



PUBLICACIONES DE LA
ACADEMIA NACIONAL DE
MEDICINA DE MÉXICO

**EL CONFLICTO DEL PLAN
NACIONAL DE DEMENCIAS
ES EL RECONOCIMIENTO
OPORTUNO DEL DECLIVE
COGNITIVO, UNA NECESIDAD
PARA LA MEJORA**

Dr. José de Jesús Rivera-Sánchez
Coordinador

El conflicto del plan nacional de demencias es el reconocimiento oportuno del declive cognitivo, una necesidad para la mejora.

*Lorena Velazquez-Álvarez, Laura Paulina Burgos-Morelos,
Masiel Vásquez-Tinoco, José de Jesús Rivera-Sánchez*

Las demencias son por decir menos el fenómeno que ocupara la mayor prevalencia en la próxima década, desplazando entidades con alta demanda de atención y costos al cuidado de estas personas como la enfermedad renal crónica y las secuelas por diabetes tipo 2, toda vez que en estas patologías los avances terapéuticos han logrado modificar la trayectoria de la enfermedad y han sumado años de vida a la población global, acercándonos a desenlaces como la neurodegeneración.

Hasta el 2015 se estimaba que había aproximadamente 46.8 millones de pacientes con demencia y se espera que este número se triplique para el 2050; el continente Americano concentra al menos el 24.1% de las demencias y se ubica inmediatamente después de Europa, un continente que ha envejecido más rápido que nosotros y que ocupa el primer lugar en la prevalencia de demencias con 35.9%. En términos económicos se plantea que el costo mundial total de la demencia en 2015 se situaba en torno a los 818 millones de dólares y se estima que esta cifra ascenderá a 2 billones para el 2030. (2) Esto convierte esta enfermedad en una verdadera prioridad para el sistema de salud consideramos nosotros debiendo ascender a política nacional de salud. Dado que no se cuenta con tratamientos curativos para estas patologías, su detección temprana junto con la intervención y adecuado control de comorbilidades de base es prioridad para implementar manejos que pudieran ayudar a modificar la trayectoria cognitiva.

México presenta un envejecimiento acelerado que ha superado en la actualidad todas las proyecciones, de

acuerdo con las estimaciones del INEGI los porcentajes de adultos mayores pasará de 11.2 % en 2020 a 27.5% en el 2050¹ y bajo esta consideración los casos activos de demencias aumentarán proporcionalmente considerando que la edad avanzada es el principal factor de riesgo reconocido para los principales subtipos de demencia.

Entre los principales factores de riesgo que se han identificado se encuentran: un menor nivel educacional formal en etapas tempranas de la vida; con una población adulta mayor que promedia solo dos años de educación primaria, la deprivación sensorial auditiva, dislipidemia, depresión, la lesión cerebral traumática, el sedentarismo, la diabetes, el hábito tabáquico, hipertensión, obesidad, así como el consumo excesivo de alcohol en la mediana edad, el aislamiento social, la contaminación ambiental y la deprivación sensorial visual hacia etapas más tardías de la vida. (2)

En cuanto a la distribución porcentual de las demencias, el mayor porcentaje se atribuye a la enfermedad de Alzheimer que representa entre el 60 y el 70%, seguido de la demencia vascular cuya prevalencia se estima en 20%, la demencia por cuerpos de Lewy representa el 9% y la frontotemporal aproximadamente el 1%. En la mayoría de estas patologías existe una proteína que es variable en cada subtipo. Dichas proteínas presentan distintas alteraciones conformacionales que las lleva a acumularse, generando neurotoxicidad, inflamación y pérdida neuronal, motivo por el cual se comportan como enfermedades neurodegenerativas. Lo que les otorga un carácter crónico, irreversible y progresivo, (4)

Sin importar cual sea la proteína que se esté acumulando parece haber elementos comunes implicados en la fisiopatología de los diferentes subtipos, como son: cambios en la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, alteraciones neuroendocrinas que amplifican el daño y disminuirán la tasa de reparación neuronal y la adecuada utilización de glucosa y que en consecuencia comprometerán los sistemas de metabolismo de proteínas y por tanto la reutilización de los elementos primarios (5)

El elemento común en el cuadro clínico es la queja cognitiva la cual puede ser autopercibida o referida por cuidadores o familiares y que muchas veces tiende a ser desestimada y normalizada en el contexto de la edad del paciente, algo que ocurre incluso en personal de salud que no está sensibilizado aún con la detección de deterioro cognitivo o con los cambios relacionados con el envejecimiento cognitivo normal, lo que tiende a retrasar la búsqueda de atención especializada (6)

El deterioro cognitivo se puede clasificar según su severidad en trastorno neurocognitivo menor, también llamado deterioro cognitivo leve y trastorno neurocognitivo mayor también denominado demencia. El deterioro cognitivo leve se considera un punto intermedio en el continuum de la trayectoria cognitiva entre cognición normal y la demencia y actualmente se define como la alteración de 1 o más funciones cognitivas (que son atención, funciones ejecutivas, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad visuoespacial y cognición social), con preservación de la funcionalidad y rendimiento entre -1 y 2 desviaciones estándar del rendimiento esperado para la edad y la escolaridad en pruebas de tamizaje validadas en población Mexicana. La demencia es una afectación más severa que implica la alteración de 1 o más funciones cognitivas, que impacta en la funcionalidad del paciente y se ubica más allá de -2 desviaciones estándar del rendimiento esperado para la edad y escolaridad del paciente en pruebas de tamizaje (7)

Como se comentó previamente, el diagnóstico cognitivo se lleva a cabo mediante la aplicación de pruebas de evaluación cognitiva y de la funcionalidad, esta última puede ser determinada mediante la aplicación de escalas de aplicación rápida como:

La escala de KATZ que es una herramienta que se utiliza para detectar dificultades en la realización de actividades básicas de la vida diaria, en específico las habilidades de autocuidado que incluye: la habilidad de bañarse, vestido, alimentación, ir al baño, traslados dentro del domicilio y el mantenimiento de la continencia urinaria y fecal (8)

La escala de LAWTON & BRODY permite evaluar las habilidades instrumentadas de la vida diaria, que se consideran más complejas cognitivamente que las previamente mencionadas, y que permiten al individuo desempeñarse y vivir de forma independiente en su sociedad, estas incluyen: la habilidad de viajar en transporte público, utilizar el teléfono, la toma de sus medicamentos, finanzas, compras, de cocinar, así como de realizar labores de limpieza y lavandería en el hogar. Y para el diagnóstico de deterioro cognitivo la presencia de déficits debe de ser secundario a un déficit cognitivo y no a uno meramente físico como por ejemplo en la osteoartritis (9)

Detección y Diagnóstico de Demencia en Atención Primaria

La demencia como se comentó, constituye un desafío clínico y de salud pública con implicaciones crecientes en un contexto de envejecimiento poblacional. Se estima que más del 50% de los casos no son detectados en fases tempranas, lo cual limita las oportunidades de intervención y apoyo a pacientes y familias (14). En este escenario, el médico de atención primaria se debe definir como un agente central en la identificación de síntomas cognitivos iniciales y en el establecimiento de un diagnóstico diferencial que se oriente al curso terapéutico, aunque ello no implique la atención completa de los pacientes ya que el tratamiento de estos casos debe ser de manera multidisciplinaria.

El rol del médico de primer contacto se sustenta en el desarrollo de la capacidad de realizar una anamnesis integral, exploración física y evaluación del estado cognitivo de los pacientes y sea capaz de llevar a cabo un abordaje inicial que permita discriminar entre quejas subjetivas, deterioro cognitivo leve (DCL) y la demencia establecida, priorizando la identificación temprana de DCL dado que aproximadamente la mitad de estos

pacientes progresarán a demencia en algún momento de su vida (14). Además, la continuidad asistencial característica de la medicina de familia y de contacto primario favorecen el seguimiento longitudinal, crucial para detectar cambios sutiles en la cognición y en la funcionalidad cotidiana (13).

La detección precoz realizada en la atención primaria no solo permite derivar oportunamente a servicios especializados cuando es necesario, sino que también posibilita la implementación temprana de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, la prevención de accidentes, la atención a los síntomas conductuales y psicológicos y el apoyo integral a cuidadores (11;14). Por ello, los médicos de familia no solo actúan como detectores clínicos, sino también como coordinadores del plane de cuidado interdisciplinarios lo que implica la creación de mejores métodos de comunicación entre primer contacto con otros servicios así como la creación de un sistema de soporte efectivo para dicho efecto.

Medidas específicas para mejorar la detección de demencia en atención primaria

Para facilitar y mejorar la eficacia de éstas intervenciones se han desarrollado diversas medidas específicas para el diagnostico y tamizaje cognitivo en primer contacto, esto se evidencia en diversos estudios dónde se ha demostrado que la precisión diagnóstica y la oportunidad de detección en la atención primaria se optimizan mediante la implementación de herramientas breves y validadas de cribado cognitivo. El Mini-Cog, por ejemplo, ha sido ampliamente evaluado en el ámbito primario, mostrando sensibilidades que oscilan entre 0.76 y 1.00, aunque con variabilidad en la especificidad, lo cual resalta su utilidad como test de primer nivel de cribado (16). De forma complementaria, el Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) ha mostrado potencial para captar información colateral de familiares o cuidadores, con sensibilidades reportadas de hasta 100% en ciertos puntos de corte, lo cual aumenta la capacidad de detección en contextos donde los síntomas pueden ser enmascarados por comorbilidades (10).

Otra estrategia validada es la combinación de pruebas cognitivas. El uso del Mini-Mental State Examination

(MMSE) junto con el Visual Association Test (VAT) ha demostrado incrementar sustancialmente el valor predictivo para el desarrollo de demencia, multiplicando por tres la capacidad diagnóstica cuando ambos instrumentos se aplican en conjunto (12). Estas aproximaciones permiten estratificar el riesgo y orientar de forma más precisa las derivaciones a neurología o unidades de memoria. Es importante notar que la realización de estas pruebas obliga a una capacitación para estandarizar y homogeneizar la aplicación de las pruebas con el fin de disminuir los errores de aplicación. A nivel organizacional, la integración del personal de salud no médico en el proceso de cribado ha emergido como una medida de alto impacto. La evidencia cualitativa muestra que la participación de enfermeras y asistentes médicos en la observación sistemática de pacientes facilita la identificación precoz de síntomas, aunque requiere capacitación específica en geriatría y manejo de demencia (17). De este modo, la práctica colaborativa amplía la capacidad resolutive de la atención primaria, lo que es indispensable para poder implementar estas estrategias de manera efectiva en nuestro medio.

En revisiones recientes se subraya la necesidad de fortalecer el sistema sanitario mediante formación continua, protocolos claros de diagnostico y acceso a tecnologías digitales que permitan monitorizar trayectorias cognitivas en la población mayor (13, 15). Estas medidas contribuyen a superar barreras sistémicas como la falta de tiempo en consulta, la insuficiencia de recursos y el escaso entrenamiento específico de muchos profesionales de primer nivel (11). Sin embargo el entrenamiento y capacitación efectiva de los médicos de primer contacto es una medida indispensable para fortalecer la detección de casos sospechosos así como la aplicación de supervisiones frecuentes que busquen la adecuada aplicación de test de cribado así como la búsqueda intencionada de casos de queja cognitiva y deterioro cognitivo leve, reforzando especialmente en corregir prejuicios personales o desinformación que sustenten la normalización de déficits cognitivos en la población de personas mayores, lo que constituye un problema cultural importante que obstaculiza la detección y atención de estas patologías. Esta capacitación debe enfocarse no sólo a médicos en formación, sino también a profesionales que ya se encuentren

laborando en las distintas clínicas con el fin de que el impacto de estas medidas pueda observarse en el menor tiempo posible.

En conclusión, el médico de atención primaria debe desempeñar un rol fundamental en la detección temprana de la demencia, gracias a su posición privilegiada como primer punto de contacto y a la continuidad asistencial que caracteriza su práctica. La aplicación de instrumentos breves y validados, la integración de personal de apoyo en el cribado, la combinación de pruebas cognitivas y la capacitación continua emergen como estrategias eficaces para mejorar la detección. Estas medidas, sustentadas en evidencia científica, constituyen pilares para optimizar la atención en las fases iniciales de la enfermedad, favoreciendo tanto el pronóstico clínico como la calidad de vida de pacientes y cuidadores.

Panorama del Plan Nacional de Demencias en México y oportunidades en la atención primaria de salud ¿Qué existe hoy?

En 2024, el Instituto Nacional de Geriátría coordinó el Plan de Acción Alzheimer y otras demencias para sensibilizar e iniciar una respuesta nacional estructurada ante el deterioro cognitivo. (18) En 2024 se publicó el Plan Nacional de Demencia (PND), con líneas estratégicas en detección temprana en el primer nivel de atención, rutas diagnósticas, concientización pública, investigación y sistemas de información compartida. (19) El PND incorpora la guía mhGAP de la OMS como marco para fortalecer la capacidad diagnóstica y el seguimiento en atención primaria de salud. (1) En abril de 2025, instituciones del Sector Salud y la Federación Mexicana de Alzheimer firmaron una carta de intención para su implementación operativa, estableciendo compromiso interinstitucional y coordinación con la sociedad civil. (21)

Entre las fortalezas del PND se encuentran el consenso interinstitucional, la identificación de metas de tamizaje desde el primer nivel de atención, la integración de trayectorias de atención definidas y el impulso hacia la capacitación del personal de salud. Además, se incluye un enfoque hacia los cuidados de largo plazo, un

componente fundamental para el acompañamiento de pacientes y cuidadores primarios; dentro de este importante esfuerzo existen áreas de oportunidad relevantes, como la necesidad de un plan de cooperación interinstitucional que permita la implementación continua de esta comunicación entre instituciones y los diferentes estados de la república siendo una labor compleja debido a la fragmentación del sistema sanitario. Además, se requiere la creación de sistemas de información que incluyan indicadores objetivos para medir el impacto de las distintas estrategias, así como la necesidad de un financiamiento que permita garantizar la ejecución y permanencia de los programas considerando el deterioro cognitivo como una patología crónica que puede extenderse incluso durante décadas.

Una propuesta para referencia y contrarreferencia en la detección oportuna

Estándares mínimos para la referencia (De primer nivel a segundo y tercer nivel de atención)

La referencia como estrategia para generar un sistema efectivo de enlace y comunicación desde el primer nivel hacia el segundo y tercer nivel de atención, puede realizarse mediante hoja única estandarizada, digital o en papel, que incluya: motivo de envío y tiempo de evolución; resultado de tamizaje cognitivo (Mini-Cog, MoCA breve o MMSE) (22, 23, 24, 25,26); evaluación funcional (Katz, Barthel y Lawton-Brody) (27, 28, 29, 30); presencia de síntomas neuropsiquiátricos; lista de medicamentos con potencial impacto cognitivo; y redes de apoyo disponibles. Este formato se apega a las guías nacionales y facilita una derivación efectiva.

En este marco se propone un sistema de priorización para la atención de los pacientes por niveles:

- Prioridad A (≤ 4 semanas): pacientes con declive cognitivo rápido, sospecha de delirium, síntomas neurológicos focales, psicosis o ideación suicida, así como sospecha de causas reversibles graves para valorar ingreso hospitalario. (31)
- Prioridad B ($\leq 5-8$ semanas): personas con tamizaje positivo y repercusión funcional o síntomas neuropsiquiátricos. (32, 33)

- Prioridad C (programado): casos con dudas diagnósticas sin banderas de alarma por ejemplo aquellos individuos con queja subjetiva de memoria o deterioro cognitivo leve. (34,35)

Junto con la referencia realizar estudios como biometría hemática, vitamina B12, perfil tiroideo, glucosa, vitamina D, química sanguínea (función renal, hepática y lípidos). Indicar neuroimagen de manera prioritaria cuando existan datos de alarma o sospecha de etiología vascular o estructural, conforme a guías de práctica clínica mexicanas. (36,37)

Se considera importante también implementar estándares mínimos para la contrarreferencia, en donde el informe del especialista debe incluir: diagnóstico sindrómico y etiológico; estadio clínico cognitivo y funcional; plan de tratamiento farmacológico y no farmacológico; riesgos a vigilar en primer nivel de atención (caídas, maltrato, colapso de cuidador, restricciones para conducir u otras actividades de alta demanda cognitiva); plan de seguimiento en primer nivel con criterios claros para nueva referencia. Incluir plan de cuidado compartido para adherencia terapéutica, control de comorbilidades (p. ej., hipertensión, diabetes) y prevención de sobrecarga del cuidador. Señalar fecha de próxima cita y un canal de comunicación (teleconsulta o contacto electrónico) para dudas de familia y equipo de primer nivel de atención. (38,39) Para consolidar las redes de atención y permitir la eficiencia de la comunicación inter-niveles, se requieren herramientas innovadoras como las siguientes:

- Una plantilla nacional de referencia / contrarreferencia para demencia, compatible con la NOM-004-SSA3-2012 sobre expediente clínico, y utilizable en todas las instituciones del sector.
- La creación de sistemas que permitan la Teleinterconsulta síncrona o asíncrona con especialistas en neurología, geriatría y psiquiatría, que apoyen la resolución de dudas diagnósticas, que permitan el manejo temprano de síntomas conductuales y la interpretación de neuroimagen a distancia reduciendo los tiempos de espera.
- Promover la creación de clínicas de memoria que incluyan profesionales especializados en la atención

de deterioro cognitivo y que sirvan de centros de atención prioritarios.

- La implementación de un modelo en el cual clínicas de memoria actúan como centros de referencia que retroalimentan a las unidades de primer nivel de atención con boletines y coordinan sesiones clínicas lo que permite la capacitación de otros profesionales de salud, para brindar seguimiento e identificación de factores de riesgo en pacientes con trastorno neurocognitivo o en riesgo de presentarla.
- La incorporación de módulos educativos en primer nivel de atención, en formato de microcapacitaciones periódicas con listas de verificación prácticas.

Finalmente, es indispensable impulsar un paquete de estrategias que faciliten la detección y referencia oportuna:

- La implementación de un tamizaje universal anual en mayores de 60 años en primer nivel de atención.
- El uso de un formato único nacional de referencia/contrarreferencia, digital e integrable a los sistemas de información de las distintas instituciones.
- Teleasesoría interinstitucional con agenda semanal y repositorio de casos.
- La creación de indicadores con un reporte mensual por parte de la institución con ayuda de tecnologías automatizadas.
- La creación de paquetes educativos o talleres para dar mayores herramientas y conocimientos a cuidadores sobre la enfermedad y estrategias para manejo de síntomas neuropsiquiátricos.
- Inclusión de guías breves para voluntades anticipadas y tutela asistida con la creación directorios donde se de apoyo directo para la realización de este tipo de trámites.
- Campañas comunitarias contra discriminación, violencia y maltrato hacia personas con deterioro cognitivo, y para visibilizar estigmas y prejuicios.
- Financiamiento etiquetado para capacitación, telesalud y centros de día, integrando estas acciones a programas existentes para aprovechar redes y recursos.

Se considera que en conjunto estas estrategias pueden

fortalecer el plan nacional actual en beneficio de profesionales de la salud, pacientes y cuidadores.

Al final la propuesta no es la formación de recursos “capacitados” cuya actuación primordial se está dando de manera muy limitada en segundo y tercer nivel de atención, rebasando por mucho la capacidad instalada de todos los organismos de atención integral, es voltear a un proceso de actuación rápido y oportuno que incluya de manera efectiva al primer nivel no en el diagnóstico de demencia, si no en los cambios psicoafectivos, conductuales, ejecutivos y del sueño que son los característicos años antes de que la demencia se manifieste, y así iniciar tratamiento o referencia muy oportuna para lograr modificar la trayectoria de la neurodegeneración. Ese es el verdadero reto de la medicina de intervención en los próximos 20 años a la luz de la eficacia de los tratamientos cardiovasculares, oncológicos y metabólicos que incrementaran la expectativa global de la población casi 7 años más de lo que actualmente tenemos proyectado.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Estructura de la población. <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
2. Alzheimer's Disease International. (2015). World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia. London: Alzheimer's Disease International. <https://www.alz.co.uk/worldreport2015>
3. Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*, 404(10452), 572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01321-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01321-7)
4. Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63–75.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>
5. Elahi, F. M., & Miller, B. L. (2017). A clinicopathological approach to the diagnosis of dementia. *Nature Reviews Neurology*, 13(8), 457–476. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2017.96>
6. Liew, T. M. (2020). Trajectories of subjective cognitive decline, and the risk of mild cognitive impairment and dementia. *Alzheimer's Research & Therapy*, 12, 1350. <https://doi.org/10.1186/s13195-020-00699-y>
7. González, F., Buonanotte, F., & Cáceres, M. M. (2015). Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurología Argentina*, 7(1), 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2014.08.004>
8. Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12), 721–726. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x>
9. Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186. <https://doi.org/10.1093/geront/9.3.179>
10. Burton, J. K., Fearon, P., Noel-Storr, A. H., McShane, R., Stott, D. J., & Quinn, T. J. (2021). Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the detection of dementia within a general practice (primary care) setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD010771. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010771.pub3>
11. Harrison Denning, K. (2019). Recognition and assessment of dementia in primary care. *British Journal of Community Nursing*, 24(8), 383–387. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.8.383>
12. Jongstra, S., van Gool, W. A., Moll van Charante, E. P., van Dalen, J.-W., Eurelings, L. S. M., Richard, E., & Ligthart, S. A. (2018). Improving prediction of dementia in primary care. *Annals of Family Medicine*, 16(3), 206–210. <https://doi.org/10.1370/afm.2224>
13. Liss, J. L., Seleri Assunção, S., Cummings, J., Atri, A., Geldmacher, D. S., Candela, S. F., ... Sabbagh, M. N. (2021). Practical recommendations for timely, accurate diagnosis of symptomatic Alzheimer's disease (MCI and dementia) in primary care: A review and synthesis. *Journal of Internal Medicine*, 290(3), 310–334. <https://doi.org/10.1111/joim.13244>

14. Olazarán, J. (2011). ¿Puede diagnosticarse la demencia en la Atención Primaria? *Atención Primaria*, 43(7), 377–384.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.004>
15. Sabbagh, M. N., Boada, M., Borson, S., Chilukuri, M., Dubois, B., Ingram, J., ... Hampel, H. (2020). Early detection of mild cognitive impairment (MCI) in primary care. *Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 7(3), 165–170.
<https://doi.org/10.14283/jpad.2020.21>
16. Seitz, D. P., Chan, C. C. H., Newton, H. T., Gill, S. S., Herrmann, N., Smailagic, N., ... Fage, B. A. (2021). Mini-Cog for the detection of dementia within a primary care setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), Cd011415.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011415.pub3>
17. Wangler, J., & Jansky, M. (2022). Team players or lone fighters? Importance and utilization of practice staff in primary care dementia detection. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 169, 75–83.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.12.009>
18. Instituto Nacional de Geriátría. (2014). Plan de acción Alzheimer y otras demencias (1.ª ed.). México.
19. Instituto Nacional de Geriátría. (2024). Plan Nacional de Demencia México 2024. Instituto Nacional de Geriátría.
20. Organización Mundial de la Salud. (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada (Versión 2.0).
21. Secretaría de Salud. (2025, 2 de abril). Instituciones de salud y Federación Mexicana de Alzheimer buscan implementar el Plan Nacional de Demencias. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/salud/prensa/instituciones-de-salud-firman-carta-de-intencion-con-la-federacion-mexicana-de-alzheimer-para-implementar-el-plan-nacional-de-demencias-en-mexico?idiom=es>
22. Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The Mini-Cog: A cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 1021–1027.
[https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200011\)15:11<1021::AID-GPS234>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200011)15:11<1021::AID-GPS234>3.0.CO;2-6)
23. Carnero-Pardo, C., Cruz-Orduña, I., Espejo-Martínez, B., Martos-Aparicio, C., López-Alcalde, S., & Olazarán, J. (2013). Utility of the Mini-Cog for detection of cognitive impairment in primary care: Data from two Spanish studies. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2013, 1–7.
<https://doi.org/10.1155/2013/285462>
24. Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.
25. Reyes de Beaman, S., Beaman, P. E., García-Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A., & Jagger, C. (2004). Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 11(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1076/anec.11.1.1.29366>
26. Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699.
27. Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185(12), 914–919.
<https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
28. Cabañero-Martínez, M. J., Cabrero-García, J., Richart-Martínez, M., & Muñoz-Mendoza, C. L. (2009). The Spanish versions of the Barthel Index (BI) and the Katz Index (KI) of activities of daily living (ADL): A structured review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), e77–e84.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.09.006>
29. Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3),

- 179–186.
https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
30. Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M., García-Gutiérrez, S., Navarro, G., & Quintana, J. M. (2012). Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 1–7.
 31. Maldonado, J. R. (2018). Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(11), 1428–1457.
 32. Radue, R., Walaszek, A., & Asthana, S. (2019). Neuropsychiatric symptoms in dementia. En B. Vellas & M. S. Albert (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 167, pp. 437–454).
 33. Marshall, G. A. (2024). Neuropsychiatric symptoms in dementia. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 30(6), 1744–1760.
 34. Jongsiriyanyong, S., & Limpawattana, P. (2018). Mild cognitive impairment in clinical practice: A review article. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 33(8), 500–507.
 35. Sanford, A. M. (2017). Mild cognitive impairment. *Clinics in Geriatric Medicine*, 33(3), 325–337.
 36. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de la demencia vascular en el adulto en los tres niveles de atención*. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
 37. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2017). *Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica*. México: Secretaría de Salud / CENETEC.
 38. Ferreira Bouza, M., Martínez Guillamón, M. R., Méndez García, T., Monfort Lázaro, M., Pueyo Val, O., & Robles Pellitero, S. (2025). Telemedicina y entornos rurales [Telemedicine and rural areas]. *Atención Primaria*, 57(9), 103256.
 39. Saperas Pérez, C., Sequeira Aymar, E., & Barlam Torres, N. (2025). La telemedicina y el acceso a la salud: Ventajas e inconvenientes en la era digital [Telemedicine and access to healthcare: Advantages and disadvantages in the digital era]. *Atención Primaria*, 57(10), 103258.

