dutxara sartzeko aulki berezi bat, ohe artikulatu bat, aulkian esertzeko eta zauriak prebenitzeko kuxin berezi bat, etab.



### 3. kasuaren ezaugarriak:

**Zaintzailea: Kepa (45 urte)**

**Gaixoa: Eusebio (70 urte)**

**Kepa, Eusebioren semea da.**

Kepa ezkongabea da eta Eusebiorekin bizi da alargundu zenetik duela 5 urte. Eusebioren emaztea hil zenean jadanik Eusebio gaixorik zegoen. Eguneko zentrorra joan da azken urteetan baina duela hilabete batzuk gauetan gaizki lo egiten hasi da eta Kepari jasangaitza egiten zaio egoera. Gainera, eguneko zentrotik deitu diote eta Eusebioren egoera ez dela eguneko zentroan egoteko esan diote: eguna astunegia egiten zaio, ezin du eguneko zentroaren ekintzetan parte hartu eta lo-ordu gehiago behar ditu. Hiru anai-arreba ditu baina bakoitzak bere familia du eta lana dela-eta ezin dute lagundu. Kepari aitarekin zerikusia duen edozein erabaki hartzea asko kostatzen zaio, oso lotuak egon baitira beti. Kontuan izan behar da Gregorio eguneko zentrorra ezingo dela joan eta Kepak ezin duela familiako beste kideekin kontatu. Ondorioz, bi aukera gelditzen dira: egoitzara eramán edo etxean utzi kanpoko norbaiten laguntzarekin. Zein baliabide izango lirateke egokiak egoera honi aurre egiteko?

### 3. kasuaren azterketa:

Egoitza: egoitzara eramanda Kepa lasaiago biziko da, Eusebiok beteta izango baititu eguneko beharrak. Kepa lanera lasai joan daiteke eta bere harreman sozialak mantén ditzake. Dena den, hemen ez da bukatuko Keparen eta haren familiaren lana. Hemendik aurrera, egoitzan beteko duten papera funtsezkoa izango da eta ohikotasunez joan beharko dute egoitzara aitarekin egotera, Gregoriok familiaren goxotasuna inoiz baino gehiago beharko du eta.

Kasu honetan Keparentzat *laguntza psikologikoa* bilatzea komenigarria izango da. Hartutako erabakia sendotzen eta azal daitekeen kulpa-sentimenduari aurre egiten lagundu behar diote.

Kanpoko norbaiten laguntza: aukera honetarako Kepak zaintza pertsonalerako laguntza ekonomikoa eskatu behar du. Norbait hainbeste orduz etxean sartzea ekonomikoki garestia izan baitaiteke.

### Zazpigarren kapituluaren laburpena

- Alzheimer motako dementzia duen gaixoa zaintzen duen pertsonaren profila da: emakumea, gaixoaren alaba edo emaztea, 50 urte baino gehiago ditu, Alzheimerra bezalako gaixotasunei buruz informazio gutxi du, eta bere gain beste jarduera batzuk egiten ditu.
- Zaintzaileari zainketa-prozesuak osasun psikologikoan, egoera sozioekonomikoan eta sozialean eragiten dizkion ondorioak azaltzeko *zama* kontzeptua erabiltzen da.
- Zainketa-prozesuan hainbat faktoreren eragina azpimarratu behar da, besteak beste, familiarreko harremanak (zaintzailea bikotekidea edo seme-alaba izatea) eta baliabide material eta ekonomikoak (gaixoa etxean zaintzeak dakarren kostu ekonomiko handia).
- Zaintzaileak zenbait adierazpen emozional pairatzen ditu zainketa-prozesuan, adibidez, bakardadea, nekea, tristura, estresa, kezka, haserrea, kulpa-sentimendua, lotsa eta inpotentzia.
- Zainketa-prozesuaren eta zaintzailearen egoera ezagutzeko erabili ohi diren galde-sorta nagusiak dira: zaintzailearen *zama* ezagutzeko galde-sorta, IQCODE (*Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*) eta Blessed, Tomlinson eta Roth-en galde-sorta.
- Zaintzailearen *zama* ezagutzeko galde-sortak 22 item ditu eta hiru faktore aztertzen ditu: zainketaren ondorioak, zaintzeko gaitasunari buruzko sinesteak eta itzarobideak, eta adinekoaren eta zaintzailearen arteko erlazioa. IQCODE galde-sortak, berriz, 26 item ditu eta gaixoaren egungo egoera orain hamar urtekoarekin konparatzen du. Blessed, Tomlinson eta Roth-en galde-sortak, ordea, 22 item ditu eta jarduera instrumentalak zein oinarritzkoak aztertzen ditu.
- Alzheimer gaixotasuna duten pertsonen eta haien zaintzaileen eskura hainbat baliabide daude, besteak beste, etxez etxeko laguntza, eguneko zentroa, egoitzak, aldi bateko egonaldia, laguntza teknikoak, laguntza ekonomikoak, laguntza psikologikoa, laguntza-taldeak, prestakuntza-ikastaroak eta elkarteak. Baliabide horiek Alzheimer gaixotasunaren aroaren arabera desberdinak izango dira.

**ERREFERENTZIA GOMENDAGARRIAK**

- Crespo, M. eta López, J. (2007): *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”*, Premio IMSERSO “Infanta Cristina” 2006, Imserso, Madril.
- Furtmayr-Schuch, A. (1995): *La enfermedad de Alzheimer. Saber, prevenir, tratar, vivir con la enfermedad*, Herder, Bartzelona.
- Boss, P. (2001): *La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*, Gedisa, Bartzelona.
- Barón Rubio, M. eta beste (2005): *El Alzheimer y otras demencias. Guía para familiares y cuidadores*, OCU Ediciones, Madril.
- López, J. eta Crespo, M. (2008): *Guía para cuidadores de personas mayores en el hogar. Cómo mantener su bienestar*, Imserso, Madril.
- eta ———, (2007): “Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión”, *Psicothema*, **19**, 72-80.
- eta ———, (2007): *El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*, Pirámide, Madril.
- Mira Herreros, M. (1999): *Alzheimer comienza con “a” de ayuda. Manual práctico para voluntarios*, AFAL Madrid, Madril.
- Bermejo Pareja, F. (2004): *Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia*, Díaz de Santos, Madril.



## Erreferentziak

- AFABI (1994): *En casa tenemos un enfermo de Alzheimer*, Afabi, Bilbo.
- AFAGI (2005): *Ante el Alzheimer ya no estás solo*, Kutxa, Donostia.
- Aizpurua, A. eta Koutstaal, V. (2010): "Aging and Flexible Remembering: Contributions of Conceptual Span, Fluid Intelligence, and Frontal Functioning", *Psychology & Aging*, **25**, 193-207.
- Baddeley, A. (1986): *Working memory*, Clarendon Press, Oxford.
- Baldelli, M.; Motta, M.; Toschi, A. eta DeCarolis, S. (1991): "Spatial memory alterations during aging in males and females", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **2**, 95-98.
- Baltes, P. eta Staudinger, U. (1993): "The search for a psychology of wisdom", *Current Directions in Psychological Science*, **2**, 75-80.
- Bleseed, G.; Tomlinson, B. eta Roth, M. (1968): "The association between quantitative measures of dementia and senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects", *British Journal of Psychiatry*, **114**, 797-811.
- Bolla, K. I.; Lindgren, K. N.; Bonaccorsy, C. eta Bleecker, M. L. (1991): "Memory complaints in older adults", *Archives of Neurology*, **48**, 61-64.
- Bouchard R. eta Rossor M. (1996): "Typical clinical features", in S. Gauthier (arg.), *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease*, Martin Dunitz, Londres, 35-50.
- Brink, T. eta beste (1982): "Screening tests for geriatric depression", *Clinical Gerontologist*, **1**, 37-44.
- Carrobbles, J.; Costa, M.; Del Ser, T. eta Bartolomé, J. (1986): *La práctica de la terapia de conducta: Teoría y método de aplicación para la práctica clínica*, Promolibro, Valentzia.
- Cherry, K. eta LeCompte, D. (1999): "Age and individual differences influence prospective memory", *Psychology and Aging*, **14**, 60-76.
- Conde, V.; Escribá, J. eta Izquierdo, J. (1970): "Evaluación estadística y adaptación castellana de la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung", *Archivos de Neurobiología*, **33**, 185-206.
- Cummings, J. eta beste (1994): "The Neuropsychiatric Inventory: a comprehensive assessment of psychopathology in dementia", *Neurology*, **44**, 2308-2314.
- Drachman, D. eta beste (1992): "The Caretaker Obstreperous-Behavior Rating Assessment (COBRA) Scale", *Journal of the American Geriatrics Society*, **40**, 463-470.

- Einstein, G. eta beste (2000): "Prospective memory and aging: Forgetting intentions over short delays", *Psychology and Aging*, **15**, 671-683.
- Eslinger, P. J. eta Benton, A. L. (1983): "Visuoperceptual performances in aging and dementia: clinical and theoretical implications", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, **5**, 213-220.
- Fernández-Ballesteros, R. eta Guerrero, M. (1984): *Adaptación de Instrumentos de Evaluación para Ancianos*, I Congreso de Evaluación Psicológica, Madril.
- Flicker, C. eta beste (1984): "Effects of aging and dementia upon recent visuospatial memory", *Neurobiology and Aging*, **5**, 275-283.
- Folstein, M. eta beste (1975): "Mini-Mental State", a practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician", *Journal of Psychiatric Research*, **12**, 189-198.
- Fratiglioni, I. eta beste (1997): "Very old women at highest risk of dementia and Alzheimer's disease: Incidence data from the Kungsholmen Project, Stockholm", *Neurology*, **48**, 132-138.
- Goldberg, D. eta beste (1988): "Detecting anxiety and depression in general settings", *British Journal of the Medicine Psychologist*, **97**, 897-899.
- Goldstein, G. eta Shelly, C. (1981): "Does the right hemisphere age more rapidly than the left?", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, **3**, 65-78.
- Guerrero, M. (1984): *Evaluación de la ancianidad. Una adaptación de instrumentos*, lizentziaturako oroitza-txostena Madrilgo Unibertsitate Autonomoa.
- Hamilton, M. (1969): "Diagnosis and rating of anxiety", *British Journal of the Psychiatry*, **3**, 76-79.
- Hasher, L. eta Zacks, R. (1988): "Working memory, comprehension, and aging: A review and a new view", in G. Bower (arg.), *The psychology of learning and motivation*, Academic Press, New York, **2**, 193-225.
- Jorm, A. eta Korten, A. (1988): "Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview", *The British journal of psychiatry: The journal of mental science*, **152**, 209-213.
- Junqué, C. eta Jurado, M. (1994): *Envejecimiento y demencias*, Martínez Roca, Bartzelona.
- Lezak, M. (1995): *Neuropsychological Assessment*, Oxford University Press, New York.
- Light, L. (1992): "The organization of memory in old age", in F. Craik eta T. Salthouse (arg.), *The handbook of aging and cognition*, LEA, Hillsdale (NJ), 111-165.
- Light, L. eta Burke, D. (1988): "Patterns of language and memory in old age", in L. Light eta D. Burke (arg.), *Language, memory and aging*, 244-271.
- Lobo, A. eta Ezquerro, J. (1979): "El Mini Examen Cognoscitivo", *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, **3**, 189-202.
- Lobo, A. eta beste (2002): *Examen Cognoscitivo MINI MENTAL*, TEA, Madril.

- McKhann, G. eta beste (1984): "Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease", *Neurology*, **34**, 939-944.
- Montón, C. eta beste (1993): "Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista para la detección del malestar psíquico", *Atención Primaria*, **12**, 345-349.
- Montorio, I. (1994): *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. INSERSO, Madril.
- Montorio, I. eta Izal, M. (1997): *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares*, IMSERSO, Madril.
- Morales, J. eta beste (1993): "El test del informador: una nueva aproximación en la detección precoz de la demencia", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, **28**, 143-153.
- Morales, J. M. ; González-Montalvo, J. I.; Bermejo, F. eta Del Ser, T. (1995): "The screening of mild dementia with a shortened Spanish versión of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly", *Alzheimer Dis Assoc Disord*, **9**, 105-115.
- Muramoto, O. (1984): "Selective reminding in normal and demented aged people: auditory verbal versus visual spatial task", *Cortex*, **20**, 461-478.
- Ogden, T. (1990): *The Primitive Edge of Experience*, Jason Aronson, New Jersey.
- Parasuraman, R. eta Greenwood, P. (1998): "Selective attention in aging and dementia", in R. Parasuraman (arg.), *The attentive brain*. The MIT Press, Cambridge, MA, US, 461-487.
- Peña Casanova, J. (1999): *Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Definición, descripción, guías de intervención y consejos*, Fundación "La Caixa", Bartzelona.
- Perlado, F. (1987): *Tests mentales en geriatría*. Heraldo de Aragón, Zaragoza.
- Reisberg, B. eta beste (1982): "The Global deterioration Scale for Assessment of primary degenerative dementia", *American Journal of Psychiatry*, **139**, 1136-1139.
- Rosen, W.; Mohs, R. eta Davis, K. (1984): "A new rating scale for Alzheimer's disease", *American Journal of Psychiatry*, **141**, 1356-1364.
- Rush, A.; Pincus, H. eta First, M. (2000): *Handbook of Psychiatric Measures*, American Psychological Association, Washington.
- Salthouse, T. (1991): "Disuse interpretations", in T. Salthouse (arg.), *Theoretical Perspectives on Cognitive Aging*, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Hillsdale 173-223.
- Salthouse, T.A. (1982): *Adult cognition: An experimental psychology of adult cognition*. Springer-Verlag, New York.
- Salthouse, T. (1996): "The processing-speed theory of adult age differences in cognition", *Psychological Review*, **103**, 403-428.

- Schaie, K. (1994): "The course of adult intellectual development", *American Psychologist*, **49**, 304-313.
- Ska, B.; Poissant, A. eta Joannette, Y. (1990): "Line orientation judgment in normal elderly and subjects with dementia of Alzheimer's type", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, **12**, 695-702.
- Spreen, O. eta Strauss, E. (1991): "A Compendium of Neuropsychological Tests. Administration, Norms, and Commentary", Oxford University Press, New York.
- Verhaeghen, P. (2003): "Aging and vocabulary score: A meta-analysis", *Psychology and Aging*, **18**, 332-339.
- Wechsler, D. (1981): *Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised manual*, Psychological Corporation, New York.
- Welsh, E. (2003): *Focus on Alzheimer's disease research*. Nova Biomedical, New York.
- West, R. (1996): "An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging" *Psychological Bulletin*, **120**, 272-292.
- Wisocki, P. (1991): *Handbook of Clinical Behavior Therapy with Elderly Client*. Plenum Press, New York.
- Zarit, S. eta Zarit, J. (1982): "Memory training for severe memory loss: effects of senile dementia patients and their families", *Gerontologist*, **22**, 273-377.



## Taulen aurkibidea

1.1.01. Funtzio kognitiboen garapena zahartzaroan .....	15
1.1.2.01. Adinekoen oroimenari buruzko kexa subjektiboak .....	17
1.1.2.02. Oroimen semantikoan gertatzen diren kexa subjektibo ohikoak .....	18
1.1.2.03. Eguneroko jardueren oroimenean gertatzen diren kexa subjektibo ohikoak .....	18
1.1.5.01. Arreta eta kontzentrazioarekin erlazionaturiko oroimen-kexa subjektibo ohikoak .....	22
2.2.01. Dementzien maiztasuna adinaren arabera .....	28
2.2.02. Dementziaren maiztasuna adinaren eta generoaren arabera .....	29
2.3.01. Dementziaren diagnostikorako DSM-IVaren irizpide diagnostikoak .....	30
2.3.02. Dementziaren diagnostikorako Espainiako Neurologiaren Elkartearen irizpideak .....	31
2.5.01. Dementzien sailkapen etiologikoa .....	33
2.6.1.01. Dementziaren eta nahasmen-egoera orokorraren arteko desberdintasunak .....	34
2.6.2.01. Dementziaren eta depresioaren arteko desberdintasunak .....	35
3.2.2.01. Alzheimerren maiztasuna .....	46
3.2.2.02. Alzheimerren intzidentzia .....	47
3.3.3.01. Alzheimer gaixotasuna pairatzeko arrisku-faktoreak .....	48
3.5.01. GDS (Global Deterioration Scale) galde-sortaren aroak .....	51
4.2.1.01. Depresioaren ezaugarriak Alzheimer gaixotasuna duen pertsonarengan .....	65
4.2.2.01. Hersturaren ezaugarriak Alzheimer gaixotasuna duen pertsonarengan .....	67
5.1.1.01. MMSE galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak (30eko puntuazioa) .....	78
5.1.2.01. SPMSQ galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak .....	79
5.1.3.01. ADAS-COG galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak .....	80
5.1.4.01. GDS galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak .....	83
5.2.1.01. GADS galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak .....	87
5.2.2.01. GDS/30 eta GDS/15 galde-sorten ezaugarri garrantzitsuenak .....	88
5.2.3.01. Zung-en eskalaren ezaugarri garrantzitsuenak .....	89

5.2.4.01. HAS galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak .....	90
5.3.1.01. Portaera-nahasteen azterketa funtzionala egiteko erregistro-orria ..	94
5.3.2.01. NPI galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak .....	95
6.3.1.01. Portaera erasokorra maneiatzeko gomendioak .....	124
6.3.2.01. Haluzinazioak maneiatzeko gomendioak .....	125
6.3.3.01. Eldarnioak maneiatzeko gomendioak.....	125
6.3.4.01. Loaren nahastea maneiatzeko gomendioak .....	126
6.3.5.01. Noraezean ibiltzea maneiatzeko gomendioak .....	127
6.4.1.01. Gaixoarekin komunikazioa sustatzeko gomendioak .....	130
6.4.2.01. GDS galde-sortaren baitan hizkuntzan gertatzen diren galeraren ezaugarriak.....	130
6.4.2.02. Alzheimer gaixotasunaren ondorioz hizkuntzan gertatzen diren galeraren ezaugarriak .....	131
6.4.3.01. Gaixoak zaintzailea ulertzen ez duenean zer egin .....	132
6.4.3.02. Zaintzaileak gaixoa ulertzen ez duenean zer egin .....	133
7.2.1.01. Zaintzailearen zama ezagutzeko galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak .....	153
7.2.2.01. IQCODE galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak.....	154
7.2.3.01. Bleseed eta laguntzaileen galde-sortaren ezaugarri garrantzitsuenak	156

**Eranskinak**



**1. ERANSKINA****MMSE, *Mini-Mental State Exam* (Folstein, Folstein eta McHugh, 1975)****Orientazio tenporala**

Zein urtetan gaude? _____	1
Zein urtarotan gaude? _____	1
Zein egunetan gaude? (eguna / hilabetea) _____	2
Asteko zein egunetan gaude gaur? _____	1
Azpitotala ___	5

**Orientazio espaziala**

Non gaude orain? (helbidea, zentroaren izena, etab.) _____	1
Zein solairutan gaude? _____	1
Zein hiri eta autonomia-erkidegotan gaude? _____	2
Zein herrialdetan gaude? _____	1
Azpitotala ___	5

**Berehalako oroimena**

Hiru objektu izendatuko ditut. Nik esan ondoren zuk errepikatzea gustatuko litzaidake. Honako hauek dira: mahaia, orrazia, zuhaitza. Errepikatu zenitzake? Lehenengo saiakeran ondo erantzuten duen bakoitzean puntu bat emango zaio. Errepikatu gaixoak ikasi arte. Orain hitz horiek oroitzea gustatuko litzaidake, geroago galdetuko baitzikizut. \_\_\_\_\_ 3

Azpitotala \_\_\_ 3

**Arreta**

Ondorengo bi itemetatik bakar bat erabili.

a) 100 pezeta baldin badituzu eta zazpinaka ematen badizkidazu, zenbat geratzen zaizkizu aldi bakoitzean. Utzi bost zenbaki esan arte eta zuzen erantzuten duen zenbaki bakoitzeko puntu bat eman. \_\_\_\_\_ 5

b) Letreiatu itzazu ETXEA hitza alderantziz. Ondo esaten duen hitz bakoitzeko puntu bat eman. \_\_\_\_\_ 5

Azpitotala \_\_\_ 5

**Iraupen laburreko oroimena**

Zein dira lehen oroitzeko eskatu dizkizudan hiru hitzak? Pistarik ez eman. \_\_\_\_\_ 3

**Lengoaia (izendatu eta errepikatu)**

Gaixoari arkatx eta ordulari bat erakutsi eta bakoitza izendatzeko eskatu. \_\_\_\_\_ 2

Errepikatu zenezake zehazki ondorengo esaldia ?

TXAPELA BURUAN ETA IBILI MUNDUAN \_\_\_\_\_ 1

Azpitotala \_\_\_\_ 3

**Argibideen ulermena eta jarraipena**

Ondoren emango dizkizudan aginduei jarraitzea gustatuko litzaidake. Paperezko ordulari hori hartu (seinalatu mahai-gaina) eskuineko eskuarekin; tolestu erditik eta jar ezazu hanken gainean. Puntu bat eman ondo egiten duen agindu bakoitzeko. \_\_\_\_\_ 3

Azpitotala \_\_\_\_ 3

**Irakurketa- idazketa (kopiatzea)**

Gaixoari erakusten zaion txartelean idatzia dagoen aginduari jarraitzeko eskatu (itxi begiak). \_\_\_\_\_ 1

Gaixoari arkatx eta orri bat eman eta zentzua duen esaldi bat idazteko eskatu (edozein esaldik balio du). Puntuatu esaldiak zentzua badu (subjektua, aditza eta predikatua). \_\_\_\_\_ 1

Orrri berdinean gaixoari ondoko txartelean dagoen marrazkia kopiatzeko eskatu. Puntuatu marrazkiak antza badauka; lerro dardaratsuak egoteak ez dauka garrantzirik. \_\_\_\_\_ 1

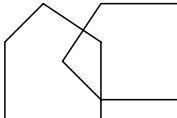
BEGIAK ITXI

MARRAZKIA

Azpitotala \_\_\_\_\_ 3

TOTALA \_\_\_\_\_ 30

**2. ERANSKINA****MEC, Mini Examen Cognoscitivo (Lobo, 1975)**

	Erantzun zuzena Respuesta correcta	
	Puntuak gehienez Puntos posibles	Lortutakoak Obtenidos
<b>ORIENTAZIOA/ORIENTACION</b>		
Esango al didazu zein egunetan gauden?...eta hilabetea?...eta urtaroa?...eta urtea?..		
Dígame el día...la fecha...el mes...la estación...el año...	5	
Esango al didazu zein ospitaleetan zauden?...eta solairua?...eta herria?...eta probintzia?...eta estatua?...		
Dígame el hospital...la planta...la ciudad...la provincia...el estado...	5	
<b>ARRETA/FIJACION</b>		
Errepika itzazu hiru hitz hauek: pezeta-zaldia-sagarra		
Repita estas tres palabras: peseta-caballo-manzana	3	
Ikasi arte errepikatu		
Repita hasta que las aprenda		
<b>KONTZENTRAZIOA ETA KALKULUA/CONCENTRACION Y CALCULO</b>		
30 pezeta baldin badituzu eta hirunaka ematen badizkidazu, zenbat geratzen zaizkizu aldi bakoitzean?		
Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3 cuantas le van quedando?	5	
Errepikatu 5-9-2. Ikasi arte errepikatu. Orain atzekoz aurrera.		
Repita 5-9-2. Hasta que los aprenda. Ahora hacia atrás.	3	
<b>OROIMENA/MEMORIA</b>		
Gogoratzten al dituzu lehen esan dizkizudan hiru hitzak?		
¿Recuerda las tres primeras palabras que le he dicho antes?	3	
<b>HIZKUNTZA ETA EGITURAK/LENGUAJE Y CONSTRUCCION</b>		
Erakutsi boligrafoa: zer da hau? Gauza bera erlojuarekin.		
Mostrar un bolígrafo: ¿que es esto? Repetirlo con un reloj	2	
Errepika ezazu esaldi hau: Galsoroan bost zakur zeuden		
Repita esta frase: En un trigal había cinco perros	1	
«Sagarra eta udarea frutak dira» ezta?		
«Una manzana y una pera son frutas» ¿verdad?		
Zer dira gorria eta berdea?		
¿Qué son el rojo y el verde?	1	
Zer dira zakurra eta katua?		
¿Qué son un perro y un gato?	1	
Har ezazu paper hau eskuineko eskuarekin, tolestu erditik eta lurtean utzi.		
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo	3	
Irakur ezazu hau eta egin bertan esaten duena: «Itxi begiak»		
Lea esto y haga lo que dice: «Cierre los ojos»	1	
Idatz ezazu edozein esaldi		
Escriba una frase cualquiera	1	
Kopia ezazu marrazki hau		
Copie este dibujo	1	
		
PUNTUAK GUZTIRA		
PUNTUACION TOTAL	35	
LORTUTAKO PUNTUAK GUZTIRA		
PUNTUACION TOTAL OBTENIDA		<input type="text"/>

### 3. ERANSKINA

**SPMSQ, *Short Portable Mental Status Questionnaire* (Pfeiffer, 1975; Fernández-Ballesteros eta Guerrero, 1984; Guerrero, 1984)**

Itema	Eginbeharreko galderak	Akatsak
1	Zein egunetan gaude? (eguna, hilabetea eta urtea)	
2	Asteko zein egunetan gaude gaur?	
3	Non gaude orain? (lekua edo edifizioa)	
4	Zein da zure telefono-zenbakia? (ez balu telefonorik izango, helbidea galdetu)	
5	Zein da zure adina?	
6	Noiz jaio zinen? (eguna, hilabetea eta urtea)	
7	Zein da gobernuko presidentearen izena?	
8	Zein da aurreko gobernuko presidentearen izena?	
9	Zein da zure amaren lehenengo abizena?	
10	Hogeitik hasita hiruak kendu.	
	Guztira:	

Zerrenda honetako galderak 1etik 10era egin, idatzi erantzun zuzenak 0 bezala eta okerrak 1 bezala. 10 galderetan egindako akats kopurua idatzi, oinarrizko ikasketak dituenari akats bat gehiago onartu eta goi-mailako ikasketak jaso dituenari, berriz, akats bat gutxiago onartu.

0-2 akats: bere horretan mantentzen du.

3-4 akats: galera intelektual arina.

5-7 akats: galera intelektual moderatua

8-10 akats: galera intelektual larria.



#### 4. ERANSKINA

##### **Test ADAS-COG, *Alzheimer's Disease Assesment Scale* (Rosen, Mohs eta Davis, 1984)**

Arau orokorrak

Bost-hamar minutu irauten duen elkarrizketa batekin hasten da galde-sorta. Horren helburua da lengoaiarekin zerikusia duten hainbat arlo ebaluatzea. Ondoren, hitzen oroitzapen-froga egiten da. Arlo kognitiboaz gain, portaerak hiru modutan ebaluatzen dira: batetik, adinekoak eskaintzen duen informazioaren bidez; bestetik, adinekoaren inguruko laguntzaile fidagarri baten bidez; azkenik, frogan ebaluatzaileak ikusitakoaren bidez. Galde-sortaren puntuazioa gaitasunaren arabera 0tik 5era doa: 0ko puntuazioak zereginean arazorik ez dagoela edo portaera zehatz bat ez dagoela adierazten du; 5eko puntuazioak, berriz, larritasun maila altua esanahi du; 1, 2, 3 eta 4 puntuazioek portaeraren tarteko adierazpen maila erakusten dute.

##### **1.- Hitzak oroitzea**

Adinekoak ahots altuan irakurri behar dituen hamar hitz idatzirik aurkezten dira txartel batean bi segundotik behin. Ondoren, gaixoak oroitzen dituenak adierazi behar ditu. Hiru aldiz errepikatzen da prozesua eta zenbaketa. Azken emaitza da gogoratu ez diren hitzen hiru saiakeren batuketa egin eta ondoren zatiketa egitea.

	Lehen saiakera	Bigarren saiakera	Hirugarren saiakera
	Makila	Hondartza	Billetea
	Eskutitza	Eskutitza	Makila
	Mantekila	Besoa	Kabina
	Erregina	Kabina	Besoa
	Besoa	Makila	Eskutitza
	Hondartza	Billetea	Hondartza
	Belarra	Motorra	Erregina
	Kabina	Belarra	Mantekila
	Billetea	Mantekila	Belarra
	Motorra	Erregina	Motorra
	Gogoratu		
Puntuazioa:	gabeko = Lehenengo saiakera+bigarrena + hirugarrena/3 hitzak		PUNTUAZIO TOTALA
			□

##### **2.- Aginduak**

Gaixoak aginduak betetzeko duen gaitasuna ebaluatzen da. Horretarako bost agindu ematen dira. Agindu bakoitzak oinarritzko urrats bat adierazten du. Aginduak soilik beharrezko kasuetan errepikatu daitezke. Agindu bakoitza orokorrean ebaluatzen da. Puntuazioa gaixoak ongi egitea lortu duen agindu konplexuenaren parekoa izango da.

- |                          |                          |    |  |
|--------------------------|--------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. | Ukabila itxi.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. | Seinalatu sabaia eta ondoren lurra.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. | Jarri arkatza txartelaren gainean eta ondoren utzi lehen zegoen lekuan.          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. | Jarri ordularia arkatzairen beste aldean eta eman buelta txartelari.             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. | Begiak itxita dituzten bitartean, eman bi kolpe sorbalda bakoitzean bi hatzekin. |

Puntuazioa:

0= Bost pauso zuzen.

1= Lau pauso zuzen.

2= Hiru pauso zuzen.

3= Bi pauso zuzen.

4= Pauso zuzen bakarra.

5= Pauso zuzen bakarra ere ezin izan du egin.

PUNUAZIO TOTALA

### 3.- Hatz eta objektuen izendapena

Gaixoak bere eskuaren hatzak izendatu behar ditu. Ondoren, maneiatu ezin ditzakeen hamabi objektu zoriz aurkezten dira eta izendatu egin behar ditu.

BAI	EZ		BAI	EZ	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatz lodia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harmonika
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatz erakuslea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artaziak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bihotza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Txilibitua
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baliogabetu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orrazia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatz txikia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Billete- zorroa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inbutua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arkatza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mozorroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estetoskopia/fonendoskopioa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Txintxirrina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Puntuazioa:

0= Dena zuzen, hatz oker bat eta/edo objektu oker bat.

1= Bi-hiru hatz eta/edo 2 objektu oker.

3= Hiru edo hatz gehiago oker eta/edo 6-7 objektu oker.

4= Hiru edo hatz gehiago oker eta/edo 8-9 objektu oker.

5= Dena oker.

PUNUAZIO TOTALA

### 4.- Praxia eraikitzailea

Gaixoari lau irudi geometriko erakusten zaizkio eta orri zuri batean irudiaren kopia bat egin behar du. Honako hau esaten da: «Ikusten al duzu irudi hau? Egin ezazu orri honetan antza duen bat». Bi saiakera uzten dira.

BAI	EZ	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Borobila. Kurba itxia duen irudia.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Gainjarritako bi laukizuzen. Formek 4 alde izan behar dituzte eta ereduaren antzera gainjarrita egon behar dute. Tamaina-aldaketak ez dira ebaluatzen..
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Erronboa (diamantea). Irudiak zehiarki orientatuta dauden 4 alde izan behar ditu eta alde bakoitzeko tamainak antzekoa izan behar du. Lau datu ebaluatzen dira.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Kuboa. Forma tridimentsionala izan behar du, aurreko aurpegiak orientazio zuzena izango du eta barneko lerroek angeluan ondo kokatuta egon behar dute. Aurpegien aurkako aldeak paraleloak ez badira 20 baino gehiagoan, marrazkia gaizki dagoela joko da.

Puntuazioa:

0= Lau marrazki zuzen.

1= Marrazki oker bat.

2= Bi marrazki oker.

3= Hiru marrazki oker.

4= Closing in (ereduaren gainean edo inguruan marrazten du edo ereduaren zati bat erabiltzen du marrazteko); 4 marrazki oker.

5= Zirriborroak, hitzak irudien orde edo irudien zatiak egiten ditu. Ez du marrazkirik egiten.

PUNUAZIO TOTALA

## 5.- Praxia ideatorioa

Orri zuri bat eta gutun azal bat ematen zaizkio. Gutun bat bidaliko balu bezala erabili behar du materiala. Hau da, orria gutun-azalaren barruan sartu behar du, itxi, helbidea idatzi (izena, kalea, herria eta probintzia) eta, azkenik, zigilua jarri. Gaixoari zerbait ahazten bazaio, berriaz azalduko zaio.

BAI EZ

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Papera tolestu.                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Papera gutun-azalaren barnean sartu. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Gutun-azala itxi.                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Helbidea gutun-azalean idatzi.       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Zigilua gutun-azalean jarri.         |

Puntuazioa:

0= Ongi jarraitzen die argibide guztiei.

1= Akats edo zailtasuna osagai batean.

2= Zailtasun eta/edo akatsak bi osagaietan.

3= Zailtasun eta/edo akatsak hiru osagaietan.

4= Zailtasun eta/edo akatsak lau osagaietan.

5= Zailtasun eta/edo akatsak bost osagaietan.

PUNTUAZIO TOTALA

## 6.- Orientazioa

Atal honetan aipatzen diren gauzei buruz galdetu egiten da. Gaizki erantzuten duen galdera bakoitzeko puntu bat gehitzen da (zortzi gehienez). Oker egindako erantzun bat onartzen da. Esaterako, dagokion datan egun batean okertzea, ordu bat gorabehera okertzea, tokiaren zeharkako izena esatea, eta abar.

BAI EZ

- |                          |                          |                             |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Izen osoa.               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Urteko hilabetea.        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Hilabeteko eguna (data). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Urtea.                   |

BAI EZ

- |                          |                          |                                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Asteko eguna.                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Urteko urtaroa.                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Gauden lekua.                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Momentuko ordua gutxi gorabehera. |

PUNTUAZIOA

Puntuazioa: gaizki erantzuten duen bakoitzeko puntu bat.

## 7.- Hitzen ezagutzea

Hamabi hitz aurkezten zaizkio bata bestearen jarraian eta gaixoak ahots altuan irakurri behar ditu. Ondoren, beste hamabi hitz ezberdinekin nahasten dira (distrakziozkoak). Hogeita lau hitzak erakusten zaizkio eta aurretik ikusi dituen adierazi behar du. Garrantzitsua da erantzunak BAI edo EZ izatea. Hiru saiakeretan gaizki erantzundako galderak batu (beltzez daudenak) eta batez bestekoa egin behar da.

LEHEN SAIAKERA

- | BAI                      | EZ                       | EZ EGITEA                                   | BAI                      | EZ                       | EZ EGITEA                                  |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <b>Isiltasuna</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <b>Oihartzuna</b> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ukondoa            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Iloba             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <b>Alaba</b>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Betebeharra       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ahutsa             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <b>Hiria</b>      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Kanala             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <b>Izkina</b>     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <b>Kopeta</b>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oliba             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <b>Tigrea</b>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Musika            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <b>Krepuskulua</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <b>Balorea</b>    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dragoia            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <b>Neurria</b>    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Logela             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zinta             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ahizpa             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <b>Objektua</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <b>Pobrea</b>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lepoa             |

## BIGARREN SAIAKERA

BAI	EZ	EZ EGITEA	BAI	EZ	EZ EGITEA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Burbuila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Pobrea</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Izkina</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abisua
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bitxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Oihartzuna</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dutxa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Balorea</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Hiribildua</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alaba</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Kopeta</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Objektua</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Isiltasuna</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Organoa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Tigrea</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Likorra
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Topaketa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Arraska
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Neurria</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Txaketa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Motorra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Krepuskulua</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tipula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alkatea

## HIRUGARREN SAIAKERA

BAI	EZ	EZ EGITEA	BAI	EZ	EZ EGITEA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tximinoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Pobrea</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Isiltasuna</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Iturria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Isla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Hiria</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Estazioa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jendea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Krepuskulua</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ehiztaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orratza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Kopeta</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Oihartzuna</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pitxarra
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ganadua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Neurria</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Izkina</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alaba</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Erreina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Balorea</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Tigrea</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ostra
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Objektua</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lirioa

PUNTUAZIO TOTALA

Puntuazioa:

Oroitu gabeko hitzak = Lehen saiakera + Bigarren saiakera + Hirugarren saiakera/3

## 8.- Oroimen-frogaren arauen oroitzapena

Ezagutza-frogaren arauak oroitzeko gaixoak duen gaitasuna ebaluatzen da. Saiakera bakoitzean gaixoari hasierako bi hitzei buruz galdetzen zaio: «Ikusi al duzu lehenago hitz hau edo berria da? » Hirugarren hitzetik aurrera honako hau galdetzen da: «eta hau?». BAI edo EZ ongi erantzuten badu, galdeketaren arauen oroitzea zuzena dela kontuan hartuko da. Gaizki erantzuten badu, berriz, arauak ahaztu dituela joko da. Kasu horretan, galdeketaren arauak errepikatu behar dira. Hirugarren hitzetik aurrera prozedura berdina errepikatuko da lau eta hogeita lau hitzen artean. Arauak ahazten diren bakoitzeko puntu bat esleitzen da.

BAI	EZ	EZ EGITEA	BAI	EZ	EZ EGITEA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Isiltasuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oihartzuna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ukondoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Iloba
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Betebeharra
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hautsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hiria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kanala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Izkina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kopeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oliba
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tigrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Musika
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Krepuskulua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Balorea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dragoia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neurria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Logela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zinta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ahizpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Objektua
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pobrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lepoa

Puntuazioa:

0= Zuzena.

1= Oso arina, behin bakarrik ahaztu zaio.

2= Arina, 2 aldiz gogorazi behar zaio.

3= Moderatua, 3 edo 4 aldiz gogorazi behar zaio.

4= Moderatu larria, 5 edo 6 aldiz gogorazi behar zaio.

5= Larria, 7 aldiz edo gehiagotan gogorazi behar zaio.

PUNTUAZIO TOTALA

### 9.- Mintzairaren gaitasuna

Mintzairaren gaitasuna eta adierazpenaren argitasuna orokorrean ebaluatzen dira. Alegia, ulertzean egon daitezkeen zailtasunak. Kantitatea ez da kontuan hartzen.

Puntuazioa:

0= Zuzena.

1= Oso arina, ulermen falta aldi batean.

2= Arina.

3= Moderatua, zailtasunak kasuen % 25-50ean.

4= Moderatu larria, zailtasunak denboraren % 50ean.

5= Larria, 1 edo 2 hitzen adierazpena, jarria baina hutsa, mututasuna.

PUNTUAZIO TOTALA

### 10.- Mintzairaren ulermena

Gaixoaren mintzairaren ulermena ebaluatzen da. Aginduen erantzunak ez dira erantzun gisa kontuan hartzen.

Puntuazioa:

0= Zuzen.

1= Oso arina, ulermen falta aldi batean.

2= Arina.

3= Moderatua.

4= Moderatu larria, zenbait errepikapen eta azalpen behar ditu.

5= Larria, diskurtsoaren pobrezia onorio gisa gaixoak noizean behin galderei zuzen erantzuten die.

PUNTUAZIO TOTALA

### 11.- Hitz egokiak aurkitzean zailtasuna

Gaixoak zailtasunak ditu hitz egokiak aurkitzeko orduan. Arazo hau modu ezberdinean saihestu dezake, besteak beste, zirkunlokio, azalpen edo sinonimoen erabilerarekin. Hatzen eta objektuen frogaren puntuazioa ez da kontuan hartzen frogaren honetan.

Puntuazioa:

0= Ez du zailtasunik.

1= Oso arina, esanguratsutasun klinikorik gabeko zailtasunak kasu batean edo bitan.

2= Arina, zirkunlokio nabariak edo sinonimoen ordezkapenak.

3= Moderatua, zenbaitetan ulertu ez diren hitzak ez gogoratzea.

4= Moderatu larria, sarritan ulertu ez diren hitzak ez gogoratzea.

5= Larria, edukia duten hitzen erabateko galera, diskurtso hutsa, hitz bat edo biren ekoizpena.

PUNTUAZIO TOTALA

ADAS KOGNITIBOAREN PUNTUAZIO TOTALA=

## **5. ERANSKINA**

### **GDS, *Global Deterioration Scale* (Reisberg, 1982)**

Estadioa	Aro klinikoa	Ezaugarri klinikoak
1. Galera kognozitivoreen gabezia	Normal	Ez dago narriadura kognozitibo subjektiborik ezta objektiborik.
2. Galera kognozitibo oso arina	Ahaztea	Oroimen-galerei buruzko kezak, bereziki objektuen kokapenekoak, izen familiarak, zitak, etab. Galera ez da objektiboki ziurtatu elkarriketa klinikoan ezta bere inguru soziolaboralean ere.
3. Galera kognozitibo arina	Nahasmen goiztiarra	Alor batean baino gehiagotan adierazpen goiztiarra: Desorientazio espaziala. Laneko errendimendu baxuaren ebidentzia. Izenak oroitzeko zailtasunak, familiarrentzat nabariak. Irakurri ondoren material gutxi gogoratzen du. Balioa duten objektuen kokalekua ahazten du. Klinikarentzat kontzentrazio-galera nabaria da. Antsietate arina edo moderatua. Defentsa-mekanismo gisa ukapena erabiltzen hasten da.
4. Galera kognozitibo moderatua	Nahasmen berantiarra	Ageriko gabeziak: Ohikoak diren gertakizunak eta gertatu berri direnak ahaztea. Bere historia pertsonalaren oroimenean gabeziak ager daitezke. Kontzentratzeko zailtasun nabaria kenketen eragiketan. Eginkizun konplexuak gauzatzeko edo bidaia eta bizitza soziolaborala planifikatzeko ezintasuna. Labilitate afektiboak. Koadroa ukapen-mekanismoak menderatzen du Pertsona- eta denbora-orientazioa, familiako pertsona eta aurpegiaren ezagutza, eta leku ezagunetara bidaiatzeko gaitasuna kontserbatzen ditu
5. Galera kognozitibo moderatu larria	Dementzia arina	Eginkizun zehaztetan laguntza behar du (ez du laguntzarik behar garbiketarako ezta janariarentzako, baina bai bere arropa aukeratzeko). Bere bizitzako alde garrantzitsuenak oroitzeko ezintasuna. Sarritan denboran eta lekuan desorientatua dago. Alderantziz kontatzeko zailtasunak aurkezten ditu, 40tik launaka edo 20tik binaka. Bere izena zein bere emazte eta seme-alaben izenak gogoan hartzeko gai da.
6. Galera kognozitibo larria	Dementzia ertaina	Bere emaztearen izena eta gertatu berri diren gertaerak ahazten ditu. Iraganeko zenbait datu gogoan hartzen ditu. Denboran eta lekuan desorientazioa. Hamarnaka kentzeko naiz gehitzeko zailtasunak ditu. Eguneroko jarduerak egiteko laguntza behar izan dezake eta inkontinentzia izan. Bere izena gogoratzen du eta bere familiarak ezezagunetatik bereiztu ditzake. Nortasunean eta afektibitatean aldaketak aurkeztu ditzake (delirioak, sintoma obsesiboak, antsietatea, agitazioa edo agresibitatea eta abulia kognozitivoa)
7. Galera kognozitibo oso larria	Dementzia larria	Hitzeko gaitasun guztien galera (lengoaia, garrasi, marmar eta antzekoetara murriztua gera daiteke). Gernu-inkontinentzia. Asistentziaren beharra garbiketa pertsonalean. Oinarriko funtzio psikomotorren galera. Sarritan zeinu neurologikoak behatzen dira.

**6. ERANSKINA****GDAS, *Goldberg Depression and Anxiety Scale* (Goldberg, Bridges eta Duncan-Jones, 1988)**

Izena \_\_\_\_\_

Unitatea \_\_\_\_\_

Jaiotza-data \_\_\_\_\_

**HERSTURAREN AZPIESKALA**

1. Oso aztoratua, urduri edo tentsioan sentitu al duzu zeure burua?
2. Zerbaitengatik oso arduratua sentitu al zara?
3. Suminkor sentitu al zara?
4. Erlaxatzeko arazorik izan al duzu?

(Bi baiezko erantzun edo gehiago badaude, galdetzen jarraitu)

5. Gaizki lo egin duzu, edo lo egiteko arazoak izan dituzu?
6. Buruko edo lepoko minik izan al duzu?
7. Honako sintoma hauetarikoren bat izan al duzu: dardarak, inurridura, zorabioak, izerdia, beherakoa?
8. Zure osasunaz arduratua egon al zara?
9. Lo hartzeko arazorik izan al duzu?

ANTSIETATEA GUZTIRA:  $\geq 4$

Hersturaren azpieskalak herstura-kasuen % 73 detektatzen du aipatzen diren ebaki-puntuekin eta depresioaren azpieskalak depresio-kasuen % 82.

**DEPRESIOAREN AZPIESKALA**

1. Energia gutxirekin sentitu al zara?
2. Gauzengatik zenuen interesa galdu al duzu?
3. Zeureganako konfiantza galdu al duzu?
4. Esperantzarik gabe sentitu al zara?

(Aurreko edozein galderatan baiezko erantzuna egon bada, jarraitu)

5. Arreta mantentzeko zailtasunik izan al duzu?
6. Pisurik galdu al duzu? (gose falta dela-eta)
7. Goizegi esnatzen aritu al zara?
8. Motelduta sentitu al zara?
9. Goizetan okerrago egoteko joera izan duzula uste al duzu?

DEPRESIOA GUZTIRA:  $\geq 3$

## 7. ERANSKINA

### HAS, *Hamilton Anxiety Scale* (Hamilton, 1969)

Mesedez, aukera ezazu AZKEN ASTEKO egoerari erreferentzia egingo dion erantzunik egokiena.

0: EZ DAGO    1: ARINA    2: MODERATUA    3: LARRIA    4: OSO LARRIA

	Datak	0	1	2	3	4
1	ANTSIETATEA: Kezkak, beldurrak, irudipenak, suminkortasuna.					
2	TENTSIOA Tentsio-sentsazioa, nekea, erlaxatzeko ezintasuna, ikaratzeko joera, negarrerako joera, ikara, dardarak, egonezina.					
3	BELDURRAK Iluntasunarena, ezezagunarena, bakardadearena, animalia handiena, etab.					
4	LOAREN DESOREKAK Lo hartzeko zailtasunak, loaren etenaldia, loarekin aseta ez egotea, esnatzean nekea, ametsak, amesgaiztoak, gaueko beldurrak.					
5	DESOREKA INTELEKTUALAK Kontzentratzeko zailtasunak, oroimen-ahulezia.					
6	DEPRESIOA Interes falta, asebetetze falta, deprimitua, garaia baino lehenago esnatzea, gauean umore kulunkaria.					
7	SINTOMA SOMATIKO OROKORRAK (MUSKULARRAK) Min muskularrak, zurruntasun muskularra, muskuluetako astinduak, konbultsio klonikoak, hortz-haginak karraskatzea, ahots zalantzakorra.					
8	SINTOMA SOMATIKO OROKORRAK (SENTSORIALAK) Azufenoak, ikusmen lainotsua, hotz- eta bero-boladak, nekearen sentsazioa, inurridurak.					
9	SINTOMA KARDIOPASKULARRAK Takikardia, palpitzioak, min torazikoak, taupada baskularrak, zorabiatzearen sentsazioa, bihotza gelditzearen sentsazioa.					
10	ARNAS SINTOMAK Opresio eta konstrikzio torazikoa, itotzearen sentsazioa, hasperenak, disnea.					
11	SINTOMA GASTROINTESTINALAK Irensteko zailtasunak, hesteetako haizeak, dispepsia, sabel-zaratak, mugimendu intestinalak, beherakoa, pisu-galera, hotzeria.					
12	SINTOMA GENITOURINARIOAK Sarritan mikzioa, derrigorrezko mikzioa, amenorrea, menorragia, frigidotasuna, isurketa goiztiarra, isurketan desorekak, inpotentzia.					
13	SINTOMA BEGETATIBOAK Ahoa lehorra izatea, lotsatzeko joera, zurbiltasuna, izerditzeko joera, bertigoak, zefalea tentsionala, piloerekzioa.					
14	ELKARRIZKETAN IZANDAKO JOKABIDEA Zurruna, erlaxatu gabea, egon ezintasuna eta urduritasuna, eskuetan dardara, bekain tolestuak, aurpegi zurruna, aurpegi zurbila, «txistua irenstea», korrokak, izerdi botatzea, tik parpebralak.					

PUNTUAZIO TOTALA:     AP:     AS:

0-5: Hersturarik eza

6-14: Herstura arina

≥15: Herstura larria



**8. ERANSKINA****GDS/30, Geriatric Depression Scale (Brink eta Yesavage, 1982)**

Abizenak \_\_\_\_\_  
 Izena \_\_\_\_\_  
 Elkarrizketatzailea \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Zenb. Hist. \_\_\_\_\_

- \*\*\*\*\*
- 1.- Zure oraingo bizimoduarekin pozik al zaude?..... BAI/EZ
  - 2.- Interesatzen zaizkizun gauzak eta ekintzak  
alde batera utzi dituzu? ..... EZ/BAI
  - 3.- Zure bizitza hutsik dagoela sentitzen duzu?..... EZ/BAI
  - 4.- Maiz aspertuta sentitzen al duzu? ..... EZ/BAI
  - 5.- Zure etorkizuna baikor ikusten al duzu? ..... BAI/EZ
  - 6.- Gogaitzen zaituzten pentsamenduak izaten dituzu? ..... EZ/BAI
  - 7.- Pozik sentitzen al zara? ..... BAI/EZ
  - 8.- Zerbait txarra gertatuko zaizun beldur zara?..... EZ/BAI
  - 9.- Gehienetan zorionsu zaude? ..... BAI/EZ
  - 10.- Gizon-emakumeenganako erakarpena sentitzen al duzu?..... BAI/EZ
  - 11.- Askotan, urduri sentitzen al zara?..... EZ/BAI
  - 12.- Nahiago duzu etxean geratu atera baino?..... EZ/BAI
  - 13.- Etorkezunagatik, askotan kezkatzen al zara?..... EZ/BAI
  - 14.- Uste duzu besteek baino oroimen-arazo gehiago  
dituzula? ..... EZ/BAI
  - 15.- Uste duzu bizirik egotea zoragarria dela? ..... BAI/EZ
  - 16.- Askotan, triste sentitzen al zara? ..... EZ/BAI
  - 17.- Ezgai sentitzen al zara? ..... EZ/BAI
  - 18.- Iraganarekin, asko kezkatzen al zara? ..... EZ/BAI
  - 19.- Uste duzu bizitza interesgarria dela? ..... BAI/EZ
  - 20.- Proiektu berriak hastea zaila al da zuretzat? ..... EZ/BAI
  - 21.- Indarrez beterik sentitzen al zara? ..... BAI/EZ
  - 22.- Zure oraingo egoera etsipenez betea dela sentitzen al duzu?..... EZ/BAI
  - 23.- Uste duzu besteek zuk baino zorte hobea dutela? ..... EZ/BAI
  - 24.- Txikikeriengatik urduri jartzen al zara? ..... EZ/BAI
  - 25.- Negar egiteko gogoia askotan sentitzen al duzu? ..... EZ/BAI
  - 26.- Arreta mantentzea zaila egiten al zaizu? ..... EZ/BAI
  - 27.- Goizetan jaikitzen zarenean pozik zaude? ..... BAI/EZ
  - 28.- Nahiago duzu jende taldeekin ez egon? ..... EZ/BAI
  - 29.- Erabakiak hartzea samurra da zuretzat? ..... BAI/EZ
  - 30.- Zure burua lehen bezain argi al dago?..... BAI/EZ
- \*\*\*\*\*

Puntuazioa: \_\_\_\_\_ / 30

Balorazioa:

0 - 10: Depresiorik ez.

11 - 15: Depresio arina.

16 - 22: Depresio nabarmena.

23 - 30: Depresio latza.

1. Ebaluazioa:.....

2. Ebaluazioa:.....

3. Ebaluazioa:.....

**9. ERANSKINA****GDS/15, Geriatric Depression Scale (Sheik eta Yesavage, 1988)**

Abizenak \_\_\_\_\_

Izena \_\_\_\_\_

Elkarrizketatzailea \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Zenb. Hist. \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

<u>ITEMA</u>	<u>AUKERATU BAI EDO EZ AZKEN ASTEOTAN</u>	<u>BAI</u>	<u>EZ</u>
	<b>SENTITU DUZUNAREN ARABERA</b>		
1	Zure oraingo bizitzarekin pozik al zaude?	0	1
2	Interesatzen zaizkizun gauzak eta ekintzak alde batera utzi al dituzu?	1	0
3	Zure bizitza hutsik dagoela sentitzen duzu?	1	0
4	Maiz aspertuta sentitzen al zara?	1	0
5	Gehienetan aldarte ona izaten al duzu?	0	1
6	Zerbait txarra gertatuko zaizun beldur al zara?	1	0
7	Gehienetan, zorionsu zaude?	0	1
8	Abandonatuta sentitzen al zara maiz?	1	0
9	Kalera irten baino nahiago al duzu etxean geratu?	1	0
10	Besteek baino oroimen-arazo gehiago dituzula uste al duzu?	1	0
11	Bizitzea zoragarria dela uste al duzu?	0	1
12	Proiektu berriak hastea lan handia gertatzen al zaizu?	1	0
13	Energiaz gainezka sentitzen al zara?	0	1
14	Zure egoera itxaropenik gabea dela sentitzen al duzu?	1	0
15	Jende gehiena zu baino hobeki dagoela pentsatzen al duzu?	1	0

Gehieneko puntuazioa: 15

Interpretazioa:

- Ebaki-puntua: >6
- 0-5: Normala
- 6-10: Depresio arina
- >10: Depresio larria

**10. ERANSKINA****Zung-en Depresio Eskala (Zung, 1965)**

		A	B	C	D
1	Triste eta deprimituta sentitzen naiz.				
2	Goizetan, arratsaldetan baino hobeto sentitzen naiz.				
3	Negar egiteko gogoia izaten dut askotan eta negar egiten dut.				
4	Lo hartzea asko kostatzen zait edo gaizki lo egiten dut gauetan.				
5	Lehen bezalako jateko gogoia dut.				
6	Beste sexuko pertsonak erakartzen naute oraindik.				
7	Argaltzen ari naizela uste dut.				
8	Idorreria dut.				
9	Bihotz-taupada azkarrak eta itolarriak ditut.				
10	Edozer gauzagatik nekatzen naiz.				
11	Nire burua lehen bezain argi dago.				
12	Gauzak egiteko lehen bezainbesteko erraztasuna dut.				
13	Aztoratu eta urduri nago eta ezin dut geldirik egon.				
14	Etorkizunean konfiantza eta itxaropen osoa dut.				
15	Ohi baino suminduago sentitzen naiz.				
16	Erabakiak hartzea erraza egiten zait.				
17	Besteentzako baliagarria eta beharrezkoa sentitzen naiz.				
18	Atsegina egiten zait bizitza; nire bizitza ona da.				
19	Besteentzat, hobe litzateke hilko banintz.				
20	Lehen atsegin nituen gauza berak gogoko ditut orain ere.				

- A. Oso denbora gutxian, oso gutxitan eta nekez
- B. Noizean behin eta batzuetan
- C. Askotan eta maiz
- D. Ia beti, beti eta ia denbora guztian

**PUNTUAZIOAK INDIZE BIHURTZEKO TAULA**

PUNTUAZIOA	INDIZEA	PUNTUAZIOA	INDIZEA	PUNTUAZIOA	INDIZEA
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Puntuazioak indize bihurtzen dira:

> 50 Normal

51-59 Depresio arina

60-69 Depresio moderatua

< 70 Depresio larria

**11. ERANSKINA**

**NPI, *Neuropsychiatric Inventory* (Cummings, Mega, Gray, Rosenberg-Thompson eta Carusi, 1994).**

	Balorazina (markatu)	Maiztasuna	Larritasuna	Totala (maiztasuna x larritasuna)
Delirioak		0 1 2 3 4	1 2 3	
Aluzinazioak		0 1 2 3 4	1 2 3	
Agitazioa		0 1 2 3 4	1 2 3	
Depresioa/disforia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Antsietatea		0 1 2 3 4	1 2 3	
Euforia/poztasuna		0 1 2 3 4	1 2 3	
Apatia/axolagabetasuna		0 1 2 3 4	1 2 3	
Desinhibizioa		0 1 2 3 4	1 2 3	
Suminkortasuna/labilitatea		0 1 2 3 4	1 2 3	
Helbururik gabeko jokaera motorra		0 1 2 3 4	1 2 3	
		Puntuazio totala		

**Maiztasuna**

0= Inoiz ez  
1= Batzuetan  
2= Maiz  
3= Sarritan  
4= Oso sarritan

**Larritasuna**

1= Arina  
2= Moderatua  
3= Larria

**12. ERANSKINA****Zaintzailearen zamari buruzko elkarrizketa (Zarit eta Zarit, 1982)**

0= Inoiz    1= Gutxitan    2= Batzuetan    3= Sarritan    4= Ia beti		
Galderak		Erantzunak
1.	Zure familiarrak behar duen laguntza baino gehiago eskatzen al dizu?	0 1 2 3 4 5
2.	Zure familiarrari eskaintzen diozun denbora dela-eta, zuretzat denborarik ez duzula pentsatzen al duzu?	0 1 2 3 4 5
3.	Zure familiarraren zaintzaz gain eta beste erantzukizunak egitean (lana, familia) larrituta sentitzen al zara?	0 1 2 3 4 5
4.	Zure familiarrak izaten dituen portaerengatik lotsatuta sentitzen al zara?	0 1 2 3 4 5
5.	Zure familiarra gertu duzunean haserre sentitzen al zara?	0 1 2 3 4 5
6.	Zure familiarra zaintzeak familiako beste kideekin duzun harremanean eragiten duela uste al duzu?	0 1 2 3 4 5
7.	Zure familiarraren etorkizunari beldurra al diozu?	0 1 2 3 4 5
8.	Zure familiarrak zuganako mendekotasuna duela uste al duzu?	
9.	Zure familiarra gertu duzunean tentsioan sentitzen al zara?	0 1 2 3 4 5
10.	Zure familiarraren zaintza dela-eta, zure osasuna txartzten ari dela uste al duzu?	0 1 2 3 4 5
11.	Zure familiarraren zaintza dela-eta, gustatuko litzazukeena baino intimitate gutxiago duzula uste al duzu?	0 1 2 3 4 5
12.	Zure familiarra zaintzeak zure bizitza sozialean negatiboki eragin dizula uste al duzu?	0 1 2 3 4 5
13.	Zure familiarraren zaintza dela-eta, zure lagunengandik urrundu zarela gaizki sentitzen al zara?	0 1 2 3 4 5
14.	Zure familiarrak zu kontsideratzen al zaitu bera zaintzeko pertsona bakarra?	0 1 2 3 4 5
15.	Zure beste gastuez aparte, zure familiarra zaintzeko gastuentzat diru-sarrera nahikorik ez duzula uste al duzu?	0 1 2 3 4 5
16.	Zure familiarra askoz denbora gehiagoan zaintzeko gai izango ez zarela uste al duzu?	0 1 2 3 4 5
17.	Zure familiarraren gaixotasuna hasi zenetik zure bizitzaren kontrola galdu duzula uste al duzu?	0 1 2 3 4 5
18.	Zure familiarraren zaintza beste pertsona baten esku utzi nahiko al zenuke?	0 1 2 3 4 5
19.	Zure familiarrarekin egingo duzunaren inguruan zalantzak al dituzu?	0 1 2 3 4 5
20.	Zure familiarrarengatik gehiago egin beharko zenukeela pentsatzen al duzu?	0 1 2 3 4 5
21.	Zure familiarra hobeto zaindu zenezakeela pentsatzen al duzu?	0 1 2 3 4 5
22.	Oro har, zein da zure familiarra zaintzeagatik duzun "zamaren" pisua?	0 1 2 3 4 5

**13. ERANSKINA****TIN, *Test del informador* (Morales, González, Del Ser y Bermejo, 1993)/ *IQCODE, Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (Jorm eta Korten, 1988)**

Galde-sorta hau gaixoaren garapenaren eta egoeraren berri zuzena duen informatzaile bati egiten zaio (informatzaileak galde-sorta bere etxean bete dezake) eta gaixoaren egungo egoera duela 10 urtekoarekin alderatu behar du. Informatzaileak, aipaturiko denboran zehar, galdetzen zaion alde bakoitzean bere familiarrak izandako aldaketen inguruan erantzun behar du.

Item	Egin beharreko galderak	Puntuazioa
1	Bere ahaide gertukoenen (senide, lagun) aurpegiak ezagutzeko gaitasuna	
2	Pertsona horien izenak gogoratzeko gaitasuna	
3	Pertsona horien gauzak gogorzea (non bizi diren, zertaz bizi diren, beraien urtebetetze-eguna zein den)	
4	Azken 2 edo 3 hilabeteetan gertatu diren berriak, bereak zein familiarrenak gogorzea	
5	Egun batzuk lehenago izandako elkarrizketa batean hitz egindakoa gogorzea	
6	Minutu batzuk lehenago esandakoa ahaztea, esaldi baten erdian geratzea, esan behar zuena ez oroitzea edo une bat lehenago esandakoa errepikatzea.	
7	Bere helbidea edo telefono-zenbakia oroitzea	
8	Bizi deneko data oroitzea	
9	Bere etxeko armarriak non dauden jakitea eta gauzak non gordetzen diren zehazki jakitea	
10	Desordenatua aurkitu duen gauza bat non jarri behar duen jakitea	
11	Bere eguneroko errutina aldatzen denean bertara egokitzea (bisita batera joatea, ospakizunen bat, oporretara joatea)	
12	Etxeko tresnak manciatzeko jakitea (telefonoa, kotxea, arropa-garbigailua, bizarra kentzeko makina)	
13	Tresna berri bat manciatzeko ikasteko gaitasuna (arropa-garbigailua, irratia, ileko lehorgailua)	
14	Azkenaldian gertatu zaizkion gauzak gogorzea (orokorrean)	
15	Gauza berriak ikastea (orokorrean)	
16	Gaztea zenean gertatutako eta ikasitako gauzak oroitzeko gaitasuna	
17	Ohikoak ez diren hitzen esanahia ulertzea (aldizkariak, telebistakoak, elkarrizketetakoak)	
18	Interesa duen errebista edo aldizkarietako artikulua ulertzea	
19	Liburu, prentsa, zinema, irratia edo telebistako historia bati jarraitzea	
20	Ahaide edo laguntzat eskutitzak edo negozio-eskutitzak idaztea	
21	Iraganeko gertakizun historikoez (gera zibila, errepublika) eta pertsonen oroitzea	
22	Eguneko jardueretan (zer arropa jantzi, zer janari prestatu) zein etorkizun hurbileko gaietan erabakiak hartzea (nora joan oporretara, dirua inbertitzea)	
23	Gai finantzarioak manciatzeko (pentsioa kobratzea, errenta edo zergak ordaintzea, bankuarekin tratatzea)	
24	Erosketetarako dirua manciatzeko (zenbat diru eman, diru xehea kalkulatzeko)	
25	Eguneroko beste arazo aritmetikoak manciatzeko (ahaideen bisiten arteko denbora, zenbat janari erosi eta prestatu, bereziki gonbidatuak badaude)	
26	Azken hamar urteetan bere adimena (orokorrean) aldatu egin dela uste al duzu?	

GUZTIRA:

Erantzun bakoitza ondorengo irizpideen arabera puntuatuko da:

Asko hobetu da: puntu 1  
Pixka bat hobetu da: 2 puntu  
Nekez aldatu da: 3 puntu  
Pixka bat okertu da: 4 puntu  
Asko okertu da: 5 puntu

78 puntu arte: normala  
130 puntu: maila altua



**14. ERANSKINA****Blessed, Tomlinson eta Rothen galde-sorta (1968)****EGUNEROKO JARDUEREN**  
**EXEKUZIOAN ALDAKETAK**

	Bai	Partzial	Ez
Etxeko lanak burutzeko ezintasuna.....	1	0,5	0
Diru kantitate txikiak erabiltzeko ezintasuna.....	1	0,5	0
Gauzen zerrrenda txikiak gogoratzeko ezintasuna.....	1	0,5	0
Etxean orientatzeko zailtasuna.....	1	0,5	0
Kale ezagunetan orientatzeko ezintasuna.....	1	0,5	0
Ingurua baloratzeko ezintasuna.....	1	0,5	0
Duela gutxiko gertakizun bat oroitzeko ezintasuna.....	1	0,5	0
Iragana oroitzeko joera.....	1	0,5	0

**OHITURETAN ALDAKETAK**

## Jatean aldaketak

Mahi-tresna egokiak erabiltzea .....	0
Soilik koilara modu traketsean erabiltzea.....	1
Soilik janari solidoak jaten ditu.....	2
Jaten eman behar zaio.....	3

## Janztean aldaketak

Laguntzarik gabe janzten da.....	0
Aldizkako akatsak (botoiak lotzeko orduan).....	1
Janzteko sekuentzian sarritan izaten ditu akatsak eta ahazteak.....	2
Janzteko ezintasuna.....	3

## Esfinterren kontrola

Normala.....	0
Aldizka gernuaren inkontinentzia .....	1
Sarritan gernuaren inkontinentzia .....	2
Inkontinentzia bikoitza.....	3

**PERTSONALITATE ETA JARRERAN ALDAKETAK**

	BAI	EZ
Gero eta atzerakada handiagoa.....	1	0
Egozentrismoaren hazkundera.....	1	0
Besteen sentimenduekiko interes falta.....	1	0
Afektibitate eza.....	1	0
Emozioen nahasketa.....	1	0
Barre-algara desegokiak.....	1	0
Erantzun emozional eskasa.....	1	0
Indiskrezio sexualak (gertatu berri den agerraldia).....	1	0
Ohiko zaletasunekiko interes falta.....	1	0
Iniziatiba gutxiagotzea edo mailaz mailako apatia.....	1	0
Justifikatu gabeko hiperaktibitatea.....	1	0

PUNTUAZIO TOTALA.....

4 puntutik gora: narriadura



## Sailean argitaratu diren beste liburu batzuk

### *Psikoanalisi eta zenbait psikoterapia*

Mikel Plazaola (arg.)  
2000n argitaratua  
ISBN: 84-8438-006-8

### *Familia eta giza-garapena*

Mikel Plazaola (arg.)  
María José Rodrigo Jesús Palacios (Koord.)  
Fernando Olabarrieta (Euskarazko bertsioaren koord.)  
2001ean argitaratua  
ISBN: 84-8438-021-1

### *Ikerkuntza psikologian. Ikerketa-baldintzak eta diseinuaren baliotasuna*

Nekane Balluerka eta Xabier Isasi  
2003an argitaratua  
ISBN: 84-8438-038-6

### *Komunikazioaren Gizarte Psikologia*

Eduardo Apodaka  
2004an argitaratua  
ISBN: 84-8438-051-3

### *Psikologia politikorako sarrera*

Jose Valencia Garate  
2005ean argitaratua  
ISBN: 84-8438-064-5

### *Amatasuna eta aitatasuna. Proposamen berriak*

Itziar Alonso-Arbiol (koord.)  
2006an argitaratua  
ISBN: 84-8438-086-6

*Ikerkuntza psikologian. Ikerketa-baldintzak eta diseinuaren baliotasuna (2. argitalpena)*

Nekane Balluerka eta Xabier Isasi

2007an argitaratua

ISBN: 978-84-8438-089-4

*Gizarte-ezagutzaren garapena nerabegarora arte*

Luixa Reizabal (arg.)

2007an argitaratua

ISBN: 978-84-8438-089-4

*Hurrei emandako tratu txarrak: atzematea, jatorria eta ondorioak*

Alexander Muela

2007an argitaratua

ISBN: 978-84-8438-100-6

*Hizkuntza idatziaren didaktika Haur Hezkuntzan eta Lehen Hezkuntzan*

Mikel Haranburu, Itziar Alonso-Arbiol, Nekane Balluerka,

Arantxa Gorostiaga

2008an argitaratua

ISBN: 978-84-8438-166-2

*Giza garapen psikologiaren ereduak I*

Izarne Lizaso Elgarresta, Mariaje Apodaka Ostaiakoetxea

2008an argitaratua

ISBN: 978-84-8438-169-2

*Giza garapen psikologiaren ereduak II (eranskinak)*

Izarne Lizaso Elgarresta, Mariaje Apodaka Ostaiakoetxea

2008an argitaratua

ISBN: 978-84-8438-170-9

*Generoa aztergai Psikologian: egungo ikerketak*

Itziar Alonso-Arbiol eta Miriam Gallarin(koord.)

2009an argitaratua

ISBN: 978-84-8438-239-3

## **Psikologia Sailean Uztaro aldizkarian argitaratu diren artikulua**

Jokaera agonistikoaren ondorio ezkorrek ekiditeko estrategiak: errekontziliazioa primatuetan

Aizpurua Sanz, Eluska, *Uztaro 36*, 41-52.

Gatazken konponketa gizakietan eta beste primatuetan

Aizpurua Sanz, Eluska, *Uztaro 39*, 85-99.

Haur batek adierazitako egonezinen lekukoek agertutako jokaera prosozialean eragiten duten aldagaiak

Aizpurua Sanz, Eluska, *Uztaro 50*, 89-109.

Parafilia eta sexu-nahastei buruzko ikuspegiak psikopatologian eta sexologia

Alonso-Arbiol, Itzi, *Uztaro 32*, 69-80.

Metaanalisiaren azterketa: kritikak eta ekarpenak

Alonso-Arbiol, Itzi; Unzurrunzaga, Erne, *Uztaro 39*, 75-83.

Elkarrizketa sexologikoa: ezaugarriak, diagnostikorako eredia eta deribaziorako prozedura

Alonso-Arbiol, Itziar; Azanza, Maite, *Uztaro 57*, 67-80.

Jatorri desberdineko emakumeen migrazio-egitasmoa eta ongizatea. Genero-ikusuntutik egindako ekarpenak

Arnosu, Ainara; Elgorriaga, Edurne eta Martinez-Taboada, Cristina, *Uztaro 67*, 87-104.

Immigrazioa eta gutxiengo kulturalak: etorkinen irudikapenak eta gizarte eta komunitatearen partaidetzarako hausnarketak

Arnosu, Ainara; Elgorriaga, Edurne; Martinez-Taboada, Cristina eta Rico, Ander, *Uztaro 70*, 79-96.

Euskara erabiltzearen erraztasunaren/zailtasunaren eragin emozionala eta horren ondorioak

Azurmendi, M.J., *Uztaro 64*, 83,97.

Ludopatiaren tratamendua talde-terapia kognitibo-jokabidezkoarekin: kasu baten ikerketa

Báez, Kontxi; Salaberria, Karmele, *Uztaro 17*, 151-158.

Testu zientifikoaren ikaskuntza. Argibide eta eskemen eragina

Balluerka, N.; Isasi, X. Yenes, F.; López, A.; Elosua, P., *Uztaro 5*, 139-149.

Emozioei begirada psikologikoa

Conejero, S.; Pascual, A. Etxebarria, I., *Uztaro 63*, 77-89.

Giza irudiaren marrazkia: heldutasun-adierazleen datu normatiboak Euskal Autonomia Erkidegoan

Cruz, Soledad; Maganto, Carmen; Pérez, Gorka, *Uztaro 42*, 103-121.

Froga psikologikoen euskaratzea

Elosua, Pauli; López, Alicia, *Uztaro 23*, 95-106.

Autokontzeptu fisikoa neurtzeko galdesorta berri baten propietate psikometrikoak

Esnaola, Igor; Goñi, Alfredo, *Uztaro 56*, 109-122.

Hizkuntzaren erabilera lankidetzan eta lehiaketa-harremanetan

Gil de Montes, L.; Ortiz Anzola, G.; Valencia, J., *Uztaro 41*, 47-63.

Elebidunen garapen kognitibo eta neuropsikologikoaren inguruko ikerkuntza XX. mendean zehar: berrikuspen teoriko-metodologikoa  
Gorostiaga, Arantxa; Balluerka, Nekane, *Uztaro 35*, 89-130.

Familia-harreraren jarraipena Gipuzkoan: gaur egungo egoera eta hobekuntzarako proposamenak ikerkuntzaren eremutik  
Gorostiaga, Arantxa; Herce, Cristina; Achúcarro, Cristina; Torres, Bárbara; Rivero, Ana, *Uztaro 40*, 105-116.

Osakidetzako elikadura-jokabidearen nahasteen tratamendurako berariazko programan tratamenduan dauden pazienteen nortasun-ezaugarriak  
Grijalvo, Jorge; Aparicio, M. Dolores; Iruín, Alvaro; Insúa, Patricia; Marañon, Izaskun, *Uztaro 45*, 91-100.

Haurraren adimenaren eboluzioa  
Haranburu, Mikel, *Uztaro 0*, 99-110.

Anorexia  
Haranburu, Mikel, *Uztaro 25*, 125-131.

Ikasleen estilo kognitiboen, garapen operatorioaren eta prekontzepzioen arteko harremanak, irakaskuntzari begira  
Haranburu, Mikel, *Uztaro 30*, 85-104.

Norberaren egiaztapen- eta goratze-estrategiak  
Haranburu, Mikel; Guerra, Jesús, *Uztaro 41*, 27-45.

Enpresaren irudia eta prestakuntza iraunkorra  
Haranburu, Mikel; Asua, Begoña; Arregi, Paki; Arrieta, Elisabet, *Uztaro 46*, 81-92.

Istripuak, gaixotasunak eta gertaera negatiboak jasateko joera duten pertsonen eta substantzia adiktiboen kontsumitzaileak diren pertsonen nortasunaren profila  
Haranburu, Mikel; Gorostiaga, Arantxa; Alonso-Arbiol, Itziar; Balluerka, Nekane, *Uztaro 55*, 89-104.

Edukiaren eragina arrazonamendu deduktiboan  
Huizi, Pello; Alzate, Ramón; Balluerka, Nekane, *Uztaro 16*, 125-143.

Bere begiz ikusi duen lekukoaren oroimena eta ebaluazio-tartearen eragina  
Ibabe, Izaskun, *Uztaro 31*, 101-111.

Internet bidezko ebaluazio hezitzailea  
Ibabe, Izaskun eta Jauregizar, Joana, *Uztaro 59*, 91-108.

Grafologia  
Ibarra, Irune, *Uztaro 4*, 115-126.

Psikografologia  
Ibarra, Irune, *Uztaro 7*, 141-153.

Metafora terapeutikoen erabilera  
Ibarra, Irune, *Uztaro 12*, 111-120.

Prozesu psikolinguistikoak eta eskizofrenia  
Insua, P.; Huizi, P.; Grijalvo, J., *Uztaro 34*, 92-112.

Zaporearekiko abertsioa arratoietan: adiskide pozoituaren efektuan hainbat aldagai kognitibo eta sozialen eragina  
Iraola, J.A.; Balluerka, N.; Gorostiaga, A., *Uztaro 22*, 69-80.

Zapore-lehentasuna arratoietan: aldagai kognitibo eta harreman sozialen eragina  
Iraola, Jose Angel, *Uztaro 29*, 95-107.

Kreditu europarrerantz hurbiltzeko eredu estatistikoa. Psikologiako ikasketak aztergai  
Isasi, Xabier; Balluerka, Nekane, *Uztaro 52*, 77-89.

Erretiratuen soslai berria konstruktua teoriko gisa  
Lizaso Elgarresta, Izarne; Norbert Sanchez de Miguel, Manuel, *Uztaro 60*, 89-105.

Hurrei emandako tratatu txarren ondorioak eta parekoekiko harremanak  
Muela, Alexander, *Uztaro 60*, 107-123.

Genero-identitatea testuinguruan: ikerketa enpirikoa  
Ortiz, Garbiñe; Valencia, Jose F., *Uztaro 28*, 99-111.

Hizkuntzaren erabilera genero-estereotipoak iraunarazteko tresna gisa: hizkuntzaren  
abstrakzioaren ondorioak  
Ortiz, Garbiñe; Valencia, Jose F. eta Gil de Montes, Lorena, *Uztaro 59*, 63-88.

Nork bere burua zaintzeko laguntza emanez  
Murphy, Maripat (Itzul.: Xabier Yurramendi), *Uztaro 38*, 83-96. Jokin Zaitegi Itzulpen Laburren  
Sariketa.

Familiako giroaren kalitatea eta haurren garapen psikologikoa Euskal Autonomia  
Erkide-goan; azterketa deskriptiboa  
Olabarrieta, Fernando; Martín, Juan Luis; Arranz, Enrique; Manzano, Ainhoa; Azpiroz, Amaia;  
Bellido, Arantza; Oliva, Alfredo; Richards, Martin, *Uztaro 47*, 81-95.

Identitate soziala nabarmentzearen eragina eskusio moralean  
Reizabal, Luixa; Valencia, Joxe, *Uztaro 15*, 97-107.

Identitate nazionalaren garapena Euskal Herriko haur eta nerabeengan  
Reizabal, Luixa; Valencia, Joxe; Jimenez, Maritxu; Barret, Martyn, *Uztaro 40*, 75-103.

Talde-identifikazioa, barne-taldearekiko faboritismoa eta hautemandako homogeneo-  
tasun-maila testuinguru soziopolitiko desberdinetan garatzen ari diren haur eta  
nerabeengan  
Reizabal, L.; Valencia, J.; Jimenez, M.; Del Valle, A.; García, A., *Uztaro 43*, 105-122.

Nortasunari buruzko adjektiboak. "Izanak izena du"  
Sainz de Murieta, Luis, *Uztaro 20*, 105-118.

Lana eta osasun mentala: generoaren ikuspegitik aztertutako etxeko lanen eta  
langintzaren estresa  
Sanchez de Miguel, Manuel Norbert, *Uztaro 51*, 99-108.

Emakumezko autobus-gidariak EAEn  
Sanchez de Miguel, M. N.; Lizaso, I.; Arrospide, J.J.; Larrañaga, M., *Uztaro 64*, 99-107.

Adineko emakumeak:zenbait ekarpen lan-mundura sartzearen eta erretiroa hartzea-  
ren inguruan  
Sanchez de Miguel, Manuel Norbert eta Lizaso, Izarne, *Uztaro 66*, 75-85.

Erretirorako prestakuntza-programak: historia laburra, helburuak eta edukiak  
Sanchez de Miguel, Manuel Norbert eta Lizaso, Izarne, *Uztaro 68*, 71-80.

Familia-ingurua eta Gogamenaren Teoria 5 urteko umeengan  
Sanchez de Miguel, Manuel Norbert; Galende, Nuria eta Arranz, Enrique, *Uztaro 69*, 103-120.

Elikadurarekiko jarrerak neska nerabeengan  
Sansinenea, Eneko; Valencia, Jose, *Uztaro 26*, 47-64.

Dismorfofobiaren tratamendu psikologikoa: kasu klinikoa  
Salaberria, Karme; Belaunzaran, Jon, *Uztaro 47*, 67-79.

Hezkuntza Berezian esku hartzeko oinarri psikologikoak  
Trebol, F.; Astiz, M.; Bildarratz, S.; Etxabarri, J., Olazabal, J., *Uztaro 49*, 59-86.

Heziketa-praxia, sexu-desberdintasunaren uste-sistemak eta genero-identitatea  
Valencia, Jose; Gil de Montes, L.; Arruti, Itziar; Carbonell, Arantza, *Uztaro 19*, 55-64.

Komunikabideak eta taldearteko mintzaira soslai: Picassoren "Guernica" Bilboko  
Guggenheim-era ekartzearen inguruko polemika  
Valencia, J.; Gil de Montes, L.; Sansinenea, E.; Erdozia, B.; Usabiaga, B.; Ripalda, N., *Uztaro 24*, 89-101.

Ikuspuntu berriak umeen zenbatze-ekintzari buruz: Piaget-engandik harago  
Villaroel Villamor Jose Domingo et Nuño Angósm, Teresa, *Uztaro 65*, 51-71.

Atxikimendua ebaluatzeko tresnak  
Yárnoz, Sagrario, *Uztaro 11*, 89-103.

Mary Salter Ainsworth. In memoriam  
Yárnoz, Sagrario; Sainz de Murieta, Luis; Plazaola, Mikel; Alonso Itzi, *Uztaro 31*, 113-128.

Autokontzeptu fisikoa: kirol-jarduera eta itxura fisikoaren eragina  
Zulaika Isasti, Luix M., *Uztaro 33*, 87-98.