Rev Mex Neuroci ahora en CONACyT

Vol. 18, núm. 6 (noviembre-diciembre de 2017)

Revista Mexicana de Neurociencia

Publicación oficial de la Academia Mexicana de Neurología A.C.

Revista Mexicana de Neurociencia; 18,6 (2017):20-31

Órgano Oficial de Difusión de la AMN

Academia Mexicana de Neurología, A.C.

www.revmexneuroci.com / ISSN 1665-5044

Contribución original

Paul Carrillo-Mora,[1] Brenda García-Juárez,[2] Yesenia Lugo-Rodríguez,[2] Elena del Pilar Moreno-Méndez,[2] Leonardo Cruz-Alcalá [3]

[1] *Departamento de Neurociencias/ Subdivisión de Neurobiología, Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra".*
[2] *Facultad de Psicología, UNAM.*
[3] *Departamento de Clínicas, Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara.*

Quejas subjetivas de memoria en población geriátrica y sus factores asociados: estudio piloto en población mexicana

Memory subjective complaints in geriatric population and its related factors: a pilot study in Mexican population

Resumen

Introducción. Las Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) representan la percepción del individuo a cerca de un cambio en su memoria. En población adulta mayor se ha reportado una frecuencia variable de entre 10 al 90%. El significado de las QSM aún resulta controversial en la población geriátrica y en nuestro país no existen estudios previos que hayan explorado la frecuencia de QSM y sus factores asociados.

Objetivo. Conocer la frecuencia de QSM usando un cuestionario estructurado, así como conocer cuales son sus factores asociados en población adulta mayor.

Métodos. Se realizó un estudio clínico piloto, observacional, transversal. Se incluyó a individuos > 60 años de ambos sexos. Criterios de exclusión: diagnostico de deterioro cognitivo, demencia o delirium, otras enfermedades neurodegenerativas o psiquiátricas, antecedente de trauma craneal o enfermedad vascular cerebral en los 6 meses previos. Se aplicó la versión en español del Subjective Memory Complaints Questionnaire, el Mini mental de Folstein (MMSE), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y un cuestionario de variables de interés.

Resultados. Se incluyó un total de 100 pacientes: 77 mujeres y 23 hombres; con un promedio de edad de 72.8 años, se encontró que el 96% de los individuos referían al menos una QSM, y el 53% presentaban QSM significativas (>5). No se observó asociación entre QSM y el MMSE, y solo se demostró una correlación significativa con las puntuaciones de la escala de ansiedad y depresion (HADS). Ademas, la escolaridad elevada, el habito de lectura y el ejercicio se asociaron con un menor numero de QSM.

Conclusiones: Se encontró una elevada frecuencia de QSM (>90%), y éstas se relacionaron con los sintomas de ansiedad y depresión. No se observó asociación con el rendimiento cognitivo y se evidenció que la escolaridad, el hábito de lectura y el ejercicio regular modulan positivamente el numero de QSM.

Palabras clave

Quejas subjetivas de memoria, Deterioro cognitivo, Depresión, Ansiedad, México.

Abstract

Introduction. Subjective Memory Complaints (SMC) represent the individual's perception of a change in their memory. In the elderly population, a variable frequency of 10 to 90% has been reported. The significance of SMC is still controversial in the geriatric population and in our country there are no studies that have explored the frequency of SMC and its associated factors.

Objective. To identify the frequency of SMC using a structured questionnaire, as well as to recognize what are their associated factors in the elderly population.

Methods. A clinical pilot, observational, cross-sectional study was conducted. Individuals > 60 years of both sexes were included. Exclusion criteria: diagnosis of cognitive impairment, dementia or delirium, other neurodegenerative or psychiatric diseases, history of traumatic brain injury or stroke in the previous 6 months. The Spanish version of the Subjective Memory Complaints Questionnaire, the Folstein Mental Mini (MMSE), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and a questionnaire of interest variables were applied.

Results. A total of 100 patients were included: 77 women and 23 men; with a mean age of 72.8 years; 96% of the individuals reported at least one SMC, and 53% had significant SMC (> 5). There was no association between SMC and MMSE, and only a significant correlation with the anxiety and depression scores (HADS) was shown. In addition, high education level, reading habits and exercise were associated with a lower number of SMC.

Conclusions: A high frequency of SMC (> 90%) was found, and these were related to the symptoms of anxiety and depression. There was no association with cognitive performance and it was evidenced that education, reading habits and regular exercise positively modulate the number of SMC.

Keywords

Subjective memory complaints, cognitive impairment, depression, anxiety, México.

Correspondencia:
Dr. en C. Paul Carrillo-Mora. Instituto Nacional de Rehabilitación.
Calz. México-Xochimilco, Núm. 289, Col. Arenal de Guadalupe, CP. 14389,
Ciudad de México, México.
Tel.(+52-55) 5999-1000 Ext. 19204. Fax.(+52-55) 5603-9138.
Correo electrónico: neuropolaco@yahoo.com.mx

Introducción

Las Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) representan la percepción del individuo a cerca de un cambio en el estado que mantienen sus habilidades mnésicas (respecto a un estado previo). Aunque estas QSM pueden presentarse a cualquier edad, recientemente han cobrado relevancia las que se presentan en individuos >60 años.[1]

Las QSM son uno de los motivos principales de consulta en la población adulta mayor, sin embargo, en los estudios clínicos la prevalencia es muy variable: 12-90% de los casos.[2,3] Esto se relaciona con muchos factores: el diseño del estudio, el tipo de población estudiada, los grupos de edad, etcétera; pero uno de los factores más importantes es que aún no existe un cuestionario universalmente aceptado y validado para la búsqueda de QSM.[4]

La relevancia del las QSM no sólo tiene que ver con su frecuencia sino también con su significado. En este sentido existen dos posturas en la literatura mundial, por un lado, los estudios que sugieren que dichas quejas se asocian con un menor rendimiento cognitivo y que indican un aumento en el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo leve o demencia en el futuro[5,6] y, por otro lado, los estudios que sugieren que las QMS son la manifestación de un estado de animo alterado, ya que en algunos estudios las QMS solo se relacionan con la presencia y severidad de los síntomas de ansiedad y depresión.[7,8] Por esta razón el significado de las QSM es aun controversial por lo que es importante realizar mas estudios para tratar de conocer su significado y factores causales. Sin embargo, a la fecha existen muy pocos estudios realizados en América Latina, y en nuestro conocimiento no existen estudios previos sobre QSM realizados en población mexicana. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo conocer la frecuencia de QMS y sus factores asociados en una muestra de adultos mayores.

Métodos

Se realizó un estudio clínico, observacional, transversal, descriptivo y analítico. Los participantes se seleccionaron de las distintas áreas de consulta externa del Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra" (INR-LGII). Al tratarse de un estudio exploratorio no se realizó un calculo del tamaño de muestra, por lo que ésta se realizó por conveniencia incluyendo a todos los pacientes mayores de 60 años de ambos sexos, que aceptaran participar mediante consentimiento informado; como criterios de exclusión se consideró: diagnostico previo o actual de deterioro cognitivo, demencia o *delirium*, otras enfermedades neurodegenerativas o psiquiátricas, antecedente de trauma craneal o enfermedad vascular cerebral en los 6 meses previos y consumo actual de fármacos que afecten su rendimiento cognitivo (anticolinérgicos, benzodiacepinas, neurolépticos, etcétera). Se eliminaron del estudio los pacientes que no completaran adecuadamente todas sus evaluaciones.

Para la medición de QSM se aplicó la versión en español del *Subjective Memory Complaints Questionnaire*.[9] Se trata de un cuestionario breve (15 items), el cual en estudios previos ha demostrado una fiabilidad adecuada (α Cronbach: 0.86), y una buena correlación con las evaluaciones neuropsicológicas, además de que puede ser autoaplicado cuando no existe un informante confiable (Anexo 1). Adicionalmente se aplicó un tamizaje cognitivo mediante el Mini Mental de Folstein (MMSE), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS),[10] y un cuestionario de variables sociodemográficas de interés: edad, escolaridad, comorbilidades, el Índice de Masa Corporal (IMC), calidad de sueño, uso de fármacos, etcétera. El análisis estadístico se realizó a través del programa estadístico GraphPad Prism versión 5.0 utilizando medidas de tendencia central y dispersión, las asociaciones entre variables se realizaron con una correlación de Spearman y las variables categóricas se analizaron con una X2 o prueba exacta de Fisher.

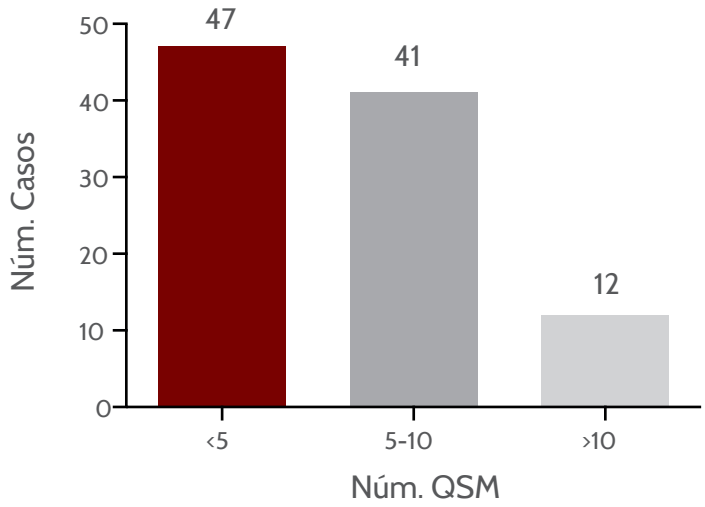
Resultados

Se incluyeron un total de 100 pacientes: 77 mujeres y 23 hombres; con un promedio de edad de 72.8 años (DE: 6.3, rango 60-89 años) y un promedio de escolaridad de 9.08 (DE: 5.5, rango 0-20 años) años, el IMC promedio fue de 26.28 (DE: 4.2, rango 17-38), considerando este IMC sólo el 36% de los individuos tenía un peso normal, mientras que el 64% tenían algún grado de sobrepeso u obesidad; en cuanto al estado civil 46% de los pacientes se encontraba casado y el restante 54% no tenía pareja por diversas razones (viudo, separado, divorciado, soltero).

En cuanto a su actividad laboral actual, sólo el 37% tenían alguna actividad remunerada. En actividad física, el 41% realizaba ejercicio de manera regular (al menos 3 veces por semana); y un 63% tenia hábitos regulares de lectura. Al respecto de la calidad subjetiva de sueño, se reportó una calificación promedio de 7.2 (DE: 2), una puntuación de 4.4 en cuanto a la presencia hipersomnia diurna (máximo 10) y en promedio reportaron dormir 5.7 horas (DE:1.9) de sueño nocturno. En relación a la presencia de comorbilidades, sólo 9 pacientes no presentaban ninguna comorbilidad (hipertensión, diabetes, dislipidemia, cáncer, cardiopatías, etcétera), mientras que el promedio de comorbilidades fue de 2.5 por individuo (rango 0-7).

En cuanto a las QSM, sólo el 4% de los casos no refirió ninguna, mientras que el 96% de los casos señaló al menos una QSM, el promedio fue de 5.2 QSM por individuo (DE: 3.4), en la Figura 1 se muestra la distribución de casos en relación al numero de QSM. Tomando en cuenta el punto de corte sugerido por los autores del SMCQ (5 puntos), se encontró que el 53% de los casos tuvieron QSM significativas. En relación a la evaluación cognitiva el promedio obtenido en el MMSE fue de 18.5 puntos (DE:9.3), considerando el punto de corte de 23 puntos se observó que un 15% de los casos presentó una puntuación que sugiere algún grado de deterioro cognitivo. El promedio en la puntuación total del HADS fue de 5.3 puntos (DE:3.4) y considerando el punto de corte de >15 puntos para el HADS total se obtuvo una frecuencia de 21% de ansiedad y depresión significativas. Aquí es importante señalar que los pacientes que obtuvieron puntuaciones elevadas en la escala HADS o con bajas puntuaciones en el MMSE fueron canalizados para valoración psiquiátrica y neurológica respectivamente.

Figura 1. Frecuencia de casos en relación con el número de QSM.

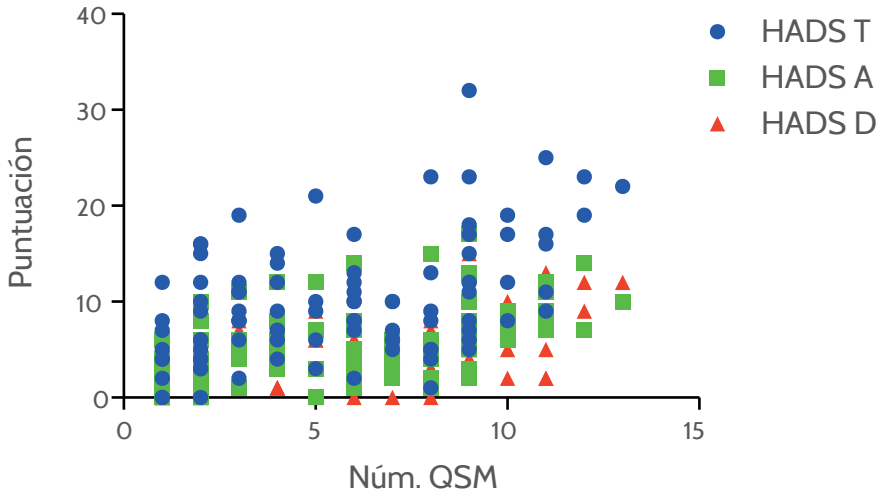


Al tratar de relacionar el número de QSM con distintas variables se obtuvo lo siguiente: en primer lugar se realizó un análisis de correlación entre el numero total de QSM y las variables: edad, escolaridad, IMC, peso, numero de comorbilidades, calidad subjetiva de sueño, horas de sueño nocturno, somnolencia diurna, puntuación del MMSE, y las puntuaciones del HADS; y sólo se obtuvo una correlación significativa con las distintas puntuaciones del HADS. Tabla 1 y Figura 2. Adicionalmente, se observó una correlación positiva significativa entre el puntaje del MMSE y la escolaridad de los individuos (r de Spearman=0.3126, p=0.0015).

Tabla 1. Correlaciones significativas con el número de QSM.

Variable	Valor de P	r de Spearman	IC 95%
HADS T		0.512	0.3459 to 0.6473
HADS A	<0.0001	0.493	0.3231 to 0.6321
HADS D		0.425	0.2439 to 0.5775

Figura 2. Correlación entre el número de QSM y las puntuaciones de la escala HADS.



En segundo lugar se realizó un análisis de asociación entre el numero de QSM y las diferentes variables categóricas: sexo, ocupación, estado civil, obesidad o sobrepeso, con o sin comorbilidades (DM, hipertensión, etcétera), y no se observó diferencia significativa entre ellos.

Sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas, al comparar el número de QSM en los grupos de pacientes con o sin ejercicio regular y hábitos de lectura. (Figura 3 y 4). Adicionalmente, al dividir el grupo de individuos con baja (<6 años) y alta escolaridad (>9 años) también se observó una diferencia significativa, con un número más alto de QSM en el grupo de baja escolaridad. (Figura 5). Al realizar tres estratos de edad (60-69, 70-79 y 80+), se observó una tendencia a presentar un mayor número de QSM conforme aumenta la edad pero esta diferencia no fué significativa (p=0.7010). Finalmente, al dividir a los pacientes con un MMSE mayor o menor de 23 puntos, tampoco observó asociación con el número de QSM.

Figura 3. Número de QSM en relación con el ejercicio regular. Las barras representan el promedio ±EEM. * p=0.0315, U de Mann Whitney.

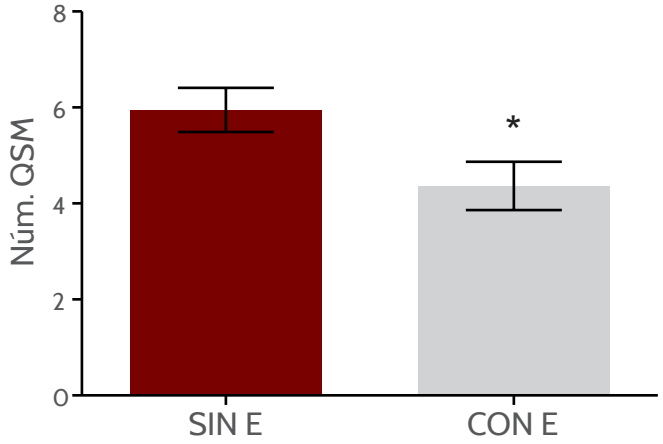


Figura 4. Número de QSM en relación con hábito de lectura. Las barras representan el promedio ±EEM, * p=0.0230, U de Mann Whitney.

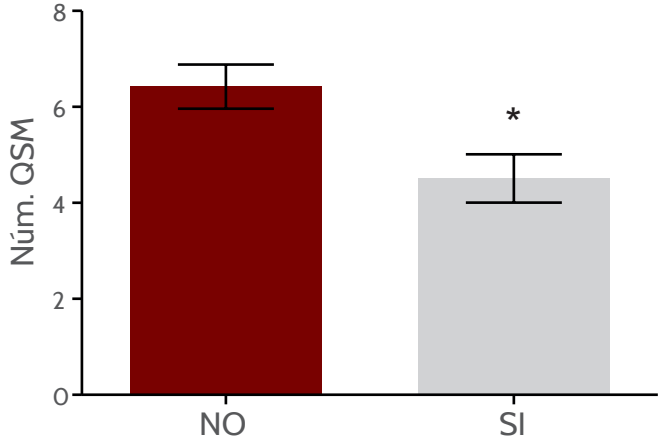
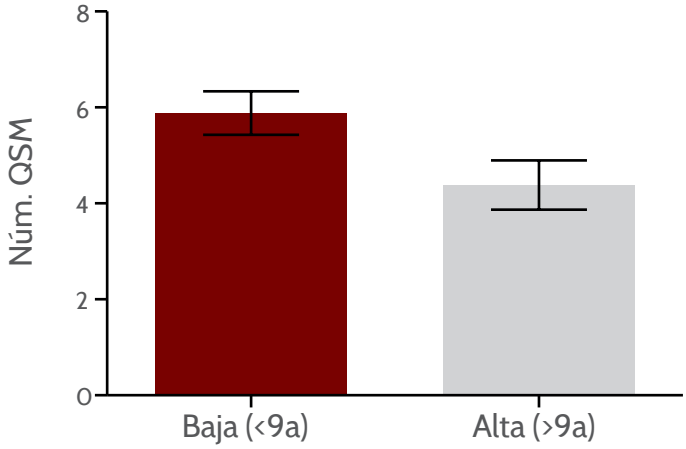


Figura 5. Número de QSM en relación con baja/alta escolaridad. Las barras representan el promedio ±EEM, * p=0.0471, U de Mann Whitney



Discusión

El significado clínico de la QSM en el adulto mayor aún es materia de debate, como se comentó previamente, existe tanto evidencia que sugiere que puede tratarse de un indicador de declive cognitivo[11] o un factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo;[12] como evidencia que sugiere que se trata sólo de una alteración de la autopercepción del estado cognitivo originada por trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión).[13]

En nuestro conocimiento, el presente estudio piloto representa la primera investigación de este tipo en población mexicana. Se considera que algunas de las características principales de la población incluida en este estudio resultan representativas de la población mexicana en este estrato de edad: con un predominio del sexo femenino (77%), un promedio de escolaridad baja (9 años), una frecuencia elevada de sobrepeso y obesidad (64%), frecuencia elevada de comorbilidades (91%, promedio: 2.5), así como la una frecuencia baja de trabajo remunerado (37%).[14] Al respecto de sus hábitos de ejercicio se encontró una frecuencia de ejercicio regular de 41%, lo cual se considera elevado, sin embargo, un estudio previo realizado en México reporta una frecuencia de ejercicio regular en este grupo de edad de hasta 70%,[15] esta divergencia quizá se deba a la definición de ejercicio regular usada en cada estudio. Respecto a los hábitos de lectura, que se reportaron en el 63% de los casos, no encontramos cifras en la literatura nacional con las cuales compararlo, aunque se estima que se trata quizá de una cifra elevada a pesar del bajo nivel de escolaridad de la muestra.

Aquí es importante resaltar que nuestra muestra de pacientes fue obtenida de una población hospitalaria ambulatoria (consulta externa), lo cual puede afectar la frecuencia de comorbilidades y el tratamiento farmacológico, y otros factores, por lo que no puede ser totalmente representativa de la población general.

Otro dato importante a considerar es que en nuestra muestra el promedio obtenido en el tamizaje cognitivo realizado con el MMSE fue de 18.5 puntos, además de que un 15% de los individuos obtuvieron una puntuación sugestiva de algún grado de deterioro cognitivo (<23 puntos), lo cual puede estar en relación con el bajo nivel de escolaridad de los pacientes incluidos ya que se ha demostrado que el nivel de escolaridad tiene una fuerte influencia con el desempeño mostrado en el MMSE.[16] Por otra parte, la frecuencia observada de 15% de pacientes con probable deterioro cognitivo resulta elevada si tomamos en cuenta que estudios previos realizados en nuestro país han observado una frecuencia del 7% de deterioro cognitivo en mayores de 65%,[17] esto puede deberse a que el presente estudio involucró una población hospitalaria con baja escolaridad y una elevada frecuencia de QSM lo cual puede afectar la frecuencia de deterioro cognitivo observada. Adicionalmente, se debe considerar que la evaluación cognitiva utilizada (MMSE) en realidad no permite realmente diagnosticar con certeza el deterioro cognitivo ya que se trata solo de un instrumento de tamizaje cognitivo, por lo que es posible que algunos de estos pacientes puedan cursar con una demencia no diagnosticada.

Al respecto de la frecuencia de QSM, en el presente estudio se observó que el 96% de los individuos refiere al menos una QSM, con un promedio de 5.2 quejas por persona (máximo 15), y que más del 50% de los individuos refirió presentar QSM significativas (>5 QSM). Estas cifras son similares a las obtenidas por Slavin y Cols en 2010, que encontraron que el 95.5% de su muestra de 1,037 individuos refería algún problema cognitivo, sin embargo, en dicho estudio se utilizó un cuestionario distinto para la búsqueda de quejas cognitivas y el grupo de edad fue distinto al nuestro (>70 años).[18]

En este sentido, la frecuencia de QSM reportada en la literatura es muy variable: oscila desde menos del 10% hasta >90% de los casos; las razones de esta amplia variabilidad son múltiples y tienen que ver con la gran variabilidad metodológica de los estudios realizados, para comenzar las poblaciones

han sido muy distintas: encuestas poblacionales, de clínicas de memoria, población hospitalaria, casas de retiro y asilos, muestra de solo mujeres e incluso entrevistas por vía telefónica.[19] Otra de las fuentes de discrepancia mas importantes es el instrumento utilizado para la búsqueda de quejas cognitivas, ya que no existe un cuestionario universalmente aceptado o estandarizado, algunos estudios sólo se basan en realizar una o dos preguntas inespecíficas sobre la opinión del estado de su memoria y otros utilizan cuestionarios estructurados con respuestas dicotómicas (si/no) o incluso puntuaciones tipo Likert[4, 18, 19] lo cual sin duda afecta mucho la frecuencia de QSM reportada en cada estudio. Por otro lado, aunque algunos cuestionarios exploran varios dominios cognitivos, la mayoría se centran en aspectos relacionados con la memoria, por lo cual resulta discutible hablar de quejas cognitivas cuando en realidad se trata solo de quejas de memoria. En el presente trabajo se utilizó la versión en español del SMCQ (Anexo 1), que es un instrumento breve y de autoaplicación, que ha demostrado una adecuada consistencia interna, y una correlación significativa con el rendimiento neuropsicológico en pacientes con deterioro cognitivo. Adicionalmente, este instrumento contiene preguntas que además de explorar posibles fallas en distintos aspectos de la memoria en el ambiente cotidiano, permite también estimar el grado de repercusión funcional que dichas quejas tienen en la vida del paciente.[9] Sin embargo, se debe considerar que al aplicar un instrumento que de manera intencionada interroga sobre el estado de la memoria de los individuos, esto puede incrementar la frecuencia de reporte de quejas al compararlo con las quejas espontaneas que el paciente pueda referir, lo cual además ya ha sido investigado y demostrado en estudios recientes.[20]

Otro de los objetivos principales del estudio fue tratar de identificar los factores que se encuentran asociados con la presencia y el numero de QSM, y a este respecto en el análisis de correlación sólo se observó asociación significativa del numero de QSM con la severidad de los síntomas de ansiedad y depresión que mide la escala HADS, siendo esta asociación mas importante con la puntuación total de la prueba, seguida de la puntuación de ansiedad y finalmente la de depresión. Dichos hallazgos coinciden con los que han sido ampliamente descritos en otros estudios sobre quejas cognitivas, en especial en los estudios transversales.[13,18,21]

Aquí es importante señalar que la frecuencia de síntomas ansioso-depresivos observada en este estudio (21%) coincide con lo señalado en la literatura internacional,[22,23] aunque a este respecto también existe una gran variabilidad en las cifras, por ejemplo, en un estudio en población geriátrica mexicana se observó una frecuencia de depresión hasta > 41%,[24] lo cual sugiere que en realidad se trata de un trastorno muy prevalente en este grupo de edad.

Para explicar esta asociación entre las QSM y los síntomas de ansiedad y depresión se han propuesto distintas hipótesis, la mas común es que la QSM se trata en realidad de una percepción alterada del estado cognitivo ocasionada por los síntomas coexistentes de ansiedad y depresión, es decir, que el paciente adulto mayor con ansiedad y depresión quizá ponga mas atención o magnifique algunos errores cognitivos que en realidad no son significativos.[4] Esto podría hacernos suponer que los síntomas depresivos deberían también afectar el rendimiento de los individuos en las evaluaciones cognitivas, sin embargo, al menos en nuestro estudio no se observó una correlación significativa entre la puntuación de la escala HADS y la puntuación obtenida en el MMSE (p=0.1942), incluso cuando sólo se consideró a los pacientes con mas severidad en sus síntomas emocionales (HADS >15) no se observó esta asociación (p=0.1421); en otras palabras la ansiedad y depresión parecen no influir significativamente en el rendimiento cognitivo.

Es importante resaltar que en nuestro estudio no se observó ninguna asociación entre el rendimiento cognitivo actual y el numero de QSM, únicamente se encontró una relación entre el nivel de escolaridad y el numero de QSM, con un mayor numero de quejas en el grupo de baja escolaridad (<9 años). Esto junto con la observación de que tanto la actividad física regular como el hábito

de lectura, parecen disminuir el número de QSM, sugiere que todos estos factores quizá generen una mayor reserva cognitiva en estos pacientes, disminuyendo así el número de QSM, como ha sido ampliamente reportado con anterioridad,[25,26] sin embargo, no se puede descartar totalmente que factores como el ejercicio y la lectura puedan también tener un efecto disminuyendo la ansiedad y depresión en estos pacientes.

También es importante señalar que la presencia de depresión en si misma (independientemente de las quejas cognitivas) se considera un importante factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo o demencia, por lo cual quizá los síntomas depresivos resulten en realidad un indicador de disfunción neuroquímica temprana que los predisponga de alguna manera al deterioro cognitivo en este grupo de pacientes.[27]

Aunque la relación entre las QSM y el desempeño cognitivo evidentemente resulta muy compleja, es interesante señalar que algunos estudios, en especial los estudios longitudinales y los estudios en donde se han medido algunos biomarcadores (amiloide beta), sí sugieren que las QSM parecen incrementar el riesgo de deterioro cognitivo[28,29] y en este sentido en algunos estudios recientes se ha demostrado que las quejas cognitivas referidas por un informante parecen estar más estrechamente relacionadas con el rendimiento cognitivo y con el riesgo de deterioro cognitivo en el futuro.[30] Esta diferencia entre los estudios transversales y longitudinales sugiere que quizá los cambios cognitivos que se presentan en los pacientes con QSM son en realidad muy dinámicos y muy dependientes de cada individuo, de manera que sólo las evaluaciones seriadas y a largo plazo permiten evidenciar los cambios en el estado cognitivo que los estudios transversales no pueden demostrar.

Finalmente, se tiene que señalar que dentro de las limitaciones del presente estudio por tratarse de un estudio piloto la muestra fue muy pequeña, y que no se realizó una evaluación neuropsicológica mas amplia, así como tampoco se utilizaron escalas funcionales que permitan distinguir a pacientes con deterioro funcional asociado al deterioro cognitivo. Por lo cual, en el futuro serán necesarios más estudios sobre todo longitudinales, que utilicen baterías neuropsicológicas amplias y estandarizadas que consideren tanto quejas espontaneas como interrogadas de memoria, y que tomen el punto de vista de un informante externo para así mejorar la calidad metodológica de los estudios y se pueda conocer con mayor certeza el significado de las QSM en este grupo de edad.

Anexo 1. Versión en español del Cuestionario de Quejas Subjetivas de Memoria[9]

Pregunta	Si	No
1. ¿Piensa usted que tiene algún problema de memoria?		
2. ¿Cree usted que su memoria es peor que hace 10 años?		
3. ¿Cree usted que su memoria es inferior que la de otras personas de su misma edad?		
4. ¿Siente que su vida cotidiana le resulta más complicada debido a la disminución de su memoria?		
5. ¿Ha tenido dificultades para recordar un evento reciente?		
6. ¿Ha tenido dificultades para recordar una conversación que tuvo hace unos días?		
7. ¿Ha tenido problemas para recordar alguna cita que haya hecho hace unos días?		
8. ¿Tiene dificultades para reconocer rostros de personas cercanas a usted?		
9.¿Tiene problemas para recordar donde ha dejado las cosas?		
10.¿Se le han perdido cosas con más frecuencia que antes?		
11. ¿Se ha extraviado o perdido en algún lugar fuera de su casa?		
12.¿Ha tenido problemas para recordar entre 2 a 3 artículos que debe comprar al hacer la despensa?		
13.¿Tiene problemas para recordar apagar la estufa de gas o las luces de su casa?		
14. ¿Tiene dificultad para recordar los números de teléfono de sus propios hijos?		
15. ¿Cree que estos problemas de memoria han interferido significativamente en su vida diaria?		

Conclusiones

En el presente estudio piloto se encontró una elevada frecuencia de QSM (>90%), y éstas se asociaron principalmente con los síntomas de ansiedad y depresión. No se observó asociación alguna con el rendimiento cognitivo y, además, se evidenció que factores como la escolaridad, el hábito de lectura y el ejercicio regular parecen modular positivamente el numero de QSM en esta muestra de pacientes. Estudios posteriores mas amplios y longitudinales serán necesarios para poder conocer con mayor precisión el significado de las QSM en la población de adultos mayores.

Conflicto de intereses
Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Fuentes de financiamiento
No se recibió ningún financiamiento para la realización del trabajo.

Referencias

1. Schultz SA, Oh JM, Koscik RL, Dowling NM, Gallagher C L, Carlsson CM, et al. Subjective memory complaints, cortical thinning, and cognitive dysfunction in middle-age adults at risk of AD. *Alzheimer's & Dementia*. 2015; 1: 33-40.
2. Sachdev PS, Brodaty H, Reppermund S, Kochan NA, Trollor JN, Draper B, et al. The Sydney Memory and Ageing Study (MAS): Methodology and baseline medical and neuropsychiatric characteristics of an elderly epidemiological non-demented cohort of australians aged 70-90 years. *Int Psychogeriatr.* 2010; 22:1248-64.
3. Paradise MB, Glozier NS, Naismith SL, Davenport TA, Hickie IB. Subjective memory complaints, vascular risk factors and psychological distress in the middle-aged: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2011;11:108.
4. Garcia-Ptacek S, Eriksdotter M, Jelic V, Porta-Etessam J, Kåreholt I, Manzano-Palomo S. Subjective cognitive impairment: Towards early identification of Alzheimer disease. *Neurologia.* 2016; 31:562-71.
5. Reid LM, MacLullich AM. Subjective memory complaints and cognitive impairment in older people. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2006; 22:471–85.
6. Reisberg B, Shulman M, Torossin C, Leng L, Zhu W. Outcome over seven years of healthy adults with and without subjective cognitive impairment. *Alzheimers Dement.* 2010; 6:11–24.
7. Reisberg B, Gauthier S. Current evidence for subjective cognitive impairment (SCI) as the pre-mild cognitive impairment (MCI) stage of subsequently manifest Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr.* 2008; 20:1-16
8. Buckley R, Saling MM, Ames D, Rowe CC, Lautenschlager NT, Macaulay S, et al. Factors affecting subjective memory complaints in the AIBL aging study: biomarkers, memory, affect, and age. *Int Psychogeriatr.* 2013; 25: 1307-15.
9. Youn JC, Kim KW, Lee DY, Jhoo JH, Lee SB, Park JH, et al. Development of the Subjective Memory Complaints Questionnaire. *Dementia Geriatr Cogn Disord.* 2009; 27:310-7.
10. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002; 52 :69-77.
11. Crumley JJ, Stetler CA, Horhota M. Examining the relationship between subjective and objective memory performance in older adults: a meta-analysis. *Psychol Aging.* 2014; 29:250-63.
12. Mitchell AJ. The clinical significance of subjective memory complaints in the diagnosis of mild cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23:1191-202.
13. Zlatar ZZ, Moore RC, Palmer BW, Thompson WK, Jeste DV. Cognitive complaints correlate with depression rather than concurrent objective cognitive impairment in the successful aging evaluation baseline sample. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2014;27:181-7.
14. Wong R, Espinoza M, Palloni A. Mexican older adults with a wide socioeconomic perspective: health and aging. *Salud Publica Mex.* 2007;49 suppl 4: S436-S447.
15. Wilson-Escalante LK, Sanchez-Rodriguez MA, Mendoza-Nuñez VM. Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio. *Rev Fac Med UNAM.* 2009; 52:244-247.
16. Carnero Pardo C. Should the mini-mental state examination be retired? *Neurologia.* 2014; 29 :473-81.
17. Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo LM. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública Méx.* 2007; 49(Suppl 4): s475-s481.
18. Slavin MJ, Brodaty H, Kochan NA, Crawford JD, Trollor JN, Draper B, et al. Prevalence and predictors of "subjective cognitive complaints" in the Sydney Memory and Ageing Study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2010;18: 701-10.
19. Rabin LA, Smart CM, Crane PK, Amariglio RE, Berman LM, Boada M, et al. Subjective Cognitive Decline in Older Adults: An Overview of Self-Report Measures Used Across 19 International Research Studies. *J Alzheimers Dis.* 2015;48 Suppl 1:S63-86.
20. Burmester B, Leathem J, Merrick P. Assessing subjective memory complaints: a comparison of spontaneous reports and structured questionnaire methods. *Int Psychogeriatr.* 2015; 27:61-77.
21. Minett TS, Da Silva RV, Ortiz KZ, Bertolucci PH. Subjective memory complaints in an elderly sample: a cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23 :49-54.

22. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr.* 2010; 22:1025-39.
23. Creighton AS, Davison TE, Kissane DW. The prevalence of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016;31:555-66.
24. Castro-Lizarraga M, Ramirez-Zamora S, Aguilar-Morales LV, Diaz de Anda VM. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Rev Neurol Neurocir Psiquiatria.* 2006; 39:132-37.
25. Barulli D, Stern Y. Efficiency, capacity, compensation, maintenance, plasticity: emerging concepts in cognitive reserve. *Trends Cogn Sci.* 2013;17:502-9.
26. Young J, Angevaren M, Rusted J, Tabet N.Aerobic exercise to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(4):CD005381.
27. Byers AL, Yaffe K. Depression and risk of developing dementia. *Nat Rev Neurol.* 2011; 7:323-31.
28. Gallassi R, Oppi F, Poda R, Scortichini S, Stanzani Maserati M, Marano G, et al. Are subjective cognitive complaints a risk factor for dementia? *Neurol Sci.* 2010;31:327-36.
29. Amariglio RE, Becker JA, Carmasin J, Wadsworth LP, Lorius N, Sullivan C, Maye JE, Gidicsin C, Pepin LC, Sperling RA, Johnson KA, Rentz DM. Subjective cognitive complaints and amyloid burden in cognitively normal older individuals. *Neuropsychologia.* 2012; 50: 2880-6.
30. Slavin MJ, Sachdev PS, Kochan NA, Woolf C, Crawford JD, Giskes K, et al. Predicting cognitive, functional, and diagnostic change over 4 years using baseline subjective cognitive complaints in the Sydney Memory and Ageing Study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2015;23:906-14.

Revista Mexicana de Neurociencia, 2017; 18(6): 20-31
www.revmexneuroci.com

Diseño por:

Design Cortex
designcortex.mx