

Análisis descriptivo sobre el envejecimiento de la población y la enfermedad de Alzheimer. La realidad social actual

Beatriz Leal Freire.

Trabajadora Social del Ayuntamiento de A Coruña.

b.leal@aytolacoruna.es

Ana Belén Méndez.

Universidad de Vigo

PALABRAS CLAVE: Envejecimiento, enfermedad de Alzheimer, esperanza de vida, feminización de la vejez y dependencia.

KEY WORDS: Ageing, Alzheimer´s disease, life expectancy, higher number women than men in the ageing and dependency.

RESUMEN:

En esta comunicación se hará una aproximación teórica y descriptiva al estudio del envejecimiento de la población (características sociodemográficas y comparativa entre las Comunidades Autónomas españolas desarrollándose el caso de Galicia por ser de las comunidades más envejecidas) basada principalmente en el “V Informe Sociológico sobre la situación social en España”. Fundación Foessa, el “Informe sobre la Salud de los Españoles” del Ministerio de Sanidad y Consumo así como el “Plan Galego de persoas maiores 2001-2006” de la Xunta de Galicia.

Posteriormente se realizará una aproximación similar en relación al estudio de la enfermedad de Alzheimer por ser una de las enfermedades que genera mayor dependencia en nuestros ancianos, que ha aumentado enormemente su prevalencia en los últimos años y que las expectativas de progresión de la misma son alarmantes. Para realizar este estudio se usará, entre otro material, el libro “Ancianidad, familia y enfermedad de Alzheimer”

Hernández Rodríguez, G. Y Millán Calenti y el “Plan Galego de atención ó enfermo de Alzheimer e outras demencias” de Xunta de Galicia.

ABSTRACTS.

In this report we will make a theoretical and descriptive approach to the study of the populational ageing study (sociodemographic characteristics and a comparison among the diferents spanish autonomous regions, developing the special case of Galicia for being one of the older autonomous region) fundamentally based on the “V Informe Sociológico sobre la situación social en España” Foessa Foundation , the “Informe sobre la Salud de los Españoles” from the Ministry of Health and Consume and on the “Plan Galego de persoas maiores 2001-2006” from Xunta de Galicia.

After that we will make a similar approach about Alzheimer’s disease for the important dependence that generates on our old people and high increasing over the last years. To make this study we will use, among other stuff, the book “Ancianidad, familia y enfermedad de Alzheimer” from Hernández Rodríguez, G. and Millán Calenti and the “Plan Galego de atención ó enfermo de Alzheimer e outras demencias” from Xunta de Galicia.

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN.

Realizando primeramente una aproximación al concepto de envejecimiento se puede destacar que hay diferentes enfoques de una misma realidad:

- Desde el punto de vista **biológico** con envejecimiento se hace referencia a todas las modificaciones morfológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Así se puede realizar una distinción entre la edad cronológica, la de los años de una persona, y la edad biológica, que señalan los marcadores bioquímicos.
- Desde el punto de vista **legal** se hace referencia a la edad en que la mayoría de las personas se retiran de trabajar, es decir, cuando se llega a la edad de jubilación, convencionalismo fijado a los 65 años.
- Desde el punto de vista **psicológico**, existen unos factores determinantes de la psicología del anciano, como pueden ser la presencia de miedos al cambio, aislamiento, sentimiento de inutilidad...
- Desde el punto de vista **demográfico** se considera que la población envejece cuando aumenta el peso relativo del conjunto de individuos que superan los 65 años.
- Desde el punto de vista **económico** se hace referencia a la población dependiente en relación a la población activa.
- Desde el punto de vista **sociológico**, que es el tratado en esta investigación, sería el proceso mediante el cual los individuos van cambiando sus pautas de comportamiento demográfico, social y económico a la vez que modifican su relación con el medio que habitan.

Actualmente se observa una población envejecida en España y especialmente en Galicia debido, sobre todo, a la disminución de la natalidad y al aumento de la esperanza de vida.

En relación a esta esperanza de vida hay que ser prudente y tener presente que no es lo mismo esperanza de vida que calidad de vida. Los

expertos/as señalan que se trata de un indicador de salud quizá no adecuado. “Lo importante no es que la esperanza de vida de los españoles llegue a ser tan alta; lo importante es cómo son los últimos años de vida de los españoles. Seguimos teniendo un grupo muy grande de población que entre los cincuenta y setenta años viven bastante con la enfermedad crónica (sobre todo tumores). Se tiende a decir que la esperanza de vida no es un buen indicador de salud de un país (o grupo social)” Es por esto que aunque la esperanza de vida de las mujeres es mucho más alta que la de los hombres, se reduce drásticamente al considerarla en buena salud, libre de incapacidad¹.

Características del envejecimiento.

El envejecimiento de la población es una de las características comunes en los países occidentales. Tal como señala Benjamín González Rodríguez en su artículo “La evolución multidimensional de las necesidades de los ancianos”² las personas mayores constituyen un contingente importante dentro del total de los efectivos poblacionales de los países occidentales, siendo las necesidades de este colectivo múltiples, debiendo abordarse desde diferentes ángulos incluyendo aspectos como la salud (física y mental), los recursos (físicos y humanos), las redes de apoyo social, la autonomía funcional y el bienestar físico, psíquico y mental.

Hay que señalar que también se da un proceso que se puede denominar “el envejecimiento del envejecimiento”, que consiste en un incremento del número de personas mayores de 80 años.

La vejez además está feminizada, es decir, se aprecia una vejez mayoritariamente femenina.

Es muy importante el punto de vista sociológico del envejecimiento porque muchas de las características propias de la vejez parecen estar condicionadas por el entorno social en el que los ancianos están insertos. El envejecimiento supone una pérdida progresiva de roles, sobre todo el rol de padre/madre y el rol de trabajador; así como una disminución de la capacidad

¹ “V Informe Sociológico sobre la situación social en España”. Fundación Foessa. Madrid, 1994.

económica y las aptitudes físicas, lo que muchas veces ocasiona relegar al anciano a una posición secundaria, dependientes social y familiarmente.

El anciano tiene que afrontar este proceso de adaptación buscando un nuevo rol social e influido por factores como el estado de salud física, la autonomía económica, su integración social y la amplitud de intereses.

Otras características del envejecimiento son:

- En relación a la convivencia: La mayor parte de la población vive con su pareja o incluso solos (mayormente mujeres mayores solas).
- En relación a la salud: La gran parte de la población mayor padece algún tipo de enfermedad.
- En relación al estado de ánimo: Experimentan en gran medida soledad, debida a la pérdida de familiares, amigos, relaciones sociales vinculadas al mundo laboral, entre otras.
- En relación a la economía: la jubilación implica una pérdida de poder adquisitivo.
- En relación al ocio y tiempo libre: Tienen una gran cantidad de tiempo libre y la actividad más frecuente es el paseo. La ocupación de este tiempo libre está vinculada al nivel de instrucción, muy bajo en la vejez actual.

La tendencia actual es a que el anciano sea cada vez un individuo con mayor capacidad física y mental y con un mayor nivel cultural. Lo que ocasionará que cada vez las personas mayores ocupen activamente su tiempo libre mejorando su estado de salud general.

Aparte de la limitación de las capacidades en general que supone el proceso de envejecimiento, existen una serie de enfermedades crónicas o degenerativas comunes en la vejez. Entre ellas se encuentra la enfermedad de Alzheimer. Enfermedad de gran importante debido al aumento de su prevalencia en el colectivo de personas mayores (especialmente frecuente en la denominada cuarta edad) y a la gran dependencia que generan.

En la actualidad en todos los países desarrollados se da el proceso de envejecimiento de la población. El artículo “Envejecimiento, natalidad y empleo:

² “La evolución multidimensional de las necesidades de los ancianos” Benjamín González Rodríguez

cambios demográficos del nuevo milenio”³ expone, entre otros aspectos, como el envejecimiento es un fenómeno nuevo en España ya que se han producido fuertes cambios en la composición y distribución de su población. La elevada esperanza de vida acentúa la tendencia hacia el envejecimiento, lo que aumenta la tasa de dependencia. Para confirmar este proceso de envejecimiento se analiza la evolución de los indicadores de dependencia de la población española. Si bien la tasa de dependencia general disminuye se explica que es así debido a que es mayor la reducción del peso de los más jóvenes que los incrementos en los más mayores. Si bien a simple vista se observa en la tabla que la tasa de dependencia de vejez ha aumentando bastante. En España se da un proceso de envejecimiento de la población, especialmente en la Comunidad Autónoma de Galicia cuya tasa de envejecimiento es mayor que la tasa estatal.

El V Informe Foessa señala como uno de los factores más importantes de cambio social en España el envejecimiento de la población. Este envejecimiento conlleva múltiples cambios en la sociedad, entre ellos el sistema sanitario y una mayor necesidad de atención de este colectivo. Se trata de una parte de la población cuyo problema sanitario básico son las enfermedades crónicas. Jesús de Míguez⁴ destaca esta realidad en su análisis sobre las necesidades básicas de la población. Subraya que el proceso de envejecimiento de la población y el cambio de las estructuras de morbilidad llevan a que uno de los problemas sanitarios básicos sea el de las enfermedades crónicas.

También en el Informe sobre la Salud de los Españoles 1998⁵ se señala como uno de los grandes cambios ocurridos en España en las últimas décadas el envejecimiento. Se exponen como factores que han contribuido a que esto sea posible de la mejora en el nivel de vida, la disminución de la mortalidad infantil y la mayor accesibilidad al sistema sanitario. La esperanza de vida a los

³ “Envejecimiento, natalidad y empleo: cambios demográficos del nuevo milenio” Amparo Almarcha, Patricia Cristóbal, Matilde Pascual y Luz Campello. Cuadernos de Trabajo Social, 2001, 14. Pág. 163-183.

⁴ “Estructura y cambio social en España” Cap. 8. Necesidades básicas de la población, pág. 373-403. Jesús de Míguez. 1998.

⁵ “Informe sobre la Salud de los Españoles: 1998”. Ministerio de Sanidad y Consumo.

65 años en España se sitúa en 1991 en 19,2 años en las mujeres y 15,4 en los hombres. Pero en este Informe sí se tiene precaución con lo que significa este concepto, y se destaca que el aumento de la esperanza de vida va en paralelo con un aumento de años vividos con incapacidades o invalideces. A partir de los 65 años, dos terceras partes de lo que les queda por vivir a las mujeres y la mitad de los años que les quedan a los hombres son vividos con algún tipo de incapacidad. Todo esto implica la necesidad de una transformación en la sociedad para atender todas las necesidades de estas personas, necesidades de atención sanitaria y de cuidados diarios.

Así, tras analizar diversos artículos e Informes queda confirmado que en España se está produciendo un proceso de envejecimiento de la población que continuará, lo que produce a su vez importantes transformaciones sociales.

El envejecimiento en Galicia.

La situación de envejecimiento en Galicia y las estrategias de actuación en el campo de la tercera edad está recogida en el “Plan Galego de persoas maiores 2001-2006”⁶.

En este Plan Gallego se dice que el envejecimiento está teniendo una fuerte incidencia en Galicia y es por este motivo que el Plan contiene las principales medidas de política de protección a las personas mayores.

En el Plan se realiza una profunda aproximación a la realidad social de las personas mayores en Galicia, desde el punto de vista legal (cómo está regulada la protección a los mayores), sociodemográfico (análisis cuantitativo de la vejez en Galicia y características), de recursos sociales existentes; y se establecen una serie de objetivos y estrategias de actuación. Cuestión a destacar es que se afirma que es necesario determinar las necesidades específicas de la población mayor para establecer un conjunto de soluciones adecuadas, posibilitando que los mayores lleven una vida independiente en su

⁶ XUNTA DE GALICIA “Plan Galego de persoas maiores 2001-2006” Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Dirección Xeral de Servizos Sociais.. 2001.

entorno natural o afrontando adecuadamente la dependencia en su propio entorno.

Es importante mencionar los cuatro apartados en los que se agrupan las estrategias de actuación, ya no sólo como unas líneas a seguir recogidas en este Plan, sino como demandas que se pueden extraer de las opiniones de los cuidadores de Enfermos de Alzheimer recogidas en el estudio “ASPECTOS SOCIALES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER”.⁷

1. Una apuesta para envejecer en casa.
2. Una apuesta por afrontar la dependencia.
3. Una apuesta por la corresponsabilidad social.
4. Una apuesta por la calidad.

El fenómeno del envejecimiento es mayor en Galicia que en el resto del territorio español.

España se considera que tiene una estructura de población envejecida, y tiene una tasa de envejecimiento de 16,3%, o lo que es lo mismo, el 16,3% de la población española es mayor de 65 años. La tasa de envejecimiento gallega es mayor que la media nacional, siendo de 19,3 % lo que supone una diferencia muy importante, tres puntos porcentuales por encima de la española. Diferencia que se incrementa si analizamos el caso de Lugo y Orense, que son las dos provincias que al calcular la media gallega hacen que supere la media estatal, y existiendo claras diferencias entre estas dos, muy envejecidas y muy por encima de la media estatal (con unas tasas de 25,7% y 25,8% respectivamente); y A Coruña y Pontevedra, ambas por debajo de la media estatal (18% y 15,9%).

Los expertos consideran que la tendencia al envejecimiento continuará y las tasas de envejecimiento subirán, lo cual es muy preocupante sobre todo en las provincias de Orense y Lugo, puesto que en las proyecciones realizadas en el Plan se prevé que en el año 2016 la tasa de envejecimiento gallega sea de 21,21%, con lo cual de incrementarse en la misma medida en Orense y Lugo tendrán tasas tan altas que requerirán una gran cantidad de servicios y equipamientos para las personas mayores, que es imprescindible se empiecen

⁷ “ASPECTOS SOCIALES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER”. Beatriz Leal. En Trabajo Social y Salud, Zaragoza. Octubre 2003.

a poner en marcha y para lo que será necesaria la aportación de la población ocupada, pero no suficiente.

Analizando la población mayor por grupos de edad se obtiene que el mayor número de personas de edad superior a 65 años se aglutinan en los grupos de edad más jóvenes. Un 55,23% de los mayores de 65 años tienen entre 65 y 74 años, siendo de un 11,54% el porcentaje de los mayores de 85. Si se analiza por sexo se obtiene la misma conclusión que para el resto de España y es que la vejez está feminizada. En el caso de Galicia las mujeres suponen un 59,27% de la población total de mayores frente al 40,73% de la masculina. Porcentaje que aumenta progresivamente con la edad llegando a alcanzar una proporción de 67,70% en la población de más de 80 años. Esta longevidad de las mujeres, y teniendo en cuenta la precaución sobre el significado de “esperanza de vida” (que no es lo mismo que calidad de vida) vista anteriormente, tiene como consecuencia una mayor morbilidad relativa, mayor dependencia, más alta tasa de viudedad y mayores tasas de convivencia en solitario.

La conclusión que se extrae del Plan es que son las zonas rurales y las de interior las zonas más envejecidas de Galicia.

Otro aspecto importante sobre la vejez es saber cómo viven estos ancianos. En Galicia la mayor parte de los mayores viven en pareja (un 39,4%), que aunque pueda parecer un dato positivo, puesto que no viven solos sino que están acompañados, hay que tener en cuenta que en la mayor parte de estas parejas ambos son mayores, lo que implica un factor de riesgo. Si uno de los dos tiene alguna enfermedad importante el otro se hará cargo, pero es una persona también mayor y por tanto con ciertas limitaciones. La segunda forma de convivencia que predomina es la de vivir con hijos, con una proporción de 27,10%, con una diferencia de más de 12 puntos porcentuales, que es una diferencia muy amplia. La tercera en importancia se corresponde con vivir solo. En Galicia viven solos el 17,20% de los mayores de 65 años, cifra verdaderamente alta. El resto de los modos de convivencia de los mayores no son tan habituales, viviendo un 9,20% con otros familiares y sólo un 5% en la casa de sus hijos. En la siguiente tabla y gráfico extraídos del Plan galego de

persoas maiores se aprecia la situación de una manera muy sencilla a simple vista.

TABLA 1 :MODOS DE CONVIVENCIA POR TRAMOS DE EDAD

	65 – 69	70 – 74	75 –84	80 – 84	85 – 89	90 y más	TOTAL
En soledad	14.9%	15.8%	21.6%	19.0%	17.5%	13.3%	17.2%
Con cónyuge o pareja	50.2%	46.3%	38.0%	25.2%	13.7%	12.9%	39.4%
Con hijos en casa	24.0%	26.7%	23.7%	28.9%	39.2%	43.3%	27.1%
En casa de los hijos	1.9%	2.3%	5.7%	7.7%	16.3%	16.0%	5.0%
Con otros familiares	6.7%	7.6%	16.9%	16.9%	9.2%	10.3%	9.2%
Otras	1.8%	1.4%	1.4%	1.8%	4.1%	4.2%	1.8%
Ns / Nc	0.5%	1.4%	1.4%	0.5%	4.1%	4.2%	0.3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: “Plan Galego de persoas maiores 2001-2006”

Los mayores gallegos tienen un nivel muy bajo de instrucción, situación que irá mejorando con el tiempo, al irse incorporando a este colectivo personas de generaciones más actuales. Prácticamente un 90% de los mayores no terminaron los estudios primarios. En cuanto a la economía, aunque la mayor parte de la población mayor percibe directa o indirectamente una pensión contributiva, las cuantías de éstas se consideran muy limitadas para garantizarles unos medios económicos suficientes. La pensión media de la Seguridad Social en Galicia está por debajo de la media estatal, y muy por debajo de otras Comunidades Autónomas como por ejemplo País Vasco, Asturias o Madrid, que son las Comunidades que destacan.

En cuanto a la esperanza de vida, en el caso de los varones es ligeramente inferior a la media nacional (74,72 frente a 74,90) y en el caso de las mujeres es ligeramente superior (82,12 años frente a los 81,90 de España).

No se aprecian diferencias significativas en el estado de salud de los gallegos en relación al total nacional.

Un 32,21% de los ancianos presenta algún grado de discapacidad. Dentro de los que tienen algún grado de discapacidad, que puede ser moderada, severa o total, el 34,26% presenta una discapacidad total. Lo que es una cifra elevada porque eso implica la necesidad de alguna persona que lo supervise o atienda. Siendo por ello una problemática, la específica de los ancianos, que afecta a una gran parte de la población. Implica a los directamente afectados y a los que realizan labores de cuidado y/o supervisión.

Concretando la salud de los ancianos en lo que es objeto de este estudio, una patología psíquica como es el Alzheimer, se expone que en Galicia entre las patologías psíquicas que destacan se encuentran las que cursan con deterioro cognitivo como son las demencias degenerativas, tipo Alzheimer, que según este Plan “generan una problemática de gran importancia por sus efectos dramáticos y restrictivos de la autonomía personal que comportan, seguidos por los trastornos de tipo afectivo que se manifiestan con síntomas de ansiedad, depresión y otros problemas emocionales, que afectan no sólo a la persona que padece la enfermedad, sino también a sus cuidadores habituales”.

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

La Enfermedad de Alzheimer es la causa específica de demencia más frecuente según el libro “99 preguntas alrededor do Alzheimer”⁸. Y es DEMENCIA un deterioro adquirido y de duración prolongada, aunque no necesariamente permanente, de varias funciones intelectuales, en un grado tal que ya altera la autonomía del paciente en las actividades de la vida diaria (más de lo esperado a causa del propio envejecimiento).

Con adquirido se quiere decir que el paciente se deteriora con respecto a su nivel intelectual previo. En esto se diferencia la demencia del retraso

⁸ “99 preguntas alrededor do Alzheimer” Conselleria de Sanidade e Servicos Sociais”. Xunta de Galicia. 1999.

mental, en el que existe un deficiente desarrollo de las funciones intelectuales, y no un deterioro.

Con funciones intelectuales se hace referencia a la orientación en el tiempo y en el espacio, la atención, el lenguaje, la memoria, la capacidad de comprender lo que se percibe por los sentidos (gnose), la posibilidad de realizar actos voluntariamente (praxe), el cálculo aritmético y el razonamiento correcto.

La ENFERMEDAD DE ALZHEIMER concretamente es una demencia que comienza en algún momento entre los 40 y los 90 años, especialmente después de los 65, evoluciona progresivamente y produce el fallecimiento del paciente en un período variable de entre 4 e 20 años.

En el libro anteriormente citado se establece, de una manera arbitraria, una división de la enfermedad de Alzheimer en tres fases evolutivas:

* 1ª FASE: El enfermo comienza a olvidar los hechos recientes, puede que le cueste acordarse del nombre de algunos objetos o de algunas personas y se puede sentir desorientado en lugares conocidos pero no frecuentados. Esto puede repercutir en un menor rendimiento laboral, si trabaja, y puede provocar ansiedad o depresión reactivos.

* 2ª FASE: Se incrementan todas las deficiencias expresadas, de manera que no podrá trabajar, viajar solo, administrar el dinero personal ni realizar tareas manuales un poco complejas. En esta fase no recordará el nombre de algunos familiares allegados, ni su número de teléfono, está desorientado en cuanto al tiempo y al espacio y necesita una cierta supervisión en sus tareas personales (como vestirse o bañarse), así como para prevenir que se pierda o que sufra accidentes. La depresión es menos frecuente, porque se va perdiendo la conciencia de lo que le sucede. Puede empezar la incontinencia urinaria.

- 3ª FASE: El paciente perdió su capacidad de comunicarse, pues comprende muy poco de lo que decimos y apenas es capaz de expresar lo que desea; no comprende el significado de lo que ve a su alrededor; es incapaz de realizar maniobras manuales para ejecutar cualquier acto, por lo que no puede comer por él mismo, asearse, vestirse y en ocasiones ni si quiera

andar. Incontinencia fecal y urinaria. En algunos casos pueden darse ataques epilépticos.

Durante la evolución de toda la enfermedad son frecuentes también las manifestaciones psiquiátricas, que pueden variar desde la simple acentuación de los defectos previos de personalidad en fases iniciales, hasta la aparición posterior de alteraciones del estado de ánimo (depresión, euforia, apatía, labilidad emocional); deterioro en el cuidado personal y en la conducta social, o episodios de inquietud, desorientación y perplejidad. Incluso en un 15-30% aparecen manifestaciones paranoides y algunas veces alucinaciones.

Esta es pues la división en fases que se realiza en “99 preguntas alrededor de Alzheimer” y según la bibliografía consultada la división más comúnmente aceptada. Así también en la obra “La enfermedad de Alzheimer en la familia”⁹ también habla de la división evolutiva de esta enfermedad en tres fases a las que denomina fase de demencia leve, fase de demencia moderada y fase de demencia grave. Otras guías y manuales sobre la enfermedad también establecen clasificaciones similares. Así en el estudio “Ancianidad, familia y enfermedad de Alzheimer” De Hernández Rodríguez, G. Y Millán Calenti, J.C.¹⁰ hablan también de tres fases y exponen lo siguiente:

Se da un diagnóstico médico de Alzheimer cuando ya la enfermedad se hace más patente y se caracteriza por las siguientes particularidades:

- La persona olvida algunas cosas.
- Comienza a perder vocabulario y le cuesta construir rápidamente frases.
- Siente dificultad para realizar actividades que antes desarrollaba mecánicamente. Además, momentáneamente pierde la referencia espacio-temporal.
- Se alteran aspectos de su personalidad.

La segunda fase de la enfermedad de Alzheimer es una agudización de los problemas mentales que se habían detectado en la etapa anterior. Conlleva

⁹ “La enfermedad de Alzheimer en la familia” Edita Pfizer.

¹⁰ “Ancianidad, familia y enfermedad de Alzheimer” Hernández Rodríguez, G. Y Millán Calenti, J.C. Universidade da Coruña. 2000.

una dependencia del enfermo respecto de su familia. Entre otras características de esta segunda fase, cabe indicar las siguientes:

- El enfermo olvida los sucesos recientes.
- Apenas puede decir unas frases lógicas seguidas
- Ha abandonado sus actividades.
- Se pierde por la calle y no puede ir solo a ningún sitio. Además percibe erróneamente el espacio.
- Pueden tener reacciones desmesuradas en su carácter.

La tercera y última fase es período que deriva paulatinamente en la muerte del cerebro y el fallecimiento del enfermo. Con bastante frecuencia esta etapa es de encamamiento o postración en una silla, por lo que la familia no tiene que pasar las veinticuatro horas del día pendiente del afectado.

Para señalar una clasificación diferente se puede mencionar la Escala de Deterioro Global de Reisberg y Cols que establece 7 estadios de la enfermedad, yendo del estadio 1 de ausencia de alteración cognitiva al estadio 7 de deterioro cognitivo muy grave.

En cuanto a los factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer, Almarcha Barbado, A. en su comunicación “Situación del enfermo de Alzheimer ante la crisis del estado de bienestar”¹¹ expone de forma clara que se trata probablemente de una enfermedad multifactorial en la que intervienen factores genéticos y otros factores ambientales no bien caracterizados. Los principales marcadores que se asocian con dicha enfermedad son la edad avanzada, el antecedente familiar de demencia y de síndrome de Down, el sexo femenino, el genotipo ApoE, el traumatismo craneal y la enfermedad cerebrovascular. Puede que también influyan el nivel educativo bajo y la situación socioeconómica baja, pero aún no están totalmente demostrados.

Características demográficas de la Enfermedad de Alzheimer.

¹¹ “Situación del enfermo de Alzheimer ante la crisis del estado de bienestar”. Amparo Almarcha Barbado en IV Jornada sobre la enfermedad de Alzheimer. AFAL Ferrolterra. 2001. Pág.69-98.

El Plan Gallego de atención al enfermo de Alzheimer y otras demencias¹² dice que no existen diferencias porcentuales significativas en cuanto a la prevalencia (número total de enfermos) de demencias entre las Comunidades Autónomas. Al no existir estudios sobre la prevalencia e incidencia (número de casos nuevos) a nivel Galicia en la actualidad se realizan unos cálculos aproximados partiendo del estudio Eurodem realizado en Europa y en el que participó España, que es útil para calcular la prevalencia en Galicia. Así se puede extraer la siguiente tabla del mencionado Plan:

TABLA 2

Posibles casos de demencia aplicando los datos demográficos de Galicia a la prevalencia de la demencia del estudio EURODEM

Edad	EURODEM	La Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	Galicia
30 – 59	0,10%	430	134	124	346	1034
60 – 64	1,00%	694	270	260	514	1738
65 – 69	1,40%	835	366	340	610	2151
70 –74	4,10%	1968	977	908	1434	5288
75 –79	5,70%	2053	1023	969	1513	5557
80 – 84	13,00%	3244	1676	1640	2388	8948
85 – 89	21,60%	2900	1604	1531	2115	8150
90 – 94	32,20%	1531	801	764	1075	4171
+ 94	34,70%	409	175	171	290	1046
		14064	7026	6707	10285	38083

Fuente : Plan Gallego de Atención al Enfermo de Alzheimer

Los datos de población de Galicia están recogidos del censo de 1996. Se puede calcular entonces que en Galicia hay 38000 personas con demencia, lo que representa el 1,4% de la población gallega y el 7,55% de los mayores de 64 años. De todas estas personas con demencia, los enfermos de Alzheimer suponen aproximadamente el 60%. Es una cifra muy alta si tenemos en cuenta que no afecta sólo al enfermo sino a todo el entorno del mismo.

¹² “Plan Galego de atención ó enfermo de Alzheimer e outras demencias” Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Xunta de Galicia. 1999.

En esta tabla se observa cómo la variable edad y demencia están muy relacionadas. A mayor edad mayor porcentaje de demencias, siendo las diferencias porcentuales a medida que se pasa de un grupo de edad a otro importantísimas. Efectivamente esta enfermedad está claramente asociada al envejecimiento.

TABLA 3

Prevalencia de la demencia en Europa.

Resultados del estudio de EURODEM (Prevalence Research Group (1991)).

Edad (años)	30 - 59	60 - 64	65-69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99
Prevalencia %	0,1	1,0	1,4	4,1	5,7	13,0	21,6	32,2	34,7
Hombres		1,6	2,2	4,6	5,0	12,1	18,5	31,1	31,6
Mujeres		0,5	1,1	3,9	6,7	13,5	22,8	32,2	36,0

Fuente : Plan Gallego de Atención al Enfermo de Alzheimer

Otra cuestión a mencionar es que a partir de la edad de 80 años, tanto para hombres como para mujeres, la prevalencia de demencias aumenta enormemente, pasando de una prevalencia de 5,7%, que había ido aumentando ya por tramos de edad, a una prevalencia de 13% y a partir de este momento el incremento porcentual por tramos de edad es muy importante. Llegando a una prevalencia de 34,7% en los de más de 94.

Hernández Rodríguez, G. Y Millán Calenti, J.C. en el estudio anteriormente citado mencionan que:

“se calcula que en el mundo, en el año 2.000 hay 590 millones de personas con más de 60 años, es decir, el 18 por 100 de la población total. En el año 2.025 habrá mil cien millones de personas con más de 60 años, es decir, el 23 por 100 de la población total.

En España en relación con el número de personas de 65 años, en 1.981, el 11 por 100 de la población era mayor de 65 años; en 1.992 esta proporción era del 14 por 100; en el año 2.010 el 15 por 100 de la población total tendrá más de 65 años y este porcentaje se elevará en el año 2.025 al 21 por 100.

En Europa vive actualmente el 39 por 100 de las personas mayores de 65 años; en América del Norte, el 13 por 100; en Iberoamérica, el 5 por 100; en África, el 4 por 100; el por 100 en Oceanía y el 38 por 100 en Asia.

Como ha quedado expresado, el aumento de las personas mayores de 65 años, inevitablemente conlleva un aumento de los casos de enfermos de Alzheimer. Los estudios cuantitativos al respecto así lo revelan”.

Por todo lo dicho anteriormente parece evidente que en los próximos años el número de personas con enfermedad de Alzheimer aumentará de manera notable. Además también se señala en los estudios que cada vez aparecen más casos de esta enfermedad en personas con edades comprendidas entre los 50 y los 60 años. Es por ello que Sánchez Espinosa dice que “ en un período corto de tiempo en casa todos tendremos un familiar querido con el padecimiento de Alzheimer”¹³.

Esta enfermedad genera gran dependencia y se precisa atención continuada de tercera persona, afecta a enfermos y a todo su entorno; por lo que es un fenómeno social que hay que tener en cuenta para ir previniendo una gran problemática social dotando a los servicios públicos sociales y sanitarios de medios y recursos necesarios para atender a las necesidades de estos enfermos y de sus familias, a las que hay que prestar especial apoyo,

¹³ Cita extraída de la comunicación “Situación del enfermo de Alzheimer ante la crisis del estado de bienestar”. Amparo Almarcha Barbado en IV Jornada sobre la enfermedad de Alzheimer. AFAL Ferrolterra. 2001.Pág.69-70.

para posibilitar el envejecimiento en el domicilio cuando es posible (tal como apostaba el Plan Gallego de Personas Mayores) o proporcionando alternativas viables.

Este es uno de los grandes retos de la Política Social del siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA

1. "V Informe Sociológico sobre la situación social en España". Fundación Foessa. Madrid, 1994.
2. "La evolución multidimensional de las necesidades de los ancianos" Benjamín González Rodríguez
3. "Envejecimiento, natalidad y empleo: cambios demográficos del nuevo milenio" Amparo Almarcha, Patricia Cristóbal, Matilde Pascual y Luz Campello. Cuadernos de Trabajo Social, 2001, 14. Pág. 163-183.
4. "Estructura y cambio social en España" Cap. 8. Necesidades básicas de la población, pág. 373-403. Jesús de Míguez. 1998.
5. "Informe sobre la Salud de los Españoles: 1998". Ministerio de Sanidad y Consumo.
6. "Plan Galego de persoas maiores 2001-2006" Conselleria de Sanidade e Servizos Sociais. Dirección Xeral de Servizos Sociais.. XUNTA DE GALICIA .2001.
7. "Aspectos sociales de la enfermedad de Alzheimer". Beatriz Leal. Trabajo Social y Salud, Zaragoza. Octubre 2003.
8. "99 preguntas arredor do Alzheimer" Conselleria de Sanidade e Servizos Sociais". Xunta de Galicia. 1999.
9. "La enfermedad de Alzheimer en la familia". Edita Pfizer.
10. "Ancianidad, familia y enfermedad de Alzheimer" Hernández Rodríguez, G. Y Millán Calenti, J.C. Universidade da Coruña. 2000.
11. "Situación del enfermo de Alzheimer ante la crisis del estado de bienestar". Amparo Almarcha Barbado en IV Jornada sobre la enfermedad de Alzheimer. AFAL Ferrolterra. 2001. Pág. 69-98.

12. “Plan Galego de atención ó enfermo de Alzheimer e outras demencias”
Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Xunta de Galicia. 1999.