



Pontificia Universidad Católica Argentina

“Santa María de los Buenos Aires”

Facultad de Psicología y Psicopedagogía

Licenciatura en Psicología

Trabajo de Integración Final

Queja Subjetiva de Memoria y Depresión en adultos mayores

Alumno: Cecilia Quaglia

Número de registro: 122000128

Directora: Lic. María Florencia Antequera

Co-Directora: Dra. Lina Grasso

Buenos Aires, 2024

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	2
2.1 Envejecimiento	2
2.2 Queja Subjetiva de Memoria	5
2.3 Depresión en los Adultos Mayores	9
2.4 Queja Subjetiva de Memoria y Depresión en Adultos Mayores	11
III. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS	13
3.1 Definición del Problema	13
3.2 Objetivos	13
3.3 Hipótesis	14
IV. MÉTODO	14
4.1 Diseño de la Investigación	14
4.2 Participantes	15
4.3 Instrumentos de Recolección de Datos	17
4.4 Procedimiento	19
4.5 Análisis de Datos	19
V. RESULTADOS	20
5.1 Descripción de niveles de QSM y Depresión	20
5.2 Relación entre QSM y Depresión según Factores Sociodemográficos	21
5.3 Relación entre QSM, Depresión y Rendimiento Cognitivo, según el sexo	23
VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	24
6.1 Discusión	24
6.2 Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación	26
6.3 Conclusiones	27
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
VIII. APÉNDICE	36
Apéndice I	36
Apéndice II	37
Apéndice III	38
Apéndice IV	44
Apéndice V	46
Apéndice VI	47
Apéndice VII	48

RESUMEN

Esta investigación exploró la relación entre las Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) y los síntomas de depresión en adultos mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Se trabajó con una muestra de 31 adultos mayores, de ambos sexos, cognitivamente sanos. Se utilizó un diseño empírico cuantitativo, aplicando cuestionarios estandarizados para evaluar los niveles de QSM y depresión, así como factores sociodemográficos (edad, sexo y nivel educativo). Los datos se analizaron mediante correlaciones de Spearman y análisis descriptivos. Los resultados revelaron que, existió una relación significativa entre las QSM y los síntomas de depresión sólo en las mujeres, observándose una correlación fuerte entre niveles más elevados de depresión y QSM ($\rho = 0,774$; $p = 0,009$). Además, se observó que a mayores niveles de QSM correspondía un peor rendimiento cognitivo en el Test del Reloj ($\rho = -0,689$; $p = 0,019$). En el caso de los hombres, solo se observó una correlación moderada con el rendimiento en el MMSE ($\rho = -0,477$; $p = 0,033$). Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar las QSM en el contexto de la salud mental y el rendimiento cognitivo en los adultos mayores, particularmente en mujeres, donde podrían reflejar factores emocionales y cognitivos interrelacionados.

Palabras clave: Quejas Subjetivas de Memoria, Depresión, Adultos Mayores, Rendimiento Cognitivo.

ABSTRACT

This research explored the relationship between Subjective Memory Complaints (SMC) and symptoms of depression in older adults from the Autonomous City of Buenos Aires and Greater Buenos Aires. A sample of 31 older adults, of both sexes, cognitively healthy, was used. A quantitative empirical design was used, applying standardized questionnaires to assess SMC and depression levels, as well as sociodemographic factors (age, sex, and educational level). Data were analyzed using Spearman correlations and descriptive analyses. The results revealed a significant relationship between SMC and symptoms of depression only in women, with a strong correlation observed between higher levels of depression and SMC ($\rho = 0,774$; $p = 0,009$). Additionally, it was observed that higher SMC levels corresponded to worse cognitive performance on the Clock Test ($\rho = -0,689$; $p = 0,019$). In the case of men, only a moderate correlation was observed with performance on the MMSE ($\rho = -0,477$; $p = 0,033$). These findings highlight the importance of addressing SMC in the context of mental health and cognitive performance in older adults, particularly in women, where they may reflect interrelated emotional and cognitive factors.

Key words: Subjective Memory Complaints, Depression, Older Adults, Cognitive Performance.

I. INTRODUCCIÓN

La expectativa de vida ha experimentado un aumento significativo en los últimos años; lo que conlleva a un incremento de la población longeva (Bazán, 2018). Dicho fenómeno también se observa de manera destacada en Argentina, donde la esperanza de vida al nacer en 2020 alcanzó los 79,48 años para ambos sexos (Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud, 2024). De acuerdo con el último censo realizado en 2022, el 11,8% de la población argentina tenía 65 años o más. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, este porcentaje ha aumentado considerablemente, pasando del 11,8% en 1970 al 17,3% en 2022, lo que refleja el crecimiento sostenido de dicha población (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC], 2022). Por lo tanto, surge la necesidad de atender a las intervenciones y las políticas públicas aplicadas a este grupo poblacional.

Esta prolongación de los años de vida ha transformado la noción de envejecimiento, relacionado con cambios naturales que se ven influenciados por múltiples factores biopsicosociales (Villavicencio et al, 2020). A diferencia de las teorías deficitarias, otras consideran al desarrollo como un despliegue tanto de las potencialidades como de las limitaciones del sujeto. En él intervienen las esferas biológicas, psicológicas, afectivas, intelectuales y sociales (Urbano y Yuni, 2016). Desde esta perspectiva, el envejecimiento es entendido como un proceso dinámico y multifacético, en el que median diversos factores biopsicosociales que desencadenan transformaciones y provocan una disminución natural en distintas dimensiones. Conforme avanza la edad, la esfera cognitiva se caracteriza por cambios en la habilidad de codificar, retener y recuperar información, así como en las capacidades visoespaciales y la velocidad de procesamiento. Este declive es parte de una variabilidad individual en la manifestación del envejecimiento (Villavicencio, 2020).

En los adultos mayores, las Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) representan la percepción de la declinación cognitiva de la memoria (Montenegro Peña, 2016). Estas quejas se interpretan como las primeras manifestaciones de deterioro cognitivo leve, el cual se caracteriza por una disminución significativa de las funciones cognitivas esperables para la edad, que no interfieren significativamente en las actividades cotidianas ni cumplen con los criterios para el diagnóstico de demencia (Petersen et al, 2018). Las QSM pueden actuar como predictoras de un deterioro cognitivo y aumentar la probabilidad de su evolución a demencia (Mias et al., 2015).

La depresión es uno de los síndromes con mayor prevalencia en adultos mayores. Constituye un factor de riesgo para el deterioro cognitivo, lo que también subraya la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial entre los procesos normales de envejecimiento y los cambios asociados a enfermedades neurodegenerativas. Las QSM, además de ser un indicador temprano de alteraciones cognitivas, también pueden asociarse con la presencia de síntomas depresivos. Su detección permite intervenir y proporcionar un tratamiento apropiado antes de que los problemas se intensifiquen (Bazán, 2018; Ruvalcaba Ledezma, 2019).

Investigaciones anteriores han sugerido una posible relación entre la QSM y los síntomas de depresión. Sin embargo, esta correlación no ha sido completamente esclarecida debido a la falta de estudios que examinen esta relación considerando variables sociodemográficas específicas, como la edad, el sexo y el nivel educativo, particularmente en el contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el Gran Buenos Aires (GBA) (Bazán, 2018; Mias et al., 2015).

Estudiar la relación de las QSM con la depresión contribuye a la detección temprana de problemas de salud mental y también de trastornos cognitivos, ya que ambas condiciones son precursoras del Deterioro Cognitivo Leve (DCL). El presente trabajo descriptivo-correlacional se propuso analizar la interacción entre las QSM y los síntomas depresivos en 31 personas mayores que residen en CABA y GBA. Su finalidad es proporcionar información ante la falta de estudios locales, que aporte a la comprensión de estos factores y como a su relación, en el marco del envejecimiento exitoso.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Envejecimiento

La expectativa de vida ha experimentado un aumento significativo en los últimos años; lo que conlleva a un incremento de la población longeva (Bazán, 2018). Dicho fenómeno también se observa de manera destacada en Argentina, donde la esperanza de vida al nacer en 2020 alcanzó los 79,48 años para ambos sexos (Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud, 2024). Junto con el descenso de la fertilidad, el índice de envejecimiento en Argentina, que expresa la cantidad de personas de 65 o más años por cada 100 personas de 0 a 14 años de edad, ha aumentado exponencialmente a 53 puntos en el último censo, en comparación con años anteriores, por ejemplo, 40 puntos en 2010 y 24 en 1970 (INDEC, 2022).

Debido al incremento poblacional, diversas disciplinas han intentado analizar el fenómeno del envejecimiento y sus implicancias. La psicología del envejecimiento ha evolucionado desde un modelo deficitario y orientado hacia la patología, que veía el envejecimiento como sinónimo de deterioro cognitivo inevitable, hacia un enfoque más integral. Históricamente, se sugería un declive general en el funcionamiento cognitivo con la edad sin considerar adecuadamente factores sociodemográficos como parte del declive observado. Actualmente el envejecimiento debe entenderse a través de modelos como el bifactorial, que distingue entre inteligencia fluida, que tiende a declinar, e inteligencia cristalizada, que puede mantenerse o incluso mejorar con la edad. Este cambio de perspectiva subraya la importancia de considerar factores personales y sociohistóricos en el estudio del envejecimiento (Fernández Ballesteros García, 2023).

Una forma común de considerar el proceso de envejecimiento es a través de un criterio cronológico, donde la edad de 65 años ha sido tradicionalmente vista como la entrada a una nueva etapa de vida, especialmente debido a su vinculación con la jubilación. Sin embargo, esta perspectiva es cada vez más cuestionada, ya que en algunos países la jubilación se da a edades diferentes o incluso no existe una edad formal de jubilación. En este contexto, se considera al trabajo en esta franja etaria como un indicador positivo del envejecimiento activo, junto con la participación social, los estilos de vida saludables y un ambiente propicio para el envejecimiento activo. Además de la edad cronológica, también es importante considerar la edad biológica, que refleja el estado físico y funcional de una persona, así como la edad psicológica, que se refiere a la percepción subjetiva que tiene una persona sobre su propia edad. Estudios han demostrado que quienes se sienten más jóvenes suelen mantener estilos de vida saludables y activos, mientras que aquellos que se sienten mayores pueden experimentar un deterioro en su bienestar (Triadó et al., 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere un enfoque más holístico al envejecimiento, reconociendo que este es un proceso continuo que no se puede dividir en cohortes rígidas, sino que involucra una diversidad de experiencias y condiciones de vida que impactan la salud y el bienestar en la vejez. Redefine el concepto de envejecimiento, pasando del enfoque de Envejecimiento Activo al de Envejecimiento Saludable. El envejecimiento activo, establecido inicialmente como un proceso para optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad, busca mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, destacando la importancia de la participación en múltiples dimensiones sociales, económicas y culturales (Kalache et al., 2015). Sin

embargo, el envejecimiento saludable se centra en mantener la capacidad funcional y el bienestar en la vejez. La pérdida de capacidad no se relaciona únicamente con la edad, y ni a un perfil típico de persona mayor, ya que la diversidad es resultado de experiencias de vida. Aunque muchas personas mayores enfrentan problemas de salud, esto no implica dependencia. El envejecimiento saludable se define más allá de la ausencia de enfermedad, enfatizando la importancia de mantener la capacidad funcional. Además, se aboga por transformar los sistemas de salud hacia cuidados integrales que respondan a las necesidades de las personas mayores (Zarebski, 2021).

El envejecimiento exitoso se entiende como un proceso adaptativo que involucra la selección, optimización y compensación de habilidades y recursos, permitiendo que los individuos mantengan su bienestar a medida que enfrentan desafíos asociados con el envejecimiento. En este contexto, la variabilidad interindividual y la plasticidad intraindividual han tenido un impacto significativo. La reflexión sobre estos conceptos sugiere que existe una oportunidad continua para la optimización del desarrollo humano. A lo largo de los años, se ha argumentado que los cambios sistemáticos relacionados con la edad en la variabilidad y la plasticidad son fundamentales para una teoría del desarrollo humano y su adaptación (Baltes y Baltes, 2017).

Otro enfoque contemporáneo del desarrollo evolutivo es el propuesto por Urbano y Yuni (2016) que consideran al envejecimiento como un proceso dinámico y multifacético. Según este enfoque, el desarrollo evolutivo ocurre a través de un vector temporal en el que las personas experimentan transformaciones en múltiples dimensiones: biológica, social, psicológica y psíquica. La maduración psicológica en cada etapa del ciclo vital implica una integración continua de estos cambios y una adaptación a nuevas realidades. En lugar de ver el envejecimiento únicamente como un período de pérdida, este enfoque reconoce la capacidad del individuo para reconfigurar su identidad y continuar desarrollando habilidades y capacidades a lo largo de la vida. Destaca la interdependencia entre el crecimiento, la maduración y el desarrollo, sugiriendo que el envejecimiento puede ser una fase de adaptación y crecimiento continuo, en lugar de un simple declive.

Debido al envejecimiento poblacional, se hace cada vez más necesario profundizar en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental de las personas mayores. En este sentido, las QSM se han identificado como un fenómeno relevante que puede influir en el bienestar emocional y cognitivo; y su estudio es fundamental para entender cómo estas quejas pueden estar relacionadas con síntomas depresivos en la vejez

(Montenegro Peña, 2016). La depresión, que afecta a un porcentaje significativo de la población anciana, puede estar interconectada con la percepción que tienen los individuos sobre su memoria, lo que sugiere una relación bidireccional entre ambas variables (Carrillo et al., 2017).

2.2 Queja Subjetiva de Memoria (QSM)

Las QSM refieren a la percepción individual de cambios en la memoria (Montenegro Peña, 2016). Muchas veces se expresan como preocupaciones de la vida diaria que señalan una serie de olvidos frecuentes y pueden o no estar relacionados con una alteración real. Aunque las QSM pueden ocurrir a cualquier edad, su relevancia se destaca en adultos mayores y constituyen un motivo frecuente de consulta (Carrillo et al., 2017). Existe un mayor interés científico en el estudio de las QSM debido a su posible relación con el DCL o demencia en edades avanzadas (Pellicer Porcar et al., 2014). Los olvidos diarios y las QSM pueden interpretarse como los primeros signos de un declive durante el proceso de envejecimiento (Bazán, 2018) y criterio diagnóstico de DCL (Montenegro Peña, 2016). Sin embargo, una dificultad en su estudio radica en que no se limitan necesariamente a personas con DCL, sino que pueden reflejar la percepción de cambios normales por el avance de la edad, como también indicar la presencia de síntomas depresivos (Aceiro y Aschiero, 2019; Antequera et al., 2023).

El envejecimiento genera cambios cognitivos irreversibles que influyen en aspectos psicológicos, sociales, físicos y emocionales, afectando así la calidad de vida del individuo. Estos cambios incluyen una disminución en el rendimiento de los procesos cognitivos, como la memoria a corto plazo y la atención, así como alteraciones en la percepción y sensibilidad. A su vez, la concepción negativa de la vejez puede llevar a la exclusión social, lo que afecta la dimensión psicológica y social del adulto mayor. Las QSM están influenciadas por diversos factores, incluidos los psicológicos, cognitivos y emocionales; y pueden ser un indicador de deterioro cognitivo, así como un reflejo de la calidad de vida y las interacciones sociales del individuo. Diversos estudios han demostrado que la presencia de factores psíquicos protectores se asocia con una menor incidencia de QSM, sugiriendo que un estilo de vida activo y relaciones interpersonales satisfactorias son esenciales para contrarrestar el envejecimiento patológico (García Mejía et al., 2015).

El envejecimiento normal implica un declive gradual en las funciones cognitivas, especialmente en la memoria y la atención. Se debe detectar tempranamente este declive para mitigar su progresión. La expectativa de vida más larga ha transformado la noción de envejecimiento, que está relacionada con cambios naturales influenciados por múltiples factores biopsicosociales. Por lo que se sugiere diferenciar entre el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo leve. A pesar de que ciertas habilidades cognitivas disminuyen con la edad, otras se mantienen o incluso mejoran. En el envejecimiento normal, la memoria y la atención son particularmente afectadas, con dificultades en el almacenamiento y procesamiento de información, así como en la capacidad para seleccionar estímulos relevantes (Villavicencio et al, 2020)

En la población adulta mayor, el rendimiento cognitivo está influenciado por diversos factores, como la institucionalización, el envejecimiento cerebral y la salud general. Los adultos mayores que viven en instituciones tienden a presentar un mayor grado de dependencia y un rendimiento cognitivo inferior en comparación con aquellos no institucionalizados. Aunque se observa un declive gradual en funciones como la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, habilidades como el vocabulario y la memoria implícita pueden mantenerse o incluso mejorar con la edad. La estimulación cognitiva es clave para mitigar este deterioro, ya que la educación y las actividades cognitivamente desafiantes pueden ayudar a preservar la función cognitiva en la vejez. Otros factores, como la salud, la autonomía física y la interacción social, también influyen en la adaptación a la vida institucional (Villalobos, 2021).

La relación entre las QSM y el rendimiento cognitivo en tareas de memoria no siempre es clara, ya que factores como trastornos del estado de ánimo o falta de estímulos ambientales pueden influir en los resultados de las pruebas. Se identifican tres procesos clave en la adaptación cognitiva: selección, optimización y compensación, que permiten a los individuos enfrentar la pérdida de recursos cognitivos con el paso de los años (Baltes y Baltes, 2017). La evaluación dinámica de la plasticidad cognitiva y el potencial de aprendizaje en adultos mayores revela un puntaje de ganancia que refleja su capacidad para aprender y adaptarse. Se ha comprobado que, con la edad, los adultos mayores muestran un deterioro en la amplitud del vocabulario y en las tareas visuales de memoria y reconocimiento. El nivel educativo alcanzado por los sujetos juega un papel importante en el rendimiento de la memoria, pero los mecanismos precisos de cómo la educación afecta la función cognitiva no están completamente comprendidos. Se ha observado que las personas con educación más alta tienden a utilizar circuitos neuronales alternativos

para compensar la disminución de la eficiencia en las áreas cerebrales comúnmente implicadas en los procesos cognitivos, mientras que aquellos con educación más baja muestran mayores desventajas en el rendimiento cognitivo (Rébolo, 2020).

La creciente población de adultos mayores ha generado preocupación por la incidencia de enfermedades como la demencia y la depresión, que afectan significativamente la salud y el bienestar de esta población. La depresión en los adultos mayores se relaciona con el deterioro cognitivo, lo que puede resultar en una disminución de la calidad de vida. La depresión puede ser tanto un factor de riesgo para el deterioro cognitivo como una consecuencia de sus efectos negativos en la cognición. La interrelación entre la depresión y el deterioro cognitivo ha sido estudiada desde diversas perspectivas, sugiriendo que el tratamiento exitoso de la depresión puede mejorar las funciones cognitivas (Rodríguez-Vargas et al., 2021).

Las QSM pueden estar vinculadas a estados de malestar psicológico, depresión, ansiedad, falta de apoyo social, percepción desfavorable del envejecimiento y una mayor conciencia del déficit. De esta manera, la percepción de memoria se podría ver distorsionada por los afectos negativos que tiene cada individuo y no por un deterioro cognitivo real (Mías, 2015). También se asocia a factores sociodemográficos: en particular, la edad avanzada, el género femenino y un bajo nivel educativo. A su vez, el estado de ánimo bajo y las múltiples quejas a menudo se asocian con una disminución general del bienestar. Además, se comprobó que los estilos atribucionales de las personas deprimidas influyen en cómo interpretan sus problemas de memoria (Montejo et al., 2013).

Una investigación sobre las QSM destaca la relación entre estas quejas y el riesgo psíquico de envejecimiento patológico en adultos mayores. Este estudio subraya que las QSM no ocurren en un vacío psicológico, sino que están influenciadas por una variedad de factores, incluidos los psicológicos, cognitivos y emocionales. Se evidencia que las QSM pueden ser tanto un indicador de deterioro cognitivo, como un reflejo de la calidad de vida diaria y las interacciones sociales del individuo. Además, se encontró que la presencia de factores psíquicos protectores se asocia con una menor incidencia de QSM, lo que sugiere que el mantenimiento de una vida flexible y con autocuestionamientos es fundamental para contrarrestar el envejecimiento patológico. Este enfoque resalta la importancia de considerar no solo la reserva cognitiva, sino también la complejidad de factores que interactúan para determinar la experiencia de las QSM en la población mayor (Di Renzo, 2021).

El debate sobre el significado de las QSM no está finalizado. Algunas investigaciones sugieren que se relacionan con un bajo rendimiento cognitivo y mayor riesgo de DCL o demencia en el futuro, mientras que otros estudios indican una asociación con el estado de ánimo alterado, vinculando las QSM con síntomas de ansiedad y depresión (Carrillo et al., 2017). Las QSM no siempre se corresponden con su rendimiento cognitivo real. Ciertos rasgos de personalidad, funcionamiento cognitivo y estado emocional podrían contribuir a una percepción exagerada de los fallos de memoria (Pellicer Porcar et al., 2014). Sin embargo, los individuos que presentan quejas cognitivas tienen un menor rendimiento y una mayor sintomatología de tipo prefrontal como alteraciones en el procesamiento, atención, memoria, inhibición y abstracción, lo que los hace más propensos al incremento del estrés percibido y a dichos déficits (De León et al., 2014).

Un estudio realizado con una muestra de 8.845 personas de 15-98 años encontró que las QSM van aumentando significativamente con la edad. A su vez, el nivel educativo y el bajo estrato social también se asocian con un alto nivel de queja (Montejo et al., 2019). De la misma manera, otra investigación encontró relación entre las QSM, las mujeres y la edad. Sin embargo, resaltan que el estado emocional negativo puede incidir en la propensión a desarrollar QSM a corta edad (Zapater Fajarí, M. et al., 2022). Otros investigadores no encontraron diferencias de grupo en las QSM y la edad o sexo (Garrido-Chaves et al., 2021; Pereira et al., 2018; Rowell et al., 2016).

Identificar los tipos específicos de olvidos y la dinámica de la depresión en los adultos mayores posibilita la comprensión de las QSM, su asociación con los cambios cognitivos y con síntomas depresivos (Bazán, 2018). En relación con las variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el nivel educativo, los hallazgos de las investigaciones no son concluyentes ni consistentes. En muchos casos, las hipótesis parecen estar más enfocadas en variables cognitivas y comportamentales, lo que refleja una limitada atención a las variables sociodemográficas. Aunque algunos estudios presentaron resultados sobre estas variables, las diferencias encontradas fueron mínimas o no significativas, lo que plantea interrogantes sobre su relevancia en la génesis de las QSM. Además, la variabilidad en los métodos de investigación ha generado diferencias en los datos, lo que dificulta aún más la comprensión de su impacto (Urrego Restrepo, 2023).

2.3 Depresión en los Adultos Mayores

En los adultos mayores, las pérdidas físicas, económicas y psicosociales, junto con los cambios propios del envejecimiento, aumentan el riesgo de depresión. La depresión geriátrica impacta en la salud y el bienestar. Está asociada con una reducción en la expectativa de vida, así como con un impacto negativo en el funcionamiento físico y social, y un mayor riesgo de auto abandono. Se destaca la importancia de considerar factores sociodemográficos, como el género y la actividad laboral, en su aparición (Calderón, 2018; Tartaglino et al, 2017).

La depresión se manifiesta con síntomas como tristeza, llanto, aislamiento, trastornos del sueño y pensamientos suicidas. Es considerado como uno de los síndromes geriátricos más prevalentes, convirtiéndose en un gran problema en la salud pública. El subdiagnóstico y el retraso en el tratamiento son comunes en la atención primaria, lo que complicaría la evolución de otros procesos orgánicos en los adultos mayores. El uso de escalas de tamizaje como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage ayuda en la identificación temprana de trastornos depresivos en este grupo de población. La detección temprana ayuda a reducir el riesgo, ya que se ha observado que las personas mayores deprimidas tienen mayor vulnerabilidad a enfermedades y mortalidad en comparación con los no deprimidos. Comprender las características clínicas específicas de los trastornos depresivos en adultos mayores facilita un diagnóstico preciso y ofrece un tratamiento adecuado (Ruvalcaba Ledezma, 2019).

Aunque hay una variedad de herramientas disponibles para evaluar la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), desarrollada por Yesavage, ha sido ampliamente validada y aplicada en la población de adultos mayores. La versión completa es un cuestionario breve que consta de 30 ítems, donde los participantes responden con "sí" o "no" sobre sus sentimientos en la última semana. En 1986, se introdujo una versión abreviada que incluye 15 preguntas, seleccionadas de la versión larga basándose en su correlación con síntomas depresivos, como se evidenció en estudios de validación. De los 15 ítems, 10 indican la presencia de depresión si se responden afirmativamente, mientras que las preguntas 1, 5, 7, 11 y 13 indican depresión si se contestan negativamente. Los puntajes se interpretan de la siguiente manera: un rango de 0 a 4 se considera normal, 5 a 8 sugiere depresión leve, 9 a 11 indica depresión moderada y 12 a 15 señala depresión severa. La versión corta del cuestionario es más accesible para pacientes que padecen condiciones físicas o aquellos con demencia leve a moderada, quienes pueden tener

dificultades para mantener la concentración o se fatigan rápidamente. Este cuestionario se puede completar en aproximadamente 5 a 7 minutos (Tartaglini et al., 2021).

El Trastorno Depresivo Mayor según el DSM-5, se caracteriza por un episodio persistente de estado de ánimo deprimido o pérdida de interés en casi todas las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de síntomas como fatiga, alteraciones del sueño, cambios en el apetito y sentimientos de inutilidad o desesperanza (American Psychiatric Association, 2013). Sin embargo, ciertos síntomas depresivos reactivos en adultos mayores se consideran una respuesta emocional normal y esperada ante la pérdida de seres queridos, u otras crisis propias de esta etapa. El duelo no solo se manifiesta a través de la tristeza, sino que implica una serie de reacciones emocionales que pueden incluir ansiedad y desasosiego. Esta experiencia puede variar considerablemente entre individuos, dependiendo de factores personales y contextuales. A pesar de su naturaleza dolorosa, el duelo normal permite a los adultos mayores enfrentar y adaptarse a las pérdidas, contribuyendo a su crecimiento personal y resiliencia. De todas formas, este proceso no debe comprometer su estabilidad emocional, ya que una respuesta inadecuada puede llevar a complicaciones como el duelo complicado, que requiere atención profesional. Por lo tanto, el duelo debe ser visto como una parte integral de la vida en la vejez, donde el apoyo social y emocional puede facilitar la adaptación a la nueva realidad (Escudero Rosero, 2023).

La prevalencia de depresión tiene mayor incidencia en mujeres, viudos o solteros, y personas con menor nivel educativo y dependencia económica. Los factores de riesgo identificados son las crisis económicas, las enfermedades crónicas recientes y las lesiones graves. La depresión es altamente prevalente en adultos mayores y se manifiesta a través de síntomas psicológicos y cognitivos, pero a menudo se diagnostica erróneamente como otras enfermedades comunes en esta población, como hipotiroidismo, infarto de miocardio, diabetes, enfermedad de Alzheimer y deficiencias nutricionales (Salazar et al., 2023). A su vez, los estereotipos negativos hacia las personas mayores pueden contribuir a la depresión. Estos estereotipos, que exageran ciertas características y minimizan las positivas, pueden generar una percepción distorsionada de la vejez que afecta la autoimagen de los adultos mayores. La internalización de estos estereotipos puede llevar a las personas mayores a verse como una carga para la sociedad, lo que intensifica los síntomas depresivos y el aislamiento social. Estos procesos de auto estigmatización pueden resultar en una mayor sintomatología psicológica y menores niveles de bienestar (Barranquero y Ausín, 2019).

Los factores protectores son el apoyo social y familiar. La participación en actividades sociales y comunitarias se ha identificado como una estrategia importante para prevenir, reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida. La detección temprana en el nivel de atención primaria, seguida de una derivación adecuada a profesionales de salud mental permitiría tener un diagnóstico preciso (Calderón, 2018).

La participación en actividades desempeña un papel importante en la comprensión de la depresión en la población mayor. Las actividades diarias se consideran un factor mediador o precursor de la presentación de síntomas depresivos en la edad tardía según diversos modelos conductuales. La depresión puede originarse a partir de la falta de refuerzos positivos, acompañada de eventos adversos o estresantes que interrumpen las rutinas diarias. La persona y sus actividades se convierten en la interfaz entre los factores de riesgo y la manifestación de síntomas depresivos y ansiosos. Cuando el adulto mayor se enfrenta a factores de riesgo, como la viudez o jubilación, los patrones de participación se modifican, generando cambios conductuales como la auto marginación y una menor sensación de eficacia. Esta dinámica puede contribuir a la manifestación de síntomas depresivos como una respuesta adaptativa al estrés. La relación entre síntomas depresivos y el desempeño en actividades de la vida diaria es recíproca, creando un ciclo que perpetúa tanto la depresión como el deterioro funcional. Se deben considerar estos factores al abordar la depresión en adultos mayores, ya que la pérdida de funcionalidad y la dependencia pueden llevar a peores resultados en su tratamiento. En este contexto, la necesidad de incorporar estrategias no farmacológicas y contextualizadas se vuelve evidente, priorizando la funcionalidad y participación en actividades como indicadores de efectividad en el tratamiento (Aravena, 2023).

2.4 Queja Subjetiva de Memoria y Depresión en Adultos Mayores

Las QSM pueden ser un indicador de síntomas depresivos y también ofrecen información de la personalidad y sus características. Se ha encontrado una relación significativa entre estas quejas y el rasgo de personalidad neuroticismo, así como una baja percepción de autoeficacia. Además, se ha observado que la disfunción prefrontal está relacionada con las QSM. En un estudio realizado los participantes atribuyeron sus fallas a tensiones y problemas emocionales, falta de interés y de atención. Otros hallazgos sugieren que la interacción de ciertas variables de personalidad podría explicar una parte significativa de las variaciones en las QSM, destacando la importancia de considerar

factores psicológicos en la comprensión de este fenómeno. Como ya se mencionó, las QSM se reconocen como un factor de riesgo potencial para el DCL. Se consideran un signo de cambios como dificultades reales de memoria, ansiedad y otros trastornos, en los cuales la depresión puede tener un papel central. Sin embargo, la depresión suele predisponer a algunas personas a quejarse de su salud, sin que estas quejas estén relacionadas con la dolencia subyacente (Montenegro Peña, 2016).

Los factores emocionales pueden llevar a las personas a reportar más problemas de memoria de los que efectivamente experimentan. En cuanto a la depresión, la explicación de esta relación radicaría en que las personas con un estado de ánimo deprimido tienden a expresar múltiples quejas, incluidas las relacionadas con la memoria. Algunos investigadores sugieren que las QSM pueden reflejar un sentimiento general de disminución del bienestar. Además, se ha señalado que el estilo atributivo de los individuos con depresión los lleva a devaluar su memoria y exagerar sus olvidos menores. A su vez, la falta de atención y concentración junto con la disminución de la motivación y autoestima son componentes característicos de la depresión y están relacionados con las quejas de memoria (Montejo et al., 2013).

La creciente población de personas mayores a nivel global ha producido preocupación por la prevalencia de demencia y depresión, que impactan significativamente su salud y bienestar. Se ha observado que la depresión puede ser tanto un factor de riesgo como consecuencia del DCL. Además, se ha demostrado que la depresión afecta negativamente el funcionamiento cognitivo en los adultos mayores (Rodríguez Vargas et al., 2021).

En distintos estudios longitudinales con más de 26.000 participantes se encontró que la prevalencia de las QSM aumentó con la edad. Sin embargo, se identificaron efectos no lineales significativos, indicando que las prevalencias más altas se encontraban en los adultos jóvenes. Al mismo tiempo, el sexo femenino, el bajo nivel educativo, la depresión, la ansiedad y las limitaciones funcionales están significativamente asociados con un mayor nivel de queja (Begum et al., 2014). Otros análisis mencionaron que no hay correlación entre los factores sociodemográficos y que las QSM no deben verse ligadas a indicadores depresivos sino a un signo temprano de demencia (Montenegro Peña, 2016).

Por lo tanto, la finalidad de este estudio fue relacionar las QSM y los indicadores de depresión, como también cómo los factores sociodemográficos (edad, sexo y nivel educativo) inciden en esta relación.

III. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 Definición del Problema

A nivel mundial, las sociedades transitan un proceso de envejecimiento demográfico. En Argentina, la proporción de personas mayores se encuentra en aumento. En la CABA y el GBA, se ha identificado un interés por comprender la relación entre la QSM y los indicadores de depresión en adultos mayores. Las investigaciones previas demuestran una posible conexión entre la QSM y la depresión, pero existe una falta de estudios específicos que aborden esta relación y que tomen en cuenta variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el nivel educativo (Bazán, 2018; Mías et al., 2015). Los adultos mayores con frecuencia reportan problemas de memoria que no siempre se relacionan con un deterioro cognitivo objetivo pero que pueden estar asociados con indicadores de depresión. Sin embargo, esta relación no ha sido totalmente esclarecida, especialmente en el contexto de CABA y GBA. La carencia de estudios focalizados en esta región considerando estas variables sociodemográficas limita nuestra comprensión y la capacidad para desarrollar estrategias de intervenciones y tratamientos adecuados a nivel local. La falta de este conocimiento dificulta la implementación de estrategias de salud mental y cognitiva efectivas y adaptadas a las necesidades específicas de los adultos mayores, para mejorar la calidad de vida de esta población promoviendo el envejecimiento exitoso.

Las preguntas de investigación que guiaron el estudio fueron: ¿Cuál es el porcentaje y el nivel de QSM y síntomas depresivos en personas mayores? ¿Cómo varía la QSM y los indicadores de depresión con la edad y el nivel educativo según el sexo? ¿Qué relación existe entre las QSM y los indicadores de depresión junto con el rendimiento según el sexo?

3.2 Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación entre la QSM y los síntomas de depresión en personas mayores de CABA y GBA, considerando la edad, el sexo y el nivel educativo, y las pruebas de screening cognitivo.

Objetivos específicos

1. Evaluar la presencia y describir el nivel de QSM y los síntomas de depresión en personas mayores.
2. Relacionar la QSM y los síntomas de depresión con la edad y el nivel educativo, y comparar según el sexo.
3. Relacionar la QSM y síntomas de depresión con el rendimiento cognitivo, según el sexo.

3.3 Hipótesis

A medida que aumenta la QSM, mayor es la presencia de síntomas depresivos. La QSM y los síntomas depresivos difieren según características sociodemográficas, y se espera que las personas con mayor edad y con menor nivel educativo presenten mayor QSM y síntomas depresivos, en comparación con las personas de menor edad y con mayor nivel educativo.

Hipótesis derivadas

H1: Las personas con mayor edad presentan mayor QSM.

H2: Las personas con bajo nivel educativo presentan mayor QSM.

H3: En las mujeres, a más bajo nivel educativo, mayor presencia de QSM.

H4: Las personas con bajo nivel educativo presentan más síntomas depresivos. En las mujeres, a más bajo nivel educativo, mayor presencia de síntomas depresivos.

H5: A mayor QSM, mayor presencia de síntomas depresivos.

IV. MÉTODO

4.1 Diseño de la Investigación

El presente estudio tuvo un diseño empírico, con enfoque cuantitativo, no experimental, de corte transversal y con alcance descriptivo-correlacional.

4.2 Participantes

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, reclutando a los participantes por “bola de nieve”. La participación de las personas mayores fue de manera presencial (encuentros de 1 hora, aproximadamente) y voluntaria, sin recibir compensación. Los integrantes otorgaron su consentimiento informado antes de iniciar el estudio. Se protegió la identidad del entrevistado y se aseguró la confidencialidad de sus datos personales.

La muestra seleccionada estuvo conformada por 31 adultos de 60 años o más ($M=71,16$; $DE=7,390$) de ambos sexos, cognitivamente sanos, de población general, residentes en CABA y GBA. El mínimo de edad fue de 60 años y el máximo de 90 años. La media de años de escolarización de los participantes fue de 12,97 años ($DE=3,516$), con un mínimo de 7 y un máximo de 17 años. El 64,52 % ($n=20$) de esta muestra está compuesta por personas del género masculino mientras que el 35,48 % ($n=11$) se compone por personas del género femenino. El 90,3% ($n=28$) se encontró jubilados, mientras que el 9,7% ($n=3$) no. Respecto al estado civil, un 45,2% ($n=14$) se encontró casado, un 29% ($n=9$) viudo, el 9,7% ($n=3$) se encontró soltero, un 9,7% ($n=3$) divorciado y un 6,5% ($n=2$) se encuentra separado. En cuanto a antecedentes familiares, un 29% ($n=9$) refirió la presencia de algún trastorno neurológico y un 19,4% ($n=6$) la presencia de algún trastorno psiquiátrico. De la totalidad de la muestra un 87,1% tomó medicamentos. En la Tabla 1 se presenta la descripción de la muestra evaluada.

Tabla 1

Datos sociodemográficos y descripción de la muestra

	Muestra total (n=31)	Frecuencias n (%)
Sexo	Femenino	11 (35,5%)
	Masculino	20 (64,5%)
Nacionalidad	Argentino	27 (87,1%)
	Otro	4 (12,9%)
Estado Civil	Soltero	3 (9,7%)
	Casado	14 (45,2%)
	Separado	2 (6,5%)
	Divorciado	3 (9,7%)
	Viudo	9 (29%)
Jubilado	Si	28 (90,3%)
	No	3 (9,7%)
Antecedentes Familiares Neurológicos	Si	9 (29%)
	No	22 (71%)
Antecedentes Familiares Psiquiátricos	Si	6 (19,4%)
	No	25 (80,6%)
Toma Medicamentos	Si	27 (87,1%)
	No	4 (12,9%)

Se consideraron como criterios de inclusión (ver Tabla 2):

- A) Ausencia de antecedentes de enfermedades neurológicas.
- B) Ausencia de trastornos cognitivos establecidos mediante screening de funciones cognitivas.

Tabla 2

Valores descriptivos de los resultados obtenidos del MMSE, TRO y Fluencia Verbal

		Mínimo	Máximo	Media	Desvío Estándar
MMSE		25	30	28,35	1,68
TRO		7	10	9,41	,80
Fluencia verbal	Fonológica	7	24	15,13	4,39
	Semántica	8	24	16,45	4,02

4.3 Instrumentos de Recolección de Datos

Para evaluar las variables de estudio y los criterios de inclusión/exclusión ya mencionados se utilizaron los siguientes instrumentos en orden y de forma individual:

4.3.1 Anamnesis, Cuestionario de datos sociodemográficos y antecedentes médicos y psiquiátricos

Se formularon preguntas básicas al evaluado, abordando aspectos como su edad, estado civil, nivel educativo en años, profesión/ocupación, entre otros. Además, se empleó la Batería Neuropsicológica Set de Datos Uniformes (UDS), en su versión adaptada por Porto et al. (2018), con el propósito de obtener la máxima información disponible acerca del estado de salud del participante, así como antecedentes médicos, psiquiátricos y familiares (ver Apéndice II).

4.3.2 MMSE - Mini Mental State Examination

Este instrumento, utilizado para la evaluación del estado mental, se emplea en la fase inicial de rastreo y en la detección temprana del deterioro cognitivo, permitiendo la evaluación rápida y estandarizada de las alteraciones (Butman et al., 2001). Con un punto de corte establecido en 24/30, se registra una sensibilidad del 89,8% y una especificidad del 75,1%. La versión local adaptada incluye puntajes de corte y baremos estratificados según la edad y el nivel educativo de los participantes. La prueba comprende una serie de preguntas y tareas que abarcan diversas áreas cognitivas. Se estima que su administración dura entre 5 y 10 minutos. El instrumento se encuentra en el Apéndice IV.

4.3.3 TRO - Test del Reloj

La evaluación implica realizar un dibujo de un reloj que incluya todos los números, además de posicionar las agujas en una hora específica. Esta prueba se muestra sensible para la detección de DCL y Alzheimer (Cacho et al., 1999). El puntaje óptimo para diagnosticar demencia leve fue establecido en ≤ 6 puntos, demostrando una sensibilidad del 84% y una especificidad del 92,5%.

4.3.4 Fluencia verbal

Esta prueba de evocación categorial (ya sea fonológica o semántica) es sensible a la detección de alteraciones cognitivas y procesos demenciales (Butman et al., 2000). En términos de capacidad discriminativa, con un umbral de puntuación inferior a 10, el instrumento presenta una sensibilidad del 90% y una especificidad del 94%, con un valor predictivo negativo del 94% y un valor predictivo positivo del 90%. La prueba implica solicitar al individuo que genere tantas palabras como sea posible dentro de una categoría específica en un tiempo limitado de 1 minuto.

Para evaluar las variables del estudio, se utilizó el cuestionario de QSM y el de depresión (GDS) anteriormente desarrollado.

4.3.5 GDS - Escala geriátrica de depresión de Yessavage

Esta escala se emplea para evaluar la sintomatología depresiva en adultos mayores (Tartaglino et al., 2017). Los participantes deben responder afirmativa o negativamente a 15 ítems relacionados con sus sentimientos durante la última semana (ver Apéndice V). Puntuaciones inferiores a 4 indican ausencia de depresión, entre 4 y 6 puntos señalan depresión leve, mientras que puntajes superiores a siete denotan depresión establecida. En la versión adaptada al español, se ha informado una confiabilidad intraobservador e interobservador de $k = .95$ ($p < .001$) y $k = .65$ ($p < .001$), respectivamente. El puntaje de corte más eficaz en términos de sensibilidad/especificidad ha sido ≥ 6 , con un área bajo la curva de .835 (IC: .78-.89), logrando una sensibilidad y especificidad del 81.1% y 76.7%, respectivamente.

4.3.6 Cuestionario de Quejas Subjetivas de Memoria

La evaluación consta de un formulario de autoinforme compuesto por 20 ítems que describen diversos tipos de olvidos comunes en adultos mayores (ver Apéndice 7). Estos olvidos son evaluados a través de una escala en la que los participantes deben indicar su frecuencia durante el último mes. A mayor puntuación, se refleja una mayor

frecuencia de olvidos. El puntaje final se calcula sumando todas las respuestas y dividiéndolo por 20. Este proceso genera un número entre 1 y 10, que representa la frecuencia media de los olvidos o las quejas subjetivas. Se consideran quejas de frecuencia considerable y en aumento cuando la puntuación supera los 5 puntos. La versión utilizada en este estudio fue adaptada por Mías (2007). Se estableció el coeficiente de confiabilidad (Alfa de Cronbach) para esta evaluación, obteniendo un valor de 0,95, indicativo de una confiabilidad muy alta.

4.4 Procedimiento

Para cumplir con los objetivos propuestos se llevaron a cabo encuentros individuales con cada adulto mayor de manera presencial de aproximadamente 1 hora, en la cual se administró el protocolo correspondiente. Previo a su administración, se les solicitó un consentimiento informado en el que figuraban los objetivos del estudio, los responsables y los beneficios y/o riesgos de la participación.

La estrategia de muestreo seleccionada fue el método de bola de nieve, mediante el cual se consultó a los individuos si conocían a otras personas que cumplieran con los criterios establecidos, y así sucesivamente (Sampieri et al., 2014). Se llevó a cabo la aplicación presencial de un protocolo que comprendió todas las escalas mencionadas anteriormente. Estas se aplicaron en el siguiente orden: anamnesis y cuestionario de datos sociodemográficos y antecedentes médicos y psiquiátricos, MMSE, TRO, TFV, GDS y, finalmente el Cuestionario de QSM.

4.5 Análisis de Datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS. Se calcularon los puntajes de cada escala y luego se cargó la información obtenida y relevada en papel, a la base de datos. Se utilizó estadística descriptiva, incluyendo porcentajes, frecuencias, mínimos/máximos, medias y desvíos estándar, para describir las características de la muestra y de las variables de interés (QSM y depresión, Objetivo 1). Para el Objetivo 2, que buscó relacionar QSM y depresión con la edad y nivel educativo y explorar diferencias según el sexo, se utilizó el Coeficiente de correlación de Spearman. Por último, para el Objetivo 3, se realizó un análisis de correlación con el estadístico de Spearman.

V. RESULTADOS

5.1 Descripción de niveles de QSM y Depresión

Para responder al primer objetivo, se calcularon las frecuencias, porcentajes, la media y el desvío estándar con el fin de describir la distribución de las variables de QSM y Depresión en adultos mayores del AMBA (ver Tabla 3).

Tabla 3

Análisis descriptivo de QSM y Depresión

Variables	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
QSM	31	3,01	1,21
Depresión	31	3,13	3,23

En cuanto a los niveles de QSM (Baja, Media, Alta), se encontró que solo el 25,8% de los participantes presentan un nivel alto, lo que sugiere una baja prevalencia de quejas en la muestra. Sin embargo, el 45,2% tiene un nivel de QSM media. Por otro lado, al considerar la clasificación según síntomas depresivos (Ausencia, Leve, Establecida), el 9,7% de los participantes presenta síntomas de depresión, mientras que el 64,5% no presenta depresión, indicando un perfil de salud mental favorable en la población analizada (ver Tabla 4).

Tabla 4

Descripción de la Muestra según Niveles de QSM y Depresión

	Niveles	N	Porcentaje	Porcentaje acumulado
QSM	Baja	9	29,0	29,0
	Media	14	45,2	74,2
	Alta	8	25,8	100,0
	Total	31	100,0	
Depresión	Ausencia	20	64,5	64,5
	Leve	8	25,8	90,3
	Establecida	3	9,7	100,0
	Total	31	100,0	

5.2 Relación entre QSM y Depresión según Factores Sociodemográficos

Para abordar el segundo objetivo, se llevaron a cabo análisis de correlación utilizando ρ de Spearman para evaluar las relaciones entre los niveles de QSM y depresión junto con los factores sociodemográficos (edad y nivel educativo). Luego, se replicó el mismo análisis, pero diferenciando según el sexo (masculino, femenino).

Los resultados mostraron que, a mayor escolaridad, los participantes presentaron menores niveles de QSM, con una correlación negativa moderada y significativa ($\rho = -0,404$; $p = 0,024$). Esto sugiere que la educación puede actuar como un factor protector frente a las QSM. Se realizó un análisis de correlación para evaluar la relación entre las QSM y la depresión, controlando por la edad. Los resultados indicaron una correlación positiva moderada, significativa entre ambas variables ($\rho = 0,43$; $p = 0,017$). Esto sugiere que mayores niveles de QSM se relacionan con mayores niveles de depresión, independientemente de la edad (ver Tabla 5).

Tabla 5

QSM y Depresión según edad en adultos mayores

Variables de control			Nivel de QSM	Nivel de Depresión
Edad	Nivel de QSM	Corr. Spearman	1,000	,433
		Sig. (bilat.)		,017*
Edad	Nivel de Depresión	Corr. Spearman	,433	1,000
		Sig. (bilat.)	,017*	

Nota: p valor, <0.05*, <0.01**

En cuanto al análisis por sexo, se realizó un análisis de correlación para evaluar la relación entre las QSM y la depresión, controlando por edad. Los resultados mostraron que las mujeres, presentaron una correlación positiva fuerte y estadísticamente significativa entre ambas variables ($\rho = 0,774$; $p = 0,009$). Esto indica que, los niveles más altos de QSM se relacionan con niveles más altos de depresión (ver Tabla 6).

Tabla 6

QSM y Depresión por sexo según edad y años de escolaridad en adultos mayores

Sexo	Variables de control		QSM	Depresión	Escolaridad	
F	Edad	QMS	Corr. Spearman	1,000	,774	-,538
			Sig. (bilat.)		,009**	,108
	Depresión	QMS	Corr. Spearman	,774	1,000	-,592
			Sig. (bilat.)	,009**		,071
	Escolaridad	QMS	Corr. Spearman	-,538	-,592	1,000
			Sig. (bilat.)	,108	,071	
M	Edad	QSM	Corr. Spearman	1,000	0,90	-,433
			Sig. (bilat.)		,714	0,64
	Depresión	QSM	Corr. Spearman	0,90	1,000	-,291
			Sig. (bilat.)	,714		,227
	Escolaridad	QSM	Corr. Spearman	-,433	-,291	1,000
			Sig. (bilat.)	0,64	,227	

Nota: p valor, <0.05*, <0.01**

5.3 Relación entre QSM , Depresión y Rendimiento Cognitivo, según el sexo

Para el tercer objetivo, se llevó a cabo un análisis de correlación entre QSM y depresión en adultos mayores, utilizando ρ de Spearman para evaluar la fuerza y dirección de esta relación. Luego, se utilizó este mismo estadístico segmentando a la muestra en sexo masculino y femenino.

En el análisis general, no se encontró una correlación significativa entre las QSM y la depresión en la población analizada. Sin embargo, como se mencionó en el apartado anterior, al desglosar los resultados por sexo, se encontró que, en el sexo femenino (F), existe una correlación fuerte entre mayores niveles de depresión y QSM, indicando que a medida que aumentan las QSM, también tienden a aumentar los síntomas depresivos en

las mujeres. En cuanto a la relación con el rendimiento cognitivo, se observó que a mayor nivel de QSM, el rendimiento cognitivo tiende a ser peor, como se refleja en el Test del Reloj, donde se encontró una correlación negativa, fuerte y estadísticamente significativa ($\rho = -0,689$; $p = 0,019$).

Por otro lado, en el sexo masculino (M), no se encontró una relación significativa entre las QSM y la depresión. Sin embargo, se observó que, a mayor nivel de quejas, el rendimiento cognitivo, medido a través del MMSE, presenta una correlación moderada ($\rho = -0,477$; $p = 0,033$). Esto sugiere que, aunque no hay relación con la depresión, un aumento en las quejas subjetivas de memoria está asociado con un peor rendimiento cognitivo en los hombres (ver Tabla 7).

En general, estos hallazgos subrayan la importancia de abordar las QSM tanto en el contexto de la salud mental como en el rendimiento cognitivo de los adultos mayores.

Tabla 7

Relación entre QSM, Depresión, y pruebas de screening cognitivo

Sexo			Depresión	MMSE	Fluencia fonológica	Fluencia semántica	Test del Reloj
F	QMS	Corr. Spearman	,464	-,060	,102	,134	-,689
		Sig. (bilat.)	,150	,860	,766	,695	,019*
M	QSM	Corr. Spearman	-0,17	-,477	-,034	-,190	-,148
		Sig. (bilat.)	,944	,033*	,888	,422	,533

Nota: p valor, <0.05*, <0.01**

VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1 Discusión

Con respecto al primer objetivo del estudio, que buscaba evaluar la presencia y describir el nivel de QSM y síntomas de depresión en personas mayores, los resultados muestran que en la población analizada. Aunque se encontró que el 45,2% de los

participantes presentan un nivel de queja media, un 64,5% de la muestra no presenta síntomas de depresión, lo que indica un perfil de salud favorable en esta población. Esto sugiere que, a pesar de la presencia moderada de QSM, la mayoría de los adultos mayores no experimentan niveles altos de depresión, lo que se alinea con investigaciones que destacan la importancia de un entorno social y emocional positivo en el envejecimiento (Carrillo et al., 2017; Montenegro Peña, 2016). Sin embargo, se evidencia una relación entre las QSM y la depresión, indicando que a medida que aumentan la percepción de fallas en la memoria (QSM), también tienden a incrementarse los niveles de síntomas de depresión. Este resultado corrobora que las QSM pueden actuar como un indicador temprano de malestar emocional, señalando la importancia de su evaluación clínica.

En relación con el segundo objetivo, que se centró en relacionar los niveles de QSM y depresión con la edad y el nivel educativo, y comparar según el sexo, se observó que, a mayor escolaridad, los participantes presentaban menores niveles de QSM, con una correlación significativa. Este hallazgo sugiere que la educación actúa como un factor protector frente a las QSM, corroborando la hipótesis de que una mayor formación académica puede contribuir a una mejor percepción de las capacidades cognitivas en la vejez (García Mejía et al., 2023). Además, la correlación moderada entre años de escolaridad y depresión indica que a medida que aumenta el nivel educativo, los síntomas depresivos tienden a disminuir, reforzando la idea de que la educación es un elemento clave en la salud mental de los adultos mayores.

Por otro lado, el análisis reveló que no existían diferencias significativas en los niveles de QSM en función de la edad, lo que sugiere que estas quejas son comunes entre los adultos mayores, independientemente de esta variable demográfica (Garrido-Chaves et al., 2021; Pereira et al., 2018; Rowell et al., 2016). Sin embargo, en las mujeres se identificó una correlación fuerte entre los síntomas depresivos y el nivel de escolaridad, lo que sugiere que las mujeres con bajos estudios en esta muestra tienden a experimentar niveles más altos de depresión, lo que es consistente con otros estudios que han encontrado patrones similares (Rodríguez-Vargas et al., 2021). Además, cuando se analizó la relación entre las QSM y los síntomas de depresión en las mujeres, los resultados evidenciaron que a mayores QSM presentan niveles significativamente más altos de depresión. Este hallazgo evidencia la vulnerabilidad específica de este grupo y la necesidad de considerar intervenciones focalizadas en la salud mental de las mujeres.

Al abordar el tercer objetivo, que buscaba analizar la relación entre QSM y depresión junto con el rendimiento cognitivo según el sexo, se encontró que en el sexo femenino existe una fuerte correlación, sugiriendo que a medida que aumentan las QSM, también se incrementan los síntomas depresivos. Además, se observó que a mayor nivel de QSM, el rendimiento cognitivo tiende a ser peor, como se refleja en el Test del Reloj, donde se encontró una correlación fuerte. Este resultado resalta la interrelación entre la salud mental y las quejas cognitivas en el sexo femenino, enfatizando la necesidad de enfoques clínicos integrales que aborden tanto la depresión como las QSM (Bazán, 2018). Por otro lado, en el sexo masculino, aunque no se encontró una relación significativa entre QSM y depresión, se observó una correlación moderada entre el nivel de quejas y el rendimiento cognitivo, medido a través del MMSE, con un coeficiente de $r = 0.45$. Esto sugiere que, aunque las QSM no están directamente relacionadas con la depresión en el sexo masculino, sí están asociadas con un peor rendimiento cognitivo, lo que implica que las preocupaciones sobre la memoria pueden tener un impacto negativo en la función cognitiva.

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar las QSM tanto en el contexto de la salud mental como en el rendimiento cognitivo de los adultos mayores. En particular, la relación entre QSM y depresión en las mujeres subraya la necesidad de intervenciones específicas orientadas a este grupo.

La identificación temprana de QSM y su relación con la depresión puede contribuir a la implementación de intervenciones que mejoren la calidad de vida y el bienestar emocional en esta población.

6.2 Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación

Es importante tener en cuenta las limitaciones de la investigación, así como recomendaciones para estudios futuros. En cuanto al primer objetivo, una muestra más amplia agregaría mayor confiabilidad al análisis de datos, dado que en este estudio el tamaño de la muestra consta de 31 participantes.

Durante la administración del protocolo se detectó que el cuestionario utilizado para evaluar las QSM era confuso para algunos sujetos, lo que puede haber llevado a respuestas inconsistentes o a una subestimación de las QSM. A su vez, es importante que considerar que el acceso a una población, sin enfermedades psiquiátricas o neurológicas, es un desafío en este campo de investigación.

En relación con el segundo objetivo, que relacionó las QSM y depresión con la edad y el nivel educativo, y comparó según el sexo, se observó que no había diferencias significativas en función de la edad. Sin embargo, estas observaciones podrían estar influidas por la composición de la muestra, que no refleja adecuadamente la diversidad de la población mayor. Se sugiere que futuras investigaciones consideren la inclusión de una mayor variedad de participantes para explorar cómo estas variables interactúan en contextos diferentes.

Respecto al tercer objetivo, que buscaba analizar la relación entre QSM y depresión junto con las pruebas de screening utilizadas, según el sexo, se encontraron correlaciones significativas en las mujeres, pero no en los hombres. Esto plantea preguntas sobre si factores adicionales, como el estado emocional o la historia personal de salud mental, pueden influir en esta relación. Se sugiere que futuras investigaciones exploren cómo las variables sociodemográficas, el contexto social y el apoyo emocional afectan las quejas de memoria y la salud mental en la población mayor. Preguntas como: ¿Qué papel juegan las redes de apoyo social en la relación entre QSM y depresión? ¿Cómo influye la autoeficacia en la percepción de la memoria en adultos mayores? podrían ser valiosas para investigar en futuros estudios.

Es fundamental destacar que las QSM deben considerarse como un factor independiente en la salud mental de los adultos mayores y no simplemente como consecuencia de la depresión. Esto sugiere la necesidad de un enfoque más integral en el tratamiento de las quejas de memoria, que incluya la evaluación y el tratamiento específico de las QSM.

En síntesis, el conocimiento obtenido a partir de este estudio puede servir como base para el desarrollo de intervenciones destinadas a promover la salud mental y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Al considerar las limitaciones y las futuras líneas de investigación, se abre un espacio para profundizar en la comprensión de las complejas interacciones entre la memoria, la depresión y los factores sociodemográficos en esta población.

6.3 Conclusiones

El presente estudio, de diseño empírico cuantitativo, descriptivo y correlacional, se llevó a cabo con el objetivo de analizar la relación entre las QSM y los síntomas de depresión en personas mayores de CABA y GBA, considerando la edad, sexo y el nivel educativo, como también las pruebas de screening cognitivo.

En el presente trabajo de integración final, en relación con el primer objetivo, se observó que, aunque el 45,2% de los participantes presentaron un nivel de queja media, un 64,5% no mostró síntomas de depresión, indicando un perfil de salud mental favorable en esta población. Así, se corrobora la importancia del estudio de las QSM como un indicador importante en la evaluación del bienestar emocional y cognitivo en adultos mayores. Los hallazgos evidencian que, aunque la mayoría de la población analizada presenta un perfil de envejecimiento saludable, existe una relación significativa entre las QSM y los síntomas de depresión, especialmente en las mujeres. La relación observada en este grupo resalta la necesidad de diseñar estrategias específicas que estudien tanto las preocupaciones relativas a los cambios cognitivos y de memoria, así como los factores emocionales subyacentes.

Respecto al segundo objetivo, se formularon cuatro hipótesis. La primera hipótesis, no fue corroborada. No se encontró una relación significativa entre las QSM y la edad. En cuanto a la segunda hipótesis, Los resultados mostraron una relación entre mayores QSM y menores niveles de escolaridad. Este hallazgo confirma la hipótesis, sugiriendo que a mayor QSM, menor es el nivel educativo, lo que indica que la educación puede desempeñar un papel importante en la percepción de las capacidades cognitivas y en la salud mental de los adultos mayores. Además, los resultados sugieren que el nivel educativo actúa como un factor protector frente a las QSM y la depresión, subrayando la importancia de fomentar el acceso a la educación y a intervenciones cognitivas que refuercen la percepción de capacidad en esta etapa de la vida. Por otra parte, aunque las QSM no están directamente relacionadas con la depresión en los hombres, estas quejas parecen tener una relación con el rendimiento cognitivo, lo que podría reflejar que preocupaciones relacionadas con la memoria.

La tercera hipótesis no fue corroborada. No se encontró una relación significativa entre el bajo nivel educativo y el mayor nivel de queja en las mujeres ($p > 0,05$).

Respecto a la cuarta hipótesis, los resultados confirmaron que las personas con bajo nivel educativo presentan más síntomas depresivos. A su vez, al segmentar por grupos se observó que el sexo femenino con un bajo nivel de estudios se relaciona con síntomas depresivo más altos, con una correlación significativa observada. No así en el sexo masculino en el cual no se encontró relación. Esto refuerza la necesidad de enfocar las intervenciones de salud mental de manera específica hacia las mujeres mayores, quienes son más vulnerables a experimentar síntomas depresivos.

En relación con el tercer objetivo, la quinta hipótesis fue parcialmente confirmada. Se encontró una fuerte correlación entre QSM y síntomas depresivos en las mujeres, indicando que a medida que aumentan las QSM, también se incrementan los síntomas depresivos en la población analizada. Sin embargo, en el sexo masculino no se encontró relación.

Se encontró que las QSM son un factor independiente en la salud mental de los adultos mayores, lo que implica que deben ser tratadas como tal y no simplemente como consecuencia de la depresión. Esto sugiere la necesidad de un enfoque más integral en el tratamiento de las quejas de memoria, que incluya la evaluación y el tratamiento específico de las QSM. También sería beneficioso incluir en futuros estudios el rendimiento cognitivo y la reserva cognitiva, utilizando pruebas neurocognitivas para obtener una comprensión más completa de la salud cognitiva en esta población. Esto sugiere que las QSM son un indicador importante de la salud mental en los adultos mayores y deben ser abordadas en la práctica clínica.

Por último, es importante considerar las limitaciones de este estudio, como el tamaño de la muestra. Estas limitaciones plantean interrogantes sobre los hallazgos y sugieren la necesidad de llevar a cabo investigaciones adicionales con muestras más amplias y diversas, como pacientes enfermedades psiquiátricas o neurológicas.

Este estudio proporciona información valiosa sobre la relación entre QSM, depresión y factores sociodemográficos en adultos mayores, y sienta las bases para futuras investigaciones que profundicen en estas dinámicas y en el desarrollo de intervenciones que mejoren la salud mental y la calidad de vida en esta población.

En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de considerar las QSM como un componente importante en la evaluación integral de la salud en la vejez, en especial para promover intervenciones preventivas que incluyan tanto los aspectos emocionales como cognitivos. Futuros estudios podrían ampliar esta línea de investigación explorando cuáles son los mecanismos específicos que subyacen a la relación entre QSM, depresión y rendimiento cognitivo, así como las diferencias según sexo y nivel educativo, en estas relaciones.

Con el aumento de la población longeva, es importante estudiar a las personas mayores para comprender mejor sus necesidades y desafíos específicos. Este conocimiento permite desarrollar intervenciones efectivas que aborden no solo su salud física, sino también su salud mental. Promover un envejecimiento saludable es esencial para garantizar que los adultos mayores mantengan su autonomía, calidad de vida y

bienestar. Al fomentar la actividad física, la participación social y el acceso a recursos educativos, se puede contribuir a una vejez activa y digna, donde los mayores no solo sean vistos como un grupo vulnerable, sino como valiosos miembros de la sociedad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aceiro, M. A., & Aschiero, M. B. (2019). Quejas subjetivas de memoria, rendimiento objetivo y depresión. En *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-111/298.pdf>
- Antequera, F., Aschiero, M. B., Aceiro, M. A., & Grasso, L. (2023). Estudio exploratorio de las quejas subjetivas de memoria y estrategias de compensación en adultos institucionalizados y de población general. En *XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-009/223>
- Aravena, J. M. (2017). Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(4), 255-265.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (2017). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Psychology of Aging*, 49. Taylor & Francis.
- Barranquero, R., & Ausín, B. (2019). Impacto de los estereotipos negativos sobre la vejez en la salud mental y física de las personas mayores. *Psicogeriatría*, 9(1), 41-47.
- Bazán, I., Beraudo, A., Fernández, C., Muñoz, M., Rosina, M., Bastida, M., & Mías, C. (2018). 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 II Congreso*

- Internacional de Psicología "Ciencia y Profesión"*, 3(3), 188-196.
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/20718>
- Begum, A., Dewey, M., Hassiotis, A., Prince, M., Wessely, S., & Stewart, R. (2014). Subjective cognitive complaints across the adult life span: a 14-year analysis of trends and associations using the 1993, 2000 and 2007 English Psychiatric Morbidity Surveys. *Psychological medicine*, 44(9), 1977-1987.
<https://doi.org/10.1017/S0033291713002444>
- Butman, T. J., Allegri, R. F., Harris, P., & Drake, M. (2000). Fluencia verbal en español. Datos normativos en Argentina. *Medicina* 60(5/1); 561-564.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/71809>
- Butman, J., Arizaga, R. L., Harris, P., Drake, M., Baumann, D., de Pascale, A., Allegri, R. F., Mangone, C. A., & Ollari, J. A. (2001). El "Mini – Mental State Examination" en español. Normas para Buenos Aires. *Revista Neurológica Argentina* 26(1), 11-15.
https://www.researchgate.net/publication/255664013_El_Mini_Mental_State_Examination_en_Espanol_Normas_para_Buenos_Aires
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. L., & Lantada, N. (2001). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Neurológica* 28(7), 648-655.
https://www.sanitas.es/media/profesionales-sanitarios/doc/archivo/pdf_diagnostico_precoz_deterioro_cognitivo_adicional/son304236.pdf
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Carrillo-Mora, P., García-Juárez, B., Lugo-Rodríguez, Y., del Pilar Moreno-Méndez, E., & Cruz-Alcalá, L. (2017). Quejas subjetivas de memoria en población geriátrica y sus factores asociados: estudio piloto en población mexicana. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 18(6), 20-31. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75761>
- De León, J. M. R. S., Pedrero-Pérez, E. J., & Lozoya-Delgado, P. (2014). Caracterización neuropsicológica de las quejas de memoria en la población general: relación con la sintomatología prefrontal y el estrés percibido. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(2), 676-683.
- Di Renzo, G. M. (2021). Quejas subjetivas de memoria y riesgo psíquico de envejecimiento patológico en adultos mayores. *Gerontology Today*, 1(2), 48-60.

- Escudero Rosero, G. D. (2023). *Proceso de duelo y estado emocional en un adulto mayor de 80 años del cantón Ventanas* (Bachelor's thesis, BABAHOYO: UTB, 2023).
- Fernández Ballesteros García, R. (2023). Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive. *Encuentros multidisciplinares*, (75), 31-44. <http://hdl.handle.net/10486/712036>
- García Mejía, M. A., Moya Polania, L. M., & Cristina Quijano, M. (2015). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(4), 398-403.
- Garrido-Chaves, R., Perez, V., Perez-Alarcón, M., Crespo-Sanmiguel, I., Paiva, T. O., Hidalgo, V., Pulpulos, M. M., & Salvador, A. (2021). Subjective memory complaints and decision making in young and older adults: An event-related potential study. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 13, 695275. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.695275>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Cuadro 7 y 8*. INDEC. https://censo.gob.ar/index.php/datos_definitivos_total_pais/
- Kalache, A., Plouffe, L., & Voelcker, I. (2015). *Envejecimiento activo: Un marco político ante la revolución de la longevidad*. http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Envejecimiento_Activo_2015_es.pdf
- Mias, C. D., Sassi, M., Masih, M. E., Querejeta, A., & Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Neurol*, 44(12), 733-8. <https://doi.org/10.33588/rn.4412.2006206>
- Mias, C. D., Luque, L., Bastida, M., & Correché, M. S. (2015). Quejas subjetivas de memoria, olvidos de riesgo y dimensiones psicopatológicas: aspectos diferenciales entre el declive y deterioro cognitivo leve. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 15(2), 53-70. <http://revistaneurociencias.com/index.php/RNNN/article/view/55>
- Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Indicadores Básicos 2023*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/59380>
- Montejo, P., Montenegro, M., Claver-Martín, M. D., Reinoso, A. I., de Andrés-Montes, M. E., García-Marín, A., & Huertas, E. (2013). Relación de las quejas de memoria con el rendimiento de memoria, el estado de ánimo y variables sociodemográficas

- en adultos jóvenes. *Revista de neurología*, 57(9), 396-404.
<https://doi.org/10.33588/rn.5709.2013047>
- Montejo, P., Montenegro-Peña, M., Prada, D., García-Mulero, E., Garcia-Marin, A., & Pedrero-Pérez, E. J. (2019). Memory complaints: mental health, diseases, pain and loneliness. A population Study in the city of Madrid. *Revista de Neurologia*, 69(12), 481-491.
- Montenegro Peña, M. (2016). *Quejas subjetivas de memoria en el envejecimiento y en adultos jóvenes: variables implicadas*. [Tesis de Postgrado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/21065>
- Pellicer-Porcar, O., Mirete-Fructuoso, M., Molina-Rodríguez, S., & Soto-Amaya, J. (2014). Quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes: influencia del estado emocional. *Revista de neurología*, 59(12), 543-550.
https://www.academia.edu/download/38614481/QUEJAS_SUBJETIVAS_DE_MEMORIA_OLGA_PELLICER.pdf
- Pereira, D. R., & Albuquerque, P. B. (2018). Subjective memory complaints in Portuguese young adults: Contributions from the adaptation of the prospective and retrospective memory questionnaire. *Psychologica Belgica*, 58(1), 91.
<https://doi.org/10.5334/pb.387>
- Petersen, R. C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2018). Mild cognitive impairment: A concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*, 283(1), 69-85. <https://doi.org/10.1111/joim.12190>
- Porto, M. F., Russo, M. J., Allegri, R. (2018). Batería neuropsicológica Set de Datos Uniformes (UDS) para la evaluación de enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo leve: Una revisión sistemática. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 27(2), 55-62.
http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812018000200055
- Rebolo, M. A. (2020). *Plasticidad Cognitiva y su relación con Queja Subjetiva de Memoria en Adultos Mayores*.
<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/11642/1/plasticidad-cognitiva-relacion-queja.pdf>
- Rodriguez-Vargas, M., Rojas-Pupo, L. L., Pérez-Solís, D., Marrero-Pérez, Y., Gallardo-Morales, I., & Durán-Cordovés, L. (2021). Funcionamiento cognitivo de adultos mayores con depresión. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 25(5).

- <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8274>
- Rowell, S. F., Green, J. S., Teachman, B. A., & Salthouse, T. A. (2016). Age does not matter: Memory complaints are related to negative affect throughout adulthood. *Aging & Mental Health*, 20(12), 1255–1263. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1078284>
- Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2019). Indicadores de Depresión en Adultos Mayores de 60 a 75 años en Ixmiquilpan Hidalgo. *Journal of negative and no positive results*, 10, 976-987. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3056>
- Salazar, A. M., Plata, S. J., Reyes, M. F., Gómez, P., Pardo, D., Ríos, J., Galvis, P., Montalvo, C., Sánchez, E., & Pedraza, O. L. (2023). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(2), 176-183. <https://doi.org/10.22379/2422402225>
- Tartaglini, M. F., Dillon, C., Hermida, P. D., Feldberg, C., Somale, V., & Stefani, D. (2017). Prevalence of Geriatric Depression and Alexithymia and their association with sociodemographic characteristics in a sample of elderly persons living in Buenos Aires, Argentina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 516-524. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160126>
- Tartaglini, M. F., Hermida, P. D., Ofman, S. D., Feldberg, C., & Freiberg-Hoffmann, A. (2021). Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 11(2), 69-83. <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v11.n2.5>
- Triadó, C., Celdrán, M., & Villar, F. (2019). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Alianza Editorial.
- Urbano, C. A., & Yuni, J. A. (2016). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital*. Editorial Brujas. https://bibliotecasuca.primo.exlibrisgroup.com/permalink/54PCUOA_INST/1e5ohg0/alma991002582583707756
- Urrego Restrepo, A. F. (2023). Quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes y variables sociodemográficas: una revisión sistemática. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/33980/10/UrregoAndr%C3%A9s_2023_QuejasSubjetivasMemoria.pdf
- Villalobos, M. A. P. (2021). *DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN*.

<https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/99893ed4-5447-4c4a-ab92-16a0ff836f84/content>

- Villavicencio, M. E. F., Díaz, M. R., González-Pérez, G. J., Bañuelos, J. R. R., & Barbosa, M. A. V. (2020). Declive cognitivo de atención y memoria en adultos mayores sanos. *Cuadernos de Neuropsicología*, *14*(1), 65-77. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7485437>
- Zapater-Fajarí, M., Crespo-Sanmiguel, I., Pérez, V., Hidalgo, V., & Salvador, A. (2022). Subjective Memory Complaints in young and older healthy people: Importance of anxiety, positivity, and cortisol indexes. *Personality and Individual Differences*, *197*(111768), 111-768. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111768>
- Zarebski, G. (2021). *La Organización Mundial de la Salud (OMS): Del envejecimiento saludable a la vejez como enfermedad. Desafíos para la Gerontología*. Fundación SIDOM.
- https://www.fundacionsidom.org/index.php/investigacion/ver_investigacion/39

VIII. APÉNDICE

Apéndice I

Formulario De Consentimiento Informado

Me han explicado y he comprendido que estoy participando en un trabajo de investigación titulado: “Queja Subjetiva de Memoria y Depresión en adultos mayores”, cuya finalidad es conocer e investigar los niveles de queja y depresión predominantes que caracterizan una población de adultos mayores de 60 años.

En el caso de acceder a participar en esta investigación, se me ha informado que mi participación implicará realizar una serie de tareas en una o dos entrevistas. También se me ha informado que no se realizará un informe de devolución de los resultados. Mi participación es voluntaria y los datos recabados serán tratados de manera confidencial y anónima, y en cualquier momento o instancia puedo dejar sin efecto la presente autorización sin necesidad de brindar razones. Para una mayor protección de mi identidad, los datos personales (nombre, apellido y D.N.I) serán solamente solicitados en el presente Formulario de Consentimiento Informado.

Por otro lado, se me ha informado que mis respuestas u opiniones serán sólo de conocimiento del equipo de investigación.

Acepto participar en esta investigación.

Firma y Aclaración:

Apéndice II**Cuestionario Sociodemográfico**

Nombre:

Edad:

Estado civil:

Nacionalidad:

Escolaridad en años:

Profesión/Ocupación:

Vive solo: SI/NO

Jubilado: SI/NO

Institucionalizado: SI/NO

Apéndice III

Protocolo UDS

A1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL SUJETO (marcar con una X)

Situación habitacional del sujeto:

- Vive solo
- Vive con otra persona: esposo o pareja
- Vive con otra persona: familiar, amigo o compañero de cuarto
- Vive con su cuidador, quien no es su esposo/pareja, familiar o amigo
- Vive con un grupo de personas (familiares o no) en una residencia privada
- Vive en una residencia de atención especializada (de asistencia de actividades de la vida diaria, residencia para adultos mayores, convento o asilo de ancianos)
- Desconocido

Nivel de independencia:

- Es capaz de vivir independientemente
- Requiere asistencia para actividades complejas
- Requiere asistencia para actividades básicas
- Es completamente dependiente
- Desconocido

Tipo de residencia principal del sujeto:

- Residencia privada (departamento, condominio, casa)
- Comunidad de retiro o vivienda grupal independiente
- Residencia para adultos mayores, casa de asistencia
- Hospital, hospicio, asilo de ancianos, residencia de cuidados médicos especializados
- Desconocidos

A3. HISTORIA FAMILIAR DEL SUJETO

¿Algún familiar suyo ha tenido algún trastorno psiquiátrico? (En caso afirmativo, señalar parentesco y diagnóstico)

PARENTESCO	DIAGNÓSTICO/AÑO

¿Algún familiar suyo ha tenido algún trastorno neurológico? (En caso afirmativo, señalar parentesco y diagnóstico)

PARENTESCO	DIAGNÓSTICO/AÑO

A4. MEDICAMENTOS DEL SUJETO (VER TABLA)

¿Toma medicamentos?

Si es así, ¿cuáles? ¿Para qué?

A5. HISTORIA MÉDICA DEL SUJETO**1. HISTORIA DE USO DE TABACO Y ALCOHOL****USO DE TABACO****1A. ¿El sujeto ha fumado en los pasados 30 días?**

NO

SI

DESCONOCIDO

1B. ¿El sujeto ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

NO

SI

DESCONOCIDO

1C. Número total de años que ha fumado el sujeto:**1D. Número promedio de paquetes de cigarrillos que fuma el sujeto por día. (marcar con una X)**

- 1 cigarro a menos de ½ paquete
- ½ paquete a menos de 1 paquete
- 1 paquete a menos de 1 ½ paquetes
- 1 ½ paquetes a menos de 2 paquetes
- 2 paquetes o más
- Desconocido

1E. Si el sujeto dejó de fumar, especifique la edad en la que fumó por última vez:**USO DE ALCOHOL****1F. ¿El sujeto ha consumido alcohol en los últimos tres meses?**

NO

SI

DESCONOCIDO

1G. En los últimos tres meses ¿con qué frecuencia consumió el sujeto al menos una bebida alcohólica como vino, cerveza, licor o cócteles? (marcar con una X)

- Menos de una vez al mes
- Aproximadamente una vez al mes
- Al menos una vez por semana
- Varias veces a la semana
- Diario o casi diario
- Desconocido

2. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

	AUSENTE	RECIENTE/ACTIV A	PASADA/INACTIV A	DESCONOCIDO
2A. ATAQUE CARDÍACO/PARO CARDÍACO				
<i>Si es ausente o desconocida, pasar a 2B</i>				
2A1. Más de un ataque cardíaco	NO	SI	DESCONOCIDO	
2A2. Año del ataque al miocardio más reciente				
2B. FIBRILACIÓN AURICULAR				
2C. ANGIOPLASTIA/STENT				
2D. BYPASS CARDÍACO/CORONARIO				
2E. MARCAPASOS Y/O DESFIBRILADOR				
2F. INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCONGESTIVA				
2G. ANGINA DE PECHO				
2H. REEMPLAZO O REPARACIÓN DE VÁLVULA CARDÍACA				
2I. OTRA ENF. CARDIOVASCULAR				

3. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

	AUSENTE	RECIENTE/ACTIV A	PASADA/INACTIV A	DESCONOCIDO
3A. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR				
<i>Si es ausente o desconocido, pasar a 3B</i>				

3A1. ¿Más de un ACV?	NO	SI	DESCONOCIDO	
3A2. Año del ACV más reciente				
3B. ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO				
<i>Si es ausente o desconocido, pasar a 4A</i>				
3B1. ¿Más de un ataque isquémico?	NO	SI	DESCONOCIDO	
3B2. Año del ataque isquémico transitorio más reciente				

4. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

	AUSENTE	RECIENTE/ACTIV A	PASADA/INACTIV A	DESCONOCIDO
4A. ENFERMEDAD PARKINSON				
<i>Si es ausente o desconocido, pasar a 4B</i>				
4A1. Año del diagnóstico				
4B. PARKINSONISMO SECUNDARIO				
<i>Si es ausente o desconocido, pasar a 4C</i>				
4B1. Año del diagnóstico				
4C. CONVULSIONES				
4D. TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO				
<i>Si es ausente o desconocido, pasar a 5ª</i>				
4D1. TCE con pérdida de conciencia por un breve periodo (<5')	NO	ÚNICO	REPETIDO/MÚLTIPLE	DESCONOCIDO
4D2. TCE con pérdida de conciencia por un periodo largo (>5')	NO	ÚNICO	REPETIDO/MÚLTIPLE	DESCONOCIDO

4D3. TCE sin pérdida de conciencia	NO ÚNICO REPETIDO/MÚLTIPLE DESCONOCIDO
4D4. Año del TCE más reciente	

5. CONDICIONES MÉDICAS (Si alguna condición médica requiere aún tratamiento y/o medicación, seleccione “reciente/activa”)

	AUSENTE	RECIENTE/ACTIVA	PASADA/INACTIVA	DESCONOCIDO
5A. DIABETES				
<i>Si es ausente o desconocido, pasar a 5B</i>				
5A1. Si es reciente/activa o pasada/inactiva¿de qué tipo?	Tipo 1	Tipo 2	Otro tipo	Desconocido
5B. HIPERTENSIÓN				
5C. HIPERCOLESTEROLEMIA				
5D. DEFICIENCIA DE B12				
5E. ENFERMEDAD TIROIDEA				
5F. ARTRITIS				
<i>Si es ausente o desconocido, pasar a 5G</i>				
5F1. Tipo de artritis	REUMATOID E	OSTEOARTRITIS	OTRO	DESCONOCIDO
5F2. Región (es) afectadas	EXTREMIDAD SUPERIOR	EXTREMIDAD INFERIOR	COLUMNA VERTEBRAL	DESCONOCIDO
5G. INCONTINENCIA-URINARIA				
5H. INCONTINENCIA-FECAL				
5I. APNEA DEL SUEÑO				
5J. TRASTORNO DE CONDUCTA DURANTE EL SUEÑO MOR				

5K. HIPOSOMNIA/INSOMNIO				
5L. OTRO TRASTORNO				

6. ABUSO DE SUSTANCIAS

	AUSENTE	RECIENTE/ACTIV A	PASADA/INACTIV A	DESCONOCIDO
6A. ABUSO DE ALCOHOL				
6B. ABUSO DE SUSTANCIAS DE OTRO TIPO				
<i>Si es ausente o desconocido, pasar a 7ª</i>				
6B1. Si reciente/activa o pasada/inactiva, especifique la sustancia de abuso				

7. ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

	AUSENTE	RECIENTE/ACTIV A	PASADA/INACTIV A	DESCONOCIDO
7A. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO				
7B. TRASTORNO BIPOLAR				
7C. ESQUIZOFRENIA				
7D. DEPRESIÓN				
7D1. Depresión activa en los dos años anteriores	NO	SI	DESCONOCIDO	
7D2. Episodios depresivos hace más de dos años	NO	SI	DESCONOCIDO	
7E. ANSIEDAD				
7F. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO				
7G. TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS DEL DESARROLLO				
7H. OTROS				

Apéndice IV

Minimental State Examination (MMSE)

ORIENTACIÓN (10 puntos)

· Dígame el día.....FechaMes.....Estación.....Año.....(5)

· Dígame el hospital (o lugar).....CallePiso Ciudad País..... (5)

Temporal=

Espacial=

FIJACIÓN (3 puntos)

· Repita estas tres palabras que debe memorizar. Luego se las voy a preguntar para ver si las recuerda:

Pelota – Bandera – Árbol (repetirlas hasta que se las aprenda)

ATENCIÓN (5 puntos)

· Dígame ¿cuánto es 100 menos 7?

93 – 86 – 79 – 72 – 65

· ¿Ud. puede deletrear la palabra MUNDO? Ahora deletréelo al revés. (O – D – N – U – M) (5)

(Puntuar el mejor resultado de los dos: máximo 5 puntos)

MEMORIA (3 puntos)

· ¿Recuerda las tres palabras de antes?

REPETICIÓN (1 punto)

· Repita esta frase: El flan tiene frutillas y frambuesas

COMPRENSIÓN (3 puntos)

· Tome este papel con la mano izquierda (1) dóblelo por la mitad (1) y póngalo en el suelo (1)

LECTURA (1 punto)

· Le voy a dar una orden por escrito, quiero que la lea y haga lo que dice; no la lea en voz alta. (CIERRE LOS OJOS)

ESCRITURA (1 punto)

· Escriba una frase completa (*doblar la hoja de la copia y que la escriba en el espacio en blanco*)

DENOMINACIÓN (2 puntos)

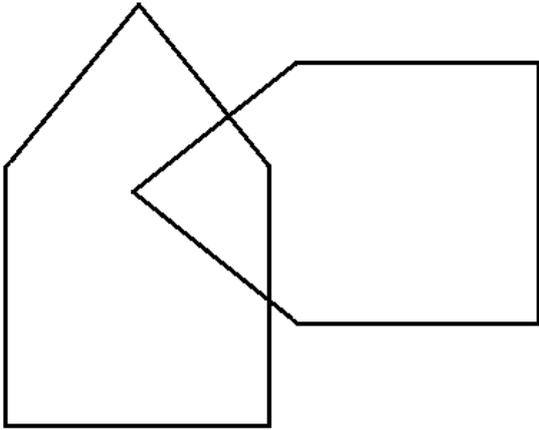
· Mostrar un lápiz (1). ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj (1)

COPIA (1 punto)

· Copie este dibujo.

Puntaje total

/30



X _____

Apéndice V

Fluencia Verbal (TFV)

FLUENCIA FONOLÓGICA (P) Consigna: *“Dígame todas las palabras que pueda que empiecen con la letra “P”, cualquier palabra excepto nombres de personas o de lugares”.*

--

TOTAL	
--------------	--

FLUENCIA SEMÁNTICA Consigna: *“Dígame todos los animales que pueda con cualquier letra. Recuerde que no tienen que empezar necesariamente con la letra p.”*

--

TOTAL	
--------------	--

Apéndice VI

Escala De Depresión Geriátrica Yesavage (GDS)

	SI	NO
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?		
2. ¿Ha dejado muchas de sus actividades e intereses?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se aburre a menudo?		
5. ¿Está con buen ánimo la mayor parte del tiempo?		
6. ¿Teme que algo malo le va a pasar?		
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8. ¿Siente con frecuencia que nada o nadie le puede ayudar?		
9. ¿Prefiere quedarse en su casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?		
10. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que las demás personas?		
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo en este momento?		
12. ¿Se siente inútil de la manera en que está en este momento?		
13. ¿Se siente lleno de energía?		
14. ¿Siente que su situación no tiene remedio?		
15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Apéndice VII

Cuestionario de Queja Subjetiva de Memoria (QSM)

¿Con qué frecuencia le han ocurrido estos olvidos o despistes en los últimos meses?	Casi Nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
Olvida o confunde nombres de personas bien conocidas	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida o no reconoce caras de alguien conocido	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida turnos o encuentros (p.e un turno, recoger algo)	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Pierde o no encuentra objetos de uso cotidiano (por ejemplo llaves, reloj, anteojos, papeles)	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida lo que le acaban de decir	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida números de teléfono que utiliza con frecuencia	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Se olvida de lo que estaba hablando	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida o no encuentra la palabra apropiada cuando habla ej. Palabra en la punta de la lengua.	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida/no recuerda haber realizado acción ej. Cerré la puerta	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Va de compras o de trámites y se olvida algo	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Se equivoca o no está seguro de la fecha	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Tiene que volver al principio de un texto o párrafo (releer)	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Va a un lugar y no recuerda a qué iba a hacer allí	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida si tomó un remedio	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida partes importantes de una historia relato, o película	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida un suceso o hecho completo reciente, aun cuando se lo recuerda con posterioridad	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida hechos del pasado, como si no los hubiera vivido	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida el significado de algunas palabras conocidas	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida cómo se usan objetos conocidos (aparato de música)	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
Olvida que tenía que acordarse de algo	1 2	3 4 5	6 7 8	9 10
¿Algún familiar suyo considera que Ud. tiene problemas de memoria? NO – SI				