



## DETERIORO COGNITIVO LEVE

# Métodos de cribaje del deterioro cognitivo leve en atención primaria

Alberto Freire Pérez

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Acea de Ama, Culleredo, A Coruña, España  
Grupo de Habilidades en Neurología de la SEMG

### RESUMEN

*Palabras clave:*

Cribado  
Deterioro cognitivo  
Memoria  
Test breves  
Atención primaria

El diagnóstico del deterioro cognitivo leve siempre será una labor clínica y los métodos de cribaje solo nos alertan de que el paciente tiene una mayor probabilidad de padecer esta patología. En el deterioro cognitivo leve existe una disminución discreta de algunas áreas que no afectan a las actividades de la vida diaria y, por tanto, no producen incapacidad social o laboral. El diagnóstico de certeza de deterioro cognitivo leve requerirá una cantidad de tiempo considerable, difícil de compatibilizar con la realidad del tiempo disponible en la práctica totalidad de las consultas de atención primaria. De ahí la necesidad de que el médico de atención primaria emplee métodos de cribaje rápidos y sencillos (test cognitivos breves), que en pocos minutos le permitan identificar de una manera objetiva a los pacientes con probabilidad de padecer un deterioro cognitivo leve. En este artículo se revisan los test cognitivos breves que realmente pueden aplicarse en menos de 10 min. El Test de las Fotos o Fototest, al que su brevedad, facilidad de uso e interpretación por parte del médico de atención primaria y su aceptabilidad por el paciente lo convierten en uno de los más recomendables y útiles en atención primaria, tanto para el cribado de deterioro cognitivo leve como de la demencia. Es recomendable, junto a los test cognitivos breves, realizar alguna escala de actividades instrumentales para diferenciar el deterioro cognitivo leve de demencia.

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Screening methods for mild cognitive impairment in primary care

#### ABSTRACT

*Keywords:*

Screening  
Cognitive impairment  
Memory  
Brief cognitive assessment tests  
Primary care

Diagnosis of mild cognitive impairment (MCI) is always clinical and screening methods only indicate that the patient has a higher risk of this condition. In MCI, there is a slight decline in some cognitive abilities that does not affect activities of daily living and therefore does not produce social or occupational disability. The definitive diagnosis of MCI requires a considerable time investment that is very rarely possible to provide in primary care (PC) consultations. Hence the need for PC physicians to employ rapid and simple screening methods (brief cognitive assessment -BCA-) that allow objective identification of patients likely to have MCI in a few minutes. This article reviews the BCA tools that can truly be applied in less than 10 minutes. The phototest is a brief screening tool that is easy to use and interpret by physicians and is well accepted by patients. Consequently, it is one of the most useful tests in PC for screening of both MCI and dementia. In addition to BCA, instrumental activities of daily living scales should also be applied to differentiate MCI from dementia.

© 2017 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

*Alois, wir werdem dich nie vergessen!*  
(Pintada en la fachada de la casa de Tubinga  
donde residió el Dr. Alzheimer como estudiante de medicina:  
**¡Alois, nosotros nunca te olvidaremos!**)

## Introducción

La Real Academia de la Lengua Española define *cribar*, en su aceptación médica, como “realizar un examen médico a un conjunto de personas para detectar una determinada enfermedad y descartar otras”.

Deberemos tener muy claro que realizar un cribaje no es sinónimo de diagnóstico. El diagnóstico del deterioro cognitivo leve (DCL), ligero o alteración cognitiva leve siempre será una labor clínica y los métodos de cribaje solo nos alertan de que el paciente tiene una mayor probabilidad de padecer esta patología, que existe una sospecha fundada que será preciso confirmar.

El concepto de DCL es el de la frontera entre un envejecimiento normal y la demencia y su separación no es nítida. Existe una disminución discreta de algunas áreas que no afectan a las actividades de la vida diaria y, por tanto, no producen incapacidad social o laboral. Estas áreas incluyen atención y concentración, lenguaje, pensamiento y función visoespacial. Su declinar, desde un nivel previo, es superior al envejecimiento normal, aunque no de gravedad suficiente como para ser considerada una demencia (como orientación, nunca como punto de corte, se acepta una desviación típica de test psicométricos de 1,5 por debajo de la media según edad y nivel cultural).

## Justificación

En la mayoría de los casos, la instauración discreta del DCL hace difícil su distinción del envejecimiento normal, la depresión, la baja inteligencia previa o la demencia. Esto, sumado a que los test de cribado tan solo indican una sospecha fundada, por lo que el diagnóstico de certeza mediante la aproximación escalonada (añadir otros test de rendimiento cognitivo global o que exploren funciones específicas), anamnesis y exploración clínica requerirá una cantidad de tiempo considerable, difícil de compatibilizar con la realidad del tiempo disponible en la práctica totalidad de las consultas de atención primaria (AP). En Europa, con modelos diferentes al español, el tiempo medio por consulta de AP es de 10,7 min, mientras que en España la unidad de tiempo con la que se cita a los pacientes es de 7,5 min (inferior al tiempo real de 9,1 min).

La baja tasa de reposición y el consecuente aumento de la presión asistencial, el envejecimiento de la población, la cronicidad, la pluripatología y el paciente complejo, el aumento de la capacidad resolutoria de la AP y la carga burocrática innecesaria son factores limitantes en relación con el tiempo de consulta.

La AP, por su accesibilidad, proximidad y perspectiva longitudinal, es el entorno idóneo para la detección y manejo inicial del DC. El segundo nivel asistencial confirmará el diagnóstico y etiología e iniciará el tratamiento específico.

Lo anterior hace patente la necesidad de que el médico de AP emplee métodos de cribaje rápidos y sencillos, que en pocos minutos le permitan identificar de una manera objetiva a los pacientes con probabilidad de padecer un DCL. En aras de la efectividad y de proporcionar una visión práctica para el médico de AP, solo se hará referencia a los test cognitivos breves (TCB) que puedan aplicarse en menos de 10 min.

## Test cognitivos breves

### *Mini Mental State Examination y Miniexamen Cognitivo de Lobo*

El Mini Mental State Examination (MMSE) es el *patrón oro* de los test cognitivos desde su introducción en 1975 por Folstein. Existe una

versión española revisada de 1999: el Miniexamen Cognitivo (MEC) de Lobo et al.

- *Tiempo de administración.* + 10 min. En una encuesta realizada a médicos de Estados Unidos, el 58% consideraba que el tiempo de administración era excesivo.
- *Estructura.* 30 puntos totales. Orientación espacial (5 puntos), temporal (5), memoria inmediata o fijación (3), recuerdo diferido o memoria de evocación (3), atención/concentración y cálculo (5), lenguaje (8: nominación [2], repetición [1], comprensión [3], lectura [1] y escritura [1]) y praxia constructiva (1).
- *Puntos de corte.* 22-23. El nivel cultural y la edad obligan a realizar correcciones.
- *Ventajas.* Es el más utilizado en el mundo y es la referencia tanto para la valoración como para la comunicación entre investigadores y clínicos. Evalúa más áreas cognitivas que otros test breves.
- *Inconvenientes.* Baja sensibilidad para pacientes con DCL, ya que hay una escasa representación de las funciones ejecutivas y está muy influido por variables sociodemográficas: no es aplicable a iletrados; el nivel cultural y la edad obligan a realizar correcciones; número elevado de falsos positivos en personas con baja escolaridad y/o edad avanzada (baja especificidad), y elevado número de falsos negativos en pacientes con una alta escolaridad (baja sensibilidad).

### *Fototest o Test de las Fotos*

Es el test cognitivo breve más estudiado en España en la detección de DC. Variante del Memory Impairment Screen, que utiliza imágenes para eliminar el factor lectura y poderse administrar a pacientes iletrados. Su brevedad, facilidad de uso e interpretación por parte del médico de AP, y su aceptabilidad por el paciente lo convierten en uno de los más recomendables y útiles en AP, tanto para el cribado del DCL como de la demencia.

- *Tiempo de administración.* 4-5 min.
- *Estructura.* No tiene puntuación máxima. Consta de 3 partes: denominación de 6 fotos de objetos fáciles de verbalizar, una prueba sencilla de fluencia verbal (nombres propios de varones y mujeres comenzando por los del sexo opuesto al del paciente) y, por último, el recuerdo de los 6 objetos iniciales, tanto libre como facilitado con clave semántica (enunciando la categoría general a la cual pertenece).
- *Punto de corte.* 28-29.
- *Ventajas.* Brevedad y no influenciado por el nivel educativo (aplicable a iletrados) ni otras variables sociodemográficas. Relación coste-efectividad en AP superior al MMSE.
- *Inconvenientes.* Algunos autores alegan que no proporciona información sobre funciones fundamentales como las ideomotoras, visuoconstructivas, orientación y praxis. Requiere un mínimo de agudeza visual.

### *Test de Alteración de la Memoria*

El Test de Alteración de la Memoria (T@M) se ha desarrollado y validado para diferenciar tanto el DCL amnésico (el más frecuente) como la enfermedad de Alzheimer (EA) en sus fases iniciales. Muy recomendable para la detección del DCL amnésico en AP.

- *Tiempo de administración.* 4-7 min.
- *Estructura.* Puntuación máxima: 50. Evalúa memoria episódica verbal y semántica, y orientación espacial y temporal.
- *Punto de corte.* 36-37 (según nivel de educación). Reflejar no solo la puntuación total obtenida sino también los puntos de cada apartado.

- **Ventajas.** Brevedad y sencillo de administrar.
- **Inconvenientes.** Solo evalúa memoria. Debido a su amplio rango de puntuación (0-50) y los ítems explorados, algunos autores abogan por reservarlo para el segundo nivel asistencial.

#### Eurotest

El Eurotest se basa en el conocimiento y habilidad en el manejo de las monedas y billetes de curso legal (euros).

- **Tiempo de administración.** < 8 min.
- **Estructura.** Puntuación máxima: 35. Consta de 3 partes independientes y una tarea de distracción que se intercala entre la segunda y la última parte. Evalúa lenguaje, memoria, cálculo, capacidad de abstracción y función ejecutiva. Antes de comenzar, hay que asegurarse de que el sujeto no padece déficits visuales ni auditivos o, si los padece, que trae las gafas o el audífono correspondiente.
- **Punto de corte.** 22-23.
- **Ventajas.** Aplicable a personas analfabetas y no influido por el nivel educativo. Suele ser bien aceptado por pacientes, ya que no incluye tareas de papel y lápiz (habilidad grafomotora). Puede aplicarse sin modificación alguna en todos los países de la zona euro (aplicable a pacientes extranjeros).
- **Inconvenientes.** Requiere material específico (monedas y billetes) y un mínimo de agudeza visual.

#### Abbreviated Mental Test de Hodkinson (AMT)

El Abbreviated Mental Test de Hodkinson (AMT) es muy utilizado en Reino Unido en su versión de 10 ítems.

- **Tiempo de administración.** 3-4 min.
- **Estructura.** Evalúa memoria verbal episódica y semántica.
- **Punto de corte.** 7-8 errores.
- **Ventajas.** Su aplicación es sencilla exceptuando el ítem del reconocimiento de 2 personas (médico y enfermera).
- **Inconvenientes.** En España se emplea poco debido a su escasa disponibilidad y difusión. Escasa experiencia.

#### Test episódico

El Test episódico es de reciente creación y está validado en una muestra de pacientes para DCL amnésica y EA.

- **Tiempo de administración.** 1-5 min.
- **Estructura.** Puntuación máxima: 23. Evalúa la memoria episódica exclusivamente mediante preguntas relacionadas con el pasado reciente.
- **Punto de corte.**
  - Normal > 19.
  - DCL amnésica, 18-19.
  - EA < 18.
- **Ventajas.** Al utilizar información ya grabada en el tiempo, evita la interferencia con la memoria de trabajo. No precisa lápiz ni papel. Presumiblemente, poco influido por aspectos educacionales o alteraciones sensoriales.
- **Inconvenientes.** Es necesaria la presencia de un informador fiable que corrobore la veracidad de las respuestas. Faltan estudios de validez (tabla 1).

#### Test de los 15 objetos (T150) o Figuras Superpuestas de Pillon

El Test de los 15 Objetos (T150) no es un TCB, ya que no hay un tiempo máximo para realizar la prueba. Se desarrolló para evaluar la velocidad de procesamiento cognitivo en la enfermedad de Parkin-

son. Se menciona por su sencillez y las perspectivas que abren los resultados obtenidos por Alegret et al en 2009, que demuestran su utilidad al discriminar entre sujetos controles sanos, con DCL y demencia leve.

- **Tiempo de administración.** No hay tiempo máximo para realizar la prueba. El paciente puede tomarse el tiempo que precise para contestar.
- **Estructura.** Evalúa la discriminación de 15 objetos presentados de manera superpuesta. Se muestra al paciente una lámina y se le solicita que enumere, designe y señale uno a uno cada objeto. El examinador registra las respuestas correctas y las de los objetos que el paciente verbalice, pero que no se corresponden con ninguno de los elementos existentes en la lámina. Si el paciente no es capaz de denominar el objeto, se le permitirá delimitar su contorno o explicar la finalidad del objeto y se puntuará la respuesta como válida (1 punto por cada figura correcta). La puntuación máxima es 15.
- **Puntos de corte.** ≤ 12 para el percentil 10 de la población española mayor de 49 años (solo el 10% de la población diana tendría un peor rendimiento).
- **Ventajas.** No está influenciado por el nivel de escolaridad. Puede detectar déficits sutiles donde otros test clásicos son incapaces.
- **Inconvenientes.** El tiempo necesario en su aplicación lo hace más idóneo para una aproximación secuencial o para el segundo nivel asistencial (fig. 1).

#### Test autoadministrados

##### Test Your Memory

El Test Your Memory (TYM), pese a su escasa validación, se presenta como ejemplo del primero de una serie de test pensados para realizarse en la sala de espera inmediatamente antes de la consulta médica. El médico se limita a interpretar el resultado.

- **Tiempo de administración.** 5 min.
- **Estructura.** Puntuación máxima: 50. La prueba incluye un total de 10 tareas.
- **Punto de corte.** < 40 (< 39 para baja escolaridad).
- **Ventajas.** No consume tiempo.
- **Inconvenientes.** Influido por el nivel cultural. Imposible para iletrados así como determinar el grado de ayuda recibido por el paciente para realizarlo. Elevado número de falsos positivos. El resultado positivo puede generar angustia y consultas innecesarias. Riesgo de uso sin control a través de internet.

#### Cuestionarios dirigidos al informador

##### Test del Informador (TIN o SS-IQCODE)

Frecuentemente, el paciente no es consciente de sus síntomas o los minimiza y es el cuidador principal o un familiar allegado quien informa de la relevancia de los síntomas. El Test del Informador (TIN o SS-IQCODE) proporciona una información muy útil al recoger datos de estos informadores sobre los cambios cognitivos observados en el paciente a lo largo de los 10 últimos años y facilita una perspectiva longitudinal del declive cognitivo. Añade valor a la detección del DCL si se asocia a TCB.

- **Tiempo de administración.** 10-15 min (compensados por la utilidad de la información obtenida).
- **Estructura.** Valora la memoria, la funcionalidad y la capacidad ejecutiva y de juicio. Están disponibles una versión larga de 26 preguntas y otra corta de 17, que tiene mayor poder discrimi-

**Tabla 1**  
Resumen de las características de los test cognitivos breves (TCB) propuestos para su uso en atención primaria (AP)

Test	Tiempo (min)	Punto de corte	Uso	Ventajas	Inconvenientes
MMSE/MEC	± 10	22-23	Detección y seguimiento DC y demencia Influencia sociodemográfica Influencia nivel cultural	Referencia mundial	Baja sensibilidad para DCL
Fototest	4-5	28-29	Detección y seguimiento DC y demencia Coste efectividad > MMSP en AP	Aplicable a iletrados. No influyen variables sociodemográficas ni nivel cultural	Exige un mínimo de agudeza visual
T@M	4-7	36-37	Detección y seguimiento DC amnésico y EA típica	Aplicable a iletrados	Solo evalúa memoria
Eurotest	< 8	22-23	Detección y seguimiento DC y demencia  Evaluación funcional	Aplicable a iletrados. No influye nivel cultural	Exige un mínimo de agudeza visual y material específico
AMT	3-4	7-8 errores	Detección DC y demencia	Aplicable a iletrados	Escasa disponibilidad, difusión y experiencia
Test episódico	1-5	18-19	Detección DC amnésico y EA	No precisa habilidades grafomotrices. Evita interferencia de la memoria de trabajo	Precisa la presencia de informador fiable. Faltan estudios de validez
TYM	5	< 40	Detección DC y demencia Puede ocasionar angustia y demandas asistenciales injustificadas Riesgo de uso indiscriminado en internet	No consume tiempo	Imposible a iletrados, influye nivel cultural. Elevado número de falsos positivos
TIN	10-15	> 57	Detección DC y demencia	No influye edad, nivel de educación o inteligencia previa	Precisa la asistencia de informador fiable
Test de Pfeiffer	3	> 3 errores	Detección de demencia Dispone de versión telefónica Aplicable a iletrados	Muy utilizado en AP	No validado para DCL
T7M	13	Variable	Detección DC y demencia Aproximación secuencial	Evalúa rendimiento cognitivo global	Complejidad de corrección global
TR	3	6	Detección DC y demencia Estrecho rango de puntuación	Aproximación secuencial	Exige destreza grafomotora

AMT: Abbreviated Mental Test de Hodkinson; DC: deterioro cognitivo; DCL: deterioro cognitivo leve; EA: enfermedad de Alzheimer; MEC: Miniexamen Cognitivo de Lobo; MMSE: Mini Mental State Examination; T@M: Test de Alteración de la Memoria; T7M: Test de los 7 minutos; TIN: Test del Informador; TR: Test del Reloj; TYM: Test Your Memory.

minativo y ha sido validada en población española con un rendimiento diagnóstico superior al MMSE. Cada pregunta puntúa de 1 a 5: 1 (ha mejorado mucho), 2 (ha mejorado algo), 3 (permanece sin cambios), 4 (ha empeorado algo) y 5 (ha empeorado mucho).

- **Punto de corte.** > 57 indica probable deterioro cognitivo.
- **Ventajas.** No influido por edad, bajo nivel educacional o de inteligencia, o morbilidad previa del paciente.
- **Inconvenientes.** Requiere la existencia de un informador fiable. Las preguntas y puntuación de las respuestas pueden presentar una cierta dificultad, por lo que se debe administrar por un profesional.

### Valoración de las “actividades instrumentales”

Una de las diferencias entre DCL y demencia es la afectación de las actividades de la vida diaria. En el DCL estas alteraciones o no existen o son mínimas. Sobre todo interesa recabar información del paciente o sus allegados de las “actividades instrumentales”: lavar la ropa, cuidar la casa, preparar la comida, hablar por teléfono, tomar la medicación, ir de compras, utilizar medios de transporte o cuidar de los asuntos económicos propios.

Existen varias escalas de este tipo: Lawton-Brody, FAQ, Barthel, Cruz Roja.

Es recomendable, junto a los TCB, realizar alguna escala de actividades instrumentales para diferenciar el DCL de la demencia.

### Para finalizar: ¿faltan test?

El Test de Pfeiffer o Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), a pesar de ser muy utilizado en AP por ser sencillo, rápido, muy adecuado para pacientes con bajo nivel educativo e incluso disponer de una versión telefónica, no ha sido evaluado específicamente para el DCL.

El Test de los 7 minutos (T7M), a pesar de su nombre, requiere un tiempo medio de 15-20 min y presenta una complejidad de corrección según percentiles, edad y nivel de escolaridad.

El Test del Reloj (TR) es un test de rendimiento cognitivo global, pero no evalúa la memoria y es mal aceptado y tiene escasa validez en iletrados. A pesar de su breve tiempo de aplicación, no es así su puntuación, ya que existen hasta 8 sistemas distintos, lo que crea confusión entre los evaluadores. Exige destreza grafomotora.

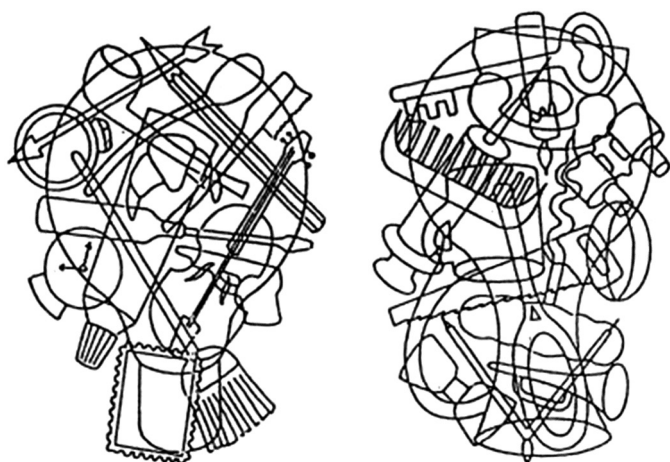
El Mini-Cog incluye una prueba de recuerdo demorado y el TR, por lo que presenta las mismas confusiones que el anterior.

El T7M, el TR y el Mini-Cog son de gran utilidad para realizar una *aproximación secuencial*: asociarlos a los TCB si estos son negativos y la queja o sospecha persiste.

### Puntos clave

- Cribaje no es sinónimo de diagnóstico.
- Quejas subjetivas de memoria son la causa principal de las consultas por deterioro cognitivo leve (DCL).





**Figura 1.** Test de los 15 objetos (T150) o Figuras superpuestas de Pillon.

- Actividades de la vida diaria intactas. Es recomendable asociar a los test cognitivos breves escalas funcionales de actividades instrumentales o cuestionarios dirigidos al informador.
- La atención primaria (AP) es el entorno idóneo para la detección y el abordaje inicial del DCL.
- Fototest puede ser la prueba más recomendable en AP (mejor relación coste-efectividad). El Eurotest y el Minimental o MEC de Lobo son alternativas válidas.

### Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía recomendada

- Acebes Fuentes A, Freire Pérez A. Trastornos de memoria. ¿Derivo o no derivó? [Mesa de Controversia]. En: XIII Congreso Nacional de Medicina General y de Familia de la Sociedad Española de Medicina General y de Familia (SEMG). Granada; 26-28 de mayo, 2016 [consultado 14-11-2016]. Disponible en: [http://grd.semg.net/images/stories/recursos/doc\\_complementaria/MESA-CONTROVERSIA-ALTERACIONES-de-la-MEMORIA-DERIVO-o-NO.pdf](http://grd.semg.net/images/stories/recursos/doc_complementaria/MESA-CONTROVERSIA-ALTERACIONES-de-la-MEMORIA-DERIVO-o-NO.pdf)
- Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, et al, editores. Manual de Habilidades en Salud Mental para Médicos Generales. Madrid: SEMG; 2003. p. 231-46.
- Alegret M, Boada-Rovira M, Vinyes-Junqué G, Valero S, Espinosa A, Hernández I, et al. Detection of visuo-perceptual deficits in preclinical and mild Alzheimer's disease. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2009;31:860-7.
- Baos Sánchez L, Ruiz Muñoz MA, Bernal López MD, Ballester Rodríguez B, Ángora Mazuecos F. Estudio de validez del Test de las Fotos en el cribado de Deterioro Cognitivo en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam*. 2007;2:57-62.
- Bermejo Pareja F, Villanueva Iza C, Rodríguez RC, Villarejo A. Escalas de utilidad en la evaluación de la alteración cognitiva y demencia. En: Bermejo Pareja F, Porta-Etessam J, Díaz Guzmán J y Martínez-Martín P, editores. Más de 100 escalas en Neurología. Aula Médica Ediciones; 2008. p. 131-76 [consultado 5-12-2016]. Disponible en: [http://www.neuroloxia.com/wp-content/uploads/2009/06/escalas\\_en\\_neurologia\\_marzo.pdf](http://www.neuroloxia.com/wp-content/uploads/2009/06/escalas_en_neurologia_marzo.pdf)
- Carnero Pardo C. El Eurotest®: test europeo de detección de deterioro cognitivo. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada; 2005. p. 177 [consultado 5-12-2016]. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/15346729.pdf>
- Carnero-Pardo C. Instrumentos para la detección precoz del deterioro cognitivo. *Rev Neurol*. 2012;54:640.

- Carnero-Pardo C. Las razones para jubilar al Mini-Mental. *Neurología*. 2015;30:588-9.
- Claver Martín MD. Instrumentos de valoración en el deterioro cognitivo leve. Mesa 2. Psicometría en la tercera edad. Viguera Editores S.L.; 2008. *Psicogeriatría* 2008;0:9-15 [consultado 1-12-2016]. Disponible en: [http://www.viguera.com/sep/pdf/revista/0000/0000\\_09\\_16.pdf](http://www.viguera.com/sep/pdf/revista/0000/0000_09_16.pdf)
- Contador I, Fernández-Calvo B, Ramos F, Tapias-Merino E, Bermejo-Pareja F. El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. *Rev Neurol*. 2010;51:677-86.
- Deveugle M, Derese A, Van den Brink-Muinene A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*. 2002;325:472.
- Ferrero-Arias J, Turrión-Rojo MA. Validación de una versión española del Test Your Memory. *Neurología*. 2016;31:33-42.
- Forcano García M, Perlado Ortiz de Pinedo F. Deterioro cognitivo: uso de la versión corta del Test del Informador (IQCODE) en consultas de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37:81-5.
- López Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). *Rev Esp Med Legal*. 2011;37:122-7.
- Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:129-34.
- Montenegro Peña M, Montejó Carrasco P, Llanero Luque M, Reinoso García AI. Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*. 2012;32:47-56.
- Muñoz-Neira C, Henríquez Chaparro F, Delgado C, Brown J, Slachevsky A. Test Your Memory-Spanish version (TYM-S): a validation study of a self-administered cognitive screening test. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29:730-40.
- Ojea Ortega T, González Álvarez de Sotomayor MM, Pérez González O, Fernández Fernández O. Un nuevo test para la valoración de la memoria episódica. Test episódico y test episódico del cuidador. *Neurología*. 2013;28:488-96.
- Ojeda B, Salazar A, Dueñas M, Failde I. Traducción y adaptación al castellano del Cuestionario de Detección de Trastorno Cognitivo Leve. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:429-34.
- Olazarán J, Hoyos-Alonso MC, Del Ser T, Garrido Barral A, Conde-Sala JL, Bermejo-Pareja F, et al. Aplicación práctica de los test cognitivos breves. *Neurología*. 2016;31:183-94.
- Olazarán Rodríguez J, Bermejo Pareja F. No hay razones científicas para jubilar al MMSE. *Neurología*. 2015;30:589-91.
- Ortega G, Alegret M, Espinosa A, Ibarria M, Cañabate P, Boada M. Valoración de las funciones viso-perceptivas y viso-espaciales en la práctica forense. *Rev Esp Med Legal*. 2014;40:83-5.
- Peset V, Puig C, Martínez-Ruiz E, Mazón J, Menéndez B, Lacruz-Ballester L, et al. Experiencia con el Eurotest en la exploración neuropsicológica. Un test de cribado. *Rev Neurol*. 2007;45:22-6.
- Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria*. 2004;33:496-502.
- Solla Camino JM. Demencias. En: SEMG. Manual de Medicina General y de Familia. Vol. 1. Madrid: SEMG; 2009. p. 378-89.
- Villarejo A, Puertas-Martín V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. *Neurología*. 2011;26:425-33.

### Recursos en línea

- Deterioro Cognitivo Ligero. Disponible en: <http://www.neurowikia.es/content/deterioro-cognitivo-ligero>
- Eurotest. Disponible en: <http://www.eurotest.es/html/eurotest.html>
- Fototest. Disponible en: <http://www.fototest.es/index.php>
- Mini Mental State Examination y Miniexamen Cognitivo de Lobo (titular de los derechos en España). Disponible en: <http://web.teaediciones.com/mmse-examen-cognoscitivo-mini-mental.aspx>
- Test Abreviado de Hodkinson (AMT). Disponible en: <http://www.rccc.eu/ppc/protocolos/sepsis/AMTS.html>
- Test de Alteración de Memoria (T@M). Disponible en: <http://www.hipocampo.org/TAM.asp>; <http://www.hipocampo.org/TAM.pdf>
- Test del Informador (TIN o SS-IQCODE). Disponible en: [http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum\\_valoracion\\_atencion\\_domiciliaria/061\\_TEST\\_INFORMADOR\\_TIN\\_CORTO.pdf](http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/061_TEST_INFORMADOR_TIN_CORTO.pdf)
- Test episódico. Disponible en: [https://www.google.es/search?q=test+episodico+deterioro+cognitivo+ESPA%C3%91OL&rlz=1C1GKLB\\_enES680ES680&espv=2&biw=1366&bih=589&tbs=lr:lang\\_1es&source=inms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKewidjpy0ut\\_QAhVG2hoKhcFxAJMQ\\_AUIBigB&dp=1#imgrc=VzC1TUDPUjwblm3A](https://www.google.es/search?q=test+episodico+deterioro+cognitivo+ESPA%C3%91OL&rlz=1C1GKLB_enES680ES680&espv=2&biw=1366&bih=589&tbs=lr:lang_1es&source=inms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKewidjpy0ut_QAhVG2hoKhcFxAJMQ_AUIBigB&dp=1#imgrc=VzC1TUDPUjwblm3A)
- TYM. Disponible en: [http://www.elsevier.es/ficheros/publicaciones/02134853/0000003100000001/v1\\_201601140049/S0213485313002958/v1\\_201601140049/es/main.assets/mmc1.pdf](http://www.elsevier.es/ficheros/publicaciones/02134853/0000003100000001/v1_201601140049/S0213485313002958/v1_201601140049/es/main.assets/mmc1.pdf)