



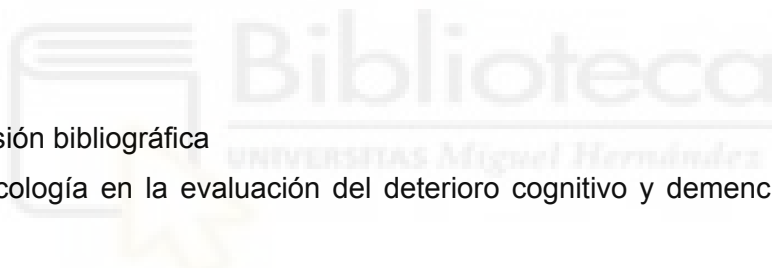
UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2025/2026

Convocatoria junio



Modalidad: Revisión bibliográfica

Título: Neuropsicología en la evaluación del deterioro cognitivo y demencias: una revisión bibliográfica.

Autora: Aitana Moragriega Hernández

Tutora: Maria Antonia Parra Rizo

COIRnº: TFG.GPS.MAPR.AMH.251216

Elche, a 28 de mayo de 2026

ÍNDICE

Resumen.....	3
Palabras clave:.....	3
Abstract.....	4
Keywords:.....	4
1. Introducción.....	5
1.1. Marco Teórico: Deterioro Cognitivo y Demencias.....	5
1.2. Importancia de la Detección Temprana e Impacto.....	5
1.3. Rol de la Neuropsicología en la Evaluación Cognitiva.....	6
1.4. Justificación de la Revisión.....	6
1.5. Objetivos.....	7
2. Metodología.....	8
2.1. Tipo de Trabajo.....	8
2.2. Estrategia de Búsqueda Bibliográfica.....	8
Tabla 1.....	9
2.3. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	10
Tabla 2.....	10
2.4. Proceso de Selección Final.....	11
Figura 1.....	11
3. Resultados.....	12
3.1. Características generales.....	12
Tabla 3.....	14
3.2. Herramientas neuropsicológicas utilizadas.....	45
3.2.1. Pruebas de cribado.....	45
3.2.2. Evaluación multidominio o baterías extensas.....	46
3.2.3. Otras herramientas.....	46
3.3. Precisión diagnóstica de las pruebas.....	47
3.4. Utilidad en el diagnóstico diferencial de demencias.....	47
3.5. Integración con biomarcadores.....	48
4. Discusión y Conclusiones.....	49
4.1. Discusión.....	49
4.1.1. Comparación de la eficacia de diferentes pruebas neuropsicológicas.....	49
4.1.2. Limitaciones de los estudios actuales.....	49
4.1.3. Aplicabilidad clínica y recomendaciones para la práctica.....	50
4.1.4. Propuestas para futuras investigaciones.....	51
4.2. Conclusiones.....	51
5. Referencias Bibliográficas.....	53

Resumen

El deterioro cognitivo y las demencias suponen un reto creciente de salud pública debido al envejecimiento de la población. El presente trabajo revisa la evidencia científica entre 2015 y 2025 acerca del papel que desempeña la neuropsicología en la evaluación del deterioro cognitivo y las demencias, determinando las principales herramientas, su eficacia diagnóstica y sus limitaciones. Se realizó una revisión bibliográfica en diversas bases de datos sobre población adulta mayor, seleccionando un total de 15 artículos. Se incluyeron estudios centrados en pruebas de cribado y baterías multidominio, se excluyeron los enfocados solo en tratamientos farmacológicos o en biomarcadores sin relación con la valoración neuropsicológica. Los resultados demostraron que las pruebas de cribado como el MMSE y el MoCA, son útiles para la detección inicial, aunque presentan limitaciones en etapas tempranas. Las baterías neuropsicológicas multidominio, brindaron una mayor sensibilidad para reconocer alteraciones específicas y mejorar la precisión diagnóstica. Finalmente, se enfatizó que la combinación de la evaluación neuropsicológica con biomarcadores permite mejorar la precisión del diagnóstico, sin embargo, se advierte que la aplicación de biomarcadores en fluidos periféricos todavía requiere una mayor investigación. Se concluye que la neuropsicología es fundamental en el diagnóstico diferencial y la detección temprana, y que es necesario avanzar hacia enfoques más precisos.

Palabras clave:

- evaluación cognitiva
- neuropsicología
- demencia
- deterioro cognitivo leve
- pruebas neuropsicológicas
- herramientas de cribado

Abstract

Cognitive decline and dementia pose a growing public health challenge due to the aging population. This study reviews the scientific evidence from 2015 to 2025 regarding the role of neuropsychology in the assessment of cognitive decline and dementia, identifying the main tools, their diagnostic efficacy, and their limitations. A literature review was conducted in various databases on older adults, selecting a total of 15 articles. Studies focused on screening tests and multidomain batteries were included; those focused solely on pharmacological treatments or biomarkers unrelated to neuropsychological assessment were excluded. The results demonstrated that screening tests such as the MMSE and MoCA are useful for initial detection, although they have limitations in early stages. Multidomain neuropsychological batteries provided greater sensitivity for recognizing specific alterations and improved diagnostic accuracy. Finally, it was emphasized that combining neuropsychological assessment with biomarkers improves diagnostic accuracy; however, it was noted that the application of biomarkers in peripheral fluids still requires further research. It was concluded that neuropsychology is fundamental for differential diagnosis and early detection, and that progress toward more precise approaches is necessary.

Keywords:

- cognitive assessment
- neuropsychology
- dementia
- mild cognitive impairment
- neuropsychological tests
- screening tools

1. Introducción

1.1. Marco Teórico: Deterioro Cognitivo y Demencias

El envejecimiento de la población mundial ha llevado a un aumento notable de las enfermedades neurodegenerativas. Esto hace que el deterioro cognitivo sea uno de los principales desafíos de salud para las próximas décadas (Jack et al., 2018). Muchas personas presentan deterioro cognitivo leve (DCL) antes de la aparición de la demencia, que se define como un declive cognitivo superior al esperado para la edad, pero sin que esto afecte significativamente la vida diaria (Petersen, 2016). El DCL tiene relevancia clínica, ya que puede constituir una fase temprana de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y su detección permite identificar individuos en riesgo, aplicar estrategias de prevención y diseñar programas de estimulación cognitiva (Jessen et al., 2020).

No todas las personas con DCL progresan a demencia, aunque un porcentaje significativo sí lo hace, lo que subraya la importancia de evaluaciones y seguimiento (Jack et al., 2018). La demencia es un síndrome de deterioro progresivo de múltiples dominios cognitivos que interfiere con la independencia funcional. El tipo más común es la enfermedad de Alzheimer, aunque también hay otras, como la demencia vascular o la demencia con cuerpos de Lewy, cada una con características clínicas y neuropsicológicas propias (Livingston et al., 2020). Esta diversidad hace que la evaluación neuropsicológica sea crucial para diferenciar entre DCL y tipos de demencia, identificar dominios afectados y planificar intervenciones (Jack et al., 2018).

1.2. Importancia de la Detección Temprana e Impacto

La detección precoz del deterioro cognitivo se ha vuelto una prioridad en la investigación actual porque permite intervenir en etapas iniciales con estrategias que refuercen la reserva cognitiva (Stern et al., 2020). La literatura indica que la estimulación cognitiva, un estilo de vida saludable y la intervención temprana pueden retrasar la aparición de síntomas más graves y mejorar la funcionalidad general.

Mientras que, un diagnóstico tardío disminuye la eficacia de los tratamientos disponibles. También limita la autonomía de la persona y aumenta el riesgo de institucionalización, lo que afecta negativamente el bienestar físico y emocional del cuidador (Winblad et al., 2016). Además, los costos sanitarios y sociales asociados con la demencia aumentan

considerablemente cuando la enfermedad se detecta en etapas avanzadas. Esto muestra la necesidad de mejorar los procesos de cribado, evaluación y seguimiento.

1.3. Rol de la Neuropsicología en la Evaluación Cognitiva

La neuropsicología es una herramienta clave para evaluar el deterioro cognitivo y las demencias. Permite identificar problemas específicos en áreas como la memoria, la atención, el lenguaje y las funciones ejecutivas, incluso en las primeras etapas del proceso neurodegenerativo (Bondi et al., 2017). Las pruebas neuropsicológicas, que van desde test de cribado hasta baterías completas, ayudan a caracterizar el perfil cognitivo y apoyan el diagnóstico diferencial entre enfermedades neurodegenerativas.

Estudios recientes indican que la evaluación neuropsicológica puede detectar cambios cognitivos sutiles que no siempre son visibles en estudios de neuroimagen o en biomarcadores. Esto la convierte en un componente importante para la detección temprana (Summers & Bondi, 2017). Sin embargo, algunos instrumentos tienen limitaciones en sensibilidad, especificidad o adecuación cultural, lo que puede afectar la precisión del diagnóstico. Investigaciones como la de Patnode et al. (2020) señalan que, aunque las herramientas de cribado son efectivas para detectar deterioro moderado, su utilidad disminuye en etapas muy tempranas o en perfiles clínicos inusuales.

1.4. Justificación de la Revisión

El deterioro cognitivo y las demencias se han convertido en un asunto prioritario de salud pública en los últimos años, debido al envejecimiento constante de la población. La prevalencia de estas enfermedades está creciendo constantemente, lo cual hace más urgente la mejora de los procedimientos para su detección, diagnóstico e intervención temprana (Naeem et al., 2024). La evaluación neuropsicológica se ha vuelto una herramienta fundamental para identificar alteraciones cognitivas y de comportamiento relacionadas con diferentes tipos de demencia.

La evaluación neuropsicológica no solamente permite identificar el deterioro cognitivo de manera temprana, sino que también ayuda a caracterizar los perfiles cognitivos particulares de cada enfermedad.(Weintraub, 2022). Esto hace más fácil el diagnóstico diferencial y la planificación del tratamiento. Además, investigaciones recientes enfatizan que esta evaluación juega un rol crucial en cada una de las etapas del proceso neurodegenerativo, desde las fases preclínicas hasta los estadios más avanzados de la demencia (Alzola et al., 2024).

No obstante, la literatura muestra serias limitaciones a pesar de estos avances. Varios estudios indican que hay una gran variedad entre las herramientas de evaluación empleadas en la práctica clínica, además de que no existen procedimientos estandarizados para comparar resultados entre diversas poblaciones y contextos (Di Pucchio et al., 2018). Se ha demostrado que numerosas pruebas tienen restricciones en lo que respecta a la sensibilidad, en las primeras etapas del deterioro cognitivo leve o en grupos con una elevada diversidad cultural y educativa (Alzola et al., 2024).

Por otro lado, estudios recientes subrayan que es necesario combinar la evaluación neuropsicológica con otras técnicas de diagnóstico, tales como los biomarcadores o las tecnologías emergentes, para lograr una mayor exactitud y entender mejor los procesos de neurodegeneración (Cavanagh & Paulsen, 2024). A pesar de ello, persisten desafíos clínicos y metodológicos que demandan una investigación más profunda en esta integración.

Por esto, es fundamental llevar a cabo una revisión bibliográfica actual que sintetice las pruebas científicas más recientes sobre el papel de la neuropsicología en la evaluación del deterioro cognitivo y las demencias. El objetivo es mostrar un marco de referencia actualizado que contribuya a mejorar la práctica profesional y oriente las futuras áreas de investigación.

1.5. Objetivos

Objetivo General: Analizar la evidencia científica reciente sobre la contribución de la neuropsicología en la evaluación del deterioro cognitivo y demencias, identificando las pruebas y herramientas más utilizadas, su eficacia y limitaciones, para ofrecer un marco actualizado y crítico sobre la práctica clínica.

Objetivos Específicos:

- Identificar las principales herramientas neuropsicológicas utilizadas en la detección y el diagnóstico del deterioro cognitivo y las demencias.
- Comparar la precisión diagnóstica y las limitaciones de las distintas pruebas neuropsicológicas en función de la población evaluada y de la etapa del deterioro cognitivo.
- Analizar la utilidad de la evaluación neuropsicológica en el diagnóstico diferencial entre los distintos subtipos de demencia.
- Examinar la integración de la evaluación neuropsicológica con biomarcadores en la práctica clínica para mejorar la detección temprana y la precisión diagnóstica.

2. Metodología

Este apartado detalla cómo se ha realizado la revisión bibliográfica, describiendo de forma sistemática los métodos utilizados.

2.1. Tipo de Trabajo

El presente trabajo se encuentra dentro de la modalidad de revisión bibliográfica, se centra en el análisis de la evidencia científica publicada entre 2015 y 2025 sobre la contribución de la neuropsicología en el deterioro cognitivo y las demencias. Adicionalmente, este enfoque permite realizar una síntesis de los estudios revisados, para su posterior discusión crítica y elaboración de conclusiones.

2.2. Estrategia de Búsqueda Bibliográfica

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO y Google Scholar, seleccionando estudios publicados entre 2015 y 2025 en español e inglés que abordaran la evaluación neuropsicológica del deterioro cognitivo y las demencias en población adulta mayor. Para la selección de los artículos se consideraron como criterios de inclusión aquellos estudios centrados en el uso de pruebas de cribado, baterías neuropsicológicas multidominio y herramientas complementarias para la detección y el diagnóstico diferencial de estas alteraciones cognitivas, mientras que se excluyeron investigaciones centradas exclusivamente en tratamientos farmacológicos o en biomarcadores sin relación con la valoración neuropsicológica. Tras la aplicación de estos criterios metodológicos, se seleccionaron un total de 15 artículos relevantes para su análisis.

El proceso de recolección de información se llevó a cabo en el mes de enero de 2026, mediante 3 fases:

Fase 1: Búsqueda Inicial

Esta fue la primera etapa, se realizó una exploración general para comprobar si había suficiente información sobre el tema. A su vez, comprobé que las palabras clave que la tutora me sugirió se encontraran en la base de datos de las fuentes recomendadas.

Fase 2: Búsqueda Sistemática

En esta fase se consultaron distintas fuentes de datos, empleando las siguientes palabras clave para las ecuaciones de búsqueda: cognitive assessment, neuropsychology, dementia, mild cognitive impairment, neuropsychological tests y screening tools.

Tabla 1*Estrategia de Búsqueda Bibliográfica*

Base de datos	Ecuación de búsqueda utilizada
PubMed	("neuropsychology" OR "neuropsychological assessment") AND ("cognitive impairment" OR "mild cognitive impairment" OR "dementia")
Scopus	("dementia") AND ("screening tools" OR "neuropsychological tests") AND ("older adults")
Web of Science	("cognitive evaluation") AND ("Alzheimer's disease" OR "vascular dementia") AND ("assessment protocol")
PsycINFO	("neuropsychological assessment") AND ("early diagnosis") AND ("cognitive decline")
Google Scholar	("neuropsychology") AND ("dementia diagnosis") AND ("older adults")

Fase 3: Búsqueda Manual

Se realizó una búsqueda manual revisando los artículos de la fase anterior, realizando el método de bola de nieve para identificar material académico relevante a partir de las referencias bibliográficas de los documentos previamente seleccionados.

2.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

Estos criterios son fundamentales para garantizar la transparencia y la reproducibilidad del proceso de selección de artículos.

Tabla 2

Criterios de Inclusión y Exclusión

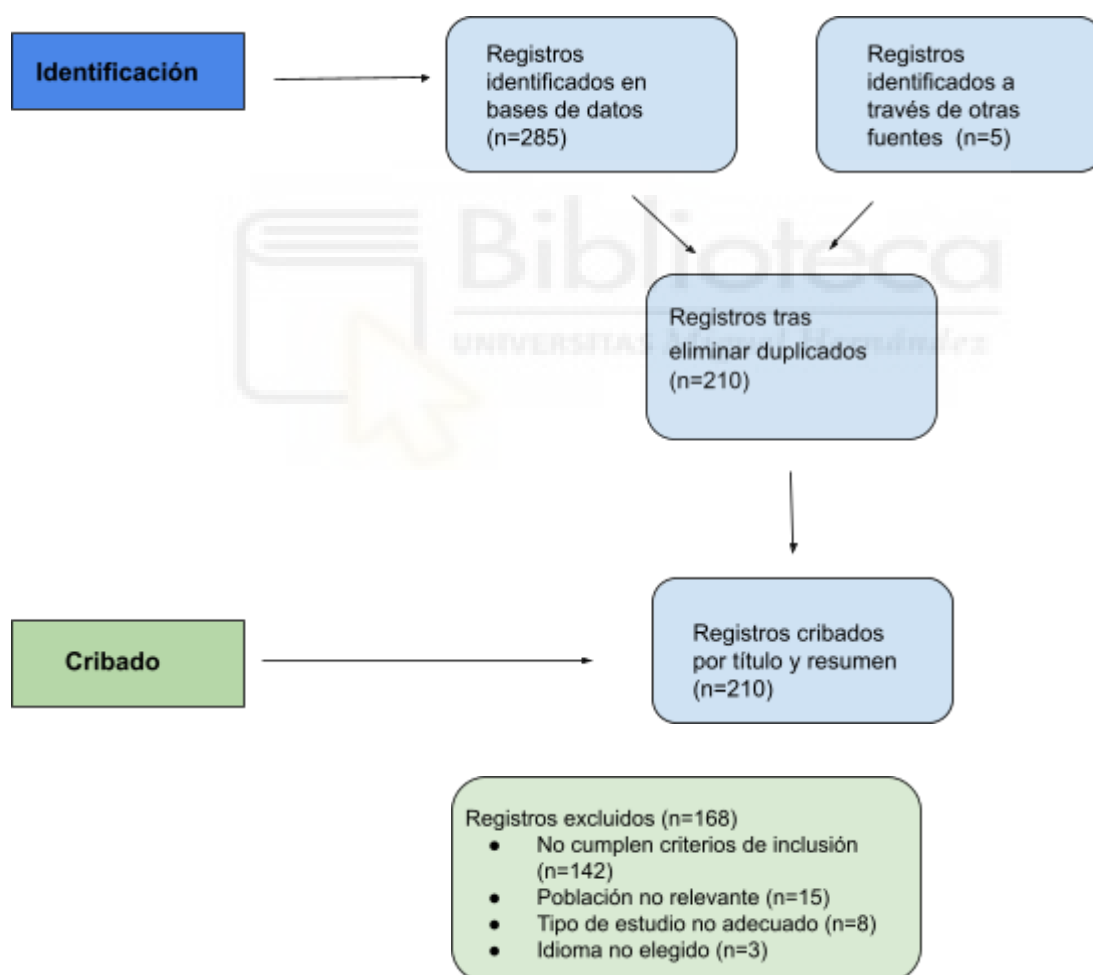
Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Estudios entre 2015 y 2025.	Documentos sin acceso al texto completo, no gratuitos o resúmenes de congresos.
Adultos de 50 años o más (incluye sanos para comparativa)	Menores de 50 años.
Diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) o demencias (Alzheimer, demencia vascular, etc.).	Modelos animales, esquizofrenia, trastornos del neurodesarrollo o lesiones cerebrales traumáticas ajenas a la demencia.
Estudios centrados en evaluación neuropsicológica del deterioro cognitivo (nuevos instrumentos, pruebas de cribado/screening y baterías multidominio).	Estudios centrados exclusivamente en la eficacia de tratamientos farmacológicos o quirúrgicos sin pruebas neuropsicológicas.
Artículos con evidencia científica reciente en neuropsicología y demencias.	Investigaciones enfocadas solo en biomarcadores (PET, RM, líquido cefalorraquídeo/fluidos) sin utilidad clínica o evaluación cognitiva.
Revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos, estudios observacionales y artículos de consenso de expertos.	Artículos con una metodología insuficiente.
Artículos en español o inglés.	Artículos que no estén en español o inglés.

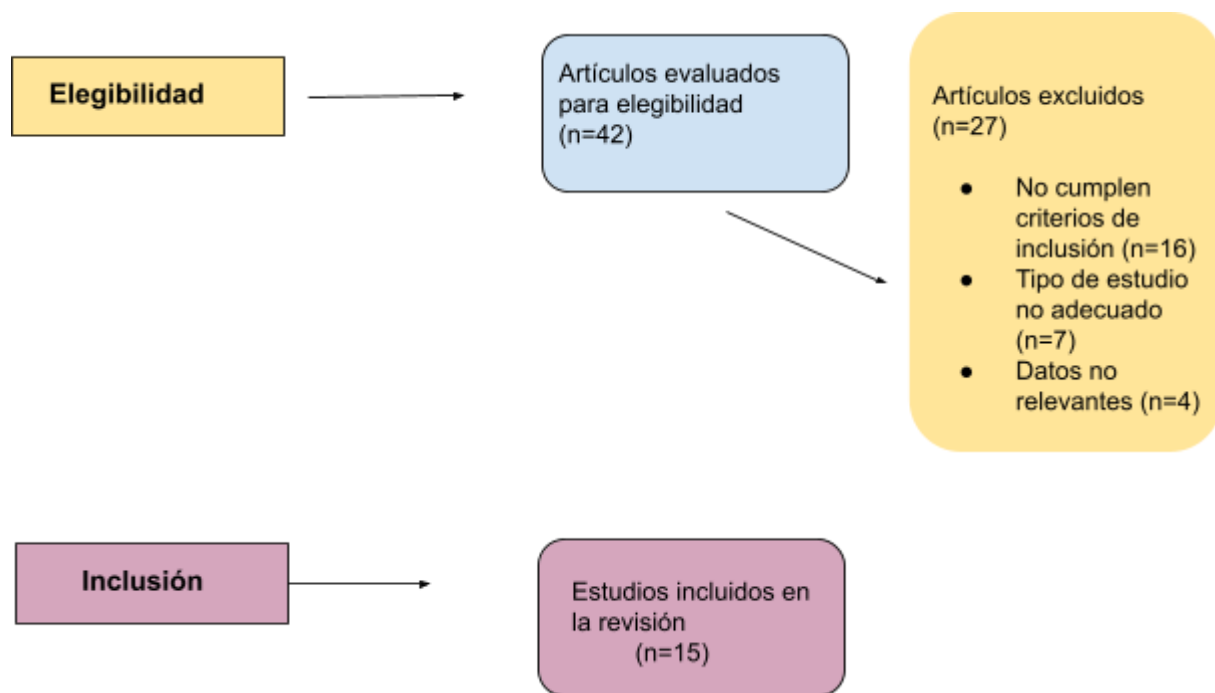
2.4. Proceso de Selección Final

El proceso de selección final siguió las directrices del modelo PRISMA 2020. Inicialmente se identificaron 290 artículos, de los cuales se eliminaron 80 por ser duplicados. Posteriormente, 168 artículos fueron excluidos tras la lectura del título y el resumen por no cumplir los criterios. Finalmente, un total de 15 estudios fueron incluidos en la revisión final. En la Figura 1 se muestra el proceso de selección realizado con base en el modelo PRISMA 2020.

Figura 1

Resultados de la revisión siguiendo el método PRISMA





3. Resultados

3.1. Características generales

Se eligieron 15 artículos en total que se publicaron entre 2015 y 2025 y estos cubren diversos dominios dentro del estudio de las demencias y el deterioro cognitivo. La Tabla 1, resume sus características más importantes, incluye variables como: tipo de prueba, dominio cognitivo evaluado, duración de la evaluación, población, tamaño muestral, pruebas utilizadas, resultados principales, aplicaciones clínicas y validez y fiabilidad. Estas variables son útiles para el análisis y comparación de resultados.

En cuanto a la clase de estudio, predominaron las revisiones sistemáticas y los metaanálisis (Livingston et al., 2024; Patnode et al., 2020; Pinto et al., 2019) los artículos de revisión narrativa (Bondi et al., 2017; Hardy & De Strooper, 2017) y los documentos de consenso creados por expertos internacionales (Jack et al., 2018; Moreno et al., 2025). También se incorporaron investigaciones observacionales (Barragan et al., 2025) y trabajos de creación de herramientas de evaluación (Ismail et al., 2017).

Respecto a la población estudiada, los trabajos analizados se enfocaron mayormente en adultos mayores de 50 años. Se incluyeron individuos con una salud cognitiva normal (para estudios comparativos), con deterioro cognitivo leve y distintos tipos de demencia, en particular la enfermedad de Alzheimer. Algunos estudios también incorporaron poblaciones

en fases preclínicas o prodrómicas, lo que refleja el creciente interés por la detección temprana del deterioro cognitivo.

Con respecto al tamaño de las muestras se presentó una alta variabilidad desde estudios que utilizaron paneles de expertos de entre 18 (Ismail et al., 2017) y 122 especialistas (Skrobot et al., 2017) hasta investigaciones sistemáticas con más de 285,000 participantes (Patnode et al., 2020).

Por último, en relación con las variables examinadas, los estudios analizaron el desempeño en diversos dominios cognitivos, como son la atención, la memoria, el lenguaje, las capacidades de visión y espacio y las funciones ejecutivas. Utilizaron una amplia gama de herramientas neuropsicológicas desde pruebas de cribado breve hasta evaluaciones más detalladas a través de baterías multidominio a menudo combinadas con el uso de biomarcadores de líquido cefalorraquídeo (LCR), tomografía por emisión de positrones (PET) y resonancia magnética (RM) para lograr un diagnóstico diferencial y biológico más preciso (Dubois et al., 2021; Jack et al., 2018).



Tabla 3

Características de los estudios incluidos en la revisión

Autor/es/ Año	Título/ Tipo de estudio	Dominio cognitivo evaluado	Población/ Tamaño muestral	Pruebas utilizadas	Duración de la evaluación	Resultados principales/ Aplicaciones clínicas	Validez y fiabilidad
Moreno, M. G., Cuadrado, C. T., Palomo, M. M., Alvarez, A. D., Ortiz, M. E., Ribas, G. G., ... & Campos, A. V. (2025).	Documento de consenso de la Sociedad Española de Neurología sobre prevención del deterioro cognitivo y la demencia.	Se centró en la prevención del deterioro cognitivo y la demencia. Mencionaron dominios como la memoria, la función ejecutiva, la atención y la velocidad de	Se dirigió principalmente a profesionales de la salud. Las recomendaciones abarcaron a la población general en diferentes etapas de la vida, individuos con DCL y	MMSE (Mini-Mental State Examination), CDR (Clinical Dementia Rating), Test del Reloj (evaluó funciones ejecutivas y visoes constructivas). NTB	Al ser un documento de consenso, posee una duración de aplicación propia.	El estudio determinó que controlar los factores modificables permitía prevenir hasta el 40% de las demencias. La prevención buscó reducir el daño neuropatológico mediado por la	El artículo fue válido porque se basó en una revisión de la bibliografía realizada por un grupo de expertos de la Sociedad Española de Neurología.

procesamiento. pacientes con (Neuropsychological Test
EA inicial. Al ser gical Test
un documento Battery), TMT
de consenso y (Trail Making
revisión, no tuvo Test), Stroop
un tamaño Test, Grober and
muestral propio. Buschke, VAT
Se basó en (Visual
estudios previos: Association
FINGER: 1.260 Test).
personas.
MAPT: 1.680
personas.
preDIVA: 3.526
personas.
HATICE: 2.398
personas.
PREDIMED:
1.224 personas

proteína
B-amiloide o tau,
el daño vascular y
la inflamación
cerebral. Las
intervenciones
multidominio
lograron mejoras
de hasta un 83%
en la función
ejecutiva y un
150% en la
velocidad de
procesamiento. El
ejercicio físico
regular podía
retrasar la
enfermedad hasta
12 años, el
sedentarismo
aumentaba el
riesgo en un 30%.
El uso de



fármacos
anticolinérgicos,
benzodiazepinas y
antipsicóticos
aceleraba el
deterioro
cognitivo,
recomendándose
su deprescripción.
Funcionó como
una herramienta
de guía en la
práctica clínica
para la
implementación
de intervenciones
que buscaron
retrasar el
deterioro
cognitivo.

Winblad, B., Defeating	El informe	Se centró en MMSE	No estableció	El 20% de los	Los criterios
Amouyel, P., Alzheimer's	describió la	personas con la (Mini-Mental	una duración	casos	clínicos

Andrieu, S., disease and demencia EA y otras State única de diagnosticados tuvieron una Ballard, C., other como un demencias en Examination), evaluación. clínicamente no fiabilidad Brayne, C., demencias: a deterioro en Europa y a nivel ADAS-Cog mostró la aceptable Brodaty, H., ... priority for múltiples mundial. Incluyó (Alzheimer's patología entre médicos, & Zetterberg, European dominios desde individuos Disease correspondiente pero el 20% de H. (2016). science and cognitivos, en etapas Assessment en la autopsia. los casos society. destacando la preclínicas y Scale–cognitive Instrumentos diagnosticados Comisión de memoria, la prodrómicas subscale), CDR tradicionales como clínicamente Expertos atención, el (asintomáticos o (Clinical el MMSE como EA no lenguaje y las con síntomas Dementia resultaron presentaron la funciones leves) hasta Rating), insensibles para patología ejecutivas. pacientes en DEMQOL, detectar el correspondient etapas EQ-5D deterioro en e en la avanzadas de la (EuroQol), personas con alta autopsia, lo enfermedad. Tomografía reserva cognitiva que planteó Citó estudios computarizada o en etapas retos de con muestras de (CT), prodrómicas, lo validez hasta 1.222 Resonancia que evidenció la diagnóstica. pacientes en Magnética urgencia de Destacaron varios países. (MRI) integrar que biomarcadores instrumentos estructural y funcional, estandarizados comunes como SPECT y PET (LCR e imagen el MMSE

(amiloide y
FDG), Líquido
Ceforraquídeo
(LCR):
concentraciones
de A β 42, tau
total y tau
fosforilada.

molecular) y pueden ser
evaluaciones insensibles en
neuropsicológicas personas con
más específicas. altos niveles
Concluyeron con educativos.
que la
implementación
de intervenciones
multidominio es
fundamental para
mitigar el impacto
de la demencia,
Proporcionó
recomendaciones
para el cuidado y
la investigación de
la demencia.
Fomentó el
acceso a un
diagnóstico
preciso. Promovió
el uso de
biomarcadores



estandarizados
(líquido
cefalorraquídeo e
imagen cerebral)
para la detección
temprana.
Implementó
intervenciones no
farmacológicas
(ejercicio,
estimulación
cognitiva) y apoyo
integral a los
cuidadores.



Skrobot, O. A.,	The Vascular	El estudio se	La población del	El estudio	Como proceso	Logró un	La fiabilidad se
O'Brien, J.,	Impairment of	centró en el	estudio consistió	evaluó qué	de investigación	consenso	apoyó en el
Black, S.,	Cognition	Deterioro	en un grupo de	dominios y	Delphi, constó de	internacional para	método Delphi,
Chen, C.,	Classification	Cognitivo	122 expertos de	herramientas	seis rondas de	el concepto de un	proceso
DeCarli, C.,	Consensus	Vascular (VCI)	27 países, de los	deben usarse	encuestas web	VCI como un	estructurado y
Erkinjuntti, T.,	Study.	en todo su	cuales el 68%	para el	realizadas cada	espectro que va	anónimo. Se
...	& Estudio	de espectro,	eran	diagnóstico.	dos meses.	desde formas	estableció un

Ben-Shlomo, Y. (2017).	consenso internacional utilizando el método Delphi.	desde formas leves hasta mayores (demencia). Evaluó el declive cognitivo asociado a patologías cerebrovasculares como microinfartos, lesiones de sustancia blanca e infartos lacunares.	investigadores académicos y el 46% neurólogos. 71 expertos completaron las seis rondas del proceso Delphi.	Dominios: Función ejecutiva/atención, memoria, lenguaje y funciones visuoespaciales . MoCA (Montreal Cognitive Assessment): herramienta de cribado (screening) preferible que el MMSE por su mayor sensibilidad al daño vascular. Neuroimagen: Uso de RM o TC para identificar	Clínicamente, el estudio definió criterios temporales como la demencia post-ictus, que debe manifestarse dentro de los 6 meses posteriores al evento.	leves hasta la umbral de demencial. Estandarizó la clasificación en cuatro subtipos clínicos (post-ictus, isquémica subcortical, multi-infarto y mixta), definió un criterio temporal de 6 meses para la demencia tras un evento vascular y recomendó el uso del MoCA sobre el MMSE por su mayor capacidad para detectar déficits en funciones
------------------------	---	---	--	--	---	--

infartos, ejecutivas y
 lesiones de atención.
 sustancia
 blanca
 (leucoaraiosis) y
 hemorragias.

Bondi, M. W., Alzheimer's Analizó la No tuvo un California Al ser un artículo Subrayaron que la La validez se
 Edmonds, E. Disease: Past, memoria tamaño de Verbal Learning de revisión de la memoria apoyó en la
 C., & Salmon, Present, and episódica. muestra único, Test (CVLT), trayectoria de episódica fuerte
 D. P. (2017). Future. También ya que fue una Trail Making investigación, no (recuerdo correlación
 Artículo de evaluó la revisión de otros Test Parte B definió una demorado) es el demostrada
 revisión memoria estudios. Se (TMT-B), duración de test marcador entre las
 narrativa e semántica centró en Mini-Mental única. neuropsicológico puntuaciones
 histórica. ,funciones individuos con State más temprano y de pruebas
 ejecutivas, el EA en diferentes Examination sensible para cognitivas y la
 lenguaje , la etapas, (MMSE) y la detectar EA. Se carga de
 atención y las personas con escala de demostró una patología
 habilidades DCL y sujetos en Blessed. fuerte correlación cerebral
 visuoespaciales fase preclínica. entre el (placas y
 desempeño en ovillos). La
 pruebas cognitivas fiabilidad de



y la carga de los
patología cerebral, diagnósticos
como placas y incrementó
ovillos. Se destacó mediante el
la evolución hacia uso de criterios
un diagnóstico estandarizados
basado en (DSM, NIA-AA)
biomarcadores y la integración
(sistema A/T/N) de
que permite biomarcadores
identificar etapas de imagen y
preclínicas y líquido
prodrómicas, cefalorraquíde
evidenciando que o (sistema
la A/T/N) que
neurodegeneració confirmaron la
n puede ocurrir presencia de la
incluso antes de la enfermedad.
acumulación de
amiloide en
muchos
individuos.

Hardy, J., & De Strooper, B. (2017). Alzheimer's disease: where next for anti-amyloid therapies? Artículo de revisión bibliográfica.

Analizó la eficacia de fármacos para frenar el deterioro en la EA. Mencionó el uso de la escala ADAS-Cog como medida de progresión del deterioro cognitivo en los pacientes de los ensayos clínicos.

No tuvo una muestra de pacientes propia. Se centró en pacientes con Alzheimer leve o moderado que participaron en ensayos clínicos de terapias anti-amiloides. También habló de estudios realizados en ratones transgénicos para predecir resultados en humanos.

ADAS-Cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive), PET de Amiloide, Biomarcadores de LCR.

El artículo mencionó que los seguimientos en los ensayos clínicos analizados (como el de solanezumab) tuvieron una duración de 80 semanas.

Las terapias anti-amiloides no lograron ralentizar significativamente la progresión clínica en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve o moderada. Se sugiere que el amiloide- β podría actuar únicamente como un disparador inicial de la enfermedad, lo que implica que su eliminación es ineficaz una vez que se ha desencadenado la cascada neurodegenerativa.

La validez de las conclusiones se basó en el análisis de los resultados de ensayos clínicos de fase II y III. El texto señaló que la falta de confirmación de la patología de Alzheimer mediante biomarcadores en algunos estudios (como el de verubecestat) fue un problema de diseño que



. Se observó una afectó la desconexión entre interpretación la reducción de de los placas amiloides y resultados. la recuperación de También los funciones modelos cognitivas, animales subrayando que la fueron fiables simple eliminación al predecir que de depósitos no ciertos garantiza el éxito fármacos no terapéutico en limpiarían las etapas placas ya avanzadas. establecidas en humanos.

Dubois, B., Clinical	El documento	No tuvo una PET, RM,	No estableció un	Los resultados	La validez vino
Villain, N., diagnosis of	se centró en el	muestra de	tiempo de	destacaron la	de la
Frisoni, G. B., Alzheimer's	diagnóstico de	sujetos propia.	en LCR (se	reclasificación de	colaboración
Rabinovici, G. disease:	la EA	Pacientes con	aplicación único,	reclasificación de	colaboración
D., Sabbagh, recommendatio	basándose en	síntomas	pero hizo	sujetos	de expertos
M., Cappa, S., ns of the	fenotipos	clínicos de	(amiloide), p-tau	referencia a la	asintomáticos con
		y t-tau.	importancia del	biomarcadores	internacionales
					del IWG. Para

... & Feldman, H. H. (2021).	International Working Group. Artículo de revisión.	clínicos, destacando el síndrome de amnésico tipo hipocámpico, la atrofia cortical posterior y la afasia progresiva primaria variante logopénica.	deterioro cognitivo (etapas prodrómicas o de demencia) y personas asintomáticas que presentaban biomarcadores positivos de amiloide y tau, a quienes se clasificaron como sujetos "en riesgo".	seguimiento clínico y citó estudios longitudinales con periodos de observación de entre 5 y 7 años para monitorizar la progresión.	positivos como "en riesgo" en lugar de pacientes con EA, evitando la medicalización de etapas preclínicas. Proporcionó una guía para el diagnóstico clínico-biológico. Definíó cómo deben usarse los biomarcadores (LCR y PET) para confirmar la patología de Alzheimer en pacientes con síntomas.	que el diagnóstico fuera fiable en un entorno clínico, debía existir una congruencia entre el fenotipo clínico y los biomarcadores, dado que la presencia aislada de lesiones cerebrales no predice con total exactitud el desarrollo de la enfermedad.	
Summers, M.	Editorial	El documento	No tuvo muestra	Evaluación de	Resumió	El estudio mostró	Examinó la

J., & Bondi, M. W. (2017). Introduction to the Special Issue on Neuropsychological Assessment in Aging. Revisión sistemática y metaanálisis. mencionó estudios específicos que evalúan la memoria, la memoria de trabajo y evaluaciones de dominios múltiples. propia. Poblaciones en envejecimiento, adultos mayores sanos, personas con DCL y pacientes con demencia por EA. múltiples dominios cognitivos, biomarcadores *in vivo*. diversas revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorizados, no se habló de una duración única. que aunque las pruebas neuropsicológicas clínicas actuales tienen una alta sensibilidad y especificó que aunque las pruebas clínicas actuales tienen una fuerte sensibilidad para detectar preclínicos o estados de subclínicos si se utilizan de forma aislada. Se demostró que la EA), a menudo evaluación de múltiples dominios cognitivos es la estrategia con mayor exactitud estados



predictiva para preclínicos o
identificar la subclínicos si
progresión de se usan de
DCL a Alzheimer. forma aislada,
Se halló que las resaltando que
intervenciones los enfoques
cognitivas de dominios
dirigidas a la múltiples
memoria de muestran una
trabajo y los mayor
enfoques precisión y
multidominio validez
muestran la mayor diagnóstica.
eficacia para
mejorar el
rendimiento
cognitivo en
adultos mayores.
Se identificó que
enfermedades
secundarias,
como la apnea
obstructiva del

sueño, actúan como factores de riesgo independientes que impactan significativamente la función cognitiva.

Pinto, T. C., Machado, L., Bulgacov, T. M., Rodrigues-Júnior, A. L., Costa, M. L., Ximenes, R. C., & Sougey, E. B. (2019).	Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) in the detection of mild cognitive impairment (MCI) and	Evaluó memoria episódica, recuerdo diferido, funciones ejecutivas (fluidez fonémica, abstracción), atención, concentración, memoria de trabajo, lenguaje,	Se analizaron 34 artículos. Adultos mayores de 60 años o más, sanos, con DCL y pacientes con EA.	Comparó específicamente la precisión diagnóstica del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) frente al Mini-Mental State Examination (MMSE), emplearon los criterios del	El tiempo promedio para administrar el test MoCA es de 10 a 15 minutos.	Los resultados principales mostraron que el MoCA es significativamente superior al MMSE para discriminar entre el envejecimiento normal y el DCL (con una precisión media de 0.883 frente a 0.780 del MMSE). Mientras	La validez del estudio se apoyó en una revisión sistemática de 34 artículos evaluados con la herramienta QUADAS-2, mostrando un bajo riesgo de sesgo. Los resultados indicaron que
--	--	---	--	---	---	---	--

Alzheimer's capacities
Disease (AD) visuoespaciales
in the elderly? (dibujo de un
Revisión cubo y un reloj)
sistemática y y orientación.
metaanálisis.

DSM-IV,
QUADAS-2

que ambos tests el MoCA es
demostraron ser superior al
precisos para MMSE en la
detectar la detección de
Enfermedad de DCL (con una
Alzheimer (EA) , el precisión
MoCA destacó por media de
su alta 0.883 frente a
sensibilidad, 0.780 del
alcanzando un MMSE) y
90% para el DCL posee una alta
y un 100% para la sensibilidad
EA inicial, (90% para
consolidándose DCL y 100%
como la para EA
herramienta de inicial).
cribado más eficaz
para la detección
temprana en
adultos mayores.

Jack Jr, C. R., NIA-AA
Bennett, D. A., Research

Evaluó el No utilizó una Biomarcadores No tenía una Los resultados La validez
rendimiento muestra propia. AT(N): PET de duración de fueron el residió en la

Blennow, K., Framework: cognitivo para Participantes de amiloide y LCR aplicación. Se establecimiento de correlación de Carrillo, M. C., Toward a estadificar la investigación (Abeta42) para basó en datos de una definición biomarcadores Dunn, B., biological gravedad de la desde individuos amiloide (A); estudios biológica del in vivo (PET y Haeberlein, S. definition of enfermedad. cognitivamente PET de tau y longitudinales y Alzheimer LCR) con B., ... & Alzheimer's Consideró normales hasta LCR (tau ensayos clínicos. mediante el hallazgos Silverberg, N. disease. categorías aquellos con fosforilada) para sistema AT(N), el neuropatológico (2018). Artículo de como demencia tau patológica cual clasifica a los os en consenso. cognitivamente severa. (T); y RM individuos a través autopsias, que de biomarcadores son el DCL y validación en PET-FDG y de amiloide (A), estándar para demencia. poblaciones LCR (tau total) tau (T) y definir la diversas para para neurodegeneración (N), independientemente de su estado clínico. Su uso es exclusivo para investigación y no para la práctica clínica. Su aplicación principal es

proporcionar un lenguaje común para investigadores y permitir el diseño de ensayos clínicos más precisos.

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., ... & Mukadam, N. (2024).	Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission Revisión sistemática y metaanálisis	Evaluó la cognición a lo largo del ciclo vital, enfocándose en el desarrollo y mantenimiento cognitivo y físico. Se analizaron dominios como la memoria episódica, la	No tuvo muestra propia. Abarcó a la población en todo el curso de la vida, desde la infancia hasta la edad media (18-65 años) y avanzada (>65 años).	Evaluaciones de memoria episódica, funciones ejecutiva y velocidad de procesamiento Biomarcadores Abeta y tau (LCR y PET) y biomarcadores en sangre (p-tau217) para el diagnóstico	No tuvo una duración de aplicación propia. Pero reportó seguimientos de estudios de factores de riesgo que duran entre 10 y más de 30 años, e intervenciones clínicas con duraciones de 18	Los resultados concluyeron que el 45% de los casos de demencia a nivel mundial son prevenibles mediante la intervención sobre 14 factores de riesgo modificables. A los factores previamente	La validez se basó en una síntesis de evidencia de alta calidad de hallazgos de expertos. Para el cálculo del impacto de los riesgos utilizaron Fracciones Atribuibles Poblacionales
--	--	--	---	---	---	---	---

función
ejecutiva y la
velocidad de
procesamiento.

biológico.

meses a 5 años.

establecidos, la (PAF) basadas
actualización de en datos
2024 integró el mundiales.

colesterol LDL
elevado y la
pérdida de visión
no tratada como
elementos críticos
de intervención. El
manejo de estos
riesgos retrasa la
aparición de
síntomas clínicos,
fortalece la
reserva cognitiva y
reduce la
inflamación
cerebral. Los
hallazgos
validaron la
transición hacia un
diagnóstico
biológico mediante



el uso de biomarcadores Y concluyó con que, los nuevos fármacos antiamiloides muestran avances pero el mayor impacto reside en el estilo de vida desde etapas tempranas.

Patnode, C. D., Perdue, L. A., Rossom, R. C., Rushkin, M. C., Redmond, N., Thomas, R. G., & Lin, J. S. (2020)	Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive	Evalúo la capacidad de diversos instrumentos para detectar el deterioro cognitivo, incluyendo el DCL y la demencia. Se	la 287 estudios con más de 285,000 adultos mayores. 224 ensayos controlados aleatorios de tratamiento y 3 estudios observacionales que incluyeron a	<i>Clock Drawing Test, Memory Impairment Screen (MIS), Mini-Cog,</i> pruebas de fluidez verbal, <i>AD8</i> (8-item Interview to Differentiate	La revisión se centró en instrumentos breves que pueden ser administrados por un clínico en 10 minutos o menos, autoadministrado	Se concluyó que aunque existen instrumentos breves con alta precisión para detectar la demencia en atención primaria (como el MMSE), no hay evidencia	La validez del informe se sustentó en una revisión sistemática de 287 estudios con más de 285,000 participantes. El instrumento
--	--	---	---	--	---	--	--

Services Task	analizaron	más de 240,000	Aging and	s en 20 minutos	empírica de que el	más estudiado,
Force	pruebas que	pacientes o	Dementia) y el	o menos. Se	cribado el	MMSE,
Revisión	cubren	cuidadores.	<i>Functional</i>	mencionaron	sistemático mejora	mostró una
sistemática y	dominios como	Adultos mayores	<i>Activities</i>	pruebas "muy	los resultados de	sensibilidad y
metaanálisis	la memoria , el	de 65 años	<i>Questionnaire</i>	breves" que	salud de los	especificidad
	lenguaje y las	atendidos en	(FAQ), El	toman 5 minutos	pacientes o	combinada de
	funciones	entornos de	MMSE,	o menos y el	cuidadores, ni de	0.89 para
	ejecutivas.	atención	<i>7-Minute</i>	MMSE, que	que facilite la toma	detectar
		primaria, sin un	<i>Screen,</i>	requiere entre 7	de decisiones	demencia. El
		diagnóstico	<i>Abbreviated</i>	y 15 minutos.	médicas. Los	estudio
		previo de	<i>Mental Test,</i>		tratamientos	concluyó que
		deterioro.	MoCA y el <i>Saint</i>		farmacológicos y	aunque las
		También se	<i>Louis University</i>		las intervenciones	herramientas
		consideró el	<i>Mental Status</i>		psicoeducativas	son precisas
		impacto en sus	<i>Examination</i>		muestran	para detectar
		cuidadores	(SLUMS),		beneficios	el deterioro, no
		informales.	<i>IQCODE</i>		estadísticamente	existe
			(Informant		significativos, pero	evidencia
			Questionnaire		estos son	empírica de
			on Cognitive		pequeños y su	que el cribado
			Decline in the		impacto real en la	sistemático
			Elderly)		calidad de vida de	mejore los
					personas	resultados



detectadas finales de
mediante cribado salud.
sigue siendo
incierto.Se
observaron
beneficios leves
en la reducción de
la carga y
depresión de los
cuidadores
mediante
intervenciones
psicoeducativas, y
mejoras pequeñas
en la cognición
con tratamientos
farmacológicos
(como inhibidores
de la colinesterasa
y memantina), el
impacto clínico
global de estas
intervenciones

sigue siendo
incierto y no
permite establecer
que la
identificación
temprana
mediante cribado
de rutina altere
significativamente
la trayectoria de la
enfermedad.

Ismail, Z., The Mild	Evaluó	La muestra NPI-C	En el estudio se	El MBI-C se creó	El instrumento
Agüera-Ortiz, Behavioral	síntomas	utilizada no fue	destacó que este	para la detección	fue
L., Brodaty, H., Impairment	neuropsiquiátri	de pacientes, c	es un	de casos de DCL	desarrollado
Cieslak, A., Checklist	cos (NPS)	sino de un panel	instrumento de	y para monitorear	mediante un
Cummings, J., (MBI-C): A	como	de 18 expertos	34 ítems	la aparición y	proceso Delphi
Fischer, C. E., rating scale for	precursores del	que diseñaron la	diseñado para	evolución de	modificado en
... & NPS neuropsychiatri	declive	herramienta.	ser completado	síntomas	el que
Professional c symptoms in	cognitivo. Se		para MBI,	por un paciente,	neuropsiquiátricos
Interest Area of pre-dementia	organizó en 5		Escala NPI-Q y	un informante	a lo largo del
the populations dominios de			proceso Delphi.	cercano o un	tiempo. Su
International Estudio de comportamient			clínico. Un	principal objetivo	. Los ítems se

Society of to desarrollo de o: (apatía,
 Advance instrumento de afecto,
 Alzheimer's evaluacion. descontrol de
 Research and impulsos,
 Treatment inadecuación
 (NPS-PIA of social y
 ISTAART). pensamiento/p
 (2017). ercepción
 anormal)

requisito es identificar a derivaron de
 fundamental es personas en un los criterios
 que los síntomas estado de "riesgo" diagnósticos
 evaluados deben de desarrollar de
 haber persistido demencia antes investigación
 durante al menos de que el deterioro de la
 6 meses. cognitivo sea ISTAART-AA.
 evidente Al ser una
 Es un instrumento escala nueva,
 de 34 ítems que se requieren
 operativiza los estudios
 criterios adicionales
 diagnósticos del para validar
 Deterioro formalmente
 Comportamental su fiabilidad,
 Leve a través de validez.
 cinco dominios
 (apatía, afecto,
 descontrol de
 impulsos,
 inadecuación
 social y
 pensamiento/perc



epción anormal).
El consenso de expertos validó su estructura y contenido para identificar poblaciones de alto riesgo de demencia antes de la aparición del declive cognitivo,

Oh, I. H., Shin, W. R., Ahn, J., Lee, J. P., Min, J., Ahn, J. Y., & Kim, Y. H. (2022).	The present and future of minimally invasive methods for Alzheimer's disease diagnosis Mini Revisión bibliográfica	Se revisaron pruebas de cribado neuropsicológico que evalúan la cognición. Citó el MMSE para el deterioro cognitivo y el 6-CIT (Short	No mostró propia. Pacientes con sospecha de demencia, individuos con EA y personas mayores cognitivamente normales para la detección de	MMSE, 6-CIT (Six-Item Cognitive Impairment Test), CT, MRI, PET, analizó de biomarcadores Abeta y tau en fluidos como LCR, sangre...	El MMSE puede completarse en menos de 10 minutos, mientras que el 6-CIT toma aproximadamente 2 minutos.	Se destacó que el diagnóstico de EA comienza con pruebas de cribado neuropsicológico como el MMSE y el 6-CIT, siendo este último más rápido y efectivo para detectar el	La validez de este estudio de revisión se sustentó en la recopilación de datos de bases como PubMed, Google Scholar y Scopus. El texto mencionó
--	--	---	---	---	---	---	---

Blessed Test) biomarcadores
que se enfoca presintomáticos.
en memoria,
atención y
orientación
temporal.

deterioro cognitivo que el 6-CIT
inicial. La ha demostrado
investigación se ser más
orientó hacia la efectivo que el
detección MMSE en
temprana algunos
mediante estudios de
biomarcadores atención
periféricos en primaria. Sin
fluidos de fácil embargo, se
acceso como advirtió que los
lágrimas, saliva y nuevos
orina. El estudio biomarcadores
concluyó que el en fluidos
desarrollo de periféricos aún
biosensores requieren de
basados en investigación.
aptámeros
combinados con
nanomateriales
representa el
futuro de un
diagnóstico



mínimamente
invasivo,
económico y
preciso,
permitiendo
identificar
proteínas
patológicas (Abeta
y tau) de manera
más sencilla para
ralentizar la
progresión de la
enfermedad.

Barragan, C. J., Beyene, K. M., Decourt, B., & Sabbagh, M. N. (2025).	Cognitive Trajectory in Alzheimer Disease and Clinical Mimics: A Retrospective Observational Study.	Se evaluó en dominios cognitivos principales a través de 7 pruebas neuropsicológicas: gravedad de la demencia	5	3,013 participantes del Centro Nacional de Coordinación del Alzheimer (NACC) de EE. UU. que contaban con un diagnóstico	CDR-SB (<i>Clinical Dementia Rating Sum of Boxes</i>), MMSE, <i>Digit Span Forward/Backward</i> , <i>Boston Naming Test</i> ,	Analizó seguimientos longitudinales con una media de 1.27 años entre visitas. El seguimiento promedio fue de aproximadamente	Los resultados expusieron que, aunque el diagnóstico comienza con pruebas de cribado rápidas clave para diferenciar	La validez del estudio se apoyó en el uso de la neuropatología (autopsia) para confirmar el diagnóstico. Utilizó la
---	---	---	---	---	---	--	---	---

Estudio observacional retrospectivo (CDR-SB y clínico de Fluidez por e 5.5 a 6 años Alzheimer real de escala MMSE), Alzheimer en categorías, *Trail* aunque algunos sus "imitadores" CDR-SB, atención (Digit vida y datos *Making Test* casos se clínicos reside en descrita como Span), neuropatológicos (TMT) Parte A y extendieron el análisis de la un instrumento lenguaje postmortem. La B, y *WAIS-R* hasta las 15 trayectoria bien validado y (Fluidez por muestra se *Digit Symbol*, visitas (unos cognitiva fiable para categorías y dividió en casos Logical Memory 15.5 años) longitudinal). El estadificar la Boston Naming confirmados por Test. uso de demencia. Los biomarcadores en resultados Test), memoria autopsia (AD-AD) y fluidos periféricos mostraron una (Logical (AD-AD) y "imitadores" del alta velocidad de Alzheimer (AD-Mimics) que consistencia al procesamiento (AD-Mimics) que comparan los biosensores de comparar los (TMT Parte A y presentaban aptámeros como datos con WAIS-R Digit otras patologías una vía estudios Symbol) y como cuerpos diagnóstica previos, función de Lewy, económica y aunque señaló ejecutiva (TMT degeneración limitaciones Parte B). frontotemporal o como el sesgo seguimiento con de selección escalas como la de la muestra CDR-SB del NACC demuestra que los (población



pacientes con EA mayoritariamente blanca y confirmada presentan un con alta declive mucho educación). más acelerado en memoria y lenguaje que aquellos con otras demencias. Estos hallazgos sugirieron que el futuro de la evaluación neuropsicológica depende de combinar la detección biológica temprana con la monitorización seriada del deterioro para garantizar un

diagnóstico
diferencial preciso.

Stern, Y., Arenaza-Urquij o, E. M., Bartrés-Faz, D., Belleville, S., Cantilon, M., Chetelat, G., ... Vemuri, P. (2020)	Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve and brain maintenance Consenso y marco teórico.	Definió los marcos teóricos para investigar la Reserva Cognitiva, la Reserva Cerebral y el Mantenimiento Cerebral .	Consenso de expertos internacionales destinado a investigadores que trabajan en el ámbito del envejecimiento cognitivo y patologías como la EA.	Metodologías para medir cada constructo: Reserva Cerebral (uso de medidas estructurales cuantitativas y mediante neuroimagen o autopsia, diseños transversales) Reserva Cognitiva (uso de variables "proxy") y para el Mantenimiento Cerebral (uso	El documento recomendó el uso de estudios longitudinales para medir el mantenimiento cerebral y diseños transversales para la reserva cognitiva y cerebral. Se definió el Mantenimiento Cerebral como la capacidad de algunos individuos para ralentizar la aparición de	Como resultado se concluyó que la Reserva Cerebral es un modelo pasivo, mientras que la Reserva Cognitiva es un proceso activo que permite compensar el daño mediante redes neuronales más alternativas. Se definió el Mantenimiento Cerebral como la capacidad de algunos individuos para ralentizar la aparición de	Documento de consenso oficial fue desarrollado por la Professional Interest Area (PIA) de Reserva, Resiliencia y Factores Protectores de la Asociación de Alzheimer. Integró conocimientos de múltiples disciplinas.
--	--	--	---	--	--	--	---

de estudios
longitudinales
con medidas
repetidas de
neuroimagen
para monitorizar
los cambios
cerebrales).

patologías.El
estudio demostró
que la resiliencia
ante la demencia
no depende de un
solo factor, sino de
la interacción
entre la estructura
del cerebro y su
capacidad
funcional para
adaptarse a las
lesiones.



3.2. Herramientas neuropsicológicas utilizadas

De forma general, se distinguieron pruebas de cribado breve, baterías de evaluación multidominio y otras herramientas específicas.

3.2.1. Pruebas de cribado

Fueron las herramientas más mencionadas en los estudios revisados para contextos clínicos y de atención primaria. Entre ellas, destacaron el Mini-Mental State Examination (MMSE), el Montreal Cognitive Assessment (MoCA) y otras herramientas.

El MMSE fue uno de los instrumentos más empleados para la detección del deterioro cognitivo. Los resultados de las revisiones indicaron que este instrumento demostró una alta precisión para detectar la demencia en atención primaria, mostrando una sensibilidad y especificidad combinada de 0.89 (Patnode et al., 2020). No obstante, su precisión media para la discriminación del Deterioro Cognitivo Leve fue menor, con un valor de 0.780, siendo considerado inferior a otras pruebas de cribado (Pinto et al., 2019). Además, diversos estudios señalaron que instrumentos tradicionales como el MMSE resultaron insensibles para detectar el deterioro en fases tempranas de la enfermedad, en personas con alta reserva cognitiva o niveles educativos elevados (Patnode et al., 2020; Winblad et al., 2016).

Por otro lado, MoCA demostró ser significativamente superior al MMSE para discriminar entre el envejecimiento normal y el DCL (Pinto et al., 2019). Su uso fue recomendado sobre el MMSE por su mayor capacidad para detectar déficits en funciones ejecutivas y atención en el contexto de patologías como la demencia vascular (Skrobot et al., 2017).

Otros instrumentos de cribado mencionados fueron el Mini-Cog, el Clock Drawing Test o el Six-Item Cognitive Impairment Test (6-CIT). El 6-CIT fue citado específicamente por su enfoque en la memoria, atención y orientación temporal, requiriendo solo 2 minutos para su aplicación. Se destacó que el 6-CIT ha demostrado ser más rápido y efectivo que el MMSE en la detección del deterioro cognitivo inicial (Oh et al., 2022). Dentro de esta categoría de pruebas breves, también se encontró el Test del Reloj, útil para evaluar las funciones ejecutivas y visoconstructivas (Moreno et al., 2025). Además, otras herramientas identificadas en las revisiones sistemáticas para su uso en atención primaria fueron el Mini-Cog, el Memory Impairment Screen (MIS), el AD8 y el Functional Activities Questionnaire (FAQ), diseñadas para ser administradas en menos de 10 minutos (Patnode et al., 2020).

3.2.2. Evaluación multidominio o baterías extensas

Los análisis que se revisaron mostraron que el uso de baterías extensas ayuda a detectar cambios sutiles en la cognición, sobre todo en las primeras etapas del deterioro cognitivo. Se utilizaron exámenes como el California Verbal Learning Test (CVLT), el Trail Making Test (TMT) o la Neuropsychological Test Battery (NTB) para analizar diferentes dominios, mostrando una alta sensibilidad en la detección de déficits en memoria episódica y funciones ejecutivas considerados marcadores tempranos de la enfermedad de Alzheimer (Bondi et al., 2017; Moreno et al., 2025).

Además, la evaluación multidominio mostró mayor predicción que las pruebas individuales. En este sentido, se indicó que la estrategia más efectiva para determinar cómo el deterioro cognitivo leve avanza hacia el Alzheimer es la evaluación de múltiples dominios cognitivos (Summers & Bondi, 2017).

Por otro lado, el seguimiento longitudinal a través de estas baterías ofreció la posibilidad de examinar cómo progresa el deterioro cognitivo. En particular, investigaciones observacionales evidenciaron que los individuos con Alzheimer sufren un deterioro en memoria y lenguaje más acentuado que otros tipos de demencia, lo cual respaldó su utilidad para el seguimiento clínico (Barragan et al., 2025).

3.2.3. Otras herramientas

Además de las pruebas de cribado y las baterías multidominio, los estudios revisados identificaron varias herramientas que proporcionan datos significativos para la evaluación del deterioro cognitivo.

Entre estas, sobresalieron las herramientas enfocadas en síntomas neuropsiquiátricos como el Mild Behavioral Impairment Checklist (MBI-C), que se creó para identificar cambios conductuales tempranos que pueden anticipar el deterioro cognitivo. Este instrumento hace posible detectar estados de riesgo de desarrollar demencia antes de que el deterioro cognitivo sea visible (Ismail et al., 2017).

Además, se utilizaron escalas de valoración global y funcional, como el Clinical Dementia Rating (CDR) o el Functional Activities Questionnaire (FAQ), las cuales posibilitan la evaluación del impacto que tiene la enfermedad en la vida cotidiana y su gravedad (Barragan et al., 2025; Patnode et al., 2020).

Por otro lado, se emplearon pruebas para analizar áreas específicas, como el Digit Span en la atención o el Boston Naming Test en el lenguaje, lo que permitió un estudio más detallado del perfil cognitivo (Barragan et al., 2025).

Por último, algunas investigaciones resaltaron el desarrollo de nuevas herramientas diagnósticas, como los biomarcadores en fluidos periféricos localizables mediante tecnologías poco invasivas que tienen el potencial de mejorar la detección temprana del deterioro cognitivo. Sin embargo, aún se requieren más estudios de investigación (Oh et al., 2022).

3.3. Precisión diagnóstica de las pruebas

Las pruebas de cribado, en términos generales demostraron ser muy precisas a la hora de detectar demencia en contextos clínicos. Por ejemplo el Mini-Mental State Examination (MMSE) mostró una sensibilidad y especificidad combinadas de 0.89 en atención primaria (Patnode et al., 2020). No obstante, su habilidad para identificar el deterioro cognitivo leve fue menor con una precisión de 0.780 (Pinto et al., 2019).

Por otro lado, el Montreal Cognitive Assessment (MoCA) mostró una sensibilidad más elevada para identificar el deterioro cognitivo leve, logrando un 90% de sensibilidad para DCL y un 100% para la enfermedad de Alzheimer en su etapa inicial (Pinto et al., 2019). Esto lo hace una herramienta más apropiada para la detección temprana .

A pesar de estos hallazgos, varios estudios indicaron que las pruebas individuales tienen restricciones particularmente en individuos con alta reserva cognitiva o en etapas prodrómicas, ya que podrían no identificar modificaciones importantes (Winblad et al., 2016).

En esta línea, los datos mostraron que la precisión diagnóstica se ve mejorada de manera significativa con la evaluación multidominio, lo que eleva la validez y la capacidad predictiva del diagnóstico (Summers & Bondi, 2017).

Asimismo, se hallaron discrepancias entre las autopsias y el diagnóstico clínico, y se consideró que hasta un 20% de los casos podrían estar mal clasificados. Esto evidenció la urgencia de aumentar la precisión del diagnóstico mediante biomarcadores estandarizados y evaluaciones neuropsicológicas más específicas (Winblad et al., 2016).

3.4. Utilidad en el diagnóstico diferencial de demencias

Las investigaciones analizadas mostraron que la enfermedad de Alzheimer tiene gran relación con deficiencias en la memoria episódica, en particular en el recuerdo demorado,

que se considera uno de los indicadores más sensibles en las etapas iniciales de la enfermedad (Bondi et al., 2017).

En cambio, la demencia vascular se distinguió por déficits en la atención y las funciones ejecutivas, lo que justificó el uso más frecuente de instrumentos como el MoCA para su identificación (Skrobot et al., 2017).

Además, otros tipos de demencia y enfermedades tienen características distintas pero pueden actuar como imitadores del Alzheimer. Por eso resultó fundamental diferenciarla de otras dolencias como la degeneración frontotemporal, la demencia por cuerpos de Lewy o la enfermedad cerebrovascular. Asimismo, el análisis longitudinal del deterioro cognitivo resultó ser beneficioso para el diagnóstico diferencial. En este contexto, los enfermos de Alzheimer experimentaron una pérdida más pronunciada en el lenguaje y la memoria que las personas con otros tipos de demencia (Barragan et al., 2025).

3.5. Integración con biomarcadores

Los biomarcadores, como las técnicas de neuroimagen (resonancia magnética y PET) o las concentraciones de tau y beta-amiloide en líquido cefalorraquídeo, posibilitaron la identificación de alteraciones biológicas vinculadas a la enfermedad incluso antes del surgimiento de los síntomas clínicos (Dubois et al., 2021; Jack et al., 2018).

El modelo AT(N) (Amiloide, Tau, Neurodegeneración) representó un progreso importante al establecer una definición biológica de la enfermedad de Alzheimer que se fundamenta en la existencia de biomarcadores concretos, sin importar las condiciones clínicas del paciente. Este sistema clasifica a las personas en función de la evidencia de neurodegeneración (N), además de la acumulación de las proteínas tau (T) y amiloide (A). Facilitó la detección de la enfermedad a nivel biológico en etapas preclínicas, lo cual resulta fundamental para crear ensayos clínicos más precisos (Jack et al., 2018).

Sin embargo, los estudios indicaron que los biomarcadores no son suficientes para un diagnóstico clínico, por lo que es necesaria su combinación con la evaluación neuropsicológica para predecir el desarrollo de la enfermedad con exactitud (Dubois et al., 2021).

Además, los estudios apuntaron a que el uso de biomarcadores en fluidos periféricos como lágrimas, saliva o sangre y de biosensores de aptámeros, podría hacer más fácil la detección de la enfermedad y frenar su progreso ya que son métodos más económicos, precisos y menos invasivos (Barragan et al., 2025; Oh et al., 2022).

4. Discusión y Conclusiones

4.1. Discusión

A partir de los resultados obtenidos, se pueden extraer varias líneas de discusión relevantes.

4.1.1. Comparación de la eficacia de diferentes pruebas neuropsicológicas

En primer lugar, los hallazgos evidenciaron diferencias de eficacia entre las distintas herramientas neuropsicológicas. Las pruebas de cribado breve como el Mini-Mental State Examination (MMSE) y el Montreal Cognitive Assessment (MoCA) demostraron ser útiles en el contexto clínico, especialmente en atención primaria (Patnode et al., 2020).

El MMSE demostró tener buena precisión para la detección de demencia en etapas moderadas o avanzadas, pero una menor sensibilidad para identificar el deterioro cognitivo leve, lo que limita su utilidad en la detección temprana. El MoCA mostró mayor sensibilidad para detectar alteraciones cognitivas sutiles como deterioro en funciones ejecutivas y atención, por lo que es una herramienta más apropiada para las etapas iniciales de la enfermedad de Alzheimer, para el DCL y la demencia vascular (Pinto et al., 2019).

Sin embargo, la evidencia revisada indica que ninguna prueba aislada es suficiente para dar un diagnóstico preciso en todas las etapas del deterioro cognitivo (Winblad et al., 2016). En este sentido, las baterías de evaluación multidominio demostraron una mayor capacidad diagnóstica al permitir un análisis más completo del perfil cognitivo (Bondi et al., 2017; Summers & Bondi, 2017). Estas herramientas son especialmente útiles para detectar déficits específicos y predecir la progresión del deterioro cognitivo leve hacia la demencia (Summers & Bondi, 2017).

4.1.2. Limitaciones de los estudios actuales

Los estudios revisados presentaron diversas limitaciones que se tuvieron en cuenta al interpretar los resultados. En primer lugar, una importante heterogeneidad metodológica entre los estudios, tanto en el diseño de los mismos, como en las herramientas neuropsicológicas empleadas. Esta variabilidad dificultó comparar directamente los resultados.

Además, una buena parte de los estudios incluidos consistieron en revisiones sistemáticas, metaanálisis o documentos de consenso, lo que supuso basarse en investigaciones previas que también podían arrastrar sesgos. Por otro lado, algunos trabajos no contaron con

muestras verdaderamente representativas. Esto sucedió, por ejemplo, en estudios realizados sobre poblaciones con un nivel educativo mayoritariamente alto o pertenecientes a contextos socioculturales muy concretos con acceso frecuente a recursos sanitarios, lo que redujo la validez de los hallazgos (Barragan et al., 2025).

Otra de las limitaciones importantes fue la escasa sensibilidad de algunas pruebas de cribado a etapas tempranas del deterioro cognitivo o en personas con alta reserva cognitiva, lo cual pudo originar errores en el diagnóstico precoz (Patnode et al., 2020; Winblad et al., 2016). Aunque se señaló la utilidad de combinar biomarcadores con la evaluación neuropsicológica, el uso de biomarcadores en fluidos periféricos aún requiere investigación. (Barragan et al., 2025).

4.1.3. Aplicabilidad clínica y recomendaciones para la práctica

Los descubrimientos de este análisis tienen grandes implicaciones en la práctica clínica. En primer lugar, se corroboró que las pruebas de cribado como el MMSE y el MoCA son instrumentos que contribuyen adecuadamente a hacer una detección inicial del deterioro cognitivo, sobre todo en los contextos de atención primaria. No obstante, se aconsejó una utilización prioritaria del MoCA dada su mayor sensibilidad en las fases más iniciales (Pinto et al., 2019).

En segundo lugar, los resultados apuntaron a que la evaluación neuropsicológica no debía basarse en un único test sino en un enfoque multidimensional que incluyera la valoración de múltiples dominios cognitivos. Este enfoque mejora la precisión y diferenciación entre tipos de demencia (Bondi et al., 2017; Summers & Bondi, 2017).

Al mismo tiempo, se resaltó la importancia del seguimiento longitudinal del paciente, dado que la evolución del rendimiento cognitivo nos aporta una información fundamental en el diagnóstico diferencial. En este sentido, la aplicación de escalas funcionales y de gravedad como el CDR es muy importante, pues permite la puntuación del deterioro en la vida cotidiana de la persona (Barragan et al., 2025).

Por último, se sugirió incorporar de forma progresiva el uso de biomarcadores en la evaluación clínica, con el fin de mejorar la precisión del diagnóstico. Aunque, se debe implementar de forma complementaria con la evaluación neuropsicológica (Dubois et al., 2021).

4.1.4. Propuestas para futuras investigaciones

A partir de las limitaciones identificadas, se plantean diversas líneas de investigación futura. En primer lugar, es necesario desarrollar herramientas neuropsicológicas más sensibles y específicas para la detección del deterioro cognitivo en fases preclínicas.

De igual forma, se necesita una mayor estandarización de los protocolos de evaluación neuropsicológica, lo cual mejoraría la comparabilidad entre estudios y permitiría una aplicación más sencilla en distintos contextos clínicos.

Otra línea relevante es la investigación sobre la integración de biomarcadores y evaluación neuropsicológica, para establecer modelos diagnósticos más precisos, económicos y menos invasivos. En este sentido, una vía prometedora es el desarrollo de biomarcadores mínimamente invasivos en fluidos periféricos, área que aún requiere de más investigación.

Además, sería positivo fomentar estudios longitudinales con muestras amplias y representativas que permitan analizar la evolución del deterioro cognitivo y mejorar la predicción de la progresión desde el deterioro cognitivo leve hacia la demencia.

Finalmente, se recomienda que las investigaciones futuras se enfoquen en estudiar la influencia de variables como la reserva cognitiva, el nivel educativo y los factores socioculturales en la evaluación neuropsicológica con el objetivo de diseñar instrumentos más adecuados a la diversidad de la población.

4.2. Conclusiones

El presente trabajo ha permitido analizar el papel de la neuropsicología en la evaluación del deterioro cognitivo y las demencias, cumpliendo los objetivos planteados. Se identificaron diferentes herramientas neuropsicológicas, como pruebas de cribado y baterías multidominio (Bondi et al., 2017; Moreno et al., 2025). Los resultados mostraron que la precisión diagnóstica depende del instrumento utilizado y de la fase del deterioro cognitivo. Mientras el MMSE resulta más útil en fases avanzadas, el MoCA presenta mayor sensibilidad para detectar el deterioro en etapas tempranas (Pinto et al., 2019; Patnode et al., 2020).

La evidencia confirmó que la evaluación neuropsicológica es fundamental para el diagnóstico diferencial entre distintos tipos de demencia, ya que permite identificar características cognitivas propias de cada enfermedad (Bondi et al., 2017; Skrobot et al., 2017). También se observó que la integración con biomarcadores mejora la precisión diagnóstica y favorece la detección precoz del deterioro cognitivo (Jack et al., 2018; Dubois et al., 2021).

En conclusión, esta revisión confirma la utilidad clínica de la neuropsicología en la detección precoz, diagnóstico diferencial y seguimiento del deterioro cognitivo. Sin embargo, persisten limitaciones importantes, como la falta de estandarización y la menor sensibilidad de algunas pruebas en fases preclínicas o en personas con alta reserva cognitiva. Estos resultados refuerzan la necesidad de desarrollar modelos de evaluación más integrados que combinen pruebas neuropsicológicas y biomarcadores para mejorar la precisión diagnóstica en etapas tempranas. Así como, investigaciones futuras dirigidas a la elaboración de herramientas más sensibles y adaptadas a los diferentes contextos socioculturales.



5. Referencias Bibliográficas

- Alzola, P., Carnero, C., Bermejo-Pareja, F., Sánchez-Benavides, G., Peña-Casanova, J., Puertas-Martín, V., Fernández-Calvo, B., & Contador, I. (2024). Neuropsychological assessment for early detection and diagnosis of dementia: current knowledge and new insights. *Journal of clinical medicine*, 13(12), 3442. <https://doi.org/10.3390/jcm13123442>
- Barragan, C. J., Beyene, K. M., Decourt, B., & Sabbagh, M. N. (2025). Cognitive trajectory in Alzheimer disease and clinical mimics: a retrospective observational study. *Neurology Open Access*, 1(3), e000034. <https://www.neurology.org/doi/full/10.1212/WN9.0000000000000034>
- Bondi, M. W., Edmonds, E. C., & Salmon, D. P. (2017). Alzheimer's disease: past, present, and future. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23(9-10), 818-831. <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-the-international-neuropsychological-society/article/abs/alzheimers-disease-past-present-and-future/CADE64BC767EC CCF0062AA9D0573A81B>
- Cavanagh, L., & Paulsen, J. S. (2024). Neuropsychology and vascular cognitive impairment and dementia. *Neurologic clinics*, 42(4), 809–820. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2024.05.006>
- Di Pucchio, A., Vanacore, N., Marzolini, F., Lacorte, E., Di Fiandra, T., I-DemObs Group, & Gasparini, M. (2018). Use of neuropsychological tests for the diagnosis of dementia: a survey of Italian memory clinics. *BMJ open*, 8(3), e017847. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017847>
- Dubois, B., Villain, N., Frisoni, G. B., Rabinovici, G. D., Sabbagh, M., Cappa, S., ... & Feldman, H. H. (2021). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: recommendations of the International Working Group. *The Lancet Neurology*, 20(6), 484-496. [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(21\)00066-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(21)00066-1/abstract)
- Hardy, J., & De Strooper, B. (2017). Alzheimer's disease: where next for anti-amyloid therapies?. *Brain*, 140(4), 853-855. <https://academic.oup.com/brain/article/140/4/853/3090930?questAccessKey=>

- Ismail, Z., Agüera-Ortiz, L., Brodaty, H., Cieslak, A., Cummings, J., Fischer, C. E., ... & NPS Professional Interest Area of the International Society of to Advance Alzheimer's Research and Treatment (NPS-PIA of ISTAART). (2017). The Mild Behavioral Impairment Checklist (MBI-C): a rating scale for neuropsychiatric symptoms in pre-dementia populations. *Journal of Alzheimer's disease*, 56(3), 929-938. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3233/JAD-160979>
- Jack Jr, C. R., Bennett, D. A., Blennow, K., Carrillo, M. C., Dunn, B., Haeberlein, S. B., ... & Silverberg, N. (2018). NIA-AA research framework: toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia*, 14(4), 535-562. <https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.jalz.2018.02.018>
- Jessen, F., Amariglio, R. E., Buckley, R. F., van der Flier, W. M., Han, Y., Molinuevo, J. L., ... & Wagner, M. (2020). The characterisation of subjective cognitive decline. *The Lancet Neurology*, 19(3), 271-278. [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(19\)30368-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(19)30368-0/fulltext)
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., ... & Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The lancet*, 404(10452), 572-628. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01296-0/abstract?_fsi=0YzsSmVe](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01296-0/abstract?_fsi=0YzsSmVe)
- Moreno, M. G., Cuadrado, C. T., Palomo, M. M., Alvarez, A. D., Ortiz, M. E., Ribas, G. G., ... & Campos, A. V. (2025). Documento de consenso de la Sociedad Española de Neurología sobre prevención del deterioro cognitivo y la demencia. *Neurología*, 501918. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348532500074X>
- Naeem, F., McCleery, J., Hietamies, T. M., Ismail, F. A., Clinton, S., O'Mahony, A., ... & Quinn, T. J. (2024). Diagnostic test accuracy of self-administered cognitive assessment tools for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013725.pub2/full>

- Oh, I. H., Shin, W. R., Ahn, J., Lee, J. P., Min, J., Ahn, J. Y., & Kim, Y. H. (2022). The present and future of minimally invasive methods for Alzheimer's disease diagnosis. *Toxicology and Environmental Health Sciences*, 14(4), 309-318. <https://link.springer.com/article/10.1007/s13530-022-00144-7>
- Patnode, C. D., Perdue, L. A., Rossom, R. C., Rushkin, M. C., Redmond, N., Thomas, R. G., & Lin, J. S. (2020). Screening for cognitive impairment in older adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 323(8), 764-785. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761650>
- Petersen, R. C. (2016). Mild cognitive impairment. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 22(2 Dementia), 404-418. <https://europepmc.org/article/med/27042901>
- Pinto, T. C., Machado, L., Bulgacov, T. M., Rodrigues-Júnior, A. L., Costa, M. L., Ximenes, R. C., & Sougey, E. B. (2019). Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) in the detection of mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer's Disease (AD) in the elderly?. *International psychogeriatrics*, 31(4), 491-504. [https://www.intpsychogeriatrics.org/article/S1041-6102\(24\)01944-6/fulltext](https://www.intpsychogeriatrics.org/article/S1041-6102(24)01944-6/fulltext)
- Skrobot, O. A., O'Brien, J., Black, S., Chen, C., DeCarli, C., Erkinjuntti, T., ... & Ben-Shlomo, Y. (2017). The vascular impairment of cognition classification consensus study. *Alzheimer's & Dementia*, 13(6), 624-633. <https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.jalz.2016.10.007>
- Stern, Y., Arenaza-Urquijo, E. M., Bartrés-Faz, D., Belleville, S., Cantilon, M., Chetelat, G., ... Vemuri, P. (2020). Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. *Alzheimer's & Dementia*, 16(9), 1305-1311. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30222945/>
- Summers, M. J., & Bondi, M. W. (2017). Editorial introduction to the special issue on neuropsychological assessment in aging. *Neuropsychology Review*, 27(4), 303-304. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11065-017-9364-2>
- Weintraub, S. (2022). Neuropsychological assessment in dementia diagnosis. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 28(3), 781-799. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001135>

Winblad, B., Amouyel, P., Andrieu, S., Ballard, C., Brayne, C., Brodaty, H., ... & Zetterberg, H. (2016). Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *The Lancet Neurology*, 15(5), 455-532. [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(16\)00062-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(16)00062-4/abstract)

