



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

CURSO 2022 - 2023

Trabajo Fin de Máster

“Quejas subjetivas de memoria: repercusión de la sintomatología prefrontal, afectiva y psicosomática, el abuso sexual infantil, la calidad de sueño y la edad en mujeres de 18 a 55 años”

Autora: María Rodríguez Aguilar

Tutora: Olga Pellicer Porcar

Cotutor: Sergio Molina Rodríguez

Código de la Oficina de Investigación Responsable: 230208032101

Convocatoria: septiembre de 2023

Índice

Resumen	3
Abstract	4
1. Introducción	5
1.1 QSM y abuso sexual infantil	8
1.2 QSM y calidad de sueño	9
1.3 QSM y edad	9
1.4 QSM y sintomatología prefrontal	10
1.5 QSM y sintomatología afectiva y psicósomática	11
1.6 Objetivos e hipótesis	12
1.6.1 Planteamiento del problema	12
1.6.2 Objetivos	13
1.6.3 Hipótesis	14
2. Método	14
2.1 Participantes	14
2.2 Variables e instrumentos	15
2.3 Diseño y procedimiento	18
2.4 Análisis estadístico	19
3. Resultados	20
4. Discusión	25
5. Referencias bibliográficas	29
6. Apéndice A	39



Resumen

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre las quejas subjetivas de memoria (QSM) y la experimentación de eventos adversos traumáticos, la edad, las funciones ejecutivas, la calidad del sueño y las variables relacionadas con el estado psicopatológico en una muestra de 421 mujeres de entre 18 y 55 años. El instrumento de medida para las QSM fue el MFE – 30; para los eventos adversos traumáticos (abuso sexual infantil) fue el CTQ – SF; para la edad se utilizó un instrumento *ad hoc*; para las funciones ejecutivas (sintomatología prefrontal) fue el ISP – 20; para la calidad de sueño fue el PSQI; y para el estado psicopatológico (sintomatología afectiva y psicósomática) fue el LSB – 50. El análisis de los datos se realizó mediante regresión múltiple, creando diversos modelos a partir de las variables predictoras propuestas para que estos modelos indicaran el % de varianza explicada respecto a las QSM. Los resultados confirmaron la asociación directamente proporcional y significativa entre las variables predictoras propuestas y las QSM, excepto la edad, la cual no fue significativa. Las limitaciones del estudio se comentan en la discusión del presente documento. El presente trabajo pretende aportar datos científicos novedosos acerca de la interacción entre las QSM y diversas variables predictoras en mujeres adultas, de 18 a 55 años, con el fin de ampliar el conocimiento científico referido a la posible asociación entre estas variables.

Palabras clave: quejas subjetivas de memoria, abuso sexual infantil, calidad de sueño, sintomatología prefrontal, sintomatología afectiva y psicósomática.

Abstract

The aim of the present study was to determine the relationship between subjective memory complaints (SMC) and the experience of traumatic adverse events, age, executive functions, sleep quality and variables related to psychopathological state in a sample of 421 women aged 18-55 years. The measurement instrument for QSM was the MFE - 30; for traumatic adverse events (child sexual abuse) was the CTQ - SF; for age an ad hoc instrument was used; for executive functions (prefrontal symptomatology) was the ISP - 20; for sleep quality was the PSQI; and for psychopathological state (affective and psychosomatic symptomatology) was the LSB - 50. The data analysis was carried out using multiple regression, creating different models based on the proposed predictor variables so that these models would indicate the % of variance explained with respect to the QSM. The results confirmed the directly proportional and significant association between the proposed predictor variables and QSM, except for age, which was not significant. The limitations of the study are discussed in the discussion of this paper. This paper aims to provide novel scientific data on the interaction between QSM and several predictor variables in adult women, aged 18-55 years, to expand scientific knowledge regarding the possible association between these variables.

Keywords: subjective memory complaints, child sexual abuse, sleep quality, prefrontal symptomatology, affective and psychosomatic symptomatology.

Introducción

El cerebro se constituye como la principal base de importantes funciones, como las cognitivas, sensoriomotrices... Una de las principales funciones cognitivas es la memoria, cuya función es necesaria para la correcta interacción persona - entorno.

La memoria se define como el proceso psicológico cuya función es codificar la información almacenada en el cerebro y recuperar la misma cuando se necesita (Ballesteros, 2010; González et al., 2013). La memoria puede verse afectada por multitud de causas, y en sus diferentes procesos, adquisición, consolidación o recuperación. Cada día son más las personas que consultan por déficits de memoria, en concreto hay un fenómeno que en los últimos años ha despertado un creciente interés debido a que ha aumentado bastante su frecuencia, no solo en población anciana sino también en adultos jóvenes, son las quejas subjetivas de memoria (QSM).

Las QSM se definen como *la percepción de alteraciones (recuerdo y/o retención) de la memoria que afecta al desarrollo cotidiano de las personas*. Algunos de estos problemas pueden ir desde la orientación temporoespacial hasta acordarse del nombre de personas o lugares (López Guerra et al., 2022; Pellicer et al., 2014; Sánchez-Arenas et al., 2023). Por otro lado, es también relevante definir los tres aspectos claves de las QSM: quejas (creencia o juicio de valor propio de la persona) subjetivas (meta memoria o conocimiento de la propia memoria) de memoria (olvidos cotidianos y otros problemas de las funciones cognitivas) (Montenegro, 2015). Estos olvidos cotidianos se pueden dividir en tres categorías: olvidos retrospectivos, prospectivos y relacionados con el presente (Montejo & Montenegro, 2006).

Las QSM son un fenómeno común en la vejez, aumentando la prevalencia de las mismas a medida que aumenta la edad. Además, el interés sobre el desarrollo de estas aumenta a partir de los 50

años (Casanova - Sotolongo et al., 2004; Jacinto et al., 2014; Steinberg et al., 2013). Por otro lado, el fenómeno de las QSM en personas jóvenes es menos estudiado. Sin embargo, desde hace unos años la incidencia en jóvenes ha ido en aumento, por lo que su estudio en profundidad se hace cada vez más necesario, ya que, además, es posible que aspectos como el desempeño laboral y/o social o la autoeficacia se vea afectada ante la autopercepción de problemas de memoria (Pearman, 2009).

Respecto a las diferencias de las QSM entre la población adulta joven y mayor, un estudio halló que las personas mayores referían mayores QSM y mayores confusiones transitorias. En cambio, las personas adultas jóvenes percibían mayores problemas de memoria gracias a la puntualización de sus despistes por parte de personas de su entorno, tomando nota de los errores para evitar repetirlos (Ginó et al., 2010). En otro estudio, aunque las puntuaciones entre personas adultas jóvenes y mayores eran similares, los adultos jóvenes evaluaban sus QSM como más importantes y de mayor duración (Derouesné et al., 1999).

El presente trabajo se ha centrado en mujeres debido a que algunos estudios han hallado una asociación entre el sexo femenino y las QSM (Blazer et al., 1997; Montenegro et al., 2013). Además, otros estudios no hallaron asociación entre las QSM y el sexo (Jozami Nassif & Nieto Barthaburu, 2016; Mendes et al., 2008). Además, existe contradicción acerca de su mayor prevalencia: ¿hombres o mujeres?. Varios estudios obtuvieron mayor prevalencia en mujeres (Holmen et al., 2013; Montenegro et al., 2013).

Las cifras de estudios nacionales e internacionales (Tabla 1) ponen de manifiesto la magnitud del problema y justifican la necesidad de llevar a cabo más investigaciones científicas, sobre todo en adultos jóvenes.

Tabla 1.*Prevalencia de las QSM en diferentes muestras poblacionales*

Estudio	Prevalencia (%) de QSM	Edad muestra	Otros detalles relevantes
Ponds et al. (1987)	29,4% ^a 33,9% ^b	^a 25 – 35 años ^b 40 – 50 años	-
Jonker et al. (2000)	25 – 50%	-	-
Minett et al. (2008)	21%	≥ 50 años	-
Montejo et al. (2011)	32,4%	≥ 64 años	aumentando en un 24% a los 65 – 69 años aumentando en un 57% a partir de los 90 años
Fritsch et al. (2014)	27,1%	≥ 65 años	-
Carillo - Mora et al. (2017)	96% ^a 53% ^b	≥ 60 años ^{a b}	^a al menos una QSM; ^b QSM significativa (más de cinco)
Akyol et al. (2020)	72,2%	≥ 40 años	-
Garrido - Chaves et al. (2021)	20,6% ^a 23,5% ^b	^a 18 – 34 años ^b 55 – 75 años	^a adultos jóvenes ^b personas mayores

Existen instrumentos psicométricos que permiten una medición objetiva de las QSM en personas adultas jóvenes, entre los cuales se destacan: *Cognitive Failures Questionnaire* (Broadbent et al., 1982); *Memory Failures Everyday* (Sunderland et al., 1984); *Memory Functioning Questionnaire* (Gilewski et al., 1990); y *Metamemory in Adulthood Questionnaire* (Dixon & Hulstsch, 1983), entre otros. El más utilizado en general y en población española es el *Memory Failures Everyday*, cuya consistencia interna en población española tiene propiedades excelentes ($\alpha = 0,93$) (Lozoya et al., 2012).

En cuanto a las causas de las QSM en adultos jóvenes, son varias las hipótesis estudiadas, pero en la mayoría de los casos se apunta una interacción entre los olvidos y el entorno social (Cromwell et al., 1994, citado en Montenegro et al., 2013).

Las QSM en adultos jóvenes han sido estudiadas en mayor medida con variables como la sintomatología prefrontal (García-Herranz & Díaz-Mardomingo, 2018; Molina-Rodríguez et al., 2018), ciertos síntomas afectivos y psicosomáticos (ansiedad, depresión y estrés) (Metternich et al., 2009; Molina-Rodríguez et al., 2018; Pellicer-Porcar et al., 2014; Zapater-Fajarí et al., 2022); y

variables de personalidad (Pedrero-Pérez & Ruiz-Sánchez de León, 2013). Sin embargo, no hay apenas literatura científica que estudie la relación entre las QSM y el abuso sexual infantil o la calidad de sueño, por lo que estas variables van a ser objeto de estudio en el presente trabajo, junto con las variables mencionadas anteriormente, las cuales están referidas al funcionamiento ejecutivo y a la sintomatología de tipo afectivo y psicósomática. A continuación, se exponen los principales hallazgos que recoge la literatura científica que relaciona las QSM con las variables recién comentadas.

QSM y abuso sexual infantil (ASI)

La asociación entre las QSM y el ASI en personas adultas sigue siendo un campo sin explorar debido a la prácticamente inexistencia de estudios que analicen la asociación entre ambas variables. A pesar de ello, cabe recalcar la existencia de estudios que analizan la asociación entre el ASI y diversos tipos de memoria, hallando la siguiente evidencia: impacto del ASI en la memoria de trabajo en hombres al involucrarse emociones negativas (Chiasson et al., 2021); asociación entre el ASI y los fallos de memoria autobiográfica (Chiasson et al., 2022; Wolf & Nochajskib, 2022); peor memoria a CP en abusados/as durante la adolescencia (14 - 17 años) que en la infancia temprana (3 - 5 años) (Dunn et al., 2016); continuas menciones de déficit de memoria en mujeres abusadas (Jacobs-Kayam & Lev-Wiesel, 2019). Sin embargo, hay un estudio que halló que la memoria explícita en mujeres no se veía deteriorada (Stein et al., 1999).

En resumen, los estudios hallados concuerdan en la existencia de un impacto de la experimentación del ASI en diversos aspectos de la memoria. Es clave también mencionar el hecho de que el factor de riesgo no es el suceso en sí, sino la interpretación personal dada (Vázquez et al., 2016).

QSM y calidad de sueño (CS)

No se ha encontrado bibliografía específica que estudie la asociación entre las QSM y la CS en personas jóvenes. En personas mayores se ha descrito una asociación entre las QSM y una mala CS (Kang et al., 2015). Otro estudio en personas mayores halló una asociación entre una peor CS general y diversos aspectos relacionados con las QSM, como dificultad para recordar dónde se halla un objeto o hechos específicos leídos en ejercicios de lectura (Gamaldo et al., 2019). En otro trabajo se halló una asociación significativa entre las variables incluidas en el *Pittsburgh Sleep Quality Index* (Buysse et al., 1989) y la frecuencia general de olvidos y la gravedad de los mismos (QSM) en personas mayores de 50 años (Siddharth et al., 2020). En personas menores de 65 años, una investigación halló que los valores altos en la alteración de la CS predecían las QSM (Broden & Lundblad, 2018).

En resumen, estos estudios coinciden en la existencia de una asociación entre la alteración del sueño y la de memoria. Esto recalca la utilidad del papel de los factores del estilo de vida, como el sueño, para la caracterización de las QSM (Miley-Akerstedt et al., 2019).

QSM y edad

La asociación entre las QSM y la edad en personas jóvenes es un área poco estudiada, destacando diferencias entre esta población y las personas mayores. Sin embargo, existen ciertas contradicciones en la asociación entre ambas variables en adultos jóvenes. Varios estudios hallaron una asociación directa entre la edad y las QSM (Montejo et al., 2010; Montenegro et al., 2013). Sin embargo, otro estudio no halló asociación entre ambas variables (Mendes et al., 2008). En comparación con las personas mayores, existen diferencias claves entre estas y los adultos jóvenes (García-Martínez & Sánchez-Cánovas, 1993).

En resumen, se necesita realizar mayores estudios que analicen la asociación entre ambas variables debido a la falta de consenso. Por otro lado, se ha de destacar que la prevalencia de las QSM aumenta a medida que aumenta la edad (Montejo et al., 2011; Ponds et al., 1997).

QSM y sintomatología prefrontal (SP)

La asociación entre las QSM y la SP en personas jóvenes es un área estudiada en mayor medida, siendo la atención la variable más destacada en los estudios.

En primer lugar, es clave comprender el concepto de SP, la cual se refiere a la relacionada con el lóbulo frontal, concretamente con la corteza prefrontal (CP). Esta región se caracteriza por ser la base de funciones como el juicio personal propio o la adhesión a las normas sociales, entre otras (Andreatta, 2020), pero también por su relación con los procesos emocionales, conductuales y cognitivos. Esta corteza se subdivide en tres regiones, con sus respectivas funciones: dorsolateral (procesos cognitivos superiores), ventromedial (toma de decisiones, regulación comportamental...) y orbital (regulación emocional y cognitivo - social...).

La SP es un tipo de sintomatología neuropsicológica que afecta, como se ha mencionado, a tres grandes campos de la actividad humana: emociones, cogniciones y conductas. La alteración en cualquiera de los tres niveles mencionados afecta negativamente la forma de vivir de la persona. A niveles prácticos, en la SP se fundamentan tres síndromes clásicos: desinhibición, apatía y disejecución (Ruiz et al., 2012).

Por un lado, se evidenció que las personas adultas jóvenes con QSM presentaban problemas de rendimiento atencional y ejecutivo, así como mayor SP. Además, destaca una fuerte correlación entre las QSM y la SP, así como una relación directa entre los problemas atencionales y ejecutivos y las QSM (Molina-Rodríguez et al., 2018; Pedrero-Pérez & Ruiz-Sánchez de León, 2013; Ruiz-Sánchez

de León et al., 2010; 2014). Por otro lado, un estudio en personas mayores (60 – 90 años) halló una correlación entre las QSM y el funcionamiento ejecutivo y atencional (García-Herranz & Díaz-Mardomingo, 2018).

Uno de los instrumentos más utilizados para medir la SP es el *Inventario de Síntomas Prefrontales - Versión Abreviada*, el cual presenta tres escalas: problemas en el control comportamental, emocional y en la conducta social. En relación con estas escalas, existe evidencia de una asociación entre el control comportamental (atención y ejecución), social (desinhibición e impulsividad) y emocional y las QSM (López et al., 2022; Molina-Rodríguez et al., 2018; Pedrero-Pérez & Ruiz-Sánchez de León, 2013; Ríos, 2017; Ruiz-Sánchez de León et al., 2010; 2014). Entre las tres escalas, se destaca, sobre todo, la asociación con el control comportamental.

En resumen, las alteraciones a nivel atencional y ejecutivo pueden provocar que la persona cometa errores cotidianos, condicionando su vida. Las QSM son resultado de la autopercepción de fallos y del impacto de una inadecuada gestión atencional y ejecutiva (Pedrero-Pérez & Ruiz-Sánchez de León, 2013).

QSM y sintomatología afectiva y psicósomática (SAP)

La asociación entre las QSM y la sintomatología afectiva y psicósomática en personas adultas es un campo de estudio ya iniciado, pero con un recorrido limitado a determinados síntomas. Los síntomas depresivos, ansiógenos o estresores son los síntomas más estudiados, destacándose la falta de estudios de otros síntomas que podrían ser claves para la predicción de las QSM.

Diversas investigaciones han relacionado la presencia de QSM en personas jóvenes con la presencia de sintomatología depresiva (Holmen et al., 2013; Loprinzi, 2019; Schweizer et al., 2017; Zapater-

Fajarí et al., 2022); ansiógena (Holmen et al., 2013; Pellicer-Porcar et al., 2014; Zapater-Fajarí et al., 2022) o estresora (Molina-Rodríguez et al., 2016; 2018). Existe cierta contradicción entre qué predictor sería clave para las QSM: ¿depresión o ansiedad? (Montenegro et al., 2013; Pellicer-Porcar et al., 2014). Por ejemplo, la depresión, controlando la sintomatología ansiógena, se convierte en el único factor predictor de las QSM (Zapater, 2022). Incluso, hay autores que consideran a la depresión como el único elemento predictor de QSM en adultos jóvenes (Derouesné et al., 1999). Por último, cabe añadir que en un estudio se halló una asociación entre las QSM y las quejas psicósomáticas (Metternich et al., 2009; Pellicer-Porcar et al., 2014).

Uno de los instrumentos más utilizados para medir este tipo de sintomatología es el *Listado de Síntomas Breve*, el cual presenta siete escalas: psicorreactividad, ansiedad, hostilidad, somatización, depresión, sueño estricto y ampliado (alteraciones del sueño junto a manifestaciones ansiógenas y/o depresivas); dos subescalas: hipersensibilidad (excesiva focalización en la relación interpersonal y en la autovaloración) y obsesión – compulsión; y dos índices de validez: minimización y maximización de los síntomas. En relación con estas escalas y subescalas, no existe evidencia alguna de la asociación entre las QSM y la minimización y/o la maximización de los síntomas, la hostilidad y la hipersensibilidad. En relación con las demás escalas de este instrumento, existe asociación entre las QSM y la obsesión - compulsión (Pearman, 2009; Pellicer-Porcar et al., 2014); y existe una predicción significativa de las QSM a partir de la psicorreactividad (Pellicer-Porcar et al., 2014).

En resumen, los estudios concuerdan en la asociación entre las QSM y el estado de ánimo, considerando la sensibilidad de estas ante el estado de ánimo bajo (Comijs et al., 2002).

Objetivos e hipótesis

Planteamiento del problema

Las QSM son un hecho común no solo en las personas mayores, sino también en los adultos jóvenes. Sin embargo, el limitado conocimiento de las QSM en esta población dificulta la detección y abordaje de las mismas. Existe evidencia mínima del impacto en las QSM por parte de variables como el abuso sexual infantil, al centrarse en aspectos como memoria de trabajo, autobiográfica...; o la calidad de sueño, debido a la prácticamente inexistencia de estudios en adultos jóvenes. Por otro lado, se ha de destacar la existencia de mayor evidencia en la interacción entre las QSM y la sintomatología prefrontal, afectiva y psicósomática. A pesar de la existencia o no de información en cada una de estas variables, existe concordancia unánime del impacto de las QSM a nivel social, personal, laboral... de la persona que las padece, produciéndose por ello una alteración importante en su funcionamiento cotidiano.

Por lo tanto, en la presente investigación se ha formulado las siguientes variables predictoras de las QSM: abuso sexual infantil, calidad de sueño, edad, sintomatología prefrontal; y sintomatología afectiva y psicósomática.

Objetivos

El principal objetivo del presente estudio es determinar la relación entre las QSM y la experimentación de eventos adversos traumáticos, la edad, las funciones ejecutivas, la calidad del sueño y las variables relacionadas con el estado psicopatológico.

Los objetivos específicos son:

- a. Analizar y determinar la relación entre las QSM y el abuso sexual infantil
- b. Analizar y determinar la relación entre las QSM y la calidad de sueño
- c. Analizar y determinar la relación entre las QSM y la edad
- d. Analizar y determinar la relación entre las QSM y los problemas en la conducta social

- e. Analizar y determinar la relación entre las QSM y los problemas en el control emocional
- f. Analizar y determinar la relación entre las QSM y los problemas en el control comportamental
- g. Analizar y determinar la relación entre las QSM y los síntomas afectivos y psicosomáticos.

Hipótesis

La hipótesis relacionada con el objetivo principal del estudio plantea la existencia de una asociación entre las QSM y las variables planteadas en mujeres adultas de 18 a 55 años.

Posteriormente, se exponen las hipótesis (H) relacionadas con los objetivos específicos:

- a. H1: mayores niveles de QSM indicarán mayores niveles en el abuso sexual infantil
- b. H2: mayores niveles de QSM indicarán mayores niveles en la calidad de sueño
- c. H3: mayores niveles de QSM indicarán mayores niveles en la edad
- d. H4: mayores niveles de QSM indicarán mayores niveles en los problemas en la conducta social
- e. H5: mayores niveles de QSM indicarán mayores niveles en los problemas de control emocional
- f. H6: mayores niveles de QSM indicarán mayores niveles en los problemas en el control comportamental
- g. H7: mayores niveles de QSM indicarán mayores niveles en los síntomas afectivos y psicosomáticos.

Método

Participantes

El total de participantes reclutados en el presente trabajo fue de 421 participantes ($M = 32,63$; $DT = 12,843$) de sexo femenino y pertenecientes a la población general. El rango de edad de la muestra total se hallaba entre los 18 y 55 años. La edad más frecuente fue 18 años ($N = 40$) (9,5% de la muestra) y las menos frecuentes fueron 29 y 42 años ($N = 2$) (0,5% cada grupo de edad).

Variables e instrumentos

En el presente estudio se ha definido, como variable dependiente (VD), las quejas subjetivas de memoria (QSM), siendo las variables independientes (VI) la sintomatología prefrontal (SF), la calidad de sueño (CS), la sintomatología afectiva y psicósomática (SAS) y el abuso sexual infantil (ASI). En conjunto, se pretende determinar si las QSM se ven influidas por las diversas VI propuestas en el estudio. Por último, también se añadió la edad como variable independiente.

Los instrumentos seleccionados en el presente estudio se eligieron por diversos motivos, destacando su continuo uso en la realidad práctica y profesional; su facilidad de aplicación; y sus excelentes propiedades psicométricas, cuyas consistencias internas eran buenas y excelentes (>0.80 & >0.90). El tipo de administración de los diversos instrumentos ha sido *intra sujetos* y el nivel de medida de las variables incluidas en el análisis efectuado es de tipo cuantitativo.

Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE; *Memory Failures Everyday*: Sunderland et al., 1984).

El MFE - 30 evalúa la existencia de quejas subjetivas de memoria percibidas en la vida cotidiana. Consta de 30 ítems con una escala de respuesta Likert, el cual varía de 0 (nunca o casi nunca) a 4 (siempre o casi siempre), cuyas puntuaciones permiten obtener dos índices. Por otro lado, el MFE - 30 presenta una única escala, la cual es: quejas subjetivas. El coeficiente de

consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido en población española es de 0,93 (Lozoya et al., 2012).

Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ - SF; *The Childhood Trauma Questionnaire - Short Form*: Bernstein et al., 2003) - Dimensión: abuso sexual

El CTQ - SF es una versión abreviada del cuestionario CTQ, la evalúa la experimentación de sucesos traumáticos durante el período de infancia y adolescencia. La versión abreviada consta de 28 ítems con un formato de respuesta Likert, el cual varía de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo). Estos ítems se agrupan en cinco subescalas: abuso sexual, físico, emocional, negligencia física y emocional. En el presente estudio se escogen solamente los ítems (20, 21, 23, 24, 27) referidos al abuso sexual (tipo de maltrato infantil en el que un niño sin edad de consentimiento es sexualmente abusado por una persona sexualmente madura que participa en cualquier acto de naturaleza sexual para obtener una gratificación sexual) (SCOSAC, 1984; citado en Stavrou, 2019). El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) (abuso sexual) obtenido en población española es de 0,94 (Hernández et al., 2013).

Datos sociodemográficos

En el presente estudio se recogió solamente la información referida a la edad de las participantes como datos sociodemográficos.

Índice de la Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI; *Pittsburgh Sleep Quality Index*; Buysse et al., 1989).

El PSQI evalúa el grado de calidad de sueño general durante el mes previo. Consta de 24 ítems, de los cuales 19 han de ser contestados por la persona encuestada. Mientras, los 5 ítems restantes, en el caso de haber, por el/la compañero/a de habitación de la misma. El coeficiente de

consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido en población española es de 0,81 (Royuela & Macías, 1997).

Inventario de Síntomas Prefrontales - Versión Abreviada (ISP - 20; Pedrero - Pérez & Ruiz - Sánchez de León, 2019).

El ISP - 20 es una versión abreviada del cuestionario ISP, la cual evalúa la existencia de síntomas relacionados con el mal funcionamiento prefrontal en la vida cotidiana. La versión abreviada consta de 20 ítems con un formato de respuesta Likert, el cual varía de 0 (nunca o casi nunca) a 4 (siempre o casi siempre). Estos ítems están agrupados en tres escalas y sin subescalas, las cuales son: problemas en el control comportamental (atención, planificación y memoria demorada), emocional (toma de decisiones, resolución de problemas e inhibición de la conducta motora) y en la conducta social (desinhibición, impulsividad y teoría de la mente) (Frontado, 2019). El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido en población española es de 0,89 > α > 0,87 (Pedrero - Pérez & Ruiz - Sánchez de León, 2019).

Listado de Síntomas Breve (LSB-50; De Rivera & Abuín, 2012).

El LSB - 50 evalúa la presencia de síntomas psicológicos y psicosomáticos. Consta de 50 ítems, agrupados en dos índices de validez: minimización (de la frecuencia o intensidad de los síntomas) y maximización (puntuación con alta intensidad en síntomas poco presentes); siete escalas: psicorreactividad (sensibilidad en la autopercepción en relación con los demás y con la propia imagen), ansiedad (TAG, trastorno de pánico, ansiedad fóbica y síntomas de miedos irracionales), hostilidad (descontrol emocional), somatización (malestar corporal de naturaleza psicológica), depresión (síntomas depresivos), sueño estricto (alteraciones del sueño) y ampliado (alteraciones del sueño junto a manifestaciones ansiógenas y/o depresivas); dos subescalas: hipersensibilidad (excesiva focalización en la relación interpersonal y en la autovaloración) y obsesión – compulsión

(obsesiones y dudas continuas, así como existencia de rituales); y una escala de riesgo psicopatológico (presencia de síntomas) (Ferreira & Calderón, 2022).

Cuentan con una escala de respuesta Likert, el cual varía de 0 (nada) a 4 (mucho), cuyas respuestas permiten obtener tres índices globales, los cuales son: severidad global, número de síntomas positivos e intensidad de los síntomas. Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) de las escalas y subescalas oscilan entre 0,79 y 0,90, destacando: psicorreactividad (0,90), ansiedad (0,88) o depresión (0,87). Mientras, el índice de severidad global obtuvo una consistencia interna (alfa de Cronbach) en población española de 0,96 (Abuín & De Rivera, 2014; De Rivera & Abuín, 2012).

Diseño y procedimiento

El diseño del presente trabajo es de naturaleza observacional. Por otro lado, el tipo de estudio se clasifica dentro de un diseño de cohortes retrospectivo, debido a la inclusión de información de aspectos o sucesos ocurridos con anterioridad; así como con una secuencia temporal de tipo transversal. Además, se añadió la edad como variable independiente para el presente estudio.

El procedimiento seguido en la presente investigación se compuso de tres fases. La finalidad de la primera fase fue elaborar la versión final de la batería de preguntas pertenecientes a los diversos instrumentos psicométricos. Para ello, se procedió a utilizar *Google Forms* debido a su facilidad de manejo, así como de cumplimentación y difusión entre redes sociales. En la primera hoja de la versión final se menciona la presentación y el objetivo de la investigación, así como la voluntariedad de la cumplimentación de las preguntas y el anonimato de las respuestas. No se proporcionó retribución de cualquier tipo a las participantes. El orden elegido para la cumplimentación de los

instrumentos fue el siguiente: datos sociodemográficos, CTQ - SF, MFE - 30, PSQI, ISP - 20 y LSB - 50.

La solicitud de investigación fue admitida por la Comisión de Ética de forma previa a la administración de la versión final de la batería de preguntas. La fecha de admisión de la misma se produjo el 8 de febrero de 2023, pudiéndose leer el documento en concreto en el Apéndice A (página 39) del presente trabajo.

La finalidad de la segunda fase fue la difusión de la versión final de la batería tanto de forma personal (cara a cara con la muestra), como online, a través de diversas redes sociales (WhatsApp, Instagram, Twitter y LinkedIn), solicitando en ambos casos la participación voluntaria en la investigación, así como el reenvío del enlace que conducía a la versión final de la batería para su mayor difusión, aplicando por ello el efecto “bola de nieve”. Esta fase tuvo una duración aproximada de tres meses.

Por último, la finalidad de la última fase fue la codificación de los datos obtenidos, así como el análisis de los mismos.

Análisis de datos

El análisis de los datos obtenidos se realizó mediante el *software estadístico informático* SPSS (versión 27.0.0.0). Mediante este programa se efectuaron los cálculos estadísticos para su posterior análisis descriptivo y analítico. Por un lado, se realizó el análisis descriptivo de los datos obtenidos para conocer sus parámetros de centralización (*Media*) y de dispersión (*Desviación típica*).

Posteriormente, se realizó regresión múltiple para la interpretación significativa y estadística de los distintos modelos creados a partir de las VI. Esto permite el cálculo de varianza explicada por cada modelo respecto a la VD. Tras ello, se procedió al análisis significativo de los modelos propuestos

mediante la interpretación de la *prueba F* y *coeficiente beta*, indicando el tamaño del efecto según los criterios de Ellis (2010) y la relevancia de las VI para la predicción de VD, respectivamente.

Resultados

En primer lugar, en relación con los datos estadísticos descriptivos obtenidos por la muestra total en cada una de las variables (Tabla 2), las participantes mostraron: puntuación baja en *QSM*, *ASI*, *SP - CS*, *LSB - Hs*, *LSB - An*, *LSB - De*, *LSB - Hp*, *LSB - Hs*, *LSB - Mag*, *LSB - Pr* y *LSB - Sm*; y media - baja en *CS*, *SP - CC*, *SP - CE*, *LSB - Min* y *LSB - Ob*.

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos para las variables propuestas

Variables	Mínimo	Máximo	Media	DT
Edad	18	55	32,63	12,843
QSM	0	120	31,09	19,202
ASI	0	20	4,69	5,268
CS	0	21	7,43	4,214
SP - CC	0	48	14,90	8,995
SP - CE	0	16	6,09	4,114
SP - CSo	0	16	2,36	2,876
LSB - An	0	4	1,05	0,899
LSB - De	0	4	1,22	0,915
LSB - Hp	0	4	1,19	0,927
LSB - Hs	0	4	0,87	0,813
LSB - Mag	0	4	0,85	0,811
LSB - Min	0	4	1,58	0,870
LSB - Ob	0	4	1,56	0,868
LSB - Pr	0	4	1,37	0,837
LSB - Sm	0	4	1,03	0,821

Como paso previo a la realización de la regresión múltiple, se procedió a verificar el cumplimiento de los supuestos de aplicación. Estos son: ausencia de multicolinealidad y de valores extremos; homocedasticidad, independencia de los errores, linealidad, y normalidad de los errores.

En primer lugar, respecto al supuesto de ausencia de multicolinealidad, se puede observar en la *Tabla 3* la multicolinealidad entre variables. Las variables *Edad*, *CS*, *SP - CE*, *SP - CSo* y *ASI* son las

únicas variables que presentan multicolinealidad con todas las variables independientes. En las demás variables, existe tanto multicolinealidad con algunas variables como ausencia de la misma en los siguientes pares: *Min* con *Mag*, *Pr*, *Hp*, *Ob*, *An*, *Hs*, *Sm*, *De* y *CC*; *Mag* con *Pr*, *Hp*, *Ob*, *An*, *Sm* y *De*; *Pr* con *Hp*, *Ob*, *An*, *Sm*, *De* y *CC*; *Hp* con *Ob*, *An*, *Sm* y *De*; *Ob* con *An*, *De* y *CC*; *An* con *Sm* y *De*; *Sm* con *De*; y *De* con *CC*.

En segundo lugar, no se observaron valores extremos univariados y/o multivariados por lo que se cumplió el supuesto de ausencia de valores extremos. En tercer lugar, la inspección visual del diagrama de residuos señaló el cumplimiento del supuesto de homocedasticidad. En cuarto lugar, se cumple el supuesto de independencia de los errores debido a que el estadístico Durbin - Watson presenta un valor de 1,78.

Por otro lado, atendiendo a la matriz de correlaciones de la *Tabla x*, se puede observar que las variables predictoras *Edad*, *CS*, *ASI*, *SP - CSo* y *SP - CE* son las que menos correlacionan con *QSM*, seguida de la variable *LSB - Hs*. Las demás variables, que son las que más correlacionan con *QSM*, presentan una correlación por encima de .600.

En cuanto a la relación entre la variable *QSM* y las variables predictoras, todas las VI mostraron una relación directamente proporcional y significativa (excepto *Edad*, que obtuvo .115) con las *QSM*. Esto indica que mayores puntuaciones de las VI se relacionan con mayores puntuaciones en *QSM*.

Por lo tanto, en base tanto al análisis de correlaciones descrito anteriormente como a la *Tabla 3*, se confirma el cumplimiento del supuesto de linealidad entre la variable *QSM* y las variables predictoras.

Por último, la inspección visual de los gráficos P - P indican que se cumple el supuesto de normalidad de los errores.

En definitiva, se puede concluir que en el presente análisis se cumplen cinco de seis supuestos. El supuesto que no se cumplió fue el de ausencia de multicolinealidad.

Tras la comprobación de los supuestos, se procedió a la construcción del modelo con el objetivo de comprobar qué % de varianza explicada presenta cada conjunto de variables. El primer modelo incluyó la variable *edad*; el segundo, la *calidad de sueño*; el tercero, la *sintomatología afectiva y psicósomática*; la cuarta, la *sintomatología prefrontal*; y el quinto, el *abuso sexual infantil*. Tras el análisis de estos modelos, la *edad* explicó el 0,1% de las *QSM*; la *calidad de sueño* explicó un 20%; la *sintomatología afectiva y psicósomática* explicó un 31,5%; la *sintomatología prefrontal* explicó un 10,3%; y el *abuso sexual infantil* explicó un 0,5%. El modelo final, el cual incluye todas las variables en conjunto, explica un total de 62,5%.



Tabla 3.

Matriz de correlaciones entre la variable dependiente QSM y las independientes

	QSM	Edad	CS	Min	Mag	Pr	Hp	Ob	An	Hs	Sm	De	CC	CE	CSo	ASI
QSM	1	,059	,451	,647	,624	,673	,602	,665	,646	,550	,619	,632	,736	,487	,427	,424
Edad		1	,047	,103	-,106	-,063	-,094	-,022	,646	,550	,619	,632	,736	,487	,427	,424
CS^a			1	,603	,545	,496	,484	,439	,496	,338	,598	,545	,499	,360	,161	,283
Min^b				1	,766	,845	,806	,769	,785	,721	,787	,861	,704	,625	,335	,443
Mag^c					1	,867	,887	,726	,884	,608	,804	,847	,666	,655	,419	,391
Pr^d						1	,937	,928	,828	,663	,736	,861	,731	,657	,404	,397
Hp^e							1	,739	,796	,654	,705	,869	,661	,654	,375	,336
Ob^f								1	,747	,579	,665	,731	,703	,569	,378	,407
An^g									1	,601	,772	,796	,662	,576	,355	,472
Hs^h										1	,599	,664	,552	,607	,434	,327
Smⁱ											1	,722	,621	,566	,255	,374
De^j												1	,751	,671	,408	,362
CC^k													1	,584	,414	,327
CE^l														1	,471	,199
CS^m															1	,210
ASIⁿ																1

Nota. ^a. calidad de sueño ^b. minimización ^c. maximización ^d. psicorreactividad ^e. hipersensibilidad ^f obsesión - compulsión ^g. ansiedad ^h. hostilidad ⁱ. somatización ^j. depresión ^k. control comportamental ^l. control emocional ^m. conducta social ⁿ. abuso sexual infantil

Respecto al resumen del modelo de regresión múltiple (*Tabla 4*), el primer modelo arrojó unos valores de R y R² ajustado de ,059 y ,001; el segundo modelo arrojó unos valores de ,452 y ,201; el tercer modelo arrojó unos valores de ,726 y ,516; el cuarto modelo arrojó unos valores de ,794 y ,619; y el modelo final arrojó unos valores de ,798 y ,625. Esto se puede traducir, según los criterios de Ellis (2010), en un tamaño del efecto pequeño para el primer modelo; mediano para el segundo modelo; y grande para el resto de los modelos. Cabe destacar que el modelo final fue significativo, con una F de 50,969 y una significación de .005.

Tabla 4.*Resumen del modelo de regresión múltiple*

Modelo	R	R²	R² ajustada	Sig*	F
1	,059	,003	,001	,231	1,439
2	,452	,205	,201	,000	53,756
3	,726	,528	,516	,000	45,800
4	,794	,630	,619	,000	53,380
5	,798	,637	,625	,005	50,969

Nota. * $p < .050$, sig. cambio en F

Por último, respecto a los coeficientes beta (*Tabla x*), se puede observar los siguientes resultados:

CS, *Mag* y *CE* presentan una beta significativa, lo que significa que son variables relevantes para predecir las *QSM*. Por otro lado, *Min*, *Mag*, *De* y *CE* presentan una beta negativa, lo que indica que, a mayores cantidades de síntomas de minimización y maximización de síntomas, así como de depresión y problemas de conducta emocional, menores *QSM*, traduciéndose como factores de protección. El resto de las variables presentan una beta positiva, lo que indica que a mayores cantidades de esa variable mayores *QSM*, traduciéndose como factores de riesgo. Cabe añadir que, en orden de importancia de los coeficientes estandarizados beta, la variable *CC* es la variable más importante, seguida de la *Ob*, *Sm*, *De*, *CSo* y *ASI*. Por otro lado, la variable menos importante es *CE*.

Tabla 5.*Coefficientes beta M5*

	B	Beta	t	Significación
Constante	,435	-	,190	,850
Edad	,117	,078	,944	,346
CS^a	,174	,038	,944	,346
Min^b	-1,165	-,053	-,621	,535
Mag^c	-,834	-,035	-,349	,727
Pr^d	0	0	0	1
Hp^e	1,591	,077	,958	,339
Ob^f	2,706	,122	2,260	,024
An^g	2,197	,103	1,396	,164
Hs^h	1,952	,083	1,763	,079
Smⁱ	2,841	,122	2,010	,045
De^j	-2,481	-,118	-1,448	,149
CC^k	1,027	,481	9,582	,000
CE^l	-,109	-,023	-,498	,619
CSo^m	,748	,112	3,079	,002
ASIⁿ	,369	,101	2,808	,005

Nota. ^a. calidad de sueño ^b. minimización ^c. maximización ^d. psicorreactividad ^e. hipersensibilidad ^f obsesión - compulsión ^g. ansiedad ^h. hostilidad ⁱ. somatización ^j. depresión ^k. control comportamental ^l. control emocional ^m. conducta social ⁿ. abuso sexual infantil

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue determinar la relación entre las QSM y la edad, la experimentación de eventos adversos traumáticos, las funciones ejecutivas, la calidad del sueño y las variables relacionadas con el estado psicopatológico.

En general, los resultados obtenidos en el presente estudio confirman las hipótesis planteadas, las cuales indican una relación directamente proporcional y significativa (excepto la edad) entre las QSM y las variables independientes propuestas en mujeres adultas de 18 a 55 años. A continuación se discutirán los hallazgos obtenidos a continuación.

En relación con el abuso sexual infantil, mayores puntuaciones en el mismo se relacionan con mayores puntuaciones en QSM. Sin embargo, no se puede corroborar lo hallado en el presente estudio debido a la inexistencia de estudios que analicen ambas variables en personas adultas jóvenes. Por otro lado, se resalta la existencia de un impacto del abuso sexual infantil en la memoria, destacando la continua mención de déficits de memoria en mujeres abusadas sexualmente (Jacobs-Kayam & Lev-Wiesel, 2019). Por lo tanto, se confirma la hipótesis sobre una asociación entre las QSM y el abuso sexual infantil.

En relación con la calidad de sueño, mayores puntuaciones en la misma se relacionan con mayores puntuaciones en QSM. Sin embargo, no se puede corroborar lo hallado en el presente estudio debido a la inexistencia de estudios que analicen ambas variables en personas adultas jóvenes. Por otro lado, un estudio en personas mayores afirma que las QSM se predicen a partir de las puntuaciones de una CS alterada (Broden & Lundblad, 2018). Además, otros estudios afirman que existe una asociación entre las QSM y alteraciones en aspectos de la CS (latencia, somnolencia diurna, calidad subjetiva, eficiencia, perturbaciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna) en personas con edad igual o superior a 50 años (Siddharth et al., 2020). Por lo tanto, se confirma la hipótesis sobre una asociación entre las QSM y la calidad de sueño.

En relación con la edad, mayores puntuaciones en la misma se relacionan con mayores puntuaciones en QSM. Este hallazgo está en consonancia con varios estudios que afirman que existe una asociación entre las QSM y la edad (Montenegro et al., 2013; Ruiz-Sánchez de León et al., 2014). Por lo tanto, se confirma la hipótesis sobre una asociación entre las QSM y la edad. Sin embargo, es clave mencionar que la edad, en el presente estudio, no es significativa de cara a la predicción de las QSM.

En relación con la sintomatología prefrontal, mayores puntuaciones en problemas de control comportamental, emocional y conducta social se relacionan con mayores puntuaciones en QSM. Este hallazgo está en consonancia con estudios que afirman que existe una asociación entre las QSM y la impulsividad/desinhibición (Ríos, 2017), así como diferencias significativas en cuestionarios que analizan la desinhibición (Ruiz-Sánchez de León et al., 2010; 2014) (conducta social); con estudios que afirman que existe un menor rendimiento atencional y ejecutivo en personas con QSM (Ruiz-Sánchez de León et al., 2014), así como una relación directa entre estas variables y las QSM (Molina-Rodríguez et al., 2018) (control comportamental); y una correlación entre el control emocional y las QSM (Martín, 2015; Pedrero-Pérez & Ruiz-Sánchez de León, 2013). Por lo tanto, se confirma la hipótesis sobre una asociación entre las QSM y la sintomatología prefrontal.

En relación con la sintomatología afectiva y psicósomática, mayores puntuaciones en ansiedad, depresión, hipersensibilidad, hostilidad, maximización, minimización, obsesión - compulsión, psicorreactividad y somatización se relacionan con mayores puntuaciones en QSM. Este hallazgo está en consonancia con estudios que afirman que existe una asociación entre las QSM y la sintomatología ansiógena, depresiva y somática (Holmen et al., 2013; Loprinzi, 2019; Metternich et al., 2009; Pellicer-Porcar et al., 2014; Schweizer et al., 2017; Zapater-Fajarí et al., 2022); con estudios que afirman una asociación entre las QSM y el perfeccionismo obsesivo (Pearman, 2009), así como entre las QSM y las rumiaciones y los comportamientos perfeccionistas - ritualistas (Pellicer-Porcar et al., 2014); y con un estudio que afirma sobre una predicción significativa de las QSM a partir de la psicorreactividad (Pellicer-Porcar et al., 2014). Sin embargo, no se puede rebatir lo hallado en el caso de la hipersensibilidad, la hostilidad, la maximización y la minimización de síntomas debido a la inexistencia de estudios que analicen la asociación entre estas variables y las

QSM. Por lo tanto, se confirma la hipótesis sobre una asociación entre las QSM y la sintomatología afectiva y psicósomática.

Respecto a las limitaciones del presente estudio, se ha de destacar: ausencia de muestreo aleatorio/probabilístico, impidiendo la extrapolación de los resultados obtenidos a la población general; ausencia de varianza en la variable psicorreactividad, siendo explicada la varianza de esta variable por otras variables; incumplimiento del supuesto de ausencia de multicolinealidad; y restricción de rango presentada de las variables medidas debido a la existencia de puntuaciones bajas y medio - bajas.

El presente estudio pretende aportar datos científicos novedosos acerca de la interacción entre las QSM y diversas variables independientes en mujeres adultas de 18 a 55 años. Investigar los efectos que tienen estas variables en un suceso ampliamente estudiado en población adulta mayor implica tanto una mejoría de la calidad de la información en la población adulta joven; como un incremento del interés teórico y práctico por parte de los/as profesionales para la realización de futuras investigaciones.

Para futuras investigaciones sería interesante seguir ampliando el conocimiento científico sobre la posible asociación entre algunas de las variables independientes y las QSM, haciendo hincapié en el abuso sexual infantil, la calidad de sueño y algunos síntomas afectivos y somáticos. Por otro lado, sería interesante también incluir en la muestra hombres adultos con el fin de analizar posibles diferencias significativas entre hombres y mujeres en la predicción de las QSM a partir de las diversas variables independientes, permitiendo tener información científica más específica y ampliada.

Referencias bibliográficas

Akyol, M. A., Zehirlioğlu, L., Erünal, M., Mert, H., Hatipoğlu, N. Ş. & Küçükgüçlü, Ö. (2020).

Determining Middle-Aged and Older Adults' Health Beliefs to Change Lifestyle and Health Behavior for Dementia Risk Reduction. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 35, 1533317519898996. <https://doi.org/10.1177/1533317519898996>

Andreatta, R. D. (2020). *Neuroscience Fundamentals for Communication Sciences and Disorders*.

Plural Publishing Inc.

Ballesteros, S. (2010). *Psicología de la memoria*. UNED.

Blazer, D. G., Hays, J. C., Fillenbaum, G. G. & Gold, D. T. (1997). Memory complaint as a predictor of cognitive decline: a comparison of African American and White elders. *Journal of aging and health*, 9(2), 171–184. <https://doi.org/10.1177/089826439700900202>

Broadbent, D. E., Cooper, P. F., FitzGerald, P. & Parkes, K. R. (1982). The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *The British journal of clinical psychology*, 21(1), 1–16. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1982.tb01421.x>

Broden, A. & Lundblad, A. (2018). *The effects of sleep disturbances on memory*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Umeå]. <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1172152&dswid=-4572>

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., 3rd, Monk, T. H., Berman, S. R. & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)

Carrillo-Mora, P., García-Juárez, B., Lugo-Rodríguez, Y., del Pilar Moreno-Méndez, E. & Cruz-Alcalá, L. (2017). Memory subjective complaints in geriatric population and its related factors: a pilot study in Mexican population. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 18(6), 20-31.

- Chiasson, C., Moorman, J., Romano, E. & Smith, A. (2022). Traumatic Autobiographical Memories: Preliminary fMRI Findings Among Men With Histories of Childhood Sexual Abuse. *American journal of men's health*, 16(3), 15579883221096566.
<https://doi.org/10.1177/15579883221096566>
- Chiasson, C., Moorman, J., Romano, E., Vezarov, M., Cameron, A., & Smith, A. (2021). The influence of emotion on working memory: Exploratory fMRI findings among men with histories of childhood sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 122, 105340.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105340>
- Cromwell, S. L. (1994). The subjective experience of the subjective experience of forgetfulness among elders. *Qualitative health research*, 4(4), 444-462.
<https://doi.org/10.1177/104973239400400407>
- Derouesné, C., Lacomblez, L., Thibault, S. & Leponcin, M. (1999). Memory complaints in young and elderly subjects. *International journal of geriatric psychiatry*, 14(4), 291-301.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199904\)14:4%3C291::AID-GPS902%3E3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199904)14:4%3C291::AID-GPS902%3E3.0.CO;2-7)
- Dixon, R. A. & Hultsch, D. F. (1983). Metamemory and memory for text relationships in adulthood: a cross-validation study. *Journal of gerontology*, 38(6), 689–694.
<https://doi.org/10.1093/geronj/38.6.689>
- Dunn, E. C., Busso, D. S., Raffeld, M. R., Smoller, J. W., Nelson, C. A., Doyle, A. E. & Luk, G. (2016). Does developmental timing of exposure to child maltreatment predict memory performance in adulthood? Results from a large, population-based sample. *Child abuse & neglect*, 51, 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.014>
- Ferreira, E. y Calderón, C. (2022). *Evaluación de Adultos: LSB-50. Evaluación de síntomas psicológicos*. [Documento docente]. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/186246/4/LSB->

[50_Evaluacion%20de%20sintomas%20psicologicos_2.pdf](#)

Fritsch, T., McClendon, M. J., Wallendal, M. S., Hyde, T. F. & Larsen, J. D. (2014). Prevalence and cognitive bases of subjective memory complaints in older adults: Evidence from a community sample. *Journal of neurodegenerative diseases*, 2014, 176843.

<https://doi.org/10.1155/2014/176843>

Frontado, C. C. F. (2019). Síntomatología prefrontal en personas con obesidad. *Neuropsicología Latinoamericana*, 11(1), 1-8.

Gamaldo, A. A., Wright, R. S., Aiken-Morgan, A. T., Allaire, J. C., Thorpe Jr, R. J. & Whitfield, K. E. (2019). The association between subjective memory complaints and sleep within older African American adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(2), 202-211.

<https://doi.org/10.1093/geronb/gbx069>

García-Herranz, S. & Díaz-Mardomingo, M. C. (3 – 5 de mayo de 2018). *Quejas subjetivas de memoria, función ejecutiva y memoria en personas mayores* [Comunicación oral]. II Congreso Iberoamericano de Neuropsicología, Almería, Andalucía, España.

Garrido-Chaves, R., Perez, V., Perez-Alarcón, M., Crespo-Sanmiguel, I., Paiva, T. O., Hidalgo, V., Pulopulos, M. M. & Salvador, A. (2021). Subjective memory complaints and decision making in young and older adults: an event-related potential study. *Frontiers in aging neuroscience*, 13, 695275. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.695275>

Gilewski, M. J., Zelinski, E. M. & Schaie, K. W. (1990). The Memory Functioning Questionnaire for assessment of memory complaints in adulthood and old age. *Psychology and aging*, 5(4), 482–490. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.5.4.482>

- Ginó, S., Mendes, T., Maroco, J., Ribeiro, F., Schmand, B. A., De Mendonça, A., & Guerreiro, M. (2010). Memory complaints are frequent but qualitatively different in young and elderly healthy people. *Gerontology*, *56*(3), 272-277. <https://doi.org/10.1159/000240048>
- González, B., Jodar, M. & Muñoz, E. (2013). *Neuropsicología*. Editorial UOC.
- Guerra, V. L., Quizhpe, L. I. A., Quinde, L., Calva, W. C. & Ureñas, D. B. (2022). Quejas subjetivas de memoria y su relación con el estrés percibido y consumo de alcohol en estudiantes universitarios: rol mediador de la sintomatología prefrontal: Rol mediador de la sintomatología prefrontal. *Neuropsicología Latinoamericana*, *14*(2), 11-20.
- Holmen, J., Langballe, E. M., Midthjell, K., Holmen, T. L., Fikseunet, A., Saltvedt, I. & Tambs, K. (2013). Gender differences in subjective memory impairment in a general population: the HUNT study, Norway. *BMC psychology*, *1*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-1-19>
- Jacobs-Kayam, A. & Lev-Wiesel, R. (2019). In Limbo: Time perspective and memory deficit among female survivors of sexual abuse. *Frontiers in psychology*, *10*, 912. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00912>
- Jonker, C., Geerlings, M. I. & Schmand, B. (2000). Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *International journal of geriatric psychiatry*, *15*(11), 983–991. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200011\)15:11<983::aid-gps238>3.0.co;2-5](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200011)15:11<983::aid-gps238>3.0.co;2-5)
- Jozami Nassif, M. G. & Nieto Barthaburu, M. D. L. P. (2016). Quejas subjetivas de memoria en estudiantes universitarios. Resultados preliminares. *Trazos universitarios*, 1-16.
- Kang, S. H., Yoon, I. Y., Lee, S. D., Kim, T., Lee, C. S., Han, J. W., Kim, K. W. & Kim, C. H. (2017). Subjective memory complaints in an elderly population with poor sleep quality. *Aging & mental health*, *21*(5), 532-536. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1124839>

- López Guerra, V., Andrade Quizhpe, L. I., Quinde, L., Chamba Calva, W. & Batallas Ureñas, D. (2022). Quejas subjetivas de memoria y su relación con el estrés percibido y consumo de alcohol en estudiantes universitarios: rol mediador de la sintomatología prefrontal: Rol mediador de la sintomatología prefrontal. *Neuropsicología Latinoamericana*, 14(2), 11–20.
- Loprinzi, P. D. (2019). Interrelationships between depression, exercise and subjective memory complaints. *Revue Neurologique*, 175(5), 319-323.
<https://doi.org/10.1016/j.neurol.2018.10.006>
- Lozoya, P., Ruiz, J. M. & Pedrero, E. (2012). Validación de un cuestionario de quejas cognitivas para adultos jóvenes: relación entre las quejas subjetivas de memoria, la sintomatología prefrontal y el estrés percibido. *Revista de Neurología*, 54(3), 137-150.
<https://doi.org/10.33588/rn.5403.2011283>
- Mendes, T., Ginó, S., Ribeiro, F., Guerreiro, M., Sousa, G. D., Ritchie, K. & de Mendonça, A. (2008). Memory complaints in healthy young and elderly adults: reliability of memory reporting. *Aging and Mental Health*, 12(2), 177-182. <https://doi.org/10.1080/13607860701797281>
- Metternich, B., Schmidtke, K. & Hüll, M. (2009). How are memory complaints in functional memory disorder related to measures of affect, metamemory and cognition?. *Journal of psychosomatic research*, 66(5), 435-444. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.07.005>
- Miley-Akerstedt, A., Jelic, V., Marklund, K., Walles, H., Åkerstedt, T., Hagman, G. & Andersson, C. (2019). Lifestyle factors are important contributors to subjective memory complaints among patients without objective memory impairment or positive neurochemical biomarkers for Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 8(3), 439-452.
<https://doi.org/10.1159/000493749>
- Minett, T. S. C., Da Silva, R. V., Ortiz, K. Z. & Bertolucci, P. H. F. (2008). Subjective memory complaints in an elderly sample: a cross-sectional study. *International Journal of Geriatric*

Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences, 23(1), 49-54.

<https://doi.org/10.1002/gps.1836>

Molina-Rodríguez, S., Pellicer-Porcar, O., Mirete-Fructuoso, M. & Martínez-Amoros, E. (2016).

Subjective memory complaints, perceived stress and coping strategies in young adults.

Revista De Neurología, 62(8), 344-350.

Molina-Rodríguez, S., Pellicer-Porcar, O. & Mirete-Fructuoso, M. (2018). Estrés percibido y quejas

subjetivas de memoria en adultos jóvenes: papel mediador de las funciones ejecutivas. *Rev.*

Neurol, 67, 84-90. <https://doi.org/10.33588/rn.6703.2017466>

Montejo, P. & Montenegro, M. (2006). Memoria cotidiana en los mayores. *Portal Mayores, Informe*

Portal Mayores, 60.

Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, M. A. & Maestu, F. (2011). Subjective memory complaints

in the elderly: Prevalence and influence of temporal orientation, depression and quality of life in a population-based study in the city of Madrid. *Aging & mental health*, 15(1), 85–96.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501062>

Montenegro, M. (2015). *Quejas subjetivas de memoria en el envejecimiento y en adultos jóvenes:*

variables implicadas. [Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid].

<https://core.ac.uk/download/pdf/78501254.pdf>

Montenegro, M., Montejo, P., Claver-Martín, M. D., Reinoso, A. I., de Andrés-Montes, M. E., García-

Marín, A., Llanero-Luque, M. & Huertas, E. (2013). Relación de las quejas de memoria con el rendimiento de memoria, el estado de ánimo y variables sociodemográficas en adultos

jóvenes. *Revista de Neurología*, 57(9), 396–404. <https://doi.org/10.33588/rn.5709.2013047>

Pearman, A. (2009). Predictors of subjective memory in young adults. *Journal of Adult*

Development, 16, 101-107. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9063-1>

- Pedrero-Pérez, E. J. & Ruiz-Sánchez de León, J. M. (2013). Quejas subjetivas de memoria, personalidad y sintomatología prefrontal en adultos jóvenes. *Revista de Neurología*, 57(7), 289-296. <https://doi.org/10.33588/rn.5707.2013234>
- Pellicer, O., Mirete, M., Molina, S. & Soto, J. (2014). Quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes: influencia del estado emocional. *Revista de Neurología*, 59(12), 543-550. <https://doi.org/10.33588/rn.5912.2014457>
- Pellicer-Porcar, O., Mirete-Fructuoso, M., Molina-Rodríguez, S. & Soto-Amaya, J. (2014). Subjective memory complaints in young adults: the influence of the emotional state. *Revista De Neurologia*, 59(12), 543-550. <https://doi.org/10.33588/rn.5912.2014457>
- Ponds, R. W., Commisarís, K. J. & Jolles, J. (1997). Prevalence and covariates of subjective forgetfulness in a normal population in the Netherlands. *International Journal of Aging and Human Development*, 45(3), 207-221. <https://doi.org/10.2190/mvq1-wb58-875h-y4x0>
- Ríos, R. M. (2017). La influencia de la función ejecutiva en la prevalencia de quejas subjetivas de memoria en universitarios. En *Temas actuales de investigación en las áreas de la salud y la educación* (pp. 53-58). SCINFOPER. https://www.researchgate.net/profile/Maria-Goulao-3/publication/322530209_Percecao_da_aprendizagem_online_no_ensino_superior_Estudo_de_caso/links/5a5e773d0f7e9b4f783bad6f/Percecao-da-aprendizagem-online-no-ensino-superior-Estudo-de-caso.pdf#page=53
- Ruiz, J., Pedrero, E., Lozoya, P., Llanero, M., Rojo, G. & Puerta, C. (2012). Inventario de síntomas prefrontales para la evaluación clínica de las adicciones en la vida diaria: proceso de creación y propiedades psicométricas. *Revista de Neurología*, 54(11), 649-63. <https://doi.org/10.33588/rn.5411.2012019>
- Ruiz-Sánchez de León, J. M., Pedrero-Pérez, E. J. & Lozoya-Delgado, P. (2014). Caracterización neuropsicológica de las quejas de memoria en la población general: relación con la

sintomatología prefrontal y el estrés percibido. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 30(2), 676–683. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.147381>

Ruiz-Sánchez de León, J. M., Llanero-Luque, M., Lozoya-Delgado, P., Fernández-Blázquez, M. A. & Pedrero-Pérez, E. J. (2010). Estudio neuropsicológico de adultos jóvenes con quejas subjetivas de memoria: implicación de las funciones ejecutivas y otra sintomatología frontal asociada. *Rev. Neurol*, 51, 650-660.

Sánchez-Arenas, R., Buenfil-Fuentes, R., Díaz-Olavarrieta, C., Alonso-Catalán, M., Gregory, M. A., Guerrero, E., Ortiz - Rodríguez, M. A., Villa, A. M. & Villa, A. R. (2023). The association between low cognitive reserve and subjective memory complaints in functionally independent older women. *Experimental Gerontology*, 172, 112061.

<https://doi.org/10.1016/j.exger.2022.112061>

Schweizer, S., Kievit, R., Emery, T. & Henson, R. (2018). Symptoms of depression in a large healthy population cohort are related to subjective memory complaints and memory performance in negative contexts. *Psychological Medicine*, 48(1), 104-114.

<https://doi.org/10.1017/S0033291717001519>

SCOSAC. (1984). Definition of Child Sexual Abuse. London: Standing Committee on Sexually Abused Children.

Siddarth, P., Thana-udom, K., Ojha, R., Merrill, D., Dzierzewski, J., Miller, K., Small, G. W. & Ercoli, L. (2021). Sleep quality, neurocognitive performance, and memory self-appraisal in middle-aged and older adults with memory complaints. *International Psychogeriatrics*, 33(7), 703-713. <https://doi.org/10.1017/s1041610220003324>

Stravou, P. - D. (2019). Failure at School Can Mask Child Sexual Abuse. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 9(2), 357. <http://dx.doi.org/10.35248/2161-0487.19.9.357>

- Stein, M. B., Hanna, C., Vaerum, V., & Koverola, C. (1999). Memory functioning in adult women traumatized by childhood sexual abuse. *Journal of traumatic stress, 12*(3), 527–534.
<https://doi.org/10.1023/A:1024775222098>
- Steinberg, S. I., Negash, S., Sammel, M. D., Bogner, H., Harel, B. T., Livney, M. G., McCoubrey, H., Wolk, D. A., Kling, M. A. & Arnold, S. E. (2013). Subjective memory complaints, cognitive performance, and psychological factors in healthy older adults. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 28*(8), 776–783.
<https://doi.org/10.1177/1533317513504817>
- Sunderland A., Harris, J. E. & Gleave, S. (1984). Memory failures in everyday memory following severe head injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 6*(2), 127-142.
<https://doi.org/10.1080/01688638408401204>
- Vázquez, J. J., Rodríguez, S. I., Roca, P. y Panadero, S. (30 de junio - 1 de julio de 2016). *Sucesos vitales estresantes en mujeres en situación sin hogar* [Seminaro Interdisciplinar de Estudios de las Mujeres de la Universidad de Sevilla]. Mujeres e investigación. Aportaciones interdisciplinares: VI Congreso Universitario Internacional Investigación y Género, Sevilla, Andalucía, España.
- Wolf, M. R. & Nochajski, T. H. (2022). 'Black Holes' in memory: Childhood autobiographical memory loss in adult survivors of child sexual abuse. *European Journal of Trauma & Dissociation, 6*(1), 100234. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100234>
- Zapater, M. (2022). *Importance of Psychological Factors in Adrenocortical Functioning and Subjective Memory Complaints*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Valencia].
<https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/85492/Importance%20of%20Psychological%20Factors.%20Mariola%20Zapater%20Fajar%c3%ad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Zapater-Fajarí, M., Crespo-Sanmiguel, I., Perez, V., Hidalgo, V. & Salvador, A. (2022). Subjective memory complaints in young people: the role of resilience. *Psychology & Health*, 1-20.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2141240>



Apéndice A: CEII



Elche, 28/07/2023

El Secretario del Comité de Ética e Integridad en la Investigación (CEII), constata que se ha presentado en la Oficina de Investigación Responsable, la solicitud de evaluación del TFG/TFM:

Tutor/a	Olga Pellicer Porcar
Estudiante	María Rodríguez Aguilar
Tipo de actividad	2. TFM (Trabajo Fin de Máster)
Grado/Máster	Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
Título del TFG/TFM	Quejas subjetivas de memoria: repercusión de la sintomatología prefrontal, afectiva y psicósomática, el abuso sexual infantil, la calidad de sueño y la edad en mujeres de 18 a 55 años
Código Provisional	230208032101

Dicho proyecto ha sido admitido a trámite para su evaluación por la Oficina de Investigación Responsable y, si procede, por el Comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Secretario CEII
Vicerrectorado Investigación