

## PREVALENCIA DE QUEJAS DE MEMORIA EN MAYORES DE 64 AÑOS. ESTUDIO POBLACIONAL.

**Montejo Carrasco, P.; Montenegro Peña, M.; Llanero Luque, M.; Ruiz Sánchez de León, JM.; Fernández Blázquez, MÁ.**

Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo. Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental. Instituto de Salud Pública.

**PALABRAS CLAVE:** Mayores, Quejas de memoria, Rendimiento cognitivo, Estudio poblacional, Calidad de vida.

**KEYWORDS:** Elderly, Subjective memory complaints, Memory failures, Community -based studies, Quality of life.

### RESUMEN:

**OBJETIVOS:** 1. Estudiar la prevalencia de quejas de Memoria en el municipio de Madrid. 2. Estudiar la distribución en la población según características de edad, sexo, clase social, estudios.

**METODOLOGÍA:** El Estudio Madrid Salud es una investigación epidemiológica descriptiva transversal. La recogida de información se realizó en el domicilio con cuestionario estructurado a población de Madrid inscrita en el padrón en Septiembre de 2004. Muestreo por conglomerados en dos etapas. Tamaño muestral: 8.504 entrevistas, de ellas 1637 mayores de 64 años (edad media 74 a, DT: 6,9; rango: 65-102; 40 % varones). Se hicieron varias preguntas relacionadas con quejas de memoria y orientación temporal.

**RESULTADOS:** Prevalencia de quejas de memoria: 32,4 %. Olvida dónde pone las cosas el 24 % y el nombre de familiares y conocidos (más grave) el 20 %. Hay asociación con edad: el 24 % a los 65-69 años, el 57 % a los 90 y más años ( $p=0,000$ ). Por sexos: refieren quejas 28,0% varones y 35,2% mujeres ( $p=0,002$ ). Asociación con las respuestas a todas y cada una de las preguntas de orientación temporal ( $P < 0,001$ ;  $Eta > 0,33$  para todas las cuestiones). Asociación con salud percibida (20 % cuando es "excelente"; 42 % cuando es "mala" o "regular" ( $p=0,000$ ). Asociación con alteraciones funcionales, forma física, depresión, etc. Se hacen estudios de estas y otras variables controlando por edad y sexo fundamentalmente.

**CONCLUSIONES:** Los datos de prevalencia son semejantes a otros estudios. Hay asociación con variables que miden rendimiento cognitivo, salud general y síntomas psiquiátricos.

## Introducción

Las quejas de memoria son un fenómeno frecuente entre los adultos jóvenes y los mayores (1), a veces se consideran como parte del envejecer normal. Son la expresión de la percepción y vivencia subjetiva de los olvidos cotidianos.

La prevalencia de quejas, para población mayor, se encuentra entre el 25 y el 50 % para la mayoría de los estudios (2). Los factores que se asocian a quejas de memoria son edad elevada, depresión, bajo nivel educativo y género femenino (3) (4).

En la vida real, hay personas que tienden a quejarse en mayor medida que la media y, en el campo de la salud, esta queja a veces no está relacionada directamente con una alteración objetiva. Las quejas de memoria se consideran como un síntoma de alteraciones tales como problemas objetivos de memoria, depresión, hipocondría, etc.

En un estudio longitudinal, Jorm y cols. Concluyeron que las quejas actuales están asociadas sobre todo a ansiedad y depresión (5), algunos autores han encontrado que llegan a ser en población mayor un indicador de depresión (6). Otros autores han encontrado que los pacientes deprimidos presentan más quejas de memoria (7). En el estudio de Ámsterdam se encontró que las quejas iban ligadas a depresión, pero también reflejaban observaciones realistas sobre el propio declive cognitivo (8). Los factores cognitivos que se asocian con quejas son, además de la memoria, la orientación en el espacio y en el tiempo y la fluidez categorial. (2)

Actualmente, las quejas de memoria están siendo objeto de creciente interés fundamentalmente por su posible validez como criterios para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve o incluso predictor de demencia (9). En una revisión de la relación quejas-demencia, Jonker y cols (2000) indican que las quejas de memoria no deben verse como algo inocente o ligado a depresión sino como un signo temprano ligado a demencia, especialmente en algunos grupos de población como sujetos con alto nivel educativo (10). Sin embargo, otros autores indican que cuando hay quejas sin otra alteración cognitiva no hay mayor riesgo de deterioro cognitivo (11).

El estudio de las quejas de memoria es un tema complejo. Los resultados de prevalencia y relación con otras variables van a ser diferentes dependiendo del entorno y el modo en el que se realice el estudio (clínico, epidemiológico, sujetos de todas las edades, mayores solo, individuos con o sin deterioro cognitivo, una pregunta, cuestionarios, etc.).

En los estudios poblacionales una de las cuestiones más importantes es cómo se valora si una persona tiene o no quejas de memoria. Reid y cols (2006) (12) realizaron una revisión de estudios poblacionales tanto trasversales como longitudinales y encontraron en los 21 estudios que presentan respecto a este apartado, que en el 40 % de ellos se planteaba sólo una pregunta ("¿Tiene Ud. problemas de memoria?") que se respondía de modo categórico como sí o no; en los restantes estudios se planteaban varias preguntas (generalmente menos de 5 preguntas), sólo 6 estudios administraban cuestionarios estructurados. En ambientes clínicos suelen utilizarse cuestionarios que evalúan frecuencia de quejas, gravedad, funcionamiento retrospectivo y prospectivo y diversos aspectos de la metamemoria, entre ellos los más utilizados son el Metamemory Functioning Questionnaire (13), el Memory Failures of Everyday (14), y el Metamemory in Adulthood Questionnaire (15).

Cuando un paciente acude a la consulta y manifiesta espontáneamente problemas de memoria, la tarea fundamental es averiguar si bajo esa queja de memoria hay una alteración real y si esta alteración es de suficiente gravedad para hablar de deterioro cognitivo. En este caso es importante conocer la prevalencia real de quejas de memoria en la población diana en la que se realiza la práctica clínica diaria para una correcta valoración e interpretación de las mismas.

También es importante conocer en la población general con qué variables cognitivas y de salud se relacionan y en qué medida pueden ser un motivo de preocupación para los profesionales que se ocupan de la organización de la salud pública.

El trabajo que presentamos es parte de un estudio más amplio sobre salud en la ciudad de Madrid, la Encuesta Madrid Salud. No hemos encontrado publicados, en las bases de datos, estudios similares de base poblacional en grandes ciudades de España sobre quejas de memoria.

## Objetivos

1. Estudiar la prevalencia de quejas de Memoria en la ciudad de Madrid.
2. Estudiar la distribución en la población según características de edad, sexo, clase social, estudios.
3. Estudiar la relación de quejas con otras variables de salud y sus predictores

## Metodología

El Estudio Madrid Salud es una investigación epidemiológica descriptiva transversal. La recogida de información se realizó en el domicilio con cuestionario estructurado a la población de Madrid inscrita en el padrón en Septiembre de 2004, esta población era un total de 3.162.304 habitantes. El objetivo era estudiar de modo descriptivo el estado de salud de la población y las relaciones entre variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil,...) y las de salud. Se realizó un muestreo por conglomerados en dos etapas. Tamaño muestral: 8.504 entrevistas, de ellas 1637 mayores de 64 años (edad media 74 a, DT: 6,9; rango: 65-102; 40 % varones). Se realizaron las encuestas en dos "olas".

### Valoración de quejas de memoria.

En el cuestionario general se incluyeron tres preguntas de quejas: 1. "¿Tiene usted problemas de memoria?" (Si/No), 2. ¿Olvida dónde pone las cosas? 3. "¿Olvida los nombres de familiares y conocidos?" A la primera pregunta la hemos denominado "Quejas criterio", pues establece, de acuerdo con la mayoría de estudios poblacionales, si hay o no quejas generales de memoria; esta pregunta se planteó a todos los sujetos muestrales. Las otras dos preguntas tienen dos alternativas de respuesta: "Raras veces", que es interpretada como "No" y "Con frecuencia", que es interpretada como "Sí". Estas dos preguntas se plantearon sólo a los individuos de la segunda ola (N=936 sujetos). Se ha elaborado una variable cuantitativa "Quejas total" con rango desde 0 (respuesta No a las 3 preguntas de quejas) a 3 (respuesta Sí a las 3 preguntas).

### Valoración del rendimiento cognitivo.

El rendimiento cognitivo se valoró mediante 5 preguntas sobre orientación temporal (día de la semana, del mes, mes, año y estación) tal como están en el MMSE de Folstein. Estas preguntas se plantearon sólo a los sujetos de la primera ola (N = 700). Hemos creado una variable cuantitativa ("Fallos total") con rango 0-5 con los fallos de orientación en todos los ítem. No se realizaron pruebas de memoria objetiva.

### Valoración de la calidad de vida, actividades de la vida diaria y salud.

La medición de la calidad de vida se hizo mediante el Cuestionario COOP/Wonca. (16) (17). Se trata de un cuestionario que valora, mediante viñetas, nueve áreas: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida general reciente. Además se ha creado un indicador subjetivo de calidad de vida que la valora en 3 categorías, "Muy bien-Excelente", "Bien" y "Regular-mal".

Para medir las actividades de la vida diaria se utilizó la Escala de Lawton (18) y el índice de Katz

(19). La escala de Lawton valora las actividades instrumentales de la vida diaria: utilización del teléfono, realización de la compra, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, manejo de asuntos económicos, toma de medicinas, uso del transporte público. El índice de Katz valora las actividades básicas de la vida diaria como vestirse, bañarse, usar el retrete, movilidad, continencia y alimentación, en el sentido de ser dependiente o ser independiente para su realización.

Las variables del apartado "otras variables de salud" se han valorado con las respuestas a las preguntas: "Su médico le ha dicho que tiene: Cáncer, Alergia,..." preguntando por cada una de las enfermedades que se presentan en la tabla correspondiente.

## Resultados

Las características de la muestra se exponen en la Tabla 1.

CARACTERÍSTICAS : N = 1637; Rango de edad: 65 - 102 años					
SEXO	N	%	Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
Varones	648	39,6	65-69	440	26,9
Mujeres	989	60,4	70-74	463	28,3
<b>ESTUDIOS</b>			75-79	350	21,4
Primarios	926	56,8	80-84	217	13,3
Secundarios	462	28,4	85-89	114	7,0
Terciarios (Univ.)	241	14,8	90 y más	53	3,2
			Total	1637	100,0

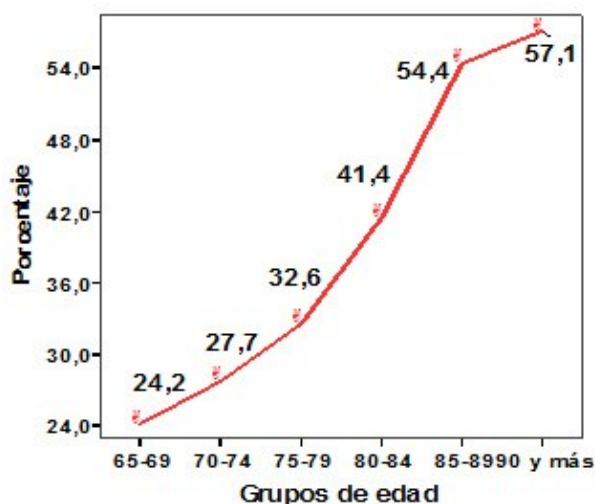
La prevalencia de quejas de memoria en la población de mayores de 65 años de Madrid es del 32,4 %. Refiere que no tiene problemas de memoria el: 67,6 %.

La respuesta para las otras preguntas (N=936) es: Olvida dónde pone las cosas, el 24,5 % y Olvida los nombres de familiares y conocidos, el 20,4 %.

La edad media de los sujetos con quejas es 76,57 años (DT: 7,42) y la de los sujetos sin quejas es 73,70 (DT: 6,36) (F: 64,49; P = 0,000). Con la variable cuantitativa "Quejas Total", la correlación edad-quejas es: r de Pearson = 0,18 (P=0.000).

La distribución de quejas por grupos de edad se presenta en la gráfica 1

### Quejas de memoria \* Grupos de edad



Los datos globales de rendimiento cognitivo medido por la orientación temporal (O. Temporal) se presentan en la Tabla 2. Hemos dividido la muestra en dos grupos, Quejas Sí y Quejas No; se presentan los porcentajes de fallos para ambos grupos relacionándolos con el estadístico Chi2, la significación y el valor de Eta.

O. TEMPORAL	% de fallos toda la muestra	% de fallos Quejas Sí	% de fallos Quejas No	Chi2; Eta
Día de la semana	8,6	24,9%	1,7%	99,58*; 0,38
Día del mes	13,7	30,1%	6,4%	70,15*; 0,32
Mes	6,6	19,1%	1,2%	75,46*; 0,33
Año	8,1	21,1%	2,7%	65,23*; 0,31
Estación	8,1	21,1%	2,7%	65,23*; 0,31

\*p = 0.000

Estudiamos el mismo fenómeno de modo global con la variable Fallos Total (0-5) dividiendo de nuevo a los sujetos en dos grupos Quejas Sí y Quejas No. Observamos que hay diferencias estadísticamente significativas entre los fallos de ambos grupos: Media sujetos con quejas 1,16 (DT: 1,76), Sujetos sin quejas, media = 0,15 (DT: 0,54). (F: 132,28; p=0,000). Puede observarse la gran diferencia entre las medias correspondientes.

En la Tabla 3 se presentan las relaciones entre otras variables:

Variable	% con quejas	Estadísticos-signif.
<b>Sexo</b>		Chi <sup>2</sup> = 9,19; P= 0,002; Eta: 0.07
Varón	28,0%	
Mujer	35,2%	
<b>Estudios</b>		Chi <sup>2</sup> = 19,65; P= 0,000; Eta: 0.11
Primarios	36,7%	
Secundarios	27,2%	
Terciarios (Univ.)	24,9%	
<b>Percepción de Salud</b>		Chi <sup>2</sup> = 63,442; P=0,000; Eta = 0,188
Excelente	20,0%	
Buena	24,2%	
Regular-Mala	41,7%	
<b>Actividad funcional (Lawton)</b>		Chi <sup>2</sup> = 97,361 P=0,000; Eta= 0,246
Dependiente	52,0%	
Independiente	25,7%	
<b>Actividad funcional (Katz)</b>		Chi <sup>2</sup> = 94,645 P= 0,000; Eta = 0,242
Dependiente	60,9%	
Independiente	27,9%	

Hay también diferencias significativas entre la puntuación del Cuestionario COOP/Wonca para quienes tiene quejas de memoria (Media: 25,62 DT: 6,09) y quienes no tienen (Media: 22,33 DT: 5,28) F= 119,91; P=0,000.

Para estudiar los predictores de Quejas de memoria realizamos regresión logística con las variables edad, estudios, sexo, salud percibida, calidad de vida y puntuación en Lawton y Fallos Total en orientación temporal. El modelo es significativo: Chi<sup>2</sup> = 120,305; P = 0.000; R<sup>2</sup> de Nagelkerke 0,234; ; porcentaje global de bien clasificados: 75,8 %; clasifica bien a los que no tienen quejas de memoria (95,8%), pero mal a los que sí tienen quejas (25,3%), Los datos de resultados se presentan en la tabla 4, donde pueden verse los Odds Ratio con su intervalo de confianza. Puede observarse que las variables predictoras son, por este orden, Fallos Total en orientación temporal y calidad de vida medida por el COOP/ Wonca.

Variables en la ecuación								
	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Calidad de Vida (COOP/Wonca)	0,-071	0,016	19,033	1	0,000	0,932	0,903	0,962
Fallos Orientación	-,758	0,112	45,817	1	0,000	0,469	0,376	0,584
Constante	2,904	0,401	52,450	1	0,000	18,245		

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: CV3, Fallos Orientación.

Dado que la variable "Fallos Total en orientación temporal" sólo se recogieron en una "ola" (N= 700), hemos realizado también regresión logística con el resto de variables ( para N= 1637). El modelo es significativo: Chi2 = 174,515; P = 0.000; R2 de Nagelkerke: 0,14; porcentaje global de bien clasificados: 71,2 %; clasifica bien a los que no tienen quejas de memoria,(92,6%), pero mal a los que sí tienen quejas (25,9%). Las variables predictoras son por orden: Lawton (nº de actividades realizadas) OR: 1,218, (IC: 1,135-1,306), Estudios. OR=: 1,131; (IC= 1,025-1,247), Calidad de vida medido por el Coop/Wonca (OR=0,940; IC:, 0,920-0,960), Edad, OR: 0,976; (IC 0,959- 0,994,)

Hemos realizado también un estudio de respuestas poco congruentes entre las tres preguntas de quejas de memoria. Son individuos que refieren que no tienen problemas de memoria, pero a la vez contestan afirmando que sí tienen olvidos de objetos o de nombres (N= 64). En el estudio, no hay diferencias significativas con el resto de la muestra en edad, sexo, calidad de vida COOP=Wonca, salud percibida, dependencia según Lawton o Katz, estado de nervios-depresión o insomnio, estatus social previo, situación de convivencia. No encontramos una variable que sea definitoria o nos aproxime a la catalogación de este grupo.

## Conclusiones

1. La prevalencia de quejas de memoria en la ciudad de Madrid para mayores de 64 años es de 32,4 %. Esta prevalencia se ha establecido mediante la pregunta dicotómica "Quejas criterio".
2. Hay asociación entre quejas y edad. Las quejas de memoria aumentan desde el 24,2 % en el grupo de 65-69 años al 57,1 % en el grupo de 90 y más años. La edad y las quejas de memoria tienen una relación controvertida en los distintos estudios. Para Basset y Folstein (3) con un estudio poblacional de individuos entre los 18 y 92 años, las diferencias entre menores de 65 no son significativas, pero sí lo son para los mayores, pasando de 42,7 % de personas con quejas a los 65-74 años a 88 % para los mayores de 85 años. Algunos autores indican que hay asociación solo para algunos rangos de edad de mayores (20). En otros estudios se asocian con las quejas fundamentalmente factores psicológicos y no la edad (21). Un interesante estudio de sujetos de edad 39-89 indica que no hay relación entre edad y número total de olvidos, sino entre olvidos en diferentes situaciones (22). Las muestras clínicas pueden no dar asociación entre edad y quejas dado que los sujetos son seleccionados o bien se seleccionan ellos mismos por otros criterios o intereses (23) Para estudios de relación edad con mayores los que realmente dan solución al tema son los estudios poblacionales. La mayoría de estudios comunitarios sí han encontrado esta relación, aunque no todos (24) (25)

3. Hay asociación entre quejas y rendimiento cognitivo. Al dividir la muestra en dos grupos, Quejas Sí y Quejas No, se observa un mayor porcentaje de fallos en orientación temporal en el grupo con quejas. Esta diferencia se observa en todos los ítems de orientación y es más notable en el caso de "día de la semana" y "mes". El tema del rendimiento cognitivo y las quejas también es objeto de controversia. La mayoría de estudios poblacionales encuentran asociación, sin embargo cuando se introducen en el estudio sujetos con patología, esta asociación puede desaparecer (26). Se han mencionado en la introducción factores de tipo psiquiátrico (sobre todo depresión), otros autores indican que son importantes los factores de personalidad (21). Probablemente las quejas son un síntoma multicausado: estado de ánimo y ansiedad, alteraciones en la ejecución sobre todo de memoria, factores de personalidad, calidad de vida general y otros.

4. Observamos diferencias en las quejas de memoria en las variables sexo y estudios, con más quejas en mujeres (35,2 % frente a 28 %) y en nivel de estudios más bajo, 36,7 % en estudios primarios frente a 24,9 % en estudios superiores.

5. Hay diferencias en las quejas de memoria al comparar las categorías de diversas variables. El porcentaje de quejas es más del doble en las personas dependientes que en las independientes para las actividades básicas (Índice de Katz) e instrumentales (Escala de Lawton) de la vida diaria y en aquellas que perciben su salud como regular o mala, frente a las que la consideran excelente.

6. Los predictores de quejas de memoria son Lawton (nº de actividades realizadas) Estudios, Calidad de vida medido por el Coop/Wonca y Edad. Sin embargo los valores de la OR son bajos, aunque el modelo es significativo y clasifica mejor a quienes no tienen quejas de memoria. Esta relación con la calidad de vida y el hecho de ser dependiente o independiente es uno de los factores menos estudiados y que en nuestro estudio, que es poblacional, destaca de modo importante.

7. El aspecto que hemos llamado de respuestas poco congruentes nos plantea varias cuestiones, entre ellas: ¿Qué explicación damos al hecho de que algunas personas que dicen que no tienen problemas de memoria, manifiesten que tienen fallos en una o las dos preguntas sobre fallos de memoria? No hemos encontrado variables que nos expliquen o que estén asociadas a este fenómeno. Pudiera ser sencillamente una cuestión de terminología: no se tienen "problemas de memoria" de modo global y significativo, pero sí se tienen fallos concretos de memoria; por otra parte las opciones de respuesta de la pregunta de fallos de memoria requiere sólo respuesta de frecuencia, pero no de gravedad (olvidar dónde se ponen las cosas puede ir desde el olvido benigno de las personas sin patología, al olvido de las personas con Demencia leve o Deterioro Cognitivo Leve que realmente las olvidan, se pasan a veces horas buscándolas y creen incluso que se las han escondido o robado). Es posible que intervengan también aspectos de la metamemoria en cuanto conocimiento, control y sentimiento sobre el funcionamiento de la propia memoria (27) que hagan compatible un sentimiento general de no tener problemas de memoria con el conocimiento real de los fallos. Para profundizar en este tema harían falta estudios con diseño adecuado a la búsqueda de estas respuestas poco congruentes.

## **Bibliografía**

1 Ponds RW, Commissaris KJ, Jolles J.. Prevalence and covariates of subjective forgetfulness in a normal population in the Netherlands. *Int J Aging Hum Dev* 1997, 45: 207-221.

2 Jonker C, Launer LJ, Hooijer C, Lindeboom J: Memory complaints and memory impairment in older individuals. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44:44-49

3 Bassett S, Folstein MF. Memoria subjetiva, memoria objetiva y diagnóstico psiquiátrico: un estudio en la comunidad. *J Ger Psych and Neurol* 1993, 6: 105-111)



- 4 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)
- 5 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
- 6 Chandler, JD., Gerndt J., Memory complaints and memory deficit in young and old psychiatric inpatients. *Journal of Geriatric psychiatry and neurology*, 1988, q: 84-88,
- 7 Rohling ML., Green, P., Allen LM, Iverson GL. Depressive symptoms and neurocognitive test scores in patients passing symptom validity test- *Archives of clinical neuropsychology*, 2002, 17, 205-222,
- 8 Schmand B, Jonker C, Geerlings MI, Lindeboom J. Subjective memory complaints in the elderly: depressive symptoms and future dementia. *Br J Psychiatry*. 1997;171:373-376
- 9 Riedel-Heller SG, Schork A, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective memory loss--a sign of cognitive impairment in the elderly? An overview of the status of research. *Z Gerontol Geriatr* 2000 Feb;33(1):9-16.
- 10 Jonker C, Geerlings M, Schmand B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population based studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2000, 15: 893-991.
- 11 Flicker CH, Ferris S, Reisberg B.(1993) A longitudinal study of cognitive function in elderly persons with subjective memory complaints. *Journal of American Geriatric Society*. 41: 1029-1032.
- 12 Reid, LM; MacLulich, AMJ. Subjective Memory Complaints and Cognitive Impairment in Older People *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2006; 22: 471-485
- 13 Gilewski MJ, Zelinski EM, Schaie KW. The Memory Functioning Questionnaire for assessment of memory complaints in adult and old age. *Psychology and Aging* 1990, 5: 482-490
- 14 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.
- 15 Dixon RA, Hultsch DF. Metamemory and memory for text relationships in adulthood: A cross-validation study. *Journal of Gerontology* 1983, 38: 682-688
- 16 Scholten JHG, Van Weel C. Functional status assessment in family practice. The Darmouth COOP Functional Health Assessment Charts/ WONCA. Lelystad: Meditekst, 1992.
- 17 Lizán L, Reig A, Bartolomé B, Moro JJ, Sancho A. The Spanish version of the COOP/WONCA charts: self-assessed quality of life in different population *Quality of Life Research* 1999; 8: 637.
- 18 Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 1969; 9: 179-186.

19 Katz, S, Ford AB, Moscovitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 185: 914-9.

20 Calero García MD, Navarro-González E, Gómez-Ceballos L, López Pérez A, Torres Carbonell I, Calero-García MJ. Olvidos y memoria: relaciones entre memoria objetiva y subjetiva en la vejez. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2008, 43, 5, 299-307

21 Pearman A. Storandt M. Predictors of Subjective Memory in Older Adults. Journal of Gerontology: psychological sciences Copyright by The Gerontological Society of America, .2004 Vol. 59B, 1: 4-6

22 Bolla,K.; Lindgren,K. y cols. Memory Complaints in older adults. Fact or fiction?. Arch Neurol, 1991, Vol 48, January, 61-64.

23 Barker A, Prior J., Jones R. Memory complaints in attenders at a self-referral memory clinic: the role of cognitive factors, affective symptoms and personality. International Journal of Geriatric Psychiatry, 1995, 10: 777-781

24 Blazer, D, Hays J, Fillenbaum G., Gold D. Memory Complaint as a Predictor of Cognitive Decline. Journal of Aging and Health, 1997, Vol. 9, No. 2, 171-184

25 Jorm AF, Christensen H, Korten AE, Henderson AS, Jacomb PA, Mackinnon A. Do cognitive complaints either predict future cognitive decline or reflect past cognitive decline? A longitudinal study of an elderly community sample. Psychological Medicine 1997, 27: 91-98

26 O'Connor DW., Pollit PA, Roth M., Brook PB., Reiss BB. Memory complaints and impairment in normal, depressed and demented elderly persons identified in a community survey. Archives of General Psychiatry, 1990, 47: 224-227

27 Mcdougall GJ., Jeonghee K. Memory Self-Efficacy and Memory Performance in Older Males. International Journal of Men's Health, 2003, 2, 2: 131-147