

Género y salud en cifras



Alzheimer: diferencias por género entre América Latina y otras regiones del mundo

Teresa Álvarez-Cisneros, Sara Torres-Castro, Beatriz Mena-Montes y Nora Magdalena Torres-Carrillo

Factores de protección de las demencias: importancia para las mujeres

Beatriz Mena Montes, Sara Torres Castro, Teresa Álvarez Cisneros, Rubén Rabaneda Bueno y Nora Magdalena Torres Carrillo

Envejecimiento y Demencias en México desde una perspectiva de género

Paloma Arlet Roa Rojas, Adrián Martínez Ruiz y Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Secretaría de Salud

Género y salud en cifras

Vol. 15 • NÚM. 3

Septiembre-diciembre

SECRETARIO DE SALUD

José Narro Robles

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Pablo Kuri Morales

SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

José Meljmen Moctezuma

CONSEJO DIRECTIVO

Eduardo Pesqueira Villegas

Aurora del Río Zolezzi

Norma A. San José Rodríguez

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Raffaella Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Olivia López Sánchez

Dubravka Mindek Jagic

Luis Botello Lonngi

SECRETARÍA TÉCNICA

Subdirección de Documentación de Inequidades

Beatriz Angélica Jiménez Gallegos

Tzitzik Janik Valle Huerta

Comentarios y correspondencia:

gysenc@gmail.com

Género y salud en cifras, año 15, num.3, septiembre-diciembre 2017, es una publicación cuatrimestral de la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Lieja 7, colonia Juárez, delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, cnegrs.salud.gob.mx.

Edición: Tzitzik Janik Valle Huerta y Beatriz Angélica Jiménez Gallegos. Arte y diseño: María Adriana García Hernández. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2015-100713452600-203. ISSN: 2448-7058.

Responsable de la última actualización de este número: José Manuel Huerta Soto, coordinador de la Página Web del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Homero 213, 1er. piso, colonia Chapultepec Morales, delegación Miguel Hidalgo, C. P. 11570, México, Ciudad de México. Tel. +(55) 2000 3500, ext. 59176.

Los materiales publicados son responsabilidad de sus autoras/es. Cualquier parte de los contenidos e imágenes, puede ser reproducida, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y sea utilizada sin fines de lucro. Indizada en la base de datos Periódica del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex (Sistema Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal).

Presentación

Dr. Eduardo Pesqueira Villegas

Director del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Artículos

- Alzheimer: diferencias por género entre América Latina y otras regiones del mundo 4
Teresa Álvarez Cisneros
Sara Torres Castro
Beatriz Mena Montes
Nora Magdalena Torres Carrillo
- Factores de protección de las demencias: importancia para las mujeres 11
Beatriz Mena Montes
Sara Torres Castro
Teresa Álvarez Cisneros
Rubén Rabaneda Bueno
Nora Magdalena Torres Carrillo
- Envejecimiento y Demencias en México desde una perspectiva de género 18
Paloma Arlet Roa Rojas
Adrián Martínez Ruiz
Luis Miguel Gutiérrez Robledo
- Descifr3mo5 25
- Reseña 29
Película *Still Alice*
Beatriz Angélica Jiménez Gallegos
- Notigénero 31
- Invitación para publicar 34

Presentación

Género y salud en cifras se ha distinguido por ser una publicación comprometida con la difusión y el análisis de las distintas problemáticas y situaciones relacionadas con el género y la salud imperantes en México. Actualmente, la tendencia, en nuestro país así como en muchas regiones de Latinoamérica es al aumento exponencial de la población de la tercera edad.

Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) la población de 60 años y más es de 12.9 millones de personas, equivalente al 10.8% del total nacional, y según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para el 2050 alcanzará el 22%, comparada con el 19% de la población menor de 15 años.

Además, se estima que para el año 2050 la esperanza de vida se incrementa a 81.29 años, lo que refuerza la previsión de que la sociedad mexicana estará constituida en una buena parte por personas adultas mayores.

Desafortunadamente, el aumento de la esperanza de vida conlleva una serie de enfermedades y condiciones que vulneran el bienestar de este grupo poblacional. Entre estos trastornos se encuentran las demencias, destacándose la enfermedad del Alzheimer como la más común de ellas.

El *World Alzheimer Report* estimó que en el 2015 había poco más de 800,000 personas con demencia en México, de las cuales las mujeres (64%) son las que mayormente sufren este padecimiento ya que, en general, tienen una vida más larga. Se espera que en el país, para el año 2030, el número de personas con demencia aumente a poco más de 1.5 millones

Es importante resaltar que, además de que las mujeres representan el grupo más grande de las personas que viven con esta enfermedad, también son las que mayoritariamente cuidan a las y los enfermos, por ello, es imprescindible analizar su situación e implementar acciones para mejorar su calidad de vida.

La enfermedad del Alzheimer es un problema que va en aumento no solo en México, sino en el mundo y, por ello, la revista **Género y salud en cifras** está interesada en difundir los resultados de los análisis y nuevas investigaciones que se están realizando sobre esta condición con el objetivo de contribuir al sustento de nuevas políticas y programas que atiendan esta situación.

El primer artículo que conforma este número especial de demencias y Alzheimer, titulado **Alzheimer: diferencias por género entre América Latina y otras regiones del mundo** de las investigadoras Teresa Álvarez Cisneros, Sara Torres Castro, Beatriz Mena Montes y

Nora Magdalena Torres Carrillo afirma que los diversos contextos influyen en las diferencias de género de la prevalencia de demencia tipo Alzheimer entre países desarrollados y en vías de desarrollo por ello, el objetivo de esta investigación es presentar las disparidades por género de la enfermedad de Alzheimer en América latina y otros países del mundo.

Por otro lado, el artículo **Factores de protección de las demencias: importancia para las mujeres** de Beatriz Mena Montes, Sara Torres Castro, Teresa Álvarez Cisneros, Rubén Rabaneda Bueno y Nora Magdalena Torres Carrillo describe los principales factores de protección contra la demencia y su importancia para las mujeres, las personas autoras afirman que conocer los posibles factores protectores contra la enfermedad puede ayudar en la prevención o reducción del riesgo.

El último texto **Envejecimiento y Demencias en México desde una perspectiva de género** de Paloma Arlet Roa Rojas, Adrián Martínez Ruiz y Luis Miguel Gutiérrez Robledo, considera que es necesario pensar las tendencias actuales de la población mexicana hacia la longevidad desde una perspectiva de género. En este sentido, ubican dos ámbitos en los cuáles existen importantes contrastes en función del género. El primero, en el ámbito de la salud mental, las diferencias están relacionadas a la prevalencia de enfermedades crónicas y neurodegenerativas como las demencias. El segundo, en el ámbito referente a la ocupación, el cuidado de los y las adultas mayores en México está a cargo de mujeres.

En la **Reseña**, Beatriz A. Jiménez Gallegos aborda la película Still Alice, dirigida por Wash Westmoreland y Richard Glatzer, cuya temática se centra en la historia de una profesora de lingüística diagnosticada con Alzheimer prematuro y la manera en la que afronta el rápido deterioro de su mente y su cuerpo.

Las secciones fijas también están orientadas para abordar las demencias y el Alzheimer, por esta razón, en **Notigénero**, presentamos distintos eventos, cursos y talleres relevantes para las personas interesadas en el tema, mientras que, en Descifr3mo5, plasmamos cifras y gráficas que dan cuenta de la situación del Alzheimer en México.

Como cada número, **Género y salud en cifras** reitera la invitación a todas y todos los especialistas y personas interesadas en género y salud a difundir su trabajo con el objetivo de colaborar con investigaciones en aras del bienestar y la salud de toda la población.



Dr. Eduardo Pesqueira Villegas
Director del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Alzheimer: Diferencias por género entre América latina y otras regiones del mundo.!

5



Teresa Álvarez Cisneros , Sara Torres Castro ,
Beatriz Mena Montes y Nora Magdalena Torres Carrillo

Yessica Sánchez Rangel

M. en C. Teresa Álvarez Cisneros

Maestra en Ciencias, médica internista por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Miembro del Comité de Investigación del Instituto Nacional de Geriátría (2016-2018). Actualmente es investigadora en ciencias médicas en el Instituto Nacional de Geriátría.

Email: teresaalvarez.c2@gmail.com

M. en C. Sara Torres Castro

Maestra en Ciencias, Área Sistemas de Salud y Licenciada en Psicología. Miembro del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Geriátría (2016-2018). Actualmente colabora en el equipo de trabajo para el desarrollo del Plan de Acción Alzheimer, México. Investigadora en ciencias médicas en el Instituto Nacional de Geriátría. Email: storres@inger.gob.mx

M. en C. Beatriz Mena Montes

Lic. Química Farmacobióloga, Maestría en Ciencias en la especialidad de Biomedicina Molecular por el CINVESTAV. Adscrita al Departamento de Investigación Básica del Instituto Nacional de Geriátría, su área de interés está centrada en las enfermedades relacionadas a la edad como lo son las demencias.

Email: bmena@inger.gob.mx

Dra. en C. Nora Magdalena Torres Carrillo

Lic. Química Farmacobióloga. Maestría y Doctorado en Ciencias Biomédicas, Orientación Inmunología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), UdeG. Profesora Investigadora Titular "A" de Tiempo Completo del CUCS, UdeG. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores con la distinción de Investigador Nacional Nivel I.

Email: dra.nmtorres@gmail.com

En los países en vías de desarrollo como los que conforman América Latina, el envejecimiento ha ocurrido de forma muy rápida, existe una epidemiología mixta compuesta por enfermedades crónicas e infecciosas, con servicios de salud e infraestructura deficientes, diferente a lo que ocurre en países desarrollados. Los distintos contextos deben influir en las diferencias de género de la prevalencia de demencia tipo Alzheimer entre países desarrollados y en vías de desarrollo. Por lo anterior, el interés de este artículo es presentar las diferencias por género en la prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer entre América latina y otras regiones del mundo.

Palabras clave: *Enfermedad de Alzheimer, prevalencia, género, América Latina.*

Introducción

Debido al incremento de longevidad en las personas, se espera que la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas aumente a nivel mundial.¹ Sin embargo, en países en vías de desarrollo el panorama es muy distinto. Mientras que en los países desarrollados el envejecimiento poblacional ha sido paulatino, se cuenta con una epidemiología donde predominan las enfermedades crónico-degenerativas y, salvo en unos casos, se cuenta con servicios de salud universales que cubren cuidados a largo plazo, en los países como los que conforman América Latina, el envejecimiento ha ocurrido de forma muy rápida, existe una epidemiología mixta compuesta por enfermedades crónicas e infecciosas, y los servicios de salud y la infraestructura son aún deficientes.² Estos dos distintos contextos influyen en las diferencias de género de la prevalencia de demencia tipo Alzheimer entre países desarrollados y en vías de desarrollo. Aunque en ambos casos las mujeres presentan una mayor prevalencia de la enfermedad, hay varios factores que podrían influir en que las mujeres en países en vías de desarrollo sean más propensas a padecerla que los hombres.⁴

Las diferencias de género en la prevalencia de la enfermedad del Alzheimer (EA) han sido estudiadas previamente.⁵ Se ha propuesto que la mayor longevidad del sexo femenino es el mecanismo que influye con más fuerza en la mayor prevalencia de EA en este grupo.⁶ También se ha sugerido que los hombres mayores a 65 años son aquellos sobrevivientes de enfermedades cardiovasculares en la década anterior, confiriéndole a este grupo un factor protector y sugiriendo que este sesgo de supervivencia hace que los hombres de edades avanzadas presenten mejor salud que las mujeres. Otro mecanismo que ha sido propuesto para explicar esta diferencia es que, al parecer, el gen APOE-4 confiere un riesgo mayor a mujeres que a hombres.^{6,7}

Sin embargo, hay factores socioeconómicos que incrementan el riesgo de EA y, debido a las inequidades de género, las mujeres se encuentran en mayor desventaja. A nivel global, las mujeres tienen un menor nivel educativo y menores salarios que los hombres. Algunos artículos han sugerido que el efecto de la escolaridad es incluso mayor que el del gen APOE-4.⁸ Estas diferencias se encuentran muy acentuadas en los países en vías de desarrollo⁹ por lo que estaría justificado encontrar mayor prevalencia de EA en este tipo de regiones. No obstante, la falta de diagnóstico y una esperanza de vida más corta pueden influir en el reporte de una prevalencia más baja. El objetivo de este ensayo es discutir la evidencia sobre las diferencias de género entre países y analizar las posibles razones que justifiquen las disparidades. El análisis se hace con base en resultados del estudio *The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis* de Prince et al. 2013.⁴

Diferencia en la prevalencia de EA entre América Latina y otras regiones

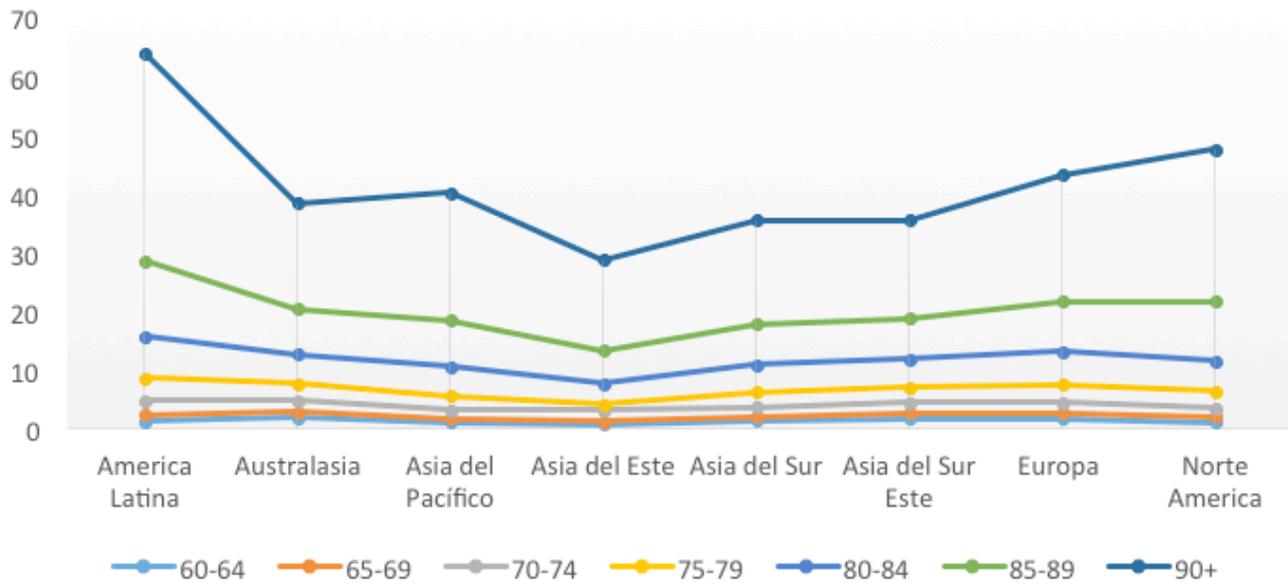
El grupo de Martin Prince ha estudiado previamente la prevalencia global de demencia.⁴ En el 2013, este grupo realizó un meta-análisis con datos previamente publicados en las distintas regiones y una estimación regional específica en el caso de no contar con datos suficientes para el meta-análisis. El grupo encontró que la mayor prevalencia calculada de EA en personas de edad superior a 60 años fue en América Latina (8.48%) y la menor en el África Subsahariana (2.07%).⁴ Los resultados de la mayoría de las otras regiones

mostraron prevalencias que varían entre 5 y 7%. Estas estimaciones podrían deberse a un sesgo de supervivencia en el África Subsahariana ya que la expectativa de vida al nacer es de 60 años y hace 40 años era de apenas 40, mientras que, en América Latina, la expectativa de vida al nacer es de 75 años y hace 40 años era de 56. Sería esperado que aquellos que han llegado a edades avanzadas en estas regiones africanas sean supervivientes de enfermedades infecciosas, así como crónico degenerativas, mientras que en América Latina, aunque tiene también esta doble epidemiología, las enfermedades infecciosas han cobrado menor importancia, y debido a la transición nutricional de las últimas décadas y al envejecimiento rápido de población, la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas ha tomado prioridad. Este sesgo explicaría la baja prevalencia de EA en África, pero no la prevalencia elevada de América Latina, la cual parece estar ligada a la también alta prevalencia de la enfermedad en mujeres, como se presentará en una sección subsecuente.

En cuanto a la distribución de la prevalencia de EA por edad, los resultados de este meta-análisis se presentan en la Tabla 1. Los resultados para África no fueron incluidos ya que son estimaciones y no datos obtenido de estudios realizados previamente.



Tabla 1. Prevalencia de demencia tipo EA por región



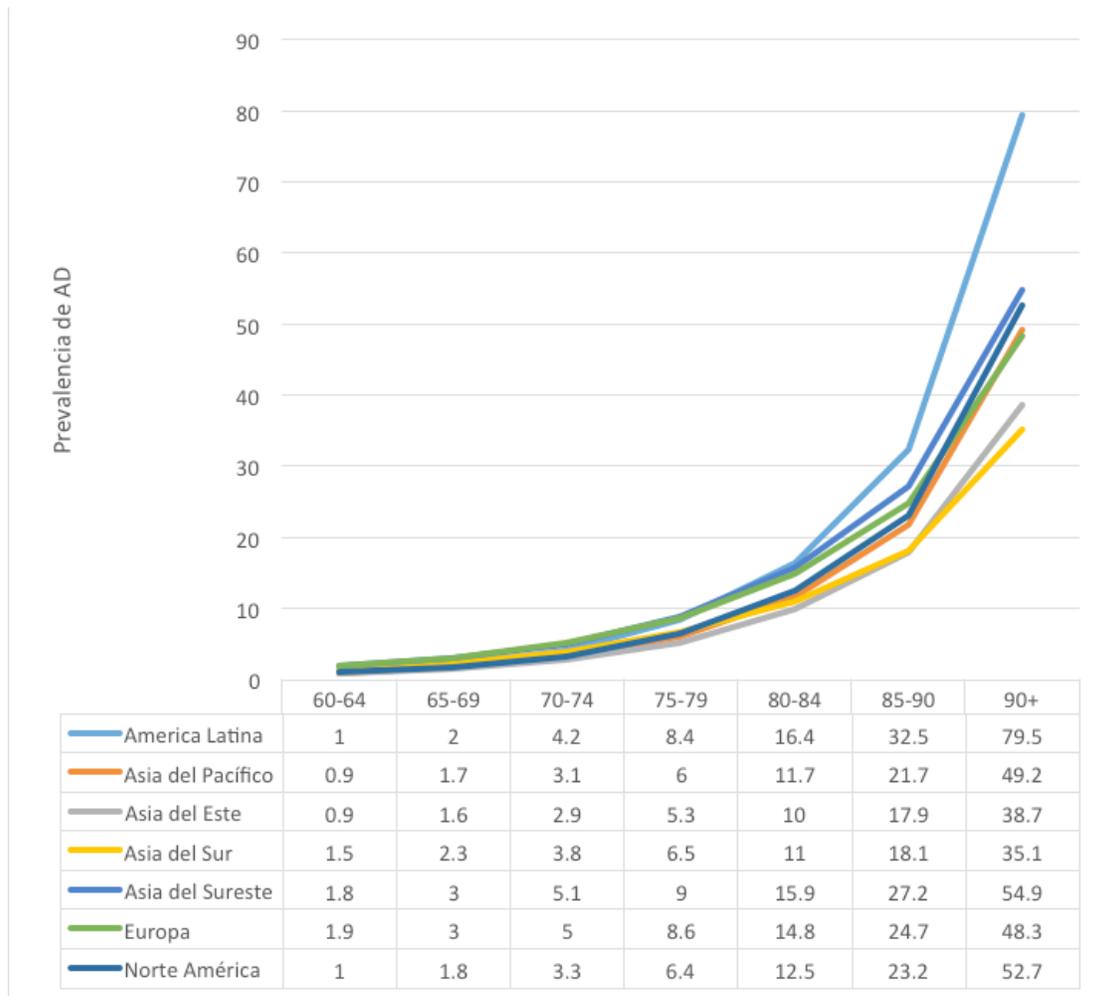
Gráfica adaptada de M. Prince et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis, *Alzheimer's and Dementia* 9,2013 63-75

Los resultados muestran que América Latina tiene una prevalencia mayor de EA en los rangos de 75-79, 80-84, 85-89 y 90+. Estos resultados podrían explicarse por los niveles educativos inferiores con respecto a los países desarrollados, pues se ha encontrado que un nivel educativo bajo se asocia con un mayor riesgo de incidencia de enfermedad de Alzheimer y otras demencias en personas adultas mayores, sin embargo, otras regiones donde predominan los países en vías de desarrollo, como en las regiones asiáticas, se reporta una menor prevalencia. Los resultados de Prince et. al, fueron también divididos por género y, como se mencionó en la sección previa, parece que la elevada prevalencia de EA que presenta América Latina se debe al alto porcentaje de mujeres mayores de 75 años que padecen la enfermedad.⁴

Prevalencia de EA en mujeres por región

En la mayoría de las regiones en las que el grupo de Martin Prince pudo realizar el meta-análisis, la prevalencia de EA en las mujeres es similar hasta los 74 años con diferencias de menos del 2%.⁴ Esto cambia al analizar a los grupos etarios más longevos. La prevalencia de EA en mujeres de América Latina se incrementa y, semejante a lo que ocurrió con la prevalencia total, se vuelve mayor a la del resto del mundo. Esto es relevante, ya que sugiere que gran parte de la diferencia de la prevalencia de EA entre América Latina y el resto de las regiones es por el incremento de la prevalencia en mujeres.

Tabla 2. Prevalencia de EA en mujeres por grupo de edad y región

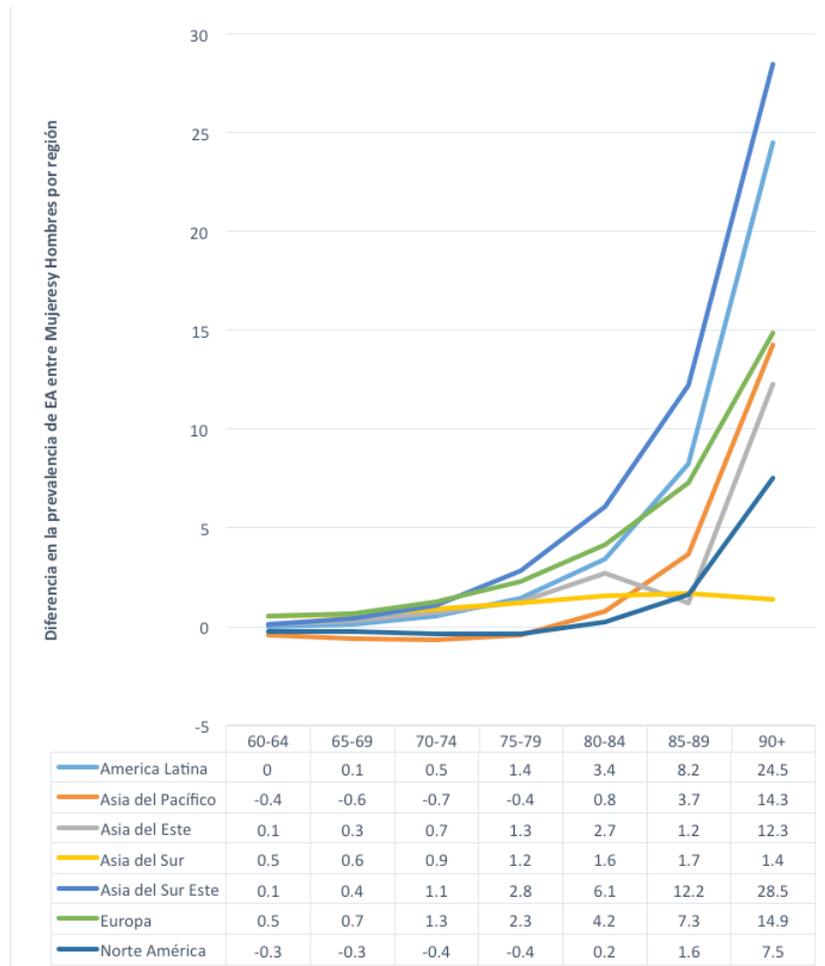


Gráfica adaptada de M. Prince et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and metanalysis, Alzheimer's and Dementia 9,2013 63-75

Brecha de género

El reporte que realizó el grupo de Prince permite analizar las disparidades en la prevalencia por género y, aunque el enfoque de su estudio no fue analizar dichas diferencias, en este artículo se ha calculado la desigualdad entre hombres y mujeres. Los resultados se encuentran en la Tabla 3 y muestran como América Latina es una de las tres regiones con mayor diferencia en la prevalencia de EA entre hombres y mujeres después de los países que conforman Asia del Sureste (Cambodia, Laos, Myanmar, Malasia, Tailandia y Vietnam) y Europa Occidental.

Tabla 3. Diferencia de la prevalencia de EA entre hombres y mujeres por grupo etario y región



Gráfica adaptada de M. Prince et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and metanalysis, Alzheimer's and Dementia 9,2013 63-75

Como se ejemplifica en la gráfica, la brecha de género para América Latina se hace más relevante después de los 75 años y llega a ser del 25% en el grupo más longevo.

Conclusiones

Aunque actualmente la prevalencia de EA en países en vías de desarrollo sea similar a la de países desarrollados, América Latina presenta una prevalencia significativamente mayor al resto de las regiones a nivel global. De acuerdo a los resultados publicados por Prince et al., gran parte de esta diferencia se debe a la alta prevalencia que hay en las mujeres de 75 años y más, y ocasiona una brecha de género elevada. Es posible que estas estadísticas sean resultado de los factores biológicos que favorecen el desarrollo de la enfermedad en el género femenino y a la mayor longevidad que presentan las mujeres. Sin embargo, en regiones en vías de desarrollo, las mujeres de estos grupos etarios tienen mayor desventaja ya que las oportunidades de educación, ingresos y acceso a los sistemas de salud son menores a lo largo de la vida. El proveer a las mujeres de oportunidades de desarrollo en regiones como esta, podría influir de manera positiva en menores prevalencias de EA en un futuro.



Referencias bibliográficas

1. Hung WW, et al. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC geriatrics*; 2011;11(1):47.
2. Dinsa GD. et al. Obesity and socioeconomic status in developing countries: a systematic review. *Obesity reviews* : an official journal of the International Association for the Study of Obesity 2012;13(11):1067–79.
3. Kinsella K. y Victoria A. *An Aging World* : Washington DC. 2001.
4. Prince M. et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & dementia. The journal of the Alzheimer's Association* 2013;9(1):63–75.e2.
5. Qiu C, Kivipelto M, Von Strauss E. 2009. Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention. *Dialogues in clinical neuroscience* 2009;11(2):111–28.
6. Snyder HM, et al. Sex biology contributions to vulnerability to Alzheimer's disease: A think tank convened by the Women's Alzheimer's Research Initiative. *Alzheimer's and Dementia* 2016;12(11):1186–1196
7. Rocca WA, et al. Sex and gender differences in the causes of dementia: a narrative review. *Maturitas* 2014;79(2):196–201.
8. Kivipelto M, et al. Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle aged people: a longitudinal, population-based study. *The Lancet Neurology* 2006;5(9):735–741.
9. Jayachandran S. *The Roots of Gender Inequality in Developing Countries*. 2014. Disponible en: http://faculty.wcas.northwestern.edu/~sjv340/roots_of_gender_inequality.pdf

Factores de protección de las demencias: importancia para las mujeres ⁱ



Yessica Sánchez Rangel

M. en C. Beatriz Mena Montes, M. en C. Sara Torres Castro, M. en C. Teresa Álvarez,
Dr. Rubén Rabaneda Bueno, Dra. en C. Nora Magdalena Torres Carrillo

M. en C. Beatriz Mena Montes

Lic. Química Farmacobióloga, Maestría en Ciencias en la especialidad de Biomedicina Molecular por el CINVESTAV. Adscrita al Departamento de Investigación Básica del Instituto Nacional de Geriátría, su área de interés está centrada en las enfermedades relacionadas a la edad como las demencias.

Email: bmena@inger.gob.mx

M. en C. Sara Torres Castro

Maestra en Ciencias, Área Sistemas de Salud y Licenciada en Psicología. Miembro del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Geriátría (2016-2018). Actualmente colabora en el equipo de trabajo para el desarrollo del Plan de Acción Alzheimer, México. Investigadora en ciencias médicas en el Instituto Nacional de Geriátría. Email: storres@inger.gob.mx

M. en C. Teresa Álvarez

Maestra en Ciencias, médica internista por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Miembro del Comité de Investigación del Instituto Nacional de Geriátría (2016-2018). Actualmente es investigadora en ciencias médicas en el Instituto Nacional de Geriátría.

Email: teresaalvarez.c2@gmail.com

Dr. Rubén Rabaneda Bueno

Licenciado en Biología, Doctor en Biología por la Universidad Autónoma de Madrid y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (España), especializado en Ecología Evolutiva y de la Conducta, y Diplomado en Genética Cuantitativa por la Universidad de Edimburgo (Reino Unido). Email: rubenrabb@gmail.com

Dra. en C. Nora Magdalena Torres Carrillo

Lic. Química Farmacobióloga. Maestría y Doctorado en Ciencias Biomédicas, Orientación Inmunología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), UdeG. Profesora Investigadora Titular "A" de Tiempo Completo del CUCS, UdeG. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores con la distinción de Investigador Nacional Nivel I. Edimburgo (Reino Unido).

Email: dra.nmtorres@gmail.com

ⁱ Este artículo es una reseña y adaptación del trabajo publicado por Mena Montes B, Torres Castro S, Rosas Carrasco O, Luna López A, Espinel Bermúdez MC. Factores de protección para la demencia en adultos mayores en México: ¿dónde estamos? En el libro: Gerontología para la vida activa. Una propuesta regional. México: Editorial Universidad Alas Peruanas y Universidad Estatal del Valle de Toluca, 2016. ISBN:978-612-47031-9-5.

La demencia es un síndrome caracterizado por un deterioro progresivo del funcionamiento cerebral, cuyo principal factor de riesgo es la edad (envejecimiento), siendo la enfermedad de Alzheimer (EA) la más conocida; estudios en nuestro país revelan una prevalencia de aproximadamente el 7.5% en las personas adultas mayores.

Se conocen algunos factores de protección para la demencia como: una dieta adecuada, actividad física, genética y estimulación cognitiva. La presente reseña describe los principales factores de protección de la demencia y su importancia para la mujer.

Palabras clave: *Protección, demencia, dieta, actividad física y estimulación cognitiva, genética.*

Introducción

México se está convirtiendo en un país con más personas mayores que infantes menores de 5 años.¹ Se prevé que para el año 2050, la proporción de las y los menores de 15 años en la población total disminuirá de 30.0% a 17.4%. Estimaciones de hace una década ya apuntaban a que el grupo poblacional correspondiente a la tercera edad (de 65 años o más) aumentaría desde casi un 5% al 21% en el período comprendido entre 2007 y 2050. De este modo, el incremento en la población de personas adultas mayores iría en aumento con la utilización de los servicios de salud destinados a la atención de enfermedades propias del envejecimiento como las demencias.

Definición de demencia:

La demencia es un síndrome adquirido caracterizado por un declive progresivo del funcionamiento cerebral, por alteraciones en el comportamiento y por cambios en la personalidad, que se asocian con el deterioro gradual de las funciones mentales superiores y conllevan una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como en el laboral.² En otras palabras, en el cerebro de las personas con demencia se producen alteraciones bioquímicas que conducen a la muerte neuronal y terminan por afectar a funciones básicas como la memoria y el reconocimiento de un sitio, culminando en una dependencia total.

Al ser la demencia una preocupación importante para la salud pública, los organismos internacionales, como la Alzheimer's Disease International (ADI),ⁱⁱ han contribuido de manera importante en la creación y desarrollo de planes de acción en la atención y prevención de la Enfermedad de Alzheimer en todo el mundo y México no ha sido la excepción.³

Conocer los posibles factores protectores de la enfermedad puede ayudar en la prevención o reducción del riesgo. Esto adquiere una dimensión significativa dado el potencial que tiene para proporcionar un buen punto de partida en la prevención de la demencia a través de la estimulación al cambio en los estilos de vida no solo de las personas adultas sino también desde jóvenes, de tal manera que se favorezca en cada etapa de la vida la promoción de un envejecimiento saludable.

El término factor de protección es un concepto complejo que puede ser explicado desde el ámbito de la epidemiología. Esta disciplina estudia los factores que causan o están asociados con ciertas afecciones, así como la prevalencia, incidencia y distribución de las enfermedades que afectan a poblaciones humanas. En la prevención se encuentran los denominados "factores de riesgo" y "factores de protección", cuya identificación es crucial para que especialistas en salud pública y tomadores de decisiones implementen acciones encaminadas al bienestar de la población. Por ejemplo, se sabe que las mujeres con hipertensión tienen un mayor riesgo de presentar demencia en comparación con los hombres;⁴ por ello, es necesario que las mujeres conozcan qué factores las protegen frente al desarrollo de algunas demencias.

ⁱⁱ Alzheimer's Disease International (ADI) es el organismo internacional encargado de apoyar las políticas públicas e impulsar los planes y estrategias de acción de demencias en todo el mundo. Actualmente, 29 países cuentan con un plan o estrategia de acción, entre ellos México que en 2014 publicó: Plan Nacional Alzheimer y otras demencias ver: http://inger.gob.mx:8000/acervo/pdf/plan_alzheimer_WEB.pdf

¿Cuáles son los factores de protección para la demencia?

Existen factores modificables y no modificables. Entre los primeros se encuentran la dieta, actividad física y actividades sociales, que tienden a fomentar la estimulación cognitiva, son susceptibles al cambio y modificables con la prevención. Por el contrario, los factores no modificables no ofrecen tal vulnerabilidad y, por ende, no se pueden eliminar. A este grupo pertenecen los factores genéticos. Además, un tipo de modificaciones intermedias, los cambios epigenéticos estarían a medio camino entre los factores de protección modificables y los no modificables.

Factores de protección modificables

Dieta

Se han descrito patrones dietéticos en los que destaca un mayor consumo de frutas y vegetales frescos, granos enteros, pescado y lácteos bajos en grasas, así como un mínimo consumo de dulces, papas fritas, lácteos con alto contenido graso, carne procesada y mantequilla, con buenos resultados de biomarcadores cerebrales. Hasta tal punto es así que, a partir de nutrientes del tipo

“protectores” se puede prevenir la enfermedad de Alzheimer.⁶ Igualmente, podemos citar el consumo regular de vitamina B12, café y algunos polifenoles como la Epicatequina (derivada del chocolate) y el resveratrol (derivado de las uvas rojas y presente en el vino) como componentes que ayudan en la prevención del deterioro cognitivo y la demencia.

Asimismo, se estima que una dieta equilibrada debe proporcionar alrededor de un gramo de polifenoles por día. Es necesario señalar que los polifenoles son antioxidantes naturales que actúan mediante varios mecanismos moleculares ya sea reaccionando con los radicales libres o incrementando la expresión de genes del sistema antioxidante.⁷

También, cabe destacar los resultados obtenidos a partir de un modelo murino de demencia vascular en los que se pusieron de manifiesto los mecanismos moleculares de la neuroprotección del resveratrol, consistente en la disminución de marcadores de muerte celular (apoptosis), con la consiguiente disminución del daño oxidante y el aumento de la actividad de antioxidantes internos tales como la superóxido dismutasa y el glutatión en el cerebro.^{8,9}



Actividad física

Una persona adulta mayor pierde la habilidad para desarrollar una labor/tarea o rutina diaria no solo a causa del envejecimiento, sino también debido a la inactividad o sedentarismo. Se debe entender que la actividad física no es únicamente hacer deporte o ir al gimnasio, también engloba la práctica de todas aquellas acciones recreativas o de ocio, caminatas o andar en bicicleta, actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos y ejercicios programados en el contexto de las labores diarias, familiares y comunitarias.

El ejercicio mejora la conectividad dendrítica de las neuronas y la estimulación neuronal mediante la acción de moléculas como serotonina, dopamina y noradrenalina, tal y como se ha comprobado en modelos experimentales de la enfermedad de Alzheimer.¹² En este sentido, no sorprenden las recomendaciones de la OMS (2016) en cuanto al ejercicio de actividades físicas: un promedio de 150 minutos semanales.¹⁰

La valoración de la condición física constituye, por tanto, un paso necesario en el proceso de prescripción del ejercicio físico en las personas adultas mayores, por razones de seguridad, eficiencia y control individual de los resultados.

Los ejercicios de resistencia moderada indicados para los adultos mayores¹¹ son:

- Nadar
- Andar en bicicleta
- Bicicleta estática
- Jardinería (cortar el pasto, usar el rastrillo)
- Caminar rápido en una superficie inclinada
- Trapear o escobillar el piso
- Jugar tenis en pareja
- Jugar voleibol
- Remar

Actividades sociales

La estimulación cognitiva es un proceso adaptado a las necesidades individuales, consistente en actividades que sustentan el funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cerebrales (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxis); si estas acciones se realizan en diferentes períodos de la vida pueden proteger contra la demencia o retrasar la aparición de la enfermedad.

Estudios, como el realizado por el proyecto japonés Mihama-Kiho, centrados en la combinación

entre actividad física y música, así como en el mantenimiento de una buena función cognitiva en las personas adultas mayores, han arrojado resultados positivos.¹³

Esto es así, debido a que la música estimula la sensibilidad, la actividad motriz y motora de los mayores, potencializándose por el contacto con otras personas.

Los ejercicios de estimulación cognitiva impulsan:

- Memoria
- Lenguaje
- Orientación
- Actividades sensoriales
- Lectura y escritura
- Resolución de problemas aritméticos
- Funciones ejecutivas

En líneas generales, la estimulación cognitiva proporciona un beneficio moderado y mejora la calidad de vida de las personas con demencia¹⁴ al promover, entre otras habilidades, la autonomía y autoestima del individuo.

Factores de protección no modificables

Genética

A lo largo de los últimos años de investigación en la Enfermedad de Alzheimer (EA) se ha evidenciado la existencia de numerosos factores genéticos de riesgo asociados al desarrollo de la enfermedad.

Estos factores de riesgo están basados en alteraciones genómicas conocidas como mutaciones puntuales en genes bien definidos como lo son: *APP*, *PSEN 1*, *PSEN2*, y *APOE*.^{15,16}

Los primeros tres genes incluyen variantes genéticas asociadas con la enfermedad de Alzheimer del tipo familiar y se sabe que promueven la formación de estructuras tóxicas para el cerebro conocidas como placas amiloideas.^{17,19}

En particular, el gen *APOE* de la apolipoproteína E, una proteína con la capacidad de transportar colesterol en el cerebro, guarda un fuerte vínculo con los procesos cognitivos y es el principal predictor de riesgo de EA, además de relacionarse con el rendimiento cognitivo en el envejecimiento saludable.^{20,21} *APOE* presenta tres isoformas que confieren una susceptibilidad diferencial a la enfermedad. *APOE* ε3 es la forma más frecuente en poblaciones blancas (78%)²²

y se cree que tiene efectos neutrales, mientras que APOE ε4 se presenta en menos del 20% de la población pero se expresa en el 50% de pacientes con EA, y su riesgo es variable dependiendo de si el individuo lleva uno o dos alelos APOE ε4.²²

Por otro lado, APOE ε2 es una variante rara (5% de frecuencia en la población) y se considera un factor protector dependiente del sexo.^{22,23} Esta tiene mayor afinidad por la lipoproteína HDL que las otras variantes genéticas y su mecanismo de acción no solo se basa en esta afinidad estructural. Así, investigaciones recientes han revelado que APOE ε2 exhibe los mejores resultados en la señalización del factor semejante a la insulina, así como en el transportador de la glucosa (GLUT4)⁵ mejorando el metabolismo de la glucosa en el cerebro.

Otro gen que disminuye el riesgo de la enfermedad es PICALM, este codifica una proteína clatrina que puede contribuir a la formación de placas amiloideas en el cerebro.²⁴ Se han asociado significativamente varios polimorfismos de este gen con la EA y el tráfico de péptido Aβ en el cerebro.²⁵ Además, se ha sugerido que su expresión en la microvasculatura reduce el riesgo de EA.²⁶

Sin embargo, en México, este tipo de estudios genéticos son muy caros, además de no estar disponibles para toda la población, por lo que lo ideal es comenzar la prevención con un chequeo constante de los niveles de glucosa, colesterol y de las lipoproteínas HDL y LDL. Así como incrementar la actividad física.

Epigenética: interacción entre factores modificables y no modificables

La epigenética actúa como mediador entre los factores ambientales y genéticos. Los estudios recientes en esta área han apuntado al papel que desempeñan los factores ambientales mediados por modificaciones del genoma, es decir, que resultan de cambios en la estructura de los cromosomas y en la función génica sin alteraciones en la secuencia de ADN.^{27,28} Puede entenderse, de este modo, que la epigenética es un mecanismo a través del cual el ambiente es capaz de modificar el fenotipo sin alterar el genotipo.²⁹

Estos cambios fenotípicos están relacionados con diferentes manifestaciones patológicas y están influenciados por una variedad de factores externos tales como la dieta, el envejecimiento o el tabaquismo.^{30,31,32} En el caso de la EA algunos



de los factores modificables antes mencionados, tales como la dieta o el estilo de vida se han asociado con cambios epigenéticos.^{31,33,34}

Hasta la fecha, además de los efectos ambientales, se han identificado más de veinte mecanismos epigenéticos,³⁵ todos ellos con un papel clave en la regulación de la transcripción en la expresión de genes. Estos incluyen, entre otros, el marcaje químico del ADN, la impronta genómica, las modificaciones de histonas o los ARNs no codificantes.³⁶

Esta área de investigación es de reciente interés y cada vez se va comprendiendo e investigando más acerca de esta relación ambiente frente a genoma o epigenética, y su asociación con las demencias principalmente en las mujeres.

Conclusiones

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un factor de riesgo en el desarrollo de demencia, mayor en mujeres que en hombres debido a la presencia de hipertensión. Conocer los factores protectores de la enfermedad puede contribuir a la prevención o reducción del riesgo de padecerla.³⁷ Estos grandes cambios de carácter preventivo comienzan con pequeñas modificaciones en el estilo de vida encaminadas al aumento de la actividad física, como salir a caminar en el transcurso del día, y a la incorporación de alimentos sanos en la dieta.

También, es necesario tener en cuenta el componente genético de la enfermedad. Hasta el día de hoy, los diversos estudios realizados muestran una susceptibilidad diferencial con base en el género en algunos factores (genéticos) de riesgo. Quizás la más significativa sea la interacción del sexo con los genotipos APOE, que altera el riesgo de padecer la enfermedad, siendo las mujeres más propensas a desarrollar deterioro cognitivo y EA que los hombres. Con estas evidencias resulta esencial tener en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres con el fin de mejorar nuestra comprensión de la neuropatología de la enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. CONAPO (Consejo Nacional de Población), 2007. 8.5 millones de mexicanos tienen 60 años o más. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2007/prensa302007.pdf>
2. Sosa AL. Epidemiología de las demencias. Envejecimiento Humano una visión transdisciplinaria. Instituto de Geriátria SSA; 2010.
3. Gutiérrez Robledo LM, Arrieta Cruz I. (coords.) Plan de acción Alzheimer y otras demencias. México. México: Instituto Nacional de Geriátria/Secretaría de Salud. 2014. Disponible en: http://inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/plan_alzheimer_WEB.pdf
4. Gilsanz P, Mayeda ER, Glymour MM, Quesenberry CP, Mungas DM, DeCarli C, Dean A, Whitmer RA. Female sex, early-onset hypertension, and risk of dementia. *Neurology*. 2017 Oct 31;89(18):1886-1893.
5. Keeney JT, Ibrahim S, Zhao L. Human ApoE Isoforms Differentially Modulate Glucose and Amyloid Metabolic Pathways in Female Brain: Evidence of the Mechanism of Neuroprotection by ApoE2 and Implications for Alzheimer's Disease Prevention and Early Intervention. *J. Alzheimers. Dis.* 2015 48(2):411-24
6. Berti V, Murray J, Davies M, Spector N, Tsui WH, Li Y, et al. Nutrient patterns and brain biomarkers of Alzheimer's disease in cognitively normal individuals. *J. Nutr. Health. Aging*. 2015 19(4):413-23.
7. Hügel HM, Jackson N. Polyphenols for the prevention and treatment of dementia diseases. *Neural. Regen. Res.* 2015 10(11):1756-8.
8. Ma X, Sun Z, Liu Y, Jia Y, Zhang B, Zhang J. Resveratrol improves cognition and reduces oxidative stress in rats with vascular dementia. *Neural. Regen. Res.* 2013. 8(22):2050-9. doi: 10.3969/j.issn.1673-5374.2013.22.004.
9. Sun ZK, Ma XR, Jia YJ, Liu YR, Zhang JW, Zhang BA. Effects of resveratrol on apoptosis in a rat model of vascular dementia. *Exp. Ther. Med.* 2014 7(4):843-848.
10. Organización mundial de la Salud. Actividad física en los adultos mayores. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/
11. Heredia Guerra LF. Ejercicio físico y deporte en los adultos mayores. *GEROINFO. RNPS.* 2006 2110. Vol. 1 No. 4.
12. Lin TW, Shih YH, Chen SJ, Lien CH, Chang CY, Huang TY, et al. Running exercise delays neurodegeneration in amygdala and hippocampus of Alzheimer's disease (APP/PS1) transgenic mice. *Neurobiol. Learn. Mem.* 2015 118:189-97.
13. Satoh M, Ogawa J, Tokita T, Nakaguchi N, Nakao K, Kida H, Tomimoto H. The effects of physical exercise with music on cognitive function of elderly people: Mihama-Kiho project. *PLoS One.* 2014 9(4):e95230.
14. Kim K, Han JW, So Y, Seo J, Kim YJ, Park JH, Lee SB, Lee JJ, Jeong HG, Kim TH, Kim KW. Cognitive Stimulation as a Therapeutic Modality for Dementia: A Meta-Analysis. *Psychiatry Investig.* 2017 Sep;14(5):626-639
15. Levy E, Carman MD, Fernandez-Madrid IJ, Lieberburg I, Power MD, Van Duinen SG, Bots G.Th.A.M, Luyendijk W, Frangione B. Mutation in the Alzheimer's disease amyloid gene in patients with hereditary cerebral hemorrhage with amyloidosis - dutch type. *Science*, 1990, 01 Vol. 248, Issue 4959, 1124-1126.

16. Rogaev E, Sherrington R, Rogaeva EA, Levesque G, Ikeda M, and Liang Y.. Familial Alzheimer's disease in kindreds with missense mutations in a gene on chromosome 1 related to the Alzheimer's disease type 3 gene. *Nature*. 1995, 376 (6543), 775.
17. Tanzi RE. A brief history of Alzheimer's disease gene discovery. *J Alzheimers Dis*. 2013, 33 Suppl 1:S5-13.
18. Nelson et al. Correlation of Alzheimer Disease Neuropathologic Changes With Cognitive Status: A Review of the Literature. *J Neuropathol Exp Neurol*. 2012, 71(5):362-81.
19. Karran E, Mercken M and De Strooper B.The amyloid cascade hypothesis for Alzheimer's disease: an appraisal for the development of therapeutics. *Nature Reviews Drug Discovery* 2011, 10, 698-712.
20. Raber J, Wong D, Yu GQ, Buttini M, Mahley RW, Pitas RE and Mucke L Apolipoprotein E and cognitive performance. *Nature*. 2000, 23; 404(6776):352-4.
21. Small BJ, Rosnick CB, Fratiglioni L and Bäckman L. Apolipoprotein E and cognitive performance: a meta-analysis. *Psychol Aging*, 2004, 19(4):592-600.
22. Attia J, Ioannidis J P, Thakkinstian A, McEvoy M, Scott R J, Minelli C & Guyatt, G. How to use an article about genetic association. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 2009, 301(2), 191-197.
23. Altmann A, Tian L, Henderson VW and Greicius MD. Sex modifies the APOE-related risk of developing Alzheimer disease. *Ann Neurol*. 2014, 75:563–573.
24. Cuccaro ML, et al. SORL1 mutations in early- and late-onset Alzheimer disease. *Neurol Genet*. 2016, 2(6): e116. doi: 10.1212/NXG.000000000000116.
25. Xiao Q, Gil SC, Yan P, Wang Y, Han S, Gonzales E, Perez R, Cirrito JR and Lee, JM. Role of phosphatidylinositol clathrin assembly lymphoid-myeloid leukemia (PICALM) in intracellular amyloid precursor protein (APP) processing and amyloid plaque pathogenesis. *J Biol Chem*. 2012, 15; 287(25):21279-89. doi: 10.1074/jbc.M111.338376.
26. Xu W, Tan L and Yu JT.The Role of PICALM in Alzheimer's disease. *Mol Neurobiol*. 2015, 52 (1):399-413. doi: 10.1007/s12035-014-8878-3.
27. Riggs AD, Martienssen RA, Russo VEA. Introduction. In *Epigenetic mechanisms of gene regulation* (ed. Russo VEA, et al.), NY: Cold Spring Harbor Laboratory Press, Cold Spring Harbor; 1996.
28. Felsenfeld G. A Brief History of Epigenetics. *Cold Spring Harb Perspect Biol* Jan; 2014, 6(1).
29. Barros SP and Offenbacher S. Epigenetics: connecting environment and genotype to phenotype and disease. *J Dent Res*. 2009, 88(5):400-8.
30. Tsang V, Fry R C, Niculescu M D, Rager J E, Saunders J, Paul D S, et al. The epigenetic effects of a high prenatal folate intake in male mouse fetuses exposed in utero to arsenic. *Toxicol. Appl. Pharmacol*. 2012, 264, 439–450.
31. Heyn H, Li HN, Ferreira HJ, Moran S, Pisano DG, Gomez A, Diez J, Sanchez-Mut JV, Setien F, Carmona FJ, et al. Distinct DNA methylomes of newborns and centenarians. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 2012, 109, 10522–10527.
32. Ambatipudi S, et al. Tobacco smoking-associated genome-wide DNA methylation changes in the EPIC study. *Epigenomics*. 2016, Vol. 8, No. 5, 599-618.
33. Qiu C, Kivipelto M, and von Strauss E. Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009, 11(2):111-28.
34. Chouliaras L, Rutten BP, Kenis G, Peerbooms O, Visser PJ, Verhey F, van Os J, Steinbusch HW, van den Hove DL. Epigenetic regulation in the pathophysiology of Alzheimer's disease. *Prog Neurobiol*. 2010, 90:498–510.
35. Mohtat D, Susztak K. Fine tuning gene expression: the epigenome. *Semin Nephrol* ; 2010, 30(5):468-76.
36. Inbar-Feigenberg M, Choufani S, Butcher DT, Roifman M, and Weksberg R. Basic concepts of epigenetics. *Fert. Steril*. 2013, 99, 607–615.
37. Mena Montes B, Torres Castro S, Rosas Carrasco O, Luna López A, Espinel Bermúdez MC. Factores de protección para la demencia en adultos mayores en México: ¿dónde estamos? En el libro: *Gerontología para la vida activa. Una propuesta regional*. México: Editorial Universidad Alas Peruanas y Universidad Estatal del Valle de Toluca, 2016. ISBN:978-612-47031-9-5

Envejecimiento y demencias en México desde una perspectiva de género



Yessica Sánchez Rangel

**Paloma Arlet Roa Rojas, Adrián Martínez Ruiz,
Luis Miguel Gutiérrez Robledo**

Paloma Arlet Roa Rojas

Psicóloga por parte de la Universidad Autónoma Metropolitana, Plantel Xochimilco; Maestra en psicología, con residencia en Neuropsicología clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México; Doctora en Psicología con orientación en Neurociencias de la conducta, por la Universidad Nacional Autónoma de México; Miembro titular de la Asociación Mexicana de Neuropsicología; Investigadora en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Geriátrica de México.

Adrián Martínez Ruiz

Médico cirujano por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; Especialidad en psiquiatría general y curso de alta especialidad en envejecimiento cognitivo y demencias en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS; Candidato a maestro en Ciencias Médicas por la UNAM; Investigador en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Geriátrica de México.

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Médico por la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle Medicina Interna por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"-UNAM; Médico especialista en Geriátrica por la Universidad de Grenoble Francia y Master en gerontología social Maestría en Biología del Envejecimiento por la Universidad de Paris VII (1997); Doctor en Ciencias Médicas (orientación Salud Pública – Epidemiología) por la Universidad de Burdeos; Director General del Instituto Nacional de Geriátrica.

La pirámide poblacional actual de México, presenta una cúspide cada vez más ancha. Este proceso tiene profundas e inmediatas implicaciones para los sistemas de asistencia social y de salud de nuestro país. Desafortunadamente, el país no está preparado para este cambio demográfico hacia el envejecimiento de la población. Además, es necesario pensar las tendencias actuales de la población mexicana hacia la longevidad desde una perspectiva de género. En este sentido, ubicamos dos ámbitos en los cuáles existen importantes diferencias en función del género. El primero, en el ámbito de la salud específicamente en la salud mental, las diferencias está relacionadas a la prevalencia de enfermedades crónicas y neurodegenerativas como las demencias. El segundo, en el ámbito referente a la ocupación, el cuidado de los y las adultas mayores en México está a cargo de mujeres. Si queremos que México se beneficie del potencial capital social que representan las adultas mayores entonces no debemos olvidar que las acciones enfocadas al tratamiento, pero sobre todo encaminadas a la prevención desde una perspectiva de género, son fundamentales a este respecto.

Palabras clave: *Envejecimiento, género, demencia, cuidadoras, salud.*

Introducción

En México, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida comparada con los hombres. El Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) reportó que en el 2016 la esperanza de vida al nacer era de 78 años para las mujeres y de casi 73 años para los hombres.¹ De acuerdo a datos reportados por este mismo instituto, entre el año 2000 y 2010, la población de personas adultas mayores creció a una tasa anual de 3.8%. En el 2010, el Censo de Población y Vivienda arrojó que hay 10 055 379 personas mayores de 60 años, lo que corresponde al 9.06% de la población;² y en la encuesta intercensal de 2015, se contaron 12 436 321 personas mayores de 60 años de los cuáles aproximadamente 6.2 millones eran mujeres, lo que corresponde al 10.4% de la población total.³

Se prevé que para el 2050 las mujeres de 60 años o más representen el 23.3% del total de la población femenina comparada con el 10.2% del 2014. Igualmente, existe diferencia entre el porcentaje de mujeres que residen en el área urbana y rural. Por ejemplo, se calcula que del total de la población adulta mayor que reside en zonas rurales, el 10% son mujeres.

Las anteriores cifras reflejan, por un lado, que la pirámide poblacional actual de México presenta una cúspide cada vez más ancha. Es decir, actualmente se calcula que existen más adultos mayores de 60 años que infantes de cero a cuatro años; y se prevé que esta proporción se duplique para el 2029. Este proceso tiene profundas e inmediatas implicaciones para

los sistemas de asistencia social y de salud de nuestro país.^{1,4} Por otro lado, muestran la importancia de generar programas y estrategias de atención y servicios de salud comunitarios en zonas rurales, ya que los servicios pueden llegar a ser escasos y de mala calidad.¹

Desafortunadamente, no existe una preparación para este cambio demográfico hacia el envejecimiento de la población. Los sistemas de seguridad social y de salud vigentes se encuentran en desventaja para enfrentar el reto de una demanda creciente de atención. Además, como podemos observar, es necesario pensar las tendencias actuales de la población mexicana hacia la longevidad desde una perspectiva de género. Es decir, tomar en cuenta las diferencias, pero sobre todo las implicaciones y los efectos que tiene el envejecer en México siendo hombre o mujer.

En este sentido, ubicamos dos ámbitos en los cuáles existen importantes diferencias en función del género. El primero, en el ámbito de la salud, específicamente de la salud mental, las diferencias están relacionadas con la prevalencia de enfermedades crónicas y neurodegenerativas. El segundo, en el ámbito referente a la ocupación, el cuidado de los y las adultas mayores en México está a cargo de mujeres. A continuación se desarrollarán ambos aspectos.¹

Salud mental y envejecimiento en México desde una perspectiva de género

En relación con la salud general, México tiene más de 2 millones de personas mayores que reportan un pobre estado de salud. De acuerdo con los datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) y la Encuesta Nacional de Salud en su última edición,^{5,6} más del 30% de las personas adultas mayores presenta dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, el 40% con síntomas de depresión y la mitad vive por debajo de la línea de pobreza.

Desde una perspectiva de género, a partir de datos obtenidos a través de ENASEM, sabemos que las adultas mayores mexicanas tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas comparadas con las prevalencias de estas en hombres⁷ como: hipertensión arterial sistémica (21.9% frente a 15.5% en hombres), diabetes mellitus tipo 2 (21.8% frente a 16.8% en hombres), cáncer (2.4% frente a 1.1% en hombres), enfermedad pulmonar (5.9% frente a 4.2% en hombres) y artritis (17.1% frente a 7.7% en hombres).

En cuanto al ámbito específico de la salud mental de las personas adultas mayores, las enfermedades mentales representan el 31% de los años de vida perdidos por discapacidad y la demencia es la primera causa.¹ Tomando en cuenta la perspectiva de género, al igual que las enfermedades crónicas, las enfermedades mentales más comunes tienen mayor prevalencia en las adultas mayores mexicanas que en los hombres. Por ejemplo, los síntomas depresivos clínicamente significativos presentan una mayor prevalencia en las mujeres (22.1%) comparado con los hombres (12.5%).¹ A pesar de que estos problemas son potencialmente tratables o prevenibles, existe un déficit importante en la realización del diagnóstico y tratamiento adecuado, lo que tiene consecuencias graves como la discapacidad y dependencia en la población.

Otro ejemplo de esto es la prevalencia de alteraciones de la cognición y de enfermedades neurodegenerativas como las demencias. Las demencias son un grupo de enfermedades neurodegenerativas de etiología diversa, que aquejan principalmente a personas adultas mayores de 60 años. Son enfermedades que afectan progresivamente las funciones mentales. Uno de los déficits predominantes es la afección de la memoria, sin embargo, también impacta otros dominios cognitivos como el pensamiento y la habilidad para realizar actividades de la vida cotidiana. Entonces, conforme la enfermedad progresa, la persona que la padece pierde la



Yessica Sánchez Rangel

capacidad de vivir de forma independiente, dando lugar a la dependencia y a las necesidades de asistencia. En este sentido, es una enfermedad multidimensional, que abarca todos los aspectos importantes de la vida de un individuo; y debido a ello suele ser devastadora no solo para quienes la padecen, sino para las personas cuidadoras principales, sus familias y la sociedad en su conjunto.⁸

En el mundo, la prevalencia de la demencia aumenta de forma exponencial de los 65 a los 85 años, duplicando esta cifra cada 5-6 años y estabilizándose a partir de los 85-90. En México, la prevalencia de demencia ha sido calculada con estudios de base poblacional realizados en las últimas dos décadas como el ENASEM, que estimó una prevalencia de demencia ajustada por edad y escolaridad del 6.1% en personas adultas mayores mexicanas.⁹ En nuestro país, el 8.3% de las adultas mayores presenta deterioro cognitivo (no demencia) frente al 6.3% en hombres, y el 9.1% presenta algún síndrome demencial comparado con el 6.9% de los hombres.¹⁰

Tomando en cuenta lo anterior, la carga económica es una de las principales preocupaciones, ya que cada vez se hace más visible en las cuentas nacionales de salud de nuestro país. En México, el rubro correspondiente al trabajo no remunerado en salud creció un 20% de 2008 a 2014. En este contexto, las demencias constituyen una fracción significativa de la carga económica de la enfermedad al envejecer, en particular, por los años vividos con discapacidad. Asimismo, las personas mayores con demencia, constituyen un grupo sumamente vulnerable; y con un elevado riesgo de deterioro de la calidad de vida.¹¹

Además, el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades demenciales requiere de estudios de laboratorio y gabinete, más la aplicación de pruebas neuropsicológicas. Sin embargo, existe un sub-diagnóstico importante de los síndromes demenciales dentro del sistema de salud. Generalmente, las alteraciones se detectan de manera tardía, cuando el deterioro ya está avanzado y el manejo de la enfermedad requiere técnicas mucho más complejas. Probablemente, esto se deba a que el costo en la atención de este tipo de pacientes es muy alto, los sistemas sociales no lo cubren o lo hacen solo parcialmente y las familias no tienen recursos para afrontar los mismos.¹²

La evidencia del costo de atención de un paciente con demencia es limitada (especialmente en países en vías de desarrollo), sin embargo,

se estima que llegó hasta los 818 miles de millones de dólares en el 2015, a nivel mundial, y se considera que el costo social es el más alto. Las personas que padecen de algún tipo de demencia tienen mayor probabilidad de presentar otra comorbilidad crónica lo que a su vez incrementa el gasto en salud hasta un 300%.⁸

Entonces, las adultas mayores de México son una población con mayor prevalencia de enfermedades crónicas y neurodegenerativas; que deben ser atendidas y controladas para que sigan sanas y activas; y así prevenir o retrasar las discapacidades.

El cuidado de las personas adultas mayores en México desde una perspectiva de género

Ahora bien, otro importante ámbito a considerar es el relacionado a la ocupación. Tomando en cuenta la perspectiva de género, a partir de datos obtenidos a través de ENASEM, sabemos que existen grandes diferencias con referencia al empleo. Por ejemplo, en cuanto al empleo formal, el 68.5% de los hombres trabajan, mientras que solo el 27.2% de mujeres lo hacen. Sin embargo, esta diferencia se invierte para algunos de los trabajos menos remunerados como lo es el trabajo doméstico, donde el 57.4% de mujeres trabaja en casa, mientras que para los hombres es el 1.4%.

En cuanto al estado civil, los porcentajes de personas adultas mayores viudas (8% hombres frente a 22.4% mujeres), solteras y separadas (10.6% hombres frente a 18.7% mujeres) son superiores en mujeres que en hombres. Además, el porcentaje de personas adultas mayores casadas o en pareja es mayor para hombres que para mujeres (81.4% hombres frente a 58.9% mujeres).⁷ Tomando en cuenta lo anterior, podemos inferir que lo predominante en México es la presencia de las mujeres en el hogar. Motivo por el cual, el cuidado de las personas adultas mayores en México está a cargo de ellas. Por ejemplo, algunos resultados obtenidos a través del estudio 10/66 demuestran que, en Latinoamérica, el 84% de las personas que se encargan del cuidado de las personas adultas mayores con demencia son mujeres.¹³



En otro estudio llevado a cabo en la Ciudad de México, se reportó que las mujeres componen el 82% de las personas que se dedican al cuidado de pacientes con demencia, de las cuáles las hijas(os) representan el 52%, la pareja representa el 27% y otros familiares solo el 20.5%.¹³ El tiempo que permanecen al cuidado de la persona mayor con demencia es, en promedio, 6 días a la semana y 15 horas por día, sin embargo, el 52% de las 175 personas cuidadoras incluidas en el estudio reportaron dedicarse a ello de tiempo completo.¹³

Ahora bien, a menudo se piensa que en los países de América Latina, las grandes familias intergeneracionales pueden afrontar la demencia y así disminuir los efectos negativos del cuidado, sin embargo, resultados obtenidos también a través del estudio 10/66 en América Latina, África, China e India, demuestran que el nivel de estrés de las y los cuidadores puede ser tan alto como los niveles encontrados en países europeos o en los Estados Unidos de América.¹⁴

En el año 2013, se reportó un estudio cualitativo sobre lo que representa (sentido común, percepción, experiencia cotidiana) la enfermedad para un grupo de cuidadoras de personas adultas mayores mexicanas con demencia en etapa leve (diagnóstico menor a un año), a través de entrevistas semi-

estructuradas a domicilio; 80% hijas y 20% esposas de la persona con demencia. Mediante el análisis de la frecuencia de las palabras reportadas en cada entrevista, las cuidadoras informaron: pérdida de memoria 90%, enfermedad 90%, alto costo 80%, tratamiento 80%, estrés y sufrimiento 70%.¹⁵

Cuando la atención a la persona adulta mayor con demencia rebasa las capacidades del cuidador/a ocurre el agotamiento, llamado sobrecarga o agobio. Esta situación pone en riesgo el futuro cuidado de quien padece la enfermedad, aumentando las probabilidades de su institucionalización, con todo lo que esto implica. Se ha reportado que las y los cuidadores tienen un nivel más alto de síntomas por sobrecarga (depresión, trastornos del sueño, etc.),¹⁶ además de hábitos de salud deficientes (conducta sedentaria, dietas inadecuadas). También se ha reportado que algunas personas cuidadoras con depresión están más propensas a presentar alteraciones a nivel fisiológico como tener una alta reactividad plaquetaria, lo que constituye un riesgo cardiovascular.¹⁷

En otro estudio realizado en México (Mexicali) y Argentina, con 130 personas cuidadoras familiares, de las cuáles el 77% eran mujeres, se demostró que una mejor calidad de vida está relacionada a las fortalezas personales,¹⁸ en

específico, los hallazgos se centran en el sentido de coherencia definido como: la capacidad y orientación global con las cuales el individuo, con un persistente y dinámico sentido de confianza, encara los estímulos emanados de los medios internos y externos.

Entonces, la detección oportuna y pertinente de la sobrecarga de quien se encarga de los cuidados es sumamente importante ya que permite garantizar tanto su integridad física, mental y espiritual; como las del propio paciente.

Conclusiones

En resumen, el sistema sanitario de México no está preparado para los retos que implica el envejecimiento poblacional, con el sesgo de género que lo acompaña. No se tienen los recursos económicos, y hay muy poco personal dedicado al cuidado de las personas mayores que esté entrenado especialmente para el seguimiento de pacientes con demencia.

Como se menciona al principio de este texto, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida comparada con la de los hombres, sin embargo, esto no representa una ventaja para ellas, ya que, como podemos observar, las condiciones de vida asociadas al envejecimiento más la desigualdad de género, suponen una barrera importante para lograr el envejecimiento exitoso en este grupo poblacional. Además, el presentar una mayor expectativa de vida también aporta una mayor probabilidad de presentar otras enfermedades relacionadas con el envejecimiento como es el caso del deterioro cognitivo y la demencia, lo que a su vez representaría un periodo mayor de enfermedad o discapacidad.

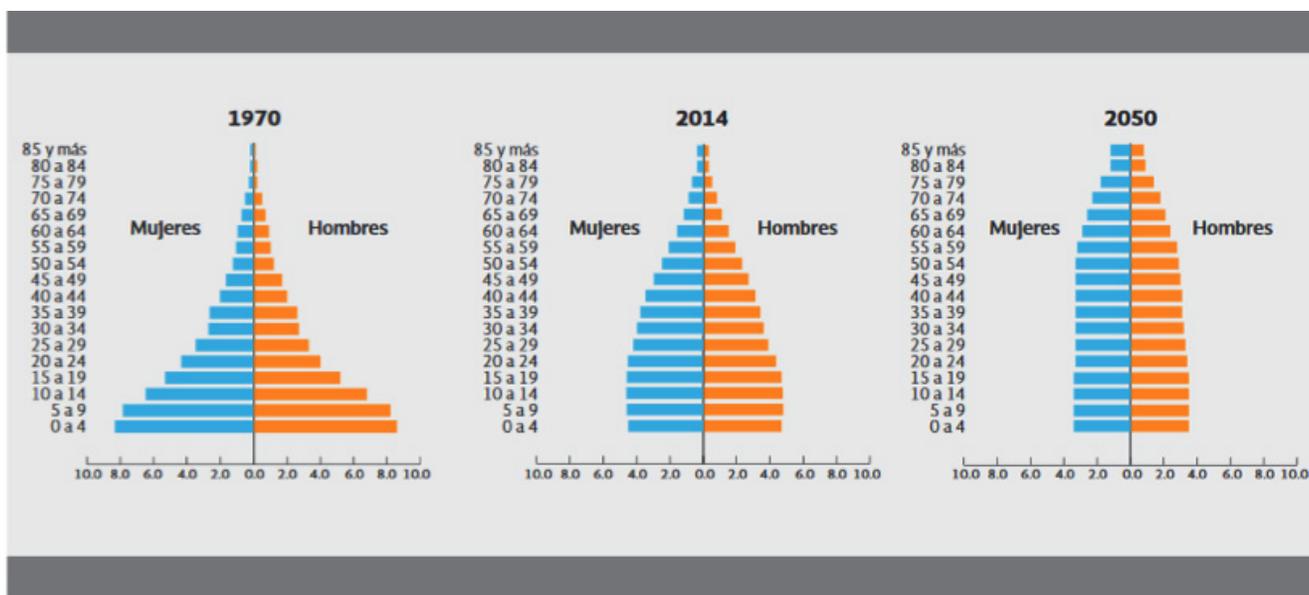
En conclusión, antes de enriquecerse, México envejece; y el cambio demográfico amenaza con convertirse en una vulnerabilidad más, que se suma a las insuficiencias en el crecimiento económico que atravesamos. Si queremos que México se beneficie del potencial capital social que representan las personas adultas mayores entonces no debemos olvidar que las acciones enfocadas al tratamiento, pero sobre todo enfocadas a la prevención desde una perspectiva de género, son fundamentales a este respecto. Necesitamos construir una “cultura del cuidado” desde una perspectiva de género que coloque a los y las adultas mayores en el centro de la atención y además, promover el diálogo y la solidaridad intergeneracional.

1. Instituto Nacional de las Mujeres, editor. Situación de las personas adultas mayores en México [Internet]. Centro de documentación del INMUJERES. Instituto Nacional de las Mujeres; 2015. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101242_1.pdf.
2. Censo de población y vivienda 2010. Perfil sociodemográfico de adultos mayores/ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, c 2014. VIII 124p, ISBN 978-607-739-00-9.
3. Encuesta intercensal 2015. Principales resultados de la encuesta intercensal 2015: Estados Unidos Mexicanos / Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, c 2015. Xi 122p.
4. Gomez Dantes H, García Peña MC, Sánchez García S, Rosas Carrasco O, Campuzano Rincón JC y Lozano R. Escenarios de la dependencia en México. En: Gutierrez Robledo LM, García Peña MC y Jiménez Bolon JE editores. Envejecimiento y dependencia realidades y previsión para los próximos años, documento de postura. 1ra ed. Ciudad de México, México; Intersistemas; 2014.
5. Mejía-Arango S, Gutierrez LM. Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study. *J Aging Health*. 2011;23(7):1050-74. Eng.
6. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: ENSANUT 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
7. Wong R, Michaels-Obregon A, Alberto P. Cohort Profile: The Mexican Health and Aging Study (MHAS). *International Journal of Epidemiology*, 2015, 46 (2): e2-e2.
8. Roa Rojas P, Martínez Ruiz A, García Peña MC. Marco Conceptual. En: Gutiérrez Robledo LM, García Peña MC, Roa Rojas P, Martínez Ruiz A editores. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud. 1ª ed. Ciudad de México: Intersistemas: 2017 p.1-18.
9. Sosa Ortiz AL, Astudillo García, Acosta Castillo GI. Situación epidemiológica actual. En: Gutiérrez Robledo LM, García Peña MC, Roa Rojas P, Martínez Ruiz A editores. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud. 1ª ed. Ciudad de México: Intersistemas: 2017 p.19-36
10. Wong Rebeca, et al. Progression of aging in Mexico: the Mexican Health and Aging Study (MHAS) 2012. *Salud pública de México*, 57, 2015: p. 79-89.
11. Gutiérrez Robledo LM, García Peña MC, Roa Rojas P, Martínez Ruiz A. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud. 1ª ed. Ciudad de México: Intersistemas: 2017.
12. García-Peña MC, Gonzalez-Gonzalez C. La enfermedad crónica y los costos de la salud al envejecer. México: Geriatria. 2013.
13. Rosas-Carrasco Ó, Guerra-Silla Mde G, Torres-Arreola Ldel P, García-Peña C, Escamilla-Jiménez CI, González-González C. Caregiver burden of Mexican dementia patients: the role of dysexecutive syndrome, sleep disorders, schooling and caregiver depression. *Geriatr Gerontol Int*. 2014;14(1):146-52.
14. Prince M. 10/66 Dementia Research Group. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004, 19 (2): 170-177.
15. Juárez-Cedillo T, Jarillo-Soto EC, Rosas-Carrasco O. Social Representation of Dementia and Its Influence on the Search for Early Care by Family Member Caregivers. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2014;29(4):344-53.
16. von Känel R, Ancoli-Israel S, Dimsdale JE, Mills PJ, Mausbach BT, Ziegler MG, Patterson TL, Grant I. Sleep and biomarkers of atherosclerosis in elderly Alzheimer caregivers and controls. *Gerontology*. 2010;56(1):41-50
17. Aschbacher K, Roepke SK, von Känel R, Mills PJ, Mausbach BT, Patterson TL, Dimsdale JE, Ziegler MG, Ancoli-Israel S, Grant I. Persistent versus transient depressive symptoms in relation to platelet hyperactivation: a longitudinal analysis of dementia caregivers. *J Affect Disord*. 2009;116(1-2):80-7.
18. Trapp SK, Perrin PB, Aggarwal R, Peralta SV, Stolfi ME, Morelli E, et al. Personal Strengths and Health Related Quality of Life in Dementia Caregivers from Latin America. *Behav Neurol*. 2015; 507196.

Desciframos

México se encuentra en un proceso de envejecimiento acelerado, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que, hasta el 2017, vivían en el país 12 973 411 personas de 60 y más años, de las cuales 53.9% eran mujeres y 46.1% hombres. Para el 2050, se conjetura que más de una cuarta parte de la población mexicana pertenecerá a este rango etario; la pirámide poblacional perderá su forma triangular para convertirse en un rectángulo abultado, propio de las sociedades envejecidas.

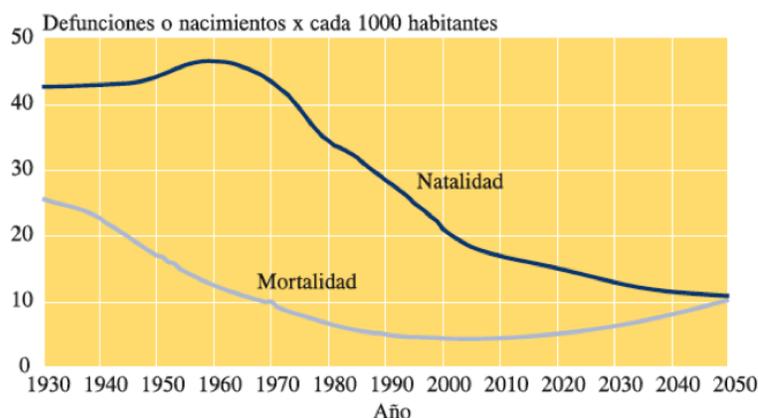
Gráfica 1
Estructura de la población por sexo y edad



Fuente: INEGI, CENSO GENERAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA, 1970
 INMUIJERES CON BASE EN CONAPO. PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN 1990-2009 Y 2010-2050

La transición demográfica se debe primordialmente a dos factores: el descenso de la mortalidad y la natalidad.

Gráfica 2
La transición demográfica de México, 1930-2050



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

El aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población traen como consecuencia la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, entre las que sobresalen las demencias. Cifras internacionales estiman que entre el 5 y 10% de las personas mayores de 60 años padecen algún tipo de demencia. Las principales son:

- La enfermedad de Alzheimer (EA): 50-70%
- Demencia vascular: 30-50%, y
- Otras formas de demencia, algunas asociadas a patología sistémica (diabetes, hipotiroidismo), infecciones (SIDA) o entidades nosológicas específicas de causa degenerativa y/o genética (enfermedad de Pick, demencia frontotemporal, demencia tipo Lewy, complejo demencia-Parkinson, etc.).

La proyección de la población mexicana que será afectada por la EA para el 2050 alcanzará la cifra de más de 3.5 millones, por lo que el impacto en el sistema de salud será severo, tanto para las y los enfermos como para las personas cuidadoras.

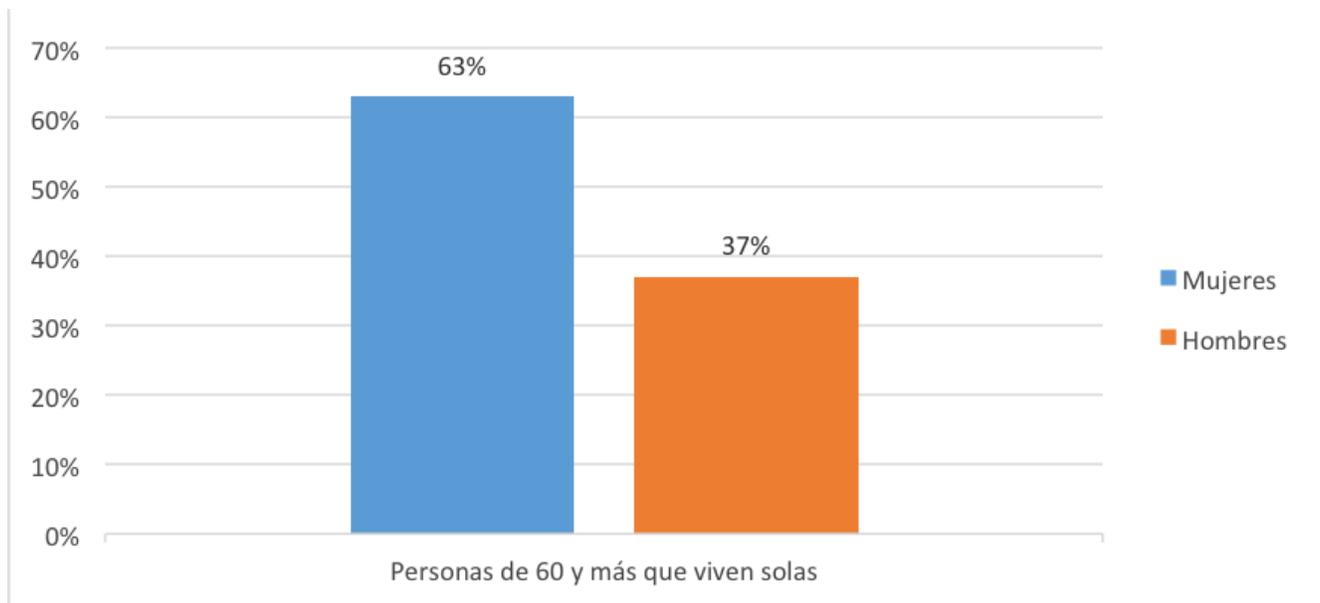
Diversos estudios han demostrado que el número de prevalencia de la EA es similar entre hombres y mujeres; sin embargo, el total de casos es mayor en las mujeres. Esto se explica, posiblemente porque los hombres mueren antes de que la enfermedad tenga oportunidad de desarrollarse. Es decir, las mujeres viven más tiempo con esta enfermedad y se suma a esta carga los trabajos de cuidadora que las convierte no solo en receptoras sino también en proveedoras de cuidados, lo que deteriora considerablemente su salud.

Las personas adultas mayores tienen el derecho a recibir la seguridad social que les garantice el derecho a la protección de la salud, la asistencia médica y los servicios necesarios para su bienestar; sin embargo, la oferta de geriatras es insuficiente, existen únicamente 401 especialistas certificados o recertificados, avalados por el Consejo Mexicano de Geriátrica (2017).

En las naciones europeas han calculado que debe existir un especialista por cada 5 mil personas de 60 y más años; es decir, con casi 13 millones de personas en este rango de edad, existe un déficit de casi 2200 médicas/os especialistas.

Esta carencia de servicios especializados, aunado a los costos de los mismos, constituye a la familia como la fuente principal de apoyo en la atención de personas dependientes de 60 y más años. Sin embargo, datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2016 señalan que en el país hay 1.6 millones de personas de 60 y más años que viven solas y la mayoría son mujeres.

Gráfica 3
Personas de más de 60 años que viven solas

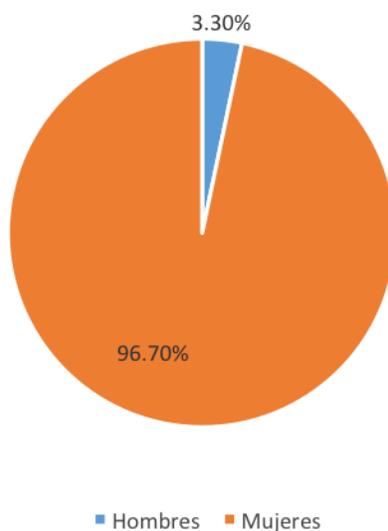


Por otro lado, de acuerdo con un artículo publicado por la Alzheimer's Association, el perfil más frecuente de las personas cuidadoras es el de la hija de entre 40-50 años, casada y con hijos/as. Muchas de ellas trabajan fuera del hogar, no tienen ninguna formación en el cuidado de personas dependientes, no están remuneradas y desarrollan una jornada de trabajo sin límites establecidos.

Es común que quien se encarga de los cuidados de la persona que vive con Alzheimer pueda desarrollar desgaste físico, psicológico y problemas de salud en general.

Acorde con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), al tercer trimestre de 2016 eran aproximadamente 286 mil las personas encargadas del cuidado de hombres y mujeres dependientes en México; el 96.7 por ciento de dichas personas eran mujeres.

Gráfica 4
Personas cuidadoras



El 90.1% de estas personas cuidadoras son subordinadas y remuneradas, 9.2% trabajan por su cuenta, 0.4% son trabajadoras no remuneradas y 0.3% son empleadoras.

Sus jornadas laborales promedian 38.5 horas a la semana con un salario promedio de 24.3 pesos por hora trabajada; aunque se aprecia disparidad entre hombres y mujeres, ya que estos ganan 36.3 pesos por hora trabajada, mientras que las mujeres únicamente 23.9 pesos.

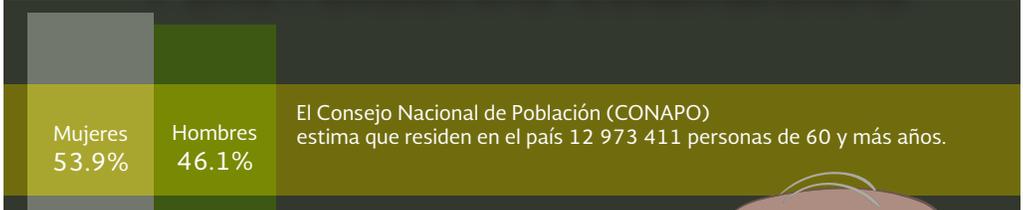
Vista desde todas sus aristas, la Enfermedad del Alzheimer se manifiesta como un problema de salud pública con afectación primordialmente femenina.

Referencias bibliográficas

1. http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf
2. http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Envejecimiento_de_la_poblacion_de_Mexico__reto_del_Siglo_XXI
3. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Alz-03.pdf>
4. <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2015/gm155p.pdf>
5. http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017_556.html
6. <http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/582/58222911/Las+mujeres+en+la+toma+de+decisiones+y+la+salud+mental/1>
7. https://www.alz.org/alzwa/documents/alzwa_resource_cult_el_papel_del_cuidador.pdf
8. http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cuidadores2017_Nal.pdf



ENVEJECIMIENTO, DEMENCIA Y LAS PERSONAS CUIDADORAS



5 al 10% de las personas mayores de 60 años padecen algún tipo de demencia.

En México se estima que existen alrededor de 800 000 personas afectadas.

La enfermedad de Alzheimer acapara entre un 60% y un 70% de los casos.

La demencia es uno de los factores que más contribuyen a la discapacidad y a la dependencia en las personas adultas mayores.



PERSONAL MÉDICO CERTIFICADO

En México solo existen 401 profesionistas en medicina certificados o recertificados, avalados por el Consejo Mexicano de Geriátrica (2017).

Es decir, por cada 32 352 personas de 60 años y más únicamente existe 1 especialista en sus cuidados.

LAS Y LOS CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES

Durante el tercer trimestre de 2016 eran aproximadamente 286 mil las personas dedicadas al cuidado de personas dependientes en México.

97 de cada 100 personas que desempeñan esta actividad son mujeres.

0.4 % no están remuneradas.

Las personas dedicadas al cuidado ganan en promedio:

| | | |
|---------|------|-------------------------|
| Hombres | 36.3 | pesos por hora laborada |
| Mujeres | 23.9 | |



Se estima que, a nivel mundial, el número de personas mayores de 60 años se duplicará para el 2030 y se triplicará para el 2050.

FUENTE: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
<http://www.fedma.mx/preguntas-frecuentes.php>
http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017_556.html
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cuidadores2017_Nal.pdf

Still Alice

Beatriz Angélica Jiménez Gallegos¹



Still Alice, 2015 es un filme escrito y dirigido por Richard Glatzer y Wash Westmoreland, basado en un guion adaptado de la novela homónima de Lisa Genova, escritora y neurocientífica, que aborda el proceso de deterioro físico y mental de una mujer de 50 años diagnosticada con Alzheimer prematuro.

Alice Howland (interpretada por Julianne Moore) es profesora de lingüística de la universidad de Columbia, en Nueva York, quien ve mermada su vida y su carrera por esta enfermedad que la despoja de sus recuerdos, de su personalidad y de lo que siempre le dio a sentido a su vida: las palabras.

La protagonista es una mujer heterosexual de clase acomodada que vive con su esposo; después de haber consolidado su carrera y de haber criado a dos hijas y un hijo, Alice se dedica a impartir clases sobre lingüística, sin embargo, los episodios de pérdida de memoria la orllan a buscar ayuda médica y, después de algunos estudios, es diagnosticada con Alzheimer.

¹ Beatriz Angélica Jiménez Gallegos. Licenciada en Literatura y ciencias del lenguaje, Maestra en estudios de la mujer y editora de la revista Género y Salud en cifras.

A partir de ese momento, su deterioro comienza a acelerarse drásticamente obligándola a abandonar su profesión, sus hobbies, a pensar, incluso, en el suicidio el cual se ve frustrado por la misma enfermedad.

Aunque cuenta con el apoyo de su familia, Alice hace evidente la desolación que aqueja a quien padece esta enfermedad, pues no son solo los recuerdos lo que se pierde, es el control del cuerpo y la propia identidad se va difuminando con el transcurso del tiempo, a la cual la protagonista intenta aferrarse a pesar de todo.

El Alzheimer es una demencia que afecta funciones intelectuales como son el lenguaje, la atención, percepción, cálculos, orientación, visuoespacialidad, además de las implicaciones en la conducta. En síntesis esta enfermedad afecta a las personas que la padecen de manera integral, lo cual se retrata en la película de manera excepcional.

En todo el mundo, la proporción de mujeres que son diagnosticadas con Alzheimer es más alta que la de hombres que lo padecen, las causas aún no son cien por ciento comprobables, sin embargo, pueden estar relacionadas con la mayor esperanza de vida que tienen las mujeres con respecto a los hombres; sin embargo, en el caso del Alzheimer prematuro se trata de un gen que porta la enfermedad y se transmite de manera hereditaria, su tasa de incidencia es de tan solo entre 1 y 5% de quienes padecen la enfermedad, y los síntomas comienzan a presentarse desde los 40 o 50 años de edad.

Según el informe Women and dementia de Alzheimer's Disease International, hasta 2014, las mujeres integraban el 62% de personas que superaban los 80 años de vida. La población está envejeciendo de manera veloz sobre todo en Latinoamérica, África, Asia y el Caribe lo que provoca que la prevalencia de demencia en el mundo se eleve. Para el año 2050, el 71% de personas con demencia estarán localizadas en países de bajos ingresos.

Still Alice, retrata de manera emotiva el avance de la enfermedad y el consecuente declive físico y mental de la protagonista, al respecto, cabe preguntarse cómo se desarrollaría la historia en el contexto de un país en vías de desarrollo, en donde la salud es un privilegio al que no todas las personas pueden acceder cabalmente.

Alice, la protagonista de la película, poseía una situación económica desahogada por ello tuvo la oportunidad de irse a vivir a la playa, abandonar su trabajo y contratar gente que la ayudara tanto a las tareas domésticas como a las de cuidado personal, no obstante, es imprescindible analizar la situación de países como el nuestro en el que la mayoría de la población es de escasos recursos y las mujeres no solamente padecen en mayor prevalencia la demencia, sino que, además, tradicionalmente fungen como cuidadoras de toda la familia.

Es necesario implementar más políticas públicas con perspectiva de género que atiendan esta enfermedad que va en aumento, que se enfoquen en la salud física y mental de las personas que padecen el trastorno así como en la de la familia y personas cercanas que se encargarán de los cuidados posteriores.

Referencias bibliográficas

1. Erol R, Brooker D, Peel E., Women and dementia, a global research review, Londres: Alzheimer's disease international; 2015.
2. Genova L. Still Alice, Estados Unidos: Simon & Shuster; 2014.
3. Glatzer R, Westmoreland W. Still Alice, Estados Unidos: Killer Films, Backup Media, Big Indie Pictures, BSM Studio; 2014,101 min.



CONGRESO ANUAL DE LA FEDERACIÓN MEXICANA DE ALZHEIMER



"En tu fragilidad te acompañaré"

24 al 26 de Mayo del 2018
Aguascalientes, Ags.

Te esperamos en la tierra de la gente buena

Congreso Anual de la Federación mexicana de Alzheimer "En tu fragilidad te acompañaré"

El Congreso Nacional sobre la Enfermedad de Alzheimer, que se realizará del 24 al 26 de mayo del 2018, tiene como objetivo concientizar, sensibilizar, informar y educar a la comunidad médica, profesionales de la salud (enfermeras/os, terapeutas físicos, ocupacionales, psicólogos/os, etc.), a la familia, a la persona cuidadora y al público en general, con respecto a la urgente necesidad de atender esta enfermedad de manera multi-disciplinaria.

Para mayor información, consultar el siguiente enlace: <http://www.fedma.mx/>



Conferencia Internacional de la Asociación Internacional del Alzheimer

La Conferencia Internacional de la Asociación Internacional del Alzheimer (Alzheimer's Association International Conference® 2017 AAIC®) es un congreso dedicado a presentar los avances científicos sobre demencias. Cada año, la AAIC reúne a investigadores/as líderes en el mundo, médicos/as y a la comunidad dedicada al cuidado de la salud para compartir hallazgos sobre los métodos de prevención y tratamiento, así como mejoras en los diagnósticos para la enfermedad de Alzheimer y otro tipo de demencias.

La AAIC 2018 se llevará a cabo en Londres, Inglaterra en julio de 2018 en donde se presentarán investigadores/as de más de 70 países que trabajarán y discutirán sobre los resultados y teorías más recientes sobre la demencia.

Para mayor información, consultar el siguiente enlace: <https://www.alz.org/aaic/about/overview.asp>



Curso Habilidades De Cuidado - Cuidado De La Demencia

Este curso se enfoca en las distintas formas de demencia, los síntomas, causas y cómo afectan la vida de las personas que viven con estos trastornos.

Resultados del aprendizaje

- Las diferentes formas y etapas de la demencia
- Los síntomas de la demencia
- La demencia puede tener impacto sobre las personas que viven con la condición
- Las diversas características de la enfermedad temprana, moderada y severa de Alzheimer
- ¿Cómo comunicarse eficazmente con una persona que vive con demencia?
- ¿Cómo desarrollar, diseñar e implementar un plan de actividades para la persona con demencia en función de sus necesidades específicas?

Para mayor información, consultar el siguiente enlace: <https://alison.com/>

Emite CNDH recomendación general para eliminar en instituciones de salud la violencia obstétrica y prácticas que vulneren los derechos humanos de las mujeres



Con objeto de describir y visibilizar la violencia obstétrica y eliminar toda práctica que vulnere los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) emitió la Recomendación General 31/2017, para contribuir a que las autoridades de salud identifiquen y combatan aquellas violaciones a derechos humanos de las mujeres en ocasión de la atención obstétrica. Recomienda a dichas instituciones diseñar y poner en práctica una política pública de prevención de violaciones de derechos fundamentales de las mujeres en gestación, centrada en su reconocimiento como protagonistas en la relación materno-fetal, que atienda las perspectivas de derechos humanos y de género.

La Recomendación está dirigida a los titulares de las Secretarías de Salud, de la Defensa Nacional y de Marina; Gobernadora y Gobernadores de las entidades federativas; Jefe de Gobierno de la Ciudad de México, y Directores Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de Petróleos Mexicanos.

Deben impulsarse acciones de capacitación y sensibilización continua del personal de salud de la atención gineco-obstétrica, para contrarrestar prejuicios basados en la discriminación de las mujeres y para el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas; así como proporcionar información a las mujeres usuarias sobre sus derechos y cómo ejercerlos.

La CNDH recomienda también a las citadas autoridades se asuman acuerdos sobre requerimientos técnicos y humanos, y se programe el presupuesto necesario para ampliar y mejorar la infraestructura hospitalaria; que en urgencias se cuente con médicos que atiendan en forma adecuada; que la atención médica sea digna, respetuosa y con perspectiva de género; se implemente en todas las instituciones el “Modelo de Atención a Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro”, de la Secretaría de Salud.

Además, recomienda que se difundan los derechos humanos de las mujeres, durante la atención del embarazo, parto y puerperio; se fortalezca la vinculación de las parteras y parteros tradicionales al Sistema Nacional de Salud, y se integre el estudio de la violencia obstétrica en los congresos, simposios, foros, seminarios, coloquios, cursos y talleres, orientados al desarrollo académico de médicos y/o especialistas, tomando en cuenta esta Recomendación General.

Cabe señalar que esta Comisión Nacional consideró que además de las instituciones a quienes se les dirigió la Recomendación, es deseable que en las instituciones públicas de educación superior, formadoras de médicos cirujanos, especialistas en ginecoobstetricia y enfermería, se imparta al alumnado del pregrado y posgrado, un taller de sensibilización en materia de derechos humanos; lo anterior vinculándolo en el marco de la atención obstétrica y atendiendo los enfoques de género e interculturalidad, por lo cual, con respeto a su autonomía y normatividad se les envió copia de la Recomendación General.

Para mayor información, consultar el Comunicado de Prensa DGC/268/17 disponible en: www.cndh.mx

Invitación para publicar

La revista **Género y salud en cifras** se enfoca en la difusión de distintos análisis sobre el tema de género en salud para avanzar hacia la igualdad de oportunidades y lograr el respeto a la protección de la salud de mujeres y hombres, en el marco de la no discriminación por sexo. Por esta razón es que invitamos a especialistas y personas estudiosas de la materia a colaborar con sus investigaciones.

Nuestros criterios de publicación son los siguientes:

1. Las colaboraciones pueden ser ensayos, artículos de divulgación científica o especializada, testimonios o reseñas inéditas o reelaboraciones de materiales ya publicados. Es fundamental que estén documentadas de forma adecuada y que incorporen el análisis de género en salud.

2. Emplear letra Arial de 12 puntos a doble espacio (10 puntos para las citas, pies de página y referencias bibliográficas), con extensión máxima de 20 a 25 cuartillas (incluyendo cuadros, gráficas, figuras y referencias bibliográficas), en el caso de ensayos y artículos de divulgación. Los testimonios o reseñas tendrán una extensión de 10 a 15 cuartillas. Las páginas deben estar numeradas y enviarse en archivo en formato Word.

3. Incluir un resumen de 250 palabras y de tres a cinco palabras clave que reflejen los principales temas abordados en la colaboración.

4. Enviar, como anexo, la semblanza curricular de quienes ostenten la autoría, indicando el correo electrónico que autoriza para su publicación.

5. Manejar lenguaje incluyente, no androcéntrico ni sexista, usando términos neutros o con referencia a cada sexo y evitando cualquier forma de estereotipación, discriminación, exclusión social o expresión de fobias. Es conveniente utilizar una narración en tercera persona del singular y una redacción clara y explicativa.

6. Incorporar a pie de página solo notas aclaratorias e indicarlas con números romanos en superíndice (i, ii, iii, iv).

7. Los datos estadísticos deberán presentarse desagregados por sexo. Se considerarán cuadros los tabulados de cifras; las gráficas serán la representación visual de datos y/o valores numéricos en forma de columnas, líneas, círculos, barras, áreas y dispersión, entre otras y finalmente, las figuras son dibujos, flujogramas, calendarios, mapas o imágenes utilizadas como apoyo para la exposición de datos diversos. Se numerarán en el orden que aparecen en el texto y deberán enviarse los datos de origen en un archivo Excel.

8. Utilizar el método de citación bibliográfica Vancouver, con las referencias de bibliografía en números arábigos en superíndice ^(1, 2, 3). Para consultar este tipo de citación se sugieren los siguientes hipervínculos:

1. <http://www.biblioteca.udep.edu.pe/wp-content/uploads/2011/02/Guia-ElabCitasy-Ref-Estilo-Vancouver.pdf>

2. Versión en Power Point: <http://www.slideshare.net/leamotoya/vancouver-3276422>

Los artículos serán objeto de una revisión técnica, del dictamen de dos especialistas y de la aprobación final del Comité Editorial; proceso en el que se valoran los textos de manera respetuosa y propositiva respecto al diseño metodológico (introducción, objetivos, desarrollo del tema y conclusiones), el análisis de la evidencia empírica, la originalidad y oportunidad de la información. Se mantendrá comunicación con las y los autores a quienes se les notificará si su trabajo fue o no aceptado.

Envío de colaboraciones o solicitud de informes: gysenc@gmail.com

www.cnegsr.salud.gob.mx