



## Quejas Subjetivas de Memoria, Olvidos Diferenciales y su Relación con la Depresión en Adultos Mayores Normales, con Deterioro Cognitivo Leve y Demencia

**Resumen.** En adultos mayores las quejas subjetivas de memoria (QSM) tienen relación con estados depresivos, pero también constituyen un criterio de deterioro cognitivo. Resulta importante determinar olvidos diferenciales y la influencia de depresión, tanto en la normalidad y deterioro cognitivo. Objetivos. 1. Determinar olvidos diferenciales de normalidad cognitiva, deterioro leve (DCL) y moderado (DCM). 2. Explorar si la depresión influye sobre las QSM. Materiales y métodos. Estudio: transeccional, comparativo. Ex post facto. Muestra: accidental (n=271; 147 mujeres). Edad m=67,5 (DT=7,58), e instrucción m=12,32 (DT=4,71); valorados en el Servicio de Neuropsicología UNC. Los Grupos: Normal (n=93), DCL (n=102), DCM (n=76), sin diferencias por género, edad e instrucción (p>0,05). Instrumentos: Inventario Quejas Memoria (Mias, 2010), Cuestionario Depresión (Yesavage). Estadísticos: Anova (post hoc Bonferroni) con control de homocedasticidad; y regresión lineal. Resultados. Se encontraron olvidos diferenciales del deterioro (p<0,01) como: fechas, citas, lugar donde deja objetos, suceso reciente, tomar remedios y tener que recordar. En sujetos sin depresión, los olvidos que correlacionan con el estado cognitivo son: “olvidar la fecha” y “olvidar qué se tenía que recordar” (r<sup>2</sup>=0,80; p=0,001). En sujetos con depresión, correlacionaron los olvidos: “lugar donde deja objetos” y “nombre personas conocidas” (r<sup>2</sup>=0,79; p=0,015). Conclusión. Existen olvidos diferenciales de la normalidad, aunque muchos de ellos pueden estar modulados por el efecto depresión. Sin embargo, en sujetos sin depresión los olvidos que correlacionan con el estado cognitivo son: “olvidar la fecha” y “olvidar lo que se tenía que recordar”. Estos resultados sugieren que no todos los olvidos tienen la misma significación, y que pueden constituir una importante alerta que justifique estudios neurocognitivos preventivos.

**Abstract.** In older adults subjective memory beliefs (SMB) are related to depression, but also are a criterion of mild cognitive impairment (MCI). It is important to determine the influence differential oversights and depression in both normal and mild cognitive impairment. Aims: 1. To determine differential oversights of cognitive normality, mild cognitive impairment (MCI) and moderate cognitive impairment (Dementia). 2. To explore if the depression influences on the SMB. Materials and methods. Study: cross-sectional, comparative. Ex post facto. Sample: accidental (n = 271; 147 women). Age m = 67.5 (SD = 7.58), and instruction m = 12.32 (SD = 4.71); valued at UNC Neuropsychology Service. Groups: Normal (n = 93), MCI (n = 102), dementia (n = 76), with no differences by gender, age and education (p > 0.05). Instruments: Inventory memory beliefs (Mias, 2010), Depression Questionnaire (Yesavage). Statistics: ANOVA (post hoc Bonferroni) homocedasticity controlled; and linear regression. Results. dates, appointments, where leaves objects, recent event, taking medicines and having to remember: differential oversights deterioration (p < 0.01) as were found. In subjects without depression, forgetfulness that correlate with cognitive state are: "forget the date" and "forget what had to remember" (r<sup>2</sup> = 0.80, p = 0.001). In patients with depression, forgetfulness correlated "where leaves objects" and "persons known name" (r<sup>2</sup> = 0.79, p = 0.015). Conclusion. There oversights differential of normality, although many of them may be modulated by the depression effect. However, in subjects without depression oversights that correlate with cognitive state they are: "forget the date" and "forget what had to remember." These results suggest that not all have the same meaning oversights, which can be an important warning that justifies preventive neurocognitive studie.

Bazán, Ivana Giselle <sup>a</sup>, Beraudo, Anabella <sup>a</sup>, Fernández, Constanza <sup>a</sup>, Muñoz, Martín <sup>a</sup>, Rosina, Mabel Lorenza <sup>a</sup>, Bastida, Marisa <sup>a,c</sup>, y Mías, Carlos Daniel <sup>a,b,d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neuropsicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba  
<sup>b</sup> Cátedra de Neuropsicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>c</sup> Cátedra Clínica Psicológica y Psicoterapias, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>d</sup> Cátedra de Neurofisiología y Neuroanatomía, Facultad de Psicología, UNC.

### Palabras claves

Memoria; Depresión; quejas subjetivas; deterioro leve; demencia

### Keywords

Memory; Depression; Memory Beliefs; Mild Cognitive Impairment; Dementia

### Enviar correspondencia a:

Bazán, I. G.  
ivanagisellebazan@gmail.com

## 1. Introducción

En la actualidad existe en la mayoría de los países un aumento de la expectativa de vida y un crecimiento significativo de la población de adultos mayores (Mangone , Allegri , Arizaga , Ollari, 2005). Este fenómeno de envejecimiento poblacional se debe a la disminución de la natalidad y al aumento de la longevidad por las mejores condiciones de vida (Mias, 2008). Sólo en nuestro país, los mayores de 65 años suman 4.100.648 y en la provincia de Córdoba 369.518 personas, según datos del INDEC del 2010. Mientras que en 1970 el índice de envejecimiento de la población era 23, en el año 2010 éste valor se incrementó a 40 (Casado et al., 2001). El envejecimiento progresivo de la población ha determinado una epidemia silenciosa de demencias que aumentará en el futuro. Cabe destacar que, el descenso del rendimiento cognitivo de la población anciana tiene una distribución continua con una elevación progresiva del declive cognitivo (Bermejo, Gabriel, Fernández & Hofman 1999). Actualmente, es evidente que la demencia es el final de un continuo de deterioro que comienza en el límite del funcionamiento cognitivo normal en los ancianos y termina en la demencia severa (Petersen, 1995). Frente a esto, ha comenzado a producirse un creciente interés por detectar formas clínicas de riesgo entre el envejecimiento normal y algunas enfermedades asociadas a la edad, que pudieran predecir en un futuro el desarrollo de demencia y sobre las cuales puede efectuarse una prevención secundaria. Existe en la actualidad cierto consenso respecto a considerar al deterioro cognitivo leve (en adelante DCL) como una zona limítrofe que permite identificar estados de declive cognitivo previos a la demencia. El declive se caracteriza por cambios cognitivos tales como: “una disminución en la capacidad para codificar, retener y evocar información nueva, en las habilidades visoespaciales y la velocidad de procesamiento de información. Así, el “declive no implica deterioro” ni una disminución significativa de las capacidades de aprendizaje, de resolución de problemas y adaptación a la vida diaria” (Mias, 2008). Petersen et al (2001) establecen criterios diagnósticos para el DCL: en primer lugar, deben existir quejas subjetivas sobre un déficit en la memoria, preferentemente comprobadas por un familiar; además de un deterioro cognitivo objetivo, y sin signos de demencia. Por otro lado la depresión en la tercera edad puede afectar de forma significativa a los adultos mayores y puede comportarse como factor de riesgo de deterioro cognitivo. Por lo tanto la detección precoz de la depresión, su identificación temprana y el diagnóstico diferencial entre el envejecimiento normal y los cambios asociados a los procesos demenciales es de gran importancia para el desarrollo de intervenciones preventivas y asistenciales (Sanchez Gil et.al., 2009). En este trabajo nos propones estudiar algunos factores subjetivos diferenciales entre declive y deterioro cognitivo, focalizando las quejas de memoria y la afectación del estado de ánimo. Las quejas subjetivas de memoria (QSM) tienen relación con estados depresivos, pero también constituyen un criterio de deterioro cognitivo. En tal sentido, resulta importante determinar olvidos diferenciales y la influencia de depresión en normalidad y deterioro.

### 1.1. *Objetivos*

1. Determinar olvidos diferenciales de normalidad cognitiva, deterioro leve (DCL) y moderado (DCM). 2. Explorar si la depresión influye sobre las QSM en los grupos.

## 2. **Materiales y métodos**

*Tipo de estudio y diseño:* Transversal, comparativo y exploratorio; de diseño ex post facto.

### 2.1. *Participantes*

*Población:* Personas concurrentes al Servicio de Neuropsicología, UNC; que cumplen protocolo completo de evaluación cognitiva, conductual y familiar; y de consentimiento informado.

*Muestra:* compuesta por 271 sujetos, con edad promedio de 67,5 (DT=7,58); y nivel de instrucción de 7 a 17 años (m=12,32; DT=4,71). Se dividió a los grupos según su estado cognitivo en normales (n=93), con deterioro cognitivo leve (n=102), y deterioro cognitivo moderado (n=76), sin diferencias por género, edad e instrucción.

### 2.2. *Criterios para determinar el estado cognitivo*

a- Normal: 1. Referencia satisfactoria del funcionamiento cognitivo para la adaptación a las exigencias de la vida diaria en todas las áreas. 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. c- Deterioro cognitivo moderado: 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. 3. Afectación de AVD instrumentales, corroborado por familiar informante. Operacionalmente: Resultados en los test con un desvío estándar superior a 2 por debajo de la media, en relación a la edad y nivel de instrucción. 4. Afectación de actividades instrumentales de la vida diaria.

### 2.3. *Instrumentos*

#### 2.3.1. *Protocolo de admisión*

El mismo se completará con información relativa a datos socio familiares, nivel educativo, profesión, nivel socioeconómico, antecedentes de enfermedades neurológicas y psiquiátricas,

presencia de enfermedades somáticas (hipertensión, diabetes etc.), presencia de medicación que afecta sistema nervioso, horas de sueño, horas de actividad física diaria, consumo de tabaco (años de fumador) y frecuencia de lectura diaria (según escala ordinal de nunca a frecuentemente). Además se interroga sobre la presencia de quejas de memoria del participante (Si-No) y si es causa de problemas en la vida diaria (Si-No). Se completa con interrogatorio de familiar informante que indica si observa cambios en la memoria del participante, empleando una escala ordinal (nada, poco, más o menos, mucho). Este protocolo es importante para la valoración global del estado cognitivo.

La variable socioeconómica fue operacionalizada de igual modo que en un estudio previo de prevalencia realizado en nuestro medio, considerando para su construcción las variables de ingreso mensual propio, cobertura social, vivienda y automóvil propios o con el cónyuge.

### 2.3.2. Valoración Neuropsicológica

1. Test minimental de Folstein (Ardila y Ostrosky, 2012).
2. Test del reloj a la orden (Burin, Drake y Harris, 2007).
3. Figura compleja de Rey (Ardila y Ostrosky, 2012).
4. Aprendizaje de palabras WMS III (Burin et al, 2007).
5. SPAM verbal dígitos (Wais III) (Burin et al, 2007).
6. Ordenamiento número-letra (Wais III) (Burin et al., 2007).
7. Test de denominación de Boston (Ardila y Ostrosky, 2012).
8. INECO Frontal screening (Burin et al, 2007).
9. Subtest de dígitos símbolos (WAIS- III) (Ardila y Ostrosky, 2012).
10. Test de Stroop de Golden (Ardila y Ostrosky, 2012).
11. Test de fluidez verbal semántica (Burin et al, 2007).
12. Test de fluidez verbal fonológica (Burin et al, 2007).
13. Prueba de comprensión de texto y abstracción (Luria).
14. Test de analogías (Waiss III) (Ardila y Rosselli, 2007; Burin et al, 2007).
15. Prueba de memoria episódica con sentido ecológico (Mías, 2008).
16. Subprueba de memoria semántica remota (RAMI – Test de alteración de la memoria) (Rami, Molinuevo, Bosch, Sánchez-Valle & Villar, 2007).
17. Prueba de rastreo o de trazo (Trail making test) (Ardila y Ostrosky, 2012).

### 2.3.3. Valoración conductual

*Cuestionario de quejas de memoria:* creado por Maroto (2000) adaptado y ampliado por Mías (2005). Consiste en un cuestionario de autoreporte que consta de 20 ítems que refieren un listado de distintos tipos de olvidos y despistes frecuentes en adultos mayores, como olvidos de nombres, caras, citas, palabras apropiadas, actos involuntarios, entre otros. Los ítems 6 añadidos a la escala original

indagan sobre olvidos generalmente más cercanos a la demencia: olvidar el significado de palabras conocidas, de manipulación de objetos cotidianos, de un suceso o hecho completo reciente, hechos del pasado, y olvidar tener que acordarse. Dichos olvidos se valoran mediante una escala de 1-10 mediante la cual las personas deben valorar la frecuencia de sus olvidos en el último mes, como medida de las quejas de memoria, donde a mayor puntuación corresponde a mayor frecuencia de tales olvidos. Para el puntaje final, se suman todos los valores de las respuestas siendo el máximo 200 y el mínimo 20 y se divide por 20. De esta forma se obtiene un número entre 1 y 10 que nos indican la frecuencia media de los olvidos o quejas subjetivas. Pasados los cinco puntos se considera quejas de frecuencia considerable y creciente. Para este estudio se estableció su coeficiente de confiabilidad (Alfa de Cronbach) y se obtuvo un valor de 0,95 indicador de una muy buena confiabilidad. (Mías, 2009).

*Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS 30)*. Diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión. Consta de 30 ítems en las que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. El mismo puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Los índices psicométricos establecidos son buenos, con una elevada consistencia interna, elevados índices de correlación con otras escalas como las de Hamilton y Zung, y buena validez predictiva (sensibilidad 84%, especificidad 95%, para un punto de corte  $\geq 15$ ; y del 100% y 80%, respectivamente, para un punto de corte  $\geq 11$ ). Además posee estudios de validez convergente.

#### 2.3.4. Definición de variables dependientes

1) Quejas subjetivas de memoria (QSM). *Conceptual*: conjunto de olvidos y despistes conscientes y frecuentes que motivan una desconfianza en la memoria, y eventualmente el desarrollo de actos reparadores o compensatorios, como la expresión verbal de quejas. *Operacional*: resultado obtenido por la aplicación del cuestionario de quejas de memoria de Marotto, ampliado y adaptado por Mías. 2) Depresión. *Conceptual*: afectación del estado de ánimo gran parte del día, caracterizado por sentimientos de tristeza, desesperanza, inutilidad y desinterés general, con ideas pesimistas y conductas de retracción y abandono. *Operacional*: puntaje obtenido en la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

### 2.3.5. Análisis estadístico

En primer lugar, con el fin de indagar las QSM diferenciales en los tres grupos se aplicó una ANOVA con el test post hoc de Bonferroni, con control de normalidad y homocedasticidad. Luego, para determinar los olvidos que predicen los grupos, se aplicó un análisis de regresión lineal, en sujetos con y sin depresión.

### 3. Resultados

La edad promedio de los participantes fue de 67,5 (DT=7,58), y de instrucción de 12,32 (DT=4,71). Los grupos no difieren en relación a las variables género ( $p=0,63$ ); edad ( $p=0,68$ ) y grado de instrucción ( $p=0,55$ ); por lo que se controlan variables confusoras frecuentes en neuropsicología. Luego, en el primer análisis propuesto, se encontraron olvidos diferenciales del deterioro ( $p<0,01$ ) como: fechas, citas, lugar donde deja objetos, suceso reciente, tomar remedios y tener que recordar. En tabla 1 se observan las principales diferencias de quejas subjetivas de memoria discriminadas por grupo. Este hallazgo abona la hipótesis de que no todos los olvidos o quejas de memoria tendrían la misma significación, al menos en su frecuencia percibida.

**Tabla 1.** Comparación de la frecuencia percibida de los distintos olvidos (M) en los grupos.

	Normal (n=93)	DCL (n=102)	Sig.
Nombres personas conocidas	2,75	5,50	
Caras conocidas	1,67	4,50	NS
Citas, compromisos	3,50	6,00	0,003
Lugar de objetos	4,75	7,50	0,022
Olvida lo que acaban de decir	3,25	4,50	0,02
Numero teléfonos frecuentes	2,67	3,50	NS
Olvida lo que está hablando	2,75	7,00	NS
Olvida palabra apropiada	4,00	9,00	NS
Olvida si realizó una acción	3,50	8,50	NS
Olvidos para tramites o compras	3,50	5,50	NS
Olvida fecha	1,25	2,00	0,000
Olvido de párrafo	2,50	9,00	NS
Olvida que iba a hacer	3,75	8,50	0,020
Olvida tomar remedios	1,75	5,50	0,007
Olvida partes de historias o relatos	5,33	6,50	0,050
Olvida suceso reciente completo	4,33	4,50	0,001
Olvida hechos del pasado	3,00	4,50	NS
Olvida significado palabras conocidas	1,00	1,50	NS
Olvida usos de objetos conocidos	1,33	2,50	NS
Olvida que tenía que recordar	3,25	8,00	0,014

NS= no significativo.

En segundo lugar, se procedió a analizar el efecto de la depresión en los grupos. En tal sentido, se encontró que los grupos difieren en cuanto la sintomatología referida al estado anímico (Tabla 2). El grupo cognitivamente normal presenta un puntaje menor en la escala GDS de Yesavage ( $m=9,50$ ), que se diferencia de los grupos con deterioro leve ( $m=12,81$ ) y moderado ( $m=14,51$ ). Esto significa

que la afectación del estado de ánimo se incrementa con la severidad del deterioro, hasta la irrupción de anosoagnosia en estadios demenciales avanzados.

**Tabla 2.** Diferencia en puntaje de escala de depresión en los grupos, mediante la prueba de Bonferroni.

		Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Normal	DCL	-3,30309*	0,81635	0,000	-5,2687	-1,3375
	Demencia	-4,51060*	1,01752	0,000	-6,9606	-2,0606
DCL	Normal	3,30309*	0,81635	0,000	1,3375	5,2687
	Demencia	-1,20751	1,02837	NS	-3,6836	1,2686
Demencia	Normal	4,51060*	1,01752	0,000	2,0606	6,9606
	DCL	1,20751	1,02837	NS	-1,2686	3,6836

NS= No significativo.

A fin de valorar el efecto predictor de los olvidos o quejas de memoria, controlando el efecto depresión, se procedió a realizar un análisis de regresión lineal mediante el método hacia adelante, considerando los sujetos sin depresión y con depresión (punto de corte de 14 en la escala GDS). Este análisis indica que en sujetos sin depresión, los olvidos que correlacionan con el estado cognitivo son: “olvidar la fecha” ( $r^2=0,86$ ;  $p=0,000$ ) y “olvidar qué se tenía que recordar” ( $r^2=0,80$ ;  $p=0,001$ ). En sujetos con depresión, correlacionaron los olvidos: “lugar donde deja objetos” ( $r^2=0,84$ ;  $p=0,015$ ) y “nombre personas conocidas” ( $r^2=0,79$ ;  $p=0,015$ ). En las tablas 3 y 4 se observan los principales resultados.

**Tabla 3.** Olvidos diferenciales según regresión lineal en sujetos sin depresión (GDS <14)

	B	Error tip	Beta	t	Sig
Olvida la fecha	0,424	0,45	0,596	5,772	0,000
Olvida que tenía que recordar	0,289	0,50	0,357	3,458	0,001

**Tabla 4.** Olvidos diferenciales según regresión lineal en sujetos con depresión (GDS >14)

	B	Error tip	Beta	t	Sig
Lugar donde deja objetos	0,216	0,044	0,613	4,924	0,000
Nombre de personas conocidas	0,135	0,054	0,313	2,514	0,015

#### 4. Discusión

El hallazgo de que existen olvidos diferenciales según el estado cognitivo, amerita profundizar sobre su significado, ya que pueden constituirse en una alerta temprano para la consulta preventiva. Sería importante también profundizar sobre sus “consecuencias” y “acciones reparadoras o compensadoras”, ya que en estudios precedentes se han encontrados diferencias significativas entre la normalidad y el deterioro cognitivo (Mias, et al 2015). 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 encontraron olvidos diferenciales del deterioro

tanto leve como moderado ( $p < 0,01$ ) como: “fechas, citas, lugar donde deja objetos, suceso reciente, tomar remedios y tener que recordar”. Con frecuencia estos olvidos suelen encontrarse en el declive cognitivo o estar asociados a la edad, pero también al estrés, ansiedad o eventos psicológicos que provocan fluctuaciones en las funciones cognitivas. Sin embargo, pareciera que el olvido frecuente de “lugar donde se dejan objetos significativos” y de “nombres de personas bien conocidas” es algo que puede alertar sobre un posible deterioro cognitivo. 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 (Cargin et al., 2008; Silva et al., 2014), a las que se añade el olvido de acciones realizadas y dificultades de concentración (Cargin et al., 2008). 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, Clement et al. (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. 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 tienen mayor frecuencia de uso o registro emocional” (Mias, et al 2015). Por otro lado, se exploró también el efecto de la depresión, encontrando que, si bien sus síntomas se incrementan a medida que avanza el estado cognitivo, los olvidos se diferencian. El hallazgo de olvidos como “olvidar la fecha” o “que se tenía que recordar” correlacionan con el estado cognitivo en sujetos sin depresión, no sorprendería, ya que suelen ser frecuentes con la edad. Sin embargo, en las personas con depresión parece que los olvidos del “lugar donde se dejan objetos significativos” y de “nombres de personas bien conocidas” correlacionan con el estado cognitivo de deterioro. No obstante, estos hallazgos preliminares, estudios como el presente merecen 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). Por ahora se considera que no hay un criterio uniforme para valorar las QSM (Mias, et al 2015), pero que los olvidos o quejas de memoria merecen profundizarse, ya que pudieran alertar sobre un posible deterioro de memoria.

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. 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.

## 5. Referencias

- Allegri, R.F., Ollari, J.A., Mangone, C.A., Arizaga, R.L., De Pascale, A., Pellegrini, M. et al. (1999). El "Mini-Mental State Examination" en la Argentina: Instrucciones para su administración. *Revista de Neurología*, 24(1): 31-35.
- 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. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03543.x>
- Ardila, A. & Ostrosky, F. (2012). Guía para el diagnóstico neuropsicológico. Recuperado el 4 de julio de 2015 de [http://www.ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv\\_guia\\_para\\_el\\_diagnostico\\_neuropsicologico.pdf](http://www.ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf).
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). Neuropsicología clínica, México: Editorial: El Manual Moderno.
- Bermejo, F., Gabriel, R., Fernández, C. & Hofman, A. (1999) Factores de riesgo vascular y deterioro cognitivo en ancianos. *Cardiovascular Risk Factors*, 8 (4): 208-218.
- Burin, D. I; Drake M. A; Harris P, *Evaluación neuropsicológica en adultos*, Buenos Aires Argentina, Editorial PAIDÓS.
- Casado, J.M., González, N., Moraleda, S., Orueta, R., Carmona, J. & Gómez-Calcerrada, R.M. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Atención Primaria*, 28 (3): 167-173.
- Cargin JW, Clie A, Masters C, Maruff P. The nature of cognitive complaints in healthy older adults with and without objective memory decline. *Jour of Clinical and Exper Neuropsychology* 30: 245-257, 2008.
- Clément F, Belleville S, Gauthier S. Cognitive complaint in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc* 14: 222-232, 2008.
- Hertzog C, Park DC, Morrell RW, Martin M. Ask and ye receive: behavioral specificity in the accuracy of subjective memory complaints. *Applied Cognitive Psychology* 14: 257-275, 2000.
- Mangone CA, Allegri RF, Arizaga RL, Ollari JA. Demencia: Enfoque multidisciplinario. Primera Edición. Buenos Aires: Polemos, 2005.
- Mías, C. D.; Luque, L.; Bastida, M.; Correché, M. S. (2015). "Quejas Subjetivas de Memoria, Olvidos de Riesgo y Dimensiones Psicopatológicas: Aspectos diferenciales entre el Declive y Deterioro Cognitivo Leve". *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. Volumen 15, Número 2, pp. 53-70. ISSN: 0124-1265
- Mías, C.D. (2008) Principios de neuropsicología clínica con orientación ecológica. Córdoba: Encuentro Grupo Editor.
- Petersen, R.C., Stevens, J.C., Ganguli, M., Tangalos, E.G., Cummings, J.C. & De-Kosky, S.T. (2001). Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). *Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*, 56, 1133-1142.
- Rami, L., Molinuevo, J.L., Bosch, B., Sanchez-Valle, R. & Villar, A. (2007). Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with Memory Alteration Test in the primary care population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4):294-304.
- Sánchez Gil, Y.Y., López Medina, A.M., Calvo Rodríguez, M., Noriega Fernández, L. & López Valdés, J. Depresión y deterioro cognitivo. (2009) Estudio basado en la población mayor de 65 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, vol. 8, núm.4.