

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS					   	
	CARTA DE AUTORIZACIÓN						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-06	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 2

Neiva, a los 20 días de enero del 2025.

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Ylsa Fernanda Andrade Martínez, con C.C. No. 1117545154,

Laura Daniela Olcunche Noscue, con C.C. No. 1081422281,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado de capítulo de libro titulado Deterioro Cognitivo Subjetivo, su relación con la edad y escolaridad en pacientes con deterioro cognitivo Leve.

presentado y aprobado en el año 2024 como requisito para optar al título de

Magister en Neuropsicología Clínica;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores” , los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: _____

Ylsa Fernanda Andrade Martínez

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: _____

Laura Daniela Olcunche Noscue

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: DETERIORO COGNITIVO SUBJETIVO, SU RELACIÓN CON LA EDAD Y ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE.

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Andrade Martínez	Ylsa Fernanda
Olcunche Noscue	Laura Daniela

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
González Hernandez	Alfredis

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Bonilla Santos	Jasmin

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Magister en Neuropsicología Clínica

FACULTAD: Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

PROGRAMA O POSGRADO: Maestría en Neuropsicología Clínica

CIUDAD: Neiva - Huila

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2024

NÚMERO DE PÁGINAS: 49

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___ Grabados___
Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___ Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas
o Cuadros X

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS						
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 3

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento: Adobe Acrobat Reader

MATERIAL ANEXO: 1 documento anexo en PDF (operacionalización de variables e instrumento de evaluación).

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*): No aplica

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. autoreporte	self-report
2. reporte familiar	caregiver report
3. cognición	cognition
4. edad	age
5. educación	education

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Antecedentes: El deterioro cognitivo subjetivo (DCS) se ha asociado con un mayor riesgo de presentar posteriormente una demencia. En el proceso de envejecimiento se ha normalizado y confundido el deterioro cognitivo subjetivo como un factor de declive ocasionado por los años.

Objetivo: Determinar en qué medida se relacionan la cognición global de los pacientes con Deterioro cognitivo leve, la edad y escolaridad con el autoreporte y reporte familiar de quejas subjetivas cognitivas.

Método: De la cohorte surcolombiana de las demencias se seleccionaron 216 participantes que cumplieron criterios diagnósticos de Deterioro Cognitivo Leve, se realizó un estudio cuantitativo transversal con alcance correlacional que analizó la relación entre la cognición global, la edad y la escolaridad con el autoreporte y reporte familiar de fallos cognitivos.

Resultados: Teniendo en cuenta los análisis estadísticos, se evidenció que las condiciones sociodemográficas como la edad y escolaridad influyen en el autoreporte y reporte de las quejas cognitivas, obteniendo como resultado que, por cada año adicional de edad, las probabilidades de quejas por parte del familiar o cuidador aumentan en un 3,8%, mientras que, en relación con las quejas auto informadas, se obtuvo que un mayor nivel de escolaridad, medido en años, se asocia con una menor probabilidad de presentar quejas cognitivas subjetivas. Es decir, cada año adicional de escolaridad reduce en un 5,9% estas probabilidades.

Conclusión: Se concluye que tanto el autoreporte como el reporte familiar de cambios cognitivos subjetivos, están mediados por la edad y la escolaridad en pacientes con DCL.



ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Background: Subjective cognitive decline (SCD) has been associated with an increased risk of later developing dementia. During the aging process, subjective cognitive decline has often been normalized and mistaken as a natural consequence of aging.

Objective: To determine the extent to which global cognition, age, and education level of patients with mild cognitive impairment (MCI) are related to self-reported and caregiver-reported subjective cognitive complaints.

Method: From the surcolombian Dementia Cohort, 216 participants who met the diagnostic criteria for MCI were selected. A cross-sectional quantitative study with a correlational scope was conducted to analyze the relationship between global cognition, age, and education with self-reported and caregiver-reported cognitive complaints.

Results: Statistical analyses revealed that sociodemographic factors such as age and education influence both self-reported and caregiver-reported cognitive complaints. For each additional year of age, the probability of complaints from a caregiver increased by 3.8%. Conversely, a higher education level (measured in years) was associated with a lower probability of self-reported subjective cognitive complaints, with each additional year of education reducing the probability by 5.9%.

Conclusion: It is concluded that both self-reported and caregiver-reported subjective cognitive changes are mediated by age and education in patients with MCI.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Jurado: MARIA CRISTINA QUINTERO LOSADA

Firma:

Nombre Jurado: DORIAN YISELA CALA MARTINEZ

Firma:

**Deterioro cognitivo subjetivo, su relación con la edad y escolaridad en pacientes
con deterioro cognitivo leve.**

Ylsa Fernanda Andrade Martínez y Laura Daniela Olcunche Noscue

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad Surcolombiana

Maestría en Neuropsicología Clínica

Noviembre 2024

Este trabajo se realiza en el marco del macroproyecto de investigación denominado:

Estudio de un marcador preclínico para la detección temprana de la enfermedad
de Alzheimer en adultos mayores del Sur Colombiano.

**Deterioro cognitivo subjetivo, su relación con la edad y escolaridad en pacientes
con deterioro cognitivo leve.**

Ylsa Fernanda Andrade Martínez y Laura Daniela Olcunche Noscue

Director

Ph.D. Alfredis González Hernandez

Asesora

Ph.D. Jasmin Bonilla Santos

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad Surcolombiana

Maestría en Neuropsicología Clínica

Noviembre 2024

Resumen

Antecedentes: El deterioro cognitivo subjetivo (DCS) se ha asociado con un mayor riesgo de presentar posteriormente una demencia. En el proceso de envejecimiento se ha normalizado y confundido el deterioro cognitivo subjetivo como un factor de declive ocasionado por los años.

Objetivo: Determinar en qué medida se relacionan la cognición global de los pacientes con Deterioro cognitivo leve, la edad y escolaridad con el autoreporte y reporte familiar de quejas subjetivas cognitivas.

Método: De la cohorte surcolombiana de las demencias se seleccionaron 216 participantes que cumplieron criterios diagnósticos de Deterioro Cognitivo Leve, se realizó un estudio cuantitativo transversal con alcance correlacional que analizó la relación entre la cognición global, la edad y la escolaridad con el autoreporte y reporte familiar de fallos cognitivos.

Resultados: Teniendo en cuenta los análisis estadísticos, se evidenció que las condiciones sociodemográficas como la edad y escolaridad influyen en el autoreporte y reporte de las quejas cognitivas, obteniendo como resultado que, por cada año adicional de edad, las probabilidades de quejas por parte del familiar o cuidador aumentan en un 3,8%, mientras que, en relación con las quejas auto informadas, se obtuvo que un mayor nivel de escolaridad, medido en años, se asocia con una menor probabilidad de presentar quejas cognitivas subjetivas. Es decir, cada año adicional de escolaridad reduce en un 5,9% estas probabilidades.

Conclusión: Se concluye que tanto el autoreporte como el reporte familiar de cambios cognitivos subjetivos, están mediados por la edad y la escolaridad en pacientes con DCL.

Palabras Claves: Autoreporte, reporte familiar, cognición, edad, educación.

Abstract

Background: Subjective cognitive decline (SCD) has been associated with an increased risk of later developing dementia. During the aging process, subjective cognitive decline has often been normalized and mistaken as a natural consequence of aging.

Objective: To determine the extent to which global cognition, age, and education level of patients with mild cognitive impairment (MCI) are related to self-reported and caregiver-reported subjective cognitive complaints.

Method: From the surcolombian Dementia Cohort, 216 participants who met the diagnostic criteria for MCI were selected. A cross-sectional quantitative study with a correlational scope was conducted to analyze the relationship between global cognition, age, and education with self-reported and caregiver-reported cognitive complaints.

Results: Statistical analyses revealed that sociodemographic factors such as age and education influence both self-reported and caregiver-reported cognitive complaints. For each additional year of age, the probability of complaints from a caregiver increased by 3.8%. Conversely, a higher education level (measured in years) was associated with

a lower probability of self-reported subjective cognitive complaints, with each additional year of education reducing the probability by 5.9%.

Conclusion: It is concluded that both self-reported and caregiver-reported subjective cognitive changes are mediated by age and education in patients with MCI.

Keywords: Self-report, caregiver report, cognition, age, education.

1. Introducción

El deterioro cognitivo leve (DCL) es una enfermedad que ha cobrado relevancia en los últimos años debido a su impacto en el proceso de envejecimiento saludable y su relación con la presencia de enfermedades neurodegenerativas, como la demencia, dicho trastorno se caracteriza por un deterioro cognitivo mayor al esperado para la edad, pero que no interfiere de manera significativa con las actividades diarias, lo que lo diferencia de la demencia, claro está, que a medida que la población mundial envejece, el DCL se ha convertido en un tema importante para la investigación, ya que su detección, manejo y tratamiento temprano podrían retrasar la transición hacia formas más graves de deterioro cognitivo.

En ese contexto, las quejas cognitivas subjetivas (QCS) emergen como un indicador valioso para identificar el declive cognitivo en sus etapas iniciales pues las quejas suelen manifestarse como percepciones de pérdida de memoria o dificultad para concentrarse, las cuales son reportadas directamente por los pacientes o, en algunos casos, por sus familiares cercanos, aunque las QCS no siempre se correlacionan con pruebas objetivas de deterioro cognitivo, diversos estudios han demostrado que estas quejas pueden ser un predictor temprano del DCL y, en algunos casos, de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer (1–3).

De manera específica, las QCS son más comunes en ciertos grupos etarios como adultos de mediana edad, quienes son los que presentan quejas que pueden reflejar preocupaciones relacionadas con el envejecimiento normal o por factores como el estrés, la depresión y la falta de sueño, que también pueden afectar la función

cognitiva, por ejemplo, en los mayores de 75 años, las QCS tienden a estar más asociadas con cambios neurológicos subyacentes, como la acumulación de placas amiloides u otras alteraciones en la estructura cerebral, que son características de enfermedades neurodegenerativas; en ese sentido, identificar estas quejas a través de herramientas estandarizadas puede proporcionar una oportunidad para intervenir de manera temprana sobre los cambios en el estilo de vida, terapia cognitiva y, en algunos casos, tratamientos farmacológicos (1–3).

De igual manera, es importante considerar el papel de los cuidadores en la identificación de las QCS porque en muchas ocasiones los propios pacientes pueden subestimar o no reconocer sus déficits cognitivos, de ahí que, la percepción externa junto con pruebas neuropsicológicas objetivas, puede mejorar significativamente la precisión en la evaluación del riesgo de DCL, es así que, las QCS no solo son un síntoma relevante en la práctica clínica, sino también una herramienta fundamental para abordar los desafíos asociados con el envejecimiento cognitivo saludable, así como la prevención de enfermedades neurodegenerativas (1–3).

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera que la evaluación de posibles deterioros cognitivos puede realizarse mediante la cuantificación de las quejas cognitivas subjetivas (QCS) utilizando instrumentos estandarizados, como cuestionarios y entrevistas estructuradas, con el fin de identificar la presencia de quejas, medir su intensidad y frecuencia; uno de los instrumentos más empleados se encuentran el Subjective Cognitive Decline Questionnaire (SCD-Q) y la Memory Complaint Scale (MCS), que han demostrado ser útiles en la práctica clínica como en

investigaciones para diferenciar cambios cognitivos propios del envejecimiento normal y aquellos que podrían estar asociados con condiciones patológicas, como el deterioro cognitivo leve (DCL) o la demencia (4,5).

El valor predictivo de las QCS resulta especialmente notable en personas entre 70 y 80 años, puesto que, en este rango de edad las quejas suelen correlacionarse con cambios objetivos en las funciones cognitivas que se pueden detectar mediante pruebas neuropsicológicas, que en esta etapa de la vida aumentan significativamente el riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas, sin embargo, la eficacia de las QCS como herramienta diagnóstica está condicionada por diversos factores sociodemográficos y psicosociales (4-5).

Aunque, la edad es uno de los principales determinantes esto no quiere decir que los síntomas puedan presentarse en personas más jóvenes debido a factores como estrés, ansiedad o depresión, lo que podría distorsionar los resultados de las evaluaciones, asimismo, el nivel educativo influye fuertemente dado que las personas con mayor educación suelen tener una mayor conciencia de sus capacidades cognitivas y pueden identificar con mayor precisión cualquier cambio, por el contrario, quienes poseen un nivel educativo más bajo podrían subestimar sus dificultades cognitivas, lo que podría derivar en infradiagnósticos (4-5).

De la misma forma, la funcionalidad cognitiva previa juega un papel importante en las personas con un nivel cognitivo más alto, sobre todo antes de la aparición de los síntomas que suelen compensar mejor los déficits iniciales retrasando la percepción de los mismos y, por ende, el reporte de QCS, además, los factores culturales ejercen una

influencia significativa en la forma en que las personas expresan sus quejas cognitivas, por ejemplo, en algunas culturas los cambios asociados con el envejecimiento se consideran normales reduciendo la probabilidad de que se reporten quejas (4-5).

Por estas razones, es importante que las herramientas de evaluación estén adaptadas a las características específicas de las poblaciones a las que están dirigidas asegurando su sensibilidad cultural, al respecto, las QCS se complementan con evaluaciones objetivas, como pruebas neuropsicológicas para obtener un diagnóstico más preciso; en otras palabras, este enfoque resulta especialmente crucial en contextos clínicos y culturales diversos, donde las diferencias en educación, acceso a recursos y percepciones del envejecimiento pueden influir significativamente en la utilidad y efectividad de las QCS como método de predicción y diagnóstico (4-5).

En complemento de lo anterior, es fundamental profundizar en la investigación sobre las quejas cognitivas subjetivas (QCS) para determinar en qué medida reflejan de manera real una disminución en la memoria o en otras funciones cognitivas, puesto que, aunque las QCS son utilizadas con frecuencia como un indicador temprano de deterioro cognitivo, su relación con el rendimiento en pruebas neuropsicológicas no siempre es sólido, dado que, este deterioro está influenciado por factores como la edad, nivel socioeconómico y la escolaridad, lo cual, afecta la percepción individual de los déficits cognitivos, tanto como la forma en que las quejas son evaluadas en contextos clínicos (5,6).

Entre los aspectos más destacados en la literatura se encuentra la discrepancia entre las quejas cognitivas autoinformadas por los pacientes y la diferencia entre

reportadas por sus familiares mediadas por varios factores, especialmente la escolaridad; esto porque, las personas con mayor nivel educativo tienden a compensar mejor las deficiencias iniciales, lo que dificulta el reconocimiento temprano de cambios cognitivos, denominado reserva cognitiva que, puede desviar la identificación del deterioro hasta que las deficiencias sean más marcadas en las personas, especialmente en pruebas objetivas; por otra parte, en personas con menor nivel educativo, la falta de conciencia o la normalización de ciertos cambios pueden llevar a una subestimación de los problemas reduciendo la sensibilidad de las QCS como herramienta diagnóstica (5-6).

En América Latina y el Caribe, las investigaciones han identificado diferencias significativas en el perfil cognitivo de la población en comparación con otras poblaciones marcadas en su mayoría por factores culturales, genéticos y socioeconómicos, en nuestro territorio los reportes pueden estar influenciados por barreras culturales que afectan la percepción y el reporte de los síntomas. Esto resalta la importancia de desarrollar y validar instrumentos de evaluación que sean culturalmente sensibles y específicos para estas poblaciones; se ha observado que las QCS pueden tener un mayor valor clínico en etapas más tempranas de la adultez, cuando el impacto de factores compensatorios, es más pronunciado, en otras palabras, en estas etapas las quejas podrían ser indicativas de procesos subyacentes, como el inicio de una enfermedad neurodegenerativa o el impacto de condiciones psicosociales como el estrés crónico o la ansiedad, sin embargo, a medida que avanza la edad la relación entre las QCS y los déficits objetivos se vuelve más compleja (6).

Por lo tanto, para maximizar el valor predictivo de las QCS es necesario considerar las variaciones en factores sociodemográficos y culturales al diseñar estrategias de evaluación e intervención que ajusten las herramientas diagnósticas a las características de la población, que capaciten a los profesionales de la salud para interpretar las quejas dentro del contexto personal y sociocultural de cada paciente, en síntesis, a futuro se debe enfocar en desentrañar estas complejas interacciones, con el objetivo de mejorar la detección temprana y el manejo del deterioro cognitivo en poblaciones diversas desde temprana edad (6).

Es fundamental investigar si las quejas cognitivas subjetivas (QCS) reflejan una disminución real en la memoria (6), dado a que su relación con el rendimiento en pruebas neuropsicológicas puede variar según factores como la edad, el nivel socioeconómico y la escolaridad. La literatura muestra que existen discrepancias significativas entre el valor predictivo de las quejas autoinformadas y las reportadas por los familiares cuyas diferencias pueden estar mediadas por factores como la escolaridad, que en ciertos casos actúa como un mecanismo compensatorio al dificultar el reconocimiento temprano de las deficiencias cognitivas; en América Latina y el Caribe, estudios han identificado diferencias cognitivas y anatómicas en comparación con la población anglosajona, quienes suelen reportar cambios en la capacidad funcional cognitiva, especialmente en la memoria (7,8). Por lo tanto, al considerar las variaciones en factores sociodemográficos, se espera que en la adultez temprana estos reportes adquieran un mayor valor clínico.

Esto sugiere que, en el contexto de la adultez temprana, las QCS podrían tener un significado clínico más relevante cuando se contemplan las diferencias socioculturales. Además, las investigaciones sobre el envejecimiento en la región revelan variaciones significativas entre países y modelos inconsistentes para predecir riesgos relacionados con el envejecimiento saludable. Asimismo, se ha encontrado que ciertas zonas cerebrales, como los lóbulos frontales, el cíngulo, el parietal y el occipital, son más vulnerables al envejecimiento (8).

Argyropoulou et al. (9) proporcionaron evidencia sólida sobre el papel diferencial que desempeñan las quejas cognitivas subjetivas (QCS) dependiendo de quién las reporte, el estudio demostró que las QCS reportadas por los familiares están más estrechamente asociadas con los resultados objetivos de las evaluaciones cognitivas que aquellas reportadas directamente por los pacientes; dicho hallazgo sugiere que los familiares, al observar el comportamiento diario y los cambios en la funcionalidad del paciente pueden tener una perspectiva más objetiva sobre el estado cognitivo, especialmente cuando el propio paciente no es completamente consciente de sus déficits.

No obstante, otros estudios han señalado que las personas con un alto nivel educativo tienden a presentar un mejor desempeño en las pruebas cognitivas y reportan menos QCS (9), lo que, podría explicarse por el efecto de la reserva cognitiva que permite a los individuos con mayor escolaridad compensar los déficits iniciales en sus capacidades cognitivas, haciendo difícil su detección tanto para ellos mismos como

para sus familiares al subrayar la complejidad de utilizar las QCS como único indicador, ya que factores como la escolaridad pueden influir significativamente en su reporte.

Por otro lado, al comparar el valor predictivo de las quejas autoinformadas frente a las reportadas por los familiares para predecir el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo leve (DCL), se ha encontrado que el autoinforme es un predictor más fuerte (10); esto resulta particularmente relevante pues en la mayoría de los casos los pacientes son quienes inicialmente reportan las QCS. De acuerdo con investigaciones previas (11), este autoreporte suele ser el primer indicador de preocupación por parte del paciente y, por tanto, constituye un punto de partida clave para la evaluación clínica, sin embargo, también es importante considerar que la utilidad del autoinforme como predictor puede estar influida por diversos factores, como el nivel de conciencia que tiene el paciente sobre sus déficits, el impacto de condiciones psicológicas como ansiedad o depresión y, las diferencias culturales en la percepción de los problemas cognitivos.

En este sentido, la combinación de los reportes del paciente con las observaciones de sus familiares puede proporcionar una visión más integral, especialmente en casos donde el paciente puede minimizar o no reconocer sus dificultades, si bien las QCS autoinformadas constituyen una herramienta valiosa, integrar las observaciones de los familiares y considerar factores sociodemográficos, como el nivel educativo, puede mejorar la precisión de los diagnósticos. Esto es particularmente importante en contextos clínicos donde se busca optimizar la detección

temprana y promover intervenciones personalizadas que consideren las características individuales de cada paciente y su entorno.

Por otra parte, la alta escolaridad en los adultos mayores puede ser un factor de riesgo para la identificación temprana (12–14), debido a la facilidad y la utilidad de estrategias compensatorias, las cuales dificultan el reconocimiento subjetivo del deterioro cognitivo, permitiendo así el avance negativo de la condición clínica; durante la primera fase de la demencia estas diferencias tienden a desaparecer (13) posiblemente por el uso de mecanismos adaptativos y de reserva cognitiva. Atendiendo a la evidencia empírica, puede considerarse que el funcionamiento cognitivo autoinformado está mediado por variables sociodemográficas como la edad y la escolaridad en las personas adultas mayores que presentan quejas cognitivas subjetivas.

Teniendo en cuenta los hallazgos mencionados, se puede concluir que los estudios respaldan de manera consistente la importancia del funcionamiento cognitivo informado como herramienta clave para detectar el deterioro cognitivo leve (DCL), en este caso, el enfoque debe permitir identificar cambios sutiles en las funciones cognitivas antes de que interfieran significativamente con la vida diaria destacando la relevancia de las quejas cognitivas subjetivas (QCS) como un componente valioso en el proceso de evaluación clínica al incorporar escalas estandarizadas para medir las QCS en la práctica clínica, siendo esto un avance significativo en la detección temprana del DCL (14).

La importancia de estas escalas está representada por diversos aspectos como: fácil administración, bajo costo, viables para ser administradas en entornos de atención primaria, esta última, donde los recursos suelen ser limitados, entonces, el uso de estas herramientas podría facilitar la identificación de individuos en riesgo, logrando intervenciones oportunas que retrasen la progresión hacia etapas más avanzadas de deterioro cognitivo, como la demencia, en este nivel, la integración en programas de salud pública podría contribuir a una gestión más eficiente de los trastornos cognitivos, especialmente en poblaciones vulnerables con acceso limitado a servicios especializados (15).

No obstante, es crucial reconocer que variables como las mencionadas influyen sobre cómo se interpretan y reportan los síntomas relacionados con el DCL, en la percepción del envejecimiento y los problemas de memoria, lo que a su vez afecta la precisión de las escalas y la fiabilidad de las quejas autoinformadas, en otras cuestiones, la estigmatización de los problemas cognitivos puede influir en la disposición de los pacientes a compartir sus preocupaciones; de manera específica, en relación con la edad, la edad se infiere que los cambios cognitivos reportados por personas más jóvenes pueden estar más influenciados por factores de índole emocional o psicológicos a corto plazo, generadores de estrés o depresión, mientras que en adultos mayores las quejas pueden reflejar con mayor precisión cambios neurológicos subyacentes, en segundo lugar, el nivel educativo argumenta que las personas con mayor escolaridad tienden a identificar cambios sutiles con más facilidad debido a su mayor reserva cognitiva, mientras que aquellas con menor nivel educativo no logran reconocer sus dificultades (15,16).

La situación anteriormente descrita, resulta imprescindible para realizar investigaciones que profundicen en estas interacciones, enfocándose en la exploración de variables sociodemográficas, culturales y educativas para la detección del DCL con el fin de permitir desarrollar herramientas de evaluación concretas y culturalmente adaptadas, con sensibilidad y especificidad de los métodos de detección temprana, en complemento, con la capacitación de los profesionales de la salud en la interpretación de los síntomas y las quejas dentro del contexto personal del paciente es esencial para garantizar un diagnóstico equitativo, en última instancia, la implementación de escalas de evaluación de QCS combinada con un enfoque que considere las diferencias socioculturales transforma el abordaje del deterioro cognitivo, favoreciendo un envejecimiento saludable que mejore la calidad de vida de las personas mayores (16).

En ese sentido, la investigación busca responder a una pregunta clave: ¿En qué medida variables como la edad, la escolaridad y la funcionalidad cognitiva median la relación entre el autoreporte de fallos cognitivos y el reporte familiar en pacientes con DCL? dicho interrogante surge ante la necesidad de comprender a profundidad cómo estas variables afectan la percepción del deterioro cognitivo, con el objetivo de determinar si la funcionalidad cognitiva, la edad y los años de escolaridad de los pacientes con DCL se relacionan con las QCS, tanto autoinformadas como reportadas por familiares.

Sin embargo, es importante señalar que de acuerdo con algunas investigaciones encontradas (17–19), las quejas cognitivas subjetivas (QCS) tanto autoinformadas como informadas por el familiar en el proceso de detección de demencia, pueden ser contradictorias por la incidencia de diferentes factores que interceden en las personas

que presentan QCS, argumentando que éstas se asocian más consistentemente con el estado de ánimo, personalidad (17), síntomas psiquiátricos comórbidos (18) y la estructura propia de la evaluación (19) que con el deterioro cognitivo en sí; teniendo en cuenta lo anterior, es necesario describir las características sociodemográficas y cognitivas de los pacientes, establecer la correlación entre el nivel educativo y el autoreporte de fallos cognitivos, analizar cómo estas quejas coinciden o difieren de las percepciones de los familiares y evaluar el papel de la edad y la funcionalidad cognitiva en dichas relaciones.

Diversos factores psicosociales y de salud se han asociado con el reporte de deterioro cognitivo subjetivo (DCS) autoinformado, donde se destaca la complejidad de los elementos que influyen en la percepción de las capacidades cognitivas, tales como, la mala calidad del sueño, considerada un factor clave, ha mostrado estar relacionada con un mayor riesgo de quejas cognitivas, posiblemente debido a su impacto en la memoria, la atención y otras funciones ejecutivas esenciales (20), asimismo, una mala percepción de la salud general y la presencia de enfermedades crónicas pueden contribuir a una mayor incidencia de QCS, dado que, estos problemas a menudo afectan la percepción de bienestar general y la autoconciencia cognitiva.

En términos de salud física, otro tipo de factores como el índice de masa corporal bajo también se vincula con un aumento en las quejas cognitivas, al igual que un estado nutricional deficiente o condiciones médicas subyacentes que afectan tanto la salud física como cognitiva, además, el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco se ha identificado como factores de riesgo significativo, dado su potencial

impacto neurotóxico y su asociación con un mayor deterioro de las capacidades cognitivas (20).

En el ámbito sociodemográfico, el género parece desempeñar un papel importante, las mujeres, consistentemente, reportan un mayor número de quejas cognitivas subjetivas que los hombres (21–23), situación que podría deberse a varios factores como una mayor conciencia de los cambios cognitivos, diferencias hormonales o la influencia de factores psicosociales como la carga del cuidado familiar, que es más común en mujeres y es generador de estrés crónico.

Por otro lado, la condición racial también influye en el reporte de quejas cognitivas. Estudios han demostrado que las personas de raza negra tienden a reportar menos quejas subjetivas de deterioro cognitivo en comparación con la población blanca (24,25), aquí la diferencia, podría estar mediada por factores culturales como la percepción de los problemas cognitivos, así como por barreras en el acceso a la atención médica, que pueden limitar la oportunidad de identificar y expresar preocupaciones relacionadas con la cognición, el estigma o la normalización de los cambios cognitivos en ciertas comunidades que puede influir en la disposición para reportar estas quejas.

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar una amplia variedad de factores al evaluar el deterioro cognitivo subjetivo, dado a que, tanto los aspectos relacionados con la salud como las características sociodemográficas, juegan un papel crucial en la forma en que los individuos perciben y reportan sus capacidades cognitivas. Por lo tanto, comprender estas interacciones es esencial para desarrollar

estrategias de detección y prevención más precisas y culturalmente adaptadas, promoviendo una intervención temprana en grupos poblacionales diversos y reduciendo las desigualdades en el diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación se fundamenta en la teoría de la reserva cognitiva, que postula que un mayor nivel educativo y la participación en actividades cognitivamente demandantes pueden proteger frente al deterioro cognitivo; por lo tanto, es necesario investigar si la funcionalidad cognitiva, la escolaridad y la edad de los participantes se relacionan con el reporte del familiar y el autoreporte de las quejas subjetivas de memoria, por tal razón, estas quejas deben corroborarse mediante análisis clínicos adicionales, como pruebas neurocognitivas, para evaluar el estado del paciente, esto fortalecería el conocimiento sobre su utilidad en distintos entornos clínicos, facilitando un diagnóstico temprano de demencias y la planificación adecuada de estrategias de tratamiento e intervención en el momento oportuno.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es determinar si la funcionalidad cognitiva, la escolaridad y la edad de los pacientes con DCL se relacionan con el reporte del familiar y el autoreporte de las quejas subjetivas de memoria, por consiguiente se considera necesario describir las características sociodemográficas, cognición global y deterioro cognitivo subjetivo de los pacientes con DCL y establecer la correlación del autoreporte de quejas cognitivas subjetivas y los años de escolaridad.

La hipótesis central del presente estudio se centra en analizar si la autopercepción cognitiva de los pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) y la

percepción cognitiva reportada por sus familiares están mediadas por variables clave como la edad y la escolaridad, reconociendo que la evaluación del DCL no solo depende de las capacidades objetivas del paciente, sino también de cómo estas son interpretadas y reportadas por el propio individuo y por quienes lo rodean; las percepciones descritas, entonces, están profundamente condicionadas por factores sociodemográficos y culturales, lo que podría afectar la precisión de los diagnósticos basados en quejas cognitivas subjetivas (QCS).

El objetivo principal del estudio es, por lo tanto, doble: en primer lugar, examinar la relación entre las QCS, la edad, la escolaridad y la funcionalidad cognitiva, y en segundo lugar, comprender cómo estas variables interactúan para influir en la discrepancia entre los autoreportes del paciente y las observaciones reportadas por sus familiares; este análisis permitirá identificar posibles patrones en la percepción y reporte de los síntomas del DCL proporcionando una visión integral de cómo estas percepciones pueden cambiar según las características del paciente y su entorno sociocultural.

Por ejemplo, es posible que las personas con mayor nivel educativo sean más conscientes de cambios sutiles en su funcionamiento cognitivo y, por lo tanto, reporten quejas de manera más precisa, sin embargo, este mismo nivel educativo podría servir como un factor compensatorio, retrasando el reconocimiento de déficits evidentes, tanto por parte del paciente como de sus familiares, ahora bien, la edad puede influir en la percepción del DCL puesto que, en personas más jóvenes las quejas podrían estar

más relacionadas con factores emocionales o psicológicos, mientras que en adultos mayores estas quejas pueden reflejar cambios neurológicos más evidentes.

En conclusión, la influencia del contexto sociocultural es particularmente relevante en América Latina, una región caracterizada por su diversidad cultural y una amplia brecha de desigualdades sociales relacionadas con el acceso a la educación y los servicios de salud que distorsionan las percepciones sobre el envejecimiento y los cambios cognitivos, afectando la forma en que los pacientes y sus familiares reportan los síntomas del DCL.

Este estudio se centra en explorar las dinámicas que subyacen en las quejas cognitivas subjetivas (QCS) y su relación con variables sociodemográficas, psicológicas y culturales, generando evidencia que permita ajustar y adaptar las herramientas de detección temprana al contexto sociocultural de América Latina, dado que la región se caracteriza por una notable diversidad cultural, desigualdades sociales y acceso desigual a servicios de salud, resulta imprescindible desarrollar métodos de evaluación que sean culturalmente sensibles y específicos para la población, al respecto, estas adaptaciones no solo aumentarán la eficacia en la identificación del deterioro cognitivo leve (DCL), sino que, también facilitarán la implementación de intervenciones más equitativas y eficaces.

La identificación de patrones y factores que influyen en las QCS, como la edad, la escolaridad, el género, y la percepción cultural del envejecimiento, contribuirá al desarrollo de estrategias diagnósticas más precisas, lo cual, permitirá no solo mejorar la sensibilidad de las herramientas actuales, sino también optimizar su aplicación en

poblaciones diversas; aquí, los métodos adaptados tendrán el potencial de captar variaciones sutiles en el deterioro cognitivo que podrían ser pasadas por alto al usar instrumentos diseñados en contextos anglosajones o en poblaciones homogéneas.

También, este enfoque multidimensional tiene el potencial de transformar significativamente la manera en que se aborda el DCL en la región al integrar factores culturales y sociales en el diseño de las herramientas de detección, se podrán identificar de manera más temprana los casos de riesgo, permitiendo intervenciones oportunas y personalizadas que respondan a las necesidades específicas de cada individuo; este tipo de intervención temprana es crucial, ya que puede retrasar la progresión del deterioro cognitivo hacia etapas más avanzadas, como la demencia, mejorando así la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Asimismo, la promoción de un envejecimiento saludable a través de diagnósticos tempranos y precisos no solo tiene implicaciones individuales, sino también sociales y económicas. En una región donde la población envejece rápidamente, contar con herramientas eficaces para la detección temprana del DCL es esencial para reducir la carga de las enfermedades neurodegenerativas en los sistemas de salud, por lo tanto, el impacto de este estudio no se limita al ámbito clínico, sino que también contribuye a la formulación de políticas públicas orientadas a mejorar el cuidado y la atención de las personas mayores en América Latina.

Contexto poblacional

En Colombia se han atendido 252.577 personas con demencia, de las cuales, el 64,1% fueron mujeres y el 35,9% fueron hombres, destacando un aumento anual de

los casos (26). Así mismo se evidencia un alto número de casos atendidos en el Sur de Colombia, específicamente en el Hospital Universitario de la ciudad de Neiva, donde se atendieron 310 casos de demencia (27). El tratamiento de una demencia puede ser más costoso que el de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer combinados, generando un costo de un trillón de dólares anuales a escala mundial (27). Así mismo, es el costo para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, debido a que este debe de ser de tipo clínico (como valoración cognitiva) y biológico (examen de la proteína beta-amiloide y tau) (28).

Siendo de alto valor monetario este tipo de pruebas y exámenes, los cuales dificultan la posibilidad de que las personas de bajos recursos económicos puedan acceder a estos marcadores clínicos. Para el caso de Colombia, existen zonas muy apartadas de los centros de atención primaria en salud donde hay limitaciones en el acceso a la salud para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, demostrando la necesidad de crear o validar herramientas e instrumentos de bajo costo y fácil movilización para rastrear tempranamente marcadores que estén asociados al envejecimiento patológico, de tal manera que se generen procesos diagnósticos en fases tempranas y se monitorice los cambios anormales en la cognición.

2. Método

Este estudio es de enfoque cuantitativo de diseño transversal de alcance correlacional (29) derivado del estudio de cohorte Surcolombiano de las Demencias.

Este estudio determina la relación entre las variables independientes (edad, escolaridad, desempeño cognitivo) y la variable dependiente (quejas cognitivas)

evaluadas a través de pruebas cognitivas estandarizadas para recolectar la información y ser analizada a través de técnicas estadísticas.

Participantes

Para este estudio se tomaron 216 participantes seleccionados de forma no probabilística del proyecto Surcolombiano de las demencias (30) que cumplieron los criterios clínicos para DCL de Petersen (31); distribuidos en 82% (177) mujeres y 18,1% (39) hombres, con media de edad 65,8 desviación 7,7, la media de escolaridad 5,8 y desviación 4,5.

Criterios de conformación de la población

Se incluyeron aquellos participantes residentes de dos departamentos del Sur de Colombia quienes fueron clasificados como adultos mayores, que tuvieran la facilidad de referir a un cuidador o informante cercano estable, además, completar el protocolo neuropsicológico de evaluación anual, así como procedimientos y entrevistas. Se excluyeron a todos los participantes que presentaran un diagnóstico de demencia, diagnóstico de depresión, exposición a tóxicos o plaguicidas, alteraciones neurológicas y traumas craneoencefálicos. El diagnóstico se asignó mediante el consenso de expertos clínicos que incluyó a neurólogo, neuropsicólogo y psiquiatra

Variables e instrumentos del estudio

Para este estudio se analizaron las variables dependientes de quejas subjetivas auto reportadas y reportadas por el familiar, siendo cuantificables a través de procesos de evaluación cognitiva mediante instrumentos estandarizados. Estas quejas subjetivas se refieren a la percepción de cambios en las funciones cognitivas, tales como:

memoria, atención y capacidades ejecutivas que reportan los propios pacientes o sus familiares, las cuales a menudo, son indicadores tempranos de procesos neurodegenerativos, especialmente en la fase preclínica, cuando los déficits cognitivos aún no son detectables mediante pruebas neuropsicológicas objetivas (32).

Para evaluar estas quejas, se utilizan herramientas estandarizadas, como cuestionarios y escalas que cuantifican la frecuencia de los problemas percibidos, entre los más usados se incluyen el Subjective Memory Complaints Questionnaire y la Escala de Quejas Subjetivas de Memoria, que han demostrado ser útiles en la detección temprana de cambios cognitivos asociados con el DCL, sin embargo, como se ha mencionado, los factores que influyen en estas percepciones pueden variar de acuerdo a aspectos psicológicos o sociodemográficos, como la edad y el nivel educativo, específicamente, en adultos mayores, estas variables pueden actuar como moduladoras en la relación entre las quejas subjetivas y el rendimiento objetivo en pruebas cognitivas (33).

Aunque las quejas subjetivas suelen asociarse a un mayor riesgo de deterioro cognitivo, su especificidad está limitada por la influencia de factores externos, como el apoyo social y las estrategias compensatorias en personas con alto nivel educativo, por lo tanto, este tipo de análisis resalta la importancia de combinar estas medidas subjetivas con evaluaciones neuropsicológicas que mejoren la precisión diagnóstica y el diseño de intervenciones preventivas (34).

Ahora bien, para identificar las quejas cognitivas subjetivas, se evalúa la memoria episódica mediante un instrumento que brinda información del reporte de

quejas asociadas a la frecuencia o cantidad de olvidos que presenta el participante, para esta medición se emplea el instrumento de la Escala de Trastornos de la Memoria (QP y QF). La escala se aplica tanto al participante como a un familiar, quienes informan con qué frecuencia ocurre cada uno de los 15 ítems formulados. Cada pregunta tiene 4 opciones de respuesta: nunca (0), rara vez (1), a veces (2) y casi siempre (3). Su objetivo es clasificar la presencia o ausencia de quejas cognitivas. El punto de corte se establece en 17 puntos, y la puntuación máxima es 45, lo que indica un nivel máximo de afectación (35).

Asimismo, se mide la variable independiente (rendimiento cognitivo) para identificar el estado funcional del participante y evaluar su relación con las quejas cognitivas subjetivas. Esto se realiza mediante los instrumentos Mini Mental State Examination (MMSE) y el Examen Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R) (36). El MMSE es el instrumento utilizado para detectar la presencia de deterioro cognitivo, siendo la escala más común en la evaluación de la función cognitiva (31). Consta de 30 ítems que evalúan recuerdo inmediato, evocación, orientación temporal y espacial, cálculo, denominación de objetos, repetición, comprensión y seguimiento de órdenes verbales y escritas. El punto de corte es >26 , y es importante destacar que las puntuaciones están altamente relacionadas con el nivel educativo de cada individuo (37).

Por otro lado, el ACE-R es una herramienta que examina la integridad de cinco dominios cognitivos: atención y orientación, memoria, fluidez verbal, lenguaje y habilidades visoespaciales (38). La versión adaptada para Colombia tiene un punto de corte de 87 puntos, con una especificidad del 90,54% y una sensibilidad del 92,72%

(36). Otras variables independientes, como la edad y el nivel educativo, se clasifican según la información proporcionada por el participante.

Procedimiento

Fase de reclutamiento: En esta fase se lleva a cabo el reclutamiento de la muestra, utilizando diversas estrategias de divulgación. Estas incluyen visitas a diferentes centros de atención para adultos mayores, la colocación de carteles en varios puntos de la ciudad y el uso de medios de comunicación. Posteriormente, se contacta a los participantes interesados y se realiza un filtro en el que se les pregunta sobre la presencia de enfermedades psiquiátricas, antecedentes de trauma craneoencefálico, demencias u otras condiciones relevantes.

Fase de evaluación: En esta fase se realiza la entrevista y evaluación neuropsicológica, es aquí donde se inicia la recolección de los datos de estudio, por lo tanto, se inicia la evaluación de todos los participantes seleccionados en la primera fase, luego de la evaluación se realiza la calificación e interpretación de los resultados obtenidos y su respectivo seguimiento (evaluación anual).

Fase de análisis de casos: Se realiza la interpretación y análisis de caso por cada una de las especialidades como psiquiatría, neuropsicología y psicología.

Fase de entrega de resultados: Se realiza entrega de los resultados a cada participante, proporcionando una explicación detallada sobre su desempeño en el examen neuropsicológico. Además, se ofrecen las recomendaciones pertinentes y, en caso necesario, se sugieren seguimientos o remisiones apropiadas.

Consideraciones éticas

Durante la implementación del presente proyecto, se consideró como pilar esencial el conocimiento y cumplimiento de las normativas éticas vigentes a nivel nacional e internacional para investigaciones en seres humanos. Entre estos se incluyeron la Declaración de Helsinki, las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, las Normas de Buenas Prácticas Clínicas, la Resolución 008430 de 1993 y la Ley 1090 de 2006, que establece el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo.

Siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki, el principal objetivo de la investigación fue generar nuevos conocimientos, priorizando los derechos e intereses de las personas participantes. Se garantizó la protección de la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la privacidad y la confidencialidad de la información personal de los individuos involucrados en el estudio. Asimismo, las personas participantes recibieron información clara y completa sobre los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales de los investigadores, beneficios esperados, riesgos potenciales, molestias asociadas al estudio y cualquier otro.

Se informó a los participantes sobre su derecho a decidir si desean formar parte del estudio y a retirar su consentimiento en cualquier momento, sin enfrentar represalias. Una vez asegurado que el individuo comprendió plenamente la información proporcionada, se solicitó su consentimiento informado y voluntario de manera adecuada, preferiblemente por escrito.

En el contexto de las investigaciones en el área de la psicología, es fundamental considerar el Código Deontológico del Psicólogo (Ley 1090 de 2006). Este establece que el psicólogo, basado en la investigación científica, debe fundamentar sus conocimientos y aplicarlos de manera válida, ética y responsable, en beneficio de individuos, grupos y organizaciones en diversos ámbitos de la vida individual y social. Además, debe contribuir al bienestar de las personas y al desarrollo de la comunidad mediante el aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos que promuevan una mejor calidad de vida.

En este marco, es esencial realizar investigaciones respetando la dignidad y el bienestar de los participantes, así como cumplir con las normas legales y los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con seres humanos. Un principio básico fue garantizar la confidencialidad de la información obtenida, la cual solo sería revelada con el consentimiento de la persona, salvo en casos excepcionales donde mantenerla podría causar un daño evidente a la persona o a terceros. Asimismo, se informó a los participantes sobre las limitaciones legales de confidencialidad.

Durante el desarrollo, publicación y uso de instrumentos de evaluación, se buscó promover el bienestar y los intereses de los participantes. Se evitó cualquier uso indebido de los resultados y se respetó el derecho de los involucrados a conocer los resultados, las interpretaciones realizadas y las bases de las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio.

La Resolución No 008430 de 1993 establece un marco para el contenido del consentimiento informado, el cual fue explicado de manera completa y clara al

participante de la investigación, asegurando que lo comprenda adecuadamente. El consentimiento informado que se utilizó en esta investigación incluyó la justificación y los objetivos, una descripción detallada de los procedimientos que se emplearon y su propósito, los beneficios que podrían derivarse de la investigación, la garantía de informar el derecho del participante a retirar su consentimiento en cualquier momento y abandonar el estudio sin que esto le cause perjuicios, la seguridad de que se protegía la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

En cuanto a los riesgos, de acuerdo con el Art. 11 de la Resolución 8430 de 1993, esta investigación representó un riesgo mínimo para la salud física, mental y emocional de los participantes, dado a que se utilizaron procedimientos habituales, como evaluaciones neuropsicológicas e intervenciones computarizadas, sin manipular la conducta de los individuos ni generar consecuencias médicas asociadas a su aplicación.

Los profesionales responsables de la investigación actuaron de manera íntegra, respetando y protegiendo los derechos de todos los participantes y, contaron con la capacitación técnica necesaria para llevar a cabo el estudio de manera exitosa. Los investigadores también declararon no tener conflictos de intereses relacionados con este proyecto.

Operacionalización de variables

Cuadro de la operacionalización de variables dependientes e independientes, ver *anexo 1*.

Para observar el instrumento evaluador de Quejas Cognitivas Subjetivas (autoreporte y reporte familiar) y Rendimiento Cognitivo, ver *anexo 2*.

La información presentada sobre las variables se puede clasificar según los tipos de escala de medición empleados de la siguiente manera:

Reporte de quejas subjetivas de memoria:

Esta variable se clasifica dentro de la escala ordinal, que es aquella que implica un orden entre las categorías, pero no necesariamente una distancia igual entre ellas. Las respuestas, que van de 0 a 3 (por ejemplo: "Nunca", "Rara vez", "A veces", "Casi siempre"), indican un orden en la frecuencia de los olvidos, pero las diferencias entre cada categoría no son cuantificables, porque, las escalas ordinales permiten clasificar datos de forma jerárquica, pero no se puede hacer un análisis matemático preciso entre los intervalos de puntuación.

Rendimiento cognitivo:

En cuanto al rendimiento cognitivo, se utilizan escalas de intervalo o de razón. Las escalas de intervalo tienen una distancia equidistante entre los valores, pero no un cero absoluto, como en el caso de la calificación de tareas como la repetición de palabras o la orientación en el tiempo y el espacio, en ese sentido, las escalas de razón tienen un cero absoluto y permiten hacer operaciones matemáticas significativas, como en el caso de contar palabras correctas o recordar números, puesto que, Las escalas de intervalo y razón permiten una medición cuantificable de los resultados.

Fluidez verbal:

Para la medición de la fluidez verbal, que evalúa la capacidad de nombrar animales o palabras dentro de un contexto fonémico, se emplea una escala de razón.

Una escala de razón implica una medida cuantificable con un cero absoluto, lo que permite realizar cálculos precisos y operaciones matemáticas válidas entre los valores, como el conteo de palabras o animales recordados.

Lenguaje:

En el caso del lenguaje, que incluye tareas como la repetición de palabras, frases y la escritura, se utilizan tanto escalas ordinales como de intervalo, es decir, las escalas ordinales son útiles cuando se clasifica la precisión de las respuestas de forma jerárquica (correcto o incorrecto), mientras que las escalas de intervalo pueden utilizarse cuando la medición implica distancias equidistantes entre los puntajes obtenidos.

Habilidades visoespaciales:

Las habilidades visoespaciales, que se miden a través de tareas como el dibujo de figuras o la identificación de objetos, utilizan escalas de razón. Estas escalas permiten realizar un conteo exacto de los puntos o respuestas correctas, con un cero absoluto que permite una medición precisa de las habilidades de los participantes.

Plan de análisis

Los análisis de datos se realizaron con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 25. Para los análisis descriptivos se calcularon medidas de tendencia central (μ) y medidas de dispersión (s) para las características sociodemográficas de los participantes, así como para las pruebas de desempeño

cognitivo. Para los análisis inferenciales se realizó un análisis de distribución de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov que determinó que las variables de quejas subjetivas de memoria presentaban un comportamiento no paramétrico. Para evaluar la concordancia entre los puntajes de la prueba de quejas familiar y paciente se realizó una correlación de Spearman. Finalmente, se realizó un análisis de Regresión Logística Binaria (RLB).

3. Resultados

La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas y los descriptivos de las pruebas cognitivas de la muestra según las puntuaciones de la escala de reporte de trastornos subjetivos de memoria en pacientes y familiares. El promedio de edad era de 65,7 (7,7), se evaluaron 177 del género femenino (81,9%). El promedio de escolaridad fue de 5,7 (4,5). La media del ACER estuvo en 78,6 (11).

Tabla 1. *Variables descriptivas*

Variable	Media (desviación estándar)
Edad	65,7 (7,7)
Género f - %	
Masculino	39 (18,1)
Femenino	177 (81,9)
Escolaridad en años	5,7 (4,5)
<i>ACER- R</i>	
Orientación	9,6 (0,6)
Atención	7 (1,4)
Memoria	18,7 (4,2)
Fluidez	8,7 (2,5)
Lenguaje	22,3 (3,1)
Visoespacial	12,4 (2,5)
ACE-R TOTAL	78,6 (11)
MMSE	26,2 (1,9)
<i>Escala de Reporte de Quejas</i>	

Pacientes	16,7 (8,2)
Familiar	14 (8)

Nota: Addenbroke's Cognitive Examination- R (ACE-R); Mini Mental State Examination (MMSE).

La Tabla 2 informa que las pruebas cognitivas (MMSE y ACE-R) están moderadamente correlacionadas entre sí, lo que respalda su validez. Las quejas tanto de familiares como de pacientes están inversamente correlacionadas con los resultados de estas pruebas, lo que significa que mejores resultados en las evaluaciones cognitivas tienden a asociarse con menos quejas. Además, existe una concordancia entre lo que perciben los familiares y los pacientes respecto a los problemas cognitivos. Este análisis sugiere que tanto las evaluaciones objetivas como las percepciones subjetivas (de familiares y pacientes) están interrelacionadas.

Tabla 2. *Concordancia entre variables cognitivas y subjetivas*

Variable	1	2	3	4
1. MMSE	-			
2. ACE-R	0,548**	-		
3. Quejas familiares	-0,145*	-0,181**	-	
4. Quejas pacientes	-0,208**	-0,264**	0,505**	-

(*) ($p < 0.05$) significativo

(**) ($p < 0.01$) altamente significativo

El aumento en la edad se asocia con un incremento de las probabilidades de tener "quejas familiares", así, por cada año adicional de edad, las probabilidades de quejas familiares aumentan en un 3,8%. La prueba de bondad de ajuste de R cuadrado de Nagelkerke con un valor de 0,065 indica que el 6,5% de la variabilidad en la variable quejas cognitivas subjetivas familiares se explican por las variables independientes del modelo (Tabla 3).

Tabla 3. *Regresión logística para variable dependiente quejas familiares*

Variable	B	Error estándar	Wald	p	OR	I.C 95% Inferior	Superior
Edad	0,038	0,017	4,946	0,026	1,038	1,004	1,073
Sexo	-0,087	0,301	0,083	0,773	0,917	0,508	1,654
Escolaridad en años	-0,045	0,027	2,924	0,087	0,956	0,907	1,007
MMSE	-0,089	0,071	1,588	0,208	0,915	0,797	1,051
ACE-R	0,001	0,014	0,004	0,950	1,001	0,975	1,028
Constante	-1,271	2,100	0,366	0,545	0,281		

Los análisis de regresión logística (Tabla 4) para la variable dependiente quejas pacientes muestran que mayor escolaridad en años se asocia con una disminución en la probabilidad de que el paciente tenga quejas cognitivas subjetivas, cada año adicional de escolaridad reduce las probabilidades de quejas cognitivas subjetivas en un 5,9%. El valor R cuadrado de Nagelkerke= 0,081 muestra que las variables independientes del modelo explican la variabilidad en las probabilidades de tener quejas cognitivas subjetivas en el paciente en un 8,1%. Por otra parte, al analizar la variable sexo, no se evidenció una relación significativa con las quejas cognitivas subjetivas.

Tabla 4. *Regresión logística para variable dependiente quejas pacientes*

Variable	B	Error estándar	Wald	p	OR	I.C 95% Inferior	Superior
Edad	0,012	0,015	0,703	0,402	1,012	0,984	1,042
Sexo	-0,258	0,267	0,936	0,333	0,772	0,458	1,303
Escolaridad en años	-0,061	0,023	7,176	0,007	0,941	0,900	0,984
MMSE	-0,078	0,060	1,669	0,196	0,925	0,822	1,041
ACE-R	-0,010	0,011	0,835	0,361	0,990	0,969	1,012
Constante	1,714	1,845	0,862	0,353	5,549		

El análisis de regresión logística presentado en la Tabla 4 muestra cómo las variables edad, sexo, escolaridad, MMSE y ACE-R se relacionan con las quejas cognitivas subjetivas reportadas por los pacientes. Los resultados indican que la escolaridad tiene una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.007$) con las quejas cognitivas, de manera específica, por cada año adicional de escolaridad, la probabilidad de reportar quejas cognitivas subjetivas disminuye en un 5.9% ($OR = 0.941$, IC 95% [0.900, 0.984]); lo anterior encaja con la teoría de la reserva cognitiva, que sugiere que un mayor nivel educativo puede ayudar a los individuos a desarrollar estrategias que compensen el deterioro cognitivo, cubriendo los síntomas perceptibles durante las primeras etapas de la enfermedad.

En complemento, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo y las quejas cognitivas subjetivas ($p=0.333$), aunque estudios previos sugieren que las mujeres tienden a reportar más quejas cognitivas que los hombres, posiblemente debido a diferencias en factores psicológicos o socioculturales, como una mayor prevalencia de ansiedad o preocupación por la salud. Los resultados afirman que esto si podría estar influido por características específicas de la muestra o por el tamaño de la misma, de igual manera, la edad tampoco mostró un efecto significativo ($p=0.402$) es decir que, aunque en este modelo las variables mencionadas si tienen un impacto sobre el deterioro cognitivo, este puede variar dependiendo de otros factores sociodemográficos.

Por otro lado, las evaluaciones cognitivas (MMSE y ACE-R) no revelaron asociaciones significativas con las quejas cognitivas subjetivas ($p>0.05$), lo que, podría

deberse a que estas herramientas, aunque útiles para identificar déficits cognitivos objetivos, no necesariamente capturan la percepción subjetiva o el nivel de deterioro, en resumen, el modelo explica un 8.1% de la variabilidad en las quejas cognitivas subjetivas, según el R^2 de Nagelkerke cuyo valor sugiere que hay otros factores no considerados en el modelo que podrían influir en la percepción de las quejas cognitivas, como por ejemplo: el estado emocional, la calidad de vida y el entorno sociocultural .

En resumen, los hallazgos de los resultados refuerzan la importancia de la escolaridad como un factor protector frente al reporte de quejas cognitivas subjetivas, posiblemente por el efecto de la reserva cognitiva, de igual manera se destaca la necesidad de incorporar más variables al análisis para comprender mejor las dinámicas entre el sexo, la edad y las quejas subjetivas, especialmente considerando la evidencia que vincula las diferencias de género con patrones específicos en los reportes del deterioro cognitivo (32), por lo tanto, se recomienda explorar estas relaciones con muestras diversas que tengan un mayor control sobre las variables psicológicas y culturales para obtener una visión más amplia del fenómeno en estudio.

4. Discusión

En los resultados del estudio se determinó que la edad y escolaridad son dos factores que influyen en la funcionalidad cognitiva de los participantes y, que las quejas cognitivas subjetivas auto reportadas y reportadas por el familiar tienen un valor significativo al momento en que el participante presente una deficiencia cognitiva patológica, el cual coincide, con algunas investigaciones (39–41) donde indican que las

QCS proporcionadas por los informantes ofrecen información relevante sobre el envejecimiento normal, es decir, asociadas a la edad. También, se ha identificado que el envejecimiento es un factor de riesgo para desarrollar DCL, el cual está en línea con la investigación de Li et al. (42) el cual reportó que, a mayor edad, mayor es la probabilidad de desarrollar DCL, demostrando que las personas de mayor edad presentan más quejas cognitivas subjetivas, además de un menor rendimiento en las pruebas neuropsicológicas.

Al analizar las QCS reportadas por el familiar de los participantes con DCL de la población del presente estudio se evidenció que, a pesar de la baja escolaridad caracterizada en la muestra, se presentan resultados similares con los reportados por algunos estudios (43–45), los cuales indican que el familiar percibe cambios en la funcionalidad cognitiva del participante en relación al aumento de la edad.

Por consiguiente, en la variable educación se encontraron diferencias en el reporte de QCS en los participantes con alta escolaridad que en el reporte de QCS en los participantes con baja escolaridad, presentando mayor reporte los participantes de baja escolaridad, mientras que los participantes de alta escolaridad presentaron menos quejas, estos resultados coinciden con lo referido por el autor Amieva H et al. (13) quien indica que el nivel de educación afecta el tipo de QCS, adicionando que se deben de tener en cuenta las variables sociodemográficas en las que se desenvuelve el participante con DCL, de acuerdo con lo anterior, el participante con DCL genera estrategias para prevenir el olvido, es decir, los distintos tipos de mecanismos compensatorios, por lo tanto, son diferentes las estrategias que generan las personas de baja escolaridad en comparación con las de alta escolaridad (12,14,46).

Por otra parte, se encontró que los participantes que reportan menos quejas cognitivas subjetivas pero que poseen alta escolaridad, pueden presentar mayor dificultad en la detección temprana de los cambios neuropatológicos, resultados que coinciden con el estudio de Lövdén, et al. (47) donde adiciona que esta baja percepción de rendimiento cognitivo es debido a la facilidad de acceso a herramientas facilitadoras como lo serían, recordatorios, alarmas, equipos tecnológicos, que se convierten en estrategias de compensación, sin embargo, estas quejas cognitivas si son reportadas por el familiar o cuidador.

Los resultados coinciden con la hipótesis inicial, demostrando que la autopercepción cognitiva y la percepción cognitiva del familiar, tienen relación con la edad y el nivel de escolaridad del adulto mayor, siendo sensibles a los cambios cognitivos que presenta el participante con DCL, estando en línea con los estudios previos (6,48). Generando la posibilidad de conocer los posibles factores de riesgo que se pueden presentar y que permiten identificar marcadores que estén asociados al envejecimiento patológico brindando un diagnóstico en fases tempranas, llegando a disminuir la probabilidad de evolucionar a demencia, teniendo en cuenta los signos de alarma de las quejas subjetivas auto reportadas y reportadas por los familiares (13).

Aclarando que este estudio aporta al conocimiento en la identificación de las diferencias que hay entre el reporte de las QCS del participante y del familiar, dado que, el factor de la edad se asocia más al reporte del familiar, mientras que, para el participante el reporte de quejas se relaciona más con la escolaridad. Es así, que por cada año adicional de edad las probabilidades de quejas cognitivas subjetivas por parte del familiar aumentan en un 3,8%, mientras que, por cada año de escolaridad en los

participantes, se reducen las probabilidades de presentar quejas cognitivas subjetivas en un 5,9 %.

5. Conclusiones

En este trabajo se determinó que la funcionalidad cognitiva, la escolaridad y la edad de los pacientes con DCL se relacionan con el reporte del familiar y el autoreporte de las quejas cognitivas subjetivas. Lo más importante de determinar es que las quejas cognitivas subjetivas reportadas por el familiar están relacionadas con la variable edad, es decir, se perciben los cambios cognitivos de acuerdo al aumento de la edad, mientras que las quejas cognitivas subjetivas autoreportadas están relacionadas con la escolaridad, siendo un hallazgo significativo para el conocimiento, porque permite conocer la diferencia entre el reporte de QCS del participante y el familiar teniendo en cuenta la percepción de cada uno, coincidiendo con la hipótesis planteada.

Asimismo, se concluye que las variables de edad y escolaridad influyen en la funcionalidad cognitiva del participante, lo cual se evidencia en el desempeño en las pruebas neuropsicológicas. Se resalta la importancia de las quejas cognitivas subjetivas (QCS) autorreportadas y reportadas por el familiar, debido a que estas pueden ayudar a identificar el inicio del deterioro cognitivo leve (DCL), permitiendo diferenciar las deficiencias cognitivas propias de un envejecimiento sano de las asociadas a un envejecimiento patológico.

Es por esto que, una comprensión completa de las características de las QCS como herramienta de identificación temprana de riesgo de deterioro cognitivo, conlleva

a futuro, implicaciones considerables tanto para el ámbito clínico como para la investigación.

6. Limitaciones del estudio

Este estudio se sugiere analizarse a partir de las siguientes limitaciones, el proceso de conformación de la muestra no probabilística, siendo más prevalente la participación del género femenino y acudiendo a los procesos de evaluación personas con baja y muy baja escolaridad de sectores socioeconómicos bajos, pueden influir en la generalización de los resultados; los resultados obtenidos en este estudio destacan la relevancia de la escolaridad como un factor protector frente al reporte de quejas cognitivas subjetivas, claro está que como también evidencian limitaciones en el análisis de ciertas variables como el sexo y la edad, que mostraron asociación significativa pero que, según estudios previos, podrían estar influidas por factores psicológicos y socioculturales aún no explorados a profundidad.

En este sentido, se recomienda que investigaciones futuras amplíen el análisis de estas variables incorporando muestras heterogéneas, que permitan un mayor control sobre las variables culturales, psicológicas y sociodemográficas. A nivel metodológico se considera pertinente emplear metodologías mixtas que combinen evaluaciones objetivas con enfoques cualitativos, lo que proporcionaría una comprensión integral del fenómeno.

Referencias

1. Rahman-Filipiak AM, Giordani B, Heidebrink J, Bhaumik A, Hampstead BM. Self- and informant-reported memory complaints: Frequency and severity in cognitively intact individuals and those with mild cognitive impairment and neurodegenerative dementias. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2018;65(3):1011–27.
2. Begum A, Dewey M, Hassiotis A, Prince M, Wessely S, Stewart R. 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. *Psychol Med*. 2014;44(9):1977–87.
3. Fastame MC. Are subjective cognitive complaints associated with executive functions and mental health of older adults? *Cogn Process*. 2022 Aug 1;23(3):503–12.
4. Parfenov VA, Zakharov VV, Kabaeva AR, Vakhnina NV. Subjective cognitive decline as a predictor of future cognitive decline a systematic review. *Dementia e Neuropsychologia*. 2020 Jul 1;14(3):248–57.
5. Baars MAE, Van Boxtel MPJ, Dijkstra JB, Visser PJ, Van Den Akker M, Verhey FRJ, et al. Predictive value of mild cognitive impairment for dementia: The influence of case definition and age. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2009 Mar;27(2):173–81.
6. Alagoa João A, Maroco J, Ginõ S, Mendes T, De Mendonça A, Martins IP. Education modifies the type of subjective memory complaints in older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Feb 1;31(2):153–60.
7. Ibanez A, Maito M, Botero-Rodríguez F, Fittipaldi S, Coronel C, Migeot J, et al. Healthy aging meta-analyses and scoping review of risk factors across Latin America reveal large heterogeneity and weak predictive models. *Nat Aging*. 2024 Aug 1;
8. Moguilner S, Baez S, Hernandez H, Migeot J, Legaz A, Gonzalez-Gomez R, et al. Brain clocks capture diversity and disparities in aging and dementia across geographically diverse populations. *Nat Med [Internet]*. 2024 Aug 26; Available from: <https://www.nature.com/articles/s41591-024-03209-x>
9. Argyropoulou V, Delgado JB. Health, Memory Complaints and Cognitive Performance in Older Adults: Relationship Analysis. *Hell J Nucl Med*. 2019;22.
10. Farias ST, Lau K, Harvey D, Denny KG, Barba C, Mefford AN. Early Functional Limitations in Cognitively Normal Older Adults Predict Diagnostic Conversion to Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2017 Jun 1;65(6):1152–8.

11. Numbers K, Lam BCP, Crawford JD, Kochan NA, Sachdev PS, Brodaty H. Longitudinal changes in participant and informant reports of subjective cognitive complaints are associated with dementia risk. *Front Aging Neurosci.* 2023;15.
12. Azar M, Chapman S, Joyce J, Schultheis M, Zhang Z, Waltrip L, et al. Education as a Moderator of Help Seeking Behavior in Subjective Cognitive Decline. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2023 Jul 1;37(3):184–8.
13. Amieva H, Mokri H, Le Goff M, Meillon C, Jacqmin-Gadda H, Foubert-Samier A, et al. Compensatory mechanisms in higher-educated subjects with Alzheimer's disease: A study of 20 years of cognitive decline. *Brain.* 2014;137(4):1167–75.
14. Zahodne LB, Stern Y, Manly JJ. Differing effects of education on cognitive decline in diverse elders with low versus high educational attainment. *Neuropsychology.* 2015 Jul 1;29(4):649–57.
15. Ryu SY, Kim A, Kim SY, Park KW, Park KH, Youn YC, et al. Self- and informant-reported cognitive functioning and awareness in subjective cognitive decline, mild cognitive impairment, and very mild Alzheimer disease. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2020 Jan 1;35(1):91–8.
16. Rodríguez D, Ayers E, Weiss EF, Verghese J. Cross-Cultural Comparisons of Subjective Cognitive Complaints in a Diverse Primary Care Population. *Journal of Alzheimer's Disease.* 2021;81(2):545–55.
17. Numbers K, Crawford JD, Kochan NA, Draper B, Sachdev PS, Brodaty H. Participant and informant memory-specific cognitive complaints predict future decline and incident dementia: Findings from the Sydney memory and ageing study. *PLoS One.* 2020 May 1;15(5).
18. Zlatar ZZ, Muniz M, Galasko D, Salmon DP. Subjective cognitive decline correlates with depression symptoms and not with concurrent objective cognition in a clinic-based sample of older adults. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences.* 2018;73(7).
19. Rabin LA, Smart CM, Amariglio RE. Subjective Cognitive Decline in Preclinical Alzheimer's Disease. 2017; Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816->
20. Tank R, Diaz A, Ashford MT, Miller MJ, Eichenbaum J, Aaronson A, et al. Examining Demographic Factors, Psychosocial Wellbeing and Cardiovascular Health in Subjective Cognitive Decline in the Brain Health Registry Cohort. *Journal of Prevention of Alzheimer's Disease.* 2024 May 1;11(3):787–97.
21. Oliver MD, Morrison C, Kamal F, Graham J, Dadar M. Subjective cognitive decline is a better marker for future cognitive decline in females than in males. *Alzheimers Res Ther.* 2022 Dec 1;14(1).

22. Heser K, Kleineidam L, Wiese B, Oey A, Roehr S, Pabst A, et al. Subjective cognitive decline may be a stronger predictor of incident dementia in women than in men. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2019;68(4):1469–78.
23. Berezuk C, Khan M, Callahan BL, Ramirez J, Black SE, Zakzanis KK. Sex differences in risk factors that predict progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2023 May 15;29(4):360–8.
24. Hill NL, Mogle J, Bhargava S, Whitaker E, Bhang I, Capuano AW, et al. Differences in the associations between memory complaints and depressive symptoms among black and white older adults. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*. 2020 Mar 9;75(4):783–91.
25. Berwald S, Roche M, Adelman S, Mukadam N, Livingston G. Black African and Caribbean British Communities' perceptions of memory problems: "We don't do dementia." *PLoS One*. 2016 Apr 1;11(4).
26. Boletín de salud mental Demencia Subdirección de Enfermedades No Transmisibles Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental Bogotá, Octubre de 2017 [Internet]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
27. Alvis-Peña DJ, Gonzales-Ceron J, Valero-Granados LM, Calderón-Franco CH, Alvis-Peña MP, Peña-Mazabel OS. Epidemiología de los trastornos mentales en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (2017-2018). *ACTA MEDICA PERUANA*. 2021;38(1).
28. Dubois B, Villain N, Frisoni GB, Rabinovici GD, Sabbagh M, Cappa S, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: recommendations of the International Working Group. Vol. 20, *The Lancet Neurology*. Lancet Publishing Group; 2021. p. 484–96.
29. Fundamentales C, Científico DM. Metodología de la Investigación Conceptos Fundamentales del Método Científico [Internet]. Available from: <https://explorable.com>
30. Bonilla-Santos J, González-Hernández A, Cala-Martínez DY, Gómez-Morales DF, Calceto-Garavito LN, Forero-Aldana AE, et al. Prevalence of Mild Cognitive Impairment in Southern Regions of Colombia. *J Alzheimers Dis Rep*. 2023 Dec 29;7(1):1455–64.
31. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment report of the guideline development, dissemination, and implementation. *Neurology*. 2018 Jan 1;90(3):126–35.
32. Carlos Mias, Belen Causse. Quejas Subjetivas de memoria, desempeño objetivo y funciones neuropsicológicas relacionadas. [Internet]. Vol. 21. 2021. 1–19 p. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-7857-4950>,

33. Orjuela C, Bedolla L, María A, Montes S, Moreno-Quintero C. 1-8 Revista Neuropsicología Latinoamericana. 2024;16(1):1–8.
34. Markova H, Andel R, Stepankova H, Kopecek M, Nikolai T, Hort J, et al. Subjective Cognitive Complaints in Cognitively Healthy Older Adults and Their Relationship to Cognitive Performance and Depressive Symptoms. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2017;59(3):871–81.
35. Lara Useche E, Pineda Salazar DA, Henao Arboleda E, Arboleda Ramírez A, Aguirre Acevedo DC, Lopera Restrepo F. Descripción del desempeño en memoria semántica en una muestra de la población antioqueña. *Rev Neurol [Internet]*. 2006;42(05):272.
36. Bonilla-Santos J, González-Hernández A, Sierra-Barón W, Gómez-Acosta A, Cala-Martínez DY. Evidence of validity and reliability of the Colombian version of Addenbroke's Cognitive Examination Revised (ACE-R). *Aging Ment Health*. 2024;28(5):812–8.
37. de La Frontera Chile Henao-Arboleda U, Camilo D. *Revista Chilena de Neuropsicología*. *Revista Chilena de Neuropsicología [Internet]*. 2010;5(3):214–26. Available from: www.neurociencia.cl
38. So M, Foxe D, Kumfor F, Murray C, Hsieh S, Savage G, et al. Addenbrooke's Cognitive Examination III: Psychometric Characteristics and Relations to Functional Ability in Dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2018 Sep 1;24(8):854–63.
39. 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. Vol. 82, *Ageing Research Reviews*. Elsevier Ireland Ltd; 2022.
40. Derouesné C, Lacomblez L, Thibault S, LePoncin M. Memory complaints in young and elderly subjects. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(4):291–301..
41. Comijs HC, Deeg DJH, Dik MG, Twisk JWR, Jonker C. Memory complaints; the association with psycho-affective and health problems and the role of personality characteristics A 6-year follow-up study [Internet]. Vol. 72, *Journal of Affective Disorders*. 2002. Available from: www.elsevier.com/locate/jad
42. Li G, Toschi N, Devanarayan V, Batrla R, Boccato T, Cho M, et al. The age-specific comorbidity burden of mild cognitive impairment: a US claims database study. *Alzheimers Res Ther*. 2023 Dec 1;15(1).
43. Díaz R, Marulanda F, Martínez M. Prevalencia del deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores de 65 años en una población urbana colombiana. *Acta Neurológica Colombiana [Internet]*. 2013 [cited 2024 Oct 20];29(3):141–51.

Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-874820130003000003&script=sci_arttext

44. Arce Rentería M, Vonk MJ, Felix G, Avila JF, Zahodne LB, Dalchand E, et al. Illiteracy, dementia risk, and cognitive trajectories among older adults with low education. *Neurology*. 2019 Dec 10;93(24):E2247–56.
45. Nakhla MZ, Cohen L, Salmon DP, Smirnov DS, Marquine MJ, Moore AA, et al. Self-reported subjective cognitive decline is associated with global cognition in a community sample of Latinos/as/x living in the United States. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2021;43(7):663–76.
46. Domínguez Chávez CJ. Estado cognitivo y estrategias de compensación de memoria en personas adultas mayores. *Horizonte Sanitario*. 2021 Jul 3;20(3):427–33.
47. Lövdén M, Fratiglioni L, Glymour MM, Lindenberg U, Tucker-Drob EM. Education and Cognitive Functioning Across the Life Span. *Psychological Science in the Public Interest*. 2020 Aug 1;21(1):6–41.
48. Godinho F, Maruta C, Borbinha C, Pavão Martins I. Effect of education on cognitive performance in patients with mild cognitive impairment. *Applied Neuropsychology:Adult*. 2021;