



**Quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes y variables sociodemográficas: una
revisión sistemática**

Andrés Felipe Urrego Restrepo

Artículo de investigación presentado para optar al título de Psicólogo

Asesora

Maryoris Zapata Zabala, Doctor (PhD) en Psicología

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Medellín, Antioquia, Colombia
2023

Cita

(Urrego Restrepo, 2023)

Referencia

Urrego Restrepo, A. F. (2023). *Quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes y variables sociodemográficas: una revisión sistemática* [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Estilo APA 7 (2020)



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: Alba Nelly Gómez García.

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Resumen

Durante las últimas décadas, múltiples investigaciones han puesto de manifiesto el marcado interés que ahora posee la comunidad científica por estudiar las demencias, en especial sus estadios o síntomas iniciales con el fin de crear planes y tratamientos mucho más eficaces. Entre los temas más investigados se encuentran la aparición de quejas subjetivas de memoria, que en muchas ocasiones desembocan en demencias, comúnmente en población adulto mayor (edad > 65 años), pero también han ocurrido casos en adultos jóvenes (<40 años). Esta revisión sistemática pretende explorar el panorama en cuanto a investigaciones sobre quejas subjetivas en adultos jóvenes, analizando variables sociodemográficas y contrastando entre ellas, en especial la edad, los años de escolarización y el sexo. Para ello, se han realizado diferentes búsquedas sistemáticas en base de datos avaladas por la comunidad médica, como PubMed, siguiendo premisas del protocolo PRISMA y criterios de inclusión y exclusión. Actualmente los resultados arrojan un panorama desconsolador. Son pocos los estudios que tienen como centro estas variables y aquellos que si lo hacen informan que el efecto en la muestra es despreciable e ínfimo. Las variables comportamentales y emocionales intervienen de manera más directa, mientras que las variables sociodemográficas, intervienen indirectamente y en poca proporción, sin embargo, en rasgos predominantes y marcados puede influir más directamente, pero se tiene que evaluar igualmente con variables emocionales y comportamentales.

Palabras clave: quejas subjetivas de memoria, adultos jóvenes, escolaridad, sexo, edad.

Abstract

During the last decades, many papers have revealed scientists' strong interest in studying dementias, especially their initial stages or symptoms, with the purpose of creating much more effective plans and treatments. The most studied topics include subjective memory complaints, often leading to dementias, mainly in older adults (older than 65 years), although cases in young adults (younger than 40 years) have also been reported. This systematic review aims to explore the scenario of studies on subjective complaints in young adults by analyzing sociodemographic variables and comparing them to each other, mainly age, schooling years, and sex. To this end, we have conducted different systematic searches in databases endorsed by the medical community, such as PubMed, and we have followed the PRISMA protocol checklist and inclusion and exclusion criteria. So far, the results show a pessimistic scenario. Few studies focus on these variables and those that do it report that the effect in the sample is insignificant and negligible. The behavioral and emotional variables have a more direct influence, while the sociodemographic variables have an indirect and reduced influence, although, on predominant and marked traits, they can influence more directly; however, their assessment needs to include both behavioral and emotional variables.

Keywords: subjective memory complaints, young adults, scholarship, sex, age.

Introducción

Un fenómeno que ahora es objeto de estudio por el incremento en las consultas y derivaciones médicas de adultos jóvenes a razón de problemas neurológicos y en especial por problemas de memoria son las (QSM) Quejas Subjetivas de Memoria (Ruiz Sánchez de León et al., 2010), lo cual ha provocado un creciente interés del mundo científico por estudiar con un marcado foco esta patología al tener un estrecho lazo con las etapas iniciales de demencia o deterioro cognitivo, siendo estas últimas, un problema que afecta a todo el mundo.

Distintos estudios (Wimo et al., 2015; Li et al., 2007; Larson et al., 2013; Catinding et al., 2012), coinciden en que el número total de personas con demencia se elevará de manera

significativa en el tiempo, lo que implicará una mayor presencia de discapacidad y dependencia en el mundo (OMS, 2021). Así mismo, en 2019 el estudio Global Burden of Disease (GBD), estimó que habían 57.4 millones de personas con demencia en el mundo, y proyectó un aumento de esta cifra a 152.8 millones para el año 2050. En el caso de América Latina, se espera que la cantidad de personas con demencia se cuadruple entre 2015 y 2050 (Parra et al., 2018).

En cuanto a las Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) es un fenómeno cognitivo caracterizado por un conjunto de olvidos y despistes muy frecuentes que afectan al correcto funcionamiento en la vida diaria, lo que genera en la persona que lo padece cierta desconfianza con relación a su propia memoria. Por medio de evaluación neuropsicológica, de manera general se ha evidenciado que las personas con QSM presentan puntajes con un rendimiento inferior en áreas de la memoria verbal, visual y de trabajo, que los otros sujetos que no manifiestan dichas quejas (Molina Rodríguez et al., 2018).

Las QSM han sido asociadas al deterioro cognitivo propio del envejecimiento, pero no es un fenómeno exclusivo de los ancianos. Actualmente, suele ser cada vez más común encontrar a jóvenes consultando por problemas de memoria, ahora bien, a diferencia de lo que comúnmente suele suceder con la población anciana, en la mayoría de los casos, los jóvenes que consultan por QSM no presentan un deterioro cognitivo real ni menos una relación consistente con los resultados de las pruebas neuropsicológicas (Pellicer Porcar et al., 2014).

De allí, que cuando se consulta por QSM el profesional médico haría un estudio clínico completo que incluiría, adicional de la anamnesis, un protocolo general (para evaluar los niveles de ácido fólico, las hormonas tiroideas o la vitamina B12), un estudio de neuroimagen, un estudio serológico y la aplicación de alguna batería o prueba neuropsicológica para valorar el estado cognitivo, comportamental y emocional y así justificar las quejas (Pedrero Pérez et al., 2013). Sin embargo, a pesar de su alta prevalencia y necesidad para los servicios médicos, son pocos los instrumentos, pruebas o baterías con capacidad de valorar la magnitud de las quejas, entre los que se destacan el cuestionario de olvidos cotidianos (Benedet et al., 1996), que apareció tras la interpretación y traducción del francés del Questionnaire d'Auto-évaluation de la Mémoire (Van der Linden et al., 1989), o el autoinforme de memoria para ancianos (Fernández-Ballesteros et al., 1992); y en inglés, el Memory Complaint Questionnaire (Crook et al., 1992), el Memory Functioning Questionnaire (Gilewski et al., 1990) y el MFE o Memory Failures Everyday

(Sunderland et al., 1984), el cual actualmente es el más utilizado por el equipo médico y neuropsicológico (Lozoya Delgado et al., 2012).

En múltiples investigaciones ha sido objeto de estudio el determinar cuáles son las variables que intervienen en la génesis del fenómeno. Entre ellos, diversos trabajos llevados a cabo en adultos jóvenes han encontrado que determinados estados emocionales como la ansiedad (Montenegro Peña et al., 2013; Pellicer Porcar et al., 2014), la depresión (Jozami Nassif et al., 2016; Montejo, et al., 2011) y en especial el estrés (Molina Rodríguez et al., 2018; Molina Rodríguez et al., 2016; Katz et al., 2016), son factores que influyen de manera directa e indirecta en la aparición de las quejas. Así mismo, en otro estudio previo reportado por Guerra et al. (2022) encontró que, al atender estímulos estresores, el sujeto despliega una serie de herramientas y habilidades que le permiten hacer frente y resolver el problema, usando unas capacidades cognitivas específicas, sino pierde el control. Esto desencadenaría que en el sujeto su capacidad para manejar demandas ambientales estuviera limitada, resultando en mayores fallos de memoria. (Molina Rodríguez et al., 2018).

Podemos encontrar entonces una postura con abundante literatura afirmando que las QSM también guardan relación con el conjunto de habilidades atencionales, mnésica y ejecutivas que poseen las personas (Molina Rodríguez et al., 2018; Terán Mendoza et al., 2016). Por lo tanto, aquellos adultos jóvenes que consultan al neurólogo informando fallos con su memoria, lo hacen porque es cierto que sus rendimientos atencionales, mnésicos y ejecutivos se encuentran levemente desviado por debajo de la población sin quejas, pero permaneciendo dentro de la normalidad estadística (Ruiz Sánchez de León, et al., 2010). Además, se ha comentado cómo este patrón clínicamente inatento, mnésico y disejecutivo, está relacionado con otras variables de sintomatología comportamental, emocional y cognitiva de origen prefrontal, lo cual conlleva a mayores despistes, errores y fallos en la vida cotidiana por respuestas impulsivas, mal planificadas o inatención, que serían interpretadas por los sujetos como estados patológicos, aunque en muchas ocasiones no sea así (Pedrero Pérez et al., 2013).

En otra postura, las QSM parecen tener relación con una alteración en la meta memoria, entendida esta como la información que posee un individuo sobre su memoria, las estrategias que utiliza y la autoeficacia que percibe de ello, pero en ocasiones la memoria y la meta memoria se limitan en su funcionamiento, ocasionando que en algunos casos exista amnesia sin afectación de la meta memoria y ocurre cuando el sujeto es consciente de sus limitaciones, pero también es

posible que exista alteraciones en la meta memoria sin afectación de la memoria, que pasa generalmente cuando el individuo sobreestima su capacidad y aparecen los fallos sin que evidencie un problema real (Ruiz Sánchez de León et al., 2010). Es así, como también se han encontrado asociaciones entre las QSM y la percepción de mala salud de los adultos jóvenes y algunas variables de personalidad como el neuroticismo y el perfeccionismo, encontrando que estos últimos se asociaban con la memoria global y con la frecuencia de percepción de los olvidos y el estado de salud con la memoria objetiva (Montenegro Peña et al., 2013). Sin embargo, gran parte de los resultados de investigaciones al respecto han relacionado el funcionamiento de la meta memoria y la aparición de las QSM con la integridad de los lóbulos frontales del cerebro.

Por último, también se ha encontrado hallazgos en relación con el uso y abuso de sustancias tóxicas o drogas (Guerra López et al., 2022; Pedrero Pérez et al., 2013; Terán Mendoza et al., 2016) demostrando una estrecha relación con la sintomatología prefrontal, en donde un daño o afectación en los lóbulos o corteza prefrontal del sujeto puede causar cambios emocionales, cognitivos y comportamentales que influyen de manera directa en la generación de quejas o fallos de memoria (Guerra López et al., 2022).

Y en menor proporción, investigaciones con variables sociodemográficas como el sexo, la ocupación o escolaridad y la edad (Pellicer Porcar et al., 2014;), con resultados en donde los hallazgos no son contundentes o significativos entorno a estas variables, ni mucho menos la investigación se centra en torno a estas, por lo tanto muy posiblemente sus hipótesis están sesgadas con información de variables cognitivas y comportamentales, razón por la cual, el presente trabajo se propone con el fin de descubrir los principales hallazgos de las QSM en materia de variables sociodemográficas.

Método

Diseño

Para el desarrollo de esta revisión sistemática, se implementó una estrategia de búsqueda para optimizar la correcta indagación y posterior selección de los artículos aportantes para la revisión. De esta manera, se utilizó en una primera instancia el protocolo PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses), el cual fue diseñado para autores de

revisiones sistemáticas y metaanálisis para que puedan documentar de manera estructurada y transparente el porqué, el qué se hizo y qué se encontró en la revisión. (Page et al., 2021).

En la Figura 1 se puede apreciar el listado de verificación propuesto en el protocolo PRISMA 2020 para la revisión de la literatura, tamizaje y selección de los artículos.

Figura 1

PRISMA 2020 Checklist



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Nota. Tomado de la página: www.prisma-statement.org

Estrategia de búsqueda

La revisión sistemática se realizó sin fecha de corte, realizando búsquedas en las bases de datos de Scopus y PubMed/Medline. Se escogieron dichas bases de datos por su buena reputación en la búsqueda y recopilación de artículos, libros e investigaciones de alta calidad en temas de salud.

En cuanto a la estrategia utilizada para buscar los datos, se utilizaron diferentes términos que se eligieron deliberadamente en relación con los constructos propuesto para revisión (quejas subjetivas de memoria) y las características sociodemográficas (adultos jóvenes). Además, se utilizó el tesauro Medical Subject Headings (MeSH) (National Library of Medicine, s.f.), para la correcta escritura de los términos de búsqueda. En la **Tabla 1**, se muestra la ecuación de búsqueda que se utilizó.

Tabla 1*Ecuación de búsqueda*

Características	Términos de búsqueda
Constructo	“Subjective Cognitive Complaints” OR “Subjective Memory Impairment” “Subjective cognitive impairment”
Población	“Adultos jóvenes” OR “Young adults”
Características o variables	“Sexo” OR “Escolaridad” OR “Ocupación”

* Elaboración propia

Criterios de elegibilidad

Se seleccionaron todos los estudios que (1) hablarán sobre quejas subjetivas de memoria en población no clínica y se constatará por medio de una prueba neuropsicológica o diagnóstico médico, (2) incluyan participantes que fuera población adulto joven (edad comprendida <65 años) y (3) proporcionan suficientes datos para analizar por lo menos una variable sociodemográfica (escolaridad, ocupación, entre otras).

Para esta revisión se excluyeron aquellos trabajos y estudios como resúmenes, literatura gris, trabajos de grado (pregrado y posgrado), investigaciones argumentativas, documentos interpretativos y conferencias. Las revisiones sistemáticas o de literatura tampoco se tuvieron en cuenta para este trabajo.

Selección de estudios

Todos los artículos encontrados por medio de las bases de datos, en un primer momento fueron importados a un programa web llamado Rayyan (Ouzzani, et al., 2016), el cual es una herramienta online que ayuda a sintetizar la información de las revisiones sistemáticas. En esta etapa se eliminaron aquellas investigaciones o artículos duplicados y posteriormente, se hizo una lectura exhaustiva y detallada de título y resumen de cada estudio para comprobar el cumplimiento de los criterios de inclusión.

Además, se excluyeron aquellos que cumplían con uno o más de los criterios de exclusión descritos en la **Tabla 2**, el cual se muestra a continuación:

Tabla 2

Criterios de exclusión

Criterio	Descripción
Artículo de referencia	Artículos que ofrezcan datos relevantes sobre la patología de Quejas Subjetivas de Memoria en población no clínica y que podrían ser citados como parte del manuscrito. Sin embargo, presentan información incompleta o poco confiable. Esta etiqueta no se utilizaría sí otra etiqueta es más adecuada.
Lenguaje erróneo	Artículo que fue publicado en un idioma distinto al español o al inglés.
Características estudiadas	El artículo no trabajó ninguna variable sociodemográfica
Población errónea	Los participantes no son población adulto joven.
Diseño de estudio erróneo	Se excluirán los ensayos clínicos aleatorios, sistemáticos y de revisión de la literatura.

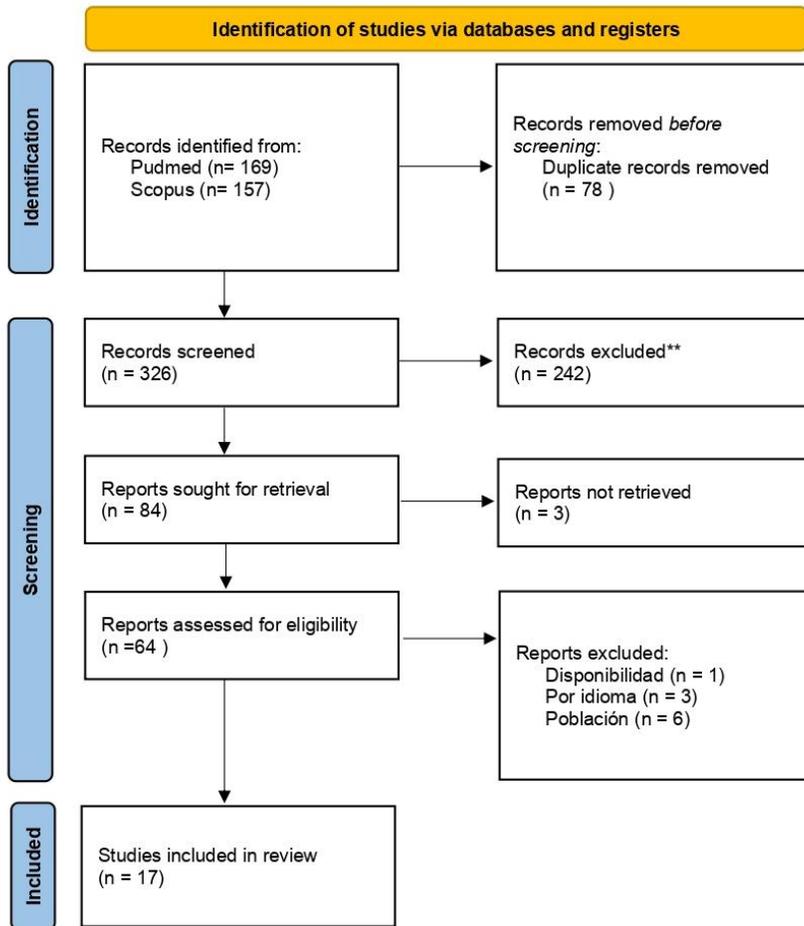
* Elaboración propia

Tras finalizar todo el proceso de tamizaje de los artículos, se extrajeron los datos de mayor importancia o relevancia como autor(es), año de publicación, población, tamaño de la muestra, característica sociodemográfica estudiada, principales hallazgos, país, lenguaje utilizado y contexto de uso. Todos estos datos se registraron en un formato de Microsoft Excel para organizar y correlacionar la información. A continuación, se presenta el diagrama de flujo creado en la selección de artículos.

Figura 2

Diagrama de revisión sistemática

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Nota. Tomado de la página: www.prisma-statement.org

Resultados

Para esta revisión, 17 estudios fueron seleccionados como elegibles, después de un posterior análisis y evaluación a través de los criterios de exclusión y lista de verificación PRISMA. Los diferentes hallazgos en relación con la población seleccionada y las variables sociodemográficas se presentan en la **Tabla 3**. Para analizar la variable estudios, se tuvo en cuenta los años de escolaridad categorizados en estudios primarios, secundario y estudios universitarios (o más). En la variable población se tuvo en cuenta si eran pacientes sanos o no (población clínica o no clínica), además de otra característica importante a mencionar. Para las características sociodemográficas se tuvo en cuenta los estudios que analizaron y encontraron diferencias entre las magnitudes de las QSM reportadas entre diferentes edades (adultos jóvenes vs adultos mayores >65 Años) y sexo (hombre vs mujeres). Adicional a ello, se registró el país, año y el idioma de los estudios, para encontrar posibles tendencias.

Tabla 3**Estudios que analizan varias sociodemográficas en estudios sobre QSM**

Referencia	Población	tamaño de la muestra	Característica sociodemográfica estudiada	Principales hallazgos	País	Lenguaje	Año
Montenegro Peña et al., 2013	Población no clínica. Trabajadores empresa de (servicios, desde personal de recepción y administrativos hasta técnicos superiores)	582 participantes con una edad media de $41,64 \pm 8,97$ años (rango: 22-64 años)	Edad, sexo y estudios.	En nuestro trabajo encontramos una asociación estadísticamente significativa de la puntuación en el MFE con la edad, el sexo y el nivel de estudios. Tienen menos QSM: las personas más jóvenes, los varones y las personas que tienen un nivel de estudios más elevado. Sin embargo, el tamaño del efecto de estas variables es pequeño.	Madrid, España	Español	2013
Ruiz Sánchez de León et al., 2010	Población no clínica que consulta por primera vez por QSM, con alto grado de escolaridad (estudios secundarios)	Se reclutó consecutivamente una muestra de 50 sujetos adultos, menores de 60 años	Edad, sexo y estudios.	No se observan diferencias estadísticas en la edad de las muestras ni con respecto al sexo. No obstante, se observan diferencias significativas en lo que respecta a los años de escolaridad, en la medida en que la muestra control recoge los datos de muchos más sujetos con estudios primarios que la muestra clínica.	Madrid, España	Español	2010
Lozoya Delgado et al., 2012	Población no clínica	900 individuos (376 varones y 524 mujeres (edad media: $37,2 \pm 13,7$ años; rango: 18- 64 años), de los que el 5,6% sólo contaba con estudios	Edad, sexo y estudios.	Las puntuaciones obtenidas por varones y mujeres no mostraron diferencias significativas. La correlación entre las puntuaciones obtenidas y la edad de los	Madrid, España	Español	2012

		primarios, el 13,3% con estudios de secundaria obligatoria, el 29,9% con estudios de secundaria postobligatoria y el 51,2% con estudios universitarios)		participantes fue positiva y mostró significación estadística, pero un tamaño del efecto despreciable. No apareció relación significativa entre las puntuaciones obtenidas y el nivel académico alcanzado por los participantes			
Holmen et al., 2013	Población no clínica que hacen parte del estudio HUNT3	79576 personas en el grupo de edad de más de 30 años que hacían parte del estudio HUNT3	Edad, sexo y estudios.	Los problemas de memoria aumentaron con la edad, y en todos los grupos de edad, más mujeres que hombres reportaron problemas de memoria. Además, las QSM se asoció con la salud global auto percibida, síntomas de ansiedad y depresión y con el nivel de educación.	Noruega	Inglés	2013
Montejo et al., 2019	Tomada del Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid, 2017.	La muestra total del estudio fue de 8.845 personas de 15-98 años. El estudio de QSM se realizó a 1.775 personas de 55-98 años (edad media: $68 \pm 9,35$ años; varones: 42%).	Edad, nivel de estudios, Extracto social y sueño	Hemos encontrado que las QSM van aumentando con la edad de modo significativo. El nivel de estudios se asocia a las quejas de memoria, de modo que los participantes de estudios primarios tienen un porcentaje superior de éstas. Respecto al estrato social, nuestros datos asocian las quejas con la clase media y baja. El número de horas de sueño no se asocia a las QSM.	Madrid, España	Español e inglés	2019

Guerra López et al., 2022	Población no clínica mayor de 18 años de edad.	548 estudiantes de las carreras de: Psicología, Derecho, Inglés y Comunicación Social pertenecientes a la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) de Ecuador	Edad y sexo	Un dato interesante de los resultados es que el sexo resultó significativo solo para la relación consumo de alcohol y quejas subjetiva de memoria. En este sentido Awofala y Ogundele (2018) revela que, en hombres consumidores de alcohol, algunos factores de riesgo como el estrés, tabaquismo e índice de masa corporal pueden inducir daños microvasculares cerebrales o la neurodegeneración afectando el funcionamiento ejecutivo, esto podría explicar porque los hombres reportan más quejas subjetivas de memoria que las mujeres.	Ecuador	Español	2022
Garrido-Chaves et al., 2021	Población no clínica, estudiantes de grado de diferentes grados de la Universitat de València.	La muestra final fue de 136 participantes, de los cuales 65 eran adultos jóvenes (32 hombres, 33 mujeres) entre 18 y 34 años, con una edad media de 22,4 años (DE = 3,77), y 71 adultos mayores (37 hombres, 34 mujeres) entre 55 y 75 años, con una media de edad de 64,5 años (DE = 5,62).	Edad, sexo y años de escolaridad	No se encontraron diferencias de grupo (QSM vs no QSM) en la edad o la proporción de hombres y mujeres.	Valencia, España	Inglés	2021

Blazer et al., 1997	Muestra representativa de una comunidad racialmente mixta de adultos mayores en Carolina del Norte, el 59 % de los blancos y el 49 % de los afroamericanos informaron un empeoramiento de la memoria	4162 personas participaron en el estudio	Edad, sexo, nivel educativo y color de piel (raza, etnia)	Han encontrado como predictores de las quejas: la edad, el sexo, el nivel educativo y el estrés emocional. Además los hombres afroamericanos reportaron menos QSM que los blancos.	EEUU	Inglés	1997
Mendes et al., 2008	Población no clínica	292 individuos sanos, de 18 a 87 años de edad	Edad, sexo y estudios.	Existe un acuerdo generalizado a la hora de afirmar que las quejas de memoria se incrementan con la edad. No encontraron asociación de las QSM con la edad (18- 87 años) y tampoco con el sexo o con los estudios.	NA	Inglés	2008
Pereira et al., 2018	Población no clínica	1052 participantes sanos, con edades entre 18 y 54 años (M = 22,24, SD = 5,59)	Edad y sexo	En cuanto a la variable sexo, no fue posible observar diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el puntaje total de la prueba PRMQ. Sin embargo, hubo una diferencia significativa para la puntuación de Memoria prospectiva en la que las participantes femeninas informaron una mayor frecuencia de lapsos diarios relacionados con Memoria prospectiva en relación a los	Portugal	Inglés	2018

				participantes masculinos. En relación con la edad encontraron que las quejas subjetivas de memoria no aumentan con la edad			
Rowell et al., 2016	Población no clínica. (Alta escolaridad/universidad)	3.798 adultos sanos de 18 a 99 años, y se dividió en cinco grupos: personas jóvenes (de 18 a 39 años), de mediana edad (de 40 a 54 años), de edad joven (de 55 a 64 años), de edad avanzada (de 65 años). – 74) y adultos mayores (edades 75–99).	Edad y sexo	A diferencia de otros estudios, no se encontraron diferencias en cuanto a las edad y magnitud de QSM. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.	EEUU	Inglés	2016
Cooper et al., 2011	Población no clínica proveniente del Programa de encuestas psiquiátricas en Gran Bretaña 2007	De los contactados 7.461 (57%) respondieron a la encuesta, 7.402 respondieron preguntas sobre olvidos, de los cuales 2.389 (31,9%) reportaron olvidos en el último mes y 504 (6,5%) olvido de algo importante en la última semana.	Edad, sexo y estudios.	La notificación de olvidos no aumentó con la edad, incluso cuando se incluyeron personas que se examinaron como casos de demencia. (Este porcentaje permanece constante)	Inglaterra	Inglés	2011

Pearman et al., 2009	Población no clínica, con alta escolaridad (universidad)	95 adultos jóvenes	Edad	Curiosamente, en el estudio actual, los adultos más jóvenes reportaron más problemas de memoria (frecuencia) en comparación con los adultos mayores en el estudio de Pearman y Storandt. Estos hallazgos juntos sugieren que la memoria subjetiva puede no ser el mejor indicador de los problemas reales de memoria relacionados con la edad	EEUU	Inglés	2009
Rast et al., 2009	Población no clínica proveniente del estudio Maastricht Aging Study (MAAS)	N= 1,303, 24-83 años de edad	Edad	El factor de olvido aumenta con la edad, mientras que la distracción disminuye repentinamente a mediados de los años 60. No se muestran mayores diferencias entre los adultos y jóvenes.	Países bajos	Inglés	2009
Mecacci et al., 2006	Población no clínica, desde estudiantes de secundaria hasta estudiantes universitarios de pregrado, desde estudiantes de posgrado hasta personas de la tercera edad con diferentes grados de educación	1826 participantes (1180 mujeres y 646 hombres; rango de edad: 16-85 años, M = 31.1 y SD = 16.2)	Edad y nivel educativo	Los participantes de edad avanzada informaron menos fallas cognitivas que las personas más jóvenes. Este resultado ya fue obtenido por Rabbitt y Abson (1990). La correlación negativa entre la edad y las puntuaciones del CFQ no es alta, pero es estadísticamente significativa. Además, la tendencia es lineal: a medida que aumenta la edad, la frecuencia de fallas cognitivas autoinformadas	Italia	Inglés	2006

Mecacci et al., 2004	Población no clínica. Estudiantes universitarios	390 estudiantes universitarios italianos (247 mujeres y 143 hombres; rango de edad = 19–26 años)	Edad	Se encontró que las fallas cognitivas ocurrían con mayor frecuencia en los participantes que tenían puntajes más altos en las dimensiones de neuroticismo y ansiedad. La frecuencia de los deslices cognitivos informados aumentó con el neuroticismo, la ansiedad y la matutina extrema (frente a la vespertina en la tipología circadiana). Los tipos matutinos eran más susceptibles a errores por la tarde, mientras que los tipos vespertinos eran más uniformes en su deslizamiento a lo largo del día.	Italia	Inglés	2004
----------------------	--	--	------	---	--------	--------	------

Zapater-Fajará et al., 2022	Población no clínica. voluntarios reclutados en cursos universitarios o mediante carteles en el campus universitario.	75 adultos jóvenes sanos (de 18 a 35 años de edad; Estudio 1) y 73 adultos mayores (de 55 a 75 años de edad; Estudio 2)	Edad y sexo	La positividad se relacionó negativamente con QSM solo en mujeres. Sin embargo, encontramos una relación directa entre los índices de cortisol y los SMC solo en el grupo de adultos de mediana edad (55 a 64 años). Mientras que la ansiedad fue estable en todo la muestra de edad. En este grupo de edad, un nivel más bajo de cortisol al despertar y una DCS más plana se relacionaron con más SMC. Nuestros resultados podrían sugerir que la presencia de quejas de memoria que actúan como estresores en adultos de mediana edad puede estar fuertemente relacionada con la secreción de cortisol. Se mostro que a medida que aumenta la edad, la ansiedad y los SMC son menores. Por lo tanto, en nuestro estudio, los participantes mayores sanos sin deterioro cognitivo, sin problemas económicos y con ansiedad disminuida tenían los SMC más bajos.	España	Inglés	2022
-----------------------------	---	---	-------------	---	--------	--------	------

Cabe aclarar que, con relación a estas últimas variables, a pesar de encontrarse tales tendencias y patrones dentro de la información, no representan un valor generalizable para las investigaciones sobre QSM, dado que no era objetivo de esta investigación y por lo tanto, los datos solo reflejan la realidad de la muestra seleccionada, que posiblemente no sea concisa con la realidad. Sin embargo, es interesante ver la notable diferencia entre las investigaciones sobre QSM en cualquier lugar el mundo en relación con España, como evidencia en nuestros hallazgos y se presentan en la Figura 3

Figura 3

Número de investigaciones con relación a los países del mundo



Todos los artículos evaluados presentaron resultados o hallazgos en relación con las variables de estudio, pero con un tamaño del efecto despreciable, lo que deja pensar si en realidad las variables sociodemográficas son un factor decisivo en la génesis de las QSM, o que por otro

lado, debido a la poca congruencia o semejanza en los métodos de investigación resulte dicha variedad y discrepancia en los datos.

Cinco (29.4%) de los artículos evaluados presentaron resultados en dónde no se encontraron diferencias en torno a las variables de sexo y escolaridad ni en personas con demencia. Aunque uno de ellos confirmó la hipótesis general de la génesis de las QSM, al comentar que a mayor edad, aumentan las quejas de memoria. Así mismo, ocho artículos (47%) están de acuerdo con que las QSM aumenta conforme se avanza en los años, pero uno de ellos encontró que la distracción, la cual esta relacionada con la meta memoria disminuye después de los 60 años.

Pero no en todos los artículos los resultados fueron homogéneos en este tema, ya que uno (6%) de los artículos expuso en sus resultados que a mayor edad hay menos reportes de QSM en ancianos sanos en comparación con los adultos jóvenes. También existen discrepancia entre los datos encontrados con relación al sexo, puesto que 4 (24%) artículos encontraron que los olvidos se ocasionaban más en mujeres que en hombres, mientras que uno reportó lo contrario, aparecen más quejas en los hombres.

Con respecto a los años de escolaridad, 4 artículos (24%) presentaron hallazgos parecidos al sostener que, a mayores años de escolaridad, las QSM disminuyen, siendo inversamente proporcional. Pocos artículos realmente tocaron el tema. Por último, se encontraron dos artículos con información relevante pero que no contrasta con ninguna de las anteriores, por su nivel de detalle y rigurosidad. En el primero, se destaca uno que comenta la incidencia de QSM en población afroamericana, argumentando que en esta etnia se presentaban menos reportes de olvidos en comparación con adultos blancos y el segundo artículo manifestó que los estados afectivos y cortisol presente en el organismo, modulan directamente la aparición de QSM en cualquier edad, independiente del sexo o escolaridad.

Discusión

De manera general, la mayoría de los estudios se han centrado en investigar las variables comportamentales o emocionales que intervienen en la génesis de las QSM, ofreciendo datos detallados de componentes y elementos dentro de éstas macro-categorías, dejando de lado, variables sociodemográficas. Zapater Fajarí, M. et al. (2022) encontró que si bien, se mantiene la hipótesis por excelencia de que las quejas aumentan con la edad, hay características importantes a

mencionar dentro de estas poblaciones, ya que encontró en sus estudios que jóvenes ansiosos y con estados emotivos negativos, eran más propensos a desarrollar QSM a corta edad, al igual que los adultos sanos y positivos tenían menos reportes de olvidos en comparación con otros adultos y mayores.

En contraste con la variable sexo, se encontró muchas más investigaciones que apoyan la hipótesis de que las quejas suelen ser más comunes en mujeres que en hombres, pero esto puede radicar en el hecho social de que la mujer tiende a recibir más demandas del ambiente, provenientes del hogar, hijos, trabajo y del día a día, lo cual puede ocasionar niveles más altos de estrés. Sobre la escolaridad, se encontró y se mantuvo la hipótesis de que, a mayores estudios, menor número de reporte de quejas. Ninguno de los artículos expuestos en esta revisión sistemática expuso lo contrario, como paso con la variable sexo, que presento diferentes posturas e hipótesis. Esto muy seguramente se debe a la reserva cognitiva, estructuras y estrategias de aprendizaje desarrolladas durante los años de escolaridad que le permiten a dichos sujetos tener mayores capacidades para almacenar, codificar y evocar la información de la memoria.

La disparidad y poca unificación de los datos para definir el nivel de participación de las variables de estudio mucho y poco que analizar. Por un lado, se encuentra el hecho de que las diferencias metodológicas en las investigaciones, como estudios longitudinales vs estudios transversales, ofrecen datos poco parecidos y sirven mucho para nutrir el análisis y la mirada holística sobre la investigación, sin embargo, sin un punto de referencia o criterio, dichos datos vuelan en el aire, y pueden ser peligrosos sin un buen contraste, al arrojar información no certera y confiable.

Por otro lado, son una gran cantidad los estudios sobre QSM que se centran en variables emocionales y comportamentales, lo que permite suponer que dichas variables intervienen de manera más directa o proporcional en relación con las variables sociodemográficas como los años de escolaridad, sexo o edad, que si están presente, pero en menor medida o que afectan de manera indirecta, como se expuso en los resultados. Este tipo de revisiones sistemáticas permiten conocer el panorama frente a un determinado tema, además de brindar datos claves sobre patrones o tendencias generalizables del contenido a trabajar.

Recomendaciones

A lo largo de esta revisión se recolectó información útil para conocer el panorama de las QSM frente a variables sociodemográficas. Uno de los hallazgos con más importancia es la relevancia de este tema para el mundo científico, puesto que dichas variables intervienen en menor medida, por lo tanto, no son el centro ni objetivo principal de los estudios. Sería bueno en un futuro, realizar una investigación que permita tener a las variables sociodemográficas como objetivo principal de la investigación, para tener esa referencia y contrastar con el resto.

Por otro lado, entrando más en detalle sobre variables sociodemográficas como el sexo, sería bueno comprobar si en realidad las mujeres si realizan más tareas y demandas ambientales en comparación con los hombres, y así justificar su estrés para su alta prevalencia de QSM. Por último, podemos destacar las litaciones de esta revisión: en primer lugar, la falta de análisis de datos sociodemográficos en relación con otras investigaciones posteriores con objetivo o finalidad parecido o semejantes; en segundo lugar, sería interesante ahondar más profundamente en la participación de otras variables sociodemográficas diferentes a las expuestas en esta investigación, como la etnia, que a pesar de no estar en nuestros objetivos, se almaceno junto con otro datos, por su riqueza y relevancia dentro del tema. En concordancia, para futuras investigaciones sería interesante superar las limitaciones citadas, así como analizar la pertinencia del tema.

Referencias

- Benedet, M. J. y Seisededos, N. (1996). *Evaluación clínica de las quejas de memoria en la vida cotidiana*. Editorial médica Panamericana.
- Blazer, D. G., Hays, J. C., Fillenbaum, G. G., & Gold, D. T. (1997). Memory complaint as a predictor of cognitive decline: a comparison of African American and White elders: A comparison of African American and white elders. *Journal of Aging and Health, 9*(2), 171–184. <https://doi.org/10.1177/089826439700900202>
- Catindig, J.-A. S., Venketasubramanian, N., Ikram, M. K., & Chen, C. (2012). Epidemiology of dementia in Asia: insights on prevalence, trends and novel risk factors. *Journal of the Neurological Sciences, 321*(1–2), 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2012.07.023>
- Cooper, C., Bebbington, P., Lindesay, J., Meltzer, H., McManus, S., Jenkins, R., & Livingston, G. (2011). The meaning of reporting forgetfulness: a cross-sectional study of adults in the English 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Age and Ageing, 40*(6), 711–717. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr121>
- Crook, T. H., 3rd, Feher, E. P., & Larrabee, G. J. (1992). Assessment of memory complaint in age-associated memory impairment: the MAC-Q. *International Psychogeriatrics, 4*(2), 165–176. <https://doi.org/10.1017/s1041610292000991>
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J.L. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Martínez Roca.
- Garrido-Chaves, R., Perez, V., Perez-Alarcón, M., Crespo-Sanmiguel, I., Paiva, T. O., Hidalgo, V., Pulopulos, M. M., & Salvador, A. (2021). Subjective memory complaints and decision making in young and older adults: An event-related potential study. *Frontiers in Aging Neuroscience, 13*, 695275. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.695275>
- GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet. Public Health, 7*(2), e105–e125. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)
- Gilewski, M. J., Zelinski, E. M., & Schaie, K. W. (1990). The Memory Functioning Questionnaire for assessment of memory complaints in adulthood and old age. *Psychology and Aging, 5*(4), 482–490. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.5.4.482>
- Guerra López, V., Andrade Quizhpe, L. I., Quinde, L., Calva, W. C., & Ureñas, D. B. (2022). Quejas subjetivas de memoria y su relación con el estrés percibido y consumo de alcohol en estudiantes universitarios: rol mediador de la sintomatología prefrontal. *Revista Neuropsicología Latinoamericana, 14*(2), 11–20. https://neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/767

- Holmen, J., Langballe, E. M., Midthjell, K., Holmen, T. L., Fikseanet, A., Saltvedt, I., & Tambs, K. (2013). Gender differences in subjective memory impairment in a general population: the HUNT study, Norway. *BMC psychology*, *1*(1). <https://doi.org/10.1186/2050-7283-1-19>
- Jozami Nassif M, G. & De la Paz Nieto M. (2016) Quejas subjetivas de memoria en estudiantes universitarios. Resultados preliminares. *Revista trazos universitarios*. 1-16
- Katz, M., Derby, C., Wang, C., Sliwinski, M., Ezzati, A., Zimmerman, M., Zwerling, J., & Lipton, R. (2016). Influence of perceived stress on incident amnesic mild cognitive impairment: results from the Einstein Aging Study. *Alzheimer Disease y Associated Disorders*, *30*(2), 93-8. <https://doi.org/10.1097/wad.0000000000000125>
- Larson, E. B., Yaffe, K., & Langa, K. M. (2013). New insights into the dementia epidemic. *The New England Journal of Medicine*, *369*(24), 2275–2277. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1311405>
- Li, S., Yan, F., Li, G., Chen, C., Zhang, W., Liu, J., Jia, X., & Shen, Y. (2007). Is the dementia rate increasing in Beijing? Prevalence and incidence of dementia 10 years later in an urban elderly population: Is the dementia rate increasing in Beijing? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *115*(1), 73–79. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00859.x>
- Lozoya Delgado, P., Ruiz Sánchez de León, J. M., & Pedrero Pérez, E. J. (2012). Validación de un cuestionario de quejas cognitivas para adultos jóvenes: relación entre las quejas subjetivas de memoria, la sintomatología prefrontal y el estrés percibido. *Revista de neurologia*, *54*(03), 137. <https://doi.org/10.33588/rn.5403.2011283>
- Mecacci, L., & Righi, S. (2006). Cognitive failures, metacognitive beliefs and aging. *Personality and Individual Differences*, *40*(7), 1453–1459. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.022>
- Mecacci, L., Righi, S., & Rocchetti, G. (2004). Cognitive failures and circadian typology. *Personality and Individual Differences*, *37*(1), 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.08.004>
- Mendes, T., Ginó, S., Ribeiro, F., Guerreiro, M., de Sousa, G., Ritchie, K., & de Mendonça, A. (2008). Memory complaints in healthy young and elderly adults: reliability of memory reporting. *Aging & Mental Health*, *12*(2), 177–182. <https://doi.org/10.1080/13607860701797281>
- Molina Rodríguez, S., Pellicer Porcar, O., & Mirete Fructuoso, M. (2018). Estrés percibido y quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes: papel mediador de las funciones ejecutivas. *Revista de neurologia*, *67*(03), 84. <https://doi.org/10.33588/rn.6703.2017466>
- Molina Rodríguez, S., Pellicer Porcar, O., Mirete Fructuoso, M., & Martínez Amorós, E. (2016). Quejas subjetivas de memoria, estrés percibido y estrategias de afrontamiento en adultos

- jóvenes. *Revista de Neurología*, 62(08), 344-350.
<https://doi.org/10.33588/rn.6208.2015496>
- Montejo P, Montenegro M, Fernández MA, Maestú 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. *AgingMentHealth*; 15: 85-96. 7.
- Montejo, P., Montenegro-Peña, M., Prada, D., García-Mulero, E., García-Marín, A., & Pedrero-Pérez, E. J. (2019). Memory complaints: mental health, diseases, pain and loneliness. A population study in the city of Madrid. *Revista de neurología*, 69(12), 481–491.
<https://doi.org/10.33588/rn.6912.2019252>
- Montenegro Peña, M., Montejo Carrasco, P., Claver Martín, M. D., Reinoso García, A. I., de Andrés Montes, M. E., García Marín, A., Llanero Luque, M., & Huertas Rodríguez, E. (2013). Relación de las quejas de memoria con el rendimiento de memoria, el estado de ánimo y variables sociodemográficas en adultos jóvenes. *Revista de neurología*, 57(09), 396. <https://doi.org/10.33588/rn.5709.2013047>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 1-10. <https://doi.org/gfkdzd>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Parra, M. A., Baez, S., Allegri, R., Nitrini, R., Lopera, F., Slachevsky, A., Custodio, N., Lira, D., Piguet, O., Kumfor, F., Huepe, D., Cogram, P., Bak, T., Manes, F., & Ibanez, A. (2018). Dementia in Latin America: Assessing the present and envisioning the future. *Neurology*, 90(5), 222–231. <https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000004897>
- Pearman, A. (2009). Predictors of subjective memory in young adults. *Journal of Adult Development*, 16(2), 101–107. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9063-1>
- Pedrero Pérez, E. J., & Ruiz Sánchez de León, J. M. (2013). Quejas subjetivas de memoria, personalidad y sintomatología prefrontal en adultos jóvenes. *Revista de neurología*, 57(07), 289. <https://doi.org/10.33588/rn.5707.2013234>
- Pellicer Porcar, O., Mirete Fructuoso, M., Molina Rodríguez, S., & Soto Amaya, J. (2014). Quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes: influencia del estado emocional. *Revista de neurología*, 59(12), 543. <https://doi.org/10.33588/rn.5912.2014457>

- Pereira, D. R., & Albuquerque, P. B. (2018). Subjective memory complaints in Portuguese young adults: Contributions from the adaptation of the prospective and retrospective memory questionnaire. *Psychologica Belgica*, 58(1), 91. <https://doi.org/10.5334/pb.387>
- Rast, P., Zimprich, D., Van Boxtel, M., & Jolles, J. (2009). Factor structure and measurement invariance of the cognitive failures questionnaire across the adult life span. *Assessment*, 16(2), 145–158. <https://doi.org/10.1177/1073191108324440>
- Rowell, S. F., Green, J. S., Teachman, B. A., & Salthouse, T. A. (2016). Age does not matter: Memory complaints are related to negative affect throughout adulthood. *Aging & Mental Health*, 20(12), 1255–1263. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1078284>
- Ruiz Sánchez de León, J. M., Llanero Luque, M., Lozoya Delgado, P., Fernández Blázquez, M. Á., & Pedrero Pérez, E. J. (2010). Estudio neuropsicológico de adultos jóvenes con quejas subjetivas de memoria: implicación de las funciones ejecutivas y otra sintomatología frontal asociada. *Revista de neurología*, 51(11), 650. <https://doi.org/10.33588/rn.5111.2010270>
- Sunderland, A., Harris, J. E., & Gleave, J. (1984). Memory failures in everyday life following severe head injury. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 6(2), 127–142. <https://doi.org/10.1080/01688638408401204>
- Terán Mendoza, O. E., Sira Ramos, D. R., Guerrero Alcedo, J. M., & Arroyo Alvarado, D. de J. (2016). Sintomatología frontal, estrés autopercibido y quejas subjetivas de memoria en adictos a sustancias. *Revista de neurología*, 62(07), 296. <https://doi.org/10.33588/rn.6207.2015298>
- Van der Linden, M., Wijns, C., Von Frenkell, R., Coyette, G. & Seron, X. (1989). Un questionnaire d'auto-évaluation de la mémoire (QAM). Editest.
- Wimo, A., Ali, G.-C., Guerchet, M., Prince, M., Prina, M., & Wu, Y.-T. (2015). World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>
- Zapater-Fajará, M., Crespo-Sanmiguel, I., Pérez, V., Hidalgo, V., & Salvador, A. (2022). Subjective Memory Complaints in young and older healthy people: Importance of anxiety, positivity, and cortisol indexes. *Personality and Individual Differences*, 197(111768), 111-768. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111768>