

**Embargoed Until 9:00 a.m. EDT
May 18, 2004**

La enfermedad de Alzheimer entre la población hispana/latina



alzheimer's  association™

the compassion to care, the leadership to conquer

Introducción

La demencia es una crisis que amenaza a la comunidad hispana en Estados Unidos pero que aún no es reconocida debidamente. Se estima que durante la primera mitad del siglo 21, el número de ancianos hispanos que sufren de Alzheimer y demencias relacionadas puede incrementarse hasta seis veces, de menos de 200 mil actualmente hasta 1,3 millones para el 2050.¹

Aun cuando las investigaciones para descubrir el impacto de la enfermedad de Alzheimer entre los hispanos apenas comienzan, lo que se sabe hasta el momento sugiere que los hispanos pueden presentar mayor riesgo de desarrollar demencia que otros grupos raciales o étnicos. Es más, la carga del cuidado de esta enfermedad está recayendo fuertemente en las familias hispanas/latinas, particularmente en hijas y otros familiares mujeres, debido en parte al fuerte sentido de responsabilidad filial y el papel de la mujer en estas comunidades. Sin embargo, también influye la falta de servicios comunitarios y de salud adecuados tanto cultural como lingüísticamente.

La detección de la demencia se complica gracias a la heterogeneidad de la población hispana/latina en Estados Unidos. Según el Censo de Estados Unidos, los hispanos pueden ser de cualquier raza y de más de 25 subgrupos de acuerdo a su país de origen. Una gran parte, particularmente los ancianos, nacieron fuera de Estados Unidos y se enfrentan a la falta de dominio del idioma y de adaptación al sistema estadounidense. Al diseñar investigación, servicios y políticas que comprendan el tema de la demencia en la comunidad hispana/latina y las necesidades individuales y familiares de aquellos que son afectados, debe tenerse en cuenta la diversidad de este gran grupo étnico, con sus grandes variaciones en origen, experiencia generacional, preferencia de idioma y la asimilación a la cultura estadounidense.

Nota: Este artículo utiliza los términos hispano y latino indistintamente. Utilizamos el término como aparece en un estudio en particular, de acuerdo al artículo citado

La Asociación de Alzheimer publica este artículo para crear conciencia de la creciente y alarmante realidad de demencia entre hispanos en Estados Unidos que comienza a emerger a través del estudio y la práctica y para hacer un llamado a la acción para prevenir un desastre en la salud pública mientras aún hay tiempo de hacerlo.

Los hispanos (latinos) presentan alto riesgo de Alzheimer y otros tipos de demencia.

Nuestra proyección de la enfermedad de Alzheimer en la comunidad hispana es conservadora. Se asume que la prevalencia de demencia en los hispanos/latinos es la misma que en el total de la población. De hecho, existe evidencia de un mayor riesgo dada la presencia de factores conocidos o probables de Alzheimer en estas comunidades.

- **La edad** es por sí sola el mayor factor de riesgo de Alzheimer, cuya prevalencia se duplica cada cinco años después de los 65 años y alcanza al 47% de las personas mayores de 85 años.² Los hispanos están desproporcionadamente representados en los grupos de edad más avanzada que se encuentran en mayor riesgo de presentar la enfermedad. Su expectativa de vida incrementará a 87 años en el 2050, sobrepasando a todos los otros grupos étnicos en Estados Unidos³ y su proporción del total de la población de personas de la tercera edad aumentará del 5 al 16 por ciento hacia la mitad del siglo.⁴
- **El nivel de educación** parece ser un factor de protección contra el Alzheimer. Sin embargo, los niveles de educación en los hispanos son más bajos que los de cualquier grupo en Estados Unidos. Uno de cada diez ancianos hispanos carece de educación formal.⁵ Más de la mitad han recibido ocho o menos años de educación escolar.⁶
- Una creciente evidencia indica que **factores de riesgo en enfermedades vasculares como diabetes, obesidad, presión alta y colesterol alto**, también pueden ser factores de riesgo para Alzheimer y la demencia, y los hispanos/latinos

presentan altos porcentajes de cada uno de ellos.⁷ La alta incidencia de diabetes (64% mayor que los estadounidenses blancos no hispanos⁸) es un punto especial de preocupación, ya que nuevos descubrimientos confirman que la diabetes es un factor de riesgo vascular relacionado con el riesgo de Alzheimer en la ausencia de un accidente cerebrovascular.⁹ Un estudio realizado entre ancianos mexicano-americanos encontró que la diabetes tipo 2 y la hipertensión contribuyen más a la demencia en este grupo étnico que en personas de ascendencia europea. De este grupo, el 43% de las personas con demencia presentaban diabetes, accidentes cerebrovasculares, o ambos.¹⁰

Las investigaciones están comenzando a presentar el complicado cuadro de demencia entre la comunidad hispana/latina.

La enfermedad de Alzheimer es un rompecabezas complejo de factores genéticos y ambientales, que se complica aún más con la diversidad racial y cultural de los hispanos en Estados Unidos. La limitada investigación realizada hasta la fecha sugiere que las diferencias dentro del grupo pueden afectar la incidencia y presentación de la enfermedad. Pero el cuadro aún no es claro y hay mucho trabajo por hacer para obtener un tratamiento, manejo, y prevención efectivos de demencia en esta población.

Por ejemplo, en estudios realizados entre hispanos procedentes del Caribe residentes en Manhattan, se ha encontrado un porcentaje de incidencia de Alzheimer significativamente más alto, independientemente de la comorbilidad y educación.¹¹ Un estudio realizado entre hispanos provenientes de México y América Central residentes en California encontró una proporción similar con Alzheimer y una proporción más alta con demencia vascular de la esperada, basándose en información de la población no hispana.¹²

La situación se complica al examinar los factores de riesgo genéticos en Alzheimer. El único factor de riesgo genético conocido en Alzheimer, el alelo APOE-e4, parece tener el mismo impacto en los hispanos como en los blancos no hispanos. Sin

embargo, el alelo APOE-e4 no está tan presente en algunos subgrupos hispanos.¹³ En la ausencia de APOE-e4, los hispanos del Caribe aparentan presentar un riesgo acumulado para Alzheimer dos veces mayor que el de los blancos no hispanos.¹⁴ Una investigación más profunda en grupos hispanos ha encontrado evidencia de otros genes que pueden producir susceptibilidad, especialmente en familias que presentan APOE-e4 negativo.¹⁵ Estudios recientes se han enfocado en factores genéticos relacionados con el metabolismo de insulina, apoyando la idea de que existen otras vías vasculares y metabólicas que causan el desarrollo de Alzheimer.¹⁶

Los hispanos/latinos no reciben el cuidado médico necesario para reducir el riesgo o manejar su demencia.

Existe evidencia substancial, apoyada por la experiencia clínica, que indica que los hispanos/latinos que presentan demencia utilizan poco los servicios médicos formales. Al contrario que los no hispanos, es poco probable que los hispanos visiten un médico y menos aún que utilicen los servicios médicos ofrecidos por otros profesionales de la salud. Entre adultos con diabetes, presión alta o enfermedades del corazón— todos factores de riesgo potenciales de demencia— es poco probable que los hispanos reciban servicios para ayudar a monitorear y controlar estas condiciones.¹⁸

Esta falla en el sistema de atención de salud puede incrementar el riesgo de demencia entre la comunidad hispana/latina ya que demora la identificación y el diagnóstico, lo que conlleva a altos niveles de deterioro así como largos y pesados periodos de cuidado.¹⁹ No reconocer estos síntomas de deterioro cognoscitivo pone a las personas con demencia bajo riesgo. El diagnóstico tardío significa no obtener un tratamiento oportuno de sus síntomas cognoscitivos, que es cuando un tratamiento tiene más probabilidades de ser efectivo.²⁰ Un estudio encontró que el 40% de los ancianos nacidos en el exterior habían presentado síntomas cognoscitivos por más de tres años sin ser diagnosticados.²¹

Múltiples factores contribuyen al mal cuidado que reciben los hispanos/latinos con demencia. Sin embargo, hasta el momento éstos no se comprenden completamente, así como tampoco se han asignado suficientes recursos para desarrollar e implementar enfoques efectivos para superarlos. Un estudio de ancianos hispanos, la mayoría mexicano-americanos, encontró que las creencias personales, el dominio del idioma y el estatus económico son las barreras más frecuentes para el cuidado de la salud y particularmente para realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos.²² Entre las barreras más documentadas para el cuidado están:

- Un gran número de ancianos hispanos—en particular los de edad muy avanzada, quienes corren el mayor riesgo de presentar Alzheimer—son la primera generación de inmigrantes y no siempre se sienten a gusto hablando inglés ni confían en un sistema de cuidado de salud. El 54% de cubanos, 46% de puertorriqueños, 28% de mexicano-americanos y 25% de otros hispanos en Estados Unidos tienen un conocimiento muy limitado del inglés.²³ La falta de capacidad para comunicarse en español, así como la insensibilidad cultural en muchos sistemas de cuidado de salud y comunitarios, genera desconfianza en los ancianos hispanos/latinos, limita el acceso a cuidados y perjudica la calidad del cuidado que reciben. Además, impone mayores obligaciones en la familia para servir como intérpretes—lingüística y culturalmente—entre los ancianos hispanos/latinos y el sistema de cuidado de salud.
- Predisposiciones culturales en exámenes cognoscitivos y la inadecuada traducción de las herramientas de diagnóstico pueden tergiversar el diagnóstico de demencia en los hispanos. Esto, junto a la falta de profesionales bilingües en este campo en todo el país, hace la evaluación y diagnóstico de ancianos que hablan únicamente español especialmente difícil. Se ha logrado progreso significativo en el desarrollo de herramientas culturalmente adecuadas, sin embargo no han sido estandarizadas o reglamentadas entre los subgrupos hispanos, ni han sido ampliamente utilizadas fuera de recintos académicos o especializados de investigación.²⁴

Un menor número de ancianos hispanos tiene seguro médico en comparación a sus contemporáneos no hispanos. Más de la cuarta parte de los hispanos entre 50 y 64 años que presentan una condición crónica no tienen seguro, y menos de la tercera parte tienen cobertura de los medicamentos recetados para manejar sus condiciones. Los hispanos de más de 65 años dependen únicamente del seguro público (Medicare y Medicaid) en mayores proporciones que los ancianos no hispanos. Por lo tanto, no sorprende que el gasto promedio por cuidado de salud para los no hispanos sea 40% mayor que el de los hispanos.²⁵

La demencia impone obligaciones particularmente duras sobre las familias hispanas/latinas

El fuerte valor cultural de la responsabilidad familiar es una fortaleza de las comunidades hispanas/latinas. Estudios han comprobado el alto sentido de responsabilidad filial hacia los ancianos, particularmente por parte de las hijas hispanas. Otros estudios muestran una alta aceptación de que el deterioro cognoscitivo y la demencia son parte normal del envejecimiento y deben manejarse dentro del núcleo familiar.²⁶ Como resultado, las familias hispanas/latinas, en particular las hijas y otros familiares mujeres, proveen una parte desproporcionadamente alta del cuidado del enfermo de Alzheimer, realizándolo por periodos más largos y trabajan con niveles más altos de deterioro que entre familias no hispanas.²⁷

Lo anterior significa que los hispanos/latinos son menos propensos a vivir en instituciones de cuidado a largo plazo y es más probable que vivan con familiares que cualquier otro grupo, a excepción de los asiático-americanos.²⁸ Los que viven en instituciones presentan un mayor deterioro cognoscitivo y funcional que los blancos no hispanos, y muy probablemente vivieron con algún familiar antes de ser admitidos.²⁹ Los estudios sobre el uso de servicios comunitarios reportan resultados similares; por ejemplo, los ancianos hispanos admitidos en programas formales de servicio en las comunidades mostraron índices más altos de deterioro funcional aún cuando eran en promedio

seis años más jóvenes que sus contrapartes blancos no hispanos.³⁰

La investigación ha documentado un número de razones por las cuales los hispanos/latinos se rehúsan a utilizar los servicios hasta que se sienten abrumados por las exigencias del cuidado del enfermo. Estas razones incluyen desconfianza hacia extraños, aceptación del estrés como parte normal y esperada dentro del rol familiar, y resistencia a compartir los problemas familiares con extraños o admitir que el cuidado es demasiado exigente.³¹

Este compromiso con el cuidado por parte de la familia es una fortaleza de la comunidad hispana/latina. Sin embargo, las familias necesitan información, ayuda y apoyo para desarrollar su función como cuidadores y asegurarse de que la persona con demencia obtenga el tratamiento que permita aminorar la carga que conlleva el cuidado del paciente. Estos servicios deben ser provistos de manera tal que refuercen los valores familiares y sobrepasen las barreras culturales para acceder a los servicios. Estudios comparativos entre cuidadoras latinas y anglo, conducidos en varias ciudades del país, sugieren que las latinas participan y se benefician más de los servicios que han sido diseñados para satisfacer sus necesidades particulares.³²

Un llamado a la acción

La Asociación de Alzheimer está alertando sobre la demencia en las comunidades hispanas/latinas, no con el fin de causar pánico sino para estimular la acción y prevenir un desastre. La enfermedad de Alzheimer ya no es una causa perdida. Gracias a la movilización de recursos públicos y privados en una campaña contra el Alzheimer, y al reclutar la ayuda de las comunidades hispanas/latinas en la campaña, podemos cambiar el curso de esta enfermedad en las familias que están en riesgo. La campaña incluye tres estrategias interrelacionadas:

- Investigación
- Educación y comunicación dirigidas a la reducción de riesgo, diagnóstico temprano y tratamiento.
- Servicios comunitarios de salud y apoyo social para pacientes y familias.

La Asociación de Alzheimer hace su parte.

La Asociación de Alzheimer reconoce su papel principal en esta campaña como el mayor patrocinador privado para la investigación de Alzheimer así como la única red de agencias comunitarias organizadas a nivel nacional para brindar apoyo y asistencia a las personas que sufren de demencia, sus familias y las personas que les proveen cuidados a largo plazo y atención de salud.

- La investigación de Alzheimer en las minorías étnicas y culturales es un objetivo del programa científico de la Asociación. Hemos convocado a la comunidad investigadora para estudiar temas globales y barreras para la investigación en comunidades étnicas y raciales y hemos editado una publicación sobre la Diversidad Cultural y la Enfermedad de Alzheimer para las comunidades investigadora y práctica. En colaboración con el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, estamos incrementando la diversidad entre los investigadores en Alzheimer y los participantes en estudios clínicos. Este año, estamos financiando la investigación específica en comunidades subatendidas como la hispana y otras, incluyendo estudios en Alfabetismo y la Enfermedad de Alzheimer, Entrenamiento para Cuidadores Hispanos y Pruebas Neuropsicológicas Como Pronóstico del Estado Funcional.
- El Centro de Contacto de la Asociación de Alzheimer cuenta las 24 horas del día y los 7 días de la semana con especialistas de información y asesores profesionales en cuidado hispanohablantes para proveer asistencia inmediata a individuos y familias que requieren ayuda, sin importar donde vivan. A través de un número de teléfono sin cargo y su página web (1-800-272-3900; www.alz.org), el Centro ofrece información y consulta inmediata y comunica a las personas directamente con las sucursales de la Asociación de Alzheimer que pueden proporcionar ayuda y apoyo durante el transcurso de la enfermedad. Bajo un nuevo acuerdo de colaboración con la Administración para el Envejecimiento, el Centro de Atención

expandirá su alcance y trabajo con la red de agencias sobre el envejecimiento en este esfuerzo.

- Nuestra red nacional de capítulos de la Asociación de Alzheimer, con más de 300 oficinas de servicio local, provee información, capacitación familiar, grupos de apoyo para personas con demencia y las personas que cuidan enfermos, así como entrenamiento para proveedores de cuidado de salud y a largo plazo para personas con demencia. Nuestros capítulos han sido líderes en el desarrollo de material apropiado cultural y lingüísticamente sobre demencia y en la creación de programas comunitarios con poblaciones hispanas/latinas para responder a sus necesidades particulares.

El Portal es un modelo nacional de servicios para la demencia adaptados cultural y lingüísticamente que fue desarrollado por la Asociación de Alzheimer de Los Ángeles con el fin de responder a las necesidades específicas identificadas de las familias hispanas/latinas que están manejando la enfermedad de Alzheimer en el Centro Sur y Este de Los Ángeles. Con financiamiento inicial del Programa Federal de Demostración de Alzheimer y personal de la comunidad, el capítulo desarrolló asociaciones con más de 100 organizaciones de la comunidad y proveedores de servicio para aliviar la demencia que incluyen capacitación, entrenamiento y comunicación para las familias con Alzheimer, manejo de casos, centros de cuidado diurno, ayuda en el hogar, grupos de apoyo, asistencia legal, transporte, intervención de seguridad en el hogar, y una línea telefónica de ayuda en español

- Nuestra Caja de Herramientas sobre la Diversidad, que se encuentra en nuestro portal de Internet, provee información y recursos en español para las familias, voluntarios y profesionales que ofrecen cuidados de salud y a largo plazo y que trabajan con familias hispanas que viven con la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia.

- Estamos reclutando enérgicamente organizaciones locales y nacionales hispanas/latinas para que se unan a nosotros en una Coalición de Esperanza, con el objetivo de extender nuestra comunicación con las familias hispanas/latinas, a fin de elevar la conciencia sobre el Alzheimer, fomentar la prevención y movilizar el apoyo a los objetivos de la política pública mencionados a continuación.

La inversión en un futuro sin la enfermedad de Alzheimer – Una agenda de política pública

La enfermedad de Alzheimer es un reto demasiado grande como para ser conquistado por las familias y las organizaciones voluntarias sin un compromiso público concertado para la investigación, educación y creación de servicios de apoyo y salud culturalmente competentes. La Asociación de Alzheimer y su Coalición de Esperanza hacen un llamado al Congreso, la Casa Blanca y los gobiernos estatales para que tomen las medidas necesarias inmediatas para cambiar el curso del Alzheimer en las familias hispanas/latinas y para todos los estadounidenses:

- **Recomendación #1 – Investigación.** Hacemos un llamado al Congreso y a los Institutos Nacionales de la Salud para que asignen un aporte anual de \$1 mil millones en la investigación de Alzheimer. Esta asignación sería suficiente para mantener y acelerar la agenda general de investigación sobre la enfermedad de Alzheimer y proveer suficientes recursos para el trabajo esencial que debe ser realizado ahora en las comunidades hispanas/latinas. Debe incluir: una mayor inversión en el trabajo epidemiológico entre subgrupos hispanos, recursos en los Centros de Alzheimer y otros centros académicos relacionados con la investigación de Alzheimer a fin de incrementar la participación de los hispanos/latinos en la investigación; y pruebas clínicas en número suficiente como para obtener conclusiones válidas; un esfuerzo intensivo para aclarar la relación entre Alzheimer y las enfermedades vasculares, particularmente en hispanos/latinos; estudios sociales, conductuales y de servicios de salud para entender con más

amplitud las razones principales por las que los hispanos/latinos retardan el diagnóstico y no utilizan los servicios, así como para identificar enfoques apropiados cultural y lingüísticamente que ayuden a superar estas barreras.

- **Recomendación #2 – Servicios Comunitarios.** Proponemos expandir el exitoso Programa de Subvención para la Demostración de Alzheimer en la Administración para el Envejecimiento a por lo menos \$25 millones anuales. El fin es permitir que cada estado participe junto con la Asociación de Alzheimer en el desarrollo y prueba de programas comunitarios cultural y lingüísticamente apropiados que apoyan a las familias hispanas/latinas y de otras comunidades subatendidas que sufren los efectos de la enfermedad de Alzheimer. Se deben concertar esfuerzos para integrar los resultados de las pruebas exitosas en programas estatales y locales para el cuidado en el hogar y en instituciones comunitarias así como de apoyo a los cuidadores.
- **Recomendación #3 - Comunicación y Educación.** Proponemos que los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) se embarquen en un agresivo programa de educación y comunicación para la promoción del cuidado y prevención de Alzheimer basado en evidencia, en colaboración con los departamentos de salud estatales y la Asociación de Alzheimer con énfasis especial en los hispanos/latinos. Los objetivos de esta iniciativa serán reducir el riesgo de Alzheimer a través de la reducción de los factores de riesgo vasculares, alentar el reconocimiento y diagnóstico tempranos de la demencia y capacitar al personal de salud pública para reconocer, evaluar, diagnosticar y tratar el Alzheimer en formas que sean culturalmente apropiadas y de apoyo para las familias.
- **Recomendación #4 – Pago de Medicare para el Cuidado Crónico.** Medicare debe garantizar el pago suficiente a las personas que ofrecen servicios médicos, particularmente a los proveedores de cuidados primarios, para que manejen con competencia cultural y lingüística los casos de pacientes con condiciones crónicas

múltiples y complejas incluyendo especialmente el Alzheimer, la diabetes y enfermedades vasculares, para prevenir crisis agudas en cuidados, incapacidades excesivas y el declive funcional prematuro. El beneficio debe incluir el pago adecuado por el tiempo que toma evaluar, diagnosticar y tratar a una persona con demencia, particularmente pacientes con limitaciones en el dominio del inglés y coordinar esos servicios con la familia y otras personas que cuidan a pacientes con esta enfermedad. Un beneficio por cuidado crónico debe estar disponible a cualquier persona que cumpla con el criterio médico establecido, bien sea que él o ella esté inscrito en una organización de atención administrada o una organización tradicional de pago por servicio.

Los reconocimientos

El informe fue financiado a través de una subvención sin restricciones de Pharmaceutical Research and Manufacturers Association (PhRMA)

Este informe fue preparado por:

Kate Novak y Judith Riggs
Alzheimer's Association

Gracias especiales son extendidas a los individuos siguientes para su ayuda en la preparación de este informe:

Karina Aguilar
Debra Cherry, PhD
Meyling Eliash-Daneshfer
David V. Espino, MD
Mary N. Haan, MPH, PhD
Rafael A Lantigua, MD
Jennifer J. Manly, PhD
Richard Mayeux, MD, MSc
Laura Trejo, MSG, MPA
Ramon Valle, PhD

La Asociación de Alzheimer es la asociación principal a nivel mundial de investigación y apoyo de la enfermedad de Alzheimer. La Asociación ha otorgado más de \$150 millones a casi 1.300 proyectos, y es el mayor organismo privado de financiamiento de la investigación de la enfermedad de Alzheimer. La visión de la Asociación es un mundo sin la enfermedad de Alzheimer. Para mayor información sobre la enfermedad de Alzheimer, consulte la página web www.alz.org o llame al 800-272-3900.

¹ Estas cifras se derivan de la aplicación de estimativos de prevalencia de la enfermedad de Alzheimer en personas mayores de 65 años de D.A. Evans et al, "Estimated Prevalence of Alzheimer's Disease in the United States" *The Milbank Quarterly* 68:2 (1990) 267-289 a las cifras del Censo sobre el total de hispanos en Estados Unidos mayores de 65 años en el año 2000 y proyecciones para el 2050. US Census 2000 PHC-T-8 Race and Hispanic or Latino Origin by Age and Sex for the United States 2000, Table 8. US Census Bureau. Projections of the Total Resident Population by 5 Year Age Groups, Race, Hispanic Origin with Special Age Categories Middle Series, 2050 to 2070 (NP-T-4-G), encontrado en www.census.gov.

² Evans, *op.cit.*

³ Valle, R y Lee, B, Research Priorities in the Evolving Demographic Landscape of Alzheimer's Disease and Association Dementias. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*. 2002. 16(2):S64-76.

⁴ US Census. *Op cit*

⁵ AARP. A Portrait of Older Minorities (Un retrato de las minorías ancianas). Encontrado en <http://research.aarp.org/general/portmino.html>.

⁶ US Census Bureau. Educational Attainment in the United States (Logros educativos en Estados Unidos). Marzo 2000. Cuadros Detallados. Tabla 10.

⁷ US Department of Health and Human Services (2000) Understanding and Improving Health (Entendiendo y mejorando la salud). 2da. ed. Washington, DC. Mulrow CD et al. Function and Medical Comorbidity in South Texas Nursing Home Residents: Variations by Ethnic Group (Funciones y comorbilidad médica en los residentes de hogares de ancianos en el sur de Texas: Variaciones por grupos étnicos). *JAGS*. 44:279-284.

⁸ Hayes-Bautista, D. Citado en Marquez, S Are Latinos Different (¿Son diferentes los latinos?), *Hispanic Magazine.com*, Octubre 2003.

⁹ Honig, L.S., et al. Stroke and the Risk of Alzheimer Disease (Los accidentes cerebrovasculares y el riesgo de la enfermedad de Alzheimer), *Archives of Neurology*. 60: 1707-1712, Diciembre 2003.

¹⁰ Haan, M et al. Prevalence of Dementia in Older Latinos: The Influence of Type 2 Diabetes Mellitus, Stroke and Genetic Factors (Prevalencia de la demencia en ancianos latinos: La influencia de la diabetes mellitus tipo 2, los accidentes cerebrovasculares y los factores genéticos). *JAGS* 2003. 51:169-177. Wu, CC et al. Brain Structure and Cognition in a Community Sample of Elderly Latinos (La estructura cerebral y el proceso cognoscitivo en una muestra de una comunidad de ancianos latinos). *Neurology*. Agosto 2002. 59(3):383-391.

¹¹ Tang, M-X et al. Incidence of AD in African-Americans, Caribbean Hispanics and Caucasians in Northern Manhattan (Incidencia de la enfermedad de Alzheimer en afro-americanos, hispanos del Caribe y caucásicos del norte de Manhattan). *Neurology* 2001. 56:49-56.

¹² Fitten LJ et al. Frequency of Alzheimer's Disease and Other Dementias in a Community Outreach Sample of Hispanics (Frecuencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en una muestra de una comunidad hispana). *JAGS* 2001. 49:1301-08.

¹³ Haan, M et al. *op cit.*

¹⁴ Tang, M-X et al. The APOE-e4 Allele and the Risk of AD among African Americans, Whites and Hispanics (El alelo APOE-e4 y el riesgo de la enfermedad de Alzheimer en afro-americanos, blancos e hispanos). *JAMA* 1998. 279:10. 751-755.

¹⁵ Mayeux, R et al. Chromosome-1 Mapping of Late-Onset Alzheimer Disease among Caribbean Hispanics (Mapeo de cromosoma-1 en Alzheimer tardío entre los hispanos del Caribe). *American Journal of Human Genetics*. 200. 70:237-43.

¹⁶ Watson et al. Insulin Increases CSP AB42 Levels in Normal Older Adults (Incrementos en niveles de insulina CSP AB42 en adultos mayores normales). *American Academy of Neurology*. 2003. 60:1899-1903.

¹⁷

¹⁸ Center on Aging Society. Older Hispanic Americans: Less Care for Chronic Conditions (Los ancianos hispano-americanos: Menos cuidado para las condiciones crónicas). 2003. www.aging-society.org.

¹⁹ Espino, D.V., Moulton, C.P., et al. Mexican American Elders with Dementia in Long Term Care (Ancianos mexicano-americanos con demencia en cuidado a largo plazo), *Clinical Gerontologist*, (2001) 23(3/4):83-96.

²⁰ Taussig, I and Mack, W. Comparison of Spanish Versus English-Speaking Caregiver's Perception of Early Symptoms of AD (Comparación entre la percepción de síntomas tempranos de Alzheimer en cuidadores de habla hispana vs. habla inglesa). *American Journal of Alzheimer's Disease*. 1995. 10(5):33-39.

²¹ Fitten, *op cit.*

²² Ortiz, F et al. Barriers to Health Care Access for Cognitively Impaired Older Hispanics (Las barreras contra el cuidado de la salud para los ancianos hispanos inhabilitados cognoscitivamente). *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*. 2000. 14(3):141-150.

²³ Talamantes, M, Lindeman R y Mouton C. Health and Health Care of Hispanic/Latino American Elders (La salud y el cuidado de la salud para ancianos hispanos/latinos estadounidenses). *Ethnogeriatric Curriculum Module*. 2003. En

<http://www.stanford.edu/group.ethnoger/hispaniclatino.html>.

²⁴ Manly, J.J., Jacobs, D.M., & Mayeux, R. (1999). Alzheimer Disease among Different Ethnic and Racial Groups (La enfermedad de Alzheimer entre diferentes grupos étnicos y raciales). In R.D. Terry et al (Eds.), *Alzheimer's Disease* (pp. 117-132). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

²⁵ Center on an Aging Society, *op cit*

²⁶ Harwood, *op cit.* Shadlen MF and Larson EB. Unique Features of Alzheimer's Disease in Ethnic Minority Populations (Rasgos únicos de la enfermedad de Alzheimer en poblaciones de minorías étnicas). In Miles (ed) *Full-Color Aging: Facts, Goals and Recommendations for America's Diverse Elders* (Envejecimiento a todo color: Hechos, objetivos y recomendaciones para los ancianos diversos en Estados Unidos). Gerontological Society of America, Washington DC. 33-52.

²⁷ Harwood et al. Predictors of Positive and Negative Appraisal among Cuban American Caregivers of Alzheimer's Disease Patients (Predicciones de evaluaciones positivas y

negativas entre cuidadores cubano-americanos de pacientes con la enfermedad de Alzheimer). *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2000. 15:481-487. Cox, C y Monk A. Hispanic Culture and Family Care of Alzheimer's Patients (La cultura hispana y el cuidado familiar de pacientes de Alzheimer). *Health Social Work*. 1993. 18:92-100. Henderson, JN and Gutierrez-Mayka M. Ethnocultural Themes in Caregiving to Alzheimer's Disease Patients in Hispanic Families (Temas étnico-culturales en el cuidado de pacientes con Alzheimer en familias hispanas). *Clinical Gerontology*. 11:59-74.

²⁸ U.S. Census. Current Population Survey. 2000.

²⁹ Mulrow. *Op cit*. Chiodo. LK et al. Functional Status of Mexican American Nursing Home Residents (Estado funcional de residentes mexicano-americanos en hogares de ancianos). *JAGS*. 42:293-296.

³⁰ Espino. *Op cit*

³¹ Cox, Carole; Monk, Abraham. Strain among caregivers: comparing the experiences of African American and Hispanic caregivers of Alzheimer's relatives (Tensión entre los cuidadores: Comparación de las experiencias de cuidadores afro-americanos e hispanos de parientes con Alzheimer). *International Journal of Aging and Human Development*. 1996. 43(2):93-105.

³² Gallagher-Thompson, D et al. Change in Indices of Distress among Latina and Anglo Female Caregivers of Elderly Relatives with Dementia: Site-Specific Results from the REACH National Collaborative Study (Cambio en el índice de angustia entre cuidadoras latinas y anglo de parientes ancianos con demencia: Resultados específicos del Estudio Nacional Colaborativo de REACH). *The Gerontologist*. 2003. 43(4):580-591.