



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE  
**PUERTO RICO**  
Departamento de Salud

# Plan de Acción

para **Puerto Rico:**

Estrategias para mejorar el cuidado y la calidad de vida  
de las personas con la enfermedad de

## Alzheimer

**2015-2025**

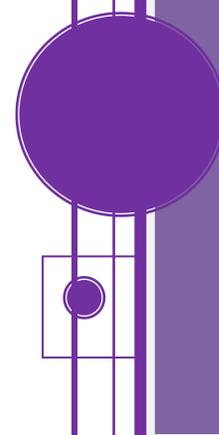


Estado libre Asociado de Puerto Rico  
Departamento de Salud

**División para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas,  
Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud**

**Plan de Acción para Puerto Rico:  
Estrategias para mejorar el cuidado y  
la calidad de vida de las personas con  
la enfermedad de Alzheimer**

**2015-2025**



**“...La enfermedad de Alzheimer es una carga para un número creciente de personas mayores y sus familiares en nuestra nación, y es esencial que enfrentemos el reto que supone para nuestra salud...”**

(Barack Obama, Presidente de los Estados Unidos, 2011)

**Cita Sugerida: Departamento de Salud (2015). Plan de acción para Puerto Rico: *Estrategias para mejorar el cuidado y la calidad de vida de las personas con la enfermedad de Alzheimer*. División para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas. Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud. San Juan, PR**  
**Primera edición, Puerto Rico, 2015**

**© 2015, Departamento de Salud**

**ISBN: En trámite.**

**Edición: Ibis Y. Montalvo Félix, John Rodríguez Adames, Jessica Irizarry Ramos, William Torres**  
**Figueroa**

**Dirección: [www.salud.gov.pr](http://www.salud.gov.pr)**

**Contactos: [ibis.montalvo@salud.pr.gov](mailto:ibis.montalvo@salud.pr.gov), [jradames@salud.pr.gov](mailto:jradames@salud.pr.gov), [jesirizarry@salud.pr.gov](mailto:jesirizarry@salud.pr.gov),  
[willtorres@salud.pr.gov](mailto:willtorres@salud.pr.gov),**

*Este material puede ser copiado, reproducido, y distribuido por cualquier medio físico o electrónico, sólo sujeto a los términos y condiciones establecidos por el Departamento de Salud de Puerto Rico. Está prohibida la distribución de versiones modificadas de este documento sin la autorización explícita de los propietarios de los derechos. La distribución del trabajo o derivados de éste en cualquier libro estándar (impreso) está prohibida a menos que se obtenga con anticipación el permiso de los propietarios de los derechos. Este trabajo fue realizado gracias a los fondos otorgados por la “National Association of Chronic Disease Directors” (según sus siglas en inglés NACDD de la propuesta #HA2014A).*

## Agradecimientos

La División de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas y la Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud del Departamento de Salud, agradecen a los miembros del Grupo de Trabajo nombrado por la Secretaria de Salud su colaboración en la redacción del Plan de Alzheimer para Puerto Rico: Estrategias para mejorar el cuidado y la calidad de vida de las personas con la enfermedad de Alzheimer. Este trabajo no hubiese sido posible sin la dedicación, compromiso y esfuerzo de este grupo. Agradecemos también a las siguientes organizaciones y sus representantes, quienes fueron los principales gestores en el desarrollo de este documento. Su iniciativa para dar su tiempo, energía y experiencia representa el espíritu del trabajo en equipo. ¡Gracias!

## Colaboradores

### Departamento de Salud:

#### Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud:

- Madeline Reyes

#### División para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas

- Jessica Irizarry
- John Rodríguez
- Leonardo Pérez
- Eliseo Acevedo

#### Centro y Registro de Casos de la Enfermedad de Alzheimer en Puerto Rico

- William Torres
- Ibis Y. Montalvo

#### Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo

- Eddy Sánchez
- Nixa Rosado
- Karim Bermúdez

### Universidad de Puerto Rico Recinto de Ciencias Médicas:

#### Escuela de Medicina- Programa de Medicina Interna y Geriatria

- Vanessa Sepúlveda

#### Escuela Graduada de Salud Pública- Programa de Gerontología

- José Carrión
- Mariela Ginés
- Noelia L. Silva
- Joel Vélez
- Luis G. Díaz
- Natalia Pagán

### **Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada-OPPEA**

- Lymari Ortiz

### **Organización en Pro de la Atención a Personas con Alzheimer- OPAPA**

- María Soledad Pieras

### **Federación de Alzheimer de Puerto Rico**

- Awilda Cividanes

### **AARP Puerto Rico**

- Wendy Matos
- José Acarón

### **Alzheimer Associations**

- Jennifer Rosen
- Alicia Villegas

### **Carácter Individual**

- Sandra J. Rivera, Enfermera
- Providencia Orona, Ingeniera e Higienista Industrial
- María Valentín, Enfermera
- Migdalia del Valle, Farmacéutica
- Enna D. Santiago, Gerontóloga y Terapista Ocupacional
- Lilliam Valcárcel, Trabajadora Social

**Leyenda de las siglas del *Plan de Acción para la Enfermedad Alzheimer para Puerto Rico:***

1. **AARP**- American Association of Retired Persons – Asociación Americana de Personas Retiradas
2. **ADFAN**- Administración de Familia y Niños
3. **ADI**- Alzheimer Disease International Association – Federación Internacional de la Enfermedad de Alzheimer
4. **ALZ**- Alzheimer’s Association – Asociación de Alzheimer de Estados Unidos de América
5. **BUPA**- British United Provident Association
6. **CDC**- Centers for Disease Control and Prevention - Centros para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas
7. **CIE**- Clasificación Internacional de Enfermedades
8. **CQI**- Continuous Quality Improvement - Mejoramiento Continuo de la Calidad
9. **CRCA**- Centro y Registro de Casos de Alzheimer en Puerto Rico
10. **DS**- Departamento de Salud de Puerto Rico
11. **DSM V**- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition - Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edición
12. **EA**-Enfermedad de Alzheimer
13. **EEUU**- Estados Unidos de América
14. **FODA**- Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
15. **IPA**- Independent Physicians Association- Asociación de Médicos Independientes
16. **MCC**- Modelo de Cuidados Crónicos
17. **NACDD**- National Association of Chronic Disease Directors - Asociación Nacional de Directores de Enfermedades Crónicas
18. **OMS**- Organización Mundial de la Salud
19. **OPPEA**- Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada.
20. **OPS**- Organización Panamericana de la Salud

21. **PLAN**- Plan de Acción para la Enfermedad de Alzheimer
22. **PR**- Puerto Rico
23. **PR-BRFSS**- Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System - Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo de Comportamiento en Puerto Rico
24. **RFA**- Request for Application, Solicitud de Aplicación
25. **SD**- Síndrome Down
26. **SEN**- Sociedad Española de Neurología
27. **SNC**- Sistema Nervioso Central
28. **UCxA**- Un Café por el Alzheimer
29. **UPR RCM**- Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas

## Tabla de Contenido Gráficas

	Página
<b>Gráfica 1.</b> Tasas de Mortalidad Ajustadas por Edad para la Enfermedad de Alzheimer en Puerto Rico, 2000	20
<b>Gráfica 2.</b> Distribución Porcentual por Género según el Registro de Casos de Alzheimer de Puerto Rico, 2014	20
<b>Gráfica 3.</b> Distribución Porcentual por Grupos de Edad según el Registro de Casos de Alzheimer de Puerto Rico, 2014	21
<b>Gráfica 4.</b> Frecuencia de Casos Reportados por Municipio en Puerto Rico, 2014	21
<b>Gráfica 5.</b> Comorbilidades según el Registro de Casos de Alzheimer en Puerto Rico, 2014	22

## Tabla de Contenido

<b>Resumen ejecutivo</b> .....	<b>11</b>
<b>Mensaje de la Secretaria</b> .....	<b>13</b>
<b>Prólogo</b> .....	<b>14</b>
Análisis FODA.....	16
<b>Introducción</b> .....	<b>18</b>
Estadísticas.....	19
Gráficas.....	21
<b>Política Pública</b> .....	<b>24</b>
Meta y Objetivos.....	26
<b>Esfuerzos en Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica</b> .....	<b>28</b>
Meta y Objetivos.....	30
<b>Servicios en la Comunidad y en el Hogar</b> .....	<b>33</b>
Meta y Objetivos.....	35
<b>Educación y Capacitación</b> .....	<b>38</b>
Meta y Objetivos.....	39
<b>Diagnóstico y Tratamiento</b> .....	<b>43</b>
Meta y Objetivos.....	45
<b>Servicios ofrecidos en Centros de Cuidado a Largo Plazo</b> .....	<b>47</b>
Meta y Objetivos.....	49
<b>Financiamiento del cuidado a largo plazo</b> .....	<b>52</b>
Meta y Objetivos.....	54
<b>Conclusión</b> .....	<b>56</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>57</b>

## Resumen Ejecutivo

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es una condición neurológica que causa problemas en la memoria, el pensamiento, y el comportamiento (Asociación de Alzheimer de Estados Unidos de América [ALZ], 2015). Desde el 2000 al 2012, las tasas de mortalidad ajustadas por edad por cada 100,000 habitantes, aumentaron de 23.8 a 47.0 respectivamente (Departamento de Salud [DS], 2012). La enfermedad neurodegenerativa se ha convertido en la cuarta causa de muerte en Puerto Rico (PR), representando el 6.4% de todas las muertes que ocurrieron en el 2010. Por tal razón se desarrolla el *Plan de Acción de la Enfermedad de Alzheimer para Puerto Rico* (PLAN), convirtiéndose en nuestro mapa de estrategias para subsanar el problema de salud pública en la isla. El PLAN responde al llamado de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al posicionar la EA y otras demencias como prioridad de salud pública. Además, el PLAN acoge las metas del Plan Estratégico Puerto Rico Gente Saludable 2020, el Plan de Acción de Enfermedades Crónicas para Puerto Rico 2014-2020 y del informe de la OMS, Demencia: Una prioridad de salud pública.

El desarrollo de este PLAN y sus áreas pilares fueron seleccionadas a través de un estudio de necesidades que se realizó al grupo de trabajo nombrado por la Secretaria de Salud para su redacción. Las áreas focales del PLAN fueron divididas en siete pilares: 1) Esfuerzos en Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, 2) Cuidado en el Hogar y en la Comunidad, 3) Educación y Adiestramiento, 4) Diagnóstico y Tratamiento, 5) Cuidado a Largo Plazo, 6) Financiamiento y 7) Políticas Públicas. Estas áreas focales incluyen metas, objetivos principales y específicos a llevarse a cabo, al igual que las estrategias y recursos para su ejecución y medidas de evaluación para cada objetivo. La implementación y la evaluación de este PLAN serán llevadas a cabo por el DS, los colaboradores y las agencias que ofrezcan servicios a las personas con EA.

Mediante la implantación de este PLAN, deseamos asegurar la accesibilidad a los servicios y a la información relacionada con la enfermedad, cuidados de salud adecuados, servicios de educación y apoyo tanto para las personas con EA como a sus cuidadores.

**La enfermedad neurodegenerativa se ha convertido en la cuarta causa de muerte en Puerto Rico (PR), representando el 6.4% de todas las muertes que ocurrieron en el 2010**

El PLAN se estará diseminando a profesionales de la salud, centros y organizaciones que ofrecen servicios dirigidos a los adultos mayores, universidades, diferentes ramas del gobierno y a la comunidad en general.

Esperamos que este informe sea un recurso de ayuda para todo el país y a otras partes interesadas para manejar el impacto de la EA como un problema de salud pública en PR. El Departamento de Salud de Puerto Rico, la Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud y la División de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, se reafirman en el compromiso por mejorar la calidad de vida de las personas con la EA y sus cuidadores.

## Mensaje de la Secretaria de Salud

El envejecimiento de la población, junto a las mejoras en los servicios sanitarios, ha traído consigo un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la Enfermedad de Alzheimer (EA). Esta condición es considerada mundialmente como una prioridad de salud pública debido al aumento en su prevalencia, y por la carga social y económica que esta representa. En Puerto Rico, la EA ocupa la cuarta causa de muerte desde el 2008. Por tal razón, el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico desarrolló el *Plan de Acción de la Enfermedad de Alzheimer para Puerto Rico* (PLAN) para el conocimiento, el manejo y la implementación de estrategias que impacten las necesidades relacionadas a la EA.

El Departamento de Salud extiende un agradecimiento al grupo de trabajo y a los colaboradores por su tiempo, esfuerzo y compromiso en la elaboración de este plan. Agradecemos también a la Asociación Nacional de Directores de Enfermedades Crónicas (NACDD) quienes financiaron el desarrollo de este PLAN para Puerto Rico. Es nuestro deseo servir de apoyo y de enlace para promover el acceso a los servicios y educar a nuestra población para que comprendan y conozcan sobre la EA. De esta forma, deseamos expandir los lazos de colaboración con los proveedores de salud, organizaciones que ofrecen servicios y las personas con EA y sus cuidadores, para abogar por sus necesidades y asegurar la implantación de este PLAN. Esperamos que este informe sea un recurso que ayude a todo el país y a otras partes interesadas en enfrentar el impacto de la EA como una amenaza creciente para la salud pública de la isla. El Departamento de Salud, la Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud y la División de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, nos reafirmamos con el compromiso por mejorar la calidad de vida de los puertorriqueños con la EA.

Cordialmente,



Ana C. Rius Armendáriz, MD  
Secretaria  
Departamento de Salud de Puerto Rico

## Prólogo

El desarrollo del *Plan de Acción de la Enfermedad de Alzheimer para Puerto Rico* (PLAN), surge como parte del financiamiento otorgado al Departamento de Salud (DS) por la Asociación Nacional de Directores de Enfermedades Crónicas (NACDD). Los fondos otorgados tienen como objetivo la implementación de estrategias propuestas en *Healthy Brain Initiative* (2013). Como parte de las estrategias escogidas, el DS se dio la tarea de desarrollar un módulo educativo para profesionales de la salud y este documento. El PLAN fue desarrollado por el grupo de trabajo nombrado por la Secretaria de Salud. Este consta de siete áreas pilares: 1) Esfuerzos en Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica, 2) Cuidado en el Hogar y en la Comunidad, 3) Educación y Adiestramiento, 4) Diagnóstico y Tratamiento, 5) Cuidado a Largo Plazo, 6) Financiamiento y 7) Políticas Públicas. El propósito de este PLAN es establecer metas, estrategias y objetivos para cada una de las siete áreas pilares. Para su desarrollo se realizó un análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) en cada área pilar, para identificar el trasfondo de la situación actual de la EA en Puerto Rico. El PLAN tendrá vigencia del 2015 al 2025; sin embargo, en el 2020 se revisará para atemperarlo a la situación existente.

### **Cronología del Desarrollo del Plan:**

**15 de marzo de 2014:** El DS sometió una solicitud a NACDD en respuesta al RFA (Request for Application) #HA2014A. Esta convocatoria permitía implementar estrategias de la Iniciativa de Cerebro Saludable de los CDC y de la Asociación de Alzheimer de EE.UU (2013). El proyecto sometido por Puerto Rico incluía el desarrollo de un PLAN, así como el desarrollo de un módulo educativo dirigido a profesionales de la salud con el propósito de promover la detección temprana de la enfermedad.

**31 de marzo de 2014:** NACDD notificó al DS que había sido seleccionado para recibir los fondos solicitados. El proyecto fue subvencionado para el periodo del 1 de abril de 2014 al 31 de marzo de 2015.

**16 de abril de 2014:** Primera reunión telefónica con NACDD, en la que participaron los seis (6) estados incluyendo PR.

**5 de mayo de 2014:** Primera reunión telefónica de asistencia técnica con NACDD.

**13 de mayo de 2014:** Reunión del Comité Asesor de Alzheimer en la que también se incluyeron como invitados personas de la academia, el gobierno y otras personas interesadas en trabajar a favor de las personas con la EA, sus cuidadores y familias. Se presentó el proyecto subvencionado por NACDD y un total de 25 personas se comprometieron a ser miembros del grupo de trabajo para la redacción del PLAN. La doctora Ana C. Ríos Armendáriz nombró oficialmente el grupo de trabajo.

**30 de mayo de 2014:** Segunda reunión telefónica con NACDD. Ese mismo día se conversó con Jennifer Rosen y Randi Chapman de la ALZ. La ALZ respaldó el proyecto y se comprometieron a ofrecer ayuda técnica.

**Mayo 2014:** Se hizo un estudio de necesidades con los miembros del grupo de trabajo para determinar los temas a ser incluidos en el PLAN y los horarios de trabajo.

**18 de junio de 2014:** Tercera reunión telefónica con NACDD.

**13 de agosto de 2014:** Reunión del grupo de trabajo. Se establecieron tres (3) comités:

1. Esfuerzos de salud pública, vigilancia epidemiológica, y servicios en el hogar y en la comunidad
2. Educación y capacitación, y diagnóstico y tratamiento
3. Servicios ofrecidos por centros de cuidado a largo plazo, financiamiento del cuidado a largo plazo y políticas públicas.

De este momento en adelante cada grupo tuvo reuniones desde agosto hasta diciembre de 2014. Una vez al mes los encargados de grupo tuvieron reuniones con el coordinador.

**20 de agosto de 2014:** Participación en reunión telefónica sobre evaluación, auspiciada por NACDD y CDC.

**20 de noviembre de 2014:** Reunión telefónica con NACDD y el CDC para un taller de evaluación.

**11 al 13 de diciembre de 2014:** Actividad de redacción del PLAN. Luego del taller los comités continuaron con sus reuniones para preparar sus informes finales.

**13 de enero de 2015:** Se envió al CDC el plan de evaluación de Puerto Rico.

**11 de febrero de 2015:** Presentaciones finales de los comités de trabajo. A partir de este día se hizo la compilación y edición final del PLAN.

**17 de febrero de 2015:** Reunión telefónica con NACDD para el desarrollo del informe final de la subvención de fondos otorgados.

**31 de marzo de 2015:** Se terminó el desarrollo del PLAN.

### **Análisis FODA**

La formulación de un plan incluye el llevar a cabo un análisis con relación a los factores que influyen la implementación de las estrategias desarrolladas. El grupo de trabajo, realizó un estudio exhaustivo de los servicios existentes para la población con la EA y sus cuidadores. El análisis FODA es una evaluación que contribuye significativamente a la toma de decisiones con respecto a un tema, identificando factores internos y externos en relación a la EA en PR. A continuación se presenta el análisis llevado a cabo al momento de desarrollar el PLAN.

#### **Fortalezas**

1. La existencia de un Comité Asesor de Alzheimer
2. La existencia de una iniciativa de concienciación “Un Café por el Alzheimer”
3. La otorgación de fondos para el desarrollo de un Plan de Alzheimer y un módulo educativo
4. La existencia de grupos de apoyo y voluntariado
5. La implementación de un Modelo de Cuidado Crónico
6. La inclusión de la EA en planes estratégicos de salud
7. La priorización de la EA por parte del Departamento de Salud
8. El apoyo del sector académico, gubernamental y no gubernamental
9. Existencia de registro activo de casos de EA
10. El aumento en el interés sobre investigaciones y vigilancia epidemiológica de la condición
11. Profesionales de diferentes campos comprometidos con la EA
12. Asesoría técnica por parte de la ALZ.

### Oportunidades

1. El alcance de la población a través del uso de las redes sociales
2. Continuidad en la colaboración con agencias gubernamentales y no gubernamentales
3. Acuerdos colaborativos con los medios de comunicación
4. Disponibilidad de voluntarios
5. El desarrollo de guías relacionadas a la prevención, control y manejo de la EA
6. Los cambios demográficos posicionan la enfermedad como asunto prioritario
7. Fondos disponibles para investigaciones y servicios

### Debilidades

1. Audiencias diversas
2. La falta de estimados poblacionales para medir indicadores epidemiológicos
3. Falta de acceso a recursos existentes
4. Duplicación de esfuerzos
5. No existe un directorio de servicios
6. Capital de trabajo mal utilizado o distribuido
7. La privatización de los servicios de salud
8. La burocracia y fragmentación en los servicios
9. La necesidad de personal investigativo en el área de Alzheimer
10. La carencia de investigaciones relacionadas
11. La necesidad de apoyo al cuidador
12. Falta de comunicación y colaboración interagencial

### Amenazas

1. La falta de fondos destinados a la condición
2. El aumento en los costos del tratamiento
3. Los cambios de administración gubernamental
4. Las deudas en el sistema de prestación de salud en Puerto Rico
5. Conflictos de intereses
6. Regulaciones desfavorables
7. Cambios en políticas públicas y leyes

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), define la enfermedad de Alzheimer (EA) como una patología neurodegenerativa primaria, de etiología desconocida y con características neuropatológicas y neuroquímicas propias. La EA es un trastorno neurológico cognoscitivo mayor que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro, causando un déficit en la memoria como uno de sus síntomas más tempranos y pronunciados (Asociación de Alzheimer EEUU [ALZ], 2015). Desde el 2013, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) estableció que el término demencia ya no debía utilizarse. Esto se debe a que en años anteriores el término demencia implicaba locura, por lo cual estigmatizaba a las personas con la condición. Para propósitos del PLAN, utilizaremos el concepto de EA en vez de trastorno neurocognoscitivo mayor. Reconocemos que la EA es un trastorno degenerativo que causa cambios en la memoria, y el comportamiento de las personas, por lo tanto no se considera una enfermedad mental, sino una condición neurológica.

La EA se ha definido como un síndrome clínico caracterizado por un grupo de signos y síntomas manifestados como fallas de memoria, disturbios del lenguaje, cambios psicológicos y el deterioro de las actividades de la vida diaria. Según la ALZ (2015), la enfermedad no tiene una cura conocida aún, puede comenzar a una edad tan temprana como a los 35 años o en una vejez tardía posterior a los 65 años. El principal factor de riesgo para desarrollar la condición es la edad, por lo que se espera que su prevalencia aumente.

En Puerto Rico, el aumento en la expectativa de vida, la disminución en las tasas de natalidad y el patrón migratorio han sido clave en el aumento de la proporción de la población de 65 años o más; proyectándose así, un aumento en la incidencia y la prevalencia de la EA. El proceso de envejecimiento del ser humano suele llevar consigo una serie de alteraciones del Sistema Nervioso Central (SNC), sin embargo la pérdida de la memoria no es parte del envejecimiento normal. La EA supone cambios cerebrales a nivel anatómico, fisiológico y químico, que se reflejan posteriormente en alteraciones cognitivas, intelectuales, conductuales, entre otras. (Fontán, 2012).

## Estadísticas

En el 2014, la Federación Internacional de la Enfermedad de Alzheimer (ADI) estimó que a nivel mundial la EA y otras demencias afectó a 44 millones de personas. Por lo tanto, el costo global de la EA y otras demencias se estimó para el 2010 en 604 mil millones de dólares y 235.8 mil millones de dólares en América (ADI, 2014). La asistencia informal conlleva una de los costos más altos, sin embargo muchas veces este servicio no es remunerado debido a que el cuidador principal es un familiar. Esto es preocupante, debido a que contribuye a aumentar la posibilidad de desarrollar alguna enfermedad crónica en los cuidadores. Aquellos países con ingresos medios y bajos, como en América Latina, tendrán el mayor aumento en la prevalencia de la EA (BUPA, 2013). Para el 2050, se espera que la prevalencia de demencia a nivel mundial aumente a 135 millones de personas y el 71% de estos vivirán en países de ingresos medios y bajos (ADI, 2014).

Actualmente, en los Estados Unidos de América existen aproximadamente 5.4 millones de personas con la EA, de las cuales 5.2 millones son personas de 65 años o más (ALZ, 2015). Esto se debe a que la incidencia de EA está directamente relacionada a la edad, por ende, el envejecimiento poblacional tiene implicaciones significativas en los recursos necesarios para el cuidado y mantenimiento individualizado de las personas con la EA. Actualmente, la EA en los EEUU ocupa la sexta causa de muerte y se estima que para el 2050, más de 16 millones de personas tendrán la condición. Este fenómeno no tan sólo ocurre en EEUU, sino también en el resto del mundo.

En Puerto Rico, el Departamento de Salud (2014) informó que desde el 2000 al 2012 la tasa de mortalidad ajustada por edad por cada 100,000 habitantes de la EA aumentó de 23.8 a 47.0 (Gráfica 1). En el 2012, en Puerto Rico ocurrieron 2,018 muertes por la EA y desde el 2008 se mantiene como la cuarta causa de muerte en la isla. El DS (2014) destacó que la tasa de mortalidad por la EA es mayor en las mujeres que en los hombres. Según la OMS (2014), la enfermedad afecta 1% más a mujeres que a hombres de la misma edad. A su vez, los datos reportados en el Centro y Registro de Casos de Alzheimer (CRCA) del DS indican que el 66% son mujeres (Gráfica 2). Para el 2050, se estima que la población de personas con la EA en PR aumente en un 127% (BUPA, 2013). Este aumento, en gran parte

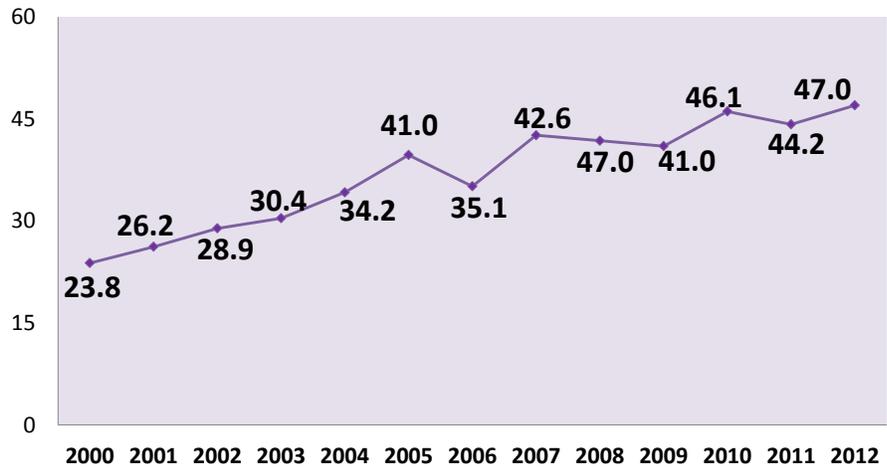
puede deberse, a que el envejecimiento en la isla es uno acelerado por sus características demográficas (DS, 2012).

Las tasas de mortalidad de la EA por grupo de edad aumentaron a partir de 55 a 59 años, siendo la más alta entre el grupo de edad de 85 años o más (DS, 2014). El CRCA (2015) reportó que el 45% de las personas con la condición tienen 85 años o más. En los demás grupos de edad, la distribución de las personas que sufren de la condición va mermando de 39%, 13%, y 3% para los grupos de edad de 75 a 84 años, 65 a 74 años, y menos de 64 años respectivamente (Gráfica 3). El CRCA informa que la totalidad de casos por municipio corresponde a la distribución de los hospitales que están reportando la mayoría de los casos al registro (Gráfica 4). Los datos obtenidos del CRCA muestran una distribución similar a otras poblaciones del mundo. A su vez, PR muestra similitudes en las comorbilidades que sufren las personas con la EA. Debido a que las personas con la EA usualmente son mayores de 65 años, la probabilidad de que estos hayan desarrollado otra enfermedad crónica es alta. Estudios han evidenciado que la mayoría de los pacientes con Alzheimer padecen, en promedio, de 2 a 8 enfermedades crónicas. Según el CRCA, las enfermedades más comunes en personas con la EA son: hipertensión, diabetes, enfermedades neurológicas, entre otras (Ver Gráfica 5).

La EA está asociada al desarrollo de otras condiciones de salud, no tan sólo crónicas sino también enfermedades genéticas. Los estudios han demostrado que existe una relación entre la EA y el Síndrome Down (SD), debido a su estructura genética (Ribes & Sanuy, 2000). Según el informe del Sistema de Vigilancia y Prevención de Defectos Congénitos (2014), el SD es la quinta condición más común por defectos congénitos en PR. El cromosoma adicional que poseen las personas con SD los podría hacer más susceptibles a desarrollar la EA (Ribes & Sanuy, 2000). Por lo tanto, los servicios a esta población son de importancia para aumentar su calidad de vida y la de sus cuidadores. En conclusión, el aumento en la población de adultos mayores trae consigo un aumento en enfermedades crónicas, como la EA. Por lo que se proyecta un incremento en los costos de salud, y en la demanda en los servicios de salud. Teniendo un impacto directo a los sistemas sociales y económicos del país.

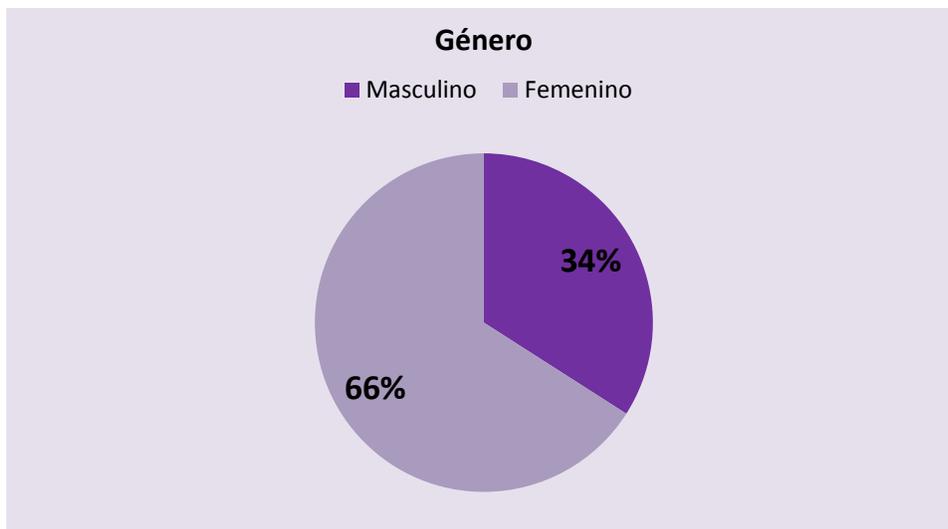
Las tasas de mortalidad de la EA por grupo de edad aumentaron a partir de 55 a 59 años, siendo la más alta entre el grupo de edad de 85 años o más (DS, 2013)

**Gráfica 1. Tasas de Mortalidad Ajustadas por Edad para la Enfermedad de Alzheimer en Puerto Rico, 2000-2012**



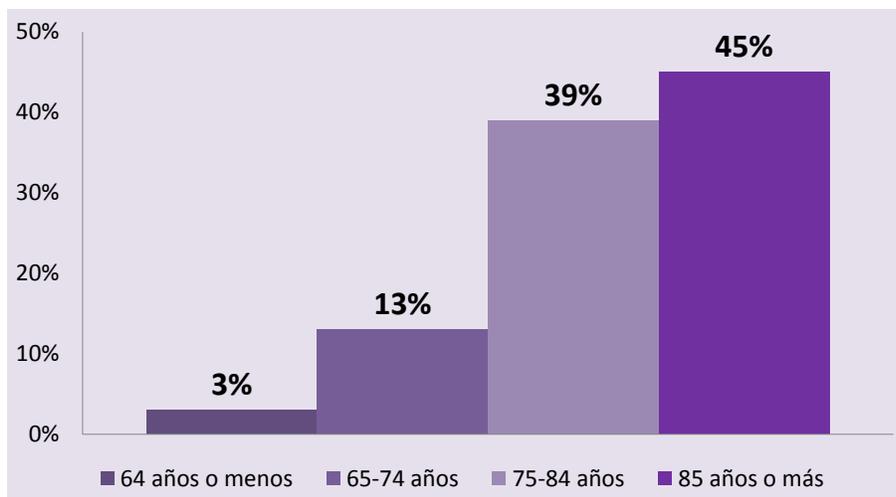
Fuente: Departamento de Salud (2014). Resumen General de la Salud en Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico  
Tasa ajustada por edad por cada 100,000 habitantes en Puerto Rico.

**Gráfica 2. Distribución Porcentual por Género según el Registro de Casos de Alzheimer de Puerto Rico, 2014-2015**



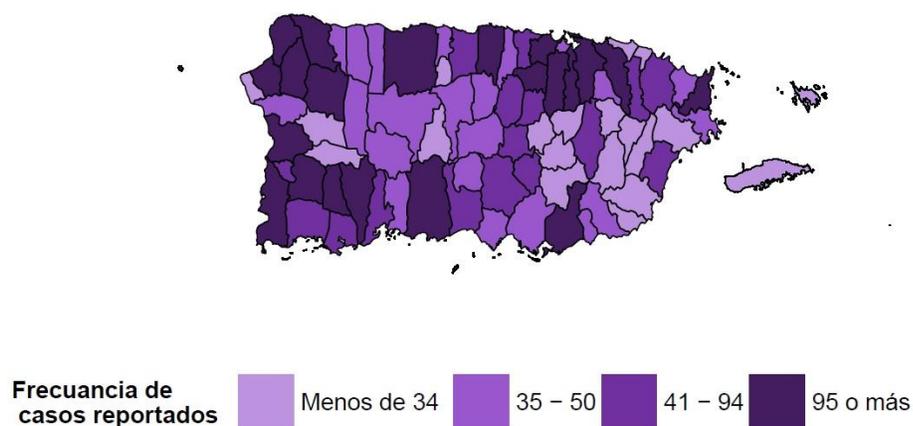
Fuente: Registro de Casos de Alzheimer. Departamento de Salud.

**Gráfica 3. Distribución Porcentual por Grupos de Edad según el Registro de Casos de Alzheimer de Puerto Rico, 2014-2015**



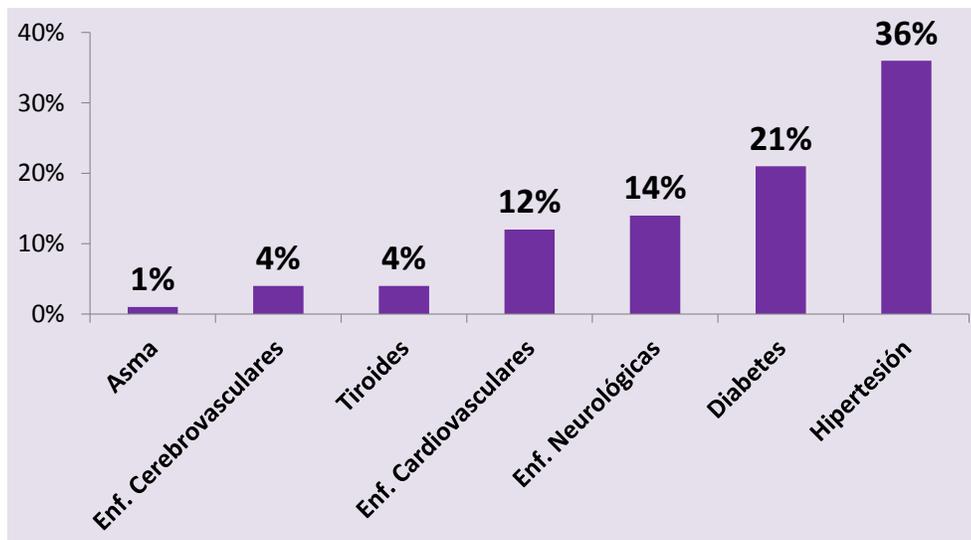
Fuente: Registro de Casos de Alzheimer. Departamento de Salud.

**Gráfica 4. Frecuencia de Casos Reportados por Municipio en Puerto Rico, 2014-2015**



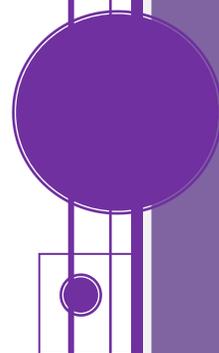
Fuente: Reporte Trimestral, enero-marzo 2015, Registro de Casos de Alzheimer. Departamento de Salud.

**Gráfica 5. Comorbilidades según el Registro de Casos de Alzheimer en Puerto Rico, 2014-2015**



Fuente: Registro de Casos de Alzheimer. Departamento de Salud.

# Política Pública



## Política Pública

La OMS (2012) ha considerado la EA y otras demencias como un problema de salud pública mundial. La EA ha representado retos y desafíos en los sistemas de salud y socioeconómicos de los países, por lo que se ha reconocido su problema y la necesidad de acción. En Puerto Rico, los costos de salud son elevados, y se cree que estos aumentarán por la proporción de adultos mayores y el aumento en las enfermedades crónicas no transmisibles. Las demandas de la sociedad en cuanto al acceso a servicios y mejoras en la calidad de vida promueven el desarrollo de políticas públicas. La importancia de las políticas públicas es que van dirigidas a la acción y constituyen un factor decisivo para la transformación social.

En Puerto Rico, existen varias políticas públicas que impactan la población de adultos mayores. Sin embargo, existen pocas que vayan dirigidas a la población de personas con la EA y sus cuidadores. En el 1998 se crea a través de la Ley 13, el Centro para la Coordinación de Servicios a Personas Afectadas por la EA. Posteriormente, para el 1999, se creó la Ley 237, que establece el CRCA en el DS de Puerto Rico. Esta ley requiere a los médicos licenciados en PR, a reportar los casos de la enfermedad. Los datos del CRCA sirven de base para planificar estrategias de acuerdo a las necesidades de la población. Por otro lado, la ley 132 del 2009, conocida como la Ley de Alerta Silver activa un protocolo en Puerto Rico cuando ocurre una desaparición de un adulto mayor de 60 años con deterioro cognoscitivo. Aunque se han desarrollado esfuerzos para combatir esta enfermedad, es necesario la evaluación de políticas existentes, y el desarrollo de nuevas políticas públicas que vayan de acuerdo a la necesidad actual de la población. En el PLAN se proponen las siguientes estrategias para la formulación de políticas públicas en el país dirigidas a la población con la EA y sus cuidadores.

## Meta

1. Aumentar los esfuerzos en políticas públicas para garantizar el acceso a los servicios y mejorar la calidad de vida de las personas con la EA y sus cuidadores en PR al 2025.

## Objetivos Específicos

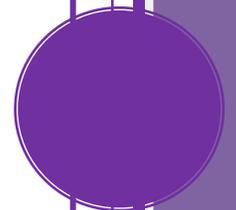
1.1 Analizar la legislación existente para determinar si atiende las necesidades de las personas con la EA y sus cuidadores.

1.2 Desarrollar protocolo de abuso y maltrato de adultos mayores, incluyendo personas con la EA.

<b>Meta 1:</b> Aumentar los esfuerzos en políticas públicas para garantizar el acceso a los servicios en las personas con EA y sus cuidadores en PR al 2025.		
<b>Estrategia:</b> Creación e implantación de políticas públicas para mejorar la calidad de vida de las personas con la EA y sus cuidadores.		
<b>Objetivo 1.1</b> Analizar la legislación existente para determinar si atiende las necesidades de las personas con la EA y sus cuidadores.		
Actividades	Programa(s) responsable(s)	Fecha de Ejecución
<b>Recopilar todas las leyes aprobadas, los proyectos de ley bajo consideración y los proyectos de ley no aprobados, que estén relacionados con la EA y sus cuidadores.</b>	DS, Instituciones Universitarias	2015
<b>Analizar las leyes aprobadas, los proyectos de ley bajo consideración y los proyectos de ley no aprobados que estén relacionados con la EA y sus cuidadores, con especial énfasis en las barreras que afectan el acceso a los servicios.</b>	DS, OPPEA, Instituciones Universitarias	2015-2016
<b>Crear un informe del análisis de las leyes y proyectos aprobadas, no aprobadas estableciendo como estas afectan los servicios a personas con EA, incluyendo</b>	DS, OPPEA, Instituciones Universitarias	2016

<b>un directorio de las políticas públicas identificadas</b>		
<b>Divulgación del informe al público general y organizaciones interesadas</b>	DS, OPPEA	2016
<b>Indicadores de Evaluación</b>		
<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de búsquedas realizadas</b></li> <li>• <b>Número de políticas públicas analizadas</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe del análisis</li> <li>• Número de publicaciones</li> </ul>	
<b>Objetivo 1.2</b> Desarrollar protocolo de abuso y maltrato de adultos mayores, incluyendo personas con la EA.		
<b>Actividades</b>	<b>Programa(s) responsable(s)</b>	<b>Fecha de Ejecución</b>
<b>Identificar representantes de las agencias gubernamentales responsables de velar por el bienestar de los adultos mayores.</b>	OPPEA	2015
<b>Realizar reuniones para coordinar el desarrollo del protocolo.</b>	OPPEA, ADFAN	2015 - 2016
<b>Redacción e integración de componentes del protocolo.</b>	OPPEA, ADFAN, Policía de PR, OAT, DS	2015 - 2016
<b>Divulgación del protocolo a agencias responsables y al público en general</b>	OPPEA	2016
<b>Indicadores de evaluación</b>		
<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Número de agencias identificadas</b></li> <li>• <b>Número de reuniones realizadas</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo</li> <li>• Número de medios en donde se divulgó</li> </ul>	

# **Esfuerzos en Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica**



## Esfuerzos en Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica

La alta prevalencia a nivel mundial y el impacto económico de la EA en las poblaciones a nivel global, incluyendo los estigmas y la exclusión social que viene de la mano con la enfermedad, proponen un reto importante para la salud pública de PR. La OMS (2013) desarrolló el informe *Demencia: Una prioridad de salud pública*, con el propósito de crear conciencia sobre la demencia y articular un enfoque de salud preventiva y abogar por que se tomen medidas a nivel nacional e internacional basándose en los principios de evidencia, inclusión e integración. Los desafíos que enfrenta Puerto Rico para responder al aumento de personas con EA son considerables. Se necesita un enfoque estratégico en salud para mejorar la calidad de vida y el cuidado de las personas con EA, sus cuidadores y/o familiares. Asimismo, la meta general establecida por la OMS (2013) y que se adopta como parte de este PLAN, es crear conciencia sobre la EA como una prioridad de salud pública.

La EA afecta principalmente a personas mayores, aunque se conoce que también podría afectar a personas antes de los 65 años. El envejecimiento poblacional ha tenido un impacto en la aparición de la epidemia global de la demencia, lo que influye en la toma de conciencia y empuja hacia una demanda mayor de servicios. Se estima que para el 2050, las personas de 65 años en adelante conformarán el 22% de la población mundial, 80% de ellas provenientes de Asia, África y América Latina (OMS, 2013). Es por esto, que en estas regiones se debe prever que la epidemia aumente en las próximas décadas, ya que se reconoce que existe un bajo conocimiento sobre las demencias por parte de las poblaciones y de los responsables en la creación de políticas, así como una baja planificación en la preparación de los sistemas de salud para enfrentar la enfermedad (OMS, 2013). Por lo tanto, es importante que cada país realice un monitoreo de la prevalencia de la EA, para identificar las necesidades poblacionales y analizar el impacto de la misma, así como su distribución en el contexto de transiciones demográficas y sanitarias (OMS, 2014).

## Meta

2. Aumentar las investigaciones y la vigilancia epidemiológica dirigida a la población con la EA en PR al 2025

## Objetivo Específicos

2.1 Aumentar en un 50% la cantidad de médicos o instituciones hospitalarias que reportan casos al CRCA del DS de PR.

2.2 Aumentar la cantidad de investigaciones relacionadas a la EA.

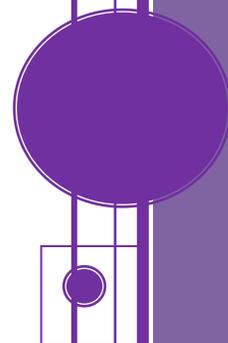
2.3 Aumentar la vigilancia epidemiológica en los casos de maltrato y abuso de personas con la EA.

<b>Meta 2:</b> Aumentar las investigaciones y la vigilancia epidemiológica dirigida a la población con la EA en PR al 2025.		
<b>Estrategia:</b> Fomentar las investigaciones y la vigilancia epidemiológica de la EA		
<b>Objetivo 2.1</b> Aumentar en un 50% la cantidad de médicos o instituciones hospitalarias que reportan casos al CRCA del DS de PR.		
Actividades	Programa(s) responsable(s)	Fecha de Ejecución
Desarrollar estrategias de comunicación que permitan promocionar el CRCA	DS	2015
Implementación de las estrategias de comunicación	DS, Comité Asesor	2015 - 2025
Adiestrar a médicos y personal de manejo de información en la utilización del CRCA	DS	2015-2016
Monitorear utilización del CRCA por los usuarios registrados	DS	2015-2025
Divulgar trimestralmente el progreso reflejado de los casos entrados	DS	2015-2025
<b>Indicadores de Evaluación</b>		
Proceso	Resultado	
<ul style="list-style-type: none"><li>Número de usuarios adiestrados</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Número de usuarios reportando al CRCA</li></ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de estrategias de comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de reportes trimestrales</li> </ul>	
<b>Objetivo 2.2</b> Aumentar la cantidad de investigaciones relacionadas a la EA.		
<b>Actividades</b>	<b>Programa(s) responsable(s)</b>	<b>Fecha de Ejecución</b>
<b>Crear un programa de mentoría y de incentivos para atraer científicos o estudiantes al campo de la investigación de la EA</b>	Instituciones Universitarias	2016 - 2025
<b>Realizar investigaciones relacionadas a la EA utilizando diversas fuentes de información, incluyendo el CRCA</b>	Instituciones Universitarias DS	2016 -2025
<b>Divulgar los resultados obtenidos de las investigaciones de la EA.</b>	Instituciones Universitarias DS	2016-2025
<b>Establecer requisitos mínimos de variables comunes a ser incluidas en estudios de investigación sobre la EA.</b>	Programa de Gerontología, RCM UPR	2015-2016
<b>Indicadores de evaluación</b>		
<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de científicos o estudiantes realizando investigación de la EA</li> <li>Documento con requisitos mínimos de variables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Número de investigaciones realizadas</b></li> <li><b>Número de divulgaciones de los resultados de las investigaciones</b></li> </ul>	
<b>Objetivo 2.3</b> Aumentar la vigilancia epidemiológica en los casos de maltrato y abuso de personas con la EA.		
<b>Actividades</b>	<b>Programa(s) responsable(s)</b>	<b>Fecha de Ejecución</b>
<b>Incorporar información sobre el estado cognoscitivo o diagnóstico de la EA y otras demencias en los formularios en los cuales se recoge querrelas de abuso y maltrato en adultos mayores</b>	ADFAN, Policía de PR, OPPEA	2016

<b>Desarrollo de base de datos y entrada de datos</b>	OPPEA, DS	2016
<b>Análisis epidemiológico de los datos</b>	OPPEA, DS	2017 - 2025
<b>Redacción de informes anuales</b>	OPPEA, DS	2018 - 2025
<b>Divulgación de informes anuales</b>	OPPEA, DS	2018 - 2025
<b>Indicadores de Evaluación</b>		
<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporación del estado cognoscitivo en formularios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de investigaciones relacionadas al maltrato en adultos mayores</li> <li>• Número de informes desarrollados</li> </ul>	

# Servicios en la Comunidad y en el Hogar



## Servicios en el Hogar y en la Comunidad

Los servicios en el hogar y la comunidad son esenciales en el manejo de la EA y en mejorar la calidad de vida de la persona y los cuidadores. Estos servicios pueden incluir: cuidado de salud para el adulto, manejo de caso, rehabilitación, servicios de salud en el hogar, servicios de ama de llaves, servicios de cuidado personal y cuidado de respiro. En Puerto Rico se necesita establecer políticas públicas que estén dirigidas a este tipo de servicio, ya que los recursos fiscales están dirigidos principalmente al cuidado a largo plazo. Se debe abogar junto a las agencias y colaboradores para desarrollar políticas que provean que regulen el funcionamiento de estos centros, asimismo, identificar estrategias para la búsqueda de fondos y de esta forma, subsanar la necesidad que es tan demandante en la isla.

Para propósitos del PLAN, se realizó una búsqueda de los servicios existentes dirigidos a las personas con EA y sus cuidadores en Puerto Rico. Se encontraron algunas entidades públicas y otras privadas que ofrecen distintos servicios. Algunos ejemplos de estos servicios son: servicios de asistencia personalizada, recreación y deporte, respiro, enfermería, terapia física. Sin embargo, los servicios existentes no son suficientes para atender la necesidad que existe en Puerto Rico. Además, muchos de estos servicios se concentran en el área metropolitana, limitando el acceso de la población que reside en otras áreas geográficas.

## Meta

3. Aumentar el acceso a los servicios en el hogar y en la comunidad dirigidos a personas con EA y sus cuidadores.

### Objetivo específicos

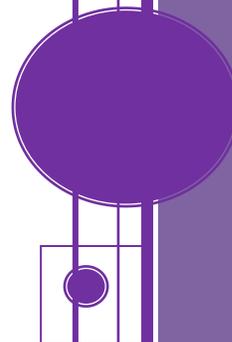
3.1 Desarrollar un directorio de servicios actualizado para personas con la EA y sus cuidadores.

3.2 Realizar un estudio de necesidades para identificar las barreras de acceso a los servicios de atención de salud y social disponibles para personas con la EA.

<b>Meta 3:</b> Aumentar el acceso a los servicios en el hogar y en la comunidad dirigidos a personas con EA y sus cuidadores.		
<b>Estrategia:</b> Fomentar el acceso a los servicios de salud y social en las personas con EA		
<b>Objetivo 3.1</b> Desarrollar un directorio de servicios actualizado para personas con la EA y sus cuidadores.		
Actividades	Programa(s) responsable(s)	Fecha de Ejecución
Identificar la información que se desea recopilar para cada proveedor de servicio	DS, UPR RCM	2015
Identificar servicios que van dirigidos a la población con la EA	DS, OPPEA, Comité Asesor	2015 - 2016
Desarrollar el directorio basado en los servicios identificados	DS, OPPEA, Instituciones Universitarias	2016
Divulgación del directorio en diversos medios	DS, OPPEA, Comité Asesor	2016 – 2025
Actualización del directorio	DS, OPPEA, Instituciones Universitarias	Anualmente comenzando 2017
Indicadores de Evaluación		
Proceso	Resultado	
<ul style="list-style-type: none"><li>Número de servicios identificados</li><li>Cantidad de actualizaciones realizadas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Directorio</li><li>Número de medios utilizados para divulgación</li></ul>	

<b>Objetivo 3.2</b> Realizar un estudio de necesidades para identificar las barreras de acceso a los servicios de atención de salud y social disponibles para personas con la EA.		
<b>Actividades</b>	<b>Programa(s) responsable(s)</b>	<b>Fecha de Ejecución</b>
<b>Diseñar los instrumentos de evaluación para los grupos focales.</b>	DS, Consejo Asesor, Instituciones Universitarias	2016
<b>Identificar personas con EA y cuidadores para realizar un grupo focal relacionado a los factores asociados al acceso.</b>	DS, Instituciones Universitarias, Consejo Asesor, Organizaciones Colaboradoras	2016
<b>Realizar estudio de necesidad mediante la implementación de grupos focales</b>	DS, Instituciones Universitarias	2017
<b>Analizar los resultados del estudio de necesidad.</b>	DS, Instituciones Universitarias	2017
<b>Redactar el informe de evaluación.</b>	DS, Instituciones Universitarias	2017
<b>Divulgar el informe entre las agencias y organizaciones interesadas y entre los tomadores de decisiones.</b>	DS, Consejo Asesor	2017 - 2020
<b>Indicadores de Evaluación</b>		
<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de participantes en grupos focales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio de necesidades</li> <li>• Cantidad de políticas públicas o cambios en sistema realizados basados en resultados del estudio de necesidades.</li> </ul>	

# Educación y Capacitación



## Educación y Capacitación

La promoción para la salud constituye una estrategia fundamental para alcanzar un estado de bienestar adecuado en la población. Es la educación en salud la herramienta principal para conseguir llevarla a cabo (OMS, 2009). A través de la educación en salud se pretende trabajar con los componentes biopsicosociales de la EA y los riesgos que minimizan su desarrollo. Los profesionales de la salud son los actores principales para empoderar a la comunidad en general para la prevención y el control de la condición. Por lo tanto, el objetivo general de esta sección es aumentar la concienciación de la EA en Puerto Rico, tanto para las personas con la condición, sus familiares, los profesionales de la salud y la comunidad en general.

La EA impone una gran carga, no solo para los que la padecen sino también para sus cuidadores y familiares. A nivel mundial, es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas envejecientes (OPS, OMS & ADI, 2013). Los efectos de la EA en la población se deben a su vez, porque existe una falta de conciencia y comprensión sobre las demencias, lo que puede causar estigmatización, barreras en el diagnóstico y la atención, y otras barreras que impactan a los cuidadores, los familiares y la sociedad en general (OPS et. al, 2013).

El aumento en los casos de personas con la EA trae consigo la importancia de educar sobre la condición. La educación en el proceso de detección temprana, diagnóstico y tratamiento proveerá herramientas para la toma de decisiones tanto para los familiares, la persona con la enfermedad y el profesional de la salud. Los esfuerzos de educación y adiestramiento en Puerto Rico proponen: capacitación a los profesionales de la salud, intervenciones educativas a la comunidad, y adiestramientos a cuidadores. Por lo tanto, las estrategias propuestas comprenden el desarrollo de componentes de adiestramiento y educación teniendo como misión la detección temprana de la enfermedad para maximizar una mejor calidad de vida a la persona con la enfermedad y sus cuidadores.

## Meta

4. Aumentar la concienciación sobre la EA en Puerto Rico.

### Objetivos Específicos

4.1 Realizar al menos una actividad educativa anual sobre la EA para familiares, cuidadores y/o voluntarios.

4.2 Realizar al menos 10 actividades anuales de concienciación sobre la EA dirigidas al público en general.

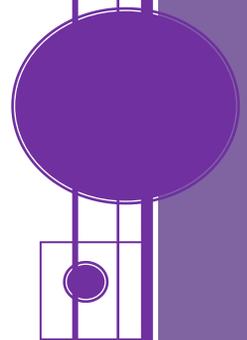
4.3 Realizar al menos un acuerdo de colaboración con instituciones educativas dirigidas a promover la integración de temáticas relacionadas a la EA dentro de su ofrecimiento a los estudiantes.

<b>Meta 4:</b> Aumentar la concienciación sobre la EA en Puerto Rico.		
<b>Estrategia:</b> Utilizar estrategias de promoción de la salud, educación y comunicación en salud para concienciar sobre la EA en Puerto Rico.		
<b>Objetivo 4.1</b> Realizar al menos una actividad educativa anual sobre la EA para familiares, cuidadores y/o voluntarios.		
Actividades	Programa(s) responsable(s)	Fecha de Ejecución
<b>Desarrollar actividades educativas de acuerdo a la audiencia (ej. Familiares, cuidadores)</b>	DS, Comité Asesor, Instituciones Universitarias	2016
<b>Identificar disponibilidad de recursos humanos y otros recursos necesarios para las actividades educativas</b>	DS, Comité Asesor, Instituciones Universitarias	2016 - 2025
<b>Identificar espacios y audiencias para las actividades educativas</b>	DS, Comité Asesor, Instituciones Universitarias	2016
<b>Desarrollar material educativo para distribuir en actividades</b>	DS	2015 - 2025
<b>Implementación de actividades educativas</b>	DS, Comité Asesor, Instituciones Universitarias	2017 – 2025
<b>Evaluación de actividades educativas</b>	DS, Comité Asesor,	2017 – 2025

	Instituciones Universitarias	
Indicadores de evaluación		
Proceso	Resultado	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de recursos identificados</li> <li>• Número de espacios/audiencias identificados</li> <li>• Cantidad de material educativo desarrollado y distribuido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de actividades educativas realizadas</li> <li>• Cantidad de participantes de actividades educativas</li> <li>• Al menos 60% de los participantes estará satisfecho con la actividad</li> <li>• Al menos 60% de los participantes entenderá mejor la condición</li> </ul>	
<b>Objetivo 4.2</b> Realizar al menos 10 actividades anuales de concienciación sobre la EA dirigidas al público en general.		
Actividades	Programa(s) responsable(s)	Fecha de Ejecución
<b>Identificar estrategias educativas exitosas dirigidas a la concienciación sobre la EA al público en general que se puedan replicar (ej. Un Café por el Alzheimer).</b>	DS, Comité Asesor, Instituciones Universitarias	2015
<b>Desarrollar material educativo para distribuir en actividades</b>	DS	2015 - 2025
<b>Desarrollar los instrumentos de evaluación (registro de voluntarios, hoja de asistencia)</b>	DS	2015
<b>Coordinar las actividades junto a colaboradores</b>	DS, Comité Asesor	2015 – 2025
<b>Utilizar las Redes Sociales (Facebook, Twitter, etc.) como estrategia educativa para concienciar sobre la EA</b>	DS	2015 - 2025
<b>Evaluar las estrategias educativas (Un Café por el Alzheimer, uso de redes</b>	DS	2015 - 2025

sociales, etc.)		
Indicadores de evaluación		
Proceso	Resultado	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cantidad de estrategias educativas identificadas</li> <li>Cantidad de material educativo desarrollado y distribuido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cantidad de actividades realizadas al año</li> <li>Cantidad de participantes</li> <li>Al menos 60% de los participantes estará satisfecho con la actividad</li> </ul>	
<p><b>Objetivo 4.3</b> Realizar al menos un acuerdo de colaboración con instituciones educativas dirigidas a promover la integración de temáticas relacionadas a la EA dentro de su ofrecimiento a los estudiantes.</p>		
Actividades	Programa(s) responsable(s)	Fecha de Ejecución
<b>Identificar instituciones educativas que estén interesadas en integrar temáticas relacionadas a la EA.</b>	DS, Comité Asesor, Instituciones Universitarias	2016
<b>Realizar acuerdos de colaboración con las instituciones educativas.</b>	DS, Instituciones Universitarias	2016
<b>Brindar la asistencia técnica necesaria a las instituciones en la integración de temáticas relacionadas a la EA, incluyendo el realizar actividades de concienciación para empleados docentes y no docentes y estudiantes.</b>	DS, Comité Asesor	2016
Indicadores de evaluación		
Proceso	Resultado	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cantidad de instituciones educativas identificadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cantidad de instituciones educativas con acuerdos colaborativos</li> <li>Cantidad de asistencia técnica brindada</li> </ul>	

# Diagnóstico y Tratamiento



## Diagnóstico y Tratamiento

El desarrollo de nuevas tecnologías ha contribuido al mejoramiento de la calidad en los servicios de salud como el diagnóstico y tratamiento de la EA. El Instituto Nacional para la Vejez NIH y la ALZ (2015) han recomendado nuevas guías y actualizaciones de los criterios que se habían establecido en el 1984. Para el 2009, investigadores y clínicos especializados en la enfermedad, se reunieron para incorporar los avances científicos actuales. Esta sección propone trabajar en la incorporación de los avances y actualizaciones a la práctica clínica de nuestros profesionales de la salud en Puerto Rico.

Los criterios de las guías del 1984 estaban basados en el juicio del clínico, y algunas pruebas neurológicas generales. Sin embargo, los nuevos criterios se han centrado en dos grandes cambios. El primer cambio es la inclusión de pruebas de biomarcadores como el nivel de beta amiloide acumulado en el cerebro y otros biomarcadores de las células nerviosas. A su vez, se identificaron tres etapas de la EA: la etapa preclínica, el deterioro cognoscitivo leve y la etapa de demencia. Los investigadores sugieren que los tratamientos son más efectivos cuando se hace un diagnóstico temprano de la enfermedad. Los datos epidemiológicos sugieren que un 50 por ciento de personas con la condición aún no han sido diagnosticadas, y aquellas personas que han sido diagnosticadas han sido en etapas severas (ALZ, 2015).

En PR, aunque el Centro y Registro de Casos de la EA apenas está comenzando con su implementación del registro electrónico, se les requiere a los médicos informar sobre la etapa en que han sido diagnosticados con la enfermedad. Esto nos ayudará a conocer las necesidades de la población y al desarrollo de estrategias que aumenten la calidad de vida de la persona con la EA. Sin embargo, en PR no existen estudios suficientes que nos provean información sobre las barreras de acceso al diagnóstico y tratamiento. Estos estudios nos ayudarían al desarrollo de políticas públicas que mejoren el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento temprano. Por otro lado, la infraestructura para la atención de la EA debe ser diferente al modelo actual de atención a enfermedades agudas. Es necesario el desarrollo de un modelo de atención en donde se incluya, no tan solo al sistema de salud sino también a la comunidad. La inclusión de otros profesionales de la salud es primordial para el manejo de la enfermedad. A continuación los objetivos para esta sección son:

## Meta

5. Aumentar el acceso al diagnóstico y tratamiento temprano de EA.

### Objetivos Específicos

5.1 Realizar un estudio de necesidades para identificar posibles barreras de acceso al diagnóstico temprano y a tratamiento farmacológico y no farmacológico en las personas con EA.

5.2 Capacitar al menos 300 proveedores de servicios de salud en el diagnóstico para el diagnóstico temprano y tratamiento farmacológico y no farmacológico.

<b>Meta 5:</b> Aumentar el acceso al diagnóstico y tratamiento temprano de EA.		
<b>Estrategia:</b> Capacitación para los profesionales de la salud responsables del diagnóstico y tratamiento temprano de la EA.		
<b>Objetivo 5.1</b> Realizar un estudio de necesidades para identificar posibles barreras de acceso al diagnóstico temprano y a tratamiento farmacológico y no farmacológico en las personas con EA.		
<b>Actividades</b>	<b>Programa(s) responsable(s)</b>	<b>Fecha de Ejecución</b>
<b>Revisión de literatura</b>	DS, Instituciones Universitarias	2016
<b>Identificar audiencia para estudio</b>	DS, Instituciones Universitarias, Comité Asesor	2016
<b>Desarrollo de instrumentos de evaluación</b>	DS, Instituciones Universitarias	2016
<b>Realizar estudio de necesidades</b>	DS, Instituciones Universitarias	2017
<b>Análisis de resultados</b>	DS, Instituciones Universitarias	2017
<b>Redactar informe del estudio de necesidades</b>	DS, Instituciones Universitarias	2018
<b>Diseminación de resultados</b>	DS, Comité Asesor	2018 - 2020

<b>Indicadores de evaluación</b>		
<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cantidad de participantes del estudio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cantidad de medios en donde se divulga el informe de resultados.</li> <li>Aumento en la proporción de personas tratadas en etapa temprana de la EA</li> </ul>	
<b>Objetivo 5.2</b> Capacitar al menos 300 proveedores de servicios de salud en el cernimiento para diagnóstico temprano y tratamiento farmacológico y no farmacológico.		
<b>Actividades</b>	<b>Programa(s) responsable(s)</b>	<b>Fecha de Ejecución</b>
<b>Identificar o desarrollar actividades educativas (adiestramientos, módulos educativos, etc.) para proveedores de servicios de salud.</b>	DS, Instituciones Universitarias, Comité Asesor	2015
<b>Implementar actividades educativas, que incluyan capacitación sobre pruebas diagnósticas, guías y protocolos clínicos, pruebas de cernimiento y tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.</b>	DS, Instituciones Universitarias, Comité Asesor	2015 – 2025
<b>Gestionar la acreditación de las actividades educativas para poder brindar créditos de educación continua a los participantes.</b>	DS, UPR RCM	2015 – 2025
<b>Evaluar las actividades educativas.</b>	DS	2015 – 2025
<b>Indicadores de evaluación</b>		
<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cantidad de actividades realizadas.</li> <li>Cantidad de participantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento de conocimiento en parte de los proveedores sobre las guías para el diagnóstico y tratamiento temprano</li> <li>Cantidad de proveedores de servicios de salud realizando las pruebas de cernimiento según las guías y recomendaciones.</li> </ul>	

# **Servicios ofrecidos en Centros de Cuidado a Largo Plazo**

## Servicios Ofrecidos en Centros de Cuido a Largo Plazo

La expectativa de vida en los adultos mayores ha ido en aumento. Una de las razones pudiera ser el desarrollo de nuevas tecnologías en salud, y esto se ha traducido en un aumento en la utilización de servicios por parte de esta población. El cuidado a largo plazo ha ido incrementando, por lo que es importante asegurar la calidad en servicios que brindan a los adultos mayores con EA. Según el censo estadounidense del 2010, había más de 760,000 adultos mayores en Puerto rico (60 años o más), de las cuales más de 5,000 residían en hogares para el cuidado de adultos mayores. A medida que aumente la demanda por estos servicios, aumentará también la exigencia a las instalaciones de cuidados médicos a largo plazo para los pacientes con EA.

El cuidado a largo plazo incluye una variedad de servicios que ayudan a las personas a satisfacer sus necesidades médicas y no médicas durante un periodo de tiempo. Este cuidado puede proporcionarse en el hogar, en la comunidad, o en varios tipos de instalaciones, incluidos los asilos para ancianos y las instalaciones de vida asistida. En PR no se proveen ayudas económicas para este tipo de cuidado. Si la persona con EA necesitara de este cuidado tendría que costearlo completamente.

El cuidado a largo plazo requiere de cuidados multidisciplinarios por parte de los profesionales de la salud. Se recomienda esta alternativa de cuidado a largo plazo cuando las personas con EA no pueden cuidarse a sí mismos y no pueden realizar tres o más de las actividades del diario vivir. Se define actividades del diario vivir como aquellas actividades normales de cuidado personal, que le permiten a las personas ser independientes en el ambiente dentro y fuera de la casa (Brodaty & Green, 2002). Dentro de las actividades del diario vivir de incluyen: bañarse, vestirse, arreglarse, comer por sí solo, ir al baño y caminar por cuenta propia. Otro tipo de actividades del diario incluyen las destrezas para la vida independiente tales como: el manejo de las finanzas, comprar y preparar los alimentos, limpieza del hogar, manejar los medicamentos, conducir y salir fuera del hogar y utilizar el teléfono (Brodaty & Green, 2002).

En Puerto Rico, existen alrededor de 970 establecimientos licenciados que ofrecen servicios en 10 regiones: Aguadilla, Arecibo, Bayamón, Caguas, Carolina, Guayama, Humacao, Mayagüez, Ponce y San Juan. Los establecimientos licenciados y registrados por

el Departamento de la Familia se distribuyen de la siguiente manera: 136 Centros de Actividades Múltiples, 192 hogares sustitutos, y 642 instituciones para adultos mayores. Los familiares o cuidadores deben asegurarse que el centro de cuidado cumpla con la Ley 94, aprobada en el 1977; y otras licencias requeridas.

Uno de los grandes retos, ha sido la conceptualización del cuidado a largo plazo, ya que al tener una definición amplia, se dificulta la clasificación de los centros en las diferentes etapas de la EA. Además, el alto costo relacionado al cuidado a largo plazo, impone una carga económica a la familia que afecta la calidad de vida de la persona con EA. La ALZ (2015) estima que los costos para el cuidado a largo plazo y hospicio aumentarán de 200 billones en el 2012 a 1.1 trillones para el 2050.

### Meta

6. Aumentar la concienciación sobre las necesidades de la población con la EA que requieran cuidado a largo plazo.

### Objetivos Específicos

6.1 Aumentar la inclusión de la población con la enfermedad de Alzheimer en leyes o políticas públicas relacionadas a los centros de cuidado a largo plazo.

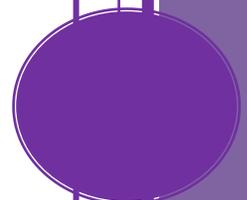
6.2 Aumentar la cantidad de centros de cuidado a largo plazo que cumplen con los protocolos de intervención dirigidos a personas con la enfermedad de Alzheimer.

<b>Meta 6:</b> Aumentar la concienciación sobre las necesidades de la población con la EA que requieran cuidado a largo plazo.		
<b>Estrategia:</b> Fomentar la concienciación entre los tomadores de decisiones sobre las necesidades de la población con la EA que requieran cuidado a largo plazo mediante la educación y comunicación en salud.		
<b>Objetivo 6.1</b> Aumentar la inclusión de la población con la enfermedad de Alzheimer en leyes o políticas públicas relacionadas a los centros de cuidado a largo plazo.		
Actividades	Programa(s) responsable(s)	Fecha de Ejecución
<b>Desarrollar la definición del concepto de cuidado a largo plazo.</b>	Comité Asesor, ADFAN, OPPEA	2016
<b>Revisar las leyes relacionadas a la</b>	Comité Asesor	2017

<b>institucionalización de personas de edad avanzada (policy scan).</b>		
<b>Redactar informe de la revisión de leyes, que incluya barreras y brechas identificadas.</b>	Comité Asesor	2017
<b>Realizar reuniones con tomadores de decisiones para informar sobre hallazgos de informe de revisión de leyes.</b>	Comité Asesor	2017 - 2020
<b>Promover la creación de nuevas leyes o enmiendas a leyes existentes para que consideren a las personas con EA.</b>	Comité Asesor, comisiones de salud de la Asamblea Legislativa	2017 - 2020
<b>Indicadores de evaluación</b>		
<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de análisis de leyes.</li> <li>• Cantidad de reuniones realizadas con tomadores de decisiones.</li> <li>• Cantidad de informes divulgados entre tomadores de decisiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión de la EA en políticas o leyes creadas o enmendadas.</li> </ul>	
<b>Objetivo 6.2</b> Aumentar la cantidad de centros de cuidado a largo plazo que cumplen con los protocolos de intervención dirigidos a personas con la enfermedad de Alzheimer.		
<b>Actividades</b>	<b>Programa(s) responsable(s)</b>	<b>Fecha de Ejecución</b>
<b>Revisar los protocolos de intervención para personas con la EA de los centros de cuidado a largo plazo.</b>	DS, OPPEA, ADFAN	2017
<b>Actualizar el registro de los centros de cuidado a largo plazo.</b>	ADFAN	2017
<b>Realizar actividades de capacitación para el personal de los centros de cuidado a largo plazo sobre los protocolos de intervención para personas con la EA.</b>	DS, OPPEA, ADFAN	2018 – 2020

<b>Evaluar si los centros de cuidado a largo plazo están cumpliendo con los protocolos de intervención para personas con la EA.</b>	OPPEA, ADFAN	2018 - 2025
<b>Indicadores de evaluación</b>		
<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión del protocolo.</li> <li>• Cantidad de actividades de capacitación realizadas.</li> <li>• Cantidad de participantes en las actividades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de centros de cuidado a largo plazo que estén cumpliendo con los protocolos de intervención para personas con la EA.</li> </ul>	

# Financiamiento del Cuidado a Largo Plazo



## Financiamiento del Cuidado a Largo Plazo

Los costos en el cuidado a largo plazo para personas con la EA han ido en aumento en los últimos años a nivel mundial. Este aumento ha tenido consecuencias directas e indirectas en cuanto a los servicios que reciben las personas con la EA, ya que muchas veces se crean barreras para que estos puedan tener acceso a los servicios de salud. En PR existen muchas personas con la EA en etapas moderadas y severas, que por asuntos económicos o por falta de acceso a seguros médicos no reciben servicios de cuidado prolongado. Es por esto que, debemos planificar con tiempo para poder tomar decisiones en cuanto a colocar a un ser querido en un asilo o en un establecimiento de vivienda asistida o cuidado total.

En PR, hay disponible, bajo las cubiertas de servicios especializados de Medicare Parte A, el pago por los gastos de vivienda en hogares de cuidados, con enfermeros especializados durante 21 días, sólo a personas que cualifiquen para el mismo. Para que la persona pueda recibir este beneficio, debe haber estado hospitalizado durante 3 días por una condición de salud y una vez de alta, continúe con la necesidad de recibir servicios especializados de rehabilitación y enfermería. Algunos ejemplos de estos servicios especializados pagados por Medicare Parte A son los reemplazos de caderas, rodillas, derrames cerebrales y otros. Luego de 21 días de cubierta de servicios, el adulto mayor o su familia, tienen que asumir responsabilidad de financiar estos costos. Por eso, es de suma importancia que la persona con EA en etapas severas y moderadas que requieran cuidado a largo plazo, posean un seguro de cuidado extendido (long term care), en donde puedan justificar la necesidad de continuar con los servicios especializados y el seguro les pueda pagar los servicios por un tiempo o por una cantidad de dinero establecida según la cubierta adquirida.

En PR, el programa Medicare Parte B no provee fondos para vivienda, pero financia los servicios de rehabilitación y enfermería en el hogar de personas con necesidad de estos. El Medicare Parte B, establece en PR unos límites de pagos para los servicios de rehabilitación que se solicitan, ya que estos tienen el propósito de restablecer la capacidad funcional de las personas y no para mantenimiento. Esta cubierta paga por los servicios de rehabilitación y enfermería a personas cuya capacidad funcional esté disminuyendo. Se considera como justificación para los servicios necesarios de rehabilitación: la disminución o

pérdida en el área de movilidad y/o destrezas en el manejo de las actividades del diario vivir; la presencia de dolor en las articulaciones, el cual afecta la capacidad para moverse, pararse, vestirse, caminar, comer y otros. La meta es retrasar el deterioro funcional de las personas diagnosticadas con la EA que no reciben los servicios de rehabilitación y muestran señales de pérdida de la memoria. Esto es un agravante ya que estas personas corren el riesgo de entrar a etapas severas, donde comienzan a estar encamados, desarrollan otras enfermedades, se agravan las comorbilidades y las admisiones en los hospitales aumentan.

Este plan propone estrategias para establecer políticas públicas que subsanen o en cierto modo, manejen estas necesidades que son tan esenciales para las personas con la EA. Por lo tanto, hay que establecer alternativas de financiamiento para las personas que carecen de recursos económicos y tengan estas necesidades básicas.

### Meta

7. Aumentar el acceso a servicios de cuidado a largo plazo.

### Objetivos Específicos

7.1 Aumentar la oferta de cubiertas de seguro en el cuidado de largo plazo.

7.2 Disminuir la carga económica que conlleva para las familias tener un familiar con la EA en los centros de cuidado a largo plazo mediante la creación de incentivos contributivos.

<b>Meta 7:</b> Aumentar el acceso a servicios de cuidado a largo plazo.		
<b>Estrategia:</b> Fomentar la concienciación entre los tomadores de decisiones sobre las necesidades de la población con la EA que requieran cuidado a largo plazo mediante la educación y comunicación en salud.		
<b>Objetivo 7.1</b> Aumentar la oferta de cubiertas de seguro en el cuidado de largo plazo.		
Actividades	Programa(s) responsable(s)	Fecha de Ejecución
<b>Realizar un estudio económico del costo relacionado al cuidado a largo plazo de las personas con EA.</b>	Comité Asesor, Instituciones Universitarias	2018
<b>Realizar reuniones con tomadores de decisiones para informar sobre hallazgos de estudio.</b>	Comité Asesor	2017 - 2020

<b>Abogar por la inclusión de cubiertas en los seguros médicos que incluyan los servicios de cuidado a largo plazo.</b>	Comité Asesor, OPPEA, Comisionado de Seguros	2019 - 2020
<b>Indicadores de evaluación</b>		
<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cantidad de reuniones realizadas con tomadores de decisiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cantidad de seguros médicos que incluyan cubiertas para servicios de cuidado a largo plazo.</li> </ul>	
<b>Objetivo 7.2</b> Disminuir la carga económica que conlleva para las familias tener un familiar con la EA en los centros de cuidado a largo plazo mediante la creación de incentivos contributivos.		
<b>Actividades</b>	Programa(s) responsable(s)	Fecha de Ejecución
<b>Convocar a organizaciones interesadas (ej. Colegio de Contadores Públicos Autorizados de Puerto Rico, Colegio de Médicos Cirujanos, AARP, Colegio de Abogados) para evaluar la viabilidad de desarrollar incentivos contributivos.</b>	Comité Asesor, OPPEA	2018
<b>Realizar reuniones con tomadores de decisiones para incluir incentivos contributivos en leyes fiscales.</b>	Comité Asesor, OPPEA	2018 -2019
<b>Aprobar incentivos contributivos.</b>	Asamblea Legislativa, Oficina del Gobernador, Departamento de Hacienda	2020
<b>Indicadores de evaluación</b>		
<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cantidad de reuniones</li> <li>Cantidad de organizaciones apoyando iniciativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de incentivo contributivo para familiares de persona con la EA en centros de cuidado a largo plazo.</li> </ul>	

## Conclusión

La enfermedad de Alzheimer afecta a quienes viven con ella, a sus cuidadores y las relaciones familiares. Esta condición es más frecuente en los adultos de 65 años o más. La prevalencia de Alzheimer seguirá en aumento según siga envejeciendo la población de Puerto Rico. Este PLAN incluye metas, objetivos, estrategias y actividades para atender las necesidades de la población afectada. Este documento de trabajo ha sido preparado utilizando los conceptos de salud pública, promoción de la salud y prevención. Es necesaria la detección temprana de la enfermedad para que la persona se pueda beneficiar de los tratamientos farmacológicos o terapias no farmacológicas disponibles. Asimismo, recomendamos que todos los miembros de la sociedad puertorriqueña se involucren en la implementación del plan incluyendo el sector gubernamental, el privado y las organizaciones sin fines de lucro. Nos hacemos eco del mensaje de la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer en donde se expresó a la sociedad un mensaje de optimismo en relación a la EA, alejándose del dramatismo y tratando de que “aprendamos a convivir con el Alzheimer”, una patología que es “un problema de todos, y entre todos ha de afrontarse, trascendiendo fronteras, ideologías o cualquier otro tipo de condicionamiento”.

## Referencias

- AARP. (2005). Long-Term Care Reform in Puerto Rico. Public Policy Institute. Recuperado de: [http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2008\\_10\\_ltc\\_pr.pdf](http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2008_10_ltc_pr.pdf)
- Alzheimer Association. (2007). Información básica sobre la enfermedad de Alzheimer. ¿Qué es y qué puede hacer usted?.. Recuperado de: [http://www.alz.org/national/documents/sp\\_brochure\\_basicsofalz.pdf](http://www.alz.org/national/documents/sp_brochure_basicsofalz.pdf)
- Alzheimer Association. (2013). Si no es Alzheimer, ¿Qué podría ser? New York City Chapter. Recuperado de: <http://www.alznyc.org/nyc/espanol/pdf/alznyc-ItsNotALZ.pdf>
- Alzheimer's Association, (2015). Alzheimer ' s Disease Facts and Figures.
- Alzheimer Association and Center of Disease Prevention. (2013). *The Healthy Brain Initiative: The Public Health Road Map for State and National Partnerships*. Chicago IL.
- Alzheimer's Disease International (2014). World Alzheimer Report: Dementia and Risk Reduction. Recuperado de: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pdf>
- Burns, A & Lliffe, S. (2009). *Enfermedad de Alzheimer*. BMJ 338. B118. Doi: [dx.doi.org/10.1136/bmj.b158](http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b158)
- British United Provident Association, [BUPA]. (2013). Mejora de la asistencia para las personas con Demencia en todo el mundo. *Ideas y recomendaciones para desarrollar y ejecutar un plan nacional de demencia*. Recuperado de: <http://www.bupa.com/media/848309/global-learnings-report-final-spanish.pdf>
- Departamento de de Salud. (2010). Nuevas estadísticas de mortalidad, 2000-2008. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico San Juan, Puerto Rico. Recuperado de: [www.estadísticas.gobierno.pr](http://www.estadísticas.gobierno.pr).
- Departamento de Salud. (2013). Boletín de Mortalidad. Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo. División de Análisis Estadístico. San Juan, Puerto Rico.

- Figueroa, Rodriguez, R. (2010). La mortalidad en Puerto Rico.
- Fontán, L., (2012). La enfermedad del Alzheimer: *elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio*. Revista Biomedicina- Medicina Familiar y Comunitaria, 7 (1).
- Herrera, M, Hernández, M, Manzo, J, Aranda, G., (2010). *Enfermedad del Alzheimer: inmunidad y diagnóstico*. Neurol. 51 (3).
- Instituto Nacional de la Salud sobre el Envejecimiento, (2014). Assessing Cognitive Impairment in Older Patients. A quick guide for primary care physicians. Recuperado de: <http://www.nia.nih.gov/alzheimers/publications/assessing-cognitive-impariment-older-adults>.
- Mckhann, G, Knopman, D, Chertkow, H, Hyman, B, Jack, C, Kawas, C, Klunk, W, Koroshetz, W, Manly, J, Mayeux, R, Mohs, R, Morris, J, Rossor, M, Sheltens, P, Carillo, M, Thies, B, Weintraub, S, & Phelps, C. (2011). The Diagnosis of Dementia due to Alzheimer's Disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association Workgroup. *Alzheimer and Dementias*. DOI: 10.1016/j.jalz.2011.03.005
- National Alliance for Hispanic Health (2014). Caring for a Person with Alzheimer Disease. Washington DC.
- Organización Panamericana de la Salud OPS, Organización Mundial de la Salud OMS y Asociación Internacional de Alzheimer ADI (2013). Demencia: Una Prioridad de Salud Pública. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf)
- Sociedad Española de Neurología-SEN. (2014). *Datos y cifras que este próximo 21 de septiembre no deberíamos olvidar*. Recuperado de <http://www.diamundialdelalzheimer.com/datos-y-cifras-que-este-proximo-21-de-septiembre-no-deberiamos-olvidar/>
- Toledo, J. (2011). Epidemiología descriptiva y analítica de la enfermedad de Alzheimer. *Alzheimer*, 47. Recuperado el 12 de noviembre de 2014 de <http://www.revistaalzheimer.com/PDF/0228.pdf>

