

Factores de riesgo y personalidad premórbida en la enfermedad de Alzheimer: estudio preliminar*

Lluís Conde

Psicólogo. Departamento de Psicología Evolutiva. Universidad de Barcelona

Correspondencia:

J. Lluís Conde Sala

Dept. de Psicología Evolutiva. Facultat de Psicologia

Universitat de Barcelona

Paseo Valle de Hebrón, 171. 08035 Barcelona

e-mail: lconde@psi.ub.es

Introducción

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

Los estudios epidemiológicos por otra parte, han definido algunos factores de riesgo bien

establecidos y confirmados, y una larga lista de factores probables que necesitan una mayor investigación. A. Jorm¹ nos ofrece una visión de conjunto de estos factores: la edad creciente, una historia familiar de demencia, la presencia de casos de Síndrome de Down en la historia familiar, y el genotipo Apo-E, constituyen los factores más contrastados; como factores controvertidos cita el grupo étnico, los traumas de cabeza y el aluminio del agua bebida; finalmente como factores de protección posibles señala los fármacos antiinflamatorios, la terapia con estrógenos y un nivel alto de educación.

Desde hace algunos años, se han venido publicando diversas investigaciones que señalaban una serie de factores no biológicos que obtenían unas altas correlaciones estadísticas con los ca-

**El presente artículo es una versión reducida de un texto más amplio. Queremos asimismo hacer constar que parte de los estudios citados en este artículo han sido seleccionados de las Bases de Datos: AGELINE (1978-1997), PSYCLIT (1988-1998), PSYCHIATRY (1996-98) y del Servicio de Publicaciones Médicas PUBMED de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (1988-1998). Manuscrito aceptado el 1 de julio de 1999*

Los diagnosticados de Alzheimer. Entre éstos estarían los que podemos denominar de forma genérica medioambientales, es decir condiciones externas al sujeto que tienen una influencia diferenciada en el estado de la salud de una comunidad determinada.

El estudio sobre los gemelos finlandeses² (13.888 pares), indica que la enfermedad de Alzheimer se desarrolla sólo en la mitad de los pares de gemelos idénticos y con unas edades de presentación que pueden diferir hasta 15 años; deben existir por tanto otros factores medioambientales que expliquen estas diferencias. El estudio sobre 4.000 individuos japoneses que emigraron a Hawái³, constataba que la tasa de demencias de todo tipo, en los 3.734 supervivientes después de 30 años, era del 9,3% y la tasa de Alzheimer era del 5,4%. (tasas similares a las europeas o americanas). En Japón la tasa para las demencias de todo tipo era del 3,2% y del 1,5% en casos de Alzheimer; en este caso el factor emigración y todo lo que comporta debe tener alguna influencia. De éstos y otros estudios se deriva la conclusión de que existen factores medioambientales, unos físicos y otros culturales, no identificados claramente, que juegan algún papel en la etiología de la enfermedad.

El presente artículo pretende dar cuenta en primer lugar de un conjunto de factores que preferimos denominar psicosociales. En segundo lugar comentar aquellos aspectos que en el campo de las Ciencias de la Salud denominamos también Eventos Vitales (Life Events)⁴. Y finalmente subrayar aquellas investigaciones que señalan la existencia unas predisposiciones individuales de tipo psicológico, que tienen una alta correlación con la enfermedad de Alzheimer. El objetivo de identificar elementos de la personalidad premórbida es ya un tema clásico en el campo de las Ciencias de la Salud⁵. Así la formulación del patrón de conducta tipo A (riesgo de padecer enfermedades cardio-vasculares), cuyos rasgos fundamentales serían la cólera, hostilidad o agresividad; o bien el patrón de tipo C (riesgo de padecer cáncer), con actitudes de abierta cooperación, cumplidores, tendentes a inhibir sus emociones, etc. han definido unos perfiles con una alta correlación estadística y con unas interesantes proyecciones en el campo de la Prevención de la Salud.

Factores medioambientales y psicosociales

El estatus socioeconómico (ESE)

Siguiendo el texto anteriormente citado de Jorm¹, el autor, después de un análisis de los más relevantes estudios sobre este factor, en los que pone de manifiesto la relación entre alteraciones cognitivas y estatus económico y nivel de educación, concluye que efectivamente hay una asociación entre el ESE y la incidencia de demencia que no puede ser debida a sesgos en la evaluación.

En un estudio reciente, el de Evans *et al.*⁶, sobre una muestra de 642 personas llegaron a la conclusión que los marcadores de estatus socioeconómico bajo, predecían el riesgo de desarrollar la demencia de Alzheimer; estos marcadores eran: educación, prestigio profesional e ingresos, siendo el factor educativo el más significativo.

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

El factor educativo

Ha sido éste un factor ampliamente estudiado. El criterio general es que a un menor nivel educativo existe un mayor riesgo para la enfermedad de Alzheimer. Moritz y Petitti⁷, en un estudio sobre 1.658 casos, señalaban la asociación entre un grado más severo de enfermedad y un nivel bajo de educación, así como que el hecho de tener un pobre nivel educativo conllevaría el descubrimiento más tardío de la enfermedad. Kondo *et al.*⁸, en una investigación con 60 casos, y Bidzan, Ussorowska⁹, en su estudio con 90 casos de Alzheimer, subrayaban también el bajo nivel educativo juntamente con otros elementos psicosociales como factores de riesgo. Ott *et al.*¹⁰, en el estudio desarrollado por la Universidad de Rotterdam, sobre una muestra de 7.528 personas, llegaban a la conclusión de que el riesgo de sufrir la enfermedad de Alzheimer es inversamente proporcional al nivel educativo, estimando que las personas que no han pasado de la enseñanza primaria tienen un riesgo

cuatro veces mayor que las que han accedido a estudios universitarios.

Por otra parte, Snowdon *et al.*¹¹, en un controvertido estudio sobre 93 personas concluyen comentando que la baja habilidad lingüística en periodos anteriores (media de 23 años en los estudios autobiográficos), era un predictor de una pobre función cognitiva y de Enfermedad de Alzheimer en los periodos tardíos de la vida. Teri *et al.*¹² ponen de relieve la importancia, para un envejecimiento exitoso, de mantener un buen nivel en el ejercicio de las capacidades cognitivas, el cual permita a las personas actuar recíproca, efectiva y apropiadamente con el ambiente.

El grado de actividad y relación social

El grado de actividad y relación social, así como los intereses vitales que una persona manifiesta, han sido también objeto de estudio como factores de riesgo. Los estudios anteriormente citados de Kondo *et al.*⁸, y Bidzan-Ussorowska⁹, correlacionan un menor grado de relación y actividad social con un mayor riesgo de demencia de Alzheimer. Shen Y¹³, en un estudio realizado en China sobre 126 casos diagnosticados de Alzheimer, cita también el tener pocos intereses vitales como factor de riesgo. De la misma forma que Bauer *et al.*¹⁴, en un estudio sobre las biografías de 21 pacientes con la Enfermedad de Alzheimer, citan la pérdida de contactos sociales y la pérdida de motivación como elementos premórbidos en estos pacientes. En el estudio de Shimamura *et al.*¹⁵, sobre factores medio-ambientales para la demencia de Alzheimer, aparecen entre otros, la menor relación con vecinos, la menor participación en actividades de la comunidad, los cambios de domicilio, el aislamiento, el vivir en familias sin niños.

Un menor grado de actividad física aparece también como factor de riesgo en algunos estudios: Henderson *et al.*¹⁶ y los ya citados de Kondo *et al.*⁸ y Shimamura *et al.*¹⁵.

Los eventos vitales y el estrés psicosocial como factores premórbidos

Subrayar de entrada que algunos de los eventos vitales a los cuales se les supone un potencial

estresante son polémicos, no porque no lo sean en algunas personas, sino porque no obtienen siempre una correlación estadística suficientemente valorable.

Los eventos vitales

Bauer *et al.*¹⁴, Shen Y¹³, Shimamura *et al.*¹⁵, autores ya citados, constatan la presencia de eventos vitales negativos previos al desarrollo de la enfermedad. Pecyna¹⁷, en un estudio sobre 73 pacientes, subraya las crisis psicológicas familiares como un elemento importante en la etiopatogénesis de la enfermedad de Alzheimer.

Por otra parte Jorm¹⁸, no halló en su estudio ninguna asociación con tres eventos de la vida de las personas mayores: muerte de esposo/a, muerte de un niño, y divorcio.

Asímismo Hagnell *et al.*¹⁹, en un estudio sobre 2.612 personas, no encontraron ningún factor medioambiental que tuviera relevancia estadística, ni para la demencia de Alzheimer ni para la demencia vascular, aunque sí detectaron factores de riesgo relacionados con la personalidad, los cuales comentaremos más adelante.

Las teorías del estrés

Esta disparidad en los resultados merece un comentario sobre las teorías del estrés psicosocial relacionado con los eventos vitales, para señalar sus virtudes, pero también sus insuficiencias. Siguiendo a Lemos⁵, y Sandin⁴, podemos decir que la teoría del estrés toma relevancia a partir de Seyle²⁰. Los cambios inespecíficos que producen los eventos vitales con capacidad estresante, es decir cuando superan el umbral de resistencia de un organismo, los denomina Síndrome General de Adaptación (SGA). En esta interacción entre factores externos e internos del individuo pueden distinguirse:

- a) Sucesos ambientales o estresantes, los cuáles actúan como estímulo para la activación de las respuestas psicofisiológicas,
- b) Dimensiones cognitivo-afectivas referidas a la interpretación que hace el individuo de los sucesos ambientales y de las respuestas del individuo, y
- c) El afrontamiento, previa a la activación patógena, el cual se refiere a la oportunidad para reducir o no la amplitud y el nivel de activación, modificando las circunstancias del ambiente o las propias interpretaciones cognitivas.

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

Por otra parte la vivencia de un determinado acontecimiento no depende, según nuestro criterio, únicamente de las configuraciones cognitivas, tal como señalan los teóricos del estrés, sino de constelaciones más amplias de la personalidad que incluyen factores cognitivos y factores emocionales. En un trabajo anterior, Conde²¹, comentando las similitudes y diferencias entre Piaget y Freud, así como la interacción entre las capacidades cognitivas y las emocionales, decíamos a partir de un texto singular y poco desarrollado del propio Piaget²², pero fundamental para nuestra tesis, que "...la motivación que dinamiza el mecanismo cognoscitivo está constituida por una carga energética que tiene que ver con la afectividad".

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

La personalidad premórbida como factor de riesgo

En los últimos años ha habido un notable aumento de los estudios referidos al tema. Para

un mejor análisis y discusión vamos a diferenciar varios aspectos:

Continuidad y cambio entre estados premórbidos y post-mórbidos

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

En cuántos a los cambios, Petry *et al.*²³, conclúan en la primera investigación, que los pacientes de Alzheimer llegan a ser más pasivos, más toscos y menos espontáneos como resultado de la enfermedad. Bozzola *et al.*²⁴, en la misma línea de analizar los cambios, sobre una muestra de 80 pacientes, señalaban la disminución de la iniciativa-crecimiento de la apatía (61,3%), el abandono de las aficiones (55%) y el aumento de la rigidez (41,3%), como rasgos más destacados de cambio.

La comparación de la personalidad premórbida y la presente, utilizando el NEO-PI, de Costa y McCrae²⁵, sobre los 5 dominios básicos de la personalidad, da unos resultados muy similares en varias investigaciones. Los cambios en estos aspectos básicos los podemos resumir en: aumento del Neuroticismo y disminución de la Extroversión y el Orden - responsabilidad (Conscientiousness). Los otros dos dominios, Apertura y Amabilidad, presentan unas disminuciones menores, a veces no significativas. (Tabla 1).

Otros autores tendrán tendencia a poner de manifiesto la continuidad entre perfiles pre y post-mórbidos. Así, Petry *et al.*²³, al mismo tiempo que señalaban los cambios, constataban la constancia de los perfiles básicos de la personalidad premórbida. Kolanowski *et al.*³⁰, en una revisión sobre los estudios de los cambios de personalidad, comentan que, aunque aparecen cambios sistemáticos de la personalidad en las personas con demencia, los individuos parecen mantener su modelo de rasgos de personalidad premórbida. En este sentido, las personalidades de los pacientes

Tabla 1. Cambios en la personalidad premórbida y presente

| | Neuroticismo | Extroversión | Apertura | Amabilidad | Orden | Responsabilidad |
|---------------------------------|--------------|--------------|-----------|------------|-------|-----------------|
| Siegler et al. ²⁶ | + | - | - | - N. sig. | - | - |
| Chatterjee et al. ²⁷ | + | - | - N. sig. | - N. sig. | - | - |
| Strauss et al. ²⁸ | + | - | | | - | - |
| Welleford et al. ²⁹ | + | - | -(menor) | -(menor) | - | - |

con demencia, parecen reflejar modelos de adaptación que fueron utilizados en el pasado, existiendo una correspondencia entre las conductas pre y postmórbidas. Montani³¹, en un estudio longitudinal sobre 26 pacientes, no encuentra antecedentes psicológicos; sin embargo subraya la personalidad básica en las manifestaciones de la demencia. Péruchon³², asimismo dará relevancia a la influencia de la personalidad premórbida en las manifestaciones de la demencia; la autora comenta que las producciones demenciales (alucinaciones, tendencias interpretativas, imitaciones verbales), parecen formarse sobre lo que queda en los pacientes de sus potencialidades y defensas.

En cuanto a la aparición de trastornos graves de conducta en la personalidad, Chatterjee et al.²⁷ señalan que determinados rasgos de personalidad premórbida predispondrían a tener los síntomas psiquiátricos subsiguientes en la enfermedad de Alzheimer. Baker et al.³³, en un estudio sobre 122 casos, encontraron que 39 (32%) tenían una historia psiquiátrica en los 3 años anteriores a la eclosión de la enfermedad.

Por otra parte, otros autores no observan esta correspondencia. Burns et al.³⁴, comparando un grupo de enfermos de Alzheimer y otro de Corea de Huntington, con un grado de irritabilidad similar, observaron que el rasgo premórbido de irritabilidad era válido para los enfermos de Huntington, pero no para los de Alzheimer. Rosen y Zubenko³⁵, respecto a un estudio longitudinal sobre 32 pacientes, constataban igualmente que la emergencia, en el transcurso de la enfermedad, de psicosis (47%) y depresión mayor (22%), no contaba con antecedentes previos a la eclosión de la enfermedad.

La depresión como factor de riesgo

Jorm¹, ya en su libro "La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines",

señalaba cuatro estudios caso-control en los que se hallaba que la depresión era más común en los casos de Alzheimer que en los casos control: Barclay et al. (1985), French et al. (1985), Shalat et al. (1987) y Broe et al. (1990). Jorm, mataba estos resultados comentando que esos síntomas podían confundirse con las manifestaciones iniciales de la demencia, las cuales suelen cursar con depresión.

Posteriormente otros estudios confirman la importancia de la depresión como elemento premórbido. Así, Kokmen et al.³⁶, entre más de 20 factores de riesgo, encontraron que los episodios de depresión y de desordenes en la personalidad eran significativos. Jorm¹⁸, también encontró historia de episodios depresivos aunque asociada a casos tardíos. Chatterjee et al.²⁷, constataban que en la personalidad premórbida de los pacientes de Alzheimer había más rasgos depresivos. Henderson et al.¹⁶ y Speck et al.³⁷ encontraron historia de episodios depresivos ocurridos diez años antes de la eclosión de la enfermedad. Van Duijn et al.³⁸ sobre 814 sujetos y Tsolaki et al.³⁹ sobre 65 pacientes, también hallaron historia de depresión significativa. Parece pues que la depresión es uno de los rasgos premórbidos en los que parece haber un cierto consenso, ya sea por haberla padecido personalmente o bien por tener una historia familiar de depresión, en definirla como un factor de riesgo.

Otros factores de riesgo en la personalidad premórbida

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

menos tres estudios en los cuáles se defienden con claridad la existencia de factores premórbidos de la personalidad definidos como factores de riesgo.

El primero de ellos, el de Hagnell *et al.*¹⁹. La investigadora principal, una psiquiatra del Dept. Social y de Psiquiatría Forense, de la Universidad de Lund (Suecia), en un estudio amplio realizado sobre una población de 2.612 personas, realizó dos ensayos, en 1957 y en 1972, con un intervalo de 15 años. No detectó factores medioambientales relacionados con la enfermedad de Alzheimer, aunque sí factores de fondo de la personalidad con una correlación significativa. Se utilizaron los conceptos “validez” (autoconfianza versus inseguridad) y “solidez” (firmeza versus sugestibilidad), para analizar los factores de personalidad. Se constató que las puntuaciones que se desviaban de la media, por exceso o por defecto, en los dos extremos de los conceptos, estaban asociadas a un mayor riesgo, especialmente cuando se asociaban a otros factores. Las puntuaciones para las mujeres eran marcadamente más significativas que para los hombres. Así, las mujeres con una “validez por debajo de la media” combinada con otros rasgos como “dolores de cabeza y jaquecas” corrían un riesgo muy elevado de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.

La puntuación más alta para los hombres correspondía a una “validez por encima de la media” combinada con otros rasgos como inactivo, torpe y superficial.

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

Por último, el de Malinchoc *et al.*⁴⁰, del Dept. de Investigación en Ciencias de la Salud de la Clínica Mayo, de Rochester (U.S.A.). Es un estudio sobre 13 casos de enfermos de Alzheimer y 16 casos de control. Se les aplicó el MMPI⁴¹. Pasaron 13 años entre el estudio de la personalidad y la eclosión de la enfermedad para los casos de Alzheimer (o edad correspondiente para los controles). Los enfermos de Alzheimer tenían tasas más altas de introversión social y pesimismo respecto a la referencia normativa del test. En la comparación con el grupo control la tasa de “introversión” era significativamente alta.

Necesidad de protección o tutelaje, dependencia de otras personas, relación social e interpersonal restringida, introversión, falta de energía mental, son a modo de resumen aquellos elementos que más se subrayan en los estudios sobre personalidad premórbida. Es fácil advertir que todos estos elementos no solamente no son contradictorios, sino que guardan una relación muy próxima. Tienen por otra parte una gran coincidencia con la hipótesis que defiende el autor de este artículo, Conde²¹, en relación a las características de la personalidad premórbida que actuaría como factor de riesgo para la demencia de Alzheimer, y que el autor las sitúa en el campo de lo emocional: relación simbiótica con otro, falta de energía yoica, fragilidad de la identidad personal, insuficiencia de la capacidad de elaboración frente a lo que conlleva el propio proceso de envejecimiento.

Epílogo

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

Las primeras formulaciones del trabajo a realizar y de las hipótesis sobre las cuales se iba a orientar el estudio, se definieron hace dos años. Están recogidas en el marco de un texto no publicado, que lleva el título de “Psicología, Vejez y Grupos. Tertulias para personas mayores”, en el capítulo: Las habilidades neuropsicológicas y sus

déficits. Las motivaciones para este estudio tenían relación con lo observado en la tarea profesional que he venido realizando en estos últimos años, en diversas actividades con personas mayores (Conde⁴²⁻⁴⁸):

- a) Tertulias para Personas Mayores: trabajo de reflexión grupal alrededor del propio proceso de envejecimiento (1988-1997).
- b) Apoyo emocional a familias con una persona mayor demente (1991) y
- c) Talleres de Memoria (1997)

Las hipótesis formuladas en aquel momento tenían un grado de abstracción demasiado alta para un estudio empírico; ha sido necesario operativizarlas para detectar perfiles, situaciones, conductas objetivables. Estas hipótesis hacían referencia al proceso de desubjetivación y regresión que comporta una demencia, en el contexto de unas insuficiencias psíquicas para elaborar aspectos y situaciones del proceso de envejecimiento, y que se darían en determinadas estructuras psíquicas, con un yo debilitado y/o sostenido simbióticamente por otro. Esperemos que dentro de no demasiado tiempo podamos dar cuenta de esta investigación.

Bibliografía

1. Jorm AF. La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines. Barcelona: S.G. Editores, 1994.
2. Raiha I, et al. Alzheimers disease in Finnish twins. *Lancet* 1996;347:573-8.
3. White L, et al. Prevalence of dementia in older Japanese-American men in Hawaii: The Honolulu Asia Aging Study. *JAMA* 1996;276(12):955-60.
4. Cohen LH. (comp). Life events and psychological functioning. Londres: Sage 1988.
5. Lemos S. Evaluación psicométrica de riesgos para la salud. En G. Buela-Casal, V. Caballo, y JC. Sierra (comp) (1996). *Manual de Evaluación en Psicología clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
6. Evans DA, Hebert LE, Beckett LA, Scherr PA, et al. Education and other measures of socio-economic status and risk of incident Alzheimer disease in a defined population of older persons. *Arch Neurol* 1997;54(11):1399-405.
7. Moritz DJ, Petitti DB. Association of education with reported age of onset and severity of Alzheimer's disease at presentation: implications for the use of clinical samples. *Am J Epidemiol* 1993;137(4):456-62.
8. Kondo K, Yamashita I. A case-control study of Alzheimer's Disease in Japan: association with inactive psychosocial behaviors. En K. Hasegawa y A. Romma (eds.), *Psychogeriatrics Biomedical And Social Avances*, 1990, pp. 49-53. Amsterdam: *Excerpta Medica*.
9. Bidzan L, Ussorowska D. Risk factors for dementia of the Mzheimer type. *Psychiatr Pol* 1995;29(3):297-306.
10. Ott A, Breteler MM, van Harskamp F, et al. Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *BMJ* 1995;310:970-3.
11. Snowden DA, Kemper SJ, et al. Linguistic ability in early life and cognitive function and Alzheimer's disease in late life. Findings from the Nun Study. *JAMA*. 1996;275(7): 528-32.
12. Teri L, McCurry SM, Logsdon RG. Memory, thinking, and aging. What we know about what we know. *West J Med* 1997;167(4):269-75.
13. Shen Y. A case-control study of risk factors on Alzheimer's disease. Multicenter collaborative study in China. *Chung Hua Shen Ching Ching Shen Ko Tsa Chih* 1992;25(5): 284-7.
14. Bauer J, Stadtmuller G, et al. Premorbid psychological processes in patients with Alzheimer's disease and in patients with vascular dementia. *Z Gerontol Geriatr* 1995;28(3): 179-89
15. Shimamura K, Takatsuka N, et al. Environmental factors possibly associated with onset of senile dementia. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1998;45(3):203-12
16. Henderson AS, Jorm AF, Korten AE, et al. Environmental risk factors for Alzheimers disease: their relationship to age of onset and to familial or sporadic types. *Psychol Med* 1992;22 (2):429-36.
17. Pecyna SM. Effect of psychological family crises on manifestations of Alzheimer's disease in people of working age. *Przegl Epidemiol* 1993;47(3):343-8.
18. Jorm AF, van Duijn CM, Chandra V, Fratiglioni L, et al. Psychiatric history and related exposures as risk factors for Alzheimer's disease: a collaborative re-analysis of case-control studies. EURODEM Risk Factors Research Group. *Int. J. Epidemiol* 1991;20 Suppl2:S43-S47.
19. Hagnell O, Franck A, Grasbeck A, Ohman R, et al. Senile dementia of the Alzheimer type in the Lundby Study. II. An attempt to identify possible risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992;241(4):231-5.
- Hagnell O, Franck A, Grasbeck A, Ohman R, et al. (1993). Vascular dementia in the Lundby study. 2. Aa attempt to identify possible risk factors. *Neuropsychobiology* 1993;27(4):210-6.
20. Seyle H. *Stress without distress Philadelphia*: Lippincott, 1974.
21. Conde JL. Las habilidades neuropsicológicas y sus déficits. En JL. Conde. *Psicología, Vejez y Grupos. Tertulias para personas Mayores*. 1996. pp. 120-128. Trabajo no publicado.
22. Piaget J, Inhelder B. Els factors del desenvolupament mental. A *La Psicologia de l'infant*. Barcelona: Edicions 62 1970; 170-2.
23. Petry S, Cummings JL, Hill MA, Shapira J. Personality alterations in dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol* 1988 Nov;45(11):1187-90.

24. Bozzola FG, Gorelick PB, Freels S. Personality changes in Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1992;49(3):297-300.
25. Costa PT, McCrae RR. The NEO personality inventory manual. Odessa, Florida: *Psychological Assessment Resources* 1995.
26. Siegler IC, Welsh KA., Dawson DV, *et al.* Ratings of personality change in patients being evaluated for memory disorders. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1991;5(4):240-50. Siegler IC, Dawson DV, Welsh KA. Caregiver ratings of personality change in Alzheimer's disease patients: a replication. *Psychol Aging* 1994; 9(3):464-6.
27. Chatterjee A, Strauss ME, Smyth KA, Whitehouse PJ. Personality changes in Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1992;49(5):486-91.
28. Strauss ME, Pasupathi M. Primary caregiver's descriptions of Alzheimer patients personality traits: temporal stability and sensitivity to change. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1994;8 (3):166-76.
29. Welleford EA, Harkins SW, Taylor JR. Personality change in dementia of the Alzheimer's type: relations to caregiver personality and burden. *Exp Aging Res* 1995;21(3):295-314.
30. Kolanowski AM, Whall AL. Life - span perspective of personality in dementia. *Journal of Nursing Scholarship (IMAGE-J-NURS-SCH)* 1996 Winter;28(4):315-20.
31. Montani CI. Personalité antérieure chez des déments âgés de type Alzheimer. *Psychologie Médicales* 1994;26:373-4.
32. Péruchon M. Les productions dementielles, où que la psyché retourne au perceptif. *Psychoanalyse à l'Université* 1994;19(76):97-109.
33. Baker FM, Kokmen E, Chandra V, Schoenberg BS. Psychiatric symptoms in cases of clinically diagnosed Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1991;4(2):71-8.
34. Burns A, Folstein S, Brandt J, Folstein M. Clinical assessment of irritability, aggression, and apathy in Huntington and Alzheimer disease. *J Nerv Ment Dis* 1990;178(1):20-26.
35. Rosen J, Zubenko GS. Emergence of psychosis and depression in the longitudinal evaluation of Alzheimer's disease. *Biol Psychiatry* 1991;29(3):224-32.
36. Kokmen E, Beard CM, Chandra V, *et al.* Clinical risk factors for Alzheimer's disease: a population based case-control study. *Neurology* 1991;41(9):1393-7.
37. Speck CE, Kukull WA, Brenner DE, *et al.* History of depression as a risk factor for Alzheimer's disease. *Epidemiology* 1995;6(4):366-9.
38. Van Duijn CM, Clayton DG, Chandra V, *et al.* Interaction between genetic and environmental risk factors for Alzheimer's disease: a reanalysis of case-control studies. EURODEM Risk Factors Research Group. *Genet Epidemiol* 1994;11(6):539-51.
39. Tsolaki M, Fountoulakis K, Chantzi E, Kazis A. Risk factors for clinically diagnosed Alzheimer's disease: a case-control study of a Greek population. *Int Psychogeriatr* 1997;9(3):327-41.
40. Malinchoc M, Rocca WA, Coligan RC, Offord KF, Kokmen E. Premorbid personality characteristics in Alzheimer's disease: An exploratory case - control study. *Behavioral-Neurology* 1997;10(4):117-20.
41. Hathaway SR, MacKinley JC. MMPL Minnesota Multiphasic Personality Inventory 1967.
42. Conde JL. Soporte a cuidadores familiares. *Rev Gerontol* 1993;3: 95-97. Tertulias para Personas Mayores. *Rev Gerontol*, 1993;3:173-4.
43. Conde JL. Experiencia de soporte a cuidadores familiares. *Rev Gerontol*, 1994; 4:108-111.
44. Conde JL. Grups de suport a Families amb una persona gran discapacitada. Quaderns de Serveis Socials. N° 11: 61-68 *Revista de la Diputació de Barcelona* 1996.
45. Conde JL. Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento. *Anuario de Psicología*, 1997;3:73:71-87. Carme Triadó (coord.). Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
46. Conde JL. Integración de la Familia en el proceso terapéutico de la demencia. En R. Alberca y S. López (coords.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* 1998; pp117-28.
47. Conde JL. Estrategias de apoyo psicológico al familiar cuidador de un enfermo de Alzheimer. Ponencia presentada en el XXII Congreso de la S. E. G. G. (Madrid Jun 1998) Boletín nº 2 de la Asociación de Familiares de Alzheimer del Bajo Llobregat, Sept 1998;6-7.
48. Conde JL. Familias cuidadoras de personas mayores: procesos de Duelo. Boletín nº 10 de la Asociación Alzheimer Cataluña. 1998;8-10.