

# Quejas subjetivas de memoria, desempeño objetivo y funciones neuropsicológicas relacionadas

## Una revisión sistemática

### Resumen:

Mediante revisión sistemática se analiza la relación Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) con rendimiento objetivo en pruebas de memoria y otras funciones, y sus implicancias sobre un deterioro cognitivo. Mediante metodología PRISMA NMA, se seleccionan 23 artículos de la base PubMed, con un total de 21.445 adultos mayores evaluados. En el 65% se identificó relación QSM y cambios en la medida de memoria y en el 56% en funciones ejecutivas, aunque solo en el 22% se asocia a deterioro cognitivo. Se identifican variables moduladoras, tales como depresión y otras psicológicas. El 73,91% recomienda atender las QSM en adultos mayores, considerada como una variable de riesgo, aumentando su valor en combinación con medidas objetivas de funciones neuropsicológicas.

**Palabras clave:** Quejas subjetivas de memoria. Funciones neuropsicológicas.

### Abstract:

A systematic review analyzes the relationship of Subjective Memory Complaints (SMC) with objective performance in tests of memory and other functions, and their implications on cognitive impairment. Using the PRISMA NMA methodology, 23 articles were selected from the PubMed database, with a total of 21,445 older adults evaluated. In 65% a relationship between SMC and changes in memory measurement was identified and in 56% in executive functions, although only in 22% it was associated with cognitive impairment. Modulating variables are identified, such as depression and other psychological ones. 73.91% of the studies recommend attending SMC in older adults, considered a risk variable, increasing its value in combination with objective measures of neuropsychological functions.

**Keywords:** Subjective memory complaints. Neuropsychological functions.

**Prof. Dr. Carlos D. Mías:** [cdmias@unc.edu.ar](mailto:cdmias@unc.edu.ar), <https://orcid.org/0000-0001-8075-9874>, Profesor Titular Catedra de Neuropsicología, UNC, Doctor en Ciencias de la Salud, Area Biomedicina, FCM UNC, Director Servicio de Neuropsicología, UNC, Miembro Comisión Académica y docente, Maestría en Neuropsicología, UFLO, Director Programa Postgrado Terapia Cognitiva Conductual Integrada Neurociencias, UNC, Investigador Categoría 2, N°1113. Programa Nacional Incentivos.

**Prof. Mgter. Dra. Belen Causse,** [belencausse@gmail.com](mailto:belencausse@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0001-7857-4950>, Lic. Psicopedagogía (USAL), Doctora. Psicología Orientación Neurociencia Cognitiva Aplicada (UM), Magister en Neuropsicología (UNC), Master Neuropsicología Infantil (UPO), Directora Maestría Neuropsicología (UFLO). Docente e investigador UFLO, Docente e investigador Universidad Nac. del Comahue, Miembro Equipo Neurodesarrollo Hospital Provincial Neuquén Dr. Castro Rendón.  
Recibido: 09/10/20; Publicado 07/05/21

## Delimitación de objeto de estudio

El propósito de la presente investigación de tipo revisión sistemática, es analizar la relación de las Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) respecto de Funciones Neuropsicológicas (FN) que pudieran estar asociadas, y que pudieran representar una manifestación de posible deterioro cognitivo. Las QSM constituyen un fenómeno frecuente en personas mayores, además de ser un criterio presente en el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) (Winblad et al., 2004; Petersen, 2004) y observable en estadios silentes o preclínicos de la enfermedad de Alzheimer (Petersen et al., 2016). Luego de los 50 años es frecuente la aparición de QSM mediante el registro de diversos olvidos o despistes presentes en la vida cotidiana y disminución en su rendimiento, aunque con frecuencia son negadas o subestimadas en función de diversos factores psicológicos, de personalidad o niveles de autoconciencia, entre otros (Bazan et al., 2018, Mias et al., 2015). Estas quejas subjetivas manifestadas en la consulta clínica pueden referir un espectro de posibilidades muy amplio, desde un estado asociado a la edad, depresión, estrés, hasta un posible deterioro de la memoria que con los años puede evolucionar a un síndrome de tipo demencial (Allegri et al., 2005; Mias, 2009). Por tal motivo, la suposición de que las quejas de memoria constituyen un fenómeno carente de significación, pierde sentido e incluso convertirse en un grave error sino se respalda con una evaluación neuropsicológica. Sin embargo, el significado de las QSM es algo que todavía resulta de difícil in-

terpretación, ya que forma parte de un complejo sindromático (Mangone et al., 2005). En otros casos, la relación de las quejas subjetivas con el rendimiento objetivo de la memoria no está del todo claro, aunque tradicionalmente se las asoció con depresión. En el presente siglo diversos estudios han puesto en evidencia que las QSM no son todas iguales, que no siempre se corresponden con depresión y que pueden asociarse con otras funciones neuropsicológicas, a tal punto que su presencia constituye un criterio de Deterioro Cognitivo Leve (Campagna et al., 2014; Cargin et al., 2008; Galassi et al., 2010; Petersen, 2004, 2016; Silva, 2014; Zandi, 2004). Algunos estudios muestran que las QSM pueden relacionarse con la performance de la memoria cuando refieren problemas en el contexto de la vida diaria (Hertzog et al., 2000), o bien que pueden ser la primera manifestación de demencia en sujetos mayores sin depresión (Jessen et al., 2007; Jonker, 1996; Mias, 2009; Scharovsky et al., 2003). Desde esta perspectiva, el estudio de las QSM muestra un crecimiento significativo en los últimos años, desde que se las dejó de asociar exclusivamente a estados de malestar psicológico, y cobraron significado por su asociación con el Deterioro Cognitivo Leve.

Por otro lado, se destaca el hecho de que las personas no tienen una representación mental de la arquitectura cognitiva como para referir quejas subjetivas con precisión, aludiendo generalmente a problemas de atención y memoria, problemas que también pueden implicar otras funciones neuropsicológicas. Por ello, las QSM pueden guardar relación con un espectro amplio de funciones neuropsicológicas que merecen investigarse, a los fines de diferenciar la implicación primaria

o secundaria de la memoria, y su relación con funciones no memoria, tales como componentes atencionales y de funciones ejecutivas entre otras (Lozoya Delgado et al., 2012; Ruiz Sanchez de León et al, 2011). En este sentido, son escasos y a menudo discordantes los estudios respecto de los correlatos entre las QSM y otras funciones neuropsicológicas diferentes a la memoria, generalmente basados en distintos métodos e instrumentos empleados, como en diferentes contextos clínicos. En otros casos, los estudios se limitan a considerar las QSM como parte de los criterios de DCL objeto de estudio, sin especificar distintos tipos de olvidos y su relación con particulares funciones neuropsicológicas.

La importancia de esta revisión que se limita a los últimos 5 años, radica en analizar la relación de las quejas subjetivas de memoria respecto del desempeño objetivo y distintas funciones neuropsicológicas que pudieran estar asociadas, y que pudieran representar una manifestación de posible inicio de deterioro cognitivo. Los interrogantes que orientaron esta investigación fueron: ¿Las quejas subjetivas de memoria guardan relación con el desempeño en objetivo en pruebas de memoria? ¿Pueden las quejas de memoria relacionarse con otras funciones neuropsicológicas? ¿Se relacionan las quejas con el deterioro cognitivo?

## Objetivo

Con el presente estudio se pretende analizar las quejas subjetivas de memoria y su relación con el rendimiento objetivo de la función mnésica y de otras funciones neuropsicológicas, tanto como su relación con el deterioro cognitivo.

## Método

Este estudio se llevó a cabo en consideración del método PRISMA, siguiendo los pasos de calidad para la revisión sistemática. Del total de 27 ítems propuestos, se han utilizado 19 ítems recomendados por esta metodología, siendo excluidos aquellos que se refieren a estudios metaanalíticos y que exceden los objetivos de esta investigación. Se realizó una búsqueda exhaustiva en la literatura científica publicada en los últimos 5 años en la base PubMed, acerca de las quejas subjetivas de memoria y su relación con la memoria y otras funciones neuropsicológicas.

## Procedimiento

En función del objetivo de este estudio y considerando el método seleccionado, se decidió incluir los siguientes ítems: 1 (título), 2 (resumen estructurado), 3 (justificación), 4 (objetivo), 6 (criterios de elegibilidad), 7 (fuentes de información), 8 (búsqueda), 9 (selección de los estudios), 10 (proceso de extracción de datos), 11 (lista de datos), 16 (análisis adicionales), 17 (selección de estudios), 18 (características de los estudios), 20 (resultados de los estudios individuales), 21 (síntesis de los resultados), 23 (análisis adicionales), 24 (resumen de la evidencia), 25 (limitaciones), 26 (conclusiones). Dado el objetivo de la investigación, no se incluyeron los siguientes ítems: 5 (protocolo y registro), 12 (riesgo de sesgo en los estudios individuales), 13 (medidas de resumen), 14 (síntesis de resultados), 15 y 22 (riesgo de sesgo entre los estudios), 19 (riesgo de sesgo en los estudios), 27 (financiación).

En un comienzo se tuvieron en cuenta diferentes bases de datos, entre ellas: Redib, Doaj, Redalyc, SciELO, Dialnet, y PubMed en las cuales se investigó el

tratamiento que se le daba al propósito de la investigación. En un primer momento la temática fue abordada de forma general sin priorizar filtros específicos de interés para este trabajo. Una vez evaluada la información recolectada en las diferentes bases, se tomó la decisión de abordar la investigación exclusivamente de la base de datos PubMed, dado que los resultados obtenidos eran significativamente más pertinentes y específicos para el tema a profundizar.

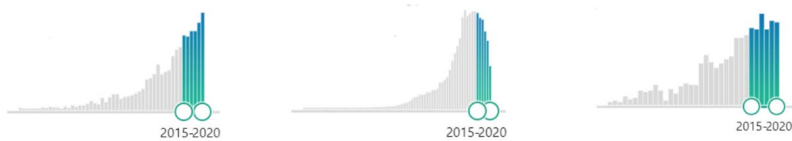
### Términos de búsqueda

Inicialmente se hizo una primera búsqueda tanto en inglés como en español sobre las palabras claves del marco de investigación: quejas subjetivas de

memoria y funciones neuropsicológicas. Los términos de búsqueda revelaron una presencia muy dispar en las bases de datos consideradas inicialmente (tabla 1), motivo por el cual se tomó la decisión de abordar la investigación exclusivamente de la base PubMed, pues los resultados obtenidos resultaron más abundantes, además de admitir la combinación de los términos de búsqueda de este trabajo, como nuevos filtros de selección. De este modo, la búsqueda realizada permitió observar en la base PubMed un incremento notable y sostenido de las publicaciones vinculadas con la temática en los últimos 15 años (figura 1), motivo por el cual se decidió limitar la búsqueda a los últimos 5 años.

*Tabla 1. Distribución de los términos de búsqueda en las bases de datos realizada el 24 de agosto de 2020*

	Redib	DOAJ	Redalyc	Scielo	Dialnet	PubMed	Total
Quejas subjetivas de memoria	10	4	10	5	67	655	751
Funciones neuropsicológicas	31	0	0	16	151	1.074	1.272
Ambos conceptos	0	0	0	0	13	145	158



*Figura 1. Incremento de publicaciones con los términos de búsqueda en los últimos años obtenido de la base PubMed. De izquierda a derecha: Quejas subjetivas de memoria, Funciones neuropsicológicas, Términos de búsqueda asociados.*

Trabajando con la base PubMed, el concepto de quejas subjetivas de memoria arrojó un total de 655 muestras de análisis; y el concepto de funciones neuropsicológicas un total de 1.074 muestras. En un segundo momento, cuando se focalizó en PubMed las palabras “quejas subjetivas de memoria y funciones neuropsicológicas” los resultados de la base arrojaron un total de 145 muestras de análisis. En consecuencia, el total de muestras análisis inicial fue de 1.874.

Con posterioridad a esta búsqueda, se utilizaron filtros específicos que definieron criterios de inclusión y exclusión. En tal sentido, del corpus de publicaciones se incluyeron los siguientes: Idioma: inglés; Fecha de publicación: 2015-2020; Áreas de estudio: Neuropsicología, Neurología y Psiquiatría; Estudios: de naturaleza empírica o descriptiva; Acceso: estudios completos; Contexto del estudio: evaluación clínica o de seguimiento. Se excluyeron los trabajos que impliquen intervenciones terapéuticas o patologías médicas. Con estos filtros se modificaron las cantidades de muestras, obteniendo números considerablemente menores (42). Una vez analizados los artículos, se aplicaron los siguientes criterios de cribaje final de las unidades de análisis: Pertinencia: específica al objetivo de la investigación. Grupo etario: adultos mayores 50 años. De este modo, para esta investigación se terminó seleccionando 23 artículos como unidades de análisis.

## Resultados

En relación con la cantidad de casos evaluados en los estudios revisados, se registró un total de 21.445 participantes, con un promedio de edad de

69,86 años. Las investigaciones incluían inicialmente un 47,70% de los casos (n=10.231) con quejas subjetivas de memoria; y un 13,3% (n=2.804) con algún tipo de deterioro cognitivo.

Considerando el tipo de estudio, los trabajos mostraron una considerable variedad de enfoques y diseños metodológicos, observando estudios desde distintas perspectivas y profundidad. Si bien la mayoría de los diseños es de tipo ex post facto y descriptivos, 13 fueron de corte transversal, 8 longitudinales y de seguimiento, 1 de doble ciego y 1 de diseño pre y postest. Entre los estudios descriptivos, se registraron 7 comparativos, 4 de correlación, 3 de alguna variedad de regresión (logística y lineal). Por otro lado, los estudios longitudinales que enriquecen la mirada respecto de la evolución de las QSM a lo largo del tiempo incluyeron un total de 14.580 casos (67,7%), con un seguimiento entre 3 y 36 meses.

Respecto de los instrumentos utilizados para relevar la presencia de QSM, se observó que 13 trabajos emplearon entrevistas con preguntas diversas respecto de problemas y fallos de memoria autopercebida; 8 trabajos emplearon diversas escalas de quejas subjetivas de memoria (SMCQ, CFQ, MFE30, FAI), y 2 usaron subescalas de problemas de memoria pertenecientes a escalas mayores (Camdex).

Las herramientas empleadas para la valoración de funciones neuropsicológicas incluyen una variedad de pruebas, la mayoría de ellas muy tradicionales y reconocidas internacionalmente, y en dos casos con pruebas de desarrollo local. Estas herramientas resultan muy diversas, reflejando las diferencias en la medida de estas funciones. En tal sentido, se inclu-

yen test de cribado como el Minimental State Examination de Folstein (incluido en 13 estudios), las escalas ACE y ADAS-COG (2 estudios) y el Test del Reloj (2 estudios). Se emplearon también baterías de evaluación de la memoria, como la Escala Wechsler de Memoria III (7 estudios), el Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (4 estudios) y el Test Conductual de Memoria de Rivermead (1 estudio). Por otro lado, se emplearon diversos subtest de la Batería de Inteligencia de Wechsler (13 estudios), entre los cuales el más utilizado es el de dígito-símbolo (8 estudios). También se administraron test específicos, como el Test del Trazo o TMT A y B (en 11 estudios), pruebas de fluidez verbal (10 estudios), subpruebas de denominación de la Batería de Boston (3 estudios), Test de Stroop (3 estudios), y otras pruebas, como la Figura Compleja de Rey y Cubos de Corsi. En términos generales, las herramientas empleadas permiten entrever la evaluación neuropsicológica como resultante de un conjunto de pruebas que responden a modelos teóricos de corte cognitivo, antes que factoriales, sistémicos- funcionales o ecológicos; con la conformación de un set de evaluación de pruebas específicas para determinadas funciones neuropsicológicas, y con un dominio absoluto de mediciones y análisis cuantitativos (100% de los estudios). En este sentido, se observa que muchas funciones neuropsicológicas quedan sin evaluar en la mayoría de los estudios, y que con frecuencia se evalúan funciones neuropsicológicas con una sola prueba, como si hubiera una correspondencia directa y lineal entre ambas.

Respecto a los resultados reportados por los estudios, en el 65,21% se encontró una relación entre las QSM y una disminución objetiva de la memoria episódica, sugiriendo una corresponden-

cia en las quejas subjetivas y la memoria, aunque ello no implica deterioro. Por otro lado, las QSM no siempre refieren la función de memoria, ya que diversos estudios las relacionan con otras funciones neuropsicológicas. Así, en el 56,5% de los trabajos se las vincula con diversas formas de atención (3), memoria operativa (3), funciones ejecutivas que no discriminan componentes específicos (3), lenguaje y denominación (3), fluidez verbal semántica (2), visoespacial (2), velocidad de procesamiento (2), y en un caso se reporta una disminución en habilidades sociales, que podría interpretarse como disminución de la cognición social.

Luego, hay estudios que vinculan las QSM directamente con estados cognitivos que merecen tenerse en cuenta, entre los que se destacan: problemas de memoria (7), deterioro cognitivo leve (5), riesgo de deterioro (5). En suma, el 73,91% de los estudios revisados, sugieren la necesidad de atender a las quejas de memoria formuladas por los adultos mayores, dada su vinculación con funciones neuropsicológicas, aunque solo en el 21,73% de los trabajos se las vincule directamente con el deterioro objetivo. Por el contrario, solo el 26,09% de los estudios, no vinculan las QSM con el estado cognitivo, sugiriendo que variables como la ansiedad, depresión, percepción negativa, enfermedades diversas y demográficas, constituyen las principales fuentes de quejas de memoria. Entre estas variables, se destaca en 7 estudios a la depresión como la variable de más frecuente asociación a las quejas subjetivas de memoria, incluso 3 estudios vinculan la tríada QSM-depresión-deterioro, principalmente cuando las QSM resultan concordantes con el rendimiento objetivo en pruebas de memoria. Otros estudios (1) hallaron mayor asociación entre depresión y QSM en contextos afectivos.

Analizando particularmente los estudios de seguimiento por su interés respecto de la evolución del estado cognitivo en relación a las quejas de memoria, se registró que, de los 8 estudios de este corte, solo 2 encuentran relación

con deterioro cognitivo leve (n=3.709); en 3 estudios se vincula las quejas como factor de riesgo de deterioro (n=4.508), mientras que en los 3 restantes se las vincula principalmente con malestar psicológico (n=5.319).

Figura 2. Diagrama de flujo

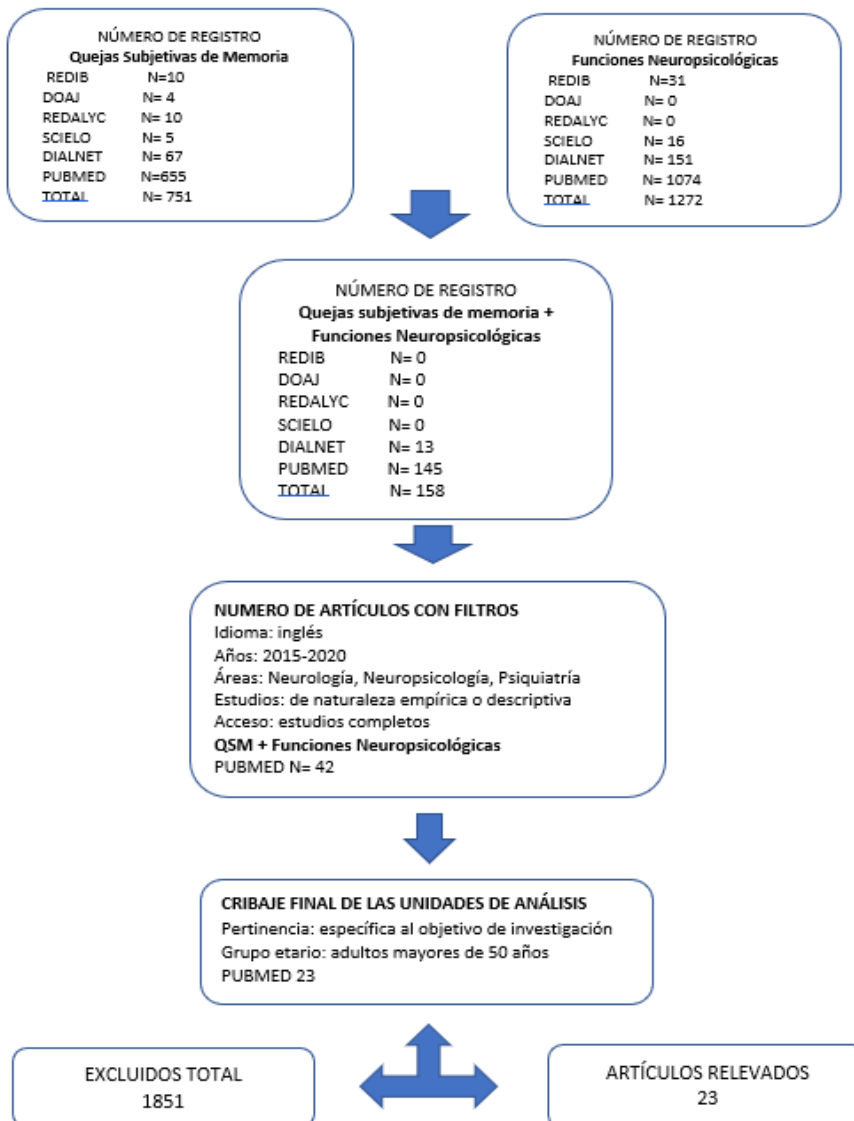


Tabla 2. Detalle de los artículos revisados en relación con los principales puntos de análisis

Autor / Año	Título	Tipo de Estudio Instrumentos principales	Participantes Contexto estudio	Variables asociadas	Resultados Relevantes
1 Arvanitakis, et al. (2017)	Memory Complaints, Dementia, and Neuropathology in Older Blacks and Whites.	Estudio de cohorte longitudinal y uno de cohorte poblacional. Se utilizaron modelos de regresión y efectos mixtos. Instrumento QSM: Preguntas sobre la memoria y olvidos autopercebidos. Para los fallecidos, se determinó si alguna vez se informaron quejas de memoria en todo el estudio.	4.015 personas de la comunidad (28% negros; 74% mujeres). Edad promedio 78 años. Seguimiento con 2.937 casos.	Queja de memoria, demencia. Neuropatología. Variables demográficas como raza.	Las quejas de memoria son comunes en personas mayores de raza negra y blanca. Se asocian con una disminución en el test de cribado de Folstein. Las quejas se relacionan con el deterioro cognitivo, el riesgo de demencia y las patologías neurodegenerativas.
2 Chang, et al. (2017)	Arbitrary and semantic associations in subjective memory impairment and amnesic mild cognitive impairment among Taiwanese individuals: A cross-sectional study ,	Transversal, descriptivo y comparativo. Instrumento QSM: Cuestionario sobre problemas y olvidos autopercebidos. Instrumentos FN principales: Escala de memoria Wechsler III.	183 participantes reclutados de Hospital Universitario Nacional de Taiwan. Edad promedio 69 años. Casos: 30 sin QSM. 61 con QSM. 24 con problemas de memoria. 33 con problemas en múltiples dominios. 35 posible demencia.	Deterioro leve. Demencia. Alzheimer.	Las personas con quejas de memoria tienden a tener un desempeño deficiente en memoria inmediata y diferida verbal, como en la formación de asociaciones arbitrarias. Su relación es mayor con el deterioro multidominio y en la demencia.
3 Chu, et al. (2017)	The association between subjective memory complaint and objective cognitive function in older people with previous major depression.	Transversal, descriptivo y comparativo. Instrumento QSM: subescala del programa de estado mental geriátrico. Instrumentos FN principales: MMSE, WMS III, TMT, Subtest Dígito-Símbolo y cubos de WAIS III. Fluencia verbal semántica (frutas).	159 casos, reclutados de un Departamento de salud Mental. Edad promedio: 66,7 años. Casos: 113 con antecedentes de depresión mayor y 46 controles sanos.	Antecedente de depresión mayor.	Las QSM y depresión asociada se asocia con peor rendimiento en test de cribado y pruebas de memoria, como en velocidad psicomotriz, y flexibilidad cognitiva. QSM y antecedente de depresión mayor requieren atención.
4 Dalpuel, et al. (2019)	Subjective memory complaint and its relationship with cognitive changes and physical vulnerability of	Transversal, descriptivo y comparativo y observacional. Instrumento QSM: Escala de Quejas de	100 casos. Reclutamiento Comunitario Estado de San Pablo, Brasil. Edad promedio:	Vulnerabilidad física.	Las QSM en personas cognitivamente normales correlacionan con las medidas de



		community-dwelling older adults.	Memoria (ancianos e informantes) ACE-RMCS, Instrumentos FN principales: MMSE, ACE-R.	74,3 años. Sujetos cognitivamente normales. Con QSM 45 y sin QSM 55		orientación, atención, función visoespacial.
5	Dardenne, et al. (2017)	Memory Complaints and Cognitive Decline: Data from the GUIDAGE study.	Estudio Multicéntrico doble ciego, controlado con placebo. Instrumento QSM: Escala de McNair y Kahn. Instrumentos FN principales: MMSE TMT A y B Fluidez verbal.	1.307 casos. Reclutados a través médico de cabecera. Promedio edad: 75,84 años. Con quejas subjetivas de memoria y con CDR = 0 al inicio del estudio.	Hipertensión arterial. Enfermedades médicas. Depresión.	Disminución en tareas de memoria diferida libre y total, en pruebas de atención y flexibilidad, en personas con un declive cognitivo y con QSM. Las QSM son un indicador del deterioro de la memoria.
6	Duman, et al (2015)	A Comparison between Subjective Memory Complaints and Objective Memory Deficits in Elderly Patients with Depression or Mild Cognitive Impairment.	Transversal, descriptivo, comparativo. Instrumento QSM: Cuestionario SMCQ. Instrumentos FN principales: Versión turca del MMSE, test del reloj, ADAS-Cog.	89 casos. Reclutados en contexto hospitalario. Promedio edad: 71,5 años. 30 casos con DCL, 29 con depresión mayor, 30 controles.	Depresión, deterioro cognitivo leve.	Discrepancia entre las QSM y el rendimiento cognitivo sugiere depresión más que deterioro cognitivo.
7	Frankenmole, et al. (2017)	Memory strategy use in older adults with subjective memory complaints.	Transversal, comparativo. Evaluación inicial y final a la intervención. Instrumentos QSM: Preguntas sobre problemas y olvidos autopercebidos y la RBMT. Instrumentos FN principales: RAVLT, RBMT, TMT, dígitos, prueba de lectura.	60 casos, reclutados de contexto hospitalario. Promedio edad: 67,1 años. 31 con entrenamiento en estrategias de memoria y 29 controles.	Estrategias de compensación. Reserva cognitiva.	Los adultos con QSM utilizaron más estrategias en la vida diaria que los que no tienen. Estrategias compensadoras de olvidos en sujetos con QSM no mejora el rendimiento objetivo de memoria.
8	Hayes, et al. (2017)	Subjective memory complaints are associated with brain activation supporting successful memory encoding.	Transversal, comparativo. Instrumento QSM: Preguntas sobre problemas de memoria. Instrumentos FN principales: Subtest Escala abreviada de inteligencia de Weschler III (Detroit) RAVLT, TMT, Stroop, FV semántica. Neuroimágenes: Resonancia magnética funcional.	64 casos, reclutados en contexto clínico y comunitario. Promedio edad: 67,9 años. 41 casos con problema de memoria.	Quejas subjetivas de memoria. Deterioro leve. Neuroimágen.	QSM implican de distintos mecanismos neuronales que pueden reflejar una disminución general de la atención dirigida a la tarea. Las QSM implican mayor riesgo de déficit cognitivo o demencia.
9	Kaup, et al. (2015)	Memory complaints and risk of cognitive impairment after nearly 2 decades among older women.	Estudio longitudinal. Instrumento QSM: Evaluación repetidas veces, con la pregunta de sí/no "¿Sientes que tienes más problemas con la memoria que la mayoría?". Instrumentos FN principales: MMSE,	1.107 casos. Mujeres cognitivamente normales. Reclutamiento en centros de salud. Promedio edad: 70,4 años. 89 casos con	Enfermedades antecedentes. Evolución de las QSM a lo largo del tiempo.	Las quejas de memoria se asocian con deterioro cognitivo casi dos años después entre las mujeres mayores. Las quejas pueden ser un síntoma muy temprano de un proceso de

			prueba de Memoria de California.	QSM y 1018 sin QSM.		enfermedad neurodegenerativa como la EA.
10	Kielb, et al. (2017)	Objective features of subjective cognitive decline in a US national Database.	Longitudinal. Seguimiento de casos. Instrumento QSM: Interrogantes sobre problemas de memoria autopercebida. Instrumentos FN principales: Subtest WMS III. Subtest WAIS III. Denominación (Test Boston) Test de Fluidez Semántica. TMT.	3.915 casos. Reclutamiento Centros de Enfermedad de Alzheimer pertenecientes a base de datos mayor. Promedio edad: 75,66 años. 763 casos con QSM y 3.152 sin QSM.	Deterioro cognitivo subjetivo. Queja de memoria. Evolución temporal.	DCL y demencia se presentó con mayor frecuencia en el grupo con QSM. Se necesitan pruebas más sensibles para identificar a las personas con quejas cognitivas vulnerables a deterioro cognitivo y demencia.
11	Mc Allister, et al. (2016)	Everyday functioning and cognitive correlates in healthy older adults with subjective cognitive concerns.	Transversal, descriptivo correlacional y comparativo. Instrumento QSM: Escala de memoria de Williams. Instrumentos FN principales: Batería Funciones Ejecutivas de Kaplan, TMT escala de denominación de Boston.	51 casos. Reclutamiento comunitario accidental. Edad promedio 67,26 años. 25 casos con altas QSM y 26 con baja QSM. Cognitivamente normales.	Función ejecutiva. Actividades funcionales vida diaria.	Las QSM se asocian con disminuciones funcionales, tales como manejo de dinero habilidades sociales y eventos de memoria. Alto nivel de QSM registran cambios funcionales sutiles tempranos del espectro de deterioro cognitivo.
12	Mei, et al., (2018)	Association of Source of Memory Complaints and Increased Risk of Cognitive Impairment and Cognitive Decline: A Community-Based Study.	Longitudinal, tipo epidemiológico. Instrumento QSM: Interrogantes sobre problemas de memoria autopercebidos. Preguntas a informador. Instrumento FN principales: MMSE. Emplea regresión logística para estimar asociación entre QSM y riesgo de DCL.	1.840 casos. Reclutamiento comunitario. Edad promedio 73,6 años. 1.713 casos normales y 127 con DCL.	Deterioro Cognitivo. Quejas de memoria.	Tanto las quejas de memoria identificadas por los participantes y los informantes se asociaron con un mayor riesgo de deterioro cognitivo, especialmente en personas de género masculino y alto nivel educativo.
13	Meyer, et al. (2017)	Prevalence and correlates of subjective memory complaints in Vietnamese adults.	Transversal, de prevalencia y correlacional. Instrumento QSM: Preguntas referidas la memoria. Ud cree que su memoria ha mejorado o empeorado? interfiere su vida cotidiana?, entre otras. Instrumentos FN principales: MMSE. Otro: Escala Epidemiológica de Estudios Depresión (Radloff).	597 casos. Reclutamiento comunitario. Edad promedio: 70,3 años. 354 con QSM y 243 sin QSM.	Quejas de memoria. Deterioro cognitivo. Demencia.	Alta prevalencia de QSM y depresión en adultos. Las quejas se asocian con deterioro cognitivo y depresión. El grupo de QSM presentó puntajes más altos en depresión y más bajos en las funciones cognitivas. Resulta de utilidad la evaluación rutinaria de quejas de memoria y depresión en adultos, a fin de identificar un

					deterioro cognitivo posible.	
14	Park, et al. (2019)	Interactions between subjective memory complaint and objective cognitive deficit on memory performance	Transversal, correlacional, comparativo. Instrumentos QSM: Cuestionario de Quejas Subjetivas de Memoria y actividades vida diaria de Seúl. Instrumentos FN principales: MMSE, Test de Memoria Verbal para Ancianos. Figura simple de Rey, span de dígitos, Bloques de Corsi, fluidez verbal y denominación de Boston.	219 casos. Reclutamiento hospitalario accidental. Promedio edad: 69,4 años. 181 casos cognitivamente normales y 38 con DCL.	Quejas de memoria. Deterioro cognitivo leve.	QSM relacionan con funciones evaluadas. Los correlatos son mayores en el DCL. QSM asocian con menor desempeño en memoria verbal y visoespacial.
15	Reukers, et al. (2020)	Objective cognitive performance and subjective complaints in patients with chronic Q fever or Q fever fatigue syndrome.	Transversal, comparativo, con controles. Instrumento QSM: Cuestionario fallos cognitivos (CFQ). Instrumentos FN principales: RAVLT Figura de Rey, TMT Dígito símbolo, letra símbolo. Fluencia verbal. Stroop.	106 casos Reclutamiento en contexto clínico, accidental. Edad promedio: 60,2 años. 62 con QSM (30 con fatiga crónica por fiebre, 32 sin fiebre); 44 controles.	Síndrome de fatiga por fiebre. Síndrome de fatiga crónica.	QSM se relaciona con estado cognitivo, fatiga crónica y depresión. Disminución en tareas de memoria y ejecutivas, que correlaciona con cuestionarios de autoreporte de QSM y dominios cognitivos.
16	Rios Silva, et al. (2016)	Self-reported and informant-reported memory functioning and awareness in patients with mild cognitive impairment and Alzheimers Disease.	Longitudinal, con descripciones de base. Reevaluación luego de seguimiento de dos años. Instrumentos QSM: Inventario de evaluación de olvidos (FAI). Instrumentos FN principales: MMSE, Bateria NP de Vienna. Dígito símbolo, TMT Stroop. Prueba de Denominación de Boston.	34 casos. Reclutamiento hospitalario. Edad promedio 70.5 años. 19 casos con DCL y 15 controles.	Deterioro cognitivo. Alzheimer. Conciencia cognitiva. Discrepancia participante e informante.	QSM correlacionan con memoria diferida y reconocimiento. En seguimiento correlacionan con lenguaje. Baja correlación entre conciencia cognitiva y deterioro.
17	Rodrigues Bernardes, et al. (2017)	Subjective memory complaints and their relation with verbal fluency in active older people.	Transversal, epidemiológico y descriptivo. Correlacional. Instrumento QSM: Cuestionario de quejas de memoria MAC-Q. Instrumento FN principal: Test de Fluidez verbal semántica.	386 casos. Reclutamiento comunitario de Florianópolis. Edad promedio: 72,2 años.	Quejas subjetivas de memoria. Fluidez verbal.	No se encontró relación entre QSM y fluidez verbal. Las QSM fueron un indicador para aquellos individuos con percepción negativa de la memoria.
18	Schweizer, et al. (2018)	Symptoms of depression in a large healthy population cohort are related to subjective memory	Transversal, descriptivo. Instrumento QSM: Interrogante sobre memoria autopercibida. P.e.	592 completan protocolos de muestra mayor. (n= 2544). Reclutamiento de Centro de	Depresión. Memoria. Emocional. Quejas de memoria auto informadas.	No relación entre las QSM y rendimiento objetivo. El volumen de hipocampo no mostro diferencias con las QSM,

		complaints and memory performance in negative contexts.	Siente, tiene problemas con su memoria? Instrumentos FN principales: Escala de memoria de Weschler III. Neuroimágenes: Resonancia magnética nuclear.	Envejecimiento y Neurociencias. Promedio edad: 66,5 años. El 87% de casos con síntomas depresivos.		memoria objetiva y síntomas depresivos. La depresión se asocia más con QSM en contextos afectivos, más que con pruebas estandarizadas.
19	Snitz, et al. (2015)	Do Subjective Memory Complaints Lead or Follow Objective Cognitive Change? A Five-Year Population Study of Temporal Influence.	Longitudinal, Descriptivo. Valoraciones realizadas en cinco oportunidades. Instrumento QSM: Autoreporte sobre 16 olvidos. (Ganguli). Instrumentos FN principales: MMSE WMS III, Test de Lenguaje de Indiana (Unverzagt), TMT, test Reloj, y fluencia verbal (FAS).	1.980 casos iniciales, con 1161 finales. Reclutamiento comunitario. Edad promedio: 77,7 años. Inicialmente cognitivamente normales.	Envejecimiento. Trastornos de la memoria relacionados con la edad.	QSM se asocian con cambios cognitivos con el tiempo. QSM se relacionan con declive de memoria, lenguaje objetivo y pruebas ejecutivas.
20	Terán-Mendoza, et al. (2016)	Sintomatología frontal, estrés autopercebido y quejas subjetivas de memoria en adictos a sustancias.	Transversal, descriptivo. Instrumentos QSM: Cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana (MFE 30). Escala de estrés Autopercebido EEP14). Instrumento FN principal: Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP).	230 casos. Reclutamiento clínico accidental. adictos a sustancias y 115 con adicción a sustancias 115 controles, igualados en edad, sexo y nivel educativo.	Quejas subjetivas de memoria. Síntomas prefrontales. Estrés autopercebido Adicción a sustancias.	Participantes con adicciones mostraron mayores síntomas prefrontales y fallos de memoria, mostrando correlaciones entre las escalas. QSM relacionan con adicciones, no con estrés.
21	Tsutomimoto, et al. (2016)	Subjective memory complaints are associated with incident dementia in cognitively intact older people, but not in those with cognitive impairment a 24-month prospective cohort study.	Longitudinal. seguimiento de 24 meses. Con 4 grupos de estudio conforme normalidad y deterioro cognitivo con y sin QSM. Instrumentos QSM: Escala subjetiva de memoria de CAMDEX, y preguntas como: ¿Tiene problemas con su memoria? Instrumentos FN principales: Lista de palabras WMS III, TMT, dígito símbolos (WAIS III).	3.671 casos. Reclutamiento comunitario. Edad promedio: 71,7 años. 2.006 con QSM y normales cognitivos 539 con QSM y DCL. 919 sin QSM y normales cognitivos 208 sin QSM y con DCL.	Deterioro cognitivo. Demencia.	Participantes con deterioro y con QSM relacionan con componentes ejecutivos como memoria operativa, atención, flexibilidad. QSM tienen mayor riesgo de deterioro. El riesgo de demencia se incrementa con QSM y deterioro leve multidominio.

22	Yates, et al. (2017)	Subjective memory complaints, mood and MCI: a follow-up study.	Longitudinal. Descriptivo. Instrumento QSM: Preguntas sobre quejas de memoria: ¿Tiene dificultad con su memoria? entre otras. Escala de ansiedad y depresión (GMS) de Copeland Instrumentos FN principales: MMSE y Escala Camdex.	1.344 casos. Reclutamiento comunitario aleatorio. Edad promedio: 73,9 años.	Quejas de memoria. Depresión. Ansiedad. DCL.	Asociación entre QSM y estado de ánimo, tanto de forma transversal como a lo largo del tiempo. Las QSM pueden ser una función de la ansiedad y la depresión en lugar de estar relacionadas con la función cognitiva objetiva.
23	Zlatar, et al. (2018)	Subjective cognitive decline correlates with depression symptoms and not with concurrent objective cognition in a clinic-based sample of older adults.	Transversal, descriptivo. Instrumentos QSM: preguntas autoinformadas de quejas de memoria. Inventario de depresión de Beck. Instrumentos FN principales: WMS III, TMT, Fluidez verbal semántica.	519 casos. Reclutamiento comunitario accidental. Edad promedio: 68,8 años.	QSM. Cognición objetiva. Depresión.	No hay asociación significativa entre QSM y la cognición objetiva después de ajustar por factores demográficos y depresión. QSM relaciona con ansiedad y depresión.

FN: funciones neuropsicológicas

QSM: quejas subjetivas de memoria

DCL: deterioro cognitivo leve

NP: neuropsicológico

MMSE: Mini Examen del Estado Mental (Folstein)

TMT: Trail Making Test/Test de Trazados

WMS: Escala de Memoria de Weschler

RAVLT: Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey

## Discusión

Según los resultados obtenidos en esta investigación, el estudio de las QSM en relación con el desempeño objetivo en funciones neuropsicológicas emplea diversos diseños metodológicos e instrumentos, que bien pueden justificar diferencias en sus hallazgos principales. Se encontraron estudios de corte tanto transversal como longitudinal, con muestras de diversa extracción (principalmente de centros asistenciales y especializados, seguido de reclutamiento comunitario accidental), con una perspectiva de medición y análisis cuantitativo dominante.

Sobre los instrumentos de evaluación de las QSM se encuentra una significativa diversidad, poniendo en evidencia la falta de criterios en su valoración. En tal sentido 13 trabajos emplearon mediante entrevista preguntas diversas respecto de problemas y fallos de memoria autopercibida, que contrasta con 8 trabajos que emplearon diversas escalas estandarizadas, aunque refieren olvidos diversos. En tal sentido, resulta vigente una revisión sobre la conceptualización y evaluación de las QSM (Abdulrab y Heurn, 2008) concluyendo que no existe una definición estándar de esta variable para su uso en investigación, que no se observa un criterio único y el formato

que asume la indagatoria de las quejas subjetivas es muy variable y global. Esto además cobra especial importancia, cuando algunos estudios sugieren que no todos los olvidos tienen la misma significación, no generan los mismos problemas o percepción de cambios de memoria, ni demandan los mismos esfuerzos reparadores o compensadores una vez producidos, y algunos de ellos pueden diferenciar normales de deterioro cognitivo (Amariglio et al., 2011; Bazan et al., 2018; Gallassi, 2010; Mias et al., 2015). En consecuencia, esta diversidad de instrumentos implicaría algunas limitaciones respecto del valor de las quejas de memoria en relación con funciones neuropsicológicas.

Algo similar ocurre con los instrumentos de evaluación neuropsicológica, cuya diversidad tiene como denominador común a pruebas tradicionales, reconocidas internacionalmente, con un encuadre de evaluación basado en modelos cognitivos, antes que factoriales, sistémico-funcionales o ecológicos. Por otra parte, se ha visto que muchas funciones neuropsicológicas quedan sin evaluar a pesar de algunos consensos sobre funciones básicas que se incluyen en evaluaciones neuropsicológicas (Ardila et al., 2019); además de que con frecuencia se evalúan funciones con una sola prueba, como si hubiera una correspondencia directa y lineal prueba-función. Estas consideraciones implicarían algunas limitaciones respecto del grado de representación de las funciones neuropsicológicas en la vida diaria, y por lo tanto de su relación con las QSM.

No obstante, se observa que las QSM se relacionan con funciones neuropsicológicas, aunque ello no implique deterioro objetivo, siendo la depresión una de las principales variables intervinien-

tes que incrementan de modo conjunto el riesgo de deterioro. De modo similar, otros estudios sugieren que 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 et al., 2012; Ruiz-Sánchez de León et al., 2010; 2011).

En este sentido, en el 65% de los casos se encontró una relación entre las QSM y una disminución objetiva de la memoria episódica, y en menor grado con otras funciones neuropsicológicas, principalmente componentes de tipo ejecutivo, como atención, memoria operativa; además de lenguaje y denominación, fluidez semántica, función visoespacial y velocidad de procesamiento. Estos resultados son coincidentes con estudios precedentes que vienen sugiriendo que funciones atencionales y ejecutivas serían productoras de quejas de memoria, incluso en sujetos con deterioro cognitivo leve tipo no memoria (Campagna et al., 2014; Ruiz-Sánchez de León et al., 2010). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que se trata de funciones que también pueden verse desorganizadas por efecto de variables psicológicas, tales como ansiedad, depresión y estrés, entre otras. Quizás por ello, la relación entre QSM y funciones neuropsicológicas no siempre es clara o implica un deterioro cognitivo. De hecho, solo un 22% de los estudios vincula directamente estas variables, mientras que un 26% las vincula con malestar psicológico, sin exploraciones profundas más allá de la depresión como indicador de malestar; y sin indagar el carácter primario o secundario de las QSM con relación al estado psicoafectivo. En este sentido, debieran tenerse en cuenta las diferencias entre síntomas depresivos, depresión geriátrica (frecuente en adultos mayores), la depresión como enfermedad y los sín-

dromes apáticos-abúlicos, algo que no está debidamente discriminado en los estudios, dada la tendencia a referir o diagnosticar depresión en base a puntajes obtenidos en cuestionarios (en su mayoría la Geriatric Depression Scale de Yesavage, y el II Inventario de Depresión de Beck). Esto resultaría importante, en virtud de que en ocasiones se considera los cambios significativos del humor y la depresión como un síntoma inicial de un deterioro en curso (Mangone, 2005). Otros estudios en cambio han puesto en evidencia que las QSM se asocian con depresión o malestar psicológico en sujetos cognitivamente normales, pero que su frecuencia aumenta significativamente en sujetos con deterioro leve y sin depresión (Mias et al, 2015).

Se observa entonces que más de la mitad de los trabajos encuentran relaciones complejas e interdependientes referidas a problemas de memoria o riesgo de deterioro, que sugieren una alerta frente a las QSM enunciadas por adultos mayores. En esta investigación se destaca además la implicación de funciones no memoria, particularmente ejecutivas, verbales, visoespaciales y velocidad de procesamiento; que en ocasiones suelen atribuirse como quejas de memoria, en ausencia de una representación mental de la arquitectura cognitivo-funcional por parte de las personas. Por este motivo se viene desarrollando y empleando instrumentos valorativos de Quejas Subjetivas Ejecutivas (QSE) que se complementan con las escalas de quejas de memoria, tales como el Cuestionario Disejecutivo de Wilson (Luna et al., 2012), la Escala de Quejas Subjetivas Ejecutivas (Mias et al., 2010; 2020), y otros más integrados, como el Cuestionario de Quejas Cognitivas (Llarena-Nuñez et al., 2020). Por lo tanto, relacionar las quejas de memoria, distintos tipos de

olvidos o despistes y otras quejas subjetivas cognitivas, con un espectro amplio de funciones neuropsicológicas, resulta importante para la sospecha de cambios cognitivos que orientan hacia un posible deterioro no memoria como diagnóstico diferencial.

Finalmente, a partir del material relevado se encuentran puntos de interés que sugieren mayores investigaciones de lo que parece ser un complejo sindrómico que excede el estudio de variables independientes únicas y valoradas de modo global. En tal sentido, resultaría importante esclarecer el carácter primario o secundario del malestar psicológico con relación a las QSM en sujetos cognitivamente normales y con deterioro; también discriminar variantes psicoafectivas con mayor precisión y amplitud; tanto como el efecto de enfermedades propias de la vejez y el declive cognitivo esperable. Asimismo, sería deseable investigaciones con instrumentos de validez ecológica, que dieran mayor representatividad en la vida cotidiana a mediciones clásicas de las funciones neuropsicológicas. Sobre la evaluación de las QSM sería aconsejable cierto consenso respecto de algunas escalas estandarizadas y conocidas internacionalmente sobre QSM, además de integrarse con la exploración de quejas subjetivas cognitivas en general y ejecutivas en particular. Por otro lado, también sería conveniente explorar las QSM no de modo global, sino diferenciando olvidos específicos en relación con las actividades de la vida diaria e indagando respecto de si constituyen un problema que demanda esfuerzos reparadores significativos.

En síntesis, de acuerdo con los datos recabados podría inferirse que las QSM se vinculan con memoria objetiva y otras funciones neuropsicológicas. Si bien no

se asocian directamente a un deterioro cognitivo, se asociarían a un mayor riesgo de desarrollarlo a futuro. La depresión resultaría ser una de las principales variables intervinientes que incrementan conjuntamente dicho riesgo. Por otro lado, dada la diversidad de resultados en el estudio de lo que parece ser un complejo sindromático, resulta importante consensuar criterios de evaluación de quejas subjetivas de memoria y distintos tipos de olvidos, con la inclusión de quejas cognitivas no memoria.

## Bibliografía

– 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.

– Allegri, R. F., Laurent, B., Thomas-Anterion, C., Serrano, C.M. (2005). La memoria en el envejecimiento, el deterioro cognitivo leve y el Alzheimer. *Polemos*.

– Amariglio, R. E., 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.

– Ardila, A., Roselli, M. (2019). *Neuropsicología Clínica. El Manual Moderno*.

– Arvanitakis, Z., Sue, M.S., Leurgans, E., Fleischman, D.A., Schneider, J.A., Rajan, K.B., Pruzin, J., Shah, R.C., Evans, D.A., Barnes, L.L., Bennett, D.A. (2017). Memory Complaints, Dementia, and Neuropathology in Older

Blacks and Whites. *Annals of Neurology*, 83(4), 718–729.\*

– Bazan, I.G., Beraudo, A., Fernandez, C., Muñoz, M., Rosina, M., Bastida, M., Mias, C.D. (2018). Quejas Subjetivas de Memoria, Olvidos Diferenciales y su Relación con la Depresión en Adultos Mayores Normales, con Deterioro Cognitivo Leve y Demencia. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(3), 188-196.

– 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.

– Cargin, J.W., 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, 245-257.

– Chang, H.T., Chen, T.F., Cheng, T.W., Lai, Y.M., Hua, M. (2017). Arbitrary and semantic associations in subjective memory impairment and amnesic mild cognitive impairment among Taiwanese individuals: A cross-sectional study. *Journal of the Formosan Medical Association*, 117(5), 427-433.\*

– Chu, S.C., Sun, W., Begum, A., Liu, S., Chang, C.J., Chiu, W.C., Chen, C.H., Tang, H.S. (2017). The association between subjective memory complaint and objective cognitive function in older people with previous major depression. *PLoS ONE* 12(3), Article e0173027. doi:10.1371/journal.pone.0173027.\*

– Dalpuel, D., Rossi, P.G., Almeida, M.L. (2019). Subjective memory complaints and its relationship with cognitive changes and physical vulnerability of community-dwelling older adults. *Dement Neuropsychol*, 3, 343-349.\*



- Dardenne, S., Delrieua, J., Sourdet, S., Canteta, C., Andrieua, S., Mathieux-Fortunet, H., Fougère, B., Vellasa, B. (2017). Memory Complaints and Cognitive Decline: Data from the GUIDAGE Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 60, 1567–1578.\*
- Duman, B., Ozel Kizil, E.T., Baran, Z., Kiricia, S., Turans, E. (2015). A Comparison between Subjective Memory Complaints and Objective Memory Deficits in Elderly Patients with Depression or Mild Cognitive Impairment. *Turkish Journal of Psychiatry*, 27(1), 1-7.\*
- Frankenmolen, N.L., Overdorp, E.J., Fasotti, L., Claassen, J. Kessels, R., Oosterman, J.M. (2017). Memory strategy use in older adults with subjective memory complaints. *Aging Clin Exp Res*, 29(5), 1061–1065.\*
- Gallassi, R., Oppi, F., Poda, R., Scorticini, S., Stanzani, M., Marano, G., Sambati, L. (2010). Are subjective cognitive complaints a risk factor for dementia?. *Neurological Sciences*, 31(3), 327-336.
- Hayes, J.M, Tang, L., Viviano, R.P., van Rooden, S., Ofen, N., Damoiseaux, J.S. (2017). Subjective memory complaints are associated with brain activation supporting successful memory encoding. *Neurobiology of Aging*, 60, 71-80.\*
- 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.
- Jessen, F., Wiese, B., Cuetanoska, G., Fruchs, A. (2007). Patterns of subjective memory impairment in the elderly: association with memory performance. *Psychological Medicine*, 37 (12), 1753-1762.
- Jonker, C., Launer, L.J., Hooijer, C., Lindebom, J. (1996). Memory complaints and memory impairment in older individuals. *Jour Am Geriatr Soc*, 44(1), 93-94.
- Kaup, A.R., Nettiksimmons, J., LeBlanc, E.L., Yaffe, C., (2015). Memory complaints and risk of cognitive impairment after nearly 2 decades among older women. *American Academy of Neurology*, 85(21), 1852-1858. \*
- Kielb, S., Rogalskia, E., Weintrauba, S., Rademaker, A. (2017). Objective features of subjective cognitive decline in a US national database. *Alzheimer's & Dementia*, 13(12), 1337-1344.\*
- 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.
- Luna-Lario, P., Seijas-Gómez, R., Tirapu-Ustárroz, J., Hernández-Goñi, P., Mata-Pastor, I. (2012). Estructura factorial del cuestionario disejecutivo en una muestra de población española con daño cerebral adquirido y quejas de déficit de memoria. *Rev Neurol*, 55 (11), 641-650.
- Llarena-Nuñez, S., Bruno, D. (2020). Validación del Cuestionario de Quejas Cognitivas. *Neurología Argentina*, Article <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2020.09.004>.
- Mangone, C.A., Allegri, R.F., Arizaga, R.L., Ollari, J.A. (2005). *Demencia: Enfoque multidisciplinario*. Primera Edición. Pólemos.
- McAlister, C., Schmitter-Edgecombe, M. (2016): Everyday functioning and cognitive correlates in healthy older adults with subjective cognitive concerns. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(7), 1087-103.\*

- Mei, X.Q., Gu, L. Tang, H., Chen, S., Ma, J.F. (2018). Association of Source of Memory Complaints and Increased Risk of Cognitive Impairment and Cognitive Decline: A Community-Based Study. *Chin Med Jour*, 131, 894-8.\*
- Meyer, O.L., Leggett, A., Liu, S., Nguyen, N.G. (2017). Prevalence and correlates of subjective memory complaints in Vietnamese adults. *International Psychogeriatrics*, 30(7), 1039–1048.\*
- Mias, C.D. (2009). Quejas subjetivas de memoria y deterioro cognitivo leve. Encuentro Grupo Editor.
- Mias, C.D. (2010). Funciones Ejecutivas: quejas subjetivas en la normalidad y el deterioro cognitivo leve. *Rev de Salud Pública*, 117, 13-14.
- Mias, C.D., Luque, L., Bastida, M., Correche, M.S. (2015). Quejas subjetivas de memoria, olvidos de riesgo y dimensiones psicopatológicas: aspectos diferenciales entre el declive y deterioro cognitivo leve. *Revista de Neuropsiquiatría, Neuropsicología y Neurociencias*, 15(2), 53-70.
- Mias, C.D., Tornimbeni, S. (2020). Metodología de la investigación, estadística aplicada e instrumentos en neuropsicología. Segunda Edición. Encuentro Grupo Editor.
- Park, S., Lee, J.H., Lee, J., Cho, Y., Park, H.G., Yoo, Y., Youn, J.H., Ryu, S.H., Yeon Hwang, H., Kim, J., Lee, J.Y. (2019). Interactions between subjective memory complaint and objective cognitive deficit on memory performances. *BMC Geriatrics*, 19(294), 1-8.\*
- Petersen, R.C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256, 183-194.
- Petersen, R.C. (2016). Mild cognitive impairment. *Continuum Review Article*, 22(2), 404–418.
- Reukers, D.F., Aaronson, J., van Loenhout, J.A., Meyering, B., van der Velden, K., Hautvast; J.L., van Jaarsveld, C.C., Kessels, R.P. (2020). Objective cognitive performance and subjective complaints in patients with chronic Q fever or Q fever fatigue syndrome. *BMC Infectious Diseases*, 20(39), 2-8.\*
- Rios Silva, M., Moser, D., Pflüger, M., Pusswald, G., Stögmann, E., Dal-Bianco, P., Auff, E., Lehrner, J. (2016). Self-reported and informant-reported memory functioning and awareness in patients with mild cognitive impairment and Alzheimers disease. *Neuropsychiatr*, 30, 103–112.\*
- Rodrigues Bernardes, F., Kretzer Machado; C., Coan Souza, M., Machado, M.J., Megumi; A., Belaunde, A. (2017). Subjective memory complaints and their relation with verbal fluency in active older people. *CODAS*, 29(3). Article e20160109, doi: 10.1590/2317-1782/20172016109.\*
- Ruiz-Sánchez de León, J. M., LlaneroLuque, 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.
- Ruiz Sánchez de León, J.M., Moratilla, I., Llanero Luque, M. (2011). Fluidez verbal escrita en el envejecimiento normal con quejas subjetivas de memoria y en el deterioro cognitivo leve. *Psicología clínica y de la salud*, 27(2), 360-365.
- Scharovsky, D., Ricci, L., Natal, M. (2003). Las quejas por fallas en la memoria, un síntoma importante. *Revista del Hospital Privado de la Comunidad, Universidad Nacional de Mar del Plata*, 6, 1-6.

– Schweizer, S., Kievit, R.A., Emery, T., Can C., Henson, R.N. (2018). Symptoms of depression in a large healthy population cohort are related to subjective memory complaints and memory performance in negative contexts. *Psychological Medicine*, 48(1), 104–114.\*

– 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.

– Snitz, B.E., Small, B.J., Wang, T., Chang, C.C., Hughes, L., Ganguli, M. (2015). Do Subjective Memory Complaints Lead or Follow Objective Cognitive Change? A Five-Year Population Study of Temporal Influence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 21, 732-742.\*

– Terán-Mendoza, O., Sira-Ramos, D., Guerrero-Alcedo, J., Arroyo-Alvarado, D. (2016). Sintomatología frontal, estrés autopercebido y quejas subjetivas de memoria en adictos a sustancias. *Rev Neurol*, 62, 296-302.\*

– Tsutsumimoto, K., Makizako, H., Doi, T., Hotta, R., Nakakubo, S., Makino, K., Shimada, H., Suzuki, T. (2016). Subjective Memory Complaints are Associated with Incident Dementia in Cognitively Intact Older People, but Not in Those with Cognitive Impairment: a 24-Month Prospective Cohort Study. *Am Jour of Geriatric Psychiatry*, 25(6), 607-616.\*

– Yates, J., Clare, L., Woods, R.T. (2017): Subjective memory complaints, mood and MCI: a follow-up study. *Aging & Mental Health*, 21(3): 313–321.\*

– Winbald, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund,

L. O., Nordberg, A., Bäckman, L., Albert, M., Almkvist, O., Arai, H., Basun, H., Blennow, K., De Leon, M., De Carli, M., Erkinjuntti, T., Giacobini, E., Graff, C., Hardy, J., Jack, C., Jorm, A., Ritchie, K., Van Duijn, C., Visser, P., Petersen, R.C. (2004). Mild cognitive impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256, 240-246.

– 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.

– Zlatar, Z.Z., Muniz, M., Galasko, D., Salmon, D. (2018). Subjective cognitive decline correlates with depression symptoms and not with concurrent objective cognition in a clinic-based sample of older adults. *Gerontol B Psychol Sci Soc*, 73(7), 1198-1202.\*