



Sociedad Neurológica Argentina  
Filial de la Federación Mundial  
de Neurología

# Neurología Argentina

[www.elsevier.es/neurolarg](http://www.elsevier.es/neurolarg)



## Artículo original

# Valores normativos para el Cuestionario de Quejas Cognitivas para adultos entre 30 y 90 años



Diana Bruno<sup>a,b,\*</sup>, Veronica Fernandez<sup>a</sup>, Florencia Portillo<sup>a,c</sup> y Solange Llarena Nuñez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Instituto de Investigaciones en Psicología Básica y Aplicada (IIPBA), Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Católica de Cuyo, Rivadavia, San Juan, Argentina

<sup>b</sup> Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (INCYT), Fundación INECO, Universidad Favaloro, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina

<sup>c</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 18 de julio de 2023

Aceptado el 18 de septiembre de 2023

On-line el 18 de octubre de 2023

### Palabras clave:

Cuestionario

Quejas cognitivas

Valores normativos

## R E S U M E N

**Introducción:** El Cuestionario de Quejas Cognitivas (CQC) ha demostrado ser un instrumento válido y confiable según el juicio de expertos y el análisis de validez concurrente con medidas objetivas, para evaluar las quejas cognitivas de las personas, lo que es de importancia al considerar las mismas como un posible indicador de deterioro cognitivo. Para facilitar la interpretación y comparación de los resultados del instrumento, es necesario no solo que presente buenas propiedades psicométricas, sino que esté estandarizado y normatizado.

**Objetivo:** Generar valores normativos para el CQC en una muestra de personas adultas entre 30 y 90 años de edad de la República Argentina.

**Sujetos y método:** Enfoque cuantitativo de tipo instrumental. La muestra incluyó 230 personas sanas, residentes en Argentina, sin antecedentes psiquiátricos ni neurológicos.

**Resultados:** Se observaron correlaciones entre el CQC y la edad y los años de instrucción formal, por tal motivo los valores normativos del CQC se organizaron por grupos según edad y años de instrucción formal. Para la edad, los grupos quedaron divididos en 2, uno de 30 a 70 años y el otro de 71 a 90 años. Y para los años de instrucción formal se conformaron 3 grupos: menos de 7 años, entre 7 y 15 años y más de 15 años. El análisis de las propiedades psicométricas arrojó nuevamente muy buenos índices de consistencia interna y de validez. Se presentan valores normativos.

**Conclusión:** El CQC es un instrumento útil para la exploración de las quejas cognitivas.

© 2023 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

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

<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2023.09.001>

1853-0028/© 2023 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Normative data for the Cognitive Complaints Questionnaire in people over 30 years of age living in Argentina

### A B S T R A C T

**Keywords:**  
Questionnaire  
Cognitive complaints  
Normal values

**Introduction:** The Cognitive Complaints Questionnaire (CCQ) has proven to be a valid and reliable instrument according to expert judgment and concurrent validity analysis with objective measures, to assess people's cognitive complaints. This is important when considering them as a possible indicator of cognitive deterioration. In order to facilitate the interpretation and comparison of the results of the instrument, it is necessary not only that it present good psychometric properties, but also that it be standardized and regulated.

**Objective:** Generate normative values for the CCQ in a sample of adults between 30 and 90 years of age from Argentina.

**Subjects and method:** Quantitative approach of instrumental type. The sample included 230 healthy people, residents in Argentina, with no psychiatric or neurological history.

**Results:** Correlations were observed between the CCQ and age and years of formal education, for this reason the normative values of the CCQ were organized by groups according to age and years of formal education. For age groups were divided into 2, one from 30 to 70 years and the other from 71 to 90 years. And for the years of formal education, 3 groups were formed: less than 7 years, between 7 and 15 years, and more than 15 years. The analysis of the psychometric properties once again yielded very good internal consistency and validity indices. Normative values are presented.

**Conclusion:** The CCQ is a useful instrument for exploring cognitive complaints.

© 2023 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Las quejas cognitivas se han convertido en un motivo de consulta frecuente en la atención primaria y puede ser la primera manifestación de deterioro cognitivo<sup>1</sup>. Las mismas implicarían la percepción de cambios a nivel cognitivo, abarcando el registro de todo el funcionamiento cognitivo<sup>2</sup>, sin necesariamente acompañarse de déficits significativos en test neuropsicológicos<sup>3</sup>.

Se ha evidenciado que las personas con demencia tipo Alzheimer, aunque en etapa preclínica no tienen deterioro cognitivo, pueden experimentar cambios a nivel subjetivo<sup>4</sup>. Esto implica el empeoramiento autoinformado de las capacidades cognitivas a pesar de desempeñarse normalmente en las pruebas cognitivas objetivas<sup>5</sup>. Dado que se constituyen como un posible indicador de deterioro cognitivo, es importante evaluarlas<sup>6,7</sup>.

En esta línea, algunos estudios refuerzan la importancia de la percepción subjetiva del funcionamiento de la memoria, considerando la relación existente entre su percepción, la presencia de indicadores de deterioro cognitivo<sup>6,7</sup> y depresión<sup>8</sup>, incluida la asociación entre esta última y demencia<sup>9</sup>, como así también los riesgos de evolución a demencia tipo Alzheimer<sup>10</sup>. Cambios en otros dominios cognitivos, como el lenguaje y las funciones ejecutivas, podrían ser prodrómicos de deterioro cognitivo de tipo no amnésico y de demencias no tipo Alzheimer<sup>11</sup>.

Aunque tradicionalmente se han asociado las quejas subjetivas de memoria al envejecimiento, estas no constituyen un fenómeno exclusivo de la población anciana<sup>12</sup>. De hecho,

actualmente es cada vez mayor el número de adultos jóvenes que acuden a consulta profesional aludiendo problemas de memoria<sup>13</sup>.

Las funciones cognitivas se ven afectadas en diversas enfermedades neurológicas que afectan a adultos jóvenes, como esclerosis múltiple<sup>14,15</sup>, epilepsia<sup>16,17</sup>, accidente cerebrovascular<sup>18,19</sup> o enfermedad renal crónica<sup>20</sup>. También en enfermedades psiquiátricas como depresión<sup>21</sup>, trastorno bipolar<sup>22</sup> y esquizofrenia<sup>23</sup>, entre otras. Estudios demuestran una mayor presencia de quejas cognitivas subjetivas entre las personas diagnosticadas con trastorno bipolar en comparación con el trastorno depresivo mayor durante los períodos de eutimia<sup>24</sup>. En pacientes con contusión cerebral, los síntomas cognitivos subjetivos parecen deberse a angustia psicológica (en particular, depresión) y antecedentes psiquiátricos previos más que al deterioro cognitivo real u otros síntomas de presentación<sup>25</sup>. Por lo cual, la exploración de las quejas cognitivas en estas poblaciones es muy importante, dado que posibilitará identificar la posible afectación cognitiva y derivar en caso de ser necesario a una evaluación neuropsicológica completa.

Las quejas subjetivas de memoria han sido asociadas también a otras variables como ansiedad y depresión, calidad de vida y percepción de salud<sup>26</sup>. De forma coincidente, otros estudios refieren que la edad, la educación y los antecedentes familiares también cobran relevancia<sup>6</sup>. Así, la instrucción formal puede favorecer la metacognición<sup>27</sup>, la cual se relaciona con la capacidad de monitorizar y controlar los propios procesos cognitivos, es decir, el autorregistro también de las dificultades cognitivas que se puedan experimentar<sup>28</sup>. La relación entre el nivel de escolaridad y las quejas cognitivas ha

sido informada, con una mayor incidencia de estas últimas en el grupo de baja escolaridad<sup>29</sup>.

La detección a tiempo de los fallos cognitivos auto-percibidos brinda la posibilidad de intervención con la implementación de estrategias que promuevan ciertos cambios en el estilo de vida que pueden ayudar a la memoria y otras funciones cognitivas, lo que incluye un sueño de calidad, el ejercicio, una dieta sana y las actividades estimulantes para el cerebro<sup>30</sup>. Una exploración de las quejas cognitivas más fiable, aun cuando no exista deterioro cognitivo cuantificable, posibilitaría un abordaje clínico de quienes las presentan. El contar con criterios de evaluación e instrumentos de medición, tanto de quejas subjetivas cognitivas como de los distintos tipos de olvidos, se vuelve imperante<sup>31</sup>.

Para la evaluación de la autopercepción del funcionamiento cognitivo se emplean diferentes cuestionarios. De los instrumentos disponibles en español para valorar quejas cognitivas, la mayoría se circunscriben al dominio mnésico y coinciden en 4 elementos, como son el lugar donde se ponen las cosas, personas, nombres y distracciones<sup>32</sup>. Entre los más utilizados se encuentran: Subjective Memory Complaints Questionnaire<sup>33</sup>, Escala de Quejas Subjetivas de Memoria<sup>34</sup>, Cuestionario de Quejas de Memoria<sup>35</sup> y Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana<sup>36</sup>. Por otro lado, también existen cuestionarios que exploran aspectos ejecutivos, entre ellos se pueden mencionar: Inventario de Síntomas Prefrontales<sup>37</sup>, Cuestionario Disejecutivo<sup>38</sup> y Cuestionario de Quejas Ejecutivas<sup>39</sup>.

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 dominio cognitivo: atención, orientación, funciones ejecutivas, memoria, praxias y gnosias y, por último, lenguaje. Se ha reportado la buena validez y confiabilidad del instrumento, observándose un alfa de Cronbach muy bueno, de 0,82<sup>2</sup>.

La presente investigación tiene como objetivo general proporcionar valores normativos para CQC en población adulta residentes en la República Argentina.

## Sujetos y método

Es un estudio de tipo instrumental. El objetivo fue realizar la normatización del CQC en una muestra de personas adultas de entre 30 y 90 años de edad de la República Argentina. El criterio de exclusión fue la presencia de antecedentes psiquiátricos y/o neurológicos, enfermedad autoinmune o disfunción hormonal. El criterio de inclusión es que tengan valores por encima del punto de corte esperado en las pruebas de cribado general (Examen Cognitivo de Addenbrooke-III [ACE-III]) y específicamente ejecutivas (Ineco Frontal Screening [IFS]).

La selección se hizo de boca en boca según criterio de conveniencia dependiendo del centro de reclutamiento en un período comprendido entre marzo y julio del 2022. La muestra fue seleccionada en diferentes centros de salud públicos y privados de las provincias de San Juan y La Pampa. La evaluación se hizo en un único encuentro que comenzó con la explicación del objetivo de la investigación y la firma del consentimiento informado.

Los instrumentos incluidos en la evaluación fueron:

- El CQC: autoadministrable que explora los dominios cognitivos, consta de 24 ítems, 4 por dominio (atención, orientación, memoria, funciones ejecutivas, praxias y gnosias, lenguaje) con un formato de respuesta en escala Likert de 5 opciones que van desde nunca a siempre<sup>2</sup>.
- El ACE-III: prueba cognitiva breve que evalúa 5 capacidades cognitivas: atención (18 puntos), memoria (26 puntos), fluidez verbal (14 puntos), lenguaje (26 puntos) y aptitudes visoespaciales (16 puntos). El puntaje total es de 100, indicando los mayores puntajes un mejor funcionamiento cognitivo. Presenta un punto de corte que varía según los años de educación; así, para las personas que tengan 12 años de instrucción formal o más, el punto de corte es de 85, y para las personas que tengan menos de 12 años de instrucción formal, el punto de corte es de 68. La administración del ACE-III toma, en promedio, 15 min, y su puntuación, aproximadamente unos 5 min<sup>40</sup>.
- El IFS: prueba de cribado específicamente ejecutiva que incluye los siguientes subtest: programación motora, instrucciones conflictivas, control inhibitorio motor, dígitos atrás, memoria de trabajo verbal, cubos de Corsi, capacidad de abstracción y control inhibitorio verbal. En cuanto al apartado de memoria de trabajo visual, se consideraron en cada caso los 4 puntos correspondientes a la prueba. Su administración requiere entre 5 y 10 min y tiene una puntuación máxima de 30 puntos, utilizando un punto de corte de 25 puntos<sup>41</sup>.

Los resultados se almacenaron en una base, en la hoja de cálculo Microsoft Excel. Para el análisis estadístico específico, se utilizó el paquete de datos estadístico Statistical Package for Social Sciences versión 25 (. Además, para el CQC se llevó a cabo un análisis de consistencia interna por medio del coeficiente alfa de Cronbach, y un estudio de correlaciones (coeficiente de correlación de Pearson), con un nivel de significación para las pruebas estadísticas de  $p < 0,00$  y  $p < 0,05$ , para establecer las variables a considerar en los valores normativos. Se utilizaron estadísticos descriptivos (mínimo, máximo, media y desvío y frecuencia según correspondiera). Se utilizó el método de agrupación visual de las variables edad y años de instrucción formal y se realizaron análisis de la varianza (de un factor y HSD Tukey) para verificar diferencias significativas entre los grupos en las variables de estudio. Para la construcción de los valores normativos se usó el método de solapamiento de intervalos.

## Resultados

### Variables demográficas

La muestra quedó constituida por 230 personas sanas sin antecedentes neurológicos o psiquiátricos, residentes en la República Argentina, con edades comprendidas entre los 30 y los 90 años. La media para la edad fue de 67,80 (DE = 10,94) y para educación formal fue de 11,57 (DE = 5,09), con una mínima de 2 años y un máximo de 23 años. El grupo estuvo compuesto por 149 mujeres (64,80%) y 81 hombres (32,20%).

Distribución para la variable ocupación de vida de la muestra: el mayor número fue de quienes ejercen algún oficio

(63; 27,40%), luego la docencia (52; 22,60%) y profesionales no docentes (40; 17,40%). Continúan quienes se desempeñan como administrativos (32; 13,90%, luego los comerciantes (23; 10%, amas de casa (19; 8,30%) y un estudiante (0,40%).

El mayor número en la distribución con respecto a la ocupación actual fue de quienes están jubilados (131; 57%), luego ama de casa (19; 8,30%), quienes se siguen desempeñando como administrativos (18; 7,80%) y quienes desempeñan algún oficio (18; 7,80%). Continúan quienes se siguen desempeñando como comerciantes (16; 7%), profesionales no docentes (14; 6,10%), docentes (13; 5,70%) y un estudiante (0,40%).

### Pruebas de cribado

Todos los sujetos obtuvieron puntajes por encima del punto de corte para su nivel educativo en las pruebas de cribado (ACE-III e IFS).

La media para el subtotal de Atención en el ACE-III fue de 16,71 (DE=1,63), para el de Memoria fue de 20,57 (DE=3,83), para Fluencia Verbal fue de 10,28 (DE=2,30), para Lenguaje fue de 23,31 (DE=2,91) y para Aptitudes Visoespaciales fue de 14,65 (DE=1,62); por último, la media del Total del ACE-III fue de 85,18 (DE=9,827).

La media para el subtotal de Series Motoras en el IFS fue de 2,74 (DE=0,66), para el de Instrucciones Conflictivas fue de 2,71 (DE=0,65), para Control Inhibitorio Verbal fue de 2,08 (DE=1,11), para Dígitos Atrás fue de 3,72 (DE=1,21), para Meses Atrás fue de 1,75 (DE=0,56), para Memoria de Trabajo Visual fue de 2,11 (DE=0,95), para Refranes fue de 2,25 (DE=0,84) y para Control Inhibitorio Verbal fue de 4,394 (DE=1,4865); por último, la media del Total del IFS fue de 21,75 (DE=4,43).

### Cuestionario de Quejas Cognitivas

Se puede ver en la [tabla 1](#) la frecuencia de respuesta por ítem en los distintos dominios, para la muestra total.

Para el análisis de la consistencia interna se incluyeron en la subescala 24 elementos, el valor para el alfa de Cronbach para todo el cuestionario fue de 0,917, lo que denota una excelente consistencia interna.

Se observaron correlaciones entre los subtotales de CQC con las variables edad y educación, respectivamente. Por un lado, se observan correlaciones significativas negativas en la variable edad con el subtotal de Atención ( $r = -0,15$ ;  $p < 0,00$ ), con el subtotal de Orientación ( $r = -0,18$ ;  $p < 0,00$ ), Funciones Ejecutivas ( $r = -0,34$ ;  $p < 0,00$ ), Memoria ( $r = -0,31$ ;  $p < 0,00$ ), Praxias y Gnosias ( $r = -0,33$ ;  $p < 0,00$ ), Lenguaje ( $r = -0,31$ ;  $p < 0,00$ ) y con el total del CQC ( $r = -0,36$ ;  $p < 0,00$ ). Por otro lado, se observan correlaciones significativas positivas entre la variable educación y el puntaje total del CQC ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,05$ ) y los subtotales de Atención ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,05$ ), Orientación ( $r = 0,21$ ;  $p < 0,05$ ), Funciones Ejecutivas ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,00$ ), Memoria ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,05$ ), Praxia y Gnosia ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,05$ ) y Lenguaje ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,05$ ).

Se observaron correlaciones significativas, por un lado, entre el subtotal de Atención del CQC y los subtotales de Memoria ( $r = 0,16$ ;  $p < 0,05$ ), Fluencia Verbal ( $r = 0,23$ ;  $p < 0,05$ ), Aptitud Visoespacial ( $r = 0,25$ ;  $p < 0,05$ ) y el puntaje total del ACE-III ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,05$ ), como así también con el puntaje

total de IFS ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,05$ ). Se visualizaron correlaciones significativas entre el subtotal de Orientación del CQC y el subtotal de Atención ( $r = -0,29$ ;  $p < 0,00$ ) y el total del ACE-III ( $r = -0,21$ ;  $p < 0,00$ ). Se observaron correlaciones significativas entre el subtotal de Funciones Ejecutivas del CQC y el subtotal de Fluencia Verbal ( $r = 0,16$ ;  $p < 0,05$ ), el subtotal de Lenguaje ( $r = 0,16$ ;  $p < 0,05$ ) y el subtotal de Aptitud Visoespacial ( $r = 0,13$ ;  $p < 0,05$ ) del ACE-III. Se visualizaron correlaciones significativas entre el subtotal de Memoria del CQC y el subtotal de Fluencia Verbal ( $r = 0,15$ ;  $p < 0,05$ ), Aptitudes Visoespaciales ( $r = 0,23$ ;  $p < 0,05$ ) y el puntaje total del ACE-III ( $r = 0,13$ ;  $p < 0,05$ ), además de con el puntaje total de IFS ( $r = 0,25$ ;  $p < 0,05$ ). Se detectaron correlaciones significativas entre el subtotal de Praxias y Gnosias del CQC y el subtotal de Fluencia Verbal ( $r = 0,16$ ;  $p < 0,05$ ), Lenguaje ( $r = 0,13$ ;  $p < 0,05$ ), Aptitud Visoespacial ( $r = 0,19$ ;  $p < 0,05$ ) y el Total del ACE-III ( $r = 0,17$ ;  $p < 0,05$ ), y con el puntaje total de IFS ( $r = 0,15$ ;  $p < 0,05$ ). Se observaron correlaciones significativas entre el total del CQC y los subtotales de Fluencia Verbal ( $r = 0,16$ ;  $p < 0,05$ ), Aptitud Visoespacial ( $r = 0,17$ ;  $p < 0,05$ ) y el puntaje total del ACE-III ( $r = 0,14$ ;  $p < 0,05$ ), y con el total de IFS ( $r = 0,18$ ;  $p < 0,05$ ).

### Diferencias de grupo

Con respecto a la variable edad, se utilizó el método agrupación visual para dividir los grupos por edad, generando 3 puntos de corte, quedando constituidos 4 grupos.

Se observa que la media para el primer grupo, sujetos de 30 a 61 años, fue de 53,19 (DE=8,55); para el segundo grupo, sujetos de 62 a 70 años, fue de 66,55 (DE=2,69); para el tercer grupo, sujetos de 71 a 75 años, fue de 73,08 (DE=1,48), y para el cuarto grupo, sujetos de 76 a 90 años, fue de 80,06 (DE=3,54). Se realizó un análisis de la varianza de un factor y HSD Tukey para verificar diferencias significativas entre los grupos en las variables de estudio.

En la variable edad, puede observarse en el análisis de la varianza que hay diferencias en todas las variables. En el análisis *post hoc* Tukey se observa que el grupo 1 (de 30 a 61 años) difiere del resto, sin embargo, el resto de los grupos, grupo 2 (de 62 a 70), grupo 3 (de 71 a 75 años) y grupo 4 (de 76 a 90 años), no difieren entre sí. Esto se debe a que, en el primer grupo, hay pocos jóvenes con bajo nivel educativo debido a que la mayoría de los sujetos debieron haber completado de forma obligatoria el nivel secundario, mientras que en el resto de los grupos se observa que esta diferencia se compensa. Se decide agrupar por edad según 2 intervalos, de 30 a 70 años y de 71 a 90 años. Se utiliza el método de solapamiento de intervalos incluyendo +5 y -5 de los valores extremos cuando fue posible, con el objetivo de disminuir la brecha entre los grupos.

En la variable años de instrucción se utilizó el método agrupación visual para dividir los grupos por educación, generando 2 puntos de corte, quedando constituidos 3 grupos. Se observa que la media para el primer grupo, conformado por 79 sujetos con hasta 7 años de educación formal, fue de 5,85 (DE=1,42); para el segundo grupo, conformado por 78 sujetos con entre 7 y 15 años de educación formal, fue de 11,71 (DE=2,18), y para el tercer grupo, conformado por 73 sujetos con más de 15 años de educación formal, fue de 17,63 (DE=1,41).

Tabla 1 – Frecuencia por ítem del Cuestionario de Quejas Cognitivas

		Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
Atención	Ítem 1: Se distrae con facilidad	89 –38,70%	43 –18,70%	70 –30,40%	23 –10,00%	5 –2,20%
	Ítem 2: Hace más esfuerzo para sostener la atención	96 –41,70%	31 –13,50%	70 –30,40%	23 –10,00%	10 –4,30%
	Ítem 3: Pierde el hilo del pensamiento	110 –47,80%	40 –17,40%	57 –24,80%	19 –8,30%	4 –1,70%
	Ítem 4: Dificultad para mantener la atención en más de una cosa al mismo tiempo	109 –47,40%	52 –22,60%	53 –23,00%	12 –2,20%	4 –0,40%
Orientación	Ítem 1: Dificultad para orientarse en lugares conocidos	204 –88,70%	13 –5,70%	12 –5,20%	1 –0,40%	0 0,00%
	Ítem 2: Desorientarse en la propia casa o en una institución que se frecuenta con regularidad	220 –95,70%	8 –3,50%	1 –0,40%	1 –0,40%	0 0,00%
	Ítem 3: Se equivoca o no está seguro de la fecha	143 –62,20%	44 –19,10%	33 –14,30%	7 –3,00%	3 –1,30%
	Ítem 4: Dificultades para decir con precisión la edad actual, fecha de nacimiento o DNI	215 –93,50%	7 –3,00%	4 –1,70%	2 –0,90%	2 –0,90%
Funciones Ejecutivas	Ítem 1: Dificultad para tomar decisiones o decidir qué hacer	107 –46,50%	46 –20,00%	53 –23,00%	17 –7,40%	7 –3,00%
	Ítem 2: Dificultad para organizar planes	158 –68,70%	33 –14,30%	27 –11,70%	9 (3,9%)	3 –1,30%
	Ítem 3: Dificultad para hacer cambios de planes o cambiar la actividad cuando es necesario	178 –77,40%	29 –12,60%	18 –7,80%	3 –1,30%	2 –0,90%
	Ítem 4: Dificultad para seguir el orden de pasos necesario para realizar una tarea o deja cosas sin terminar	181 –78,70%	22 –9,60%	19 –8,30%	5 –2,20%	3 –1,30%
Memoria	Ítem 1: Olvida o confunde los nombres de personas conocidas	131 –57,00%	21 –9,10%	62 –27,00%	13 –5,70%	3 –1,30%
	Ítem 2: Olvida citas o planes previamente pautados	129 –56,10%	60 –26,10%	32 –13,90%	5 –2,20%	4 –1,70%
	Ítem 3: Olvida el lugar donde dejó objetos de uso cotidiano	63 –27,40%	51 –22,20%	78 –33,90%	28 –12,20%	10 –4,30%
	Ítem 4: Algunas veces no recuerda hechos recientes	127 –55,20%	36 –15,70%	49 –21,30%	12 –5,20%	6 –2,60%
Praxias y Gnosias	Ítem 1: Dificultad para vestirse	221 –96,10%	2 –0,90%	6 –2,60%	1 –0,40%	0 0,00%
	Ítem 2: Le cuesta más trabajo hacer o copiar dibujos	168 –73,00%	28 –12,20%	24 –10,40%	5 –2,20%	5 –2,20%
	Ítem 3: Dificultad para reconocer objetos o personas que conoce	185 –80,40%	21 –9,10%	23 –10,00%	1 –0,40%	0 0,00%
	Ítem 4: Dificultad para encontrar objetos, particularmente cuando no están en la posición habitual	121 –52,60%	43 –18,70%	52 –22,60%	9 –3,90%	5 –2,20%
Lenguaje	Ítem 1: Dificultad para encontrar la palabra correcta	56 –24,30%	51 –22,20%	104 –45,20%	15 –6,50%	4 –1,70%
	Ítem 2: Le cuesta escribir, su letra empeoró en el último tiempo	175 –76,10%	20 –8,70%	26 –11,30%	5 –2,20%	4 –1,70%
	Ítem 3: Dificultad para entender algunos conceptos que antes le eran familiares	164 –71,30%	31 –13,50%	29 –12,60%	4 –1,70%	2 –0,90%
	Ítem 4: Le cuesta entender lo que lee	154 –67,00%	39 –17,00%	28 –12,20%	5 –2,20%	4 –1,70%

### Valores normativos

La tabla de valores normativos del CQC (tabla 2) está constituida por las variables edad y años de instrucción formal. La variable edad está conformada en 2 grupos, el primero de 30 a 70 años con un intervalo de 30 a 75 años, y el segundo de 71 a 90 años con un intervalo de 65 a 91 años. La variable años de instrucción formal está conformada por 3 grupos: menos de 7 años, entre 7 y 15 años y más de 15 años.

### Discusión

En el presente trabajo se buscó realizar la normatización del CQC en una muestra de 230 personas adultas de entre 30 y 90 años de edad de la República Argentina.

La investigación sobre las quejas cognitivas resulta de gran interés debido a la frecuencia de su presencia en la clínica tanto en población añosa como en población joven<sup>13</sup>. Las que-



Tabla 2 – Valores normativos para el Cuestionario de Quejas Cognitivas

	De 30 a 70 años						De 71 a 90 años					
	Intervalo de 30 a 75 años						Intervalo de 65 a 91 años					
	N = 173						N = 154					
	Menos de 7 años de instrucción formal		Entre 7 y 15 años de instrucción formal		Más de 15 años de instrucción		Menos de 7 años de instrucción formal		Entre 7 y 15 años de instrucción formal		Más de 15 años de instrucción	
	N = 32		N = 71		N = 70		N = 85		N = 44		N = 25	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
CQC Atención	2,88	3,180	4,73	3,286	6,40	3,424	2,41	2,095	3,93	3,259	4,44	2,819
CQC Orientación	0,69	1,786	0,76	1,048	1,66	1,948	0,45	1,577	0,84	1,077	0,96	1,454
CQC Funciones Ejecutivas	1,50	1,984	2,44	2,892	3,80	3,246	0,72	1,645	2,11	2,223	2,54	3,062
CQC Memoria	3,00	3,016	4,13	3,282	5,23	2,865	2,21	2,172	3,55	2,277	5,12	2,658
CQC Praxias y Gnosias	0,78	1,896	1,66	1,919	2,93	2,080	0,66	1,402	2,00	1,905	2,00	1,296
CQC Lenguaje	1,84	1,903	3,30	2,856	3,77	2,709	1,92	1,879	2,27	1,730	2,88	2,046
CQC Total	10,69	11,732	16,90	11,948	23,47	12,912	8,27	8,257	14,70	8,677	17,48	9,990

CQC: Cuestionario de Quejas Cognitivas.

jas cognitivas pueden formar parte de los cambios esperables que se dan en el envejecimiento, sin embargo, en algunos casos se trata de claros síntomas de problemas cognitivos. Se ha reportado compromiso cognitivo en diversas enfermedades tanto neurológicas como psiquiátricas que pueden afectar a diferentes grupos etarios. Resulta importante poder contar con un instrumento que permita la correcta identificación y puntuación de las mismas y ver si ellas guardan relación con indicadores de descenso en el funcionamiento cognitivo.

Los instrumentos más utilizados para la exploración de las quejas cognitivas exploran principalmente el dominio mnésico y en menor medida el dominio ejecutivo<sup>2</sup>. En la muestra analizada se observa que si bien la queja de memoria es la más frecuente, es seguida de las quejas en la atención y el lenguaje. Estos resultados corroboran lo informado en la bibliografía, pero deja en evidencia otros aspectos de la cognición, en los cuales los sujetos pueden percibir cambios y merecen ser atendidos.

Estudios previos reportaron validez de constructo por juicio de experto y correlación con medidas objetivas y buena consistencia interna<sup>2</sup>. En el presente estudio, con una muestra significativamente mayor, se corrobora la validez del constructo con medidas objetivas y además se observó una excelente consistencia interna (alfa de Cronbach 0,91).

Con respecto a los años de instrucción formal, se observaron correlaciones significativas positivas con los subtotales de todos los dominios y el total del CQC, de lo que se infiere que a más años de instrucción formal de un sujeto, más quejas registran en cuanto a sus funciones cognitivas o viceversa. Estos resultados coinciden con la idea de que el nivel educativo favorece la capacidad de autorregistro de los propios procesos cognitivos y de los aprendizajes<sup>28</sup>. En contraposición a otros estudios<sup>29</sup>, se 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.

Por otro lado, se observaron correlaciones significativas negativas con la edad, por lo que se infiere que, a mayor edad, menos quejas cognitivas o viceversa, a menor edad, más quejas cognitivas presentan los sujetos. Esto podría vincularse, por un lado, con la percepción de que hay ciertos cambios cognitivos que se deben al envejecimiento y los mismos son naturalizados por la población<sup>29</sup>. O podría vincularse, por otro lado, al creciente aumento de consultas profesionales en adultos jóvenes por quejas cognitivas, que impresionan asociar a situaciones de estrés<sup>7</sup>. En función de la relación existente entre los resultados en el CQC y la edad y los años de instrucción formal, los valores normativos quedaron organizados considerando ambas variables.

Las quejas subjetivas de memoria pueden estar asociadas con variables de salud mental, depresión, ansiedad, sueño, presencia de enfermedades y calidad de vida<sup>26</sup>, por lo que las quejas son un síntoma con múltiples causas. Ante un paciente con quejas cognitivas subjetivas deben considerarse estas asociaciones para valorar dicho riesgo y saber cuándo es necesario derivar a evaluación neuropsicológica para realizar el seguimiento del caso.

Como limitaciones del presente trabajo, se debe considerar el tamaño de la muestra. Por ello se recomienda ampliar los grupos actualmente definidos. Asimismo, se aconseja analizar el poder predictivo del CQC en grupos de deterioro cognitivo

leve que evolucionan a demencia en estudios longitudinales. Por último, se recomienda la generación de versión sujeto e informante con valores normativos, para poder explorar con mayor objetividad la autopercepción de cambios cognitivos.

En el presente estudio se buscó generar valores normativos para el CQC. Los resultados permiten afirmar que este es un instrumento válido y accesible para la exploración de las quejas cognitivas en adultos mayores de 30 años. Además, se constituye como un instrumento plausible de ser utilizado para la exploración de la anosognosia al ser contrastado con los resultados obtenidos en una evaluación cognitiva o tomas paralelas a un informante (familiar o cuidador).

## Financiación

No se recibió financiación para la realización del presente estudio.

## Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Labos E, Cavagna M, Pagotto V, Schapira MC. Seguimiento longitudinal de pacientes con queja cognitiva: características y perfiles de progresión. *Vertex Rev Arg Psiquiatr.* 2021;32:45-54.
2. Llarena Nuñez S, Bruno D. Validación del Cuestionario de Quejas Cognitivas. *Neurol Arg.* 2021;13:137-44.
3. García-Ptacek S, Eriksdotter M, Jelic V, Porta-Etessam J, Kåreholt I, Palomo SM. Quejas cognitivas subjetivas: hacia una identificación precoz de la enfermedad de Alzheimer. *Neurologia.* 2016;31:562-71.
4. Yap KH, Warren N, Allotey P, Reidpath DD. Chronic disease profiles of subjective memory complaints: A latent class analysis of older people in a rural Malaysian community. *Aging Ment Health.* 2020;24:709-16, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2018.1550632>.
5. Pavisic IM, Lu K, Keuss SE, James SN, Lane CA, Parker TD, et al. Subjective cognitive complaints at age 70: Associations with amyloid and mental health. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2021;92:1215-21.
6. Pike KE, Cavuoto MG, Li L, Wright BJ, Kinsella GJ. Subjective cognitive decline: Level of risk for future dementia and mild cognitive impairment, a meta-analysis of longitudinal studies. *Neuropsychol Rev.* 2022;32:703-35.
7. Pérez-Blanco L, Felpete A, Patten SB, Mallo SC, Pereiro AX, Campos-Magdaleno M, et al. Do informant-reported subjective cognitive complaints predict progression to mild cognitive impairment and dementia better than self-reported complaints in old adults? A meta-analytical study. *Ageing Res Rev.* 2022;82:101772.
8. Semkowska M, Knittle H, Leahy J, Rasmussen JR. Subjective cognitive complaints and subjective cognition following electroconvulsive therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2023;57:21-33, <http://dx.doi.org/10.1177/00048674221089231>.
9. Hernández AG, Quintero AMR, Santos JB. La depresión y su relación con el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. Un estudio de revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2022;57:118-28.

10. Valero-Merino C, Sánchez-Roy R. Demencia. *Medicine*. 2023;13:4345-59.
11. Malpu-Wiederhold C, Farías-Ulloa C, Méndez-Orellana C, Cigarroa I, Martella D, Fonca-González C, et al. Perfiles cognitivos-lingüísticos en personas mayores con deterioro cognitivo leve, demencia vascular, demencia con cuerpos de Lewy y enfermedad de Parkinson. *Rev Ecuat Neurol*. 2022;31:69-85.
12. Loprinzi PD. Interrelationships between depression, exercise and subjective memory complaints. *Rev Neurol (Paris)*. 2019;175:319-23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurol.2018.10.006>.
13. Zapater-Fajari M, Crespo-Sanmiguel I, Perez V, Hidalgo V, Salvador A. Subjective memory complaints in young people: The role of resilience. *Psychol Health*. 2022;11:1-20, <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2022.2141240>.
14. Benedict RHB, Amato MP, DeLuca J, Geurts JGG. Cognitive impairment in multiple sclerosis: Clinical management, MRI, and therapeutic avenues. *Lancet Neurol*. 2020;19:860-71, [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30277-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30277-5).
15. McKay KA, Manouchehrinia A, Berrigan L, Fisk JD, Olsson T, Hillert J. Long-term cognitive outcomes in patients with pediatric-onset vs adult-onset multiple sclerosis. *JAMA Neurol*. 2019;76:1028-34.
16. Longo A, Houot M, Herlin B, Méré M, Denos M, Samson S, et al. Distinctive neuropsychological profiles of lateral temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2021;125:108411, <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108411>.
17. Phuong TH, Houot M, Méré M, Denos M, Samson S, Dupont S. Cognitive impairment in temporal lobe epilepsy: Contributions of lesion, localization and lateralization. *J Neurol*. 2021;268:1443-52, <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-020-10307-6>.
18. Huang YY, Chen SD, Leng XY, Kuo K, Wang ZT, Cui M, et al. Post-stroke cognitive impairment: Epidemiology, risk factors, and management. *J Alzheimers Dis*. 2022;86:983-99, <http://dx.doi.org/10.3233/JAD-215644>.
19. D'Souza CE, Greenway MRF, Graff-Radford J, Meschia JF. Cognitive impairment in patients with stroke. *Semin Neurol*. 2021;41:75-84, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1722217>.
20. Murtaza A, Dasgupta I. Chronic kidney disease and cognitive impairment. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2021;30:105529, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105529>.
21. Zacková L, Jáni M, Brázdil M, Nikolova YS, Marečková K. Cognitive impairment and depression: Meta-analysis of structural magnetic resonance imaging studies. *Neuroimage Clin*. 2021;32:102830, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nicl.2021.102830>.
22. Douglas KM, Gallagher P, Robinson LJ, Carter JD, McIntosh VV, Frampton CM, et al. Prevalence of cognitive impairment in major depression and bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018;20:260-74, <http://dx.doi.org/10.1111/bdi.12602>.
23. Vita A, Gaebel W, Mucci A, Sachs G, Barlati S, Giordano GM, et al. European Psychiatric Association guidance on treatment of cognitive impairment in schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2022;65:e57, <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2315>.
24. Simjanoski M, Jansen K, Mondin TC, Pedrotti Moreira F, Vieira IS, da Silva RA, et al. Cognitive complaints in individuals recently diagnosed with bipolar disorder: A cross-sectional study. *Psychiatry Res*. 2021;300:113894, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113894>.
25. Stillman AM, Madigan N, Torres K, Swan N, Alexander MP. Subjective cognitive complaints in concussion. *J Neurotrauma*. 2020;15:305-11, <http://dx.doi.org/10.1089/neu.2018.5925>.
26. Montejo P, Montenegro-Peña M, Prada D, García-Mulero E, García-Marín A, Pedrero-Pérez EJ. Quejas de memoria: salud mental, enfermedades, dolor y soledad. Estudio poblacional en la ciudad de Madrid. *Rev Neurol*. 2019;69:481-91.
27. Brusco L. *Manual de Neuropsicología*. Buenos Aires: Akadia; 2021.
28. Hurtado Velit A. Los procesos cognitivos: metacognición como proceso de aprendizaje. *Educación*. 2017;23:19-24.
29. Carrillo-Mora P, García-Juárez B, Lugo-Rodríguez Y, del Pilar Moreno-Méndez E, Cruz-Alcalá L. Quejas subjetivas de memoria en población geriátrica y sus factores asociados: estudio piloto en población mexicana. *Rev Mex Neuroci*. 2017;18:20-31.
30. Llarena Nuñez S. Relación entre quejas de memoria, indicadores de deterioro cognitivo y depresión. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53:54.
31. Mías CD, Causse B. Quejas subjetivas de memoria, desempeño objetivo y funciones neuropsicológicas relacionadas. Una revisión sistemática. *Revista Perspectivas Metodológicas*. 2021;21:e3440.
32. Montenegro Peña M. Quejas subjetivas de memoria en el envejecimiento y en adultos jóvenes: variables implicadas [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2016.
33. Youn JC, Kim KW, Lee DY, Jhoo JH, Lee SB, Park JH, et al. Development of the Subjective Memory Complaints Questionnaire. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2009;27:310-7, <http://dx.doi.org/10.1159/000205512>.
34. Schmand B, Jonker C, Hooijer C, Lindeboom J. Subjective memory complaints may announce dementia. *Neurology*. 1996;46:121-5.
35. Maroto Serrano MA. *Taller de memoria*. 1.ª ed. Madrid: TEA Ediciones; 2003.
36. García Martínez J, Sánchez Cánovas J. Adaptación del cuestionario de fallos de memoria en la vida cotidiana (MFE). *Bol Psicol*. 1996;43:89-107.
37. Pedrero-Pérez EJ, Ruiz Sánchez de León JM, Rojo Mota G, Morales Alonso S, Pedrero Aguilar J, Lorenzo Luque I, et al. Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP): validez ecológica y convergencia con medidas neuropsicológicas. *Rev Neurol*. 2016;63:241-51.
38. Luna-Lario P, Seijas-Gómez R, Tirapu-Ustárroz J, Hernández-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.
39. 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. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. 2018;3:188-96.
40. Bruno D, Slachevsky A, Fiorentino N, Rueda D, Bruno G, Tagle A, et al. Validación argentino-chilena de la versión en español del test Addenbrooke's Cognitive Examination para el diagnóstico de demencia. *Neurología*. 2020;35:82-8.
41. Torralva T, Roca M, Gleichgerricht E, López P, Manes F. INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *J Int Neuropsychol Soc*. 2010;16:737-47, <http://dx.doi.org/10.1017/S1355617710000883>.