

Relación entre las quejas subjetivas de memoria y el reporte familiar en pacientes con demencia de tipo Alzheimer

ALLEGRI, R. F.*; TARAGANO, E.*; FELDMAN, M.*; HARRIS, P.*; NAGLE, C.**

* Servicios de Neurología y de Neuropsicológica (SIREN). Hospital Universitario CEMIC. ** Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET). Buenos Aires. Argentina.

Relation between patient's memory complaints and informant reports in dementia of Alzheimer's type

Resumen

Introducción: Los sujetos que envejecen se «quejan» de sus olvidos, los cuales pueden ser normales o el síntoma de inicio de la enfermedad de Alzheimer. El objetivo del presente trabajo fue estudiar en controles normales, en sujetos con deterioro de memoria asociado a la edad (DAME) y en pacientes con Demencia de tipo Alzheimer (DTA) la importancia de esta queja, el reporte de su familiar y el rendimiento en las baterías objetivas de memoria.

Material y método: 73 pacientes (41 DMAE; y 32 DTA) y 30 controles fueron evaluados con un Cuestionario de Memoria Subjetiva, una Batería Objetiva de Memoria y la Escala de Depresión de Hamilton.

Resultados: La queja es significativamente mayor en los sujetos con DMAE. La queja de los pacientes no se correlacionó con la edad, la escolaridad, el sexo, el MMSE ni con las pruebas objetivas de memoria pero sí con la escala de depresión de Hamilton. El cuestionario completado por el familiar correlaciona con las pruebas de memoria pero no con la escala de depresión del paciente.

Conclusiones: Estos resultados responderían a los rasgos ansioso-depresivos en los controles y DMAE o a la anosognosia en los pacientes dementes. El reporte familiar es el mejor predictor del rendimiento mnésico del paciente.

Palabras clave: Memoria. Quejas subjetivas. Demencia. DMAE. Alzheimer. Envejecimiento. Informante. Cuidador. Olvido. Anosognosia.

Summary

Introduction: Reduced ability to remember facts and events of everyday life is a common complaint in the elderly and is also the first sign of Alzheimer's disease (AD). The present research was designed to study the interrelationship between severity of memory complaints (MC), informant report, and performance in memory tests.

Material and methods: Seventy three (73) patients (41 age associated memory impairment (AAMI), and 32 Alzheimer's disease) and 30 normal controls were studied using the Subjective Memory Questionnaire (modified version), an objective memory battery and the Hamilton depression scale.

Results: Age Associated Memory Impairment subjects reported more severe MC ($p < 0.001$). No relationship was found between severity of MC and age, sex or educational level. Patient's MC didn't correlate with objective memory battery. A strong correlation was found with Hamilton depression score. Caregiver memory reports correlated with objective memory performances.

Conclusion: Depressive features in AAMI and anosognosia in dementia patients would explain these results. These data suggest that informant report is the best predictor of patient's memory performance.

Key words: Memory. Complaints. Dementia. AAMI. Alzheimer. Elderly. Informant. Caregiver. Forgetfulness. Anosognosia.

La alta prevalencia de sujetos que se «quejan» de sus olvidos (1) parecería indicar que, en muchos casos, éste es un fenómeno normal relacionado al envejecimiento; sin embargo, los mismos son también el síntoma inicial de la demencia de tipo Alzheimer (2). Es necesario por lo tanto, para un estudio detallado del problema, contar con herramientas apropiadas para el diagnóstico diferencial entre ambos grupos (2, 3).

La «queja» de olvidos se encuentra en el 50% de los sujetos normales de más de 50 años y en el 66% de los mayores de 75 años (4). La demencia de tipo Alzheimer tiene una prevalencia del 1,5% entre los 65 y 69 años y del 29,9% entre los 90 y 94 años (5).

Las «quejas» subjetivas de pérdida de la memoria que presentan los pacientes no se correlacionan (4, 6-11) o lo hacen escasamente (12) con el rendimiento en las baterías de memoria, pero sí lo hace con los rasgos ansioso-depresivos del paciente (7, 9, 11, 13, 14). Otros autores han encontrado que se correlacionan con el rendimiento objetivo sólo cuando se excluyen los pacientes dementes y los depresivos (1).

El objetivo del presente trabajo fue estudiar en sujetos normales y en pacientes con demencia de tipo Alzheimer la percepción de sus olvidos, compararla con el reporte del familiar y correlacionar éstos con el rendimiento de memoria y los rasgos ansiosos y depresivos del paciente.

TABLA I Datos demográficos

	Normales	DMAE	DTA	ANOVA F	p
N	30	41	32		
Edad	66,3 (9,1)	65,4 (8,9)	69,5 (8,8)	3,1	NS
Escolaridad	12,3 (4,1)	12,1 (3,9)	11,9 (4,5)	2,6	NS
Sexo (h/m)	14/16	13/28	8/24		
MMSE	29,1 (0,8)	28,7 (1,0)	21,6 (4,8)*		

Referencias: los datos están expresados en media (desviación estándar). Edad y escolaridad expresadas en años. N: número de sujetos. DMAE: deterioro de memoria asociado a la edad. DTA: demencia de tipo Alzheimer. MMSE: Mini Mental State Exam (Folstein, 1975). NS: no significativo. * $p < 0,001$.

MATERIAL Y MÉTODO

Fueron seleccionados de nuestro Servicio (SIREN-CEMIC) 41 sujetos que cumplieran con los criterios de Deterioro de Memoria Asociado a la Edad (DMAE) (15), 32 pacientes con diagnóstico de Demencia de tipo Alzheimer (DTA) (16) y 30 controles (familiares de pacientes) apareados por edad y escolaridad. Como criterios de exclusión se consideraron la historia de alcoholismo y los antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas (depresión mayor, psicosis, etc).

A todos se les efectuó una evaluación inicial (paso 1) que incluyó una entrevista neurológica, y una extensa batería neuropsicológica (el Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE, del inglés Mini Mental State Examination) (17), la Escala de deterioro global (GDS, del inglés Global Deterioration Scale) (18), la batería SIREN de memoria serial (19), la versión Buenos Aires del test de vocabulario de Boston (20), el test de fluencia verbal (21), el trail making test (22), la escala de inteligencia de Wechsler (23) y la escala de depresión (24).

En aquellos pacientes con resultados patológicos en los tests neuropsicológicos estandarizados (2 desvíos estándar por debajo de la media establecida para sujetos normales, comparables en edad y nivel de educación), se completó obligatoriamente el estudio etiológico (paso 2) a través del Laboratorio completo (rutina, eritrosedimentación, VDRL, TSH, T3, T4, estudio sérico de vitamina B12 y folatos), y neuroimágenes (Tomografía Computada o Resonancia Magnética Cerebral).

Para cuantificar la «queja subjetiva de olvidos» de los pacientes se realizó la adaptación al castellano del Cuestionario de Memoria Subjetiva (CMSp) modificado por Derouesne et al (7). Cada una de las preguntas (anexo 1) va dirigida a un tipo de procesamiento cognitivo (1= atención, 2= memoria episódica, 3= memoria prospectiva, 4 y 5= memoria semántica, 6= memoria procedural y 7 y 8= orientación).

Sobre la base de éste se desarrolló un protocolo de preguntas similares que debía llenar el familiar acerca de los olvidos del paciente (CMSfam).

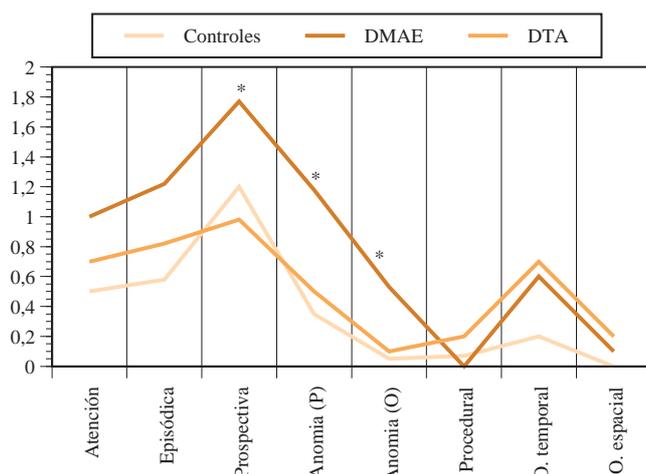
ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados están expresados en media (desvío estándar). Los promedios fueron comparados a través de un análisis de varianza (ANOVA). Para las correlaciones se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Alpha = 0,05 (BMDP Statistical software) (25).

RESULTADOS

Las poblaciones estudiadas son comparables en edad y escolaridad, el funcionamiento cognitivo global –evaluado por medio del MMSE– es similar entre controles y DMAE y, como es esperable, significativamente menor en los pacientes con DTA. Los datos demográficos están expuestos en la tabla I.

Cuestionario de Memoria Subjetiva completado por los pacientes (CMSp): la queja de pérdida de la memoria en los sujetos con DMAE ($7,7 \pm 2,1$) es significativamente mayor que la de los controles ($4,3 \pm 1,4$) ($p < 0,001$), y más alta pero no significativa en el grupo con DTA ($5,3 \pm 2,8$).



Referencias: Puntaje promedio de cada una de las preguntas del Cuestionario de Memoria Subjetiva en sujetos controles, DMAE y DTA. * $p < 0,005$.

FIG. 1.—Preguntas del Cuestionario de Memoria Subjetiva en las diferentes subpoblaciones (controles, DMAE y DTA).

TABLA II Correlación entre los resultados del CMS –queja de olvidos– de los pacientes, el CMS –impresión de los familiares acerca de la memoria de los pacientes– y las pruebas objetivas de los pacientes

	CMS del paciente (puntaje total)	CMS del familiar (puntaje total)
MMSE	0,1450 (NS)	-0,3712*
Pruebas de memoria		
• Recuerdo inmediato de una historia	0,1319 (NS)	-0,3640*
• Recuerdo diferido de una historia	0,0852 (NS)	-0,3915 **
• Aprendizaje de una lista de 12 palabras	0,1021 (NS)	-0,4812 ***
• Recuerdo diferido de la lista	-0,0192 (NS)	-0,4783***
• Reconocimiento	0,1415 (NS)	-0,4216**
Escala de depresión (Hamilton)	0,3826**	0,1213 (NS)

Referencia: Prueba de correlación de Spearman. Alpha= 0,05. Significación: NS: no significativo; * p < 0,01; ** p < 0,005; *** p < 0,001.

El 84% de los pacientes con DTA concurren a la primera consulta acompañados por sus familiares, a pesar de encontrarse en estadios muy incipientes de la enfermedad (ver MMSE en tabla I). Los sujetos con DMAE, por el contrario, concurren acompañados sólo en el 22% de los casos.

En las poblaciones en estudio no hay correlación entre la severidad del puntaje total del CMSp del sujeto con la edad (r: -0,067), ni con la escolaridad (r: 0,1114), ni con el sexo (r: 0,0983).

Si estudiamos por separado cada una de las preguntas del CMSp y comparamos los resultados de los grupos, sólo los sujetos con DMAE tienen resultados significativamente mayores (p < 0,005) en aquellos ítems dirigidos a memoria prospectiva (planificación de eventos futuros) y memoria semántica (nombre de objetos o personas) (Fig. 1).

La queja subjetiva de olvidos en los pacientes (CMSp) no se correlaciona con el MMSE (17) ni con las pruebas de memoria; la correlación sí es significativa con la escala de depresión (24).

Cuestionario de memoria subjetiva completado por el familiar (CMSfam): cuando el familiar informa sobre el paciente, los resultados totales se correlacionan significativamente con el MMSE y con las pruebas de memoria del paciente pero no con la escala de depresión (tabla II).

Si comparamos la opinión del paciente y la del familiar acerca de la falla de memoria del paciente, se obtiene un índice de anosognosia (IA) (26) (A: falta de reconocimiento de enfermedad por parte del paciente; IA = CMSfam del familiar - CMSp del paciente/CMS del familiar).

El IA es negativo en los DMAE (-1,3), el paciente se queja más que lo que reporta el familiar, y positivo para la enfermedad de Alzheimer (0,43), el familiar se queja más de lo que percibe el paciente.

DISCUSIÓN

Pasados los sesenta y cinco años, la mayor parte de los adultos se quejan de que su memoria «ya no es más la

de antes». La declinación física y mental parecerían ser las marcas características del envejecimiento (26). En la esfera cognitiva esta fue llamada por Kral «olvido benigno de la senectud» (27), por Crook «deterioro de memoria asociado a la edad» (15) y actualmente se habla de «declinación cognitiva relacionada a la edad» (28).

En nuestro trabajo los sujetos normales que consultaban por su problema de memoria (DMAE) tenían mayor sensación de olvidos que la población general, y habitualmente concurrían solos y motivados por sí mismos a la consulta, como lo han referido otros autores (1-3, 7). Contrariamente, los sujetos con demencia de tipo Alzheimer se quejaban menos, minimizaban o intentaban racionalizar sus olvidos y eran traídos por sus familiares quienes habían notado el deterioro en la memoria (29).

Como describieron Derouesne et al (7, 11) no se encontró una mayor queja subjetiva en relación con la edad o la escolaridad. Kral (27) habla de una mayor queja con los años pero su población era muy heterogénea. Con respecto a las diferencias de sexo, si bien el número de pacientes con queja de pérdida de memoria es significativamente mayor en las mujeres, cuando llegan a la consulta no existen diferencias en la severidad de la queja entre hombres y mujeres.

La queja de pérdida de la memoria de los pacientes no correlacionó con los resultados objetivos de la batería neuropsicológica en ninguno de los grupos estudiados. Esto es similar salvo uno (30) a lo encontrado en estudios previos (4, 6, 31-33). En nuestra población no se incluyeron pacientes con depresión mayor (según DSM-IV) (28). La escala de Hamilton (24) se utilizó para medir los rasgos ansioso-depresivos que correlacionaron con la severidad de la queja en los sujetos normales o DMAE. Esta relación fue descrita en pacientes depresivos (34, 35), en enfermedad cerebral orgánica (6) y en sujetos normales (7, 36, 37). Otros factores psicoafectivos han sido relacionados como el estrés (32), la sintomatología neurótica (38) y el neuroticismo como rasgo de personalidad (7, 39).

Dentro de los subítems del cuestionario de memoria subjetiva, los sujetos con DMAE se quejan significativamente más de sus olvidos que los controles y los Alzhei-

mer en lo referente a su memoria prospectiva (recordar aquello que debemos hacer en el futuro, ej: llamar por teléfono a alguien). Esta forma de memoria según diferentes autores se deteriora con el envejecimiento normal y se relaciona con el lóbulo frontal (40, 41). No fue incluido en nuestro protocolo un test objetivo de memoria prospectiva, pero no encontramos correlación con pruebas objetivas frontales como el trail making B o la fluencia verbal.

Cuando el familiar informa acerca de cómo ve al paciente, los resultados se correlacionan significativamente con los rendimientos mnésicos de éste, demostrando que es mucho más importante en esta población la información que puede darnos el familiar que la anamnesis del propio paciente. Esto es consistente con otros trabajos (42-48) que sugieren que el reporte de colaterales permite detectar deterioros cognitivos muy leves. Si observamos el índice de anosognosia, nuevamente los sujetos controles y los DMAE sobrealoran sus déficits, en cambio los pacientes con demencia de tipo Alzheimer subestiman o niegan sus trastornos (47, 49).

La queja del paciente ha sido incluida en el «olvido benigno de la senectud» (27), la «declinación cognitiva relacionada a la edad» (28), y más recientemente en el «deterioro cognitivo leve» (48). Sin embargo, la subjetividad del paciente la hacen poco consistente como para ser considerada como un criterio diagnóstico, debiéndose destacar la opinión del informante para definir el deterioro cognitivo leve.

Un sujeto no puede ser objetivo con su propio rendimiento, este conocimiento es modificado por los rasgos ansioso-depresivos en los DMAE o por la anosognosia en los dementes. La preocupación familiar es más significativa que la del propio paciente y puede ser tomado como un signo de alarma precoz en la consulta clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jonker C, Launer LJ, Hooijer C, Lindeboom J. Memory complaints and memory impairment in older individuals. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:44-9.
2. Laurent B, Allegrí RE, Anterion C. La Memoria y el Envejecimiento. En: Mangone CA, Allegrí RE, Arizaga RL, Ollari CA, eds. *Demencias: Enfoque Multidisciplinario*. Buenos Aires: Sagitario; 1997.
3. Laurent B, Anterion C, Allegrí RE. *Memorie et demence*. *Rev Neurol (Paris)* 1998;154(Supl 2):S33-49.
4. Loewenthal ME, Berkman PL, Beuhler JA, Pierce RC, Robinson BC, Trier ML. *Aging and mental disorders*. San Francisco: Jossey Bass; 1967.
5. Hofman A, Rocca WA, Brayne C, Bretler MM, Clarke M, Cooper B, et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of the 1980-1990 findings. EURODEM Prevalence Research Group. *Int J Epidemiol* 1991;20:736-48.
6. Khan RL, Zarit SH, Hilbert NM, Niederehe G. Memory complaint and impairment in the aged. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:1569-73.
7. Derouesne C, Alperovich A, Arvay N, Migeon P, Moulin F, Vollant M, Rapin JR, Le Poncin M. Memory complaints in the elderly: a study of 367 community-dwelling individuals from 50 to 80 years old. *Arch Gerontol Geriatr* 1989;9(Supl 1):151-63.
8. Christensen H. The validity of memory complaints by elderly persons. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991;6:307-12.
9. Tierney MC, Szalai JP, Snow WG, Fisher RH. The predictor of Alzheimer's disease. The role of patient and informant perceptions of cognitive deficits. *Arch Neurol* 1996;53:423-7.
10. Riedel-Heller SG, Matschinger H, Schrock A, Angermeyer MC. Do memory complaints indicate the presence of cognitive impairment? -Results of a field study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249:197-204.
11. Derouesne C, Lacomblez L, Thibault S, LePoncin M. Memory complaints in young and elderly subjects. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:291-301.
12. Bennet-Levy J, Powell GE. The Subjective Memory Questionnaire (SMQ). An investigation into the self reporting of «real life» memory skills. *Br J Soc Clin Psychol* 1980;19:177-88.
13. Zarit SH, Cole KD, Guider RL. Memory training strategies and subjective complaints of memory in the aged. *Gerontologist* 1981;21:148-54.
14. Schofield PW, Jacobs D, Marder K, Sano M, Stern Y. The Validity of New Memory Complaints in the Elderly. *Arch Neurol* 1997;54:756-9.
15. Crook T, Bartus RT, Ferris SH, Whitehouse P, Cohen GD, Gershon S. Age-associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical changes - report of a National Institute of Mental Health Work Group. *Develop Neuropsychol* 1986;2:261-76.
16. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Service Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984;34:939-44.
17. Folstein MS, Folstein SE, McHugh PR. «Mini Mental State». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
18. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The global deterioration scale of assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1982;139:1136-9.
19. Allegrí RE, Harris P, Drake M, Mangone CA, Arizaga RL. Memoria en la Enfermedad de Alzheimer y en la Enfermedad de Parkinson: Estudio del aprendizaje serial, recuerdo con claves y reconocimiento. *Rev Neurol Arg* 1998;23:19-24.
20. Allegrí RE, Mangone CA, Rymberg S, Fernandez A, Taragano FE. Spanish version of the Boston naming Test in Buenos Aires. *Clin Neuropsychol* 1997;11:416-20.

21. Benton AL. Differential behavioral effects in frontal lobe disease. *Neuropsychologia* 1968;5:53-60.
22. Reitan RM. Validity of the Trail Making Test as an indication of organic brain damage. *Percept Mot Skills* 1958;8:271-4.
23. Wechsler D. Test de inteligencia para adultos (WAIS). Buenos Aires: Paidós; 1988.
24. Hamilton M. A rating scale in depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
25. Dixon WJ. BMDP Statistical software. University of California (UCLA). PC 90; 1990.
26. Tamaroff L, Allegrí RE. Introducción a la Neuropsicología Clínica. Buenos Aires: Argentum Editora; 1995.
27. Kral VA. Neuropsychiatric observation in an old people home. Study of memory dysfunction in senescence. *J Gerontol* 1958;13:169-76.
28. DSM IV - American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC; 1994.
29. Bouchard RW, Rossor M. Typical clinical features. En: Gauthier S. Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease. London: Martin Duniz ed; 1996. p. 35-50.
30. Riege WH. Self report and tests of memory aging. *Clin Gerontol* 1982;1:23-6.
31. Gurland BJ, Fleiss JL, Goldberg K, Sharpe L, Copeland JRM, Kelleher MJ, et al. Memory complaints and impairment in the age. The effect of depression and altered brain function. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:1569-73.
32. Broadbent DE, Cooper PF, Fitzgerald P, Parkes KR. The cognitive failure questionnaire (CFQ) and its correlates. *Brit J Clin Psychol* 1982;21:1-16.
33. Gliewski MJ, Zelinski EM. Questionnaire assessment of memory complaints. En: Poon LW, ed. Handbook for clinical memory assessment of older adults. Washington DC: American Psychological Association; 1986. p. 93-107.
34. Niederehe G, Yoder C. Metamemory perceptions in depressions of young and older adults. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:4-14.
35. Popkin SJ, Gallagher D, Thomson LW, Moore M. Memory complaint and performance in normal and depressed older adults. *Exp Aging Res* 1982;8:141-5.
36. Crook TH, Larrabee GJ. A self rating scale for evaluating memory in everyday life. *Psychol Aging* 1990;5:48-57.
37. Pointreud J, Malbezin M, Guez D. Self rating and psychometric assessment of age-related changes in memory among young elderly managers. *Dev Neuropsychol* 1989;5:285-94.
38. West RL, Boatwright LK, Schleser R. The link between memory performance, self-assessment and affective status. *Exp Aging Res* 1984;10:197-200.
39. Costa PT, McCrae RR. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well being: Happy and unhappy people. *J Personal Soc Psychol* 1980;38:668-78.
40. Cherry KE, LeCompte DC. Age and individual differences influence prospective memory. *Psychol Aging* 1999;14:60-76.
41. West R, Craik FI. Age related decline in prospective memory: the roles of cue accessibility and cue sensitivity. *Psychol Aging* 1999;14:264-72.
42. Morris JC, McKeel DW, Storandt M, Rubin EH, Price JL, Grand EA, et al. Very mild Alzheimer's disease: Informant based clinical, psychometric and pathologic distinction from normal aging. *Neurology* 1991;41:469-78.
43. Jorm AF, Korten AE. Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview. *Br J Psychiatry* 1988;152:209-13.
44. Kukull WA, Larson EB. Distinguishing Alzheimer's disease from other dementias. Questionnaire responses of close relatives and autopsy results. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:521-7.
45. Koss E, Patterson MB, Ownby R, Stuckey JC, Whitehouse PJ. Memory evaluation in Alzheimer's disease. Caregivers' appraisals and objective testing. *Arch Neurol* 1993;50:92-7.
46. Mackinnon A, Mulligan R. Combining cognitive testing and informant report to increase accuracy in screening for dementia. *Am J Psychiatry* 1998;155:1529-35.
47. Kolter-Cope S, Camp CJ. Anosognosia in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1995;9:52-6.
48. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999;56:303-8.
49. Derouesne C, Thibault S, Lagha-Perucci S, Baudouin-Madec V, Ancrì D, Lacombez L. Decreased awareness of cognitive deficits in patients with mild dementia of Alzheimer type. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:1019-30.

Correspondencia:
Ricardo E. Allegrí
Servicio de Investigación y Rehabilitación
Neuropsicológica (SIREN), CEMIC
Galván 4102
(1431) Ciudad de Buenos Aires. Argentina
E-mail: allegrí@jede.net

ANEXO 1

Cuestionario de Memoria Subjetiva para el paciente (CMSp) (de Mc Nair y Kahn, 1984 modificado por Derouesne et al) (7). Adaptación al castellano

1. ¿Pierde el curso de su pensamiento cuando alguien lo interrumpe mientras lee o mira televisión?
2. ¿Tiene dificultades para encontrar dónde dejó sus anteojos, llaves o papeles?
3. ¿Necesita escribir una lista para recordar mensajes, citas o números de teléfono?
4. ¿Tiene dificultades para recordar los nombres de las personas que usted conoce?
5. ¿Tiene dificultad para pensar en los nombres de objetos de uso diario?
6. ¿Tiene dificultades para colocar la llave en la cerradura, usar herramientas, tijeras, coser, o zurcir?
7. ¿Se olvida la fecha del mes o del día de la semana?
8. ¿Tiene dificultades en reconocer lugares comunes?

El cuestionario consta de 8 preguntas acerca del rendimiento mnésico, las cuales deben ser valoradas como 0 = nunca, 1 = a veces, 2 = siempre. El puntaje máximo es 16.

Nota: Cada una de las preguntas va dirigida a un tipo de procesamiento cognitivo (1 = atención, 2 = memoria episódica, 3 = memoria prospectiva, 4 y 5 = memoria semántica, 6 = memoria procedural y 7 y 8 = orientación).

Modificación del CMS para la evaluación indirecta de la memoria paciente a través del interrogatorio a un familiar (CMSfam)

1. ¿Pierde el paciente curso de su pensamiento cuando alguien lo interrumpe mientras lee o mira televisión?
2. ¿Tiene dificultades para encontrar donde dejó sus anteojos, llaves o papeles?
3. ¿Necesita escribir una lista para recordar mensajes, citas, o números de teléfono?
4. ¿Tiene dificultades para recordar los nombres de las personas que conoce?
5. ¿Tiene dificultad para pensar en los nombres de objetos de uso diario?
6. ¿Tiene dificultades para colocar la llave en la cerradura, usar herramientas, tijeras, coser, o zurcir?
7. ¿Se olvida la fecha del mes o del día de la semana?
8. ¿Tiene dificultades en reconocer lugares comunes?

Las preguntas deben ser valoradas como 0 = nunca, 1 = a veces, 2 = siempre.