



Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial
de Neurología

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Artículo original

Validación del Cuestionario de Quejas Cognitivas



Solange Llarena Nuñez^{a,b} y Diana Bruno^{a,c,*}

^a Instituto de investigaciones en Psicología Básica y Aplicada (IIPBA), Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Católica de Cuyo, Rivadavia, San Juan, Argentina

^b Ministerio de Salud Pública, Zona V Sur, Provincia de San Juan, San Juan, Argentina

^c Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (INCyT), Fundación INECO, Universidad Favaloro, CONICET, Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de junio de 2020

Aceptado el 7 de septiembre de 2020

On-line el 6 de noviembre de 2020

Palabras clave:

Quejas cognitivas

Deterioro cognitivo

Cuestionario de Quejas Cognitivas

R E S U M E N

Introducción: El uso de cuestionarios para indagar síntomas cognitivos es frecuente, pero la mayoría se circunscriben al dominio mnésico.

Objetivos: Explorar quejas cognitivas generales (y no solo mnésicas) en mayores de 60 años alfabetizados que asisten a consulta médica (clínica, neurológica, psiquiátrica o neuropsicológica). El Cuestionario de Quejas Cognitivas (CQC) explora los principales síntomas por dominios cognitivos, consta de 24 ítems, 4 por dominio, con un formato de respuesta en escala Likert de 5 opciones. Es breve y autoadministrable. Este estudio pretende evaluar la validez y confiabilidad del CQC por medio del juicio de expertos y la evaluación con otras medidas objetivas.

Metodología: Se envió el CQC a 10 expertos en el área, que debían evaluar la relevancia, la suficiencia y la pertinencia de los ítems y la prueba en general, así como su utilidad en la evaluación de la población diana. El instrumento modificado, junto con el ACE-III, se administraron a 54 personas antes del inicio de un taller de estimulación.

Resultados: De los 10 expertos convocados, 7 contestaron. La consigna general obtuvo puntajes altos en suficiencia, claridad, coherencia y relevancia. La totalidad de los ítems obtuvieron puntuaciones altas, aunque se recomendó que se incorporen ejemplos en 3 de los ítems. Las puntuaciones de las evaluaciones cognitivas de las personas mayores de la muestra mostraron una matriz de dispersión análoga entre ACE-III y CQC. El CQC mostró muy buena consistencia interna.

Discusión: El CQC mostró buena validez y confiabilidad. Como limitación del presente trabajo, hay que considerar que se ha realizado sobre una muestra poblacional sesgada. Futuros estudios deberán correlacionar con pruebas neuropsicológicas y proporcionar valores normativos.

© 2020 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dianabruno2@gmail.com (D. Bruno).

<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2020.09.004>

1853-0028/© 2020 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Validation of the Cognitive Complaints Questionnaire

A B S T R A C T

Keywords:

Cognitive complaints
Cognitive impairment
Cognitive Complaints
Questionnaire

Introduction: The use of questionnaires to investigate cognitive symptoms is frequent, but they are limited to the memory domain.

Aims To explore general cognitive complaints (and not only memory complaints) in literate people over 60 who attend medical consultation (clinical, neurological, psychiatric or neuropsychological). The Cognitive Complaints Questionnaire (CCQ) explores the main symptoms by cognitive domains, consisting of 24 items, 4 per domain, with a 5-option Likert scale response format. It is short and self-managing. This study aims to evaluate the validity and reliability of the CCQ through expert judgment and evaluation with other objective measures.

Methodology: The CCQ was sent to 10 experts in the area, who were to assess the relevance, sufficiency, and relevance of the items and the test in general, as well as their usefulness in evaluating the target population. The modified instrument together with the ACE-III were administered to 54 people prior to the start of a stimulation workshop.

Results: Of the 10 experts summoned, 7 answered. The general slogan obtained high scores in sufficiency, clarity, coherence and relevance. All the items obtained high scores, although they suggested to add examples in 3 of them. The scores of the cognitive evaluations in the sample of older people revealed analogous dispersion matrix between ACE-III and CCQ. The CCQ showed very good internal consistency.

Discussion: The CCQ showed good validity and reliability. As a limitation of the present work, it must be considered that it was carried out on a biased population sample. Future studies should correlate with neuropsychological tests and provide normative values.

© 2020 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La prevalencia mundial de las demencias aumenta debido al envejecimiento de las poblaciones. Se prevé que el número total de personas con demencia alcance los 82 millones en 2030 y los 152 millones en 2050¹. La búsqueda de tratamientos curativos se ha visto entorpecida por el diagnóstico tardío, las dificultades técnicas de los tratamientos y la fisiopatología de la enfermedad. Uno de los principales objetivos sería adelantar el diagnóstico a estadios previos a la fase de demencia. Si la neurodegeneración empieza décadas antes que la demencia y la fase de deterioro cognitivo leve dura de 7 a 10 años, es previsible que exista un grupo de pacientes que podrían desarrollar demencia sin un deterioro cognitivo objetivable actual. Parece razonable buscar los casos más precoces entre los sujetos que presentan quejas cognitivas, pero que no muestran signos clínicos de enfermedad.

Las quejas cognitivas subjetivas podrían definirse como la percepción de cambios a nivel cognitivo en general sin déficits significativos en test neuropsicológicos. Estas son reportadas por un grupo heterogéneo de personas con y sin evidencia de enfermedad neurodegenerativa ¿algunos presentan cambios a nivel de biomarcadores?. Si bien no existe una definición establecida, se suele erróneamente equiparar a quejas subjetivas de memoria. Estas últimas representan la percepción del individuo respecto únicamente a sus habilidades mnésicas.

La conceptualización clínica del cuadro aún está en estudio, y por la evidencia que existe se podría asociar a estadios

preclínicos de enfermedades neurodegenerativas con posible evolución hacia demencia². Por esta razón, diversos estudios subrayan la importancia de la detección de quejas subjetivas de funcionamiento cognitivo³⁻⁶. Más allá de esto, la heterogeneidad metodológica, acompañada de la ausencia de instrumentos de exploración fiables, ha generado que no exista un criterio uniforme⁴ y aún persistan las dificultades en la caracterización de este cuadro, obstaculizando la investigación clínica respecto a la evolución de los pacientes⁷.

Las quejas cognitivas pueden presentarse a cualquier edad, pero se han reportado con mayor frecuencia en personas mayores de 60 años. Existen estudios que reportan que dichas quejas se asocian a un menor rendimiento cognitivo y a un aumento en el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo leve o demencia^{8,9}. Estudios recientes describen que las personas que refieren una autopercepción sobre alteraciones en su funcionamiento cognitivo presentan también indicadores de deterioro cognitivo, y al contrario, quienes no perciben tales alteraciones muestran un funcionamiento cognitivo bueno⁶. También hay reportes que asocian las quejas cognitivas en adultos a alteraciones en el ánimo, como depresión y ansiedad^{2,6,10}.

Dentro de los instrumentos en español para valorar las quejas cognitivas, la mayoría, como ya se mencionó, se circunscriben al dominio mnésico y coinciden en 4 elementos, como son el lugar donde se ponen las cosas, personas, nombres y distracciones¹¹. Los más empleados en la bibliografía son:

- Subjective Memory Complaints Questionnaire¹²: se trata de un cuestionario breve (15 ítems) del cual existen versiones en español.
- Escala de Quejas Subjetivas de Memoria¹³: consta de 10 ítems con una puntuación que varía entre 0, si no hay quejas, y 3 puntos, según la gravedad de la queja, pudiendo sumar un máximo de 21 puntos.
- Cuestionario de Quejas de Memoria¹⁴: consta de 14 ítems que refieren un listado de distintos tipos de olvidos y despistes frecuentes en adultos mayores, como olvidos de nombres, caras, citas, palabras apropiadas, actos involuntarios, entre otros. Dichos olvidos se valoran mediante una escala de 1-10 mediante la cual las personas deben valorar la frecuencia de sus olvidos en el último mes, como medida de las quejas de memoria.
- El Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana: consiste en un listado de 28 quejas cotidianas que se responde mediante una escala tipo Likert de 9 puntos^{15,16}. Existen otras versiones con escala de respuesta tipo Likert de 3 puntos^{17,18}. Una cuarta versión del mismo cuestionario tiene 30 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos; en ella se incorporan aspectos atencionales y ejecutivos¹⁹, y se han reportado buenas propiedades psicométricas en población argentina adulta joven²⁰.

Por otro lado, también existen cuestionarios que exploran aspectos ejecutivos. Entre ellos se pueden mencionar los siguientes:

- Inventario de síntomas prefrontales^{21,22}: tiene un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos y se reportan adecuadas propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez.
- Cuestionario disejecutivo: contiene 20 ítems y se utiliza como suplemento de los test primarios de la evaluación comportamental del síndrome disejecutivo (Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome)²³. Se publicó una versión española con buenas propiedades psicométricas²⁴.
- Cuestionario de quejas ejecutivas²⁵: se trata de una escala de cotejo desarrollada *ad hoc* para estudios similares que, a juicio de los expertos, implica quejas ejecutivas en relación con dominios de atención y memoria reciente, control inhibitorio, motivación y apatía, planificación e iniciativa. La escala consta de 15 ítems seleccionados entre 40 iniciales mediante análisis factorial exploratorio, y posee una escala tipo Likert de 0 a 4 (de nunca a siempre). Tiene validez conceptual, y en estudios precedentes mostró un índice alfa de confiabilidad de 0,89, valorado como alto. Explora el control inhibitorio, la motivación y la apatía, junto con la atención y la memoria reciente.

Como puede observarse, la mayoría de los instrumentos que exploran las quejas cognitivas se circunscriben al dominio mnésico y, en menor medida, al dominio ejecutivo. En algunos estudios, para sortear esta dificultad crearon preguntas para explorar el resto de las funciones cognitivas, pero no construyeron un instrumento unificado²⁶. Esto nos conduce a reflexionar sobre la importancia de construir cuestionarios

fiabiles para la exploración de las quejas cognitivas subjetivas, dado que la mayoría de las veces las quejas cognitivas que presenta la población general no se corresponden con un cuadro amnésico *per se*²⁷. Asimismo, si consideramos que el espectro de las demencias incluye no solo la demencia tipo Alzheimer, en donde son característicos los olvidos, sino otros tipos de demencia en donde los cambios cognitivos se caracterizan por alteraciones en las funciones ejecutivas o en el lenguaje o en las praxias, esto nos conduce a la necesidad de generar cuestionarios autoadministrados que exploren de manera integral no solo el dominio mnésico, sino las principales funciones cognitivas.

Una exploración de las quejas cognitivas más fiable, aun cuando no exista deterioro cognitivo cuantificable, posibilitaría un abordaje clínico de quienes las presentan. Dentro de los abordajes propuestos, en función de las variables asociadas a las quejas cognitivas, se encuentran los programas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento del estrés, resolución de problemas y estimulación cognitiva de la atención, las funciones ejecutivas y la memoria¹⁹. También permitiría el desarrollo de nuevas terapéuticas, y retrasar el inicio de cuadros demenciales supondría una reducción en la prevalencia mundial^{7,28}.

Otro punto importante a considerar en la evaluación y el abordaje de las quejas cognitivas es el nivel de escolaridad. Un estudio realizado por Carrillo-Mora et al.²⁹ reportó una relación entre el nivel de escolaridad y las quejas cognitivas, con una mayor incidencia de estas últimas en el grupo de baja escolaridad.

En respuesta a esta necesidad clínica, el Cuestionario de Quejas Cognitivas (CQC) fue diseñado para explorar quejas cognitivas generales (y no solo mnésicas) en personas mayores. El CQC explora los principales síntomas por dominios cognitivos: atención, orientación, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, praxias y gnosias. El objetivo de este estudio es evaluar la validez y confiabilidad del CQC por medio del juicio de expertos, el análisis de confiabilidad interna y la evaluación con otras medidas objetivas.

Pacientes y métodos

Instrumentos

- CQC: diseñado para explorar quejas cognitivas generales (y no solo mnésicas) en adultos mayores alfabetizados que asisten a consulta médica (clínica, neurológica, psiquiátrica o neuropsicológica). El CQC consta de 24 ítems, 4 por dominio, con un formato de respuesta en escala Likert de 5 opciones que van desde nunca a siempre. Es autoadministrable y la aplicación, dependiendo de la velocidad lectora del sujeto, puede demorar entre 3 y 6 min.
- Addenbrooke's Cognitive Examination-III (ACE-III)³⁰: prueba de cribado cognitivo general validada para nuestro país, que evalúa 6 dominios cognitivos, incluyendo orientación, atención, memoria, fluencia verbal, lenguaje y visuoespacialidad. El puntaje máximo es de 100 puntos.

Tabla 1 – Media y desviación estándar para la evaluación de expertos de consigna general e ítems de la escala según suficiencia, claridad, coherencia y relevancia (N = 7)

	Suficiencia		Claridad		Coherencia		Relevancia	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Consigna general	3,86	0,38	3,43	0,79	3,86	0,38	4,00	0,00
Atención ítem 1	3,57	0,79	3,86	0,38	4,00	0,00	4,00	0,00
Atención ítem 2	3,29	1,25	3,29	1,11	3,43	1,13	3,57	1,13
Atención ítem 3	3,14	0,69	3,00	0,82	3,00	1,00	3,57	0,79
Atención ítem 4	3,57	0,53	3,43	0,79	3,71	0,49	3,71	0,49
Orientación ítem 1	3,86	0,38	3,71	0,49	3,86	0,38	3,86	0,38
Orientación ítem 2	3,43	0,79	3,86	0,38	3,86	0,38	3,43	1,13
Orientación ítem 3	3,86	0,38	3,71	0,49	3,86	0,38	3,86	0,38
Orientación ítem 4	3,71	0,49	3,86	0,38	3,86	0,38	3,43	0,98
Funciones ejecutivas ítem 1	4,00	0,00	4,00	0,00	4,00	0,00	4,00	0,00
Funciones ejecutivas ítem 2	3,57	0,53	3,57	0,53	4,00	0,00	3,86	0,38
Funciones ejecutivas ítem 3	3,43	0,79	3,57	0,53	3,86	0,38	3,86	0,38
Funciones ejecutivas ítem 4	3,86	0,38	4,00	0,00	4,00	0,00	3,71	0,76
Memoria ítem 1	3,71	0,49	3,86	0,38	3,86	0,38	3,86	0,38
Memoria ítem 2	3,71	0,76	4,00	0,00	4,00	0,00	3,71	0,76
Memoria ítem 3	3,86	0,38	4,00	0,00	4,00	0,00	4,00	0,00
Memoria ítem 4	3,71	0,49	3,86	0,38	4,00	0,00	4,00	0,00
Praxias y gnosias ítem 1	3,86	0,38	3,86	0,38	4,00	0,00	4,00	0,00
Praxias y gnosias ítem 2	3,86	0,38	4,00	0,00	4,00	0,00	4,00	0,00
Praxias y gnosias ítem 3	3,86	0,38	4,00	0,00	4,00	0,00	4,00	0,00
Praxias y gnosias ítem 4	3,43	0,98	3,71	0,76	3,29	1,25	3,29	1,25
Lenguaje ítem 1	4,00	0,00	4,00	0,00	4,00	0,00	3,86	0,38
Lenguaje ítem 2	3,29	1,25	3,14	1,21	3,57	1,13	3,57	1,13
Lenguaje ítem 3	3,71	0,76	3,86	0,38	4,00	0,00	4,00	0,00
Lenguaje ítem 4	4,00	0,00	4,00	0,00	4,00	0,00	4,00	0,00

Procedimiento

Para evaluar la validez del constructo, se envió el CQC a 10 expertos en el área, para evaluar/valorar la suficiencia, la claridad, la coherencia y la relevancia de la consigna general y de cada uno de los ítems considerando la población blanco-diana. Para tal fin debían consignar una puntuación de 1 a 4 en cada uno de las categorías/indicadores, como se consigna a continuación.

Se consideró suficiencia a que los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta. Así, una valoración de 1 refiere a que no cumple con el criterio (los ítems no son suficientes para medir la dimensión), 2, a un bajo nivel (los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no la totalidad), 3, a un nivel moderado nivel (se deben incrementar algunos ítems para evaluar completamente la dimensión) y 4, a un alto nivel (los ítems son suficientes). Se consideró claridad a que los ítems se comprenden fácilmente, que su sintáctica y semántica son adecuadas. Así, una valoración de 1 refiere a que no cumple el criterio (el ítem no es claro), 2, a un bajo nivel (el ítem requiere modificaciones grandes), 3, a un nivel moderado nivel (el ítem requiere modificaciones específicas) y 4, a un alto nivel (no requiere modificaciones). Se consideró coherencia a que el ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo. Así, una valoración de 1 refiere a que no cumple el criterio (el ítem no tiene relación lógica con la dimensión), 2, a un bajo nivel (el ítem tiene una relación tangencial), 3, a un nivel moderado nivel (el ítem tiene una relación moderada) y 4, a un alto nivel (el ítem está completamente relacionado con la dimensión que está midiendo). Por último, se consi-

Tabla 2 – Media y desviación estándar para puntaje de subescalas y total del ACE-III y CQC (N = 54)

	Media	DE
ACE-III: Atención	16,87	1,34
ACE-III: Memoria	20,85	3,83
ACE-III: Fluencia verbal	10,54	2,22
ACE-III: Lenguaje	24,11	1,90
ACE-III: Aptitudes y visuoespaciales	15,39	1,22
ACE-III: Total	84,17	9,13
CQC: Atención	6,06	2,99
CQC: Orientación	1,29	1,83
CQC: Funciones Ejecutivas	3,29	2,94
CQC: Memoria	4,92	2,91
CQC: Praxias y gnosias	2,35	1,99
CQC: Lenguaje	3,48	2,26
CQC: Total	21,48	10,46

deró relevancia a que el ítem es esencial y debe ser incluido. Así, una valoración de 1 refiere a que no cumple el criterio (el ítem puede ser eliminado), 2, a un bajo nivel (el ítem tiene alguna relevancia), 3, a un nivel moderado nivel (el ítem es relativamente importante) y 4, a un alto nivel (el ítem es muy relevante).

Posteriormente, para evaluar la consistencia interna y la evaluación con otras medidas objetivas, se administró el CQC junto al con el ACE-III a un grupo de 54 personas previo alantes del inicio de los talleres de estimulación cognitiva en el ámbito privado y estatal de la provincia de San Juan, entre los meses de abril a octubre de 2019. Previamente a la participación en el presente estudio, se explicaron los objetivos del mismo,

Tabla 3 – Frecuencia y porcentaje de respuesta por ítem del CQC (N = 54)

		Nunca, n (%)	Casi nunca, n (%)	A veces, n (%)	Con frecuencia, n (%)	Siempre, n (%)
Atención	Se distrae con facilidad, por ejemplo, cuando lee, mira una película o conversa con alguien	12 (22,2)	6 (11,1)	29 (53,7)	3 (5,6)	4 (7,4)
	Necesita prestar más atención que antes o hacer más esfuerzos que otros para realizar las tareas	10 (18,5)	6 (11,1)	27 (50,0)	8 (14,8)	3 (5,6)
	Pierde el hilo del pensamiento, por ejemplo, cuando está conversando con alguien	19 (35,2)	10 (18,35)	19 (35,2)	4 (7,4)	2 (3,7)
	cambia de tema en tema	17 (31,5)	11 (20,4)	18 (33,3)	5 (9,3)	3 (5,6)
Orientación	Le resulta difícil hacer más de una cosa a la vez	17 (31,5)	11 (20,4)	18 (33,3)	5 (9,3)	3 (5,6)
	Tiene problemas para orientarse en lugares conocidos (por ejemplo, su barrio)	45 (83,3)	5 (9,3)	3 (5,6)	1 (1,9)	-
	Tiene problemas para encontrar alguna habitación dentro de su propia casa o institución que frecuenta (por ejemplo, el baño)	51 (94,4)	2 (3,7)	1 (1,9)	-	-
	Se equivoca o no está seguro de la fecha (día, mes y año)	29 (53,7)	9 (16,7)	14 (25,9)	1 (1,9)	1 (1,9)
Funciones ejecutivas	Tiene dificultades para decir con precisión su edad actual	50 (92,6)	4 (7,4)	-	-	-
	Le cuesta tomar decisiones o decidir qué hacer	18 (33,3)	10 (18,5)	16 (29,6)	6 (11,1)	4 (7,4)
	Tiene dificultades para organizar planes, por ejemplo, una salida con amigos	32 (59,3)	11 (20,4)	9 (16,7)	1 (1,9)	1 (1,9)
	Presenta dificultades para hacer cambios de planes o cambiar la actividad cuando es necesario, por ejemplo, no hacer las compras como todos los viernes porque el domingo se irá de viaje por unas semanas	36 (66,7)	7 (13,0)	6 (11,1)	4 (7,4)	1 (1,9)
	Dificultad para seguir el orden de pasos necesario para realizar una tarea (por ejemplo, cocinar o vestirse) o deja cosas sin terminar	33 (61,1)	11 (20,4)	10 (18,5)	-	-
	Olvida o confunde los nombres de personas conocidas (por ejemplo, nombres de nietos o amigos)	26 (48,1)	3 (5,6)	18 (33,3)	6 (11,1)	1 (1,9)
	Olvida citas o planes previamente pautados	33 (61,1)	11 (20,4)	8 (14,8)	1 (1,9)	1 (1,9)
Memoria	Olvida el lugar donde dejó objetos de uso cotidiano (por ejemplo, llaves, anteojos, celular)	6 (11,1)	10 (18,5)	17 (31,5)	15 (27,8)	6 (11,1)
	Algunas veces no recuerda hechos recientes (por ejemplo, qué almorzó ayer, qué le regalaron para su cumpleaños, quién llamó por teléfono)	27 (50)	5 (9,3)	15 (27,8)	7 (13,0)	-
	Tiene dificultades para vestirse (no por problemas motrices, por ejemplo, prender los botones de la camisa)	52 (96,3)	1 (1,9)	1 (1,9)	-	-
	Le cuesta hacer o copiar dibujos	32 (59,3)	10 (18,5)	11 (20,4)	1 (1,9)	-
Praxias y gnosias						

- Tabla 3 (continuación)

		Nunca, n (%)	Casi nunca, n (%)	A veces, n (%)	Con frecuencia, n (%)	Siempre, n (%)
Lenguaje	Tiene dificultades para reconocer objetos o personas que conoce	36 (66,7)	7 (13,0)	11 (20,4)	-	-
	Le cuesta encontrar objetos, particularmente cuando no están en la posición habitual	24 (44,4)	10 (18,5)	16 (29,6)	1 (1,9)	3 (5,6)
	Tiene dificultades para encontrar la palabra correcta	11 (20,4)	10 (18,5)	29 (53,7)	4 (7,4)	-
	Le cuesta escribir, su letra empeoró en el último tiempo	40 (74,1)	5 (9,3)	4 (7,4)	5 (9,3)	-
	Le resulta difícil entender lo que otros dicen	32 (59,3)	9 (16,7)	11 (20,4)	2 (3,7)	-
	Le cuesta entender lo que lee	31 (57,4)	7 (13,0)	13 (24,1)	2 (3,7)	1 (1,9)

las condiciones y se procedió a la firma del consentimiento informado.

Resultados

Validez del constructo por juicio de expertos

De los 10 expertos convocados, 7 contestaron a la convocatoria. La consigna general obtuvo puntajes altos en suficiencia, claridad, coherencia y relevancia. Al igual que todos los ítems de atención, orientación, funciones ejecutivas, memoria, praxias y gnosis y lenguaje. En todos los casos la media fue superior a 3 y el desvío estándar (DE) no superó el 1,25 (tabla 1).

Igualmente, de manera coincidente tres expertos solicitan el cambio de uno de los ejemplos en un ítem de atención, la eliminación de una palabra redundante en un ítem de memoria y la inclusión de un ejemplo en un ítem de lenguaje. Estos cambios fueron realizados y aprobados por los expertos consultados.

Consistencia interna y evaluación con otras medidas objetivas

En el ACE-III la media registrada fue de 84,17 (DE 9,13); en la tabla 2 se pueden observar las medias y desvíos por subtests. En el CQC la media fue de 21,48 (DE 10,46); en la tabla 2 se pueden observar las medias y desvíos por dominio cognitivo y en la tabla 3, la frecuencia de respuesta ítem por ítem.

Se observó además un patrón de dispersión análogo entre ACE-III y CQC (fig. 1).

El CQC presentó un nivel de consistencia interna alto, evaluado por medio del alfa de Cronbach (0,82).

Discusión

El diseño y validación de cuestionarios que indaguen sobre síntomas cognitivos, y que abarquen todos los dominios no solo mnésicos, era una asignatura pendiente en la neuropsicología. Tal como se mencionó, la mayoría de los instrumentos que exploran las quejas cognitivas se circunscriben al dominio mnésico y en menor medida en el dominio ejecutivo o se toman distintos cuestionarios para sortear esta dificultad, pero no se cuenta con un instrumento unificado²⁶.

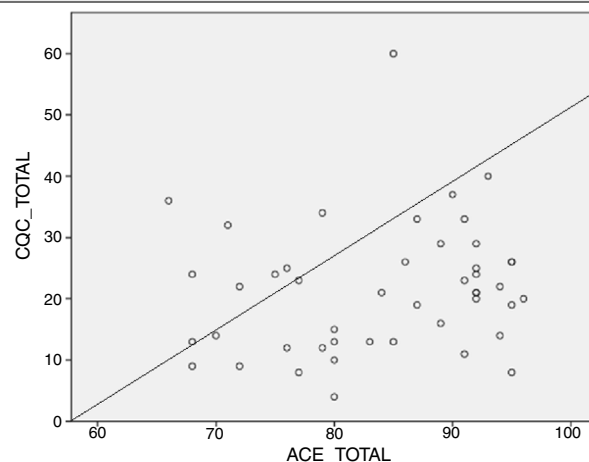


Figura 1 – Dispersión del ACE-III y el Cuestionario de Quejas Cognitivas (N = 54).

A lo que se le suma la relevancia que las quejas cognitivas tienen en la detección precoz del deterioro cognitivo³⁻⁶ y la posibilidad de intervenir tempranamente. En la actualidad, a pesar de que no se cuenta con un tratamiento eficaz para la demencia, ya se indicó la importancia de indagar sobre los datos auto percibidos por las personas mayores acerca del funcionamiento de diferentes dominios cognitivos. También se sugiere la continuidad de investigaciones para analizar la existencia de correspondencias entre los datos del cuestionario quejas cognitivas y los de las evaluaciones cognitivas y afectivas, tal como se realizó con el Cuestionario Quejas de Memoria de Maroto⁶. Esto redundará en beneficios para la precisión diagnóstica y la intervención personalizada.

También debemos considerar que las quejas cognitivas de las personas mayores no solo se refieren al dominio mnésico²⁷, y que el espectro de las demencias los cambios cognitivos pueden estar referidos a alteraciones en las funciones ejecutivas o en el lenguaje o en las praxias, aspecto a considerar en los cuestionarios auto administrados que exploren no solo el dominio mnésico sino las principales funciones cognitivas.

En función de la mencionada demanda e importancia para la clínica, el Cuestionario de Quejas Cognitivas (CQC) fue diseñado para explorar quejas cognitivas generales (y no solo

mnésicas) en mayores de 60 años alfabetizados que asisten a consulta.

Como limitación del presente trabajo, hay que considerar que se ha realizado sobre una muestra poblacional sesgada, constituida en su mayor parte por personas de nivel socioeconómico y cultural medio o medio alto, que han acudido a realizar talleres de memoria. De modo que los resultados de este estudio no deben trasladarse a la población general. Esta constituye quizás su principal limitación, que debe indagarse en posteriores estudios puesto que ha sido reportada la relación entre el nivel de escolaridad y las quejas cognitivas, con una mayor incidencia de estas últimas en el grupo de baja escolaridad²⁹. Por otro lado, debe considerarse la posibilidad de que el CQC sea completado por un informante en los casos de personas mayores con incapacidad de entender consignas y/o lenguaje muy alterado o muy bajo nivel de instrucción. En los casos de anosognosia un recurso válido es que el CQC sea completado por la persona y por un informante, lo que permitirá validar las respuestas.

En el presente estudio se evaluaron la validez y confiabilidad del CQC. Los resultados permiten afirmar que el CQC presenta buena validez y confiabilidad. Así, la validez del constructo fue positiva en la consulta a expertos y el valor de su fiabilidad se considera aceptable. Más allá de esto, es importante considerar la importancia de realizar un estudio de normatización que permita establecer los resultados esperables en población sana.

Financiación

No se recibió financiación para la realización del presente estudio.

Agradecimientos

A las alumnas Delfina Pillarou y Gabriela Moya por su colaboración en parte de la ejecución del presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud, 2019, Demencia, recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/dementia>, 3 de marzo 2020.
- Reisberg B, Gauthier S. Current evidence for subjective cognitive impairment (SCI) as the pre-mild cognitive impairment (MCI) stage of subsequently manifest Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2008;20:1-16.
- Dominguez Orozco Maria Eugenia, (2012) Olvidos cotidianos en personas mayores, *Revista electrónica de psicología Itzcala* vol. 15, número 4, pp 1294-1309.
- Mías CD, Luque L, Bastida M, Correché MS. Quejas Subjetivas de Memoria, Olvidos de Riesgo y Dimensiones Psicopatológicas: Aspectos diferenciales entre el Declive y Deterioro Cognitivo Leve. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 2015;15:53-70. ISSN: 0124-1265.
- Mías CD, Bazán I, Beraudo A, Fernández C, Martín Muñoz M, Bastida M. Quejas Subjetivas de Memoria, Olvidos
- Diferenciales y su Relación con la Depresión en Adultos Mayores Normales, con Deterioro Cognitivo Leve y Demencia en II Congreso Internacional de Psicología - V Congreso Nacional de Psicología Ciencia y Profesión". Año. 2018;3:188-96, 1853-0354.
- Llarena Nuñez SJ. Relación entre quejas de memoria e indicadores de deterioro cognitivo en personas mayores. *Revista Educación y Desarrollo* N°46, México. 2018:73-84. ISSN 1665-3572.
- García-Ptacek S, Eriksdotter M, Jelic V, Porta-Etessam J, Kåreholt I, Manzano Palomo S. Quejas cognitivas subjetivas: hacia una identificación precoz de la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*. 2016;31:562-71, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2013.02.007>.
- Reid LM, MacLulich AM. Subjective memory complaints and cognitive impairment in older people. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2006;22:471-85.
- Reisberg B, Shulman M, Torossian C, Leng L, Zhu W. Outcome over seven years of healthy adults with and without subjective cognitive impairment. *Alzheimers Dement*. 2010;6:11-24.
- Buckley R, Saling MM, Ames D, Rowe CC, Lautenschlager NT, Macaulay S, et al. Factors affecting subjective memory complaints in the AIBL aging study: biomarkers, memory, affect, and age. *Int Psychogeriatr*. 2013;25:1307-15.
- Montenegro Peña Mercedes. Quejas Subjetivas de Memoria en el Envejecimiento y en Adultos Jóvenes: Variables Implicadas. Tesis Doctoral Universidad Complutense de Madrid. 2015.
- Youn JC, Kim KW, Lee DY, Jhoo JH, Lee SB, Park JH, et al. Development of the Subjective Memory Complaints Questionnaire. *Dementia Geriatr Cogn Disord*. 2009;27:310-7.
- Schmand B, Jonker C, Hooijer C, Lindeboom J. Subjective memory complaints may announce dementia. *Neurology*. 1996;46:121-5.
- Marotto MA, Manual de Taller de Memoria. Primera edición; Madrid: TEA Ediciones; 2003.
- Sunderland A, Harris JE, Gleave J. Memory failures in everyday life following severe head injury. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1984;6:127-42.
- García-Martínez J, Sánchez-Canovas J. Adaptación del Cuestionario de fallos de memoria en la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*. 1994;43:89-107.
- Montejo, Pedro, Montenegro, Mercedes, Sueiro-Abad, Manuel J, Huertas, Evelio. Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE): análisis de factores con población española. *Anales de Psicología*. 2014;30:320-8, <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.131401> [in press].
- Montejo-Carrasco P, Montenegro-Pena M, Sueiro-Abad MJ, Fernández-Blázquez MA. Cuestionario de fallos de memoria en la vida cotidiana: datos normativos para mayores. *Psicogeriatría*. 2011;3:167-71.
- Lozoya-Delgado P, Ruiz-Sánchez de León JM, Pedrero-Pérez EJ. Validación de un cuestionario de quejas cognitivas para adultos jóvenes: relación entre las quejas subjetivas de memoria, la sintomatología prefrontal y el estrés percibido. *Rev Neurol*. 2012;54:137-50.
- Nieto Barthaburu MP, Jozami Nasiff M. Estudio psicométrico parcial del cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana (MFE): análisis factorial exploratorio. *Revista Trazos*. 2017, 1853-6425.
- Ruiz-Sánchez de León JM, Pedrero-Pérez EJ, Lozoya-Delgado P, Llanero-Luque M, Rojo-Mota G, Puerta-García C. Inventario de síntomas prefrontales para la evaluación clínica de las adicciones en la vida diaria: proceso de creación y propiedades psicométricas. *Rev Neurol*. 2012;54:649-63.
- Pedrero-Pérez EJ, Ruiz-Sánchez de León JM, Rojo-Mota G, Morales-Alonso S, Pedrero-Aguilar J, Lorenzo I, et al. Inventario de síntomas prefrontales: validez ecológica y

- convergencia con medidas neuropsicológicas. *Rev Neurol*. 2016;63:241-51.
23. Wilson BA, Alderman N, Burgess PW, Emslie H, Evans JJ. Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test; 1996.
24. Luna-Lario P, Seijas-Gómez R, Tirapu-Ustárriz J, Hernáez-Goñi P, Mata-Pastor I. Estructura factorial del cuestionario disejecutivo en una muestra de población española con daño cerebral adquirido y quejas de déficit de memoria. *Rev Neurol*. 2012;55:641-50.
25. Mías CD. Metodología de Investigación Estadística Aplicada e instrumentos de neuropsicología, Córdoba. Encuentro Grupo. 2018.
26. Molina-Rodríguez S, Pellicer- Porcar O, Mirete-Fructuoso M. Estrés percibido y quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes: papel mediador de las funciones ejecutivas. *Rev Neurol*. 2018;67:84-90.
27. Pearman A, Storandt M. Predictors of subjective memory in older adults. *J Gerontol Psychol Sci*. 2004;59:4-6.
28. Brookmeyer R, Johnson E, Ziegler-Graham K, Arrighi HM. Fore-casting the global burden of Alzheimer's disease. *AlzheimersDement*. 2007;3, 186-191.8.
29. Carrillo-Mora P, García-Juárez B, Lugo-Rodríguez Y, et al. Quejas subjetivas de memoria en población geriátrica y sus factores asociados: estudio piloto en población mexicana. *Rev Mex Neuroci*. 2017;18:20-31.
30. Bruno D, Slachevsky A, Fiorentino N, Rueda DS, Bruno G, Tagle AR, Olavarria L, Flores P, Lillo P, Roca M, Torralva T. Argentinian/Chilean validation of the Spanish-language version of Addenbrooke's Cognitive Examination III for diagnosing dementia. *Neurología (English Edition)*. 2020;35:82-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2017.06.004>.