



Quejas Subjetivas de Memoria, Olvidos de Riesgo y Dimensiones Psicopatológicas: Aspectos Diferenciales entre el Declive y Deterioro Cognitivo Leve

Carlos Daniel Mias

Servicio de Neuropsicología, Cátedra de Neuropsicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Leticia Luque

Cátedra Metodología de la Investigación Psicológica, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Marisa Bastida

Servicio de Neuropsicología, Cátedra Clínica Psicológica y Psicoterapia, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

María Susana Correché

Cátedra Psicología Cognitiva Conductual, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis. San Luis, Argentina.

Correspondencia: Carlos Daniel Mias. Enfermera Gordillo esquina Enrique Barros, Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina. Tel.: (54) (0351) 4334104 - 4333172/3. Correo electrónico: cdmias@psyche.unc.edu.ar

Agradecimientos: Especial agradecimiento al equipo de auxiliares del Servicio y la Cátedra de Neuropsicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba; y al equipo del Proyecto Estrés y Salud: hacia la promoción, prevención e intervención de problemas psicosociales orientado a un desarrollo saludable de la persona y la comunidad (Secyt UNSL N4-0512) de la Universidad Nacional de San Luis, del cual este estudio forma parte.

Resumen

Introducción. En adultos mayores (AM) las quejas subjetivas de memoria (QSM) pueden referir un espectro de posibilidades muy amplio, aunque suelen asociarse con depresión. Sin embargo, las QSM no son todas iguales, no siempre se corresponden con depresión, y constituyen un criterio de deterioro cognitivo leve (DCL). Por ello se exploran posibles diferencias de QSM y psicopatológicas entre sujetos cognitivamente normales y con DCL. *Método.* Muestra accidental. El estudio se realizó con 134 participantes (73,1% mujeres), con edad promedio de 66,14 años (DT=6,86) y 12,91 (DT=3,64) años de estudio, valorados en el Servicio de Neuropsicología de la Facultad de Psicología. Se analizaron las QSM y dimensiones psicopatológicas de 49 participantes con DCL (tipo amnésico y multidominio) y 85 cognitivamente normales (CN). *Resultados.* Existe asociación entre el alto grado de QSM y depresión en sujetos CN. En el grupo DCL en cambio, el alto

grado de QSM se asocia con obsesividad y los olvidos demandan mayores esfuerzos de reparación o compensación de consecuencias. Los olvidos de mayor de riesgo de DCL fueron: olvido de nombres de personas bien conocidas (OR=1,26) y del significado de palabras conocidas (OR=1,50). *Conclusiones.* Mayor frecuencia de quejas de memoria en lo cotidiano, mayores problemas de la vida diaria que deben ser reparados o compensados a causa de los olvidos, los olvidos de nombres de personas bien conocidas y del significado de palabras conocidas; y cierto grado de obsesividad más allá de posibles síntomas depresivos, constituyen aspectos diferenciales exploratorios entre la normalidad cognitiva y el DCL.

Palabras clave: Quejas subjetivas de memoria, deterioro cognitivo leve, declive cognitivo.

Subjective Memory Complaints, Forgetfulness Risk and Psychopathological Dimensions: Decline and Mild Cognitive Impairment Differential Aspects

Summary

Introduction. Subjective memory complaints (SMC) in the elderly can refer a very broad spectrum of possibilities; often they are associated with depression. However, the SMC are not all equal, not always correspond with depression, and constitute a criteria of mild cognitive impairment (MCI). Therefore, a possible difference between memory complaints in cognitively normal subjects and with mild cognitive impairment (MCI) was explored. *Methods.* Nonrandom sample. The study was performed with 134 participants (73.1% women), with mean age of 66.14 years (SD = 6.86) and 13.91 (SD = 3.64) years of study, valued at the

Department of Neuropsychology, Faculty of Psychology. SMC and psychopathological dimensions were compared in 49 with MCI (amnesic and multidomain subtypes), and 85 cognitively normal (CN) participants. *Results.* There is an association between high levels of SMC and depression in CN subjects. In MCI group, high degree of SMC is associated with obsessive; forgetfulness demand greater efforts to repair or compensation of consequences. The oversights of increased chance of risk of DCL were forgetting names of people well known (OR=1.26) and the meaning of familiar words (OR=1.50). *Conclusions.* increased frequency of memory complaints in everyday life, major problems of daily life that must be repaired or compensated because of forgetfulness, forgetting names of well-known people and the meaning of familiar words; and some degree of obsessiveness beyond any depressive symptoms, are exploratory differential aspects between cognitive normality and MCI.

Key words: Subjective memory complaints, mild cognitive impairment, cognitive decline.

Introducción

En el declive cognitivo se presentan quejas subjetivas de memoria asociadas a la edad, que refieren un espectro de posibilidades muy amplio (Jungwirth et al., 2004; Lima-Silva & Sánchez, 2009), siendo escasa la relación con el rendimiento objetivo de la memoria (Derouesné, Rapin, & Lacomblez, 2004; Dux et al., 2008; Kliegel, Zimprich, & Eschen, 2005; Metternich, Schmidtke, & Hull, 2009; Montejo, Montenegro, Fernandez, & Maestú, 2012; Zandi, 2004). Las quejas de memoria han sido asociadas

a una velocidad de procesamiento disminuida (Mol, Ruiters, Verhey, Dijkstra, & Jolles, 2008), percepción subjetiva (Frerichs & Tuokko, 2006), estado de salud mental (Weaver Cargin, Collie, Masters, & Maruff, 2008), aspectos de personalidad (Kliegel et al.), depresión o estados afectivos (Minett, Da Silva, Ortiz, & Bertolucci, 2008; Silva et al., 2014), pobre red social y visión negativa de la vejez (Derouesné et al., 2004; Mol, van Boxtel, Willems, & Jolles, 2006), mayor conciencia de déficit (Mendes et al., 2008; Pearman & Storandt, 2005), calidad y actividades de la vida diaria (Montejo et al.), entre otros. Así, las quejas subjetivas que los adultos mayores refieren sobre su memoria parece guardar más relación con factores psicológicos que con deterioros reales.

Otros estudios (Dux et al., 2008; Tian, Bucks, Haworth, & Wilcock, 2003) buscaron diferencias entre buenos y malos informadores sobre su memoria, encontrando que la depresión provoca las mayores diferencias, y que los afectos negativos distorsionan la apreciación subjetiva de la propia memoria. Con frecuencia una afectación ligera del estado de ánimo suele registrarse con los años, y en ciertos casos implica signos de depresión. Este estado, caracterizado por sentimientos de inutilidad, tristeza, cierta anhedonia y desinterés, afecta la atención y la memoria; pero no de modo objetivo, sugiriendo que las quejas subjetivas de memoria (QSM) refieren más bien un estado psicológico que de deterioro. En esta dirección, algunos estudios cuestionan el valor de las quejas de memoria como criterio de deterioro leve, en función de no ser predictoras de un deterioro real (Kliegel et al., 2005; Silva et al., 2014;), y de que no han demostrado tener una sensibilidad y

especificidad para determinar un deterioro cognitivo leve (Tian et al.).

Sin embargo, las QSM son frecuentes en sujetos con deterioro cognitivo leve (DCL), quienes tienen un mayor riesgo de evolucionar a un síndrome demencial, particularmente Alzheimer (Maioli et al., 2007). En este caso, los problemas de memoria y sus consecuencias, aunque leves, suelen motivar enojos, cambios de humor, ansiedad y hasta depresión. Las quejas de memoria solo serían una referencia que alerta sobre un cambio cognitivo, aunque en los últimos años se ha revalorizado su estudio como posible predictor, enfatizando su importancia en el seguimiento del estado cognitivo de los pacientes (Amariglio, Townsend, Grodstein, Sperling, & Rentz, 2011; Mol et al., 2006); aun cuando en algunos estudios prospectivos fue baja la conversión del declive a DCL (Gallassi et al., 2010). Así, a pesar de que las QSM no tienen un efecto predictor por sí mismas (Silva et al., 2014), algunos estudios indican que las QSM pueden predecir cambios en la memoria con el tiempo (Jonker, Geerlings, & Schmand, 2000; Jonker, Launer, Hooijer, & Lindebom, 1996); se relacionan con el declive cognitivo (Amariglio et al., 2011) y pueden predecir un deterioro temprano que no se refleja aún en los test neuropsicológicos (Dick et al., 2001; Dufouil, Fuhrer, & Alperovitch, 2005). También se ha encontrado que cuando las QSM se asocian con elevada densidad de APOe (Dick et al.) y bajo puntaje en MMSE de Folstein pueden predecir un deterioro (Stewart et al., 2001); y cuando las QSM son crónicas, se asocian con frecuencia a lesiones en la sustancia blanca (Bartres, Clemente, & Junqué, 2001; de Groot et al., 2001; Minett, Dean, Firbank, English, & O'Brien, 2005). Otros estudios muestran

que las quejas pueden relacionarse mejor con la performance de memoria cuando refieren problemas en el contexto de la vida diaria (Hertzog, Park, Morrell, & Martin, 2000), o bien que pueden ser la primera manifestación de demencia en sujetos mayores sin depresión (Jessen et al., 2007).

Desde esta perspectiva, las QSM no siempre se corresponden con un estado psicológico, sino que pueden alertar sobre un deterioro en curso; que incluso puede ser de funciones no memoria (Lozoya-Delgado, Ruiz-Sánchez de León, & Pedrero-Pérez, 2012; Ruiz-Sánchez de León, Llanero-Luque, Lozoya-Delgado, Fernández-Blázquez, & Pedrero-Pérez, 2010). En tal sentido, considerando que las personas no tienen una representación mental de la arquitectura cognitiva para precisar la naturaleza de sus quejas, se ha encontrado una disminución en funciones atencionales y ejecutivas que serían productoras de quejas de memoria (Campagna et al., 2014; Ruiz-Sánchez de León et al.); incluso en sujetos con deterioro cognitivo leve tipo no memoria (Mias, 2010b). Por otra parte, se ha observado que no todos los olvidos tienen la misma significación, ni demandan de los mismos esfuerzos reparadores o compensadores una vez producidos (Amariglio et al., 2011; Galleassi et al., 2010). En consecuencia, se propone explorar posibles diferencias entre las quejas de memoria y aspectos psicológicos más allá de la depresión, en sujetos cognitivamente normales y con DCL, a fin de orientar con mayor precisión su posible significación clínica.

Los objetivos: a) analizar las quejas subjetivas de memoria en relación con el rendimiento objetivo de esta función, y con indicadores psicopatológicos en sujetos con

normalidad y deterioro cognitivo leve; b) indagar si se reconocen olvidos diferenciales del declive y el deterioro cognitivo; c) explorar distintos olvidos como variables de riesgo de un deterioro cognitivo leve.

Método

Participantes

Se efectuó un estudio transeccional de diseño ex post facto. Muestra accidental, conformada por 134 participantes entre 53-84 años, residentes en Córdoba-Argentina, sin enfermedades neurológicas y psiquiátricas, sin signos de demencia y/o alteración significativa de actividades instrumentales de la vida diaria, con adquisición de lectoescritura y cálculo simple. Los participantes fueron concurrentes voluntarios o derivados al Servicio de Neuropsicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, y se les solicitó consentimiento informado para la presente investigación, conforme la Guía para las buenas prácticas de investigación clínica en seres humanos (Argentina, Ministerio de Salud, Resol. 1480/11).

› Determinación del estado cognitivo

El estado cognitivo se definió como la condición relativamente estable de un conjunto de funciones neurocognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, visoespacial y ejecutiva, entre otras) necesarias y satisfactorias para el desarrollo de la actividad mental en relación con las exigencias de la vida diaria en múltiples áreas (cotidiana, laboral, social, etc.).

Luego, los criterios para determinar el estado cognitivo de normalidad o de deterioro han sido: a) Normal: 1) referencia

satisfactoria del funcionamiento cognitivo para la adaptación a las exigencias de la vida diaria en todas las áreas y; 2) sin evidencias de afectación cognitiva. Operacionalmente: Resultado obtenido en los test neuropsicológicos seleccionados, dentro de un desvío estándar (1DS) respecto de la media, en relación a la edad y nivel de instrucción.

b) Deterioro cognitivo leve: 1) referencia de quejas o cambios acerca del funcionamiento cognitivo en relación a la adaptación de exigencias de la vida diaria; 2) objetivación de deterioro en una o más funciones cognitivas que incluyen la memoria. Operacionalmente: Resultados en los test con un desvío estándar entre 1,5 y 2 por debajo de la media, en relación a la edad y nivel de instrucción; 3) sin afectación de actividades instrumentales de la vida diaria; 4) no signos de demencia.

Se conformó de este modo un grupo de participantes cognitivamente normales (n=85), considerado como grupo normal o control (GC), y otro con participantes con DCL tipo amnésico y multidominio únicamente (n=49), al que se consideró grupo deterioro o experimental (GE). Entre los grupos control y experimental no existen diferencias significativas para las variables género (p=0,44); edad (p=0,20); nivel de instrucción (p=0,06); y la medida de actividades instrumentales de la vida diaria (p=0,07). Estas condiciones permiten controlar el efecto de variables conocidas por sus efectos confusores en neuropsicología. Los grupos difieren en todos los test neurocognitivos administrados (p<0,01), menos en el test del reloj (p=0,28).

Instrumentos

Protocolo de admisión: Aplicación mediante entrevista individual y consulta con familiar

informante. Se solicita relaten con detalle 'un día habitual desde que se levantan hasta que se acuestan' y se interroga sobre su funcionamiento cognitivo. Se indaga específicamente sobre la presencia de quejas de memoria del participante y si ocasiona problemas en la vida diaria que exigen acciones reparadoras o compensadoras. Se completa con información relativa a datos sociofamiliares, nivel educativo, profesión, nivel socioeconómico, antecedentes de enfermedades neurológicas, psiquiátricas, presencia de enfermedades somáticas y medicación.

» Valoración neuropsicológica

› *Mini Mental State Examination de Folstein:* valora un set cognitivo amplio en forma rápida. Estudios de validez y confiabilidad son abundantes en la literatura, con adaptación y baremización en Argentina (Butman et al, 2001; Infante & Mias, 2009).

› *Subtest de Memoria Verbal del Test Neuropsi Atención y Memoria:* valora la evocación diferida de 12 palabras, de manera espontánea, por claves y reconocimiento. Cuenta con datos normativos para sujetos entre 6 y 85 años (Ostrosky-Solis et al., 2003), y baremización del subtest en la Ciudad de Córdoba, Argentina (Mias, 2010a).

› *Figura compleja de Rey:* valora la función perceptiva en la copia de la figura, y la función de memoria visual en su reconstrucción diferida, y secundariamente, la ejecución de las praxias constructivas (Peña Casanova, Gramunt, & Gich, 2005). Estudios de confiabilidad y validez son aceptables y multipresentes en la literatura.

› *Test de denominación de Boston:* evalúa la función denominativa del lenguaje y el

acceso a la memoria semántica. En Argentina se adaptó y estandarizó una forma abreviada con los 12 ítems con mayor discriminación (Serrano et al., 2001).

› *Test de fluidez verbal semántica*: valora memoria semántica y flexibilidad cognitiva (nombrar animales en un minuto). El test cuenta con estudios de adaptación y estandarización en Argentina (Butman, Allegri, Harris, & Drake, 2000) y en la Ciudad de Córdoba (Mias, 2010a).

› *Test de fluidez verbal fonológica*: Valora memoria de trabajo, habilidad de recuperación verbal y flexibilidad cognitiva (palabras que comiencen con F en un minuto). Ha sido adaptado y estandarizado en Argentina (Butman et al., 2000) y logrado baremos para la Ciudad de Córdoba (Mias, 2010a).

› *Test WAIS-III* (Wechsler, 2002): Se utilizaron el *Subtest de Dígito Símbolos* que valora atención visual, memoria inmediata y velocidad de procesamiento perceptual; el *Subtest de completamiento de figuras* que valora el análisis visoperceptivo y la función visoespacial, y el *Subtest ordenamiento número-letra* para el estudio de la memoria de corto plazo, memoria operativa y estrategia de retención, y cuyo efecto distractor lo torna sensible para el estudio del deterioro en comparación con sujetos normales. Estudios de confiabilidad y validez de estos test son aceptables y multipresentes en la literatura.

› *Test del dibujo del Reloj*: Valora habilidades visoconstructivas, praxias constructivas, hasta representaciones mentales simbólicas. Es empleado con frecuencia como test de screening de demencia y deterioro neurológico severo;

y presenta aceptables índices de sensibilidad y especificidad (Cacho, García-García, Arcaya, Vicente, & Lantada, 1999).

» Valoración Conductual y Psicoafectiva:

› *Cuestionario de quejas de memoria* (Marotto, 2003): Se utilizó una versión revisada y ampliada, de 20 ítems, con una escala de 1-10 mediante la cual cada sujeto valora la frecuencia de sus olvidos en el último mes. Mide las quejas de memoria, donde los 14 ítems originales listan distintos tipos de olvidos y despistes frecuentes en adultos mayores, y 6 ítems añadidos indagan olvidos más cercanos a la demencia (significado de palabras conocidas, de manipulación de objetos cotidianos, de un suceso reciente, *et sim*). El cuestionario tiene validez conceptual, y el índice alfa de confiabilidad en este estudio fue de 0,95.

› *Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS 30)*: Se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión. Se administró la versión de 30 ítems que cuenta con buenas propiedades psicométricas (Millán Calenti, 2011).

› *Escala psicopatológica SCL-90 R*: Valora nueve dimensiones básicas de la psicopatología y consta de 90 ítems que son respondidos empleando una escala tipo likert de 0-5. Estudios de confiabilidad y validez son aceptables (Derogatis, Lipman, & Covi, 1973) y multipresentes en la literatura.

› *Escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody*: Valora la capacidad funcional para actividades como usar el teléfono, hacer compras, realizar tareas domésticas, usar medios de transporte, tomar medicamentos y administrar el

dinero. Estudios de confiabilidad y validez son aceptables y multipresentes en la literatura (Millan Calenti, 2011).

Análisis estadístico

Se realizaron distintas pruebas para analizar las QSM en relación a los test de memoria y factores psicopatológicos en ambos grupos, considerando un nivel de significación de $p < 0,01$. Se calculó el índice de correlación de Pearson para las medidas de QSM y pruebas objetivas de memoria en ambos grupos. Para explorar la asociación de variables dicotómicas se empleó la prueba de Chi cuadrado; por ejemplo, al analizar la asociación entre el bajo-alto grado de QSM (según la mediana) y la ausencia-presencia de depresión (según punto de corte de la GDS). Para conocer las diferencias en las medidas de QSM y de la psicopatología en ambos grupos se realizó una prueba *t* para muestras independientes, considerando los criterios

de control de normalidad de los datos mediante prueba de Kolmogorov Smirnov, y de homocedasticidad mediante prueba de Levene. Para explorar si las dimensiones psicopatológicas constituyen una variable de riesgo de un alto grado de QSM, se realizó un análisis de regresión logística con el método *forward wald*, y la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow. Igual procedimiento se aplicó para indagar sobre los olvidos de riesgo de deterioro cognitivo.

Resultados

La edad promedio de los participantes fue de 66,14 años (DT=6,86), con un promedio de 12,91 (DT=3,64) años de instrucción formal. En Tabla 1 se observan las principales variables sociodemográficas discriminadas por grupo.

Tabla 1.

Principales datos sociodemográficos de control de los grupos

| | Grupo | | | | <i>P valor</i> |
|---------------|--------|--------|-----------|--------|----------------|
| | Normal | | Deterioro | | |
| | M | D.T. | M | D.T. | |
| Edad | 65,58 | (6,80) | 67,14 | (6,93) | 0,205 |
| Años estudios | 13,36 | (3,31) | 12,14 | (4,07) | 0,061 |
| Genero | | | | | |
| Femenino | 74,1 % | | 71,4 % | | 0,443 |
| Masculino | 25,9 % | | 28,6 % | | |

En un primer análisis, no se encontró en ambos grupos correlación entre el puntaje total de las QSM y el rendimiento en pruebas de memoria ($p > .05$). Esto implica que las QSM no tienen una correspondencia directa con el rendimiento cognitivo, y que pueden ser estudiadas en relación a otras variables.

Respecto de la relación de la medida global de QSM con la escala de depresión, se encontró una correlación moderada en el grupo control ($r=0,48$; $p=0,000$), y ninguna correlación en el grupo DCL ($p > .05$). Esto implica que en sujetos cognitivamente normales la frecuencia de las quejas se incrementa con la percepción de la

afectación del estado de ánimo o humor depresivo, pero no ocurre lo mismo en sujetos con DCL. Sin embargo, para evitar una relación artificiosa entre escalas, se optó por evaluar diferencias entre el bajo-alto grado de QSM (según la mediana) y su asociación con la ausencia-presencia de depresión (según punto de corte de la GDS). Se encontró una moderada asociación entre el alto grado de QSM y depresión en los controles ($\chi^2=23,984$; $p=0,0001$; $\Phi=0,54$). En las personas con

DCL, a pesar de las QSM son superiores a los controles ($p=0,009$), las mismas no se asocian con su estado psicoafectivo ($p>.05$) valorado con la GDS. En la Figura 1 se observan estas diferencias considerando el puntaje promedio de la escala de QSM y los grupos en función de su condición psicoafectiva. Esto sugiere que en las quejas de memoria del grupo DCL subyace el efecto de otras variables que merecen explorarse con más detenimiento.

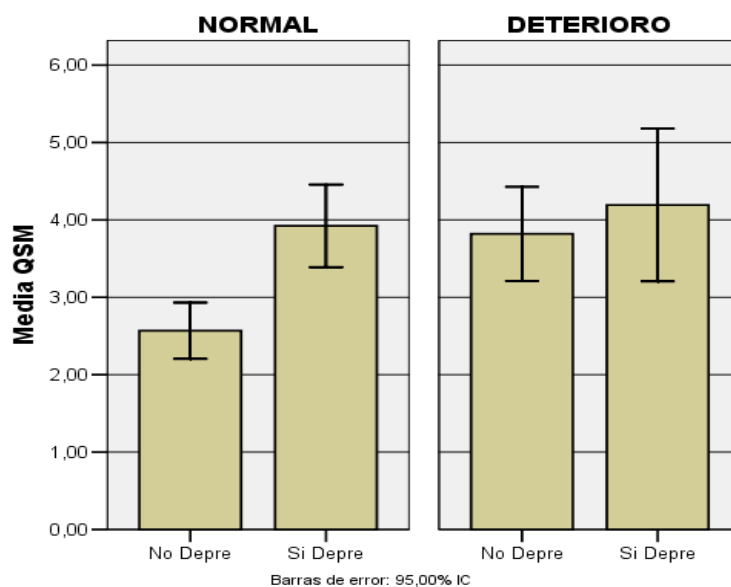


Figura 1. Comparación de la media de QSM en relación a la presencia-ausencia de depresión en ambos grupos. En el grupo control, los sujetos con depresión se quejan más que los que no poseen depresión. En el grupo Deterioro no existen diferencias según el estado afectivo.

En consecuencia, se exploraron dos cuestiones. La primera relativa a la presencia de diversos estados psicopatológicos medidos a través de la escala SCL-90 (Tabla 2). En tal sentido se encontró que en el grupo experimental o DCL el puntaje de QSM se correlaciona moderadamente con la dimensión

“obsesiva” ($r=0,57$; $p=0,000$), y de “psicoticismo” ($r=0,42$; $p=0,004$), y levemente con depresión ($r=0,28$; $p=0,029$); sugestivo de que en primer lugar una mente más detallista y dubitativa, con dureza emocional y tendencia al aislamiento pueda presentar mayor frecuencia de olvidos. Mientras que en los controles, se encuentra

una correlación moderada entre el puntaje de QSM y casi todas las dimensiones psicopatológicas valoradas, indicador de

que las quejas se asocian con un claro malestar psicológico general.

Tabla 2.

Correlación entre el puntaje total de la escala de quejas subjetivas de memoria y los índices de psicopatología de la escala SCL-90R

| | Puntaje total Quejas Memoria | | | |
|----------------------------|------------------------------|-------|---------------|-------|
| | Normal (n=85) | | DCL (n=49) | |
| | r | p | r | p |
| Total QSM | 1 | | 1 | |
| Índice severidad Global | 0,40 | 0,000 | 0,26 | NS |
| Síntomas positivos | 0,45 | 0,000 | 0,25 | NS |
| Somatización | 0,36 | 0,001 | 0,19 | NS |
| Obsesividad | 0,56 | 0,000 | 0,57 | 0,000 |
| Sensibilidad interpersonal | 0,37 | 0,000 | 0,22 | NS |
| Depresión | 0,33 | 0,003 | 0,28 | 0,029 |
| Ansiedad | 0,34 | 0,001 | 0,17 | NS |
| Hostilidad | 0,21 | NS | 0,22 | NS |
| Ansiedad fóbica | 0,17 | NS | 0,11 | NS |
| Ideación paranoide | 0,20 | NS | 0,09 | NS |
| Psicoticismo | 0,34 | 0,002 | 0,42 | 0,004 |

r= coeficiente de Pearson; NS = no significativo

Luego, mediante análisis de regresión logística, se encontró que la dimensión “obsesiva” es de mayor riesgo (*odds ratio*, OR=5,29; p=0,002; IC95%: 18,26-15,35) para presentar alto grado de QSM. Para los controles, el mayor riesgo está dado por el índice de severidad global de los síntomas psicopatológicos (OR=9,16; p=0,001; IC95%: 6,05-15,48). Esto consolida la interpretación de que las personas cognitivamente normales que se quejan de su memoria, suelen esconder un abanico muy amplio de expresiones psicoafectivas indicador de malestar psicológico; mientras que en los sujetos con DCL la dimensión “obsesividad” parece ser el aspecto

psicológico destacado. Este hallazgo se interpreta como sugestivo de que una mente más detallista, con dudas, controladora, con un monitoreo casi constante y minuciosa sobre los cambios que presenta, puede generar una mayor sensibilidad para presentar y registrar los olvidos que dan motivo a las quejas. Inversamente, puede pensarse también que un deterioro de la memoria trae aparejado el desarrollo de cierto grado de obsesividad como intento de tener bajo control los olvidos. Dada la novedad de este hallazgo, estas interpretaciones requieren de nuevos estudios que aporten mayores evidencias.

En un segundo análisis, se exploró la posibilidad de que de modo global las quejas de memoria en los sujetos con DCL sean percibidas mayormente como productoras (Si-No) de problemas en la vida diaria (Tabla 3). En tal sentido, se encontró diferencias significativas entre los grupos, indicando que las QSM en los sujetos con DCL son percibidas como más productoras de problemas en la vida diaria, cuyos olvidos demandan mayores esfuerzos de

reparación o compensación de sus consecuencias ($\chi^2=6,73$; $p=0,008$; $\Phi=0,24$). Esto sugiere que las QSM pueden diferenciar a ambos grupos por las “consecuencias” y molestias que les ocasionan los olvidos. Por tal motivo, a fin de evitar la valoración global de las QSM, se exploró si se reconocen olvidos característicos del declive cognitivo y el deterioro de la memoria.

Tabla 3.
Distribución de casos según la percepción de que las QSM constituyen un problema de difícil reparación y/o compensación en ambos grupos

| | | Normal | | Deterioro | |
|--|-----------|----------|------|-----------|------|
| | | Recuento | (%) | Recuento | (%) |
| ¿Las QSM le traen consecuencias de difícil reparación? | NO | 51 | 60,0 | 18 | 36,7 |
| | SI | 34 | 40,0 | 31 | 63,3 |

Para tal fin, se establecieron las diferencias en relación al listado de veinte olvidos, encontrando que los siguientes olvidos son de mayor frecuencia en el grupo experimental o DCL (ver Tabla 4): Olvidar el nombre de personas bien conocidas, olvidar lo que acaban de decirle, perder el hilo de la conversación, no encontrar la palabra apropiada, olvidar o no estar seguro de la fecha, olvidar qué se iba a hacer en un sitio que se acaba de ir, olvidar el significado de palabras conocidas y olvidar cómo se manipulan algunos objetos de la vida diaria. Si bien se trata de olvidos que pueden ser

presentes en la población normal, la diferencia estaría dada no solo por la frecuencia con que los sujetos con DCL los registran, sino también por los problemas que les ocasionan. Sin embargo, para identificar los olvidos que pudieran tener una mayor riesgo de DCL se realizó un análisis de regresión logística, encontrando que el olvido de “nombres de personas bien conocidas” (OR=1,27; $p=0,005$; IC95%: 1,07-1,49) y del “significado de palabras conocidas” (OR=1,50; $p=0,009$; IC95%: 1,19-2,04) otorgan una probabilidad ligeramente mayor de deterioro cognitivo.

Tabla 4.

Comparación de la frecuencia percibida de los distintos olvidos (M y DT) en ambos grupos

| | Control (n=85) | | DCL (n=49) | | t | p |
|---------------------------------------|----------------|--------|------------|--------|-------|-------|
| | M | (D.T.) | M | (D.T.) | | |
| Nombres de personas bien conocidas | 2,8 | (1,9) | 4,5 | (2,8) | -3,62 | 0,001 |
| Caras de personas bien conocidas | 2,5 | (2,1) | 3,2 | (2,4) | -1,62 | NS |
| Citas o compromisos | 2,3 | (1,8) | 2,8 | (2,3) | -1,31 | NS |
| Olvida donde dejó objetos | 3,8 | (2,4) | 4,5 | (2,7) | -1,53 | NS |
| Olvida lo que acaban de decirle | 3,2 | (2,2) | 4,2 | (2,4) | -2,39 | 0,018 |
| Olvida números de teléfono | 2,7 | (2,2) | 3,7 | (3,0) | -1,92 | NS |
| Pierde el hilo de una conversación | 3,0 | (1,9) | 4,1 | (2,6) | -2,49 | 0,015 |
| No encuentra palabra apropiada | 3,9 | (2,0) | 5,0 | (2,6) | -2,32 | 0,023 |
| Olvidos o inseguridad de acciones | 3,7 | (2,3) | 4,2 | (2,7) | -1,21 | NS |
| Listado de compras | 3,5 | (2,2) | 3,9 | (2,5) | -1,04 | NS |
| No está seguro de la fecha | 2,1 | (1,1) | 3,3 | (2,4) | -3,20 | 0,002 |
| Olvida lo que acaba de leer | 3,7 | (2,3) | 4,6 | (2,7) | -2,10 | NS |
| Ir a un sitio y olvida para qué | 3,5 | (2,0) | 4,6 | (2,6) | -2,35 | 0,021 |
| Olvida si tomó los medicamentos | 2,8 | (2,5) | 3,3 | (2,5) | -1,32 | NS |
| Olvida parte de una historia o relato | 3,8 | (2,5) | 4,6 | (2,9) | -1,68 | NS |
| Olvida hecho o suceso reciente | 2,6 | (2,0) | 3,2 | (2,5) | -1,51 | NS |
| Olvida hechos del pasado | 3,5 | (2,3) | 3,2 | (2,4) | 0,49 | NS |
| Olvida significado palabras conocidas | 1,5 | (0,9) | 2,7 | (2,2) | -3,45 | 0,001 |
| Olvida manipulación de objetos | 1,7 | (1,4) | 2,9 | (2,3) | -3,26 | 0,002 |
| Olvida tener que recordar | 3,5 | (2,2) | 4,4 | (2,5) | -2,06 | NS |

NS = No significativo

Discusión

De manera coincidente con diversos trabajos (Derouesné et al., 2004; Dux et al., 2008; Kliegel et al., 2005; Oliveira Aguiar, Ribeiro, & Ferrari, 2010), no se encontró en este estudio una relación entre las quejas de memoria y el rendimiento objetivo de esta función; a pesar de que algunos estudios sugieren lo contrario (Amariglio et al., 2011; Dick et al., 2001; Jonker et al., 1996, 2000; Schofield et al., 1997) y que el problema parece no estar resuelto. Estas diferencias se interpretan en función de la diversidad metodológica en la definición y

evaluación de las QSM y en su tratamiento de modo global. En una revisión sobre la conceptualización y evaluación de las QSM, Abdulrab y Heurn (2008) y Amariglio et al. concluyen que en la actualidad no existe ninguna definición estándar del deterioro subjetivo de memoria para su uso en investigación o la práctica clínica, que no se observa un criterio único y el formato que asume la indagatoria de las quejas subjetivas es muy variable y global. Por otra parte, Rosselli y Ardila (2012) observan que el problema sigue siendo polémico, y que más allá de avances conceptuales y

diagnósticos, todavía existe un número significativo de casos con demencia que no son diagnosticados en etapas iniciales; cuando probablemente hayan sido más conscientes y manifestado quejas de memoria. Por el momento, para explicar la falta de relación entre las QSM y la performance objetiva de memoria, distintos trabajos le otorgan a las quejas un significado psicológico, en el que sobresale la depresión como principal variable que distorsiona la apreciación subjetiva de la memoria (Calero-García et al., 2008; Dux et al.; Kliegel et al.; Minett, Da Silva, Ortiz, & Bertolucci, 2008; Mendes et al., 2008). Además, se ha reportado que en comparación con los jóvenes, los adultos mayores informan una memoria más disminuida en relación a las pruebas objetivas, probablemente debido al estereotipo cultural de que con la edad se pierde la memoria (Mendes et al.).

Este estudio aporta evidencia para pensar que la depresión o malestar psicológico distorsiona la percepción de la memoria, pero claramente en sujetos cognitivamente normales. Este grupo, que se queja menos que los sujetos con DCL, cuando presenta un alto grado de QSM, subyace una significativa asociación con síntomas depresivos y malestar psicológico. En el grupo DCL, a diferencia de otros trabajos (Derouesné et al., 2004; Dux et al., 2008; Kliegel et al., 2005; Minett et al., 2008), se encontró que las QSM no se asocian siempre a depresión, sino más bien a cierto grado de obsesividad y psicoticismo, aunque no se pudo dilucidar si su efecto es de carácter primario o secundario al deterioro. No obstante, desde una perspectiva similar, Schofield et al. (1997) consideran que las quejas subjetivas de memoria no tienen validez en sujetos normales ya que refieren un estado

psicoafectivo negativo; pero en sujetos con DCL pueden predecir un deterioro mayor posterior. También lo reportado por Jessen et al. (2007) es parcialmente coincidente en el sentido de que las QSM de los sujetos con DCL no se asocian con depresión sino más bien con una disminución en las pruebas de memoria episódica. Considerando que es una memoria sensible al deterioro al punto de ser crítica para la detección de DCL y las demencias, el autor concluye que las quejas pueden ser la primera manifestación de futura demencia en adultos mayores sin depresión.

Por otro lado, el hallazgo de que las QSM en sujetos con DCL sean más frecuentes y productoras de problemas en la vida diaria, amerita profundizar sobre sus “consecuencias” y “acciones reparadoras o compensadoras”. Considerando la escasez de antecedentes sobre esta perspectiva, un análisis pormenorizado de distintos tipos de QSM en el contexto de la vida diaria y el registro de acciones reparadoras que se derivan de los olvidos, puede contribuir en la sospecha de un deterioro de memoria. Por ahora, en este trabajo se encontró que de un listado de veinte olvidos, aquellos relativos a “nombres de personas bien conocidas” y del “significado de palabras conocidas”, constituyen quejas de mayor riesgo para presentar un DCL. Con frecuencia el olvido de nombres se asocia a la edad, sin embargo pareciera que el olvido frecuente de nombres de personas “bien conocidas” es algo que puede alertar sobre un posible DCL. Este hallazgo es parcialmente coincidente con lo reportado por otros autores en el sentido de que las quejas más frecuentes son los olvidos de nombres (Silva et al., 2014; Weaver Cargin et al., 2008), a las que se añade el olvido de acciones realizadas y dificultades de concentración (Weaver Cargin et al.). Sin

embargo, los autores no las atribuyen a un estado de deterioro, sino más bien a un estado de ansiedad o depresión. La diferencia parece estar entre olvidar nombres en general y olvidar nombres de personas “bien conocidas”, que se supone tiene mayor frecuencia de uso o registro emocional. También el olvido frecuente del significado de palabras conocidas puede implicar cierta alerta, ya que puede referir cierta disminución de la memoria semántica, algo característico de un síndrome demencial incipiente, particularmente Alzheimer. El hallazgo de estos olvidos como de mayor riesgo de DCL es algo significativo, pero merece profundizarse en virtud de la diversidad metodológica para definir y evaluar las quejas subjetivas de memoria y el deterioro cognitivo leve (según se tome como riesgo de demencia o como parte de una demencia en estadio silente).

Otros estudios avalan la necesidad de estudiar con mayor precisión aquellos olvidos que puedan ser de referencia para la sospecha de un deterioro de la memoria. Así, Clément, Belleville y Gauthier (2008) encontraron que los sujetos con DCL se quejan más sobre su memoria que sujetos controles, y que las quejas guardan relación con conversaciones, películas y libros leídos, al aumentar su frecuencia en paralelo con los déficits cognitivos. Amariglio et al. (2011) observan que las dificultades para seguir una conversación en grupo, o el olvido conducente a dificultades para encontrar el camino por calles familiares, se asocia a un deterioro. También Hertzog et al. (2000) observaron que las quejas de memoria que se refieren a problemas de la vida diaria correlacionan mejor con la performance objetiva de la memoria, aunque no realiza un análisis pormenorizado de las quejas que difieren

entre sujetos con DCL y controles. Por ahora puede considerarse que no hay un criterio uniforme para valorar las QSM, pero los olvidos encontrados en este estudio como de mayor riesgo de DCL pueden engrosar un listado de olvidos en el contexto de la vida diaria, que pudieran alertar sobre un posible deterioro de memoria. El rumbo a seguir parece ser explorar las QSM no de modo global, sino diferenciando olvidos específicos en relación a las actividades de la vida diaria, indagando respecto de si constituyen un problema que demanda esfuerzos reparadores, sin que por ello las personas se vean inhibidas de realizar sus actividades cotidianas; y sin llegar al punto que familiares informantes observen problemas de memoria, o que rebelen un principio de anosoagnosia.

Así, en función de los resultados obtenidos y revisados en diferentes estudios, parece que no deben subestimarse las quejas y los síntomas depresivos, asociándolos fácilmente con la normalidad cognitiva. También, puede considerarse cierto grado de obsesividad y psicoticismo asociado a las quejas de memoria, en especial en aquellas personas que no manifiestan depresión. Puede suponerse que entrada la quinta década de vida, las quejas de memoria o la percepción de cambios cognitivos referidos por las personas, no presuponen normalidad y ameritan su estudio. Por ello, la observación de que personas con una demencia como Alzheimer comenzaron alguna vez con quejas conscientes de memoria (a veces erróneamente atribuidas a depresión), justifica mayores estudios sobre olvidos de la vida diaria que pudieran tener un valor de riesgo de deterioro ulterior. En síntesis, frecuencia de quejas de memoria en lo cotidiano, mayores problemas de la vida

diaria que deben ser reparados o compensados a causa de los olvidos, las quejas frecuentes de olvidar nombres de personas bien conocidas y del significado de palabras conocidas, y cierto grado de obsesividad más allá de posibles síntomas depresivos; constituyen aspectos diferenciales exploratorios entre la normalidad cognitiva y el deterioro cognitivo leve tipo amnésico y multidominio.

Referencias

Abdulrab, K., & Heurn, R. (2008). Subjective memory impairment. A review of its definitions indicated the need for a comprehensive set of standardized and validated criteria. *European Psychiatry*, 23(5), 321-330. doi:10.1016/j.eurpsy.2008.02.004

Amariglio, R. B., Townsend, M. K., Grodstein, F., Sperling, R. A., & Rentz, D. M. (2011). Specific subjective memory complaints in older persons may indicate poor cognitive function. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(9), 1612-1617. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03543.x

Bartres, D., Clemente, I. C., & Junqué, C. (2001). Cambios en la sustancia blanca y rendimiento cognitivo en el envejecimiento. *Revista de Neurología*, 33(4), 347-353. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3304/1040347.pdf>

Butman, J., Allegri, R. F., Harris, P., & Drake, M. (2000). Fluencia verbal en español: datos normativos en Argentina. *Medicina*, 60(5), 561-564. Recuperado de <http://www.medicinabuenaaires.com/revistas/vol60-00/5-1/fluencia.htm>

Butman, J., Arizaga, R. L., Harris, P., Drake, M., Baumann, D., de Pascale, A., Mangone, C. A., & Ollari, J. A. (2001). El "Mini-Mental State Examination" en español. Normas para Buenos Aires. *Revista Neurológica Argentina*; 26(1), 11-15. Recuperado de <http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo11/files/psiquiatria-forense-2014/mini-mental-ptje-argentina.pdf>

Cacho, J., García-García J. R., Arcaya, J., Vicente, J. L., & Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28(7), 648-655. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/2807/g070648.pdf>

Calero-García, M. D., Navarro-González, E., Gómez-Ceballos, L., López Pérez-Díaz, A., Torres-Carbonell, I., & Calero-García, M. J. (2008). Olvidos y memoria: Relaciones entre memoria objetiva y subjetiva en la vejez. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 43(5), 299-307. doi: 10.1016/S0211-139X(08)73572-8

Campagna, I., Ferreira Correira, A., Sojo, V., Borges, J., Crespo, S., León, A., & de Bastos, M. (2014). Atención y memoria en una muestra de pacientes con quejas de memoria. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 24, 1-15. Recuperado de http://www.academia.edu/9122068/Atenci%C3%B3n_y_memoria_en_una_muestra_de_pacientes_con_quejas_de_memoria

Clément, F., Belleville, S., & Gauthier, S. (2008). Cognitive complaint in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(2), 222-232. doi: 10.1017/S1355617708080260

- de Groot, J. C., de Leeuw, F. E., Oudkerk, M., Hofman, A., Jolles, J., & Breteler, M. M. (2001). Cerebral white matter lesions and subjective dysfunction: The Rotterdam scan study. *Neurology*; 56(11): 1539-1545. doi: 10.1212/WNL.56.11.1539
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale, preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*; 9: 13-28.
- Derouesné, C., Rapin, J. R., & Lacomblez, L. (2004). Memory complaints in 200 subjects meeting the diagnostic criteria for age-associated memory impairment: Psychoaffective and cognitive correlates. *Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 2(1), 67-74. Recuperado de http://www.jle.com/fr/revues/pnv/e-docs/plainte_mnesique_chez_200_sujets_repondant_aux_criteres_de_l_ageassociated_memory_impairment_correlats_psycho_26_2040/article.phtml
- Dick, M. G., Jonker, C., Comijs, H. C., Bouter, L. M., Twisk, J. W., van Kamp, G. J., & Deeg, D. J. (2001). Memory complaints and APOE-epsilon4 accelerate cognitive decline in cognitively normal elderly. *Neurology*, 57(12), 2217-2222. doi: 10.1212/WNL.57.12.2217
- Dufouil, C., Fuhrer, R., & Alperovitch, A. (2005). Subjective cognitive complaints and cognitive decline: consequence or predictor? The epidemiology of vascular aging study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 616-621. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53209.x
- Dux, M. C., Woodard, J. L., Calamari, J. E., Messina, M., Arora, S., Chik, H., & Pontarelli, N. (2008). The moderating role of negative affect on objective verbal memory performance and subjective memory complaints in healthy older adults. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(2), 327-336. doi: 10.1017/S1355617708080363.
- Frerichs, R. J., & Tuokko, H. A. (2006). Reliable change scores and their relation to perceived in memory: Implications for the diagnosis of mild cognitive impairment. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21(1): 109-115. doi:10.1016/j.acn.2005.08.003
- Gallassi, R., Oppi, F., Poda, R., Scortichini, S., Stanzani, M., Marano, G., & Sambati, L. (2010). Are subjective cognitive complaints a risk factor for dementia? *Neurological Sciences*; 31(3): 327-336. doi: 10.1007/s10072-010-0224-6.
- Hertzog, C., Park, D. C., Morrell, R. W., & Martin, M. (2000). Ask and ye receive: behavioral specificity in the accuracy of subjective memory complaints. *Applied Cognitive Psychology*, 14, 257-275. doi: 10.1002/(SICI)1099-0720(200005/06)14:33.0.CO;2-O
- Infante, L., & Mias, C. D. (2009). MMSE. Normas para la región litoral Argentina. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 14, 33-53. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/267764166_MMSE_normas_para_la_regin_litoral_argentina
- Jessen, F., Wiese, B., Cvetanovska, G., Funchs, A., Kaduszkiewicz, H., Kölsch, H., et al. (2007). Patterns of subjective memory impairment in the elderly: association with memory performance. *Psychological Medicine*, 37(12), 1753-1762.

Jonker, C., Geerlings, M. I., & Schmand, B. (2000). Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(11), 983-991. doi:10.1002/1099-1166(200011)15:11<983::AID-GPS238>3.0.CO;2-5

Jonker, C., Launer, L. J., Hooijer, C., & Lindebom, J. (1996). Memory complaints and memory impairment in older individuals. *Journal of the American Geriatrics Society, 44*(1), 93-94. doi: 10.1111/j.1532-5415.1996.tb05636.x

Jungwirth, S., Fischer, P., Weissgram, S., Kirchmeyr, W., Bauer, P., & Tragl, K. H. (2004). Subjective memory complaints and objective memory impairment in the Vienna-transdanube aging community. *American Geriatrics Society, 52*, 263-268. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52066.x

Kliegel, M., Zimprich, D., & Eschen, A. (2005). What do subjective complaints in persons with aging-associated cognitive decline reflect? *International Psychogeriatrics, 17*(3), 499-512. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610205001638>

Lima-Silva, T. B., & Sanchez, M.S. (2009). The relationship between memory complaints and age in normal aging. *Dementia & Neuropsychologia, 3*(2), 94-100. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339529013005>

Lozoya-Delgado, P., Ruiz-Sánchez de León, J. M., & Pedrero-Pérez, E. J. (2012). Validación de un cuestionario de quejas cognitivas para adultos jóvenes: relación entre las quejas subjetivas de memoria, la

sintomatología prefrontal y el estrés percibido. *Revista de Neurología, 54*(3), 137-150. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5403/bh030137.pdf>

Maioli, F., Coveri, M., Pagni, P., Chiandetti, C., Marchetti, C., Ciarrocchi, R., et al. (2007). Conversion of mild cognitive impairment to dementia in elderly subjects: A preliminary study in a memory and cognitive disorder unit. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 44*(1), 233-241. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2007.01.032>

Marotto, M. A. (2003). *Manual de taller de memoria*. Madrid: TEA Ediciones.

Mendes, T., Ginó, S., Ribeiro, F., Guerreiro, M., de Sousa, G., Ritchie, K., de Mendonça, A. (2008). Memory complaints in healthy young and elderly adults: Reliability of memory reporting. *Aging & Mental Health, 12*(2), 177-182. doi: 10.1080/13607860701797281

Metternich, B., Schmidtke, K., & Hüll, M. (2009). How are memory complaints in functional memory disorder related to measures of affect, metamemory and cognition? *Journal of Psychosomatic Research, 66*, 435-444. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.07.005>

Mias, C. D. (2010a). *Quejas de memoria y deterioro cognitivo leve. Concepto, evaluación y prevención*. Argentina, Córdoba: Encuentro Grupo Editor.

Mias, C. D. (2010b). Funciones ejecutivas: Quejas subjetivas en la normalidad y el deterioro cognitivo leve. *V Jornadas*

Internacionales de Salud Pública [investigación original]. *Revista de Salud Pública*; 1-17, 13. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/267764277_Funciones_Ejecutivas_quejas_subjetivas_en_la_normalidad_y_deterioro_cognitivo

Millán Calenti, J. C. (2011). *Gerontología y Geriatría. Valoración e intervención*. Buenos Aires: Panamericana.

Minett, T. S., Da Silva, R. V., Ortiz, K. Z., & Bertolucci, P. H. (2008). Subjective memory complaints in an elderly sample: A cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 49-54. doi: 10.1002/gps.1836

Minett, T. S. C., Dean, J. L., Firbank, M., English, P., & O'Brien, J. T. (2005). Subjective memory complaints with matter lesions, depressive symptoms and cognition in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 665-671. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.8.665

Mol, M. E., Ruiters, R. A., Verhey, F. R., Dijkstra, J., & Jolles, J. (2008). A study into the psychosocial determinants of perceived forgetfulness: Implications for future interventions. *Aging & Mental Health*, 12(2), 167-176. doi: 10.1080/13607860801972503.

Mol, M. E., van Boxtel, M. P. J., Willems, D., & Jolles, J. (2006). Do subjective memory complaints predict cognitive dysfunctions over time? A six-year follow-up of the Maastrich aging study. *International Journal*

of Geriatric Psychiatry, 21, 432-441. doi: 10.1002/gps.1487

Montejo, P., Montenegro, M., Fernandez, M. A., & Maestú, F. (2012). Memory complaints in the elderly: Quality of life and daily living activities. A population based study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 54, 298-304. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2011.05.021>

Oliveira Aguiar, A. P., Ribeiro, M., & Ferrari, A. (2010). Subjective memory complaints in the elderly may be related to factors other than cognitive deficit. *Dementia e Neuropsicologia*, 4(1), 54-57.

Ostrosky-Solis, F., Gomez M. E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Pineda, D. (2003). NEUROPSI Atención y Memoria. Manual Instructivo y puntuaciones totales. México: American Book Store & Teletón.

Pearman, A., & Storandt, M. (2005). Self-discipline and self-consciousness predict subjective memory in older adults. *Journal of Gerontology Psychological Sciences*, 60, 155-157. doi: 10.1093/geronb/60.3.P153

Peña-Casanova, J., Gramunt, N., & Gich, J. (2005). *Test neuropsicológicos*. Barcelona: Masson.

Rosselli, M., & Ardila, A. (2012). Deterioro cognitivo leve. Definición y clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 151-162. Recuperado de http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_12.pdf

Ruiz-Sánchez de León, J. M., Llanero-Luque, M., Lozoya-Delgado, M., Fernández-Blázquez, M. A., & Pedrero-Pérez, E. J.

(2010). Estudio neuropsicológico de adultos jóvenes con quejas subjetivas de memoria: Implicación de las funciones ejecutivas y otra sintomatología frontal asociada. *Revista de Neurología*, 51(11), 650-660. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5111/be110650.pdf>

Schofield, P. W., Marder, K., Dooneief, G., Jacobs, D. M., Sano, M., & Stern, Y. (1997). Association of subjective memory complaints with subsequent cognitive decline in community-dwelling elderly individuals with baseline cognitive impairment. *American Journal of Psychiatry*, 154(5), 609-615. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.154.5.609>

Serrano, C., Allegri, R. F., Drake, M., Butman, J., Harris, P., Nagle, C., & Ranalli, C. (2001). Versión abreviada en español del test de denominación de Boston: su utilidad en el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 33(7), 624-627. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3307/I070624.pdf>

Silva, D., Guerreiro, M., Faria, C., Maroco, J., Schmand, B., & Mendonça, A. (2014). Significance of subjective memory complaints in the clinical setting. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 27(4), 259-265. doi: 10.1177/0891988714532018

Stewart, R., Russ, C., Richards, M., Brayne,

C., Lovestone, S., & Mann, A. (2001). Depression, APOE genotype and subjective memory impairment: A cross-sectional study in an African-Caribbean population. *Psychological Medicine*, 31(3), 431-440. Recuperado de <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=72665>

Tian, J., Bucks, R. S., Haworth, J., & Wilcock, G. (2003). Neuropsychological prediction of conversion to dementia from questionable dementia: Statistically significant but not yet clinically useful. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 74(4), 433-438. doi: 10.1136/jnnp.74.4.433

Weaver Cargin, J., Collie, A., Masters, C., & Maruff, P. (2008). The nature of cognitive complaints in healthy older adults with and without objective memory decline. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30(2), 245-257. doi: 10.1080/13803390701377829.

Wechsler, D. (2002). *Test de inteligencia para adultos. WAIS III*. Buenos Aires: Paidós.

Zandi, T. (2004). Relationship between subjective memory complaints, objective memory performance and depression among older adults. *American Journal of Alzheimer Disease & Other Dementias*, 19(6): 353-360. doi: 10.1177/153331750401900610