

# Quejas subjetivas de memoria y riesgo psíquico de envejecimiento patológico en adultos mayores

## *Subjective complaints of memory and psychic risk of pathological aging in older adults*

Gabriela Maria Di Renzo<sup>a</sup>

---

### Resumen

La investigación analizó la relación entre las quejas subjetivas de memoria (QSM) y los factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico o factores psíquicos protectores para el envejecimiento (FAPPREN). Un alto porcentaje de la población mayor manifiesta una pérdida subjetiva de memoria en ausencia de una alteración objetiva de la misma. Las diferentes investigaciones son poco esclarecedoras respecto a la relación que existe entre las QSM, el deterioro cognitivo y dimensiones tales como: depresión, personalidad, calidad de vida, etc. Es por esto por lo que se considera que junto con el factor cognitivo es necesario considerar otros factores como los que se refieren a las condiciones psíquicas de las personas en su envejecer. La población en estudio fue de 100 AM de la ciudad de Rosario. Los instrumentos usados fueron FAPPREN, MFE, BMT, MMSE, AIVD, GDS y un cuestionario sociodemográfico clínico. El método usado fue mixto, cualitativo-cuantitativo, descriptivo y correlacional. Los resultados evidencian que no se encontró una correlación significativa entre las QSM y la memoria objetiva. Se demostró que las QSM se correlacionaron de manera positiva con los factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico y, por último, se determinó que las QSM están asociadas a la variable educación como el único factor sociodemográfico con variación significativa.

**Palabras clave:** *envejecimiento patológico; factores psíquicos protectores para el envejecimiento; memoria.*

### Abstract

This research analyzed the relationship between QSM and the Psychic Risk Factors of Pathological Aging or Psychic Protective Factors for Aging (FAPPREN). A high percentage

---

a. PhD. Magister en Investigación Gerontológica en la Universidad Maimonides de Buenos Aires. E-mail: gmdirengo@gmail.com

of the elderly population manifests a subjective memory loss in the absence of an objective memory alteration. The different investigations are not very enlightening regarding the relationship that exists between QSM, cognitive deterioration and dimensions such as: depression, personality and quality of life, etc. This is why it is considered that together with the cognitive factor it is necessary to consider other factors such as those that refer to the mental conditions of people in their aging. The study population was 100 AM from the city of Rosario. The instruments used were FAPPREN, MFE, BMT, MMSE, AIVD, GDS and a clinical sociodemographic questionnaire. The method used was mixed, qualitative-quantitative, descriptive and correlational. The results show that no significant correlation was found between QSM and objective memory. It was shown that the QSM were positively correlated with the Psychic Risk Factors of pathological Aging and finally it was determined that the QSM were associated with the education variable as the only sociodemographic factor with significant variation.

**Keywords:** *pathological aging; protective psychic factors for aging; memory.*

---

## **Introducción**

Una preocupación constante que presentan las personas mayores es el mantenimiento de las funciones cognitivas, especialmente las de la memoria. De hecho, la memoria es una de las funciones que ninguna persona quiere perder con el paso del tiempo. Si bien las quejas subjetivas de memoria (QSM) pueden presentarse a cualquier edad, actualmente cobran importancia las que se presentan en personas de más de 60 años, puesto que podrían perfilarse como precursores potenciales de deterioro cognitivo o incluso de la enfermedad de Alzheimer (Schultz *et al.*, 2016). Los estudios establecen que son muy comunes en personas mayores (Balash *et al.*, 2013) y la mayoría coinciden en señalar que la prevalencia, para la población mayor, se encuentra entre el 25% y el 50% (Jonker *et al.*, 2000);

además las QSM tienden a aumentar con la edad (Vestergren y Nilsson, 2011; Bolla *et al.*, 1991). Desde el punto de vista socioepidemiológico, las quejas de memoria se asocian a una edad avanzada, bajo nivel educativo y género femenino (Montejo Carrasco, 2015). Las vivencias de las QSM están muy lejos de ser inocuas y pueden estar relacionadas con dificultades en las actividades de la vida diaria, síntomas afectivos y un mayor riesgo de disminución cognitiva a lo largo del tiempo. En este aspecto, las preocupaciones de los adultos conllevan altos niveles de frustración y un costo emocional negativo tan importante que la mayoría de las veces impacta hasta en los vínculos sociales (Hill, 2018). Asimismo, la irrupción de las QSM en la vida diaria, más allá de que la persona se sienta caratulada como despietada o desmemoriada, genera una gran ansiedad y angustia psicológica que

retroalimenta aún más los problemas de memoria (Mol *et al.*, 2008).

## **Quejas subjetivas de memoria**

Las quejas de memoria son vivenciadas por un conjunto muy heterogéneo de personas que son capaces de apreciar los propios olvidos y manifestarlos sin ninguna evidencia de enfermedad neurodegenerativa. Esta capacidad de autoobservación es la que permite comparar el funcionamiento de la memoria actual en relación con desempeños anteriores. De aquí que implica la conciencia, la autoevaluación y las creencias que tiene una persona sobre la competencia de su memoria en la vida diaria (Genziani *et al.*, 2013).

El concepto es mencionado por primera vez por Reisberg al describir los criterios de la primera y segunda fase de la Escala Global de Deterioro para la Demencia Degenerativa Primaria dividida en siete fases (Reisberg *et al.*, 1982). Tras esta descripción inicial las diferentes experiencias de déficit cognitivo subjetivo se han ido conceptualizando como deterioro cognitivo subjetivo, disminución de la memoria subjetiva (MS), deterioro subjetivo de la memoria y QSM, entre otras terminologías (Abdulrab y Heun, 2008). A pesar de que actualmente ninguna definición ha sido universalmente aceptada, se asume que las QSM representan cambios sutiles en la memoria que pueden caer por debajo de los umbrales de detección de

pruebas cognitivas (Jessen *et al.*, 2014). Las QSM se engloban en lo que se denomina metamemoria, que se define como: “El conocimiento y el manejo de los procesos, la ejecución y los contenidos de la propia memoria. Se trata de la valoración subjetiva de los rendimientos de la propia memoria” (Madrid Salud, 2006, p. 9).

Las QSM pueden definirse como “una manifestación de la percepción que [el sujeto] tiene sobre el rendimiento de su memoria” (Montejo, Montenegro, Sueiro-Abad y Huertas, 2014, p. 320) y comprende el juicio que la persona realiza sobre su rendimiento en relación con su memoria, la subjetividad de este juicio y el objeto de la queja, que son, en definitiva, los olvidos mismos (Montenegro Peña, 2016). En cuanto al juicio, la queja supone una creencia o un saber de la persona, que puede expresarse en forma global ante una pregunta o referirse a hechos más puntuales. La subjetividad se refiere al conocimiento que la persona tiene de su propia memoria y está en relación con su personalidad, con su estadio emocional y con el conocimiento que la persona posee de su salud cognitiva y de su salud en general (Montenegro Peña, 2016). Respecto a los olvidos, abarca olvidos de nombres, no recordar dónde se dejan las cosas, olvido de actividades como cerrar el gas o las ventanas, no recordar lo que se tiene que hacer, etc. Estos problemas de memoria afectan al desarrollo de la vida cotidiana de las personas y tienen una

incidencia directa en su autonomía, su posibilidad de interacción con el entorno, su autoestima y, en definitiva, en su calidad de vida (Montejo Carrasco, 2015, p. 112).

Las QSM son incluidas como criterio de determinados cuadros clínicos en relación con el deterioro cognitivo leve (DCL) y al trastorno neurocognitivo leve del DSM V (Montenegro Peña, 2016). A lo largo de los años la evolución del concepto QSM ha ido integrando no solo a la memoria, sino también a otros procesos cognitivos. Además, se ha ampliado el concepto abarcando tanto al interesado como al informante (Montejo Carrasco, 2015).

## **Memoria subjetiva y memoria objetiva**

La validez de las quejas subjetivas (QS) como manifestación de la memoria objetiva (MO) sigue siendo todavía hoy un debate abierto. Kahn *et al.* (1975) fueron los primeros en informar por primera vez de la disociación entre memoria subjetiva (MS) y MO. Una de las controversias existente es si las quejas subjetivas están relacionadas con el rendimiento cognitivo real y, por lo tanto, si podrían predecir una declinación cognitiva futura o demencia. En los principales estudios que han revisado las investigaciones al respecto, algunos encuentran asociaciones significativas entre QSM y rendimiento objetivo, mientras que en otras las asociaciones

son muy bajas. Los resultados de las investigaciones no son concluyentes porque los diversos tipos de trabajos muestran diversos resultados. Estas diferencias pueden ser explicadas, en parte, por las diferencias metodológicas, las habilidades cognitivas evaluadas, los instrumentos utilizados, las características y las edades de las poblaciones estudiadas, y, además, porque las quejas de memoria podrían señalar más la concepción y la percepción que se tiene de la propia memoria que del propio rendimiento cognitivo. Por otro lado, las quejas pueden tener relación con otras funciones cognitivas como la memoria de trabajo, la velocidad de procesamiento de la información, la atención, etc. (Braver y Barch, 2002). Además, a nivel individual algunas personas pueden considerar que su memoria funciona bien y esto no cotejarse con la realidad de todos los días en la que pueden presentar dificultades. Así también es posible que las personas se quejen de su memoria y esto no se corrobore con pruebas objetivas.

Se podría pensar en las QSM como un grupo heterogéneo, en personas de hecho heterogéneas, en el que intervienen múltiples variables asociadas. Dentro de estos diferentes estudios se acuerda que la depresión es generadora de una vulnerabilidad cognitiva en el sujeto. Otros autores asocian, además, la depresión al espacio vital y a la actividad social del adulto. En cuanto a la personalidad, la dimensión más asociada con las

quejas es el neuroticismo y la conciencia. Por último, considerando la calidad de vida, también se han estudiado variables predictoras como el estrés, el sueño, la percepción de la salud física, el sentimiento de soledad, el sentimiento de bienestar, el sentido de la vida y los estereotipos subjetivos del envejecimiento. Todas estas variables dan cuenta de que las QSM se asientan en una multiplicidad de factores que al interactuar entre sí determinan la gravedad de las mismas y la afectación de la calidad de vida de las personas mayores. De aquí que se pueda pensar en las QSM como un verdadero síntoma complejo.

### **Las QSM y los factores psíquicos protectores para el envejecimiento (FAPPREN)**

La visión de las QSM desde la complejidad se fundamenta en una mirada interdisciplinar del sujeto envejeciente en el que convergen el campo biológico, el socio-cultural y el de la salud mental, en consonancia con un nuevo enfoque de la gerontología. Este nuevo rumbo, que incorpora la dimensión subjetiva en interacción con los otros campos, propone un abordaje interdisciplinar (Zarebski, 2011). El desarrollo de las ciencias de las últimas décadas del siglo pasado y los nuevos paradigmas científicos han permitido superar los esquemas simplistas y entender el proceso de envejecimiento en su complejidad multidimensional y enriquecerlo con modelos interdisciplinarios de abordaje. De

aquí que el propósito de la gerontología como disciplina sea “dar cuenta del ‘individuo’ biopsicosocial que envejece, es decir, poner el acento en la interrelación y la integración del ser humano como totalidad indivisa” (Zarebski, 2005, p. 162). Desde esta mirada, la psicogerontología considera al envejecimiento como un trabajo psíquico en el que el sujeto envejeciente elabora las marcas biológicas y sociales en tanto sostiene su propia identidad. De aquí que la vejez deba ser considerada desde su trama multicausal, desde los múltiples factores que la constituyen.

Desde este fundamento teórico es posible considerar las QSM en relación con las condiciones psíquicas de las personas envejecidas, condiciones que favorecen o dificultan el trabajo psíquico de envejecer. En su trabajo, Zarebski (2015) considera determinadas características de la personalidad, cuyos indicadores son denominados factores psíquicos protectores para el envejecimiento. Estos factores desarrollados por el sujeto a lo largo del curso de la vida y que continúan siendo procesados en la vejez se proponen como una guía para la construcción de un envejecimiento saludable frente a los avatares del envejecer, como señales que alientan a revisar el mapa o cambiar el rumbo a tiempo. Su contracara son los factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico, que manifiestan determinadas características de personalidad generadoras de condiciones de vulnerabilidad emocional,

creencias distorsionadas del envejecimiento y problemas de vínculos con los otros. Los factores que integran el FAPPREN son los siguientes: disposición al cambio; autocuestionamiento; autoindagación; reflexión y espera; riqueza psíquica y creatividad; pérdidas, vacíos, compensación con ganancias; autocuidado y autovalidez; posición anticipada respecto a la propia vejez; posición anticipada respecto a la finitud; vínculos intergeneracionales; y diversificación de vínculos e intereses. En relación con el presente estudio, un envejecimiento normal se corresponda con estas condiciones psíquicas, como la capacidad de autocuestionarse, la capacidad reflexiva y la flexibilidad, acompañada de condiciones de personalidad. Desde el punto de vista de la neurogénesis y la plasticidad neuronal, en el curso de la vida el sujeto forjará un cerebro flexible en la medida en que el sujeto también lo sea. Se trata, en definitiva, de considerar en el sujeto la existencia de una reserva humana que incluye la reserva cognitiva. Esta mirada se debe tener en cuenta especialmente en problemáticas como la memoria que, tal como ya se mencionó, deben integrar, más allá del aspecto cognitivo, el aspecto psíquico de los AM, puesto que solo esta mirada integral y compleja puede dar cuenta de la problemática de esta población en su totalidad. Por consiguiente la investigación, en relación con las QSM, fue guiada por los siguientes interrogantes: ¿cuál es la relación entre las QSM y los factores de

riesgo psíquico de envejecimiento patológico?, ¿cuál es la relación entre las QSM y el rendimiento objetivo de la memoria en el grupo de las personas mayores en estudio? y ¿qué relación existe entre las QSM y las características socio-demográficas en el grupo de mayores en estudio?

## **Población y muestra**

La población de referencia estuvo compuesta por adultos de 60 años o más de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina. Se trató de una muestra no probabilística constituida por 100 personas que, en su mayoría, concurrían habitualmente a los centros de jubilados de la ciudad de Rosario.

## **Método e instrumentos**

La investigación se enmarcó en un enfoque mixto, cualitativo-cuantitativo y el alcance fue descriptivo y correlacional. Como herramientas para medir los factores protectores se utilizó el Inventario de Factores Psíquicos Protectores para el Envejecimiento (FAPPREN) de Zarbbski y Marconi (2017). Para evaluar las QSM se utilizó el Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (Memory Failures of Everyday [MFE]) de Sunderland, Harris y Gleave (1984) para población española (Montejo Carrasco, Montenegro Peña, Sueiro Abad y Fernández Blázquez, 2011). La memoria objetiva se midió con el Test Conductual

de Memoria Rivermead (The Rivermead Behavioural Memory Test [RBMT]) de Wilson, Cockburn y Baddeley (1985), adaptado para su utilización en España. Para el cribado se utilizó el Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein *et al.* (1975), la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody, 1969), la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey y Leirer (1982) y un cuestionario sociodemográfico-clínico y neuropsicológico.

## **Resultados**

El promedio de edad de la población fue de 72,99 años. La mayoría fue de género femenino. El 39% de la población poseía estudios terciarios, universitarios o pos-universitarios, el 35% solo primaria, el 25% primaria y secundaria, y el 1% primaria incompleta.

En relación con el Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE), el valor total promedio del MFE de toda la población en estudio fue de 9 (ffi 5.94 desvío estándar). De los tres factores que posee el MFE, se observó que el factor 2 (reconocimiento de lugares y personas) contribuyó en muy pequeña proporción al total de las QSM de la población en estudio. En cuanto a los factores sociodemográficos, se observó solamente una diferencia significativa en el valor total del MFE cuando se comparaba el nivel educativo terciario con el universitario ( $p$  0.0286). Las personas

con nivel educativo universitario o superior poseían valores de QSM significativamente más bajos que aquellos con estudios terciarios ( $p$  0,0285). Se encontró que esta diferencia se debía principalmente a la memoria relacionada con el recuerdo de actividades (factor 1), que tomaba valores significativamente más altos en aquellas personas con estudios terciarios, valores medios para los que tenían estudios escolares y valores significativamente más bajos para las personas con estudios universitarios.

En referencia al Test Conductual de Memoria de Rivermead (RBMT), el valor promedio del RBMT Global para la población de AM analizada fue de 8.8 ffi 2.74, mientras que el RBMT Perf. tomó un valor de 19.16 ffi 4.5.

En cuanto al Inventario de Factores Psíquicos Protectores para el Envejecimiento (FAPPREN), su valor total fue de 61.08 ffi 8.97. Por lo que respecta a los niveles, el elevado (45%) fue cercano a la mitad de la población, siguiendo el moderado (37%) y el escaso (18%) con una menor incidencia. En lo tocante al FAPPREN y los factores sociodemográficos, no se encontró ninguna vinculación entre los ítems del instrumento y la variable género. Para edad se encontró correlación débil pero significativa y negativa con el ítem 4. Asimismo, la variable educación se relacionó de manera significativa y positiva con los factores 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9 y 10. Se observó que el MFE se relaciona de manera inversa con el

FAPPREN. Se encontró que el MFE total es significativamente mayor para las personas con FAPPREN escaso (14 ffl 5.96), en relación con las personas con el FAPPREN moderado y elevado (8.97 ffl 6.03 y 7.022 ffl 4.66, respectivamente). Entre las personas con FAPPREN escaso y moderado no hay diferencias significativas en los valores del MFE encontrados. Este comportamiento se mantiene para los 3 factores que conforman el MFE. Cuando se compara el FAPPREN escaso con el FAPPREN elevado, se observa una diferencia significativa respecto al MFE total. Cuando se realiza el desglose del MFE en factores, se encuentra que aquellos que tienen FAPPREN escaso comparándolo con el elevado presentan diferencias significativas en los tres factores.

Cuando se comparó el MFE, el RBMT y el FAPPREN, se encontró que tanto el MFE total como los factores que la conforman se relacionaron de manera significativa y negativa con el FAPPREN total. En cuanto al MFE total y el RBMT global, no se encontró ninguna relación entre estas variables. Entre el RBMT y FAPPREN se encontró una relación significativa y positiva.

## **Discusión de resultados**

Por lo que concierne al MFE, los datos obtenidos indican que la población estudiada posee menos QSM comparándola con el estudio de Montejo Carrasco *et al.* (2011) con población española,

que obtuvo una media de 21.85 (ffl 9.13), si bien las poblaciones son muy diferentes en número y características. En relación con el MFE, el valor más alto se obtuvo en el factor 3 (monitorización de la comunicación), con una diferencia poco significativa respecto al valor del factor 1, y muy significativa respecto al valor del factor 2. De esto se puede concluir que la población en estudio presenta mayoritariamente alteraciones debidas a los olvidos en lo tocante al seguimiento de la comunicación, que involucran áreas como la memoria a corto plazo, la memoria de trabajo, las funciones ejecutivas y los componentes atencionales. Por otra parte, el MFE se relacionó significativamente con el factor educación. La mayoría de los estudios han establecido una asociación de bajo nivel educativo y QSM, especialmente en estudios basados en población (Jonker *et al.*, 2000; Montejo Carrasco *et al.*, 2017). Sin embargo, otros autores encontraron resultados opuestos (Comijs *et al.*, 2002). Los resultados obtenidos en la población en estudio se pueden explicar teniendo en cuenta que, desde el punto de vista de un sujeto complejo, se forjará un cerebro flexible en la medida en que el sujeto también lo sea. El achatamiento del mundo psíquico en sujetos con vínculos monótonos o con tendencia a la simplificación presentan igualmente un mundo neuronal chato, rígido y empobrecido (Zarebski, 2015, 2019). Esto sucede debido a que, desde el punto de vista de la plasticidad



neuronal, en la educación están implicados, entre otros, la capacidad de autocuestionarse, la capacidad reflexiva, la flexibilidad, etc.

En relación con el RBMT, el valor obtenido no presenta diferencias significativas con el estudio de Montejo Carrasco *et al.* (2017), que fue de 7.86 (ffl 2.24). Vinculando el RBMT con el MFE no se encontró una asociación significativa entre las QSM y la MO. La mayoría de los trabajos de investigación sobre este vínculo tampoco encuentran asociaciones fuertes entre MO y MS (Crumley *et al.*, 2014; Hessen *et al.*, 2015; Mías, 2015).

En cuanto al FAPPREN, al comparar el estudio realizado en la ciudad y provincia de Buenos Aires (Zarebski, 2015) se presenta una diferencia significativa en la distribución por niveles, pero no hay diferencia significativa en la media y desvío. La variable educación mostró una correlación significativa y positiva con los factores con casi todos los ítems, demostrando que a medida que se posee mayor nivel educativo, aumentan la mayoría de los factores protectores.

Vinculando el FAPPREN con RBMT y MFE se demostró que cuando disminuyen los factores protectores, aumentan las QSM. Dicho de otra manera, a mayor QSM mayor riesgo psíquico de envejecimiento patológico. Por otra parte también se evidenció que según aumentan los factores protectores para el envejecimiento, aumentan también los valores de la memoria objetiva.

## **Conclusión**

La relevancia de las QSM en cuanto manifestación subjetiva de la propia percepción y vivencia de los olvidos cotidianos se debe a que no solo afectan a la calidad de la vida diaria de las personas mayores, sino también suponen su posible validez como indicador de deterioro cognitivo. Por otra parte, las QSM generan un impacto a nivel emocional y vincular, entre otros, que puede conducir a una autopercepción negativa del mismo sujeto y de su vínculo con el entorno.

En referencia a las preguntas planteadas, el estudio no encontró una correlación significativa entre las QSM y la memoria objetiva; mostró que las QSM se correlacionaron de manera positiva con los factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico; y, por último, determinó que las QSM estuvieron asociadas a la variable educación como el único factor sociodemográfico con variación significativa.

Las QSM no ocurren en un vacío psicológico, sino que están incrustadas en el curso de la vida de un sujeto complejo. De ahí que este constructo haga referencia a una construcción multifactorial en la que están implicados una combinación de factores psicológicos, cognitivos, emocionales, sociales, educativos, ecológicos y socioeconómicos. Estos factores interactúan entre sí para determinar la gravedad de las QSM. Esto evidencia la necesidad de contar

con una comprensión integral de las QSM en el contexto de una mirada global y compleja hacia el adulto mayor y el envejecimiento. El estudio evidencia que someterse a una vida poco flexible, sin autocuestionamientos, con estímulos ambientales pobres, creencias rígidas y cristalizadas, sin preparación cognitiva, afectiva y vincular es lo que podrá ir preparando las condiciones para el deterioro cognitivo y presagia un envejecimiento patológico. Los factores protectores ante el envejecimiento informan acerca del sostenimiento o incremento de la complejidad de un

sujeto para compensar la pérdida de los mecanismos biológicos. En la población en estudio quedó demostrado que las QSM habitan en un sujeto incapaz de dar lugar a las dimensiones que protegen de los avatares que implican las marcas del tiempo en el cuerpo, en la vida psíquica, en la vida espiritual y en los vínculos sociales. Justamente estos resultados advierten acerca de la importancia de valorar no solo la reserva cognitiva que posee un sujeto, sino la reserva humana constituida por esta complejidad de factores que interactúan entre sí.

## **Bibliografía**

- Abdulrab, K. y Heun, R. (2008). Subjective memory impairment. A review of its definitions indicates the need for a comprehensive set of standardised and validated criterio. *European Psychiatry* 23, 321-330. doi: <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.02.004>.
- Balash, Y., Mordechovich, M., Shabtai, H., Giladi, N., Gurevich, T. y Korczyn, A. D. (2013). Subjective memory complaints in elders: depression, anxiety, or cognitive decline? *Acta Neurologica Scandinavica*, 127, 344-350. doi: <http://doi.org/10.1111/ane.12038>
- Bolla, K., Lindgren, K., Bonaccorsy, K. y Bleecker, M. (1991). Memory complaints in older adults fact or fiction? *Archives of Neurology*, 48(1), 61-64. doi: <http://doi.org/10.1001/archneur.1991.00530130069022>.
- Braver, T. S. y Barch, D. M. (2002). A theory of cognitive control, aging cognition, and neuromodulation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 26(7), 809-817. doi: [http://doi.org/10.1016/s0149-7634\(02\)00067-2](http://doi.org/10.1016/s0149-7634(02)00067-2)
- Comijs, H. C., Deeg, D. J., Dik, M. G., Twisk J. W. y Jonker, C. (2002). Memory complaints; the association with psycho-affective and health problems and the role of personality characteristics. A 6-year follow-up study. *J Affect Disord*, 72, 157-165. doi: [http://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00453-0](http://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00453-0)
- Crumley, J. J., Stetler, C. A. y Horhota, M. (2014). Examining the relationship between subjective and objective memory performance in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 29(2), 250-263. doi: <http://doi.org/10.1037/a0035908>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. Recuperado de [http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/0022-3956\(75\)90026-6/pdf](http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/0022-3956(75)90026-6/pdf)

- Genziani, M., Stewart, R., Béjot, Y., Amieva, H., Artero, S. y Ritchie, K. (2012). Subjective memory impairment, objective cognitive functioning and social activity in French older people: Findings from the Three Cities study. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(1), 139-145. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00873.x>
- Hessen, E., Nordlund, A., Stålhammar, J., Eckerström, M., Bjerke, M., Eckerström, C. et al. (2015). T-Tau is Associated with Objective Memory Decline Over Two Years in Persons Seeking Help for Subjective Cognitive Decline: A Report from the Gothenburg-Oslo MCI Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 47(3), 619-628. doi: 10.3233/jad-150109
- Hill, N., Mogle, J., Kitkoo L., Gilmore-Bykovskiy, A., Wiona, R., Kitt-Lewis, E. et al. (2018). Incongruence of subjective memory impairment ratings and the experience of memory problems in older adults without dementia: a mixed methods study. *Aging & Mental Health*, 22(8), 972-979. doi: <http://doi.org/10.1080/13607863.2017.1337715>
- Jessen, F., Amariglio, R. E., Van Boxtel, M., Breteler, M., Ceccaldi, M., Chételat, G. et al. (2014). A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 10(6), 844-852. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.01.001>
- Jonker, C., Geerlings, M. I. y Schmand, B. (2000). Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 983-991. doi: [http://doi.org/10.1002/1099-1166\(200011\)15:11<983::aid-gps238>3.0.co;2-5](http://doi.org/10.1002/1099-1166(200011)15:11<983::aid-gps238>3.0.co;2-5)
- Kahn, R. L., Zarit, S. H., Hilbert, N. M. y Niederehe, G. (1975). Memory complaint and impairment in the aged: the effect of depression and altered brain function. *Archives of General Psychiatry*, 32(12), 1569-1573. doi: <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760300107009>
- Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186. doi: [http://doi.org/10.1093/geront/9.3\\_Part\\_1.179](http://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179)
- Madrid Salud. Concejalía de Gobierno de Seguridad y Servicios a la Comunidad (2006). *Programa de Memoria. Método UMAM*. Díaz de Santo.
- Mias, C. D., Luque, L., Bastida, M. y 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*, 15(2), 53-70. Recuperado de <https://revistannn.files.wordpress.com/2015/11/8-mias-et-al-quejas-de-memoria-psicopatologicc81a-y-deterioro-leve.pdf>
- Mol, M., Ruiter, R., Verhey, F., Dijkstra, J. y Jolles, J. (2008). A study into the psychosocial determinants of perceived forgetfulness: implications for future interventions. *Aging and Mental Health*, 12, 167-176. doi: <http://doi.org/10.1080/13607860801972503>
- Montejo, P., Montenegro, M., Fernandez, M. A. y Maestu, F. (2011). Subjective memory complaints in the elderly: prevalence and influence of temporal orientation, depression and quality of life in a population-based study in the city of Madrid. *Aging & Mental Health*, 15(1), 85-96. doi: <http://doi.org/10.1080/13607863.2010.501062>

- Montejo, P., Montenegro, M., Sueiro Abad, M. J. y Huertas, E. (2014). Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE). Análisis de factores con población española. *Anales de Psicología*, 30(1), 320-328. doi: <http://doi.org/10.6018/analesps.30.1.131401>
- Montejo Carrasco, P. (2015). *Estudio de los resultados de un programa de entrenamiento de memoria y estimulación cognitiva para mayores de 65 años sin deterioro cognitivo* (tesis doctoral). Universidad Complutense. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/32715/1/T36240.pdf>
- Montejo Carrasco, P., Montenegro Peña, M., Sueiro Abad, M. J., Fernández Blázquez, M. A. (2011). Cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana: datos normativos para mayores. *Psicogeriatría* 3(4), 167-171. Recuperado de [https://www.viguera.com/sep/pdf/revista/0304/304\\_0167\\_0171.pdf](https://www.viguera.com/sep/pdf/revista/0304/304_0167_0171.pdf)
- Montejo Carrasco, P., Montenegro Peña, M., López Higes, R., Estrada, E., Prada Crespo, D., Montejo Rubio, C. y García Azorín, D. (2017). Subjective Memory Complaints in healthy older adults: fewer complaints associated with depression and perceived health, more complaints also associated with lower memory performance. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 70, 28-37. doi: <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.archger.2016.12.007>
- Montenegro Peña, M. (2016). *Quejas subjetivas en el envejecimiento y en adultos jóvenes: variables implicadas* (tesis doctoral). Universidad Complutense. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/38872/1/T37666.pdf>
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De Leon, M. J. y Crook T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139. doi: <http://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>
- Schultz, S. A., Oh, J. M., Kosciak, R. L., Dowling, N. M., Gallagher, C. L., Carlsson et al. (2016). Regional resources buffer the impact of functional limitations on perceived autonomy in older adults with multiple illnesses. *Psychology and Aging*, 31(2), 139-148. Recuperado de <http://bases.biblioteca.uca.edu.ar:2094/10.1037/pag0000064>
- Sunderland, A., Harris, J. E. y Baddeley, A. D. (1983). Do laboratory tests predict everyday memory? A neuropsychological study. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 22(3), 341-357. doi: [http://doi.org/10.1016/s0022-5371\(83\)90229-3](http://doi.org/10.1016/s0022-5371(83)90229-3)
- Vestergren, P. y Nilsson, L. G. (2011). Perceived causes of everyday memory problems in a population-based sample aged 39-99. *Applied Cognitive Psychology*, 25(4), 641-646. doi: <http://doi:10.1002/acp.1734>
- Wilson, B. A., Cockburn, J. y Baddeley, A. D. (1991). *The Rivermead Behavioural Memory Test*. Thames Valley Test Company.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. et al. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. doi: [http://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](http://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zarebski, G. (2005). *Hacia un buen envejecer*. Universidad Maimónides.
- Zarebski, G. (2011). *El futuro se construye hoy*. Paidós.
- Zarebski, G. (2015). Factores protectores para el envejecimiento. En A. Marconi (comp.), *Narcisismo, resiliencia y factores protectores en el envejecimiento*. Nuevos aportes al

*campo de la intervención e investigación en psicogerontología* (pp. 37-73). MAC y Gerontólogos Argentinos.

Zarebski, G. (2019). Teoría de la identidad flexible en el envejecimiento y factores protectores. En G. Zarebski (ed.), *La identidad flexible como factor protector en el curso de la vida* (pp. 11-42). Editorial Científica y Literaria, Universidad Maimónides.

Zarebski, G. y Marconi, A. (2017). *Inventario de Factores Psíquicos Protectores para el Envejecimiento (FAPPREN). Manual de aplicación, evaluación e interpretación*. Editorial académica española. Recuperado de <http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2017/02/LIBRO-FAPPREN.pdf>