



CÓMO CITAR

Esquivel-Tamayo JA. Brechas en el cribado del deterioro cognitivo en la atención primaria de salud. Rev Méd Electrón [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso];48:e6870. Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6870/6548>

*** Autor para correspondencia:**

julioantesquivel@gmail.com

Revisores:

Silvio Faustino Soler-Cárdenas
y Annia Esther Vizcaino-Escobar.

Palabras clave:

disfunción cognitiva; factores de riesgo; pruebas de estado mental y demencia; pruebas neuropsicológicas

Key words:

cognitive dysfunction; risk factors; mental status and dementia test; neuropsychological test

Recibido: 23/08/2025.

Aceptado: 14/03/2026.

Publicado: 06/05/2026.

Artículo de Investigación

Brechas en el cribado del deterioro cognitivo en la atención primaria de salud

Gaps in Cognitive Impairment Screening in Primary Health Care

Julio Antonio Esquivel-Tamayo^{1*}  <http://orcid.org/0000-0002-8723-3733>

Afiliación:

¹ Policlínico Docente Manuel Fajardo Rivero. Las Tunas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: Los médicos de la atención primaria son el eslabón fundamental para detectar los trastornos neurocognitivos; sin embargo, se realiza un cribado deficiente.

Objetivo: Identificar las brechas en el cribado del deterioro cognitivo que realizan médicos de la atención primaria.

Métodos: Estudio observacional analítico transversal, con un cuestionario virtual, aplicado a 66 médicos del Policlínico Docente Manuel Fajardo Rivero, de Las Tunas, del 1 de abril al 30 de junio de 2025. Se realizó el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, análisis de modas y medias, y evaluación de asociaciones mediante las pruebas de Fisher o de Chi-cuadrado de Pearson.



Resultados: El 100 % interactuó con pacientes que presentaron declives cognitivos y factores de riesgo. Los especialistas expresaron haber realizado el cribado del deterioro cognitivo y haber recibido adiestramiento con mayores frecuencias porcentuales. Mini-Mental State Examination (MMSE) fue el más usado por ellos, mientras Montreal Cognitive Assessment (MoCA) y Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised por residentes. Estos manifestaron dominio de los criterios diagnósticos con mayor frecuencia porcentual. Los médicos de familia expresaron haber realizado el cribado con menor frecuencia porcentual y mayor dominio de los criterios diagnósticos, aunque con menor frecuencia porcentual. Se encontró asociación significativa entre cribado, adiestramiento, y las pruebas neurocognitivas aplicadas MMSE y MoCA con la especialidad.

Conclusiones: El adiestramiento, el dominio de los criterios diagnósticos y el cribado del deterioro cognitivo por parte de los médicos de la atención primaria son insuficientes. Se hace necesaria una capacitación amplia para hacer extensivo el cribado y eliminar sus brechas.

ABSTRACT

Introduction: Primary care physicians are the fundamental link in detecting neurocognitive disorders; however, screening is poorly performed.

Objective: To identify gaps in cognitive impairment screening performed by primary care physicians.

Methods: A cross-sectional, analytical, observational study was conducted using a virtual questionnaire, administered to 66 physicians at the Teaching Polyclinic Manuel Fajardo Rivero in the municipality and province of Las Tunas, Cuba, from April 1 to June 30, 2025. Absolute and relative frequencies were calculated, modes and means were analyzed, and associations were evaluated using Fisher's test or Pearson's chi-square test.

Results: 100 % interacted with patients who presented cognitive decline and risk factors. Specialists reported having performed cognitive impairment screening and received training with higher percentage frequencies. Mini-Mental State Examination (MMSE) was the most used by them, while Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) by residents. These reported mastery of the diagnostic criteria at a higher percentage frequency. Family physicians reported having performed screening at a lower percentage frequency and greater mastery of the diagnostic criteria, although at a lower percentage frequency. A significant association was found between screening, training, and applied neurocognitive tests (MMSE and MoCA), with the specialty.

Conclusions: Training, mastery of diagnostic criteria, and screening for cognitive impairment by primary care physicians are insufficient. Extensive training is needed to expand screening and eliminate its gaps.

INTRODUCCIÓN

En muchas ocasiones, el diagnóstico del deterioro cognitivo (DC) se realiza de forma tardía, debido, entre otros factores, a largos tiempos de espera, estigma o baja capacidad diagnóstica, lo que lo convierte en un desafío global.^(1,2)

El diagnóstico temprano permite la evaluación de causas reversibles, mejorar la atención de comorbilidades, guiar la selección de tratamientos adecuados, identificar las necesidades de apoyo social, la planificación de la familia y de la propia persona. Aquellos pacientes que son diagnosticados en estadios iniciales tienen oportunidades de participar en la investigación de nuevos tratamientos. La mejora de la capacidad diagnóstica, la utilización de biomarcadores y tratamientos farmacológicos emergentes permitirán retardar el curso de la enfermedad, al actuar sobre el proceso fisiopatológico subyacente.⁽²⁻⁴⁾

Mayormente, un familiar o cuidador es quien informa al médico sobre su preocupación por la disminución en la funcionalidad del paciente, porque este frecuentemente no es consciente de su deterioro. No obstante, muchas de las observaciones realizadas por el familiar son poco claras, por lo que el médico debe documentar de manera objetiva el deterioro de la actividad mental por medio de una prueba neurocognitiva (PNC),⁽⁵⁾ que no requerirá, por lo general, de entrenamiento especializado, pero sí la evaluación del historial médico completo de los pacientes, un examen físico exhaustivo y exámenes auxiliares.^(6,7)

Entre las pruebas que gozan de popularidad en el ámbito médico, se encuentran: Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R), Mini-Mental State Examination (MMSE, Minimental) y Montreal Cognitive Assessment (MoCA).^(8,9) Si bien durante muchos años el Minimental fue el recurso de elección para la exploración cognitiva breve en el adulto mayor, cada vez son menos los argumentos que justifican su empleo.⁽¹⁰⁾

La selección de pruebas cognitivas constituye un desafío para que sea sensible y específica en el diagnóstico diferencial,^(6,11) y es fundamental contar con evidencia de sus propiedades psicométricas, para luego estimar su valor diagnóstico.^(12,13) El "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (DSM-5) no propone puntuaciones específicas de las pruebas para diagnosticar trastornos neurocognitivos leves (TNC); sin embargo, se expresa que dichas puntuaciones ayudarían a realizar este diagnóstico.^(14,15)

Los médicos de la Atención Primaria de Salud (APS) son el eslabón fundamental para detectar los TNC, al constituir la puerta de entrada de los pacientes y su

familia al sistema de salud. Sin embargo, solo a un tercio de las personas mayores se les realiza el cribado.⁽¹⁶⁾

Resulta necesaria la identificación de las insuficiencias de conocimientos de los facultativos sobre los instrumentos de tamizaje y los criterios diagnósticos actualizados del DC en una institución de APS en Cuba, para analizar su relación con el estado actual del cribado, por lo que la presente investigación se realizó con el objetivo de identificar las brechas en el cribado del DC que realizan médicos de la APS.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal, a través de un cuestionario virtual, a médicos del Policlínico Docente Manuel Fajardo Rivero, del municipio Las Tunas y provincia homónima, durante el 1 de abril al 30 de junio de 2025.

Fueron incluidos aquellos médicos, de ambos sexos, que se encontraban activos en su labor asistencial directa como parte de los grupos básicos de trabajo (Medicina Familiar, Medicina Interna) o de las consultas externas (Neurología, Psiquiatría), y que completaron el "Cuestionario para evaluar conocimientos de médicos sobre DC y enfermedad de Alzheimer (DCEA-25)" disponible en línea.⁽¹⁷⁾ El mismo fue diseñado por el autor de esta investigación por medio del *software* Formularios de Google, para recolectar los datos. Los médicos expresaron su voluntad de participar en el estudio a través del propio instrumento.

Se excluyeron los profesionales que no estaban vinculados a la asistencia médica directa, por la índole de su labor (metodólogos, jefes de departamentos, de grupos básicos de trabajo o programas de salud, y demás cargos de dirección).

Finalmente, la muestra no probabilística la integraron 66 médicos. Se estudiaron las siguientes variables:

- Edad (en años cumplidos al momento de contestar el cuestionario, cuantitativa continua).
- Sexo (sexo biológico, cualitativa nominal dicotómica): masculino, femenino.
- Tipo de médico (si al momento de completar el cuestionario es residente o especialista; cualitativa ordinal): residente, especialista.
- Especialidad (especialidad en la cual desarrolla su labor asistencial al momento de completar el cuestionario como residente o especialista; cualitativa nominal politómica): Medicina Familiar, Medicina Interna, Neurología, Psiquiatría.
- Pacientes con declives cognitivos (si en su labor asistencial interactuó con pacientes con declive en uno o más dominios cognitivos, observable subjetivamente, y que no interfiere con la capacidad del individuo para realizar actividades diarias de forma independiente en algunos casos, ni se debió a afecciones psiquiátricas, que constituyen criterios diagnósticos del

- deterioro cognitivo leve (DCL) según el DSM-5;⁽¹⁵⁾ cualitativa nominal dicotómica): sí, no.
- Pacientes en riesgo (si en su labor asistencial interactuó con pacientes con más de 45 años, con factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer descritos en una revisión sistemática:⁽¹⁸⁾ edad avanzada, bajo nivel educacional, inactividad física, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, depresión, pérdida o disminución de la audición, aislamiento social y los traumas craneales; cualitativa nominal dicotómica): sí, no.
 - Cribado (si en su labor asistencial empleó alguna PNC en el transcurso de los últimos doce meses; cualitativa nominal dicotómica): sí, no.
 - Adiestramiento (si recibió entrenamiento o capacitación para aplicar PNC; cualitativa nominal dicotómica): sí, no.
 - PNC (prueba que empleó en su labor asistencial; se seleccionaron las más empleadas;^(8,9) cualitativa nominal politómica): MMSE, MoCA, ACE-R.
 - Dominio de criterios (si conoce a plenitud los criterios para el diagnóstico de los trastornos neurocognitivos descritos en el DSM-5;⁽¹⁵⁾ cualitativa nominal dicotómica): sí, no.

Cada sujeto accedió de forma gratuita al cuestionario en línea, por medio del URL facilitado por el autor a través de WhatsApp o correo electrónico, y respondió una única vez y de forma confidencial. Ningún participante tuvo acceso a las respuestas de otros médicos, pero sí a una copia de sus propias respuestas en formato PDF, enviadas a través del correo electrónico. El control de sesgos se realizó en la recolección de información con el empleo de un cuestionario de datos preciso y uniforme.

Los datos obtenidos se procesaron en el *software* Statistical Package for the Social Sciences versión 25 para Windows. La base de datos confeccionada permitió el procesamiento estadístico mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, y el análisis de modas y medias. Se evaluó la asociación entre dos respuestas categóricas de algunas de las variables estudiadas, para lo cual se empleó la prueba de Fisher en caso de que más del 20 % de las celdas presentaran frecuencias esperadas menores de 5, y la prueba de Chi-cuadrado de Pearson en caso contrario. Se trabajó con una confiabilidad del 95 %.

Se cumplió con las normas éticas de la Declaración de Helsinki.⁽¹⁹⁾ El estudio fue aprobado por el Consejo Científico y el Comité de Ética de Investigación del Policlínico Docente Manuel Fajardo Rivero. Todos los participantes manifestaron su disposición a participar en la investigación mediante consentimiento informado.

RESULTADOS

Se estudiaron 66 médicos, con una mediana de 29 años, una media de 35 años (desviación estandar de 11 años) y un predominio del sexo femenino

(44; 66,66 %). Como se muestra en la tabla 1, el grupo de edades de 24-33 años incluyó un mayor número de médicos, en ambos sexos.

Tabla 1. Distribución de participantes en el estudio por sexo y grupos de edades

Sexo	Grupos de edades							
	24-33		34-43		44-53		54-62	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	16	38,09	2	50	2	14,28	2	33,33
Femenino	26	61,90	2	50	12	85,71	4	66,66
Total	42	63,63	4	6,06	14	21,21	6	9,09

El 100 % de los participantes informó que en su labor asistencial interactuó con pacientes con declives cognitivos y pacientes con más de 45 años con factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer.

Como se muestra en la tabla 2, los médicos especialistas expresaron haber realizado el cribado del DC y haber recibido adiestramiento para ello, con mayores frecuencias porcentuales que los residentes. En el caso de la aplicación de PNC en el cribado, MMSE fue más usado por especialistas, mientras que MoCA y ACE-R por residentes. En cuanto al dominio de los criterios diagnósticos de DCL, los residentes lo manifestaron en menor cuantía que los especialistas, aunque con mayor frecuencia porcentual. No se encontró asociación significativa entre el cribado, el adiestramiento, las PNC aplicadas y el dominio de criterios diagnósticos con el tipo de médico.

Tabla 2. Relación entre el cribado, el adiestramiento, las pruebas neurocognitivas aplicadas y el dominio de criterios con el tipo de médico

Variables		Tipo de médico				p	
		Residente		Especialista			
		No.	%	No.	%		
Cribado	Sí	4	14,28	14	36,84	0,053*	
	No	24	85,72	24	63,6		
Adiestramiento	Sí	4	14,28	8	21,05	0,536*	
	No	24	85,72	30	78,95		
PNC	MMSE	Sí	4	14,28	8	21,05	0,536*
		No	24	85,72	30	78,95	
	MoCA	Sí	4	14,28	2	5,26	0,388*
		No	24	85,72	36	94,74	
	ACE-R	Sí	2	7,14	-	-	0,176*
		No	26	92,86	38	100	
Dominio de criterios	Sí	8	28,57	10	26,32	0,8389**	
	No	20	71,43	28	73,68		

PNC: prueba neurocognitiva, MMSE: Mini-Mental Statement Examination, MoCA: Montreal Cognitive Assessment, ACE-R: Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised, p: nivel de significación, *prueba de Fisher, **prueba de Chi-cuadrado de Pearson

Los médicos de medicina familiar expresaron haber realizado el cribado del DC en mayor número que los de las demás especialidades, pero con menor frecuencia porcentual. En el caso del adiestramiento, fue reportado en igual número, pero con mayor frecuencia porcentual para los médicos de otras especialidades.

En cuanto a la aplicación de PNC en el cribado, MMSE y ACE-R fueron más usados por médicos de familia, mientras que MoCA por médicos de otras especialidades. Los médicos de familia manifestaron dominio de los criterios diagnósticos de DCL el doble de veces que los médicos de otras especialidades, aunque con menor frecuencia porcentual. Se encontró asociación significativa entre el cribado, el adiestramiento y las PNC aplicadas MMSE y MoCA con la especialidad; no así en el caso de la prueba ACE-R y el dominio de criterios, con la especialidad. (Tabla 3)

Tabla 3. Relación entre el cribado, el adiestramiento, las pruebas neurocognitivas aplicadas y el dominio de criterios, con la especialidad

Variables		Especialidades				p	
		Medicina Familiar		Medicina Interna, Neurología o Psiquiatría			
		No.	%	No.	%		
Cribado	Sí	10	18,52	8	66,66	0,001*	
	No	44	81,48	4	33,33		
Adiestramiento	Sí	6	11,11	6	50	0,001*	
	No	48	88,89	6	50		
PNC	MMSE	Sí	10	18,52	8	66,66	0,001*
		No	44	81,48	4	33,33	
	MoCA	Sí	2	3,7	4	33,33	0,008*
		No	52	96,3	8	66,66	
	ACE-R	Sí	2	3,7	-	-	1,000*
		No	52	96,3	12	100	
Dominio de criterios	Sí	12	22,22	6	50	0,050*	
	No	42	77,78	6	50		

p: nivel de significación; *prueba de Fisher; **prueba Chi-cuadrado de Pearson

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio confirman que el cribado del DCL, el adiestramiento para aplicar PNC y el dominio de los criterios diagnósticos por parte de los médicos que laboran en la APS son insuficientes, y existe una asociación entre el adiestramiento y el cribado con el tipo de especialidad.

Si bien un estudio identificó que los médicos tienen cada vez más presión de tiempo en consultorios con mucha actividad, y el tiempo dedicado a la evaluación cognitiva formal deja menos tiempo para abordar otros problemas de salud importantes,⁽²⁰⁾ la totalidad de participantes del presente estudio reconoció que en su labor asistencial interactuó con pacientes con declives cognitivos, y pacientes con más de 45 años con factores de riesgo de la enfermedad de

Alzheimer; problemas de salud frecuentes en la APS, por lo que tuvieron dos elementos importantes para sospechar de DC y corroborarlo con una PNC: la sintomatología y los factores de riesgo.

El cribado y el adiestramiento se asociaron con el tipo de especialidad en esta investigación, por lo que un cribado bajo en la APS se debió a una baja capacitación de los médicos de familia.

Tanto el adiestramiento como el dominio de los criterios diagnósticos fueron bajos, lo que reduce las habilidades para detectar precozmente los TNC y, por consiguiente, incrementa las etapas avanzadas y sus complicaciones. La capacitación inadecuada en DCL y demencia es una barrera histórica para la identificación de DCL en médicos de la APS. La investigación preliminar ha demostrado que los médicos podrían confundir el DCL con la demencia.^(21,22)

Respecto al nivel de conocimiento de los profesionales de APS sobre las demencias en un estudio,⁽²³⁾ se evidenció que existe un nivel insuficiente de conocimiento (62,4 %), y el 78,1 % de los participantes autopercebió sus conocimientos como insuficientes. Este estudio concluyó que al considerar la salud primaria como el área que tiene mayor responsabilidad en los indicios de enfermedades, el nivel de conocimiento sobre las demencias cobra un rol fundamental para dar cumplimiento con las políticas públicas internacionales y nacionales, que favorecen derivación y tratamiento oportuno.

Un estudio cubano⁽²⁴⁾ dio cuenta de que el 64,7 % de los estudiantes de medicina manifestaron no tener las habilidades necesarias para diagnosticar DC y, por ende, no sentirse preparados para la pesquisa de las demencias. La falta de formación desde el pregrado en temáticas relativas a la gerontología es un factor causante del déficit de conocimientos sobre las demencias, su prevención, su pesquisa temprana y lo que lleva asociado para un diagnóstico oportuno y adecuado.⁽²⁵⁾

Se requiere la inclusión de estos temas en los planes de estudios del pregrado, y no solo en asignaturas afines como Propedéutica, Medicina Interna y Psiquiatría, sino en materias donde sea posible establecer relaciones con otras enfermedades y extender el diagnóstico a especialidades donde no es tan frecuente.

Si bien el MMSE fue la prueba más empleada en esta investigación, que además constituye el recurso de elección históricamente para la evaluación cognitiva breve en adulto mayores, cada vez son menos los elementos que justifican su uso,⁽¹⁰⁾ y se requiere un adiestramiento amplio sobre otras PNC más precisas y actualizadas, atemperadas a las características de los contextos clínicos actuales.

En una investigación cualitativa con internistas, cardiólogos y neurólogos de tres centros médicos,⁽²⁶⁾ se identificó una comprensión insuficiente de la distinción

entre DCL y demencia; y la variación en los enfoques médicos para identificar si una persona padece DCL. Algunos participantes informaron que identifican rutinariamente el DCL mediante métodos informales, en lugar de métodos formales. Los participantes también consideraron que los médicos de su especialidad a menudo equiparan o confunden el DCL con la demencia porque no reciben la formación adecuada en DCL y demencia en el pregrado y la residencia.

Otros estudios⁽²⁷⁻²⁹⁾ identifican como principales barreras para el cribado del TNC en APS la aparición insidiosa del DC, la tendencia a "normalizarlo" educadamente en pacientes mayores y la falta de un mandato claro para el cribado. A esto se suma el ritmo acelerado de las visitas de la APS, ya saturadas con las demandas rutinarias de monitorización y documentación. Una tercera barrera es la falta de formación y familiaridad con las herramientas de cribado y los recursos de derivación.

Esta investigación tuvo un tamaño muestral relativamente pequeño y analizó un área de salud particular, comparado con el número de médicos que trabajan en la APS y en otros contextos de diversas características, por lo que se requieren estudios con mayor cantidad de participantes, de preferencia multicéntrico, para permitir un análisis con resultados más generalizables.

Se concluye que el adiestramiento para aplicar pruebas neurocognitivas, el dominio de los criterios diagnósticos y el cribado del DC por parte de los médicos que laboran en la APS son insuficientes. Se encontró una asociación del adiestramiento y el cribado con el tipo de especialidad. Por lo tanto, se hace necesaria una capacitación amplia para los médicos que laboran en ese nivel, sean residentes, especialistas de Medicina Familiar u otra especialidad, con el fin de hacer extensivo el cribado y eliminar sus brechas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gauthier S, Rosa-Neto P, Morais JA, et al. World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia [Internet]. London: Alzheimer's Disease International; 2021 [citado 04/04/2025]. Disponible en: <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2021.pdf>
2. Parra M, Baez S, Allegri R, et al. Dementia in Latin America assessing the present and envisioning the future. *Neurology*. 2018;90(5):222-31. DOI: 10.1212/WNL.0000000000004897.
3. Llibre Rodríguez JJ, Gutiérrez Herrera RF, Zayas Llerena T, et al. Barreras que limitan el diagnóstico de la demencia en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2024 [citado 04/02/2025];50:e18125. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/18125>



4. Llibre-Rodríguez JJ, Valhuerdi-Cepero A, López-Medina AM, et al. Cuba's Aging and Alzheimer Longitudinal Study. MEDICC Rev [Internet]. 2017 [citado 04/02/2025];19(1):31-5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4375/437549486006.pdf>
5. Choreño-Parra JA, De la Rosa-Arredondo T, Guadarrama-Ortíz P. Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. Med Int Méx. 2020;36(6):807-24. DOI: 10.24245/mim.v36i6.3203.
6. Leonel Tavares JW, Braga Neto P, de Carvalho-Bonfadini J, et al. Clinical characteristics and diagnostic accuracy of the revised Addenbrooke Cognitive Examination (ACE-R) in older adults with a low educational level. J Bras Psiquiatr. 2021;70(1). DOI: 10.1590/0047-2085000000310.
7. Mimenza-Alvarado AJ, Bombón-Albán P, Duarte-Flores JO, et al. Five-Word Test, screening of mixed dementia in older adults. Validation study. Rev Colomb Psiquiatr. 2021;S0034-7450(21)00085-8. DOI: 10.1016/j.rcp.2021.04.009.
8. Potts C, Richardson J, Bond RB, et al. Reliability of Addenbrooke's Cognitive Examination III in differentiating between dementia, mild cognitive impairment and older adults who have not reported cognitive problems. Eur J Ageing. 2021;19(3):495-507. DOI: 10.1007/s10433-021-00652-4.
9. Qassem T, Khater MS, Emara T, et al. Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination-III in Mild Cognitive Impairment in Arabic Speakers in Egypt. Dement Geriatr Cogn Disord. 2020;49(4):418-22. DOI: 10.1159/000510952.
10. Broche-Pérez Y. Alternativas instrumentales para la exploración cognitiva breve del adulto mayor: más allá del Minimental Test. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 [citado 04/02/2025];33(2). Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/343>
11. Bombón-Albán PE, Campoverde-Pineda EG, Medina-Carrillo MA. Revisión de las pruebas cognitivas breves para pacientes con sospecha de demencia. Acta Neurol Colomb [Internet]. 2022 [citado 04/02/2025];38(2):98-105. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87482022000300098&script=sci_abstract&tlng=es
12. Custodio N, Duque L, Montesinos R, et al. Systematic Review of the Diagnostic Validity Of Brief Cognitive Screenings for Early Dementia Detection in Spanish-Speaking Adults in Latin America. Front Aging Neurosci. 2020;12:270. DOI: 10.3389/fnagi.2020.00270.



13. Cancino M, Rehbein L, Gómez-Pérez D, et al. Evaluación de funcionamiento cognitivo en adultos: Análisis y contrastación de tres de los instrumentos de mayor divulgación en Chile. *Rev Med Chile*. 2020;148(4):452-8. DOI: 10.4067/s0034-98872020000400452.
14. Anand S, Schoo C. Mild Cognitive Impairment [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 04/04/2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599514/>
15. American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) [Internet]. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2016 [citado 04/02/2025]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
16. Alzheimer's Disease International. Informe Mundial sobre el Alzheimer 2019: Actitudes hacia la demencia [Internet]. London: Alzheimer's Disease International; 2019 [citado 04/02/2025]. Disponible en: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2019/>
17. Esquivel Tamayo JA. Cuestionario para evaluar conocimientos de médicos sobre deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer (DCEA-25). California: Google [Internet]. 2025 [citado 04/06/2025]. Disponible en: <https://forms.gle/1zqkAqunBuKa7H59>
18. Esquivel Tamayo JA, Montoya Pedrón A. Factores de riesgo y biomarcadores de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. 2024 [citado 04/02/2025];53(1):e024016519. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/16519>
19. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. *JAMA*. 2025;333(1):71-4. DOI: 10.1001/jama.2024.21972.
20. McDonald KM, Rodriguez HP, Shortell SM. Organizational influences on time pressure stressors and potential patient consequences in primary care. *Med Care*. 2018;56(10):822-30. DOI: 10.1097/MLR.0000000000000974.
21. Levine DA, Langa KM, Fagerlin A, et al. Physician decision-making and recommendations for stroke and myocardial infarction treatments in older adults with mild cognitive impairment. *PLoS One*. 2020;15(3):e0230446. DOI: 10.1371/journal.pone.0230446.
22. Blair EM, Zahuranec DB, Langa KM, et al. Impact of patient mild cognitive impairment on physician decision-making for treatment. *J Alzheimers Dis*. 2020;78(3):1409-17. DOI: 10.3233/JAD-200700.



23. Mancilla-Mancilla CR, Zambrano-Zambrano AE, Fernández-Silva CA, et al. Conocimiento de profesionales de la atención primaria de salud sobre demencias en personas mayores, Frutillar Chile. *Gerokomos* [Internet]. 2023 [citado 04/02/2025];34(4):241-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000400004
24. Bosch Bayard RI. Percepción del estudiante de Medicina de la forma en que recibe el conocimiento sobre la demencia. *Panorama Cuba Salud* [Internet]. 2018 [citado 04/02/2025];14(1):6-11. Disponible en: <https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/847>
25. Annear MJ. Knowledge of Dementia Among the Australian Health Workforce: A National Online Survey. *J Appl Gerontol*. 2020;39(1):62-73. DOI: 10.1177/0733464817752085.
26. Blair EM, Zahuranec DB, Forman J, et al. Physician Diagnosis and Knowledge of Mild Cognitive Impairment. *J Alzheimers Dis*. 2022;85(1):273-82. DOI: 10.3233/JAD-210565.
27. Arsenault-Lapierre G, Henein M, Rojas-Rozo L, et al. Primary care clinicians' knowledge, attitudes, and practices concerning dementia: They are willing and need support. *Can Fam Physician*. 2021;67(10):731-5. DOI: 10.46747/cfp.6710731.
28. Liss JL, Seleri Assuncao S, Cummings J, et al. Practical recommendations for timely, accurate diagnosis of symptomatic Alzheimer's disease (MCI and dementia) in primary care: a review and synthesis. *J Intern Med*. 2021;290(2):310-34. DOI: 10.1111/joim.13244.
29. Sachs-Ericsson N, Blazer DG. The new DSM-5 diagnosis of mild neurocognitive disorder and its relation in mild cognitive impairment. *Aging Ment Health*. 2015;19(1):2-12. DOI: 10.1080/13607863.2014.920303.

