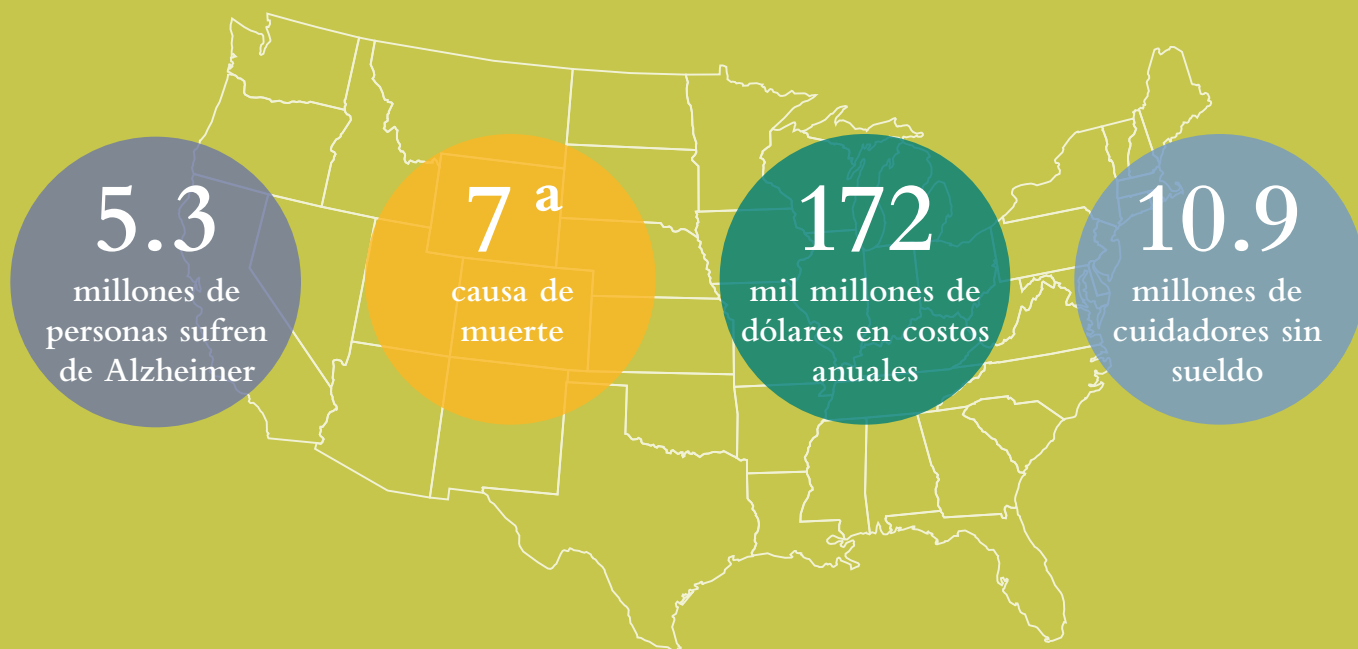


2010

Reporte Especial: Raza, Etnicidad y la Enfermedad de Alzheimer

Extracto de “Hechos y Cifras de la Enfermedad de Alzheimer 2010 (*2010 Alzheimer’s Disease Facts and Figures*)” de la Asociación de Alzheimer.



Posturas de la Asociación de Alzheimer sobre diversidad e inclusión

Definición de diversidad

La Asociación de Alzheimer reconoce un concepto amplio de la diversidad que incluye, aunque no se limitan a, consideraciones de raza, etnicidad, género, edad, nivel socio-económico, orientación sexual; región, lugar o nación de origen; religión, idioma y discapacidad.

Definición de Inclusión

La Asociación de Alzheimer es incluyente respecto de la diversidad de quienes la constituyen y se asegura de que se les dé la entrada y bienvenida a sus intereses y necesidades y de que éstas sean tomadas plenamente en cuenta dentro de nuestras múltiples plataformas, actividades de misión y prácticas de negocios.

Declaración de diversidad e inclusión

En la Asociación de Alzheimer, la diversidad es esencial e integral en lo que respecta a nuestra misión. Es vital en cuanto a lo que realizamos y es una promesa que hacemos a aquellos a los que les servimos. Nuestro equipo de dedicados profesionales entiende que valorar la diversidad y la inclusión resulta crítico para el éxito de nuestra misión.

Buscamos ser incluyentes respecto de los millones de individuos que en la actualidad se encuentran afectados por la enfermedad de Alzheimer, sus cuidadores y las comunidades en donde viven. Conforme la población norteamericana envejece y cada vez va siendo más diversa, la Asociación de

Alzheimer ampliará sus actividades de misión para permanecer incluyentes y poder cumplir con la demanda de información cultural y lingüísticamente sensible y de una conciencia mayor con respecto a las personas que se encuentran viviendo con dicha enfermedad.

Los que formamos la Asociación de Alzheimer continuaremos cultivando las relaciones dentro de las distintas comunidades a través de compartir nuestro tiempo, talento y recursos así como del intercambio de ideas. Nuestra cédula de diversidad y de inclusión nos ayudará a cumplir con nuestra visión de un mundo en donde no exista la enfermedad de Alzheimer.

Reporte Especial sobre raza, etnicidad y enfermedad de Alzheimer

El siguiente Reporte Especial sobre raza, etnicidad y enfermedad de Alzheimer aborda un aspecto importante de la diversidad y la inclusión. La Asociación de Alzheimer está consciente de que muchas cuestiones relacionadas con la diversidad y la inclusión tienen un impacto significativo en el diagnóstico, tratamiento y las experiencias de los individuos y las familias en relación con la enfermedad de Alzheimer, así como sobre nuestra comprensión de las preguntas clave para la investigación. La Asociación de Alzheimer está comprometida a incrementar la conciencia, conocimientos y comprensión de estos factores y continuará abordándolos con la entrega de servicios, investigación y publicaciones.

Es considerablemente más probable que los afro-americanos e hispanos de mayor edad se vean afectados por el Alzheimer y otras demencias ⁽¹⁻²⁾ que las personas mayores de raza blanca. Los resultados de los diferentes estudios varían, pero las investigaciones existentes indican que en los Estados Unidos, los afro-americanos de mayor edad tienen el doble de probabilidades que las personas mayores blancas de contraer Alzheimer y otras demencias. La probabilidad de que los hispanos mayores se vean afectados por estas enfermedades es de por lo menos una y media veces más que la de los blancos de mayor edad.

Cuando se encuentran diferencias entre los grupos raciales y étnicos, a veces se asume que dichas diferencias deben ser ocasionadas por factores genéticos, pero no hay ningún factor genético conocido que explique las diferencias en la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias entre las personas mayores blancas, afro-americanas e hispanas. Por otra parte, las condiciones médicas tales como la presión arterial alta y la diabetes, ambas conocidas como factores de riesgo para el Alzheimer y otras demencias, también son más comunes entre las personas mayores afro-americanas e hispanas que en las de raza blanca, y es probable que expliquen algunas de las diferencias en la prevalencia del Alzheimer y otras demencias entre estos grupos. De igual forma, los niveles inferiores de educación y otras características socio-económicas, que también se asocian con un mayor riesgo de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, son más comunes en los afro-americanos e hispanos de mayor edad que en las personas mayores blancas y probablemente también explican algunas de las diferencias en la prevalencia entre los grupos.

Este Reporte Especial proporciona información sobre la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en función de raza y etnicidad y de los factores que se han asociado con, y que es probable que expliquen algunas de las diferencias en la prevalencia entre blancos, afro-americanos e hispanos.

El reporte también ofrece información respecto al grado en que se diagnostican el Alzheimer y otras demencias en los diferentes grupos raciales y étnicos, la proporción de beneficiarios de 'Medicare' de mayor edad con Alzheimer y otras demencias por raza y etnicidad y las diferencias en el uso y costos de los servicios médicos para personas mayores blancas, afro-americanas, hispanas y otros beneficiarios de Medicare afectados con estas condiciones médicas.

Para realizar este reporte, la Asociación de Alzheimer convocó a un panel de expertos ^{A1} y revisó los resultados obtenidos de estudios publicados. La Asociación también contrató para obtener información de la encuesta Estudio de Salud y el Retiro 2006 ('2006 Health and Retirement Study (HRS')) por sus siglas en inglés), una encuesta a gran escala de una muestra representativa a nivel nacional de personas mayores norteamericanas, y obtuvo datos nuevos de Medicare sobre la proporción de los beneficiarios de Medicare de mayor edad afectados por el Alzheimer y otras demencias por raza, y etnicidad y el uso y los costos de los servicios médicos en diferentes grupos raciales y étnicos.

De manera ideal, la información sobre la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en diferentes grupos raciales y étnicos se basaría en estudios que llevaran a cabo una evaluación diagnóstica estandarizada para identificar a las personas con estas condiciones médicas y que incluyera una muestra representativa a nivel nacional lo suficientemente amplia para permitir estimaciones válidas de la prevalencia por raza y etnicidad. El único estudio con tales características que se ha realizado hasta la fecha es el Estudio del Envejecimiento, la Demografía y la Memoria ('Aging, Demographics, and Memory Study (ADAMS) por sus siglas en inglés), que proporciona información sobre la prevalencia del Alzheimer y otras demencias en blancos y afro-americanos de 71 años de edad y mayores.⁽³⁻⁴⁾ Los resultados obtenidos del ADAMS muestran que los afro-americanos de 71 años y mayores tienen casi el doble de probabilidades

que los blancos del mismo grupo de edad de tener Alzheimer u otra demencia (21.3 por ciento de afro-americanos comparado con 11.2 por ciento de blancos).⁽⁴⁾

Para estimar la prevalencia del Alzheimer y otras demencias en personas blancas y afro-americanas menores de los 71 años y los hispanos de cualquier edad, el presente reporte utiliza los resultados de otros estudios que realizaron una evaluación diagnóstica estandarizada para identificar a personas con Alzheimer y otras demencias en blancos y afro-americanos e incluyó una muestra representativa de la población de un área geográfica determinada. El reporte utiliza resultados de HRS, que se refieren más al deterioro o impedimento cognoscitivo que específicamente al Alzheimer o a la demencia, a fin de proporcionar un contexto y fundamento para pensar acerca de la prevalencia del deterioro o impedimento cognoscitivo, el Alzheimer y otras demencias en los Estados Unidos y con respecto a los factores de salud y socioeconómicos que probablemente expliquen algunas de las diferencias en prevalencia entre los grupos raciales y étnicos.

Del 2010 al 2050, al incrementarse el número total de norteamericanos de edad 65 y mayores de 40 millones a 89 millones, se espera que haya un cambio muy marcado en la proporción de norteamericanos mayores dentro de los diferentes grupos raciales y étnicos. En 2010, los blancos constituyen alrededor del 80 por ciento de la población de EE.UU. de edad 65 y mayores.⁽⁵⁾ Los afro-americanos constituyen alrededor del 9 por ciento y los hispanos representan alrededor del 7 por ciento. Otros grupos étnicos, incluyendo asiático-americanos, indios norteamericanos y nativos de Alaska y los nativos de Hawai y de las islas del Pacífico, constituyen el 4 por ciento restante. Para el 2050, se espera que los blancos constituyan una proporción menor de la población de personas mayores (59 por ciento). Los afro-americanos constituirán una proporción mayor (12 por ciento), los hispanos representarán una

proporción mucho mayor (20 por ciento) y los otros grupos raciales y étnicos constituirán el 9 por ciento restante. Para poder abordar, ahora y en el futuro, las necesidades de las personas afectadas por estas condiciones médicas así como las de sus familias, es esencial una mejor comprensión de la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en los diferentes grupos raciales y étnicos así como de los factores asociados que probablemente explican algunas de las diferencias en la prevalencia entre estos grupos.

Comprensión de los conceptos de raza y etnicidad

La raza y la etnicidad son conceptos complejos que tienen significados diferentes para diferentes personas. En el censo de EE.UU., en la mayoría de las encuestas nacionales y en todos los estudios citados en este reporte, tanto raza como etnicidad son conceptos auto-reportados – es decir, los individuos identifican su propia raza y etnicidad, eligiéndolos frecuentemente de una lista de categorías.

La mayor parte de la información de este Reporte Especial pertenece a dos grupos raciales muy amplios (blancos y afro-americanos) y a un grupo étnico – los hispanos. Queda claro que cada uno de estos grupos incluye muchos subgrupos que se definen por país o lugar de origen, genealogía y otros factores. Por ejemplo, el amplio grupo a que se hace referencia como hispanos incluye americanos de origen caribeño, mexicano y centro y sudamericano. En este reporte se presenta la información disponible en relación a la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en americanos de origen caribeño y mexicano.

Dentro de cada uno de los tres amplios grupos existen enormes diferencias en la cultura, lengua, religión y en las experiencias de vida de los individuos. Estas diferencias también son evidentes dentro de los subgrupos, sin importar que se definan de manera

muy estrecha. Por lo tanto, aún cuando los resultados presentados en este reporte son útiles para pensar en raza y etnicidad, en el Alzheimer y otras demencias, no se puede asumir que tales resultados apliquen a algún individuo en particular ni aún a un subgrupo racial o étnico en particular, a menos que (estos resultados) provengan de un estudio que se enfoque específicamente en ese subgrupo.

Prevalencia del deterioro o impedimento cognoscitivo en personas mayores, blancas, afro-americanas e hispánicas

Los resultados de la encuesta HRS 2006 proporcionan información respecto a la prevalencia del deterioro cognoscitivo en los tres amplios grupos raciales y étnicos que conforman el enfoque principal de este Reporte Especial — blancos, afro-americanos e hispanos. Como ya se explicó anteriormente, la encuesta HRS es un sondeo a gran escala de una muestra representativa a nivel nacional de norteamericanos mayores. La encuesta se lleva a cabo por teléfono o cara-a-cara.^{A2} Para los participantes de la pesquisa que tienen la capacidad de responder a la entrevista, la encuesta incluye una prueba de 27 puntos de habilidades cognitivas, incluyendo memoria y velocidad del procesamiento mental, y le pregunta al participante que califique su propia memoria. Un representante (generalmente un miembro de la familia) puede responder a la entrevista cuando los participantes no pueden hacerlo. Se les pide a los representantes que responden que califiquen la memoria del participante de la encuesta y su habilidad o capacidad para realizar las actividades diarias. También se le pide al entrevistador de la encuesta que dé un juicio con respecto a la capacidad cognoscitiva del participante. Para fines de este reporte, se combinó información proveniente de estas distintas fuentes para identificar el estatus cognoscitivo de los participantes de la encuesta.^{A2}

La encuesta HRS 2006 incluyó a más de 16,000 participantes de 55 años de edad o mayores, representando a 68 millones de norteamericanos que conforman ese grupo de edades.⁽⁶⁾ Los participantes de la encuesta se identificaron a sí mismos o su representante los identificó como blancos, afro-americanos, hispanos o de otro grupo racial o étnico. Aunque los hispanos pueden ser de cualquier raza, los participantes de HRS que se identificaron o que fueron identificados por su representante como “hispanos” se categorizan como de ese grupo independientemente de su raza. Por lo tanto, para este reporte, “blancos” incluye únicamente blancos no-hispanos, y “afro-americanos” incluye únicamente afro-americanos no-hispanos.

Los resultados de HRS muestran que en 2006, la prevalencia del deterioro o impedimento cognoscitivo era de 10.5 por ciento para norteamericanos de 65 años de edad o mayores, incluyendo 8.8 por ciento para blancos, 23.9 por ciento para afro-americanos y 17.5 por ciento para hispanos.⁽⁶⁾ La figura 1 muestra la proporción de blancos, afro-americanos e hispanos con deterioro cognoscitivo para cuatro grupos por edades: 55–64, 65–74, 75–84 y 85 y mayores. La observación más sorprendente de la figura 1 es la relación entre edad y la prevalencia del deterioro cognoscitivo. A lo ancho de los tres grupos raciales y étnicos y para cada grupo, la prevalencia de deterioro cognoscitivo es más elevada en grupos de edades mayores que en grupos de menor edad.

Como se muestra en la figura 1, en promedio, los afro-americanos tienen dos o tres veces más probabilidades que los blancos de tener deterioro cognoscitivo, y estas diferencias son mayores en los grupos de personas menores que en los de personas mayores. Entre las personas de edades 55-64, por ejemplo, los afro-americanos tienen cuatro veces más probabilidades que los blancos de tener deterioro cognoscitivo, pero entre las personas de 85 años y mayores, los afro-americanos sólo tienen dos veces más probabilidades que los blancos de padecer deterioro cognoscitivo.

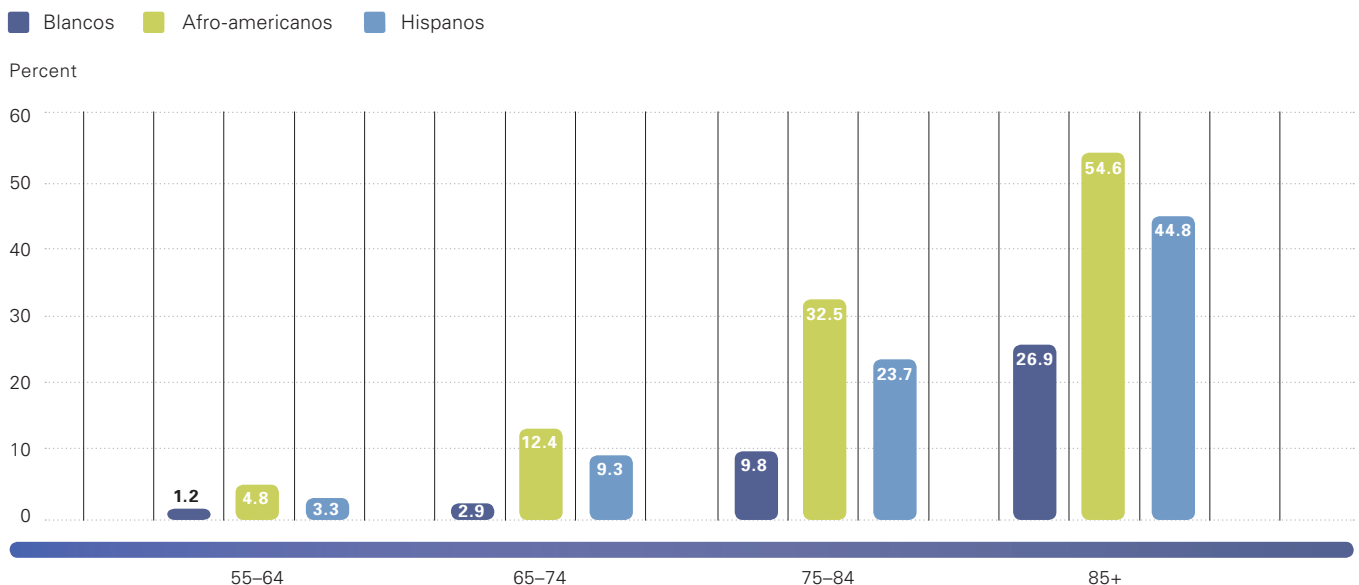
Los resultados de HRS muestran que, en promedio, los hispanos tienen dos veces más probabilidades que los blancos de tener deterioro cognoscitivo, y que estas diferencias son mayores en los grupos de personas más jóvenes que en los de las personas mayores. Entre las personas de 55-64 años de edad por ejemplo, los hispanos tienen casi tres veces más probabilidades que los blancos de padecer deterioro cognoscitivo, pero entre las personas de 85 años o mayores, los hispanos sólo tienen 1.6 veces más probabilidades que los blancos de tener deterioro cognoscitivo. En cada uno de los grupos por edades, los hispanos tienen menos probabilidad de tener deterioro cognoscitivo que los blancos.

Aún cuando los resultados de HRS mostrados en la figura 1 proporcionan información en relación a la prevalencia nacional del deterioro cognoscitivo en los tres amplios grupos raciales y étnicos, no queda claro qué tanto se aproximarían estos resultados sobre el deterioro cognoscitivo a los resultados sobre la

prevalencia nacional de la enfermedad de Alzheimer y demencia por raza y etnicidad. Con la excepción de los resultados de ADAMS que se analizan más adelante, dichos resultados no existen.

Hay dos dificultades que limitan los resultados de HRS. La primera es que una medición en una sola ocasión de la función cognoscitiva no puede representar la disminución o baja en la cognición que se requiere para un diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer o de otras demencias. La segunda es que los individuos de los diversos grupos raciales y étnicos tienden a diferir en formas que pueden afectar su desempeño en pruebas cognoscitivas. Para el 58 por ciento de los participantes de la encuesta HRS con deterioro o impedimento cognoscitivo que respondieron a la entrevista por sí mismos, la información respecto a su estatus cognoscitivo se basa en la prueba estandarizada de 27 puntos que forma parte de la encuesta. Muchos investigadores y clínicos cuestionan si tales pruebas ofrecen resultados válidos

Figura 1: Proporción de norteamericanos de 55 años de edad y mayores con deterioro cognoscitivo, en razón de raza / etnicidad, Estudio de la Salud y el Retiro 2006, N=16,273



Creado a partir de datos del Estudio de la Salud y el Retiro, 2006.^{(6), A2}

acerca del estatus cognoscitivo, especialmente para personas con bajos niveles de educación y otras características socio-demográficas que podrían afectar su desempeño en la prueba. Durante los últimos 20 años, se ha llevado a cabo una amplia investigación sobre este tema.^(2, 7-13) Algunos investigadores y clínicos que generalmente aceptan los resultados de una breve prueba de estatus mental como indicador para conocer el estatus cognoscitivo para efectos de investigación, aún tienen inquietudes respecto al grado en que se puedan utilizar los resultados para identificar a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Las inquietudes sobre estas dos dificultades en la interpretación de los resultados de HRS son legítimas. Los estudios que se han llevado a cabo para evaluar el grado en que la prueba cognoscitiva utilizada en el HRS es un indicador válido del estatus cognoscitivo y la medida en que los resultados de esta prueba pueden usarse para identificar a personas con Alzheimer y otras demencias se comentan en los Apéndices.^{A2}

Prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en personas mayores blancas, afro-americanas e hispanas

Los resultados de ADAMS indican que los afro-americanos de 71 años de edad y mayores tenían casi dos veces más probabilidades que los blancos de la misma edad de verse afectados por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias (21.3 por ciento de afro-americanos comparados con 11.2 por ciento de blancos).⁽⁴⁾ Los participantes en ADAMS fueron tomados de la encuesta HRS y, con ponderación, constituyen una muestra representativa a nivel nacional de norteamericanos en ese grupo de edad.⁽³⁾ Cada participante ADAMS recibió una evaluación

estandarizada global de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias y un diagnóstico realizado por un comité de clínicos expertos en demencia.⁽³⁾

La muestra ADAMS incluía hispanos, pero el número era demasiado pequeño para proporcionar estimaciones válidas de la prevalencia del Alzheimer u otras demencias para ese grupo.

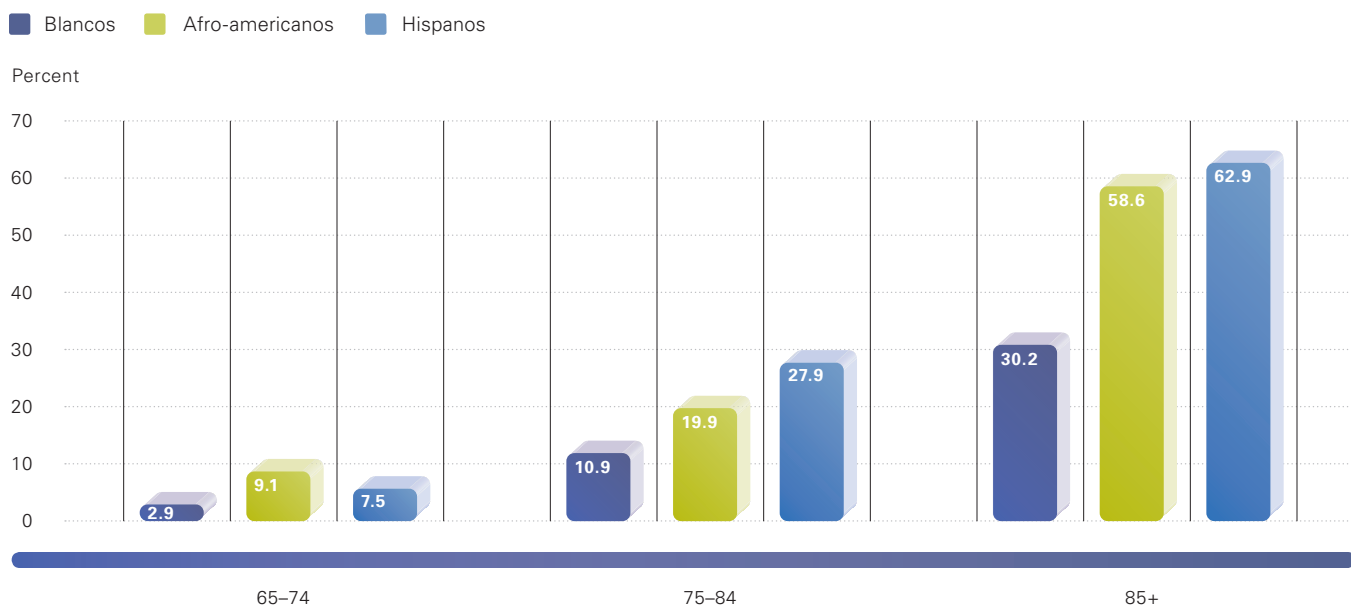
El panel de expertos convocado por la Asociación de Alzheimer para proporcionar orientación para este Reporte Especial identificó otros estudios que: 1) proporcionan información respecto a la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en subgrupos de edades específicas de personas mayores, 2) utilizó una muestra poblacional de personas de uno o más grupos raciales o étnicos en los Estados Unidos y 3) realizó una evaluación estandarizada para identificar a las personas con Alzheimer y otras demencias. Únicamente un estudio, el Proyecto de Envejecimiento Washington Heights-Inwood Columbia ('Washington Heights-Inwood Columbia Aging Project (WHICAP)) por sus siglas en inglés, cumplió todos los criterios del panel de expertos y reportó información acerca de la prevalencia del Alzheimer y otras demencias para blancos, afro-americanos e hispanos.⁽¹⁴⁾ Varios de los otros estudios cumplieron con los criterios del panel de expertos y reportaron información acerca de la prevalencia para uno o dos de los grupos raciales o étnicos.

Los resultados de WHICAP muestran que la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias era de 7.8 por ciento en blancos de 65 años de edad o mayores, 18.8 por ciento en afro-americanos de 65 años y mayores y de 20.8 por ciento en hispanos de 65 años de edad y mayores.⁽¹⁴⁾ A través de los tres grupos y para cada grupo, la prevalencia de Alzheimer y otras demencias en WHICAP fue más elevada en grupos de mayor edad versus grupos de

edades más jóvenes (figura 2). En los grupos de edades 75-84 y 85 y mayores, los afro-americanos tenían alrededor de dos veces más probabilidades que los blancos de tener Alzheimer y otras demencias, mientras que en el grupo de edad de 65-74, los afro-americanos tenían alrededor de tres veces más probabilidades que los blancos de tener Alzheimer y otras demencias. En los grupos de edades de 65-74 y 75-84, los hispanos tenían dos y media veces más probabilidades que los blancos de tener Alzheimer y otras demencias. La diferencia era algo menor en el grupo de 85 años de edad y mayores, en donde los hispanos tenían alrededor de dos veces más probabilidades que los blancos de verse afectados por estas condiciones médicas.

Las cifras totales de prevalencia para blancos y afro-americanos de 65 años de edad y mayores de WHICAP (7.8 por ciento y 18.8 por ciento, respectivamente) son algo menores que las cifras para blancos y afro-americanos de 71 años de edad y mayores de acuerdo con ADAMS (11.2 por ciento y 21.3 por ciento, respectivamente). Esta diferencia es comprensible, ya que se esperaría que la inclusión de personas más jóvenes (aquellos de 65 a 70 años de edad) en la muestra del WHICAP daría por resultado una prevalencia más baja de Alzheimer y otras demencias. Sin embargo, los resultados de ambos estudios muestran que los afro-americanos tienen alrededor de dos veces más probabilidades que los blancos de tener estas condiciones médicas.

Figura 2: Proporción de personas de 65 años de edad y mayores con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, por raza / etnicidad, Proyecto de Envejecimiento de Washington Heights-Inwood Columbia, 2006, N = 2,162



Creado a partir de datos de Gurland et al.⁽¹⁴⁾

Los resultados de otros estudios que cumplieron con los criterios del panel de expertos y proporcionaron información acerca de la prevalencia de Alzheimer y otras demencias en grupos raciales y étnicos específicos son como sigue:

- Un estudio de una muestra poblacional de blancos y afro-americanos en cuatro estados — Maryland, Carolina del Norte, Pennsylvania y California — mostraron que 8.9 por ciento de los blancos menores a la edad de 70 años tenían la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, incrementándose hasta 46.9 por ciento en aquellos de 85 años de edad y mayores.⁽¹⁵⁾ La prevalencia en afro-americanos era alrededor de 1.6 veces mayor para todos los grupos de edades en la muestra de estudio.⁽¹³⁾
- Un estudio de una muestra poblacional de afro-americanos en Indianápolis, Indiana, encontró que 2.6 por ciento de aquellos de edades entre 65–74 tenían la enfermedad de Alzheimer u otras demencias, incrementándose a 32.4 por ciento en aquellos de 85 años de edad o mayores.⁽¹⁶⁾
- Un estudio de una muestra poblacional de méxico-americanos en Sacramento, California, encontró que 1.2 por ciento de aquellos con edades de 65–74 estaban afectados de la enfermedad de Alzheimer u otras demencias, incrementándose a 26.1 por ciento de aquellos de 85 años de edad y mayores.⁽¹⁷⁾

Todos los estudios descritos arriba varían de muchas maneras, incluyendo la composición de la muestra, tasas de participación y los métodos precisos utilizados para identificar a las personas con Alzheimer y otras demencias. Esta variación puede explicar algunas de las diferencias en sus resultados acerca de la prevalencia del Alzheimer y otras demencias.

Un aspecto importante de la composición de la muestra es si el estudio incluye residentes de hogares para ancianos. La prevalencia del Alzheimer y otras demencias es alta en los hogares para ancianos (ver sección de Uso y Costos de los Cuidados), y es

probable que la inclusión o exclusión de residentes de hogares tenga un efecto importante en los resultados de los estudios. El estudio de afro-americanos en Indianápolis incluía residentes de hogares para ancianos y los resultados sobre la prevalencia de Alzheimer y otras demencias para miembros de la muestra que estaban viviendo en la comunidad y los que vivían en hogares para ancianos se reportaron tanto de manera separada, como de manera conjunta. Mientras que la diferencia en prevalencia de Alzheimer y otras demencias para afro-americanos de edades entre 65–74 que se encontraban viviendo en la comunidad versus en un hogar para ancianos es pequeña (1.8 por ciento versus 2.6 por ciento), la diferencia en prevalencia para aquellos de 85 años de edad o mayores es grande: 17 por ciento para afro-americanos que vivían en la comunidad comparados con 76.3 por ciento para aquellos que estaban viviendo en hogares para ancianos.⁽¹⁶⁾

Los resultados obtenidos de los dos estudios que se describen arriba que incluyen hispanos muestran grandes diferencias en la prevalencia del Alzheimer y otras demencias, especialmente en el grupo de 85 años de edad y mayores. Los resultados de WHICAP muestran que 62.9 por ciento de los hispanos de 85 años de edad y mayores, descritos principalmente como caribeño-americanos, tenían Alzheimer y otras demencias en comparación con únicamente 26.1 por ciento de los méxico-americanos en el estudio de Sacramento.^(14, 17) No queda claro si estas diferencias reflejan verdaderas diferencias en prevalencia entre los subgrupos de hispanos, diferencias en la manera en que se realizaron los dos estudios o las dos cosas.

Un grupo adicional respecto al cual hay información en relación a la prevalencia del Alzheimer y otras demencias es el de los japoneses-americanos. Un estudio de japoneses-americanos en Seattle encontró que alrededor de 1 por ciento de aquellos entre las edades de 65–74 tenían la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, incrementándose a 30 por ciento en

aquellos entre las edades de 85–89, 50 por ciento en aquellos entre 90–94 años y 74 por ciento de los que tenían 95 años de edad o más.⁽¹⁸⁾ Otro estudio realizado en Honolulu en hombres japoneses-americanos mostró que el 3 por ciento de aquellos entre las edades de 71–74 tenían la enfermedad de Alzheimer o demencia, incrementándose a 46.2 por ciento en los que tenían 85 años de edad o mayores.⁽¹⁹⁾

Estimaciones de la Asociación de Alzheimer sobre la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en blancos, afro-americanos e hispanos

Los resultados obtenidos de los estudios examinados en esta sección proporcionan cifras sobre la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y de otras demencias en diferentes grupos raciales y étnicos. Para los fines de este Reporte Especial, los resultados más útiles fueron de ADAMS, debido a que contaba con una muestra representativa a nivel nacional, y los de WHICAP, ya que es el único estudio que ha reportado información de prevalencia de tres principales grupos raciales y étnicos en los Estados Unidos. Con base en estos resultados, la Asociación de Alzheimer estima que los afro-americanos mayores tienen alrededor de dos veces más probabilidades que los blancos de tener la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Los resultados de ADAMS no están disponibles para hispanos y, como se comentó anteriormente, los resultados de WHICAP basados en una muestra de mayoría caribeños-hispanos presenta una prevalencia mucho más elevada de Alzheimer y otras demencias que los resultados del estudio de Sacramento basado en una muestra de México-americanos. Los resultados del estudio de Sacramento son importantes porque los México-americanos son el grupo más grande de hispanos en los Estados Unidos. Los resultados de HRS sobre la prevalencia del deterioro o impedimento

cognoscitivo no diferencian subgrupos de hispanos. Pero muestran que entre las personas de edad 65 y mayores, los hispanos tenían dos veces más probabilidades que los blancos de tener deterioro cognoscitivo (8.8 por ciento y 17.5 por ciento, respectivamente), en donde la diferencia disminuía al incrementarse la edad. Los hispanos de edades entre 65–74 tenían 3.2 veces más probabilidades que los blancos de tener deterioro cognoscitivo, mientras que aquellos de edades entre 75–84 tenían 2.4 veces más probabilidades, y aquellos de 85 años de edad o más, únicamente tenían 1.6 veces más probabilidades que los blancos de tener deterioro cognoscitivo.⁽⁶⁾ En vista de estos resultados, la Asociación de Alzheimer considera que en este momento es razonable estimar que los hispanos de mayor edad tienen por lo menos una y media veces más probabilidades que los blancos mayores de tener Alzheimer y otras demencias.

Los resultados de HRS en relación al deterioro cognoscitivo en personas cuyas edades están entre 55–64 muestran grandes diferencias entre blancos, afro-americanos e hispanos. Entre las personas de edades entre 55–64, los afro-americanos tenían cuatro veces más probabilidades que los blancos de tener deterioro cognoscitivo. Los hispanos de estas edades tenían casi tres veces más probabilidades que los blancos de tener deterioro cognoscitivo. No existe información disponible con respecto a la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en personas menores de 65 años provenientes de estudios que han utilizado una muestra poblacional. Un estudio de blancos e hispanos con Alzheimer u otras demencias que fueron evaluados en cinco centros médicos especializados en todo el país halló que la edad promedio de la aparición de los síntomas era 6.8 años antes para los hispanos en comparación con los blancos.⁽²⁰⁾ Es evidente que se requiere mayor investigación para poder abordar interrogantes sobre la prevalencia del Alzheimer y otras demencias en personas blancas, afro-americanas e hispanas menores de 65 años, así como dudas sobre la

prevalencia en subgrupos de la población hispana y muchos otros grupos raciales y étnicos en los Estados Unidos para los cuales no existe actualmente ninguna información en relación a la prevalencia.

Relación de factores genéticos y prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y demencia en diferentes grupos raciales y étnicos

Un pequeño porcentaje de los casos de enfermedad de Alzheimer son ocasionados por mutaciones genéticas muy poco frecuentes que se encuentran en un pequeño grupo de familias a nivel mundial. Los individuos que heredan estas mutaciones con frecuencia experimentan la aparición de los síntomas del Alzheimer antes de los 65 años, algunos inclusive a edades tan tempranas como a los 30 años. Dada el número relativamente pequeño de personas a nivel mundial de las que se sabe que han heredado estas mutaciones genéticas, es muy poco probable que tales mutaciones sean la causa de la mayor prevalencia del Alzheimer y otras demencias en afro-americanos e hispanos.

El factor genético que se asocia con la aparición tardía de los síntomas de Alzheimer es la apolipoproteína E (ApoE). Las personas heredan una forma del gen EApoE de cada uno de los padres. Aquellos que heredan la forma e4 del gen EApoE de uno de los padres tienen un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Aquellos que heredan la forma e4 del gen de ambos padres corren un riesgo aún mayor.

Se ha estudiado la relación entre la apolipoproteína ApoE-e4 y la enfermedad de Alzheimer en blancos, afro-americanos, hispanos y otras poblaciones en los Estados Unidos y alrededor del mundo. Un meta-análisis ampliamente citado que combinaba los resultados obtenidos de 5,930 personas con enfermedad de Alzheimer y 8,607 que no tenían la enfermedad mostró que los blancos que heredaron la forma

e4 del gen ApoE de un padre tenían 3.2 veces mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer que los blancos que no heredaron esta forma del gen de uno de los padres.⁽²¹⁾ Los hispanos que heredaron la forma e4 del gen ApoE de uno de los padres tenían un riesgo 2.2 mayor de desarrollar la enfermedad de Alzheimer que los hispanos que no habían heredado esta forma del gen de uno de los padres. El riesgo de tener la enfermedad de Alzheimer era 14.9 veces más alto para los blancos que heredaron la forma e4 del gen ApoE de ambos padres y 5.7 veces mayor para afro-americanos que heredaron la forma e4 del gen de ambos padres. Por otra parte, los afro-americanos que heredaron la forma e4 del gen ApoE gen de uno de los padres y los hispanos que heredaron la forma e4 del gen de ambos padres no mostraron ningún incremento en el riesgo de llegar a presentar la enfermedad de Alzheimer.⁽²¹⁾ Por lo tanto, resulta ambigua la relación entre herencia de la forma e4 del gen ApoE y el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer en las poblaciones de afro-americanos e hispanos.

La investigación de los factores genéticos en el Alzheimer y otras demencias es importante porque aumenta nuestra comprensión acerca de las causas de estas condiciones médicas. Al continuar la evolución de dicha investigación, es indudable que se descubrirán factores genéticos adicionales del Alzheimer y de otras demencias. Sin embargo, actualmente, el número relativamente pequeño de personas a nivel mundial que tienen las mutaciones genéticas conocidas que causan la enfermedad de Alzheimer, la ambigüedad de los resultados sobre el impacto que les ocasiona a los afro-americanos e hispanos el heredar la forma e4 del gen ApoE, y la implicación que tienen los resultados del meta-análisis de que la herencia de la forma e4 puede tener menos impacto en los afro-americanos e hispanos que en los blancos, sugiere que estos factores genéticos probablemente no explican la mayor prevalencia del Alzheimer y otras demencias en los afro-americanos e hispanos.

Tabla 1: Porcentaje de norteamericanos de 55 años de edad y mayores afectados de enfermedades selectas por raza / etnicidad y estatus cognoscitivo, Estudio de Salud y el Retiro, 2006

Raza / etnicidad y estatus cognoscitivo	Enfermedad				
	Presión Arterial Alta N=9,744	Enfermedad Cardíaca N=4,468	Diabetes N=3,463	Infarto N=1,361	Cáncer N=2,519
Blanco					
Todos	54	26	17	7	16
Con cognición normal	52	13	16	5	15
Con deterioro cognoscitivo	61	41	20	27	14
Africano-americanos					
Todos	72	24	31	11	11
Con cognición normal	69	19	30	8	10
Con deterioro cognoscitivo	80	36	33	25	13
Hispánicos					
Todos	55	17	29	6	9
Con cognición normal	52	15	26	4	7
Con deterioro cognoscitivo	68	24	39	17	14

Creado a partir de datos del Estudio de la Salud y el Retiro, 2006.⁽⁶⁾

La relación de ciertas enfermedades y la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y la demencia en diferentes grupos raciales y étnicos

La presión arterial elevada, la enfermedad cardíaca, la diabetes y el infarto son factores de riesgo conocidos en relación con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.^(10, 22-31) Algunas personas padecen más de una de estas cuatro enfermedades, y por lo tanto, se encuentran en mayor riesgo de desarrollar el Alzheimer y otras demencias.⁽³²⁾

Los resultados del HRS muestran que estas cuatro enfermedades son más comunes en personas que tienen deterioro cognoscitivo que en personas con cognición normal, independientemente de raza o etnicidad (tabla 1). Por ejemplo, la presión arterial alta era más común en las personas de 55 años de edad y

mayores con deterioro o impedimento cognoscitivo que en aquellos con cognición normal en cada uno de los amplios grupos raciales y étnicos.⁽⁶⁾ Entre los blancos, 61 por ciento de aquellos con deterioro cognoscitivo padecían de presión arterial elevada, comparado con 52 por ciento de aquellos con cognición normal. Asimismo, entre los afro-americanos, 80 por ciento de aquellos con deterioro cognoscitivo tenían la presión arterial alta, comparados con el 69 por ciento de aquellos con cognición normal. En los hispanos, 68 por ciento de aquellos con deterioro cognoscitivo tenían la presión arterial elevada, comparado con el 52 por ciento de aquellos con cognición normal.⁽⁶⁾

La misma relación entre el estatus cognoscitivo y la presencia o ausencia de una enfermedad en particular es cierta para el caso de la enfermedad cardíaca, la diabetes y el infarto en los tres grupos raciales y étnicos (tabla 1).

La relación consistente del deterioro cognoscitivo y la presencia de la presión arterial elevada, la enfermedad cardíaca, la diabetes y el infarto, todos factores de riesgo conocidos para la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, no resulta cierta en el caso de otras enfermedades. Un ejemplo es el cáncer. Como se muestra en la tabla 1, el cáncer no era uniformemente más común en las personas con deterioro cognoscitivo que en aquellas con cognición normal en toda la gama de los tres grupos raciales y étnicos.⁽⁶⁾

Además de la relación consistente entre el deterioro cognoscitivo y la presión arterial alta, la enfermedad cardíaca, la diabetes y el infarto, los resultados de HRS en la tabla 1 muestran que la presión arterial alta era más común en los afro-americanos en general que en blancos e hispanos (72 por ciento, 54 por ciento y 55 por ciento, respectivamente).⁽⁶⁾ La diabetes era más común en afro-americanos e hispanos en general que en los blancos (31 por ciento, 29 por ciento and 17 por ciento, respectivamente).⁽⁶⁾ En contraste, en los resultados HRS, la enfermedad cardíaca se mostró más común en blancos en general que en afro-americanos e hispanos (26 por ciento, 24 por ciento y 17 por ciento, respectivamente). Es posible que algunos de estos resultados se deban a diferencias existentes en los grupos raciales y étnicos en cuanto al acceso al cuidado de la salud, y más específicamente, a la evaluación diagnóstica. En el HRS, la presencia de las enfermedades se basa en el auto-reporte de un representante que responda, así que también es posible que algunos de los resultados se deban a diferencias en lo que abarcan los grupos raciales y étnicos en cuando a consciencia de, o en voluntad o disponibilidad de reportar determinadas enfermedades. Según se muestra en la tabla 1, el cáncer era más común en los blancos en general que en afro-americanos e hispanos (16 por ciento, 11 por ciento y 9 por ciento, respectivamente), aún cuando otras fuentes muestran que muchos cánceres son más comunes en afro-americanos que en blancos.⁽³³⁾ Sin embargo, a pesar de estas advertencias, queda

claro que la presión arterial alta es más común en afro-americanos en general y que la diabetes es más común en los afro-americanos e hispanos que en los blancos, y es probable que la mayor prevalencia de estas condiciones médicas en los afro-americanos e hispanos (que en los blancos) explique por lo menos algunas de las diferencias entre estos grupos en la prevalencia del Alzheimer y otras demencias.

La presión arterial alta y la diabetes son condiciones tratables, y muchos investigadores y clínicos han propuesto que el tratamiento para estas enfermedades, especialmente si se iniciara en personas que tienen dichas enfermedades a mediana edad, podría reducir la prevalencia del Alzheimer y otras demencias.^(24, 26-27, 31-35) Dado que estas enfermedades son más comunes en afro-americanos e hispanos, el tratamiento efectivo de estas condiciones médicas potencialmente modificables podría ser especialmente benéfico para los afro-americanos e hispanos.

Relación de las características socio-económicas y la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en diferentes grupos raciales y étnicos

El tener un nivel bajo de educación, tener un ingreso bajo y haber vivido en áreas rurales en la infancia, son características socioeconómicas que se han visto asociadas con un mayor riesgo de verse afectado por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.^(6-8, 10, 18-19, 36-38) Aquellos individuos que tengan más de una de estas características poseen un riesgo aún mayor de llegar a desarrollar estas condiciones médicas.⁽⁴⁰⁾

Algunos estudios indican que no sólo es el bajo nivel de educación sino también una menor calidad de educación que se asocian con mayor riesgo de desarrollar el Alzheimer y otras demencias. Para los afro-americanos por lo menos, el haber vivido en áreas rurales en la infancia puede ser sustituto de haber

Tabla 2: Porcentaje de norteamericanos de 55 años de edad y mayores con características socio-económicas selectas por raza / etnicidad y estado cognoscitivo, Estudio de la Salud y el Retiro, 2006

Raza / etnicidad y estatus cognoscitivo	Características socio-económicas			
	Nivel de educación menor a 12 años N=4,181	Ingresos menores a \$18,000 por año N=4,118	Vivió en una área rural antes de la edad de 16 años N=7,045	Nació en los Estados Unidos N=14,805
Blanco				
Todos	16	18	45	96
Con cognición normal	11	14	43	96
Con deterioro cognoscitivo	47	48	50	93
Africano-americanos				
Todos	37	43	50	95
Con cognición normal	21	29	44	95
Con deterioro cognoscitivo	76	74	68	97
Hispanicos				
Todos	60	48	43	55
Con cognición normal	49	38	40	56
Con deterioro cognoscitivo	89	76	57	56

Creado a partir de datos del Estudio de la Salud y el Retiro, 2006.⁽⁶⁾

recibido una educación de menor calidad. Un estudio de afro-americanos de 65 años de edad o mayores encontró que tanto el bajo nivel de educación y el haber vivido en un área rural hasta la edad de 60 años se asociaban de manera independiente con un mayor riesgo de desarrollar Alzheimer y otras demencias.⁽³⁹⁾ Otro estudio realizado en la misma muestra de afro-americanos mayores, encontró que el riesgo de desarrollar Alzheimer y otras demencias era seis veces mayor en aquellos que tenían un bajo nivel educativo y que habían vivido en una área rural en la infancia que para aquellos que tenían un bajo nivel educativo pero que habían vivido en una área urbana en la infancia.⁽⁴⁰⁾ Un tercer estudio encontró que las personas mayores que dijeron que su desempeño escolar estaba por debajo del promedio tenían 4.5 veces más probabilidad que las personas mayores que dijeron que su

desempeño escolar era promedio o superior al promedio, de verse afectados por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias, aún después de ajustes por años de educación.⁽⁴¹⁾

Los resultados del HRS muestran que el tener un bajo nivel de educación, tener bajos ingresos y haber vivido en una área rural en la infancia, todo lo cual está asociado a un mayor riesgo de desarrollar Alzheimer y otras demencias, son más comunes en personas con deterioro cognoscitivo que en personas con cognición normal, independientemente de raza o etnicidad (tabla 2). Entre los blancos con deterioro cognoscitivo, 47 por ciento tenían menos de 12 años de educación, comparados con sólo 11 por ciento de aquellos con cognición normal.⁽⁶⁾ Asimismo, entre los afro-americanos, 76 por ciento de aquellos con deterioro

cognoscitivo tenían menos de 12 años de educación, comparados con sólo 21 por ciento de aquellos con cognición normal, y para los hispanos, 89 por ciento de aquellos con deterioro cognoscitivo tenían menos de 12 años de educación, comparados con sólo 49 por ciento de aquellos con cognición normal.⁽⁶⁾

La misma relación entre estatus cognoscitivo y la presencia o ausencia de una característica socio-económica que se ha demostrado que se asocia con Alzheimer y otras demencias también resulta cierta al tener ingresos por debajo de \$18,000 al año y el haber vivido en un área rural antes de la edad de 16 años (tabla 2).⁽⁶⁾

La relación consistente de deterioro cognoscitivo y de tener bajo nivel de educación, tener bajos ingresos y haber vivido en área rural en la infancia, todos los cuales se ha demostrado que están asociados con mayor riesgo de desarrollar Alzheimer y otras demencias, no resulta cierta tratándose de otras características socioeconómicas. Un ejemplo es la característica de haber nacido en los Estados Unidos. Esta característica no es uniformemente más común en las personas con deterioro cognoscitivo que en aquellas con cognición normal en toda la gama de los tres grupos raciales y étnicos (tabla 2).⁽⁶⁾

Además de la relación consistente a través de los grupos raciales y étnicos entre deterioro cognoscitivo y las tres características socioeconómicas que se han determinado que están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, los resultados de HRS en la tabla 2 muestran que dos de estas tres características eran más comunes en afro-americanos e hispanos que en blancos.⁽⁶⁾ La excepción es el haber vivido en un área rural en la infancia. Es posible que la mayor prevalencia de las otras dos características en afro-americanos e hispanos que en blancos explique por lo menos algunas de las diferencias entre estos grupos en prevalencia de Alzheimer y otras demencias.

Diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en diferentes grupos raciales y étnicos

Diversos estudios llevados a cabo en entornos clínicos indican que los afro-americanos e hispanos con enfermedad de Alzheimer u otras demencias tienen menos probabilidad que los blancos de que se les diagnostique su condición médica.⁽⁴²⁻⁴³⁾ Aunque los grupos de enfoque y las entrevistas de investigación individual indican que los miembros de familia afro-americana reconocen el valor de obtener un diagnóstico, con frecuencia ocurren largas esperas entre el primer reconocimiento por parte de miembros de la familia de los síntomas de Alzheimer y otras demencias y la programación de una evaluación médica.^(1, 42, 44-45) Lo mismo es cierto para las personas de otros grupos de minorías raciales y étnicas.^(1, 43, 46)

Los resultados de la encuesta HRS 2006 proporcionan algún sustento a la conclusión de que los afro-americanos e hispanos con enfermedad de Alzheimer y otras demencias tienen menor probabilidad de ser diagnosticados que los blancos que tienen estas condiciones médicas. Los resultados muestran que es menos probable que los afro-americanos e hispanos con deterioro cognoscitivo (o sus representantes que responden) reporten que un médico ha dicho que la persona tiene “una enfermedad relacionada con la memoria” que los blancos con deterioro cognoscitivo.⁽⁶⁾ Los resultados de HRS muestran que 46 por ciento de los blancos de 55 años de edad o mayores con deterioro cognoscitivo (o sus representantes que responden) reportaron que un médico ha dicho que una persona tenía una “enfermedad relacionada con la memoria,” comparado con 33 por ciento de afro-americanos con deterioro cognoscitivo y 34 por ciento de hispanos con deterioro cognoscitivo.⁽⁶⁾ Estos resultados pueden deberse a una mayor voluntad entre los blancos con deterioro cognoscitivo o sus representantes para reportar un diagnóstico,

Tabla 3: Uso de y pagos al Medicare por servicios de cuidado de la salud para beneficiarios de Medicare de 65 años de edad y mayores con diagnóstico de demencia, por raza y etnicidad, 2006

Servicios y pagos de Medicare Beneficiarios de Medicare de 65 años de edad y mayores con enfermedad de Alzheimer u otras demencias				
Servicios y pagos de Medicare	Todos	Beneficiarios blancos	Beneficiarios afro-americanos	Beneficiarios hispanos
Pago de Medicare total promedio por beneficiario	\$15,333	\$14,498	\$21,044	\$19,933
Pago de Medicare promedio por cuidados hospitalarios por beneficiario	\$4,964	\$4,563	\$7,687	\$6,632
Promedio de altas de hospital por 1,000 beneficiarios	660	632	887	731
Promedio de días de hospitalización por beneficiario	4.2	3.9	6.4	5.2
Pago de Medicare promedio por visitas de médico por beneficiario	\$1,018	\$956	\$1,390	\$1,411
Número promedio de visitas de médico por beneficiario	12.7	12.1	16.4	17.1
Pago de Medicare promedio por cuidados de la salud en el hogar por beneficiario	\$1,118	\$1,025	\$1,591	\$2,453
Porcentaje de beneficiarios con por lo menos una reclamación de cuidados de la salud en el hogar	18.8%	18.2%	22.1%	25.9%
Pago de Medicare promedio por cuidados de hospicio por beneficiario	\$1,732	\$1,789	\$1,514	\$1,225
Porcentaje de beneficiarios con por lo menos una reclamación de servicios de hospicio	13.7%	14.2%	11.3%	8.8%

Creado a partir de datos de la Asociación de Alzheimer, Características, costos y uso de servicios de salud para beneficiarios de Medicare con diagnóstico de demencia: Reporte 2: Muestra Nacional del 20% de beneficiarios de Medicare de honorarios-por-servicio, 2009. (*Characteristics, Costs and Health Service Use for Medicare Beneficiaries with a Dementia Diagnosis: Report 2: National 20% Sample Medicare Fee-for-Service Beneficiaries, 2009.*)⁽⁴⁹⁾

pero probablemente también reflejan una mayor probabilidad de que los blancos con deterioro cognoscitivo han sido diagnosticados.

Nuevos datos de Medicare, que se basan en códigos diagnósticos utilizados en las reclamaciones de Medicare, muestran que en 2006, 9.9 por ciento de los beneficiarios de Medicare de edades de 65 y mayores tuvieron un diagnóstico con base en reclamación de la enfermedad de Alzheimer u otra demencia.^{(47), A3} Sin embargo, las proporciones variaban para blancos, afro-americanos, hispanos y otros beneficiarios de Medicare. Entre los beneficiarios de Medicare blancos, 9.6 por ciento tenían diagnósticos en base de reclamaciones de Alzheimer u otra demencia, comparado con 12.7 por ciento de

beneficiarios de Medicare afro-americanos y 14 por ciento de beneficiarios hispanos de Medicare.⁽⁴⁷⁾

Aún cuando estos nuevos datos de Medicare muestran que los beneficiarios afro-americanos e hispanos de Medicare tienen cierta probabilidad mayor que los beneficiarios blancos de tener un diagnóstico en base a reclamación de Alzheimer y otras demencias, las diferencias no son tan grandes como uno esperaría con base en las cifras de prevalencia presentadas en este Reporte Especial. En particular, el reporte estima que los afro-americanos mayores tienen dos veces más probabilidades que los blancos mayores de tener Alzheimer y otras demencias, mientras que los nuevos datos de Medicare muestran que los beneficiarios afro-americanos sólo tenían 32 por ciento más

probabilidades que los beneficiarios blancos de Medicare de tener diagnósticos en base a reclamaciones de Alzheimer u otra demencia (12.7 por ciento versus 9.6 por ciento, respectivamente).⁽⁴⁷⁾ Asimismo, este reporte estima que los hispanos mayores tienen por lo menos una y media veces más probabilidades que los blancos mayores de tener Alzheimer y otras demencias, mientras que los datos nuevos de Medicare muestran que los beneficiarios hispanos sólo tenían 46 por ciento más probabilidades que los beneficiarios blancos de Medicare de tener diagnósticos con base en reclamaciones de Alzheimer u otra demencia (14 por ciento versus 9.6 por ciento, respectivamente).⁽⁴⁷⁾ Por lo tanto, aún cuando los nuevos datos de Medicare muestran que es relativamente más probable que los afro-americanos e hispanos mayores tengan diagnósticos basados en reclamaciones de Alzheimer y otras demencias comparados con los blancos mayores, también es probable que aún reflejen un sub-diagnóstico substancial de estas condiciones médicas en afro-americanos e hispanos mayores.

Los datos de Medicare para 2006 también están disponibles para otros dos grupos raciales y étnicos, los asiático-americanos y los nativos norteamericanos. En 2006,⁽⁴⁷⁾ entre los beneficiarios asiático-americanos de Medicare de edades de 65 y mayores, 8.1 por ciento contaban con un diagnóstico con base en reclamación de la enfermedad de Alzheimer u otra demencia. En 2006,⁽⁴⁷⁾ entre los beneficiarios nativos norteamericanos de Medicare, 9 por ciento tenían diagnósticos basados en reclamaciones de Alzheimer u otra demencia.

Se han propuesto muchas razones por las diferentes proporciones de personas con Alzheimer y otras demencias en diferentes grupos raciales y étnicos que tienen un diagnóstico. Estas razones incluyen el costo de la evaluación, la falta de cobertura de seguro para la evaluación, desconfianza general en los médicos y las clínicas médicas, temor que la persona pierda cobertura de seguros o su licencia de conducir y percepciones de que el Alzheimer y otras

demencias son consecuencia normal del envejecimiento.^(1, 42-43, 45-46) Un estudio mostró que era menos probable que las personas mayores con Alzheimer y otras demencias que vivían solas tuvieran un diagnóstico que otras personas mayores con estas condiciones pero que vivían con un(a) cuidador(a).⁽⁴⁸⁾

Uso y costos de los servicios médicos para los diferentes grupos raciales y étnicos

El uso y costos de los servicios médicos financiados por Medicare son substancialmente más elevados para los beneficiarios afro-americanos e hispanos de edades de 65 y mayores con un diagnóstico basado en reclamación de enfermedad de Alzheimer u otras demencias que para los beneficiarios blancos de Medicare con diagnósticos de estas condiciones médicas basados en reclamaciones.⁽⁴⁹⁾ Como se muestra en la tabla 3, el pago total por beneficiario de pagos de Medicare para afro-americanos con diagnósticos basados en reclamaciones de la enfermedad de Alzheimer u otras demencias fueron 45 por ciento más elevados que para los blancos con tales diagnósticos (\$21,044 comparado con \$14,498).⁽⁴⁹⁾ Asimismo, el total de pagos de Medicare por beneficiario para hispanos con diagnósticos basados en reclamaciones de Alzheimer u otras demencias fueron 37 por ciento más elevados que el total de pagos por beneficiario para blancos con un diagnóstico tal (\$19,933 comparado con \$14,498).⁽⁴⁹⁾ También la tabla 3 muestra que el uso y costos del hospital, médico y los servicios de salud en casa financiados por Medicare son substancialmente más elevados para beneficiarios afro-americanos e hispanos que para beneficiarios blancos.

Se desconocen las razones de estas discrepancias, pero dada la proporción menor de afro-americanos e hispanos con Alzheimer y otras demencias que han sido diagnosticados, es posible que los beneficiarios afro-americanos e hispanos de Medicare que tienen diagnósticos basados en reclamaciones de Alzheimer u otras demencias en estos datos de Medicare se encuentran, en promedio, en una fase más adelantada

de Alzheimer u otra demencia que los beneficiarios blancos con dicho diagnóstico y, por lo tanto se encuentran más deteriorados / impedidos cognoscitivamente y físicamente. Como resultado, es lógico que fuera más probable que ellos requieran hospital, médico y otros servicios médicos financiados por Medicare que los beneficiarios blancos.

Una excepción al más alto uso y costo de servicios financiados por Medicare por parte de los beneficiarios afro-americanos e hispanos en relación a los beneficiarios blancos es el cuidado de hospicio o paliativo. Según se muestra en la tabla 3, es más probable que los beneficiarios blancos de Medicare usen el cuidado de hospicio o paliativo que los beneficiarios afro-americanos e hispanos, y el pago promedio de Medicare para hospicio por beneficiario es más alto para beneficiarios blancos que para beneficiarios afro-americanos e hispanos.⁽⁴⁹⁾ Otra excepción es el uso de medicamentos para el Alzheimer. Por lo menos dos estudios han encontrado que es más probable que las personas blancas con enfermedad de Alzheimer utilicen medicamentos para el Alzheimer que las personas afro-americanas e hispanas afectadas por estas condiciones médicas.⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾

Notas Finales

A1. Los miembros de Panel de Expertos convocado por la Asociación de Alzheimer para proporcionar orientación para la creación y desarrollo del Reporte Especial son: Helena Chui, M.D., Mary N. Haan, Ph.D., Eric B. Larson, M.D., M.P.H., y Jennifer J. Manly, Ph.D. También Nicole Schupf, Ph.D., Dr.P.H., y Ling Zheng M.B.B.S., Ph.D. brindaron su colaboración adicional al panel y a la Asociación de Alzheimer. Estos individuos proporcionaron información con relación a, y análisis de investigación llevada a cabo en los Estados Unidos sobre la incidencia y prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y de otras demencias en diversos grupos raciales y étnicos. Únicamente parte de la información y análisis que proporcionaron se encuentra incluido en el Reporte Especial. Aún cuando estas personas proporcionaron información y orientación valiosa a la Asociación de Alzheimer para el desarrollo del reporte, la Asociación de Alzheimer es única y exclusivamente responsable del contenido de dicho reporte.

A2. La Encuesta del Estudio de la Salud y el Retiro (HRS por sus siglas en inglés) *The Health and Retirement Study (HRS) Survey*: La encuesta HRS es una encuesta longitudinal a gran escala de una muestra representativa a nivel nacional de personas de 50 años de edad o mayores en los Estados Unidos, incluyendo personas que viven en la comunidad, en casas para ancianos u otras instituciones. La encuesta fue realizada por el Instituto para la Investigación Social y el Centro de Investigación de Encuestas de la Universidad de Michigan (*University of Michigan's Institute for Social Research and Survey Research Center*), bajo contrato del Instituto Nacional sobre Envejecimiento). Los detalles relacionados con el diseño y los métodos de HRS se encuentran disponibles en el sitio web del estudio, <http://hrsonline.isr.umich.edu>. Los datos de HRS utilizados en este Reporte Especial fueron proporcionados bajo contrato con la Asociación de Alzheimer por Kenneth M. Langa, M.D., Ph.D.; Mohammed U. Kabeto, M.S., y David Weir, Ph.D. Estos datos fueron valiosos para la Asociación de Alzheimer en la realización del reporte, pero la Asociación de Alzheimer es única y exclusivamente responsable del contenido de dicho reporte.

Muestra de la encuesta: los datos de HRS usados en este Reporte Especial provienen de la encuesta de 2006 y pertenecen a personas de 55 años de edad y mayores. La Asociación de Alzheimer contrató para obtener datos relativos a cuatro grupos: blancos, africano-americanos, hispanicos y "otros." Los datos sobre el grupo de "otros" no están incluidos en el reporte debido al número relativamente pequeño de los participantes de la encuesta con deterioro (o impedimento) cognoscitivo en dicho grupo. La muestra incluía 12,357 blancos, 2,253 africano-americanos y 1,397 hispanicos. Con ponderación, estos participantes de la encuesta representan alrededor de 56.2 millones de blancos; 6.1 millones de africano-americanos; y 4.4 millones de hispanicos.

Personas que responden (ellos mismos) o representantes: La HRS lleva a cabo entrevistas por teléfono y cara-a-cara con participantes de la encuesta que pueden responder a la entrevista. Si el (la) participante designado(a) no puede responder a la entrevista, ésta se lleva a cabo con un representante que pueda responder, que generalmente es un miembro de la familia. En 2006, 96 por ciento de los 4,925 participantes de la encuesta de edades de 55-64 pudieron participar en la entrevista, y 4 por ciento tuvieron un representante para responder; 92 por ciento de los 11,348 participantes en la entrevista de 65 años de edad y mayores pudieron participar en la entrevista y un 8 por ciento tuvo representante para responder.

Medidas del estatus cognoscitivo: Para los que respondieron ellos mismos (auto-respondentes), la entrevista de HRS incluye una versión modificada de la "Entrevista Telefónica para el Estatus Cognoscitivo" (*Telephone Interview for Cognitive Status (TICS)* por sus siglas en inglés). (Ver, Brandt, J; Spencer, M; and Folstein, M. "La Entrevista Telefónica para el Estatus Cognoscitivo" (*The Telephone Interview for Cognitive Status.* " *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology* 1988; 1(2):111-117.) La versión del TICS que se utilizó para los que responden por sí mismos cuya edad es menor de los 65 años es más corta que la versión utilizada para los que responde por sí mismos cuya edad es de 65 años y mayores. Para mantener información comparable sobre el estatus cognoscitivo para los dos grupos de edades para este reporte, se utilizaron puntajes basados en los puntos o ítems de la versión más corta del TICS para todos los que respondieron por sí mismos. La versión más corta incluye: 1) una prueba de recuerdo libre de 10-palabras inmediata y demorada para medir la memoria; 2) una prueba de serie de resta de siete? (serial seven subtraction test) para medir la memoria de trabajo; y 3) una prueba de contar hacia atrás para medir la velocidad del procesamiento mental. Los puntajes de los que respondieron se calcularon sobre una escala de 27-puntos, y puntajes / puntos de corte para identificar a aquellos que respondieron que sí tenían deterioro cognoscitivo se basaron en resultados del Estudio del Envejecimiento, Demografía y Memoria (*Aging, Demographics, and Memory Study*).⁵²

Para los participantes con representantes que respondían por ellos, la entrevista HRS incluía una pregunta sobre la memoria del participante de la encuesta y una pregunta sobre la capacidad del participante de la encuesta para realizar cinco "Actividades Independientes de la Vida Diaria" [*Independent Activities of Daily Living (IADLs)*] por sus siglas en inglés'. Además, para estos participantes de la encuesta, se le pregunta al entrevistador si él o ella piensan que el participante de la encuesta tiene deterioro cognoscitivo. Para este reporte, se combinaron las respuestas de estas tres preguntas de representante e entrevistador con el fin de determinar el estatus cognoscitivo para los participantes de la encuesta que tenían representantes respondiendo por ellos.

Validez de los "TICS" modificados: Se han llevado a cabo muchos estudios para verificar el grado en que diversas versiones del TICS proporcionan resultados válidos respecto al estatus cognoscitivo y la demencia. Se observó que los resultados obtenidos de los TICS originales eran altamente sensibles y específicos para el deterioro cognoscitivo en una muestra clínica de personas con enfermedad de Alzheimer. (Ver, Brandt, J; Spencer, M; and Folstein, M. "La Entrevista Telefónica para el Estatus Cognoscitivo" (*The Telephone Interview for Cognitive Status.* " *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology* 1988;1(2):111-117.) Otros estudios han mostrado que TICS tiene una elevada sensibilidad y especificidad para el deterioro cognoscitivo y la demencia en muestras de comunidad de personas mayores. (Ver, de Jager, CA; Budge, MM; and Clarke, R. "Utilidad del TICS-M para la evaluación de la función cognoscitiva en adultos mayores" (*Utility of the TICS-M for the assessment of cognitive function in older adults.* " *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003 18(4):318-324. Plassman, B; Newman, TT; Welsh, KA; Helms, M; Breitner, J. "Propiedades de la entrevista telefónica para el estatus cognoscitivo" (*Properties of the telephone interview for cognitive status.* " *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology* 1994;7:235-241. Welsh, KA; Breitner, JCS; y Magruder-Habib, KM. "Detección de la demencia en los ancianos utilizando tamizaje telefónico del estatus cognoscitivo"

Bibliografía

(“*Detection of dementia in the elderly using telephone screening of cognitive status.*”) *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology* 1993;6(2):103-110.) Un estudio que comparó una versión modificada del TICS y una evaluación “patrón oro” “*gold standard*”, en-persona encontró que los resultados que el TICS tenía especificidad de 1.0 para demencia. Por lo tanto, a todos los individuos a quienes se les identificó como afectados de demencia por el TICS, también se identificaron como individuos afectados por demencia por la evaluación del patrón oro; tenía una especificidad de 0.83, y no identificó a una persona con demencia que tenía un alto nivel de educación y un coeficiente intelectual (IQ) alto (coeficiente intelectual pre-mórbido de 120). (Ver, Crooks, VC; Clark, L; Petitti, DB; Chui, H; y Chiu, V. “Validación de identificación multi-etapa con-base-telefónica de deterioro o impedimento cognoscitivo y demencia” (“*Validation of multi-stage telephone-based identification of cognitive impairment and dementia.*”) *BMC Neurology* 2005;5(8):1-8.)

A3. Diagnósticos con base-en-reclamaciones de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Datos del “Almacén de Estados Crónicos de Medicare” (“*Medicare Chronic Condition Warehouse (CCW- por sus siglas en inglés)*”) El CCW, creado y mantenido por los Centros de EE.UU. para Servicios de Medicare y Medicaid (“*U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services*”) (CMS por sus siglas en inglés), ofrece datos sobre la proporción de beneficiarios de Medicare que tienen una reclamación de Medicare para hospital, institución de enfermería especializada (para cuidados de ancianos) (*skilled nursing facility*) (SNF por sus siglas en inglés), agencia de servicios de salud en el hogar, o servicios Parte B para pacientes externos o profesionales que incluye un diagnóstico código ICD-9 para enfermedad de Alzheimer u otras demencias. Para el presente reporte, se consideró que los beneficiarios de Medicare de 65 años de edad o mayores que vivían en 2006 y que tenían por lo menos una de dichas reclamaciones de Medicare en 2004, 2005, o 2006, tenían un diagnóstico con-base-en-reclamaciones de la enfermedad de Alzheimer u otra demencia. Los datos relativos a la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en diversos grupos raciales y étnicos en 2006, que utilizaban diagnósticos basados-en-reclamaciones, le fueron proporcionados a la Asociación de Alzheimer por Frank Porell, Ph.D., Universidad de Massachusetts Boston.

1. Dilworth-Anderson, P; Hendrie, HC; Manly, JJ; Khachaturian, AS; Fazio, S. “Diagnóstico y evaluación de la enfermedad de Alzheimer en diversas poblaciones” (“*Diagnosis and assessment of Alzheimer’s disease in diverse populations.*”) *Alzheimer’s & Dementia* 2008;4:305–309.
2. Manly, JJ; Mayeux, R. “Diferencias étnicas en demencia y enfermedad de Alzheimer” (“*Ethnic differences in dementia and Alzheimer’s disease.*”) En Anderson NA; Bulatao, RA; Cohen, B. (Eds.). *Critical perspectives on racial and ethnic differentials in health in late life* (pp. 95–141). Washington, D.C.: National Academies Press, 2004.
3. Plassman, BL; Langa, KM; Fisher, GG; Heeringa, SG; Weir, DR; Ofstedal, MB; et al., “Prevalencia de la demencia en los Estados Unidos: El Estudio del Envejecimiento, Demografía y Memoria” (“*Prevalence of dementia in the United States: The Aging, Demographics and Memory Study.*”) *Neuroepidemiology* 2007;29:125–132.
4. Potter, GC; Plassman, BL; Burke, JR; Kabeto, MU; Langa, KM; Llewellyn, DJ; et al. “Desempeño cognoscitivo y reportes de informantes en el diagnóstico del deterioro cognoscitivo y la demencia en africano-americanos y blancos” (“*Cognitive performance and informant reports in the diagnosis of cognitive impairment and dementia in African- Americans and whites.*”) *Alzheimer’s & Dementia* 2009;5:445–453.
5. Oficina del Censo, proyecciones poblacionales de EE.UU.: Proyecciones poblacionales nacionales publicadas en 2008 (basadas en el censo de 2000): (“*U.S. Census Bureau, U.S. population projections: National population projections released 2008 (based on Census 2000)*”: Tablas de resúmenes. Disponibles en <http://www.census.gov/population/www/projections/summarytables.html>. Accesado 8 de enero de 2010.
6. “Estudio de la Salud y el Retiro, datos no publicados de la encuesta del 2006 proporcionados bajo contrato a la Asociación de Alzheimer por K. Langa, M. Kabeto, and D. Weir, 8 de enero de 2010.
7. Black, SA; Espino, DV; Mahurin, R; Lichtenstein, MJ; Hazuda, HP; Fabrizio, D; et al. “La influencia de factores no-cognoscitivos en el Examen Estatal Mini-Mental en mexicano-norteamericanos mayores: Resultados del EPESE hispánico” (“*The influence of noncognitive factors on the Mini-Mental State Examination in older Mexican-Americans: Findings from the Hispanic EPESE.*”) *Journal of Clinical Epidemiology* 1999;52(11):1095–1102.
8. Bohnstedt, M; Fox, PJ; Kohatsu ND. “Correlaciones de puntajes de examen de estatus mini-mental entre pacientes mayores con demencia: La influencia de raza-etnicidad” (“*Correlates of Mini-Mental Status Examination scores among elderly demented patients: The influence of race-ethnicity.*”) *Journal of Clinical Epidemiology* 1994;47(12):1381–1387.
9. Fillenbaum, G; Heyman, A; Williams, K; Prosnitz, B; Burchett, B. “Sensibilidad y especificidad de tamizajes estandarizados de deterioro cognoscitivo entre residentes mayores de la comunidad negros y blancos” (“*Sensitivity and specificity of standardized screens of cognitive impairment and dementia among elder black and white community residents.*”) *Journal of Clinical Epidemiology* 1990;43(7):651–660.
10. Manly, JJ; Jacobs, DM; Sano, M; Bell, K; Merchant, CA; Small, SA; et al. “Desempeño de pruebas cognoscitivas entre africano-americanos y blancos ancianos no-dementes” (“*Cognitive test performance among nondemented elderly African Americans and whites.*”) *Neurology* 1998;50:1238–1245.

11. Mehta, KM; Simonsick, EM; Rooks, R; Newman, AB; Pope, SK; Rubin, SM; et al. "Diferencias en puntajes de pruebas de función cognoscitiva en negros y blancos: ¿Cuál es la explicación de la diferencia?" (*"Black and white differences in cognitive function test scores: What explains the difference?"*) *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52(12):2120–2127.
12. Mulgrew, CL; Morgenstern, N; Shetterly, SM; Baxter, J; Baron, AE; Hamman, RF. "Funcionamiento y deterioro cognoscitivo entre hispanicos y blancos no-hispanicos ancianos / mayores rurales según se evalúan por el Examen Estatal Mini-Mental" (*"Cognitive functioning and impairment among rural elderly Hispanics and non-Hispanic whites as assessed by the Mini-Mental State Examination."*) *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 1999;54B(4):P223–P230.
13. Shadlen, MF; Siscovick, D; Fitzpatrick, A; Dulberg, C; Kuller, LH; Jackson, S. "Educación, puntajes de pruebas cognoscitivas y diferencias en riesgo de demencia en negros – blancos" (*"Education, cognitive test scores and black-white differences in dementia risk."*) *Journal of the American Geriatrics Society* 2006;54(6):898–905.
14. Gurland, BJ; Wilder, DE; Lantigua, R; Stern, Y; Chen, J; Killefer, EHP; et al. "Índices de demencia en tres grupos étnico-raciales" (*"Rates of dementia in three ethnorracial groups."*) *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1999;14:481–493.
15. Fitzpatrick, AL; Kuller, LH; Ives, DG; Lopez, OL; Jagust, W; Breitner, JCS; et al. "Incidencia y prevalencia de demencia en el estudio de salud cardiovascular" (*"Incidence and prevalence of dementia in the Cardiovascular Health Study."*) *Journal of the American Geriatrics Society* 2004; 52:195–204.
16. Hendrie, HC; Osuntokun, BO; Hall, KS; Ogunniyi, AO, Hui, SL; Unverzagr, FW. "Prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y la demencia en dos comunidades: nigeriano africanos y africano americanos" (*"Prevalence of Alzheimer's disease and dementia in two communities: Nigerian Africans and African Americans."*) *American Journal of Psychiatry* 1995;152(10):1485–1492.
17. Haan, MN; Mungas, DM; Gonzalez, HM; Ortiz, TA; Acharya, A; Jagust, WJ. "Prevalencia de demencia en latinos mayores: La influencia de la diabetes melitus tipo 2, infarto y los factores genéticos" (*"Prevalence of Dementia in Older Latinos: The Influence of Type 2 Diabetes Mellitus, Stroke and Genetic Factors."*) *Journal of the American Geriatrics Society* 2003;51:169–177.
18. Graves, AB; Larson, EB; Edland, SD; Bowen, JD; McCormick, WC; McCurry, SM; Rice, MM; Wenzlow, A; Uomoto, JM. "Prevalencia de demencia y sus sub-tipos en la población de japoneses-americanos del Condado King, Estado de Washington: El proyecto Kame" (*"Prevalence of dementia and its subtypes in the Japanese-American population of King County, Washington State: The Kame Project."*) *American Journal of Epidemiology* 1996;144(8):760–771.
19. White, L; Petrovitch, H; Ross, GW; Masaki, KH; Abbott, RD; Teng, EL; et al. "Prevalencia de demencia en hombres mayores japoneses-americanos en Hawái: El estudio de envejecimiento Honolulu-Asia" (*"Prevalence of dementia in older Japanese-American men in Hawaii: The Honolulu-Asia Aging Study."*) *Journal of the American Medical Association* 1996;276(12):955–960.
20. Clark, CM; DeCarli, C; Mungas, D; Chui, H; Higdon, R; Nunez, J; et al. "Inicio más temprano de los síntomas de la enfermedad de Alzheimer en individuos latinos en comparación con individuos anglo-americanos" (*"Earlier onset of Alzheimer's disease symptoms in Latino individuals compared with Anglo individuals."*) *Archives of Neurology* 2005;62:774–778.
21. Farrer, LA; Cupples, LA; Haines, JL; Hyman, B; Kukull, WA; Mayeux, R; Myers, RH; Pericak-Vance, MA; Risch, N; van Duijn, CM. "Efectos de la edad, género y etnicidad en la asociación entre el genotipo apolipoproteína E y la enfermedad de Alzheimer. Un meta-análisis. APOE y el Consorcio de meta análisis de la enfermedad de Alzheimer" (*"Effects of age, sex, and ethnicity on the association between apolipoprotein E genotype and Alzheimer disease. A meta-analysis. APOE and Alzheimer Disease Meta Analysis Consortium."*) *Journal of the American Medical Association* 1997;278:1349–1356.
22. Arvanitakis, Z; Wilson, RS; Bienias, JL; Evans, DA; Bennett, DA. "Diabetes melitus y el riesgo de la enfermedad de Alzheimer y la disminución de la función cognoscitiva" (*"Diabetes Mellitus and risk of Alzheimer disease and decline in cognitive function."*) *Journal of the American Medical Association* 2004;61(5):661–666.
23. Breteler, MMB. "Factores de riesgo vasculares para la enfermedad de Alzheimer: Una perspectiva epidemiológica" (*"Vascular risk factors for Alzheimer's disease: An epidemiologic perspective."*) *Neurobiology of Aging* 2000;21:153–160.
24. Craft, S. "El papel de los trastornos metabólicos en la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular: Dos caminos que convergen" (*"The role of metabolic disorders in Alzheimer disease and vascular dementia: Two roads converged."*) *Archives of Neurology* 2009;66(3):300–305.
25. Honig, LS; Tang, M-X; Albert, S; Costa, R; Luchsinger, J; Manly, JJ; et al. "Infarto y el riesgo de la enfermedad de Alzheimer" (*"Stroke and the risk of Alzheimer disease."*) *Archives of Neurology* 2003;60:1707–1712.
26. Kennelly, SP. "Revisión: Presión arterial y demencia – Una revisión global" (*"Review: Blood pressure and dementia— A comprehensive review."*) *Therapeutic Advances in Neurological Disorders* 2009;2(4):241–260.
27. Kuller, LH; Lopez, OL; Jagust, WJ; Becker, JT; DeKosky, ST; Lyketsos, C; et al. "Determinantes de la demencia vascular en el Estudio Cognoscitivo del estudio de salud cardiovascular" (*"Determinants of vascular dementia in the Cardiovascular Health Study Cognition Study."*) *Neurology* 2005;64:1548–1552.
28. Luchsinger, JA; Tang, M-X; Stern, Y; Shea, S; Mayeux, R. "Diabetes mellitus y el riesgo de la enfermedad de Alzheimer y la demencia con el infarto en una cohorte multi-étnica" (*"Diabetes mellitus and risk of Alzheimer's disease and dementia with stroke in a multiethnic cohort."*) *American Journal of Epidemiology* 2001;154:635–641.
29. Newman, AB; Fitzpatrick, AL; Lopez, O; Jackson, S; Lyketsos, C; Jagust, W; et al. "Incidencia de demencia y enfermedad de Alzheimer en relación a la enfermedad cardiovascular de la cohorte del Estudio de Salud Cardiovascular" (*"Dementia and Alzheimer's disease incidence in relationship to cardiovascular disease in the Cardiovascular Health Study cohort."*) *Journal of the American Geriatrics Society* 2005;53(7):1101–1107.
30. Patterson, C; Feightner, J; Garcia, A; MacKnight, C. "Factores generales de riesgo para la demencia: Una revisión sistemática de la evidencia" (*"General risk factors for dementia: A systematic evidence review."*) *Alzheimer's & Dementia* 2007;3:341–347.
31. Skoog, I; Kalaria, RN; Breteler, MM. "Factores vasculares y la enfermedad de Alzheimer" (*"Vascular factors and Alzheimer disease."*) *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 1999;13(Supplement 3):S106–114.

32. Luchsinger, JA; Reitz, C; Honig, LS; Tang, M-X; Shea, S; Mayeux, R. "Agregación de factores de riesgo vasculares y el riesgo de enfermedad de Alzheimer incidente" (*"Aggregation of vascular risk factors and risk of incident Alzheimer disease."*) *Neurology* 2005;65:545-551.
33. American Cancer Society. Hechos y cifras de cáncer el africano americanos 2007-2008 (*Cancer Facts and Figures for African Americans 2007-2008*) (Atlanta, Ga., 2007).
34. Viswanathan, A; Rocca, WA; Tzourio, C. "Factores de riesgo vasculares y demencia: ¿Cómo seguir hacia adelante?" (*"Vascular risk factors and dementia: How to move forward?"*) *Neurology* 2009;72:368-374.
35. Hanon, O; Forett, F. "Tratamiento de la hipertensión y prevención de la demencia" (*"Treatment of hypertension and prevention of dementia."*) *Alzheimer's & Dementia* 2005;1(1):30-37.
36. Kukull, WA; Higdon, R; Bowen, JD; McCormick, WC; Teri, L; Shellenberg, GD; et al. "Incidencia de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: Un estudio de cohorte prospectivo" (*"Dementia and Alzheimer's disease incidence: A prospective cohort study."*) *Archives of Neurology* 2002;59:1737-1746.
37. Stern, Y; Gurland, B; Tatemichi, TK; Tang, MX; Wilder, D; Mayeux, R. "Influencia de la educación y ocupación en la incidencia de la enfermedad de Alzheimer" (*"Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease."*) *Journal of the American Medical Association* 1994;271(13):1004-1010.
38. Evans, DA; Hebert, LE; Beckett, LA; Scherr, PA; Albert, MS; Chown, MJ; et al. "La educación y otras medidas de estatus socioeconómico y el riesgo de la enfermedad de Alzheimer incidente en poblaciones definidas de personas mayores" (*"Education and other measures of socioeconomic status and risk of incident Alzheimer's disease in a defined population of older persons."*) *Archives of Neurology* 1997;54(11):1399-1405.
39. Callahan, CM; Hall, KS; Hui, SL; Musick, BS; Unverzagt, FW; Hendrie, HC. "Relación de la edad, educación y ocupación con la demencia entre una muestra de africanos-americanos en base comunitaria" (*"Relationship of age, education, and occupation with dementia among a community-based sample of African-Americans."*) *Archives of Neurology* 1996;53(2):134-140.
40. Hall, KS; Gao, S; Unverzagt, FW; Hendrie, HC. "Baja educación y residencia rural en la infancia" (*"Low education and childhood rural residence."*) *Neurology* 2000;54:95-99.
41. Mehta, KM; Stewart, AL; Langa, KM; Yaffe, K; Moody-Ayers, S; Williams, BA; et al. "Desempeño escolar auto-evaluado de 'inferior al promedio' y la enfermedad de Alzheimer en el estudio del envejecimiento, demografía y memoria" (*"Below average' self-assessed school performance and Alzheimer's disease in the Aging, Demographics and Memory Study."*) *Alzheimer's & Dementia* 2009;5:380-387.
42. Clark, PC; Kutner, NG; Goldstein, FC; Peterson-Hazen, S; Garner, V; Zhang, R; et al. "Impedimentos del diagnóstico oportuno en africano-americanos" (*"Impediments to timely diagnosis of Alzheimer's disease in African-Americans."*) *Journal of the American Geriatrics Society* 2005;53(11):2012-2117.
43. Fitten, IJ; Ortiz, F; Ponton, M. "Frecuencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en una muestra de divulgación de hispanicos" (*"Frequency of Alzheimer's disease and other dementias in a community outreach sample of Hispanics."*) *Journal of the American Geriatrics Society* 2001;49(10):1301-1308.
44. Connell CM; Roberts JS; McLaughlin SJ; Carpenter, BD. "Actitudes de miembros de familia adultos negros y blancos ante un diagnóstico de demencia" (*"Black and white adult family members' attitudes toward a dementia diagnosis."*) *Journal of the American Geriatrics Society* 2009;57(9):1562-1568.
45. Gardner, LA; Simpson, HC. "Acceso y uso de los servicios de salud en el delta de Arkansas por parte de cuidadores africano-americanos" (*"Access and use of health services in the Arkansas Delta by African-American caregivers."*) *Alzheimer's Care Today* 2009;10(2):81-92.
46. Griffin-Pierce, T; Silverberg, N; Connor, D; Jim, M; Peters, J; Kaszniak, A; et al. "Retos al reconocimiento y evaluación de la enfermedad de Alzheimer en indios americanos en el suroeste de los Estados Unidos" (*"Challenges" to the recognition and assessment of Alzheimer's disease in American Indians of the southwestern United States."*) *Alzheimer's & Dementia* 2008;4:291-299.
47. Datos de Medicare de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid de EE.UU. (CMS) Almacenes de Estados Crónicos de Medicare (*"Medicare data from the U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) Medicare Chronic Condition Warehouse"*), analizados por F. Porell, PhD, University of Massachusetts-Boston, Diciembre 2009.
48. Wilkins, CH; Wilkins, KL; Meisel, M; Depke, M; Williams, J; Edwards, DF. "Demencia no diagnosticada en adultos mayores pobres con deterioro funcional" (*"Dementia Undiagnosed in Poor Older Adults with Functional Impairment."*) *Journal of the American Geriatrics Society* 2007;55(11):1771-1776.
49. Bynum, J. Características, Costos y Uso de Servicios de Salud para Beneficiarios de Medicare con un Diagnóstico de Demencia: Reporte 2: Muestra Nacional de 20% de Beneficiarios de Medicare honorarios-por-servicio (*Characteristics, Costs and Health Service Use for Medicare Beneficiaries with a Dementia Diagnosis: Report 2: National 20% Sample Medicare Fee-for-Service Beneficiaries*). Lebanon, NH: Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Care, Center for Health Policy Research, enero 2009.
50. Mehta, KM; Yin, M; Resendez, C; Yaffe, K. "Diferencias étnicas en el uso del inhibidor acetilcolinesterasa para la enfermedad de Alzheimer" (*"Ethnic differences in acetylcholinesterase inhibitor use for Alzheimer disease."*) *Neurology* 2005;65(1):159-162.
51. Zuckerman, IH; Ryder, PT; Simoni-Wastila, L; Shaffer, T; Sato, M; Zhao, L; et al., "Disparidades raciales y étnicas en el tratamiento para la demencia entre los beneficiarios del Medicare" (*"Racial and ethnic disparities in the treatment of dementia among Medicare beneficiaries."*) *Journal of Gerontology: Social Services* 2008;63B(5):S328-S333.
52. Bachman, DL; Wolf, PA; Linn, RT; Knoefel, JE; Cobb, J; Belanger, AJ; et al. "Incidencia de la demencia y probable enfermedad de Alzheimer en una población general" (*"Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population."*) *Neurology* 1993;43:515-519.

La Alzheimer's Association es la principal organización voluntaria de salud en el cuidado, el apoyo y la investigación del Alzheimer. Nuestra misión es eliminar la enfermedad de Alzheimer por medio de la investigación científica; proporcionar y realizar el cuidado y el apoyo a todos los afectados; y reducir el riesgo de la demencia a través de la promoción de la salud cerebral.

Para información 24 horas al día,
7 días de la semana,
visite www.alz.org <<http://www.alz.org>>
o llame a nuestra Línea de Ayuda al
1.800.272.3900.

© 2010 Alzheimer's Association. All rights reserved.
Todos los derechos reservados. Esta es una publicación oficial de la Alzheimer's Association pero puede ser distribuida por otras organizaciones y personas no afiliadas con la misma. Esto no constituye aprobación de la Alzheimer's Association a dichas entidades o personas ni sus actividades.