

RESUMEN: QUEJAS DE MEMORIA EN POBLACIÓN ADULTA

Nº referencia: 1008142163

Autores: Montenegro Peña M, Montejo Carrasco P, de Andrés Montes M^a E, Reinoso García AI, García Marín, A.

Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

OBJETIVOS:

1. Estudiar la frecuencia de quejas de memoria.
2. Estudiar la relación entre las quejas y otras variables.

METODOLOGÍA:

Población: 223 adultos con interés en mejorar su memoria. Rango de edad: 17-63 años (media: 39,44 años; DT. 10,71). Valoración: Preguntas de quejas dicotómicas, P1- Presencia de problemas de memoria y P2. Afectación vida diaria, Cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg, Lista de palabras y Escenas (WMS III), Cuestionario de fallos de memoria (MFE).

RESULTADOS:

El 55,7 % manifiestan tener problemas de memoria; al 25 % le causan problemas en su vida. La media de edad de las personas con problemas de memoria es 42,72 y las de las que no tienen problemas es 35,08 $t=5,649$; $P=0,000$. Hay diferencias en las quejas entre los grupos de distintas edades ($\chi^2=10,350$; $P=0,016$; $\eta^2=0,217$). Se hace regresión logística para estudiar las variables predictoras de la P1, el modelo es significativo ($p=0,000$; R^2 de Nagelkerke: 0,35) y resultan predictoras edad ($OR=0,921$; $IC_{95\%}: 0,893-0,95$) y depresión ($OR=0,679$; $IC_{95\%}: 0,594-0,859$). También se realiza regresión logística para estudiar las variables predictoras de la P2, el modelo es significativo ($p=0,000$; R^2 de Nagelkerke: 0,240) y resultan predictoras las variables estudios ($OR=2,215$; $IC_{95\%}: 1,562-3,141$) y depresión ($OR=0,792$; $IC_{95\%}: 0,661-0,948$).

El estudio con MFE (Media: 15,62; DT=7,15) tiene otros resultados: no asociación con edad, ni con las pruebas de memoria objetiva, hay correlación estadísticamente significativa con ansiedad y depresión (para ambas, $P<0,05$).

CONCLUSIÓN

La frecuencia de quejas de memoria en esta muestra es importante. Aunque están asociadas al rendimiento objetivo de memoria, los predictores sólo son edad y depresión. Las quejas medidas por el MFE no se asocian con edad ni rendimiento objetivo de memoria de tipo auditivo, pero sí con depresión y rendimiento subjetivo visual (Escena de familia).

TITULO: Quejas de memoria en población adulta

Nº referencia: 1008142163

AUTORES

Montenegro Peña, Mercedes

Montejo Carrasco, Pedro

Andrés Montes, M^a Emiliana de

Reinoso García, Ana Isabel

García Marín, A.

LUGAR DE TRABAJO:

Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo.

Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

CORRESPONDENCIA

C/ Montesa 22, Edificio B, 28006, Madrid. Tf. 915886789, Fax 915886793

e-mail:

mpercognitiva@munimadrid.es

[montenegropmm@munimadrid.es;](mailto:montenegropmm@munimadrid.es)

[montejop@munimadrid.es;](mailto:montejop@munimadrid.es)

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe un creciente interés por al estimulación mental general y concretamente por el entrenamiento o mejora de memoria, tanto desde el ámbito de divulgación (páginas de Internet, juegos interactivos para el móvil, consolas, etc.), como desde los ámbitos clínicos (estudios de revisión, programas de estimulación por ordenador, trabajo con distintos pacientes como DTA, DCL o adultos normales, cursos de mejora de memoria). La práctica profesional nos enseña que toda intervención debe estar acompañada de un mayor conocimiento por parte del sujeto de su nivel de

memoria y de la influencia de las distintas variables en su rendimiento cognitivo, por lo cual es conveniente realizar una evaluación a las personas interesadas en mejorar su memoria. Esta evaluación puede abarcar variables objetivas de ejecución y variables subjetivas (ansiedad, depresión, quejas de memoria).

Tradicionalmente se han estudiado los fallos de memoria en mayores de 65 años, puesto que se trata de una de las quejas más frecuentes respecto a su salud. La importancia dada a las quejas en los mayores radica en que se incluyen como criterio de determinados cuadros (en el AAMI de Crook (1); en el Declive Cognitivo Asociado a la Edad de Levy (2); en el Deterioro Cognitivo Leve de Petersen y cols (3), etc.). También se han estudiado las variables que influyen en estas quejas, los resultados no son nada concluyentes en cuanto al rendimiento objetivo: algunos autores (4) (5) (6) (7) no encuentran correlación empleando distintas pruebas, en cambio, otros estudios sí la han encontrado: Basset y Folstein (8), Sánchez Cánovas y cols. (9). Otras variables asociadas son la mayor edad, el nivel de estudios bajos, las mayores puntuaciones en ansiedad y depresión (10).

Por otro lado, la frecuencia de quejas de memoria y la influencia de otras variables se han evaluado en distintos grupos de edad en numerosos estudios (11) (12) (13) (14) (15) (16).

La frecuencia encontrada varía según los estudios: Basset y Folstein (14,5% de 18-44 años y 19,6% de 45-64 años) (12), y Podewils y cols. (14) encuentran que el 96,7% consideran que su memoria es buena, aunque estos estudios son poblacionales. Las variables relacionadas con las quejas son similares a las ya mencionadas para mayores de 65 años. No siempre aparece relación entre las quejas y el rendimiento objetivo (17) (18); en cambio parece existir más acuerdo con la influencia de las variables subjetivas: en un estudio de seguimiento (19) se comprueba cómo las quejas disminuyen al reducirse la depresión en adultos de 21-64 años; la depresión se asocia con quejas de memoria y problemas de atención (20).

En los distintos estudios referenciados la evaluación de las quejas se realiza de dos formas distintas: mediante una o varias preguntas directas o empleando cuestionarios que pueden dirigirse al sujeto y/o a una persona allegada. En la mayoría de estudios poblacionales, sobre todo debido a la limitación de tiempo, se realiza una pregunta, la más frecuente “¿tiene usted problemas de memoria?” que se suele valorar de forma dicotómica. En algunos casos son varias preguntas directas sobre la memoria

que están en cualquier entrevista clínica (SCAN, CAMDEX;...) (21) y deben aportar tanto datos generales (problemas de memoria en general) como discriminatorios (quejas concretas poco frecuentes o más graves).

En estudios más concretos comparando grupos de edad o muestras con características clínicas especiales (deprimidos, deterioro cognitivo ligero) se emplean cuestionarios de frecuencia de quejas que mediante la relación de fallos de memoria permiten responder al sujeto sobre la frecuencia de cada uno de ellos, en algunos casos también la gravedad y la posible solución que emplea el sujeto. Entre los más utilizados se encuentran: el Metamemory Questionnaire de Zelinski (22) con 92 ítems y se evalúa en una escala de 7 puntos; el Metamemory in Adulthood Questionnaire (MIA) de Dixon y Hultsch (11) consta de 120 ítems y es una prueba cuyos elementos se agrupan en ocho dimensiones y el MFE de Sunderland y col (23) (24) con 28 ítems y escala de 3 puntos.

Las dificultades encontradas en la evaluación de las quejas se refieren sobre todo a lo que consideramos como quejas de memoria: si se realiza una sola pregunta obligamos al sujeto a posicionarse y puede que no refleje su realidad, en cambio si le preguntamos por cada uno de sus fallos, estamos mezclando quejas más graves con otras leves y frecuentes. Otra opción interesante es tratar de averiguar si estas quejas o fallos de memoria les causan afectación en su vida diaria y estudiar las variables implicadas en esta posible afectación.

En el estudio presente vamos a emplear estas dos medidas de quejas de memoria (dos preguntas de quejas y un cuestionario) y a tratar de determinar las variables implicadas con el objetivo final de comprender mejor la memoria y contribuir a su mejora.

OBJETIVOS:

1. Estudiar la frecuencia de quejas de memoria.
2. Estudiar la relación entre las quejas y otras variables.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha realizado con 223 individuos sanos interesados en mejorar su memoria, 32 de ellos son estudiantes universitarios y 191 trabajadores de una gran empresa, estos últimos han realizado un curso de mejora de memoria. La edad media es 39,44 años (rango 17-63; DT. 10,71).

Las características principales se presentan en la Tabla 1.

CARACTERÍSTICAS					
SEXO			GRUPOS DE EDAD		
	N	%	AÑOS	N	%
Varones	51	22,7	17-34	77	34,7
Mujeres	172	77,3	35-49	103	46,4
ESTUDIOS			50-63	43	18,9
Primarios	16	7,2			
Bachillerato	51	23			
EE. Medios	72	32,4			
EE. Universitarios	84	37,4			

Tabla 1. Características de la población del estudio

Se realiza una evaluación de la memoria y de factores asociados a todos los sujetos antes de entrenar su memoria. Se evalúa la memoria objetiva auditiva y visual mediante:

- Lista de palabras de la Escala de Memoria de Wechsler WMS-III (25): se presenta la lista A de 12 palabras no relacionadas cuatro veces seguidas en recuerdo inmediato, una lista B de interferencia, el recuerdo a corto plazo y el recuerdo demorado a los 30 minutos.
- Escenas de la Familia de la WMS-III, con cuatro láminas que se presentan y recuerdan de modo inmediato y de modo demorado a los 30 minutos, en esta prueba se valora el recuerdo de personajes y el lugar que ocupan en la lámina.

La evaluación subjetiva de memoria se realiza mediante dos pruebas:

- Dos preguntas dicotómicas: P1 “¿Tiene Ud. problemas de memoria?” que evalúa la creencia del sujeto sobre su memoria y P2 “Los fallos de memoria ¿alteran algún aspecto de su vida cotidiana?” que valora su afectación en la vida cotidiana.
- El Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Diaria (Memory Failures Everyday-MFE) de Sunderland, Harris y Gleave (23,24), con 28 ítems sobre situaciones y actividades de la vida diaria; se ha empleado para la puntuación la escala adaptada de 3 puntos ("nunca o rara vez", "algunas veces o pocas veces", "muchas veces"). Se ha incluido el “olvido de nombres” como ítem 29 diferenciándolo de la “palabra en la punta de la lengua” que en la versión original reúne la queja de dificultad de encontrar palabras y el olvido concreto de los nombres.

La evaluación de ansiedad y depresión se realiza utilizando la escala de depresión y ansiedad de Goldberg (EADAC) (26) que fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes. Consta de 18 preguntas que valoran por separado la ansiedad y la depresión, su punto de corte es 3/4 para ansiedad y 1/2 para depresión. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo positivo (95.3%) adecuados (27).

Estas pruebas se administran de modo colectivo en grupos de 15-20 personas. En primer lugar se realizan las dos preguntas sobre quejas y las cuestiones sobre ansiedad y estado de ánimo. A continuación se leen en voz alta las Listas de palabras y los sujetos escriben las palabras; las Escenas de la Familia se presentan como diapositiva y seguidamente se hacen las preguntas de personajes y lugar que ocupan. A los 30 minutos se pasan las pruebas demoradas. El Cuestionario MFE se entrega para ser contestado de forma individual. Los evaluadores corrigen y puntúan las pruebas.

Para el **Análisis estadístico** se ha utilizado el Programa SPSS. Las pruebas utilizadas son las tablas de contingencia para estudiar la relación de variables cualitativas, la prueba t de diferencia de medias para grupos independientes cuando tratamos de diferenciar los sujetos con quejas de los que no tienen quejas, la correlación de Pearson para variables cuantitativas, la regresión lineal y la regresión logística para estudiar las variables predictoras de las quejas de memoria tanto en su aspecto cuantitativo (MFE) como dicotómico (Pregunta P1 y P2).

RESULTADOS

En la tabla 2 aparecen las medias y desviaciones típicas de las principales pruebas.

Pruebas (Rango)	Media	Desviación Típica
GHQ Ansiedad (0-8)	3,34	2,25
GHQ Estado de ánimo (0-8)	2,44	1,90
Cuestionario de Quejas de Memoria MFE (0-56)	15,62	7,15
Lista A de Palabras de WMS Prest 1 (0-12)	6,92	1,65
Lista A de Palabras de WMS Prest 4 (0-12)	10,81	1,28
Lista A de Palabras de WMS Total 4 prese (0-48)	37,33	5,30
Lista A de Palabras de WMS Demorado (0-12)	9,58	1,97
Escenas Familia de WMS Inmediato (0-32)	24,48	5,72
Escenas Familia de WMS Demorado(0-32)	24,50	5,89

Tabla 2. Descriptivos de las principales pruebas

1. Estudio con las preguntas P1 y P2

La frecuencia de las quejas de memoria en nuestra muestra se evalúa mediante la pregunta subjetiva P1, un 55,7 % manifiestan tener problemas de memoria y un 26,4 % considera que le afecta en la vida cotidiana (P2). La prevalencia por grupos de edad se observa en el gráfico siguiente ($\chi^2=17,752$; $p=0,000$; $\eta^2=0,284$):

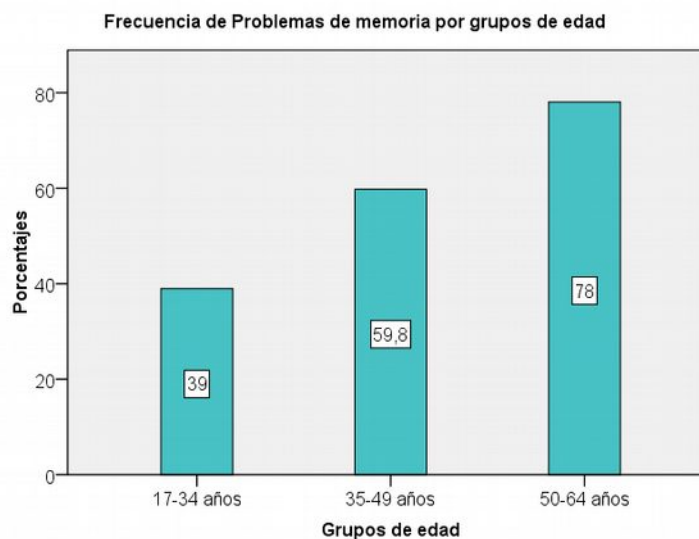


Gráfico 1. Frecuencia de problemas de memoria por grupos de edad

La frecuencia de memoria por grupos de estudios se observa en el gráfico siguiente ($\chi^2= 10,350$; $p=0,016$; $\eta=0,217$):

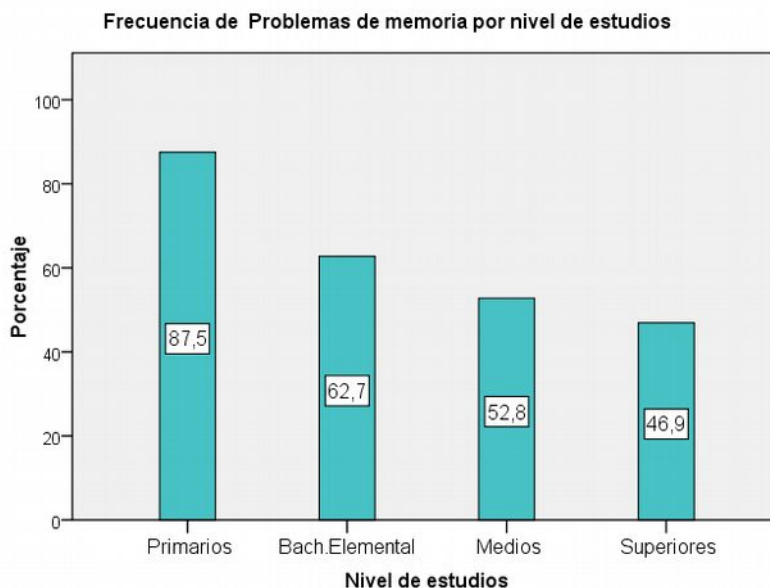


Gráfico 2. Frecuencia de problemas de memoria por nivel de estudios

Se realiza un estudio con las personas que manifiestan quejas de memoria en P1 (55,7%) estableciendo los grupos comparativos de quejas sí, si responden a P1 de forma afirmativa y quejas no. A continuación aparecen las diferencias para muestras independientes:

Pruebas (Rango)	QUEJAS SI	QUEJAS NO	t (p)
	Media (DT)	Media (DT)	
Edad	42,72 (9,30)	35,08(10,74)	5,649**
GHQ Ansiedad (0-8)	3,68 (2,36)	2,87 (2,04)	2,702**
GHQ Depresión (0-8)	2,89 (1,85)	1,82 (1,74)	4,408**
Cuestionario de Quejas MFE (0-56)	17,52 (7,35)	13,38 (6,21)	4,424**
Lista Palabras WMS 1 (0-12)	6,69 (1,66)	7,27 (1,58)	-2,576*
Lista Palabras WMS 4 (0-12)	10,65 (1,35)	11,01 (1,14)	-1,986*
Lista Palabras WMS Total (0-48)	36,24(5,68)	38,80 (4,44)	-3,463**
Lista Palabras WMS Demorado (0-12)	9,15 (2,11)	10,13 (1,65)	-3,543**
Escenas Familia WMS Inmediato (0-32)	23,79 (5,93)	25,54 (5,19)	-2,276*
Escenas Familia WMS Demorado(0-32)	23,87 (6,13)	25,42 (5,43)	-1,951 (ns)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabla 3. Diferencias en las pruebas en grupo con quejas positivas y negativas.

Se ha estudiado de forma independiente la relación entre las dos medidas de quejas (P1 y MFE), el ANOVA es significativo ($F=19,569$, $p=0,000$), siendo mayor la puntuación del MFE en el grupo que manifiesta quejas.

Se estudian las variables predictoras de quejas mediante regresión logística utilizando como variable dependiente la pregunta de problemas de memoria (P1). Se introducen las variables: edad, años de estudios, ansiedad, depresión, pruebas de memoria visual y auditiva (Lista Palabras WMS 1, Lista Palabras WMS demorado, Escenas Familia inmediato y demorado), y quejas (MFE). El modelo es significativo con $\text{Chi}^2 = 65,199$; $p = 0.000$; R^2 de Nagelnerke: 0,35. El porcentaje de bien clasificados para los que tiene problemas de memoria es del 77 % y para los que responden negativamente es el 72,9 %; el porcentaje global de bien clasificados es del 75,2%; las variables predictoras con sus OR se presentan en la tabla 4.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Edad	-,090	,017	28,514	1	,000	,914	,884	,945
Depresión	-,336	,094	12,838	1	,000	,714	,594	,859
MFE	-,091	,025	13,811	1	,000	,913	,870	,958
Constante	5,437	,880	38,177	1	,000	229,81		

Tabla 4. Predictores de quejas de memoria con sus OR e Intervalos de confianza

Dado que el MFE es una variable también de quejas, hemos realizado de nuevo el estudio de regresión sin esta variable y las predictoras son otra vez Edad con $\text{OR} = 0,921$ (IC 95 %: 0,893-0,950) y Depresión, con $\text{OR} = 0,679$ (IC 95 %: 0,570-0,809), la R^2 de Nagelnerke es de 0,27 y el porcentaje de bien clasificados es de 70,9 %.

La pregunta 2 evalúa la **influencia en la vida diaria**, un 26,4 % de personas manifiestan que los fallos de memoria altera su vida diaria (de ellos el 82,8% habían referido quejas de memoria y el restante 17,2% no consideraban tener quejas aunque creen que los fallos de memoria les afecta a su vida diaria).

La frecuencia con la que los sujetos se quejan de tener influencia en su vida diaria por grupos de edad se observa en el gráfico siguiente, aunque estos datos no son significativos estadísticamente ($\chi^2=0,420$; n.s.)

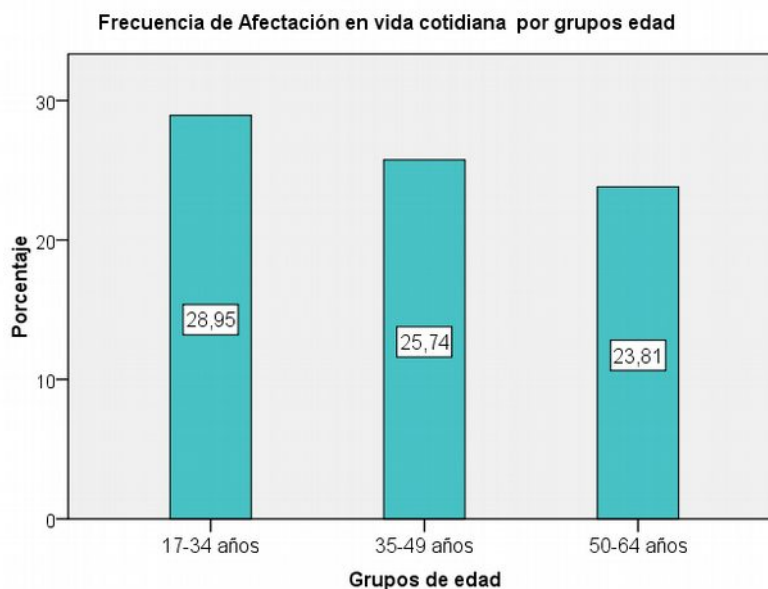


Gráfico 3. Frecuencia de afectación en vida diaria por nivel de estudios

La frecuencia de afectación por nivel de estudios se observa en el gráfico siguiente ($\chi^2= 22,273$; $p=0,000$; $\eta^2=0,319$):

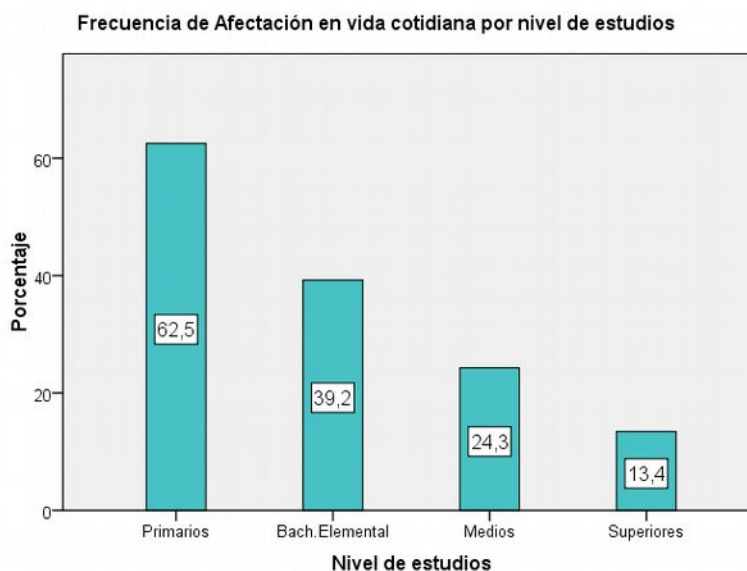


Gráfico 4. Frecuencia de afectación en vida diaria por nivel de estudios

Se realiza un estudio con las personas que manifiestan afectación en su vida diaria de los problemas de memoria en P2 (55,7%) estableciendo los grupos

comparativos de “afectación sí”, si responden a P2 de forma afirmativa y “afectación no”. A continuación aparecen las diferencias para muestras independientes:

Pruebas (Rango)	AFECTACIÓN		t (p)
	SI Media (DT)	NO Media(DT)	
Edad	39,03 (10,38)	39,60(10,93)	-0,344(ns)
GHQ Ansiedad (0-8)	4,07 (2,40)	3,03 (2,13)	3,073**
GHQ Estado de ánimo (0-8)	3,14 (1,79)	2,20 (1,89)	3,290**
Cuestionario de Quejas MFE (0-56)	18,32 (8,10)	14,73 (6,57)	3,324**
Lista Palabras 1 (0-12)	6,51 (1,88)	7,08(1,55)	-2,258*
Lista Palabras 4 (0-12)	10,56 (1,30)	10,90 (1,23)	-1,625(ns)
Lista Palabras Total (0-48)	35,12(6,99)	37,98 (4,64)	-3,054**
Lista Palabras Demorado (0-12)	9,29 (1,87)	9,67 (2,00)	-1,143(ns)
Escenas Familia Inmediato (0-32)	23,91 (6,08)	24,64 (5,64)	-0,819(ns)
Escenas Familia Demorado(0-32)	24,29 (5,24)	24,54 (6,15)	-0,273 (ns)

* p < 0,05; ** p < 0,01

Tabla 5. Diferencias en las pruebas en los grupos con afectación positiva y negativa.

Se ha estudiado de forma independiente la relación entre la medida de afectación en la vida diaria (P2) y el cuestionario de quejas (MFE), el ANOVA es significativo ($F=11,052$, $p=0,001$), siendo mayor la puntuación del MFE en el grupo que manifiesta afectación en su vida diaria.

Se realiza regresión logística para estudiar las variables relacionadas con el hecho de manifestar influencia de los fallos en la vida diaria y se utiliza la pregunta P2 como variable dependiente. Se introducen las variables: edad, estudios, ansiedad, depresión, pruebas de memoria visual y auditiva (Lista Palabras WMS 1, Lista Palabras WMS demorado, Escenas Familia inmediato y demorado) y quejas (MFE). Los bien clasificados para la respuesta positiva (Sí les afecta en la vida diaria) son el 29,8 % y para las negativas el 93,1 %, el porcentaje global de bien clasificados es del 76,5 %; el modelo es significativo con $\text{Chi}^2 = 38,879$; $p = 0,000$; R^2 de Nagelnerke= 0,240. La OR y otros estadísticos se presentan en la tabla 6.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Depresión	-,233	,092	6,455	1	,011	,792	,661	,948

MFE	-,061	,024	6,344	1	,012	,940	,897	,986
Estudios	,819	,184	19,857	1	,000	2,267	1,582	3,250
Constante	,337	,653	,266	1	,606	1,401		

Tabla 6. Predictores de Afectación a vida diaria con OR e intervalo de confianza.

De nuevo se realiza el estudio de regresión quitando el MFE al ser una variable de quejas, hemos realizado de nuevo el estudio de regresión sin esta variable y las predictoras son otra vez Estudios con OR= 2,215 (IC 95 %: 1,562-3,141) y Depresión, con OR = 0,752 (IC 95 %: 0,633-0,893), la R^2 de Nagelnerke es de 0,20 y el porcentaje de bien clasificados es de 75,3 %.

2. Estudio mediante el Cuestionario MFE

Las quejas de memoria también se han evaluado mediante un Cuestionario de frecuencia de fallos, el MFE, que nos aporta una puntuación cuantitativa. Hemos realizado correlación mediante la r de Pearson del MFE con las variables que miden memoria objetiva y ninguna de estas correlaciones es significativa. Tampoco lo es con la edad. La únicas correlaciones significativas son con depresión ($r = 0,20$; $p=0,002$) y ansiedad ($r=0,19$; $p=0,000$). Hemos realizado ANOVA con estudios y la asociación no es significativa. Para estudiar las variables predictoras del MFE se ha realizado regresión lineal ($R^2 = 0,068$; $F= 5,133$; $p=0,002$), los resultados aparecen en la tabla 7.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	12,177	2,291		5,316	,000
Escenas Familia Inmediato	,359	,155	,287	2,313	,022
Escenas Familia Demorado	-,305	,150	-,250	-2,026	,044
Depresión	,863	,252	,230	3,430	,001

Tabla 7. Predictores del MFE.

CONCLUSIONES

En el presente estudio hemos utilizado dos formas de evaluar las quejas de memoria en nuestra población: mediante dos preguntas dicotómicas (existencia o no de quejas-P1 y su influencia en la vida diaria-P2) y empleando un cuestionario de frecuencia de quejas de memoria que nos aporta una puntuación cuantitativa. El hacer una o varias preguntas generales es un modo frecuente de valoración sobre todo en estudios poblacionales. En cambio la valoración de la frecuencia de olvidos es una prueba más extensa (28 ítems) que permite al sujeto realizar un autoexamen de su memoria ante situaciones cotidianas dispares. En nuestro estudio encontramos relación entre estas dos medidas, las personas que se quejan de tener problemas y de afectación en su vida diaria tienen puntuaciones más altas en el cuestionario MFE, aunque según las conclusiones siguientes valoran aspectos parcialmente diferentes:

1. La frecuencia de quejas de memoria en nuestra población es del 55,7% y el 26,4% creen que les afecta en su vida diaria. Es necesario considerar que nuestra muestra está compuesta de sujetos interesados en mejorar su memoria, por lo cual la frecuencia de quejas está por encima de estudios poblacionales.
2. Se compara la frecuencia de quejas en tres grupos de edad (17-34 años, grupo de jóvenes; 35-49 años, grupo de adultos jóvenes y 50-64 años, grupo de adultos que en algunos estudios ya se considera como edad en la que son más frecuentes las quejas). La frecuencia va en aumento con la edad, de 39 % en jóvenes a 78% en adultos mayores y esa diferencia es significativa de un grupo a otro. También se estudia la relación de las quejas con el nivel de estudios, a mayor nivel existen menos quejas de memoria (46,9% en Superiores frente a 87,5% en Primarios).
3. Se realiza una comparación entre dos grupos, los que manifiestan quejas de memoria y los que no (utilizando la P1 como variable dicotómica). En las distintas variables estudiadas (edad, ansiedad y depresión, evaluación de memoria objetiva auditiva y visual, cuestionario de quejas) existen diferencias significativas, el grupo de quejas tiene más edad, mayores puntuaciones en ansiedad, depresión y cuestionario de quejas y menos puntuaciones en memoria auditiva y visual, tanto inmediata como demorada. Las variables que aparecen asociadas a las quejas son la edad y la depresión, explicando un 35% de la varianza (R^2 de Nagelnerke). La pregunta P1 permite clasificar bien al 75,2% de forma global.

4. Se ha estudiado la manifestación subjetiva de las personas sobre la influencia de los fallos en la vida diaria (P2), un 22,7 % creen que les afecta, aunque de estas personas no todos habían declarado tener problemas de memoria. La influencia en la vida diaria de los fallos está relacionada con el nivel de estudios, manifiestan mayor afectación en su vida las personas con estudios Primarios (62,5%) frente a las de estudios Superiores (13,4%); en cambio, no existe esta relación con la edad, no hay diferencias significativas entre los tres grupos, aunque sí una ligera tendencia a manifestar mayor afectación en los grupos de menor edad.
5. Se ha realizado una comparación entre dos grupos, los que se quejan de afectación y los que no (P2), hay diferencias significativas en las variables de ansiedad, depresión, quejas con el cuestionario y total de la lista de palabras. Al estudiar las variables implicadas mediante regresión logística se observa que las variables que entran en el modelo son las quejas de memoria (MFE), la depresión y los estudios; el resto de variables, tanto subjetivas (ansiedad), como objetivas (evaluación auditiva y visual) no sirven para explicar la afectación. Si eliminamos la variable quejas, se mantienen la depresión y los estudios.
6. En el estudio de las quejas empleando el cuestionario de frecuencia de fallos (MFE) se observa que existe relación con las variables subjetivas (ansiedad y depresión), y en la ecuación de regresión intervienen como predictores la depresión y la memoria visual inmediata y demorada. No aparece relación con la edad ni con el nivel de estudios. Al comparar los dos tipos de medidas de quejas (P1 y P2 y MFE) observamos influencia
7. Las conclusiones generales del estudio sobre quejas realizado en adultos desde jóvenes a mayores menores de 65 años se concretan en: la evaluación dicotómica de las quejas es la variable que mejor discrimina por grupos de edad y niveles de estudios, estando asociada a variables subjetivas como la depresión; no existe esta relación cuando se pregunta de forma más concreta por las quejas de memoria, la respuesta cuantitativa (MFE) no está relacionada con la edad ni con los estudios, pero sí con las llamadas “quejas afectivas inespecíficas”, la ansiedad y la depresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crook TH, Bartus RT, Ferris SH, Whitehouse P, Cohen GD, Gershon S. Age Associated Memory Impairment: proposed diagnostic criteria measures of clinical change. Report of a NIMH work group. *Developmental Neuropsychology* 1986; 2: 261-276.
2. Levy R. Aging-Associated Cognitive Decline. *International Psychogeriatrics* 1994; 6,1, 63-68.
3. Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC ; Rabins PV, Ritchie K, Rossor M, Thal L, Winblad B. Current Concepts in Mild Cognitive Impairment. *Arch. Neurology* 2001; 58, 1985-1992.
4. Caramelli P, Gomes R. Subjective memory complaints and cognitive performance in a sample of healthy elderly . *Dementia and Neuropsychologia* 2008; 2 (1) 42-45.
5. Pérez M, Pelegrina S, Justicia F, Godoy JF. Memoria cotidiana y metamemoria en ancianos institucionalizados. *Anales de Psicología* 1995; 11(1), 49-64.
6. Kahn RL, Zarit SH, Hilbert NM, Niederehe G. Memory complaint and impairment in the aged. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32:1569-1573.
7. O'Connor DW, Roth M, Brook PB, Reiss B. Memory complaints and impairment in normal, depressed and demented elderly persons identified in a community survey. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 47: 224-227.
8. Spear Bassett S, Folstein MF. Memoria subjetiva, memoria objetiva y diagnóstico psiquiátrico: un estudio en la comunidad. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 1994; 2, 2, 100-106.
9. Sánchez Canovas J, García Martínez J. Evaluación cognitiva de los trastornos de memoria. En D.Barcia Salorio. *Trastornos de memoria*. Ed. MCR. Barcelona 1992; 125-153.
10. Jorm AF, Christensen H, Korten AE, Jacob PA, Henderson SA. Memory Complaints as a precursor of memory impairment in older people: a longitudinal analysis over 7-8 years. *Psychological Medicine* 2001; 31: 441-449.
11. Dixon RA, Hultsch DF. Metamemory and memory for text relationships in adulthood: A cross-validation study. *Journal of Gerontology* 1983; 38: 682-688.
12. Basset SS, Folstein MF. Memory complaints, memory performance and psychiatric diagnosis: a community study. *J Journal of Geriatric psychiatry and neurology* 1993; 6: 105-111.
13. García J, Sánchez Canovas J. Adaptación del Cuestionario de Fallos de Memoria en la Vida Cotidiana (MFE). *Bol Psicol.* 1994; 43:89-107.
14. Podewils LJ, Mclay RN, Rebok GW, Lyketsos CG. Relationship of Self-Perceptions of Memory and Worry to Objective Measures of Memory and Cognition in the General Population. *Psychosomatics* 2003; 44:461-470.
15. Crook, T.H. Larrabee, G.J. A self-rating scale for evaluating memory in everyday life. *Psychology and Aging*, 1990. 5, 48-57.
16. Bolla KI, Lindgren KN, Bonaccorsy C, Bleecker ML. Memory Complaints in older adults. Fact or fiction?. *Arch Neurol* 1991; Vol 48, January, 61-64.

17. Pérez M, Pelegrina S, Justicia F, Godoy JF. Memoria cotidiana y metamemoria en ancianos institucionalizados. *Anales de psicología* 1995; 11(1): 47-62.
18. Rabbitt P, Abson V. Lost and found: some logical and methodological limitations of self-report questionnaires as tools to study cognitive ageing. *Br J Psicol.* 1990 feb;81 (Pt1):1-16
19. Antikainen R, Honkalampi K, Hänninen T, Koivumaa-Honkaenen H, Tanskanen A, Haatainen K, Hintikka J, Viinamäki H. Una disminución de las quejas de memoria se asocia con mejoría en el estado de ánimo: un estudio de seguimiento a los 12 meses en pacientes deprimidos. *Eur. J. Psychiat.* 2004; vol.18 N° 3: 142-151.
20. Carriere JSA, Cheyne JA, Smilek D. Everyday attention lapses and memory failures: The affective consequences of mindlessness. *Consciousness and Cognition* 2007; doi: 10.1016/j.concog.2007.04.008.
21. Jonker C, Launer LJ, Hooijer C, Lindeboom J. Memory complaints and memory impairment in older individuals *JAGS* 1996; 44: 44-49.
22. Zelinski EM, Gilewski MJ, Thompson LW. Do laboratory tests relate to self assessment of memory ability in the young and old? En: Poon LW, Fozard JL, Cermak LS, Arenberg D, Thompson LW (eds.). *New directions in memory and aging: Proceedings of the George A. Talland Memorial Conference.* Hillsdale, Lawrence, Erlbaum 1980; 519-544.
23. Sunderland A, Harris J, Baddeley A. Do laboratory tests predict everyday memory? A neuropsychological study. *J Verbal Learning and Verbal Behav* 1983; 22:341-357.
24. Sunderland A, Watts K, Baddeley AD, Harris JE. Subjective test performance and test performance in elderly adults. *Journal of gerontology* 1986; 41,376-384.
25. Weschler D. *Escala de Memoria de Weschler WMS III.* Madrid: TEA Ediciones 2004.
26. Goldberg D, Bridges K, Duncan-innes P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988; 97: 897-9.
27. Montón C, Pérez M, Campos R, Garcia J. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria* 1993; 12 (6): 345-9.