

ADAPTACION DEL CUESTIONARIO DE FALLOS DE MEMORIA EN LA VIDA COTIDIANA (MFE)

Jesús García-José Sánchez Cánovas

Jesús García Martínez es profesor en la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla (Avda. San Francisco Javier s/n, 41005-Sevilla); José Sánchez-Cánovas es Catedrático de Psicología de la Personalidad en la Universidad de Valencia (Avda. Blasco Ibáñez 21, 46010-Valencia).

A lo largo de la década de los 80 se desarrollaron un gran número de investigaciones sobre aspectos aplicados y cotidianos de la memoria. Este interés surgió a raíz de la Conferencia sobre Memoria organizada por la Sección Galesa de la Sociedad Británica de Psicología celebrada en 1978. Allí se acordó estudiar los aspectos cotidianos de la memoria (Neisser, 1978) y desde entonces los trabajos relativos a la memoria cotidiana se han extendido en diversos ámbitos. Entre estos podemos citar la del recuerdo de rostros y nombres (Bahrick, 1984, Bruce y Young, 1986), el recuerdo de lugares (Bartram y Smith, 1984), la memoria prospectiva (Ellis, 1988; Winograd, 1988), los despistes (Reason, 1984), el uso de mnemónicos (Cook, 1989) y la rehabilitación de la memoria (Wilson, y Moffatt, 1984, Wilson, 1987, Wilson y Petterson, 1990).

Sin embargo, gran parte del esfuerzo científico realizado sobre la memoria cotidiana se ha centrado en crear nuevos instrumentos de evaluación como el RBMT (Test Conductual de Memoria de Rivermead; Wilson, Cockburn y Baddeley, 1985) que plantea tareas análogas a las posibles situaciones cotidianas de recuerdo, y, sobre todo, los Cuestionarios de Metamemoria (Perlmutter, 1978; Herrmann y Neisser, 1978; Bennett-Levy y Powell, 1980; Broadbent y cols., 1982; Gilewski y cols., 1983; Dixon y Hulstsch, 1983; Sunderland, Harris y Gleave, 1984).

Todos estos cuestionarios son pruebas de autoinforme, no de ejecución, y preguntan por diversas facetas del funcionamiento cotidiano de la memoria. Herrmann (1984) clasifica dichas facetas en los siguientes agrupamientos: tipo de fallos, memoria autobiográfica, memoria semántica, habilidades de la memoria, uso de mnemónicos y vulnerabilidad de la memoria. Gilewski y Zelinski (1986) analizando los contenidos de los cuestionarios concluyen que las materias de las que se ocupan se pueden clasificar en: frecuencia de olvidos, percepción del cambio en la memoria debido al tiempo, severidad del daño mnésico, uso de mnemónicos, funcionamiento global de la memoria, conocimiento sobre la memoria, percepción de las demandas efectuadas a la memoria, memoria para el pasado, esfuerzo frente al olvido y rasgos de personalidad implicados en la memoria. El problema es que ningún cuestionario incluye todas las áreas y usualmente sólo contemplan una o dos. Debido a tal diversidad de contenidos los distintos cuestionarios no son equivalentes, Herrmann (1984) estima en sólo un 36% la varianza común entre ellos, por lo que no se puede afirmar que todos midan lo mismo.

Además estos cuestionarios varían también en el modo de recoger la información: algunos miden como respuesta el número absoluto de veces que ha ocurrido un suceso, otros la incidencia relativa del hecho, otros piden al sujeto que se compare con otras personas para dar su respuesta. Además algunos cuestionarios presentan una media de las capacidades del sujeto, otros evalúan cada variable por separado. Estas variaciones influyen en la medida que realizan de la memoria.

Las propiedades psicométricas no siempre están claramente valoradas como es el caso del cuestionario de Perlmutter (1978), aunque un gran número de ellos sí las tienen (Herrmann y Neisser, 1978; Broadbent y cols., 1982; Gilewski y cols., 1983; Hultsch y Dixon, 1983; Sunderland, Harris y Gleave, 1984). La fiabilidad (entendida como estabilidad temporal de las puntuaciones) es alta, situada en torno a índices de .80 en la mayoría de estos instrumentos (Herrmann, 1984) y suele aumentar a medida que las pruebas tienen mayor número de items. La validez, sin embargo, arroja índices muy bajos en casi todos estos instrumentos, suele oscilar en torno a .50 con pruebas de ejecución de memoria (Herrmann, 1984) y las pocas ocasiones en que se han validado ha sido con pruebas no muy relevantes desde el punto de vista diagnóstico (Broadbent y cols., 1982; Shlechter y cols., 1982; Martin y Jones, 1984), aunque existen autores que informan de buenas correlaciones con pruebas de ejecución (Zelinski, Gilewski y Thompson, 1980).

Por otro lado, estas pruebas han obtenido resultados ambiguos en cuanto a su validez clínica a la hora de clasificar sujetos con y sin daño cerebral o los cambios de memoria debidos a los efectos de la edad.

Sunderland, Harris y Baddeley (1983, 1984) y Sunderland, Harris y Gleave (1984) en trabajos con sujetos cerebrales con daños medio y severos de memoria hallaron que si bien no se encontraban diferencias significativas en las respuestas a los cuestionarios entre pacientes y no pacientes o grupos de pacientes tales diferencias emergían cuando se correlacionaban los daños con el informe de un allegado sobre la memoria del sujeto, aduciendo los autores que las personas con déficits graves de memoria olvidan que olvidan y por tanto sus informes no son representativos de sus capacidades mnésicas. Mayor polémica se ha producido en lo referente a la sensibilidad de estos instrumentos a los efectos de la edad. Algunos estudios concluyen que los ancianos informan sobre una peor autopercepción de sus procesos de memoria que la que poseen los jóvenes (Dixon y Hultsch, 1983; Gilewski y cols., 1983) mientras que otros autores encuentran que son los jóvenes los que manifiestan una mayor tasa de problematicidad (Bennett-Levy y Powell, 1980; Sunderland y cols., 1983, 1984). Además se han obtenido también resultados donde simplemente no hay diferencias entre los grupos de edad (Perlmutter, 1978) o resultados mixtos (Chaffin y Herrmann, 1983).

Pese a sus ambigüedades estos instrumentos son útiles en lo que se refiere al diagnóstico, ya que las personas con déficits medios o bajos de memoria tienden a estimar más objetivamente sus problemas que las personas con déficits severos (Sunderland y cols., 1984) y por tanto sus informes pueden ser fiables. Permiten también valorar los problemas de memoria debidos a trastornos afectivos, ya que en estos las quejas aumentan muy por encima del déficit y estos cuestionarios son listas de quejas. Son útiles, además, como autorregistro de los problemas de memoria, cuestión que no puede abordarse con ningún otro instrumento de evaluación. Por último, la percepción que se tenga de la memoria puede afectar a la ejecución (Herrmann, 1982) por lo que el estudio de la autopercepción se vuelve un fin en si mismo. Es necesario considerar, asimismo, la validez aparente de la que disfrutan estas pruebas así como el hecho de que averiguar los tipos de quejas concretas que refiere el sujeto pueden constituir una guía tanto para el resto de la evaluación de la memoria como para la intervención.

Los Cuestionarios de Metamemoria no han recibido excesiva atención en nuestro país. Tan sólo la adaptación del Inventario de Experiencias de Memoria de Herrmann y Neisser, realizado por Diges, Garzón y Seoane (1982) y la creación del Autoinforme de Memoria para Ancianos por parte de Fernández-Ballesteros y cols. (1986), así como la revisión de Sánchez-Cánovas (1989). Con nuestros artículos pretendemos aumentar el interés de los investigadores en esta temática así como presentar un conjunto de instrumentos de evaluación disponibles para utilizar con muestras de

nuestro entorno y aportar nueva información sobre la polémica acerca de la sensibilidad de estos cuestionarios a los efectos de la edad.

Descripción del estudio original sobre el MFE

El MFE (*Memory Failures in Everyday Memory, Cuestionario de Fallos de Memoria en la Vida Cotidiana*) fue elaborado por Sunderland, Harris y Gleave (1984) como punto final de toda una serie de estudios sobre los aspectos de la memoria cotidiana que se veían más dañados debido a lesiones cerebrales. El objetivo del test es precisamente detectar los tipos de fallos de memoria más frecuentes que cursan con dichas lesiones, lo que permite conocer mejor el tipo de disfunción cognitiva subyacente al daño neuropsicológico, así como comprobar los déficits cognitivos más relevantes clínicamente.

Sus ítems fueron elaborados a partir de tres fuentes: a) entrevistas realizadas a pacientes con déficit amnésico y sus familiares (y también a un grupo control sin déficit) para valorar la frecuencia con que experimentaban 35 tipos de fallos. Este protocolo de entrevista fue objeto también de un estudio experimental del cual nosotros hemos obtenido algunos datos (Sunderland, Harris y Baddeley, 1983). De estos 35 fallos se eligieron 16 que discriminaban muy alto entre pacientes y no pacientes. b) 5 ítems procedentes también de la entrevista pero que fueron valorados como de escasa ocurrencia por todos los grupos incluidos para mantener las valoraciones de frecuencias esperadas. c) 6 ítems adicionales incluidos a partir de las descripciones hechas por dos o más enfermos (o sus familiares) pero no incluidos en la entrevista original. Esto produce un total de 27 ítems, aunque uno de ellos tiene dos niveles que en nuestro estudio hemos valorado como un ítem diferente, constituyendo un total de 28 ítems.

El formato de la respuesta es una escala Likert de nueve puntos que pregunta por el número de ocasiones en que ha ocurrido el fallo durante los tres meses anteriores a la administración de la prueba. En dicha escala 1 corresponde a "Ni una sola vez en los últimos tres meses" y 9 a "Más de una vez al día durante los tres últimos meses".

En el estudio original la muestra utilizada por los autores fue de 78 pacientes con una amnesia postraumática de 24 horas al menos (daño cerebral severo); el accidente había tenido lugar al menos 18 meses antes de la prueba y la edad de los sujetos oscilaba entre 16 y 68 años en el momento de producirse el accidente. El grupo control fueron otros 78 sujetos con características similares salvo que la duración de la amnesia postraumática fue como máximo de 10 minutos (daño cerebral medio). Estudiaron también la visión que los familiares de los pacientes

de ambos grupos tenían del déficit de estos administrándoles la prueba para que la respondieran en función de los déficits que observaban en su familiar afectado de amnesia, encontrando que en los pacientes graves es el informe del familiar y no el del paciente el que en realidad se asocia con la capacidad de memoria de éste. Solamente 50 sujetos del grupo grave y 33 del medio cumplimentaron las pruebas.

Todos los ítems del test demostraron estar altamente correlacionados, por lo que la prueba se resume en una puntuación media total; estas medias producían puntuaciones positivamente asimétricas que los autores normalizaron obteniendo las raíces cuadradas de las puntuaciones.

En el estudio original se realizó un análisis de componentes principales que indica que el 60% de la varianza del test quedaba explicada por un solo factor general en el grupo de daño grave y un 51% en el grupo de daño moderado en el caso de los cuestionarios cumplimentados por familiares. En el caso de los pacientes, la varianza explicada por ese mismo componente era del 42% y 39% respectivamente. Esto parece indicar que hay un único componente que explica todos los olvidos, quizá la lesión de ciertas áreas daña el control sobre el procesamiento y nos hace proclives al olvido. Algunos ítems recibieron valoraciones de frecuencia más altas por los sujetos con daño cerebral grave. Mediante pruebas U de Mann-Whitney se encontró que tales diferencias eran muy significativas. En cuanto a la muestra de familiares los ítems indicados como más discriminativos para el grupo de daño cerebral severo coincidían con los indicados por los familiares en el estudio previo de entrevista. La correlación entre ambos grupos de ítems discriminativos (pacientes y familiares) es de .38.

Elegimos la prueba MFE para nuestro estudio porque su intencionalidad clínica la hace especialmente útil como instrumento de diagnóstico tanto para comprobar el grado de afección de la memoria como las facetas dañadas de ésta. Además es una prueba que se aplica rápidamente lo que constituye una ventaja adicional.

Objetivos del estudio

En nuestro estudio nos planteamos dos objetivos, estudiar las propiedades psicométricas y adaptar este cuestionario a poblaciones de nuestro entorno, por un lado, y, por otro, comprobar la sensibilidad del cuestionario a los efectos de la edad, cuestión que sus autores abordaron de modo periférico utilizando la pauta de entrevista que dio origen al MFE.

Muestras

Nuestras muestras fueron una de población joven y otra de ancianos. La muestra de jóvenes estaba compuesta por 188 sujetos voluntarios que cursaban estudios de BUP y COU o tercer curso de Psicología en la Universitat de Valencia. Todos ellos residían bien en la Ciudad de Valencia o en Villena, una ciudad de 32.000 habitantes capital de la comarca de L'Alt Vinalopó. En cuanto al sexo 51 eran varones y 137 mujeres. Estos indicadores pueden comprobarse en la tabla 1.

Tabla 1
Datos demográficos de la muestra de jóvenes

| Procedencia | Niveles educativos | | | | | | TOTALES |
|-------------|--------------------|----|-----|----|----------|----|-------------------|
| | BUP | | COU | | FACULTAD | | |
| Sexo | V | M | V | M | V | M | V = 51 M = 137 |
| Valencia | 18 | 21 | 16 | 45 | 10 | 53 | 163 |
| Villena | 0 | 0 | 7 | 18 | 0 | 0 | 25 |
| Totales | 39 | | 86 | | 63 | | 188 |

La muestra de ancianos estuvo compuesta por un total de 164 sujetos voluntarios pertenecientes a clubs de la tercera edad de la Unión Democrática de Pensionistas del País Valenciano procedentes de los mismos ámbitos geográficos que la muestra de jóvenes. El nivel de formación escolar en el caso de la muestra de ancianos era más homogéneo, todos tenían estudios equivalentes a la actual primaria excepto una persona que había cursado estudios de grado medio por lo que esta variable no se consideró para esta muestra. En cuanto al sexo 113 sujetos fueron mujeres y 51 varones (véase la Tabla 2).

Tabla 2
Datos demográficos de la muestra de ancianos

| Procedencia | Sexo | | Totales |
|-------------|------|-----|---------|
| Valencia | 23 | 23 | 49 |
| Villena | 28 | 87 | 115 |
| Totales | 51 | 113 | 164 |

Material y método

La administración de la prueba se realizó de modo colectivo para los sujetos jóvenes y en forma individual a los ancianos.

Se utilizó la versión castellana realizada por los autores del MFE que se administró a todos los sujetos y una batería de pruebas psicológicas utilizadas únicamente para la validación del cuestionario y que se aplicaron sólo a un grupo de 71 ancianos. Esta batería estaba compuesta, además de por el MFE, por: a) la Escala de Memoria de Weschler (WMS); b) el Test de Retención Visual de Benton (TRVB); c) el Test Perceptivo de Atención de Toulouse Pieron; d) las Matrices Progresivas de Raven en Color elegidas como prueba de inteligencia por la adecuación de este instrumento a una población con escasa formación académica como fueron los ancianos de nuestra muestra; e) el Cuestionario de Fallos Cognitivos (CFQ) de Broadbent y cols. (1982), otro instrumento de metamemoria elegido para ver el comportamiento del MFE frente a pruebas de su clase; f) el Test Conductual de Memoria de Rivermead (RBMT) de Wilson, Cockburn y Baddeley (1985), un instrumento de evaluación de la memoria a partir de análogos de conductas cotidianas de memoria compuesto por 11 ítems que se valoran según un criterio de todo o nada y una prueba de recuerdo de párrafos que se valora de modo inmediato y diferido; y g) la prueba de pares asociados del Test de Memoria de la Universidad de Nueva York (Randt, Brown y Osborne, 1980) que los autores del RBMT recomiendan administrar junto a su prueba.

Una vez administrados los instrumentos se corrigieron y se procedió a comprobar la unidimensionalidad de la escala, su sensibilidad al envejecimiento y su validez en relación con la batería de pruebas antes mencionada. Los análisis se refieren tanto a la muestra de ancianos como a la de jóvenes y a una tercera muestra, llamada total, producto de la simple unión de las dos anteriores. Todos los análisis estadísticos fueron elaborados con el paquete SYSTAT 3.0.

También se probó el efecto que posibles variables demográficas como el sexo, la procedencia geográfica o la formación académica tenían en los resultados del MFE, pero todos los análisis revelaron que no existía efecto significativo alguno de tales variables.

Asimismo se intentó recabar información de los familiares de los sujetos, intentando replicar también este aspecto del estudio original. Para ello entregábamos a cada sujeto otra versión del test con instrucciones específicas para ser contestadas por una persona que conviviera con él que debía ser entregada en la misma institución donde el sujeto cumplimentó su ejemplar. Pero sólo nos fueron devueltos un número mínimo de ejemplares (algo menos del 20%) por lo que decidimos abandonar esta parte del estudio.

Resultados

Los estadísticos básicos de la aplicación de la prueba pueden verse en la Tabla 3.

Tabla 3
Estadísticos básicos del MFE

| Muestra | Jóvenes | Ancianos | Total |
|----------------|---------|----------|--------|
| Media | 68.723 | 84.456 | 76.063 |
| Desv. estándar | 23.976 | 30.350 | 28.248 |
| N | 188 | 164 | 352 |

La unidimensionalidad de la escala, una cuestión en la que los autores del cuestionario insistieron, la estudiamos mediante tres vías: el análisis de componentes principales, que fue el método utilizado en el estudio original de Sunderland y cols. (1984), el estudio de la consistencia interna de la prueba y el análisis de la fiabilidad de los items que la componen.

La consistencia interna (Alfa de Cronbach) de la prueba fue la siguiente para cada una de las muestras: *jóvenes*, .898; *ancianos*, .893; *total*, .901. Los diversos índices de fiabilidad demuestran una alta consistencia interna de la prueba para todas las muestras.

En cuanto al análisis de componentes principales de la muestra de jóvenes, 24 de los 28 ítems tuvieron saturaciones superiores a .350 en el primer componente no rotado de la matriz, y 15 de los 28, saturaciones superiores a .500. El valor *theta* de este componente fue de .915. La muestra de ancianos arrojó un valor *theta* de .923, con 24 ítems que superaban el valor de saturación de .350 y 19 el de .500. Para el total de la muestra (jóvenes más ancianos) el valor *theta* del primer componente fue .915 con 26 ítems que superaban el valor de .350 y 16 el de .500.

Estos valores *theta* indican una clara homogeneidad psicológica del cuestionario para las tres muestras. En el estudio original los autores recurrieron a un análisis de componentes principales como medio de probar la unidimensionalidad de la escala y hallaron que la varianza explicada por el primer componente principal daba cuenta del 39% de la varianza (pacientes con lesión cerebral moderada) y del 60% (familiares de pacientes con lesión cerebral moderada). Estos valores son más altos que los porcentajes hallados en nuestro primer componente principal no rotado (27.379% en la muestra de jóvenes; 30.608% en la de ancianos y 27.965% en la muestra total). No obstante, hay que tener en cuenta que las muestras son diferentes en su naturaleza (pacientes frente a grupos de edad no pacientes), sus tamaños difieren (83 sujetos en la muestra total de Sunderland y cols. frente a 352 de nuestra muestra total).

Efectos del envejecimiento

Otro apartado que nos interesa es el estudio de los efectos del envejecimiento. A este respecto Sunderland, Harris y Baddeley (1984) utilizaron un grupo de sujetos jóvenes (con edades comprendidas entre los 20 y 36 años) y otro de ancianos (entre 69 y 80 años). El resultado arrojó diferencias significativas pero eran los jóvenes los que experimentaban un mayor número de problemas de memoria. Los autores explicaron el resultado aduciendo que los ancianos tenían vidas menos activas y por tanto menos oportunidades de tener que olvidar algo. Replicaron el estudio con otro grupo de ancianos que todavía no se habían jubilado (entre 50 y 60 años) y otro grupo de jóvenes para comprobar esa hipótesis pero los resultados fueron los mismos.

Tabla 4
Efectos de la edad en el estudio de Sunderland, Harris y Baddeley (1984)
en y nuestro estudio

| <i>Estudio 1 (Sunderland et al.)</i> | Medias | Efecto principal de la edad |
|--------------------------------------|---------------|------------------------------------|
| Jóvenes (N = 32) | 45 | F = 6.68; p = .01 |
| Ancianos (N = 32) | 32 | |
| <i>Estudio 2 (Sunderland et al.)</i> | | |
| Jóvenes (N = 47) | 52 | F = 26.62 p = .001 |
| <i>Estudio propio</i> | | |
| Jóvenes (N = 188) | 69.926 | F = 21.884 p = .000 |
| Ancianos (N = 164) | 84.494 | |

En nuestro estudio volvieron a aparecer diferencias entre los grupos de edad, pero en la dirección opuesta a los desarrollados por Sunderland, Harris y Baddeley (1984). Estas diferencias se mantuvieron además en el estudio individual de cada uno de los ítems (ANOVAS y pruebas t) salvo para los ítems 7, 15, 16, 18, 21, 25, 27 y 28 que no arrojaron diferencias significativas. En el ítem 10 los viejos obtuvieron mejores resultados que los jóvenes.

Nosotros no nos hemos ocupado del estudio de pacientes con lesión cerebral. Sin embargo, hemos desarrollado un estudio tentativo comparando los resultados de las muestras de pacientes con lesión cerebral de Sunderland y cols. (1984) y los obtenidos por nosotros. En el citado estudio se comprobó que los ítems que recibieron mayores frecuencias de respuesta por parte de los pacientes frente a un grupo control fueron los ítems 4, 5, 8, 16, 17, 18, 26 (25b en el estudio de Sunderland y cols.), y 28 (27 en el citado estudio). Los ítems que los familiares de los pacientes valoraron como más representativos frente a los familiares del grupo control fueron 1, 2, 10, 12, 13, 20 y 21. En ambos casos los ítems mostraban diferencias significativas al menos al nivel de probabilidad de $P = .05$ aplicando una prueba U de Mann-Whitney.

En nuestro estudio los ítems que recibieron valoraciones más altas fueron para los jóvenes: 1, 13, 7, 16, 24, 8, 5 y 14; y para los ancianos: 1, 13, 24, 5, 6, 8, 16 y 24. De los ocho ítems que ocurren más frecuentemente en ambos grupos, siete coinciden, y los ítems 7 y 6 (en jóvenes

y ancianos relativamente) reciben frecuencias moderadamente altas en el otro grupo con lo que los ítems no resultan discriminativos respecto a la edad, sino sólo el monto total de ocurrencia de los mismos. Comparando los ítems que resultan más valorados en jóvenes, ancianos y pacientes con lesión cerebral tenemos un total de 16 ítems de los que cinco (1, 5, 8, 13 y 16) aparecen en los tres grupos lo que representa una coincidencia del 31%.

Con las precauciones debidas a las diferencias entre muestras debemos indicar que: a) los efectos de la edad no son idénticos a los de la amnesia por lesión, aunque el envejecimiento se ve acompañado por el aumento de la probabilidad de daños de la memoria; b) esta afirmación se ve apoyada por el hecho de que los ítems con frecuencias altas coinciden en jóvenes y ancianos. Aplicando la prueba U de Mann-Whitney a los ítems más valorados por estos dos grupos aparecen diferencias significativas con fallos mayores en los ancianos en todos ellos salvo en los ítems 7, 14 y 16. Lo que sugiere que con la edad se produce un cierto declive en la memoria.

Validez

Para la validez del cuestionario se utilizó una muestra de 71 sujetos ancianos a los que administramos una batería de pruebas psicológicas compuesta por una serie de test tradicionales de memoria: Escala de Memoria de Weschler (WMS), Test de Retención Visual de Benton (TRVB). Se incluían otros tests de memoria basados en estudios de mayor componente ecológico como el Test Conductual de Memoria de Rivermead, así como las pruebas que suelen acompañar a esta última: dos pruebas de recuerdo de párrafos, una inmediata y otra diferida y el Test de Pares Asociados de Randt, Brown y Osborne (1980). Además se administró otro cuestionario de metamemoria, el CFQ (Cuestionario de Fallos Cognitivos, Broadbent y cols., 1982), la prueba de atención de Toulouse-Piéron (TP) y el Test de Matrices Progresivas en Color de Raven.

El cuestionario no fue correlacionado por sus autores con ninguna prueba de ejecución, aunque si correlacionaron (Sunderland y cols., 1983) la entrevista de 35 elementos que utilizaron para generar el cuestionario con cinco tests de memoria episódica (Reconocimiento Continuo de Kimura, una tarea de recuerdo de fotografías, una tarea de recuerdo de párrafos inmediatos y diferidos, la tareas de pares asociados de Brooks y Baddeley y el Test de reconocimiento forzado de Palabras de Warrington) y cuatro test de ejecución cognitiva (una tareas de tiempo de reacción visual con cuatro alternativas administrada al principio y al

final de la batería de tests, una tarea de presión rápida de un minuto de duración para evaluar el componente motor del tiempo de reacción, el Test Mill Hill de vocabulario y un test de velocidad de procesamiento semántico donde se debía informar sobre la veracidad o falsedad de la frase). Ninguna correlación fue significativa ni en el grupo de daño cerebral reciente (N=33) ni en la muestra de familiares ni en la de pacientes. En el grupo de daño cerebral producido al menos dos años atrás (N=32) encontraron correlaciones significativas entre los resultados de los pacientes y las tasas de recuerdo inmediato y diferido de párrafos, el porcentaje de olvido ocurrido entre el recuerdo inmediato y el diferido de los pares asociados ($r = .36, .35, .36$, significativas: $p = .05$). Para el grupo de familiares de estos sujetos se hallaron correlaciones significativas ($p = .01$) para las pruebas de recuerdo de párrafos inmediato, recuerdo de párrafos diferido, porcentaje de olvido entre el recuerdo inmediato y diferido de pares asociados ($r = .72, .63, .47$ y $p = .05$) para las pruebas de reconocimiento forzado de palabras, velocidad de presión ($r = .39, .42$). Para el grupo control (N=.37) sólo se alcanzaron algunas correlaciones significativas para el cuestionario respondido por los familiares y las siguientes pruebas: recuerdo inmediato de párrafos, recuerdo diferido de pares asociados ($r = .41, .45$; $p = .01$), recuerdo diferido de párrafos, recuerdo inmediato de pares asociados, tarea de reconocimiento forzado de palabras y tiempo de reacción ($r = .37, .33, .40, .30$; $p = .05$). En definitiva, en este estudio fueron escasas las correlaciones halladas y con escasa relevancia psicológica.

En nuestro estudio hallamos que la prueba evalúa inequívocamente memoria, pues obtuvimos correlaciones con un grado de significación importante con pruebas objetivas y de ejecución, sumamente validadas, como son el WMS y el RBMT o la prueba de Benton (con todas ellas alcanza correlaciones significativas, $p = .001$). El MFE tiende a correlacionarse más con tareas que evalúan memoria verbal, pares asociados y orientación inmediata, cosa que ya apuntaban los datos del estudio de Sunderland y cols. (1983). Pero sus mayores índices de correlación los consigue con pruebas elaboradas a partir de estudios de memoria cotidiana tanto de ejecución (RBMT, $r = -.448$, $p = .001$) como de metamemoria (CFQ, $r = -.661$, $p = .001$).

Tabla 5
Validez externa del MFE

| Pruebas de Memoria | Correlaciones |
|---------------------------------|---------------|
| CFQ | -.661 *** |
| Recuerdo Inmediato de Párrafos | -.151 |
| Recuerdo Diferido de Párrafos | -.218 |
| Pares Asociados (Randt) | .319 ** |
| Benton | -.390 *** |
| RBMT | -.448 *** |
| WMS: Total | -.302 ** |
| WMS: Información general | -.401 *** |
| WMS: Orientación | -.326 ** |
| WMS: Control Mental | -.298 * |
| WMS: Memoria lógica | -.271 |
| WMS: Dígitos | -.184 |
| WMS: Recuerdo Visual | -.231 |
| WMS: Partes Asociados | -.220 |
| <i>Otras Pruebas Cognitivas</i> | |
| Toulouse-Pieron (Atención) | .144 |
| Inteligencia General (Raven) | -.281 * |
| * P=.05 **P=.01 ***P=.001 | |

Discusión

La prueba MFE ha demostrado ser una escala unidimensional, unidimensionalidad confirmada por los hallazgos de los índices de homogeneidad, el estudio de la fiabilidad de sus items y los coeficientes *theta* extraídos a partir del primer factor de la matriz no rotada. Todos estos indicadores demuestran que la unidimensionalidad psicológica

permanece estable a lo largo de las tres muestras utilizadas en nuestro estudio. Estos resultados coinciden con los de los autores originales (Sunderland y cols., 1984).

Los dos mayores hallazgos de este estudio son 1) la demostración de la sensibilidad de la prueba a los efectos de la edad, en el sentido "esperado" ; y 2) la validación de la prueba frente a tareas de ejecución de memoria.

En cuanto a la comprobación de la sensibilidad de la prueba a los efectos del envejecimiento hallamos que son los ancianos los que manifiestan una mayor ocurrencia de problemas de memoria y esta tendencia se da tanto en los resultados globales del test como en el estudio de los items individuales ya que únicamente 9 items no producían estas diferencias (lo que supone que el 75% de los items son discriminativos). Además este resultado aporta nuevos datos a la polémica sobre la sensibilidad de los cuestionarios de metamemoria a los efectos del envejecimiento inclinándolo a favor de los estudios que remarcan la mayor ocurrencia de problemas en la ancianidad; otros autores han obtenido estos mismos resultados (Dixon y Hultsch, 1983; Gilewski y cols., 1983) y estos autores son los más citados en estudios de metamemoria y los más centrados en el estudio de la relación metamemoria y edad por lo que obtener resultados análogos a los de ellos parece confirmar que nuestra hipótesis responde a los hechos, bien en el sentido de un mayor déficit, bien en el sentido de una mayor consciencia de la problematidad. Por otro lado, hemos de indicar que los cuestionarios de Dixon y Hultsch (1983) y Gilewski y cols. (1983) tienen una estructura, un formato de preguntas y un modo de recoger la información muy diferentes a los del MFE por lo que la generalización de resultados a través de cuestionarios muy distintos avala la generalización de los resultados y no los hace mero artefacto del formato del test. Otro dato que aporta nuestro estudio es la similitud entre el tipo de fallos que se dan tanto en los problemas patológicos de memoria como en el déficit debido al envejecimiento ya que un 31% de los items considerados relevantes por las diferentes muestras coinciden. Al parecer la patología es más un problema de la severidad del daño o la frecuencia del mismo que del tipo de problema.

En cuanto a la validación de la prueba, nuestro estudio es uno de los pocos que logran altas correlaciones entre un instrumento de metamemoria y pruebas mnésicas de ejecución, lo que avala la capacidad del MFE para medir memoria y no solo creencias sobre esta. La prueba obtiene altos niveles de covariación incluso frente a pruebas psicométricas tradicionales de memoria como el WMS o el TRVB ($p = .001$) y también frente a medidas usuales de memoria como pares asociados ($p = .01$). El

MFE parece asociarse mejor a instrumentos que evalúan memoria verbal ya que no obtiene relaciones significativas con el subtest de dibujos de la WMS, aunque esto puede deberse a nuestra selección de pruebas de memoria que abundan más en aspectos verbales. La prueba no parece relacionarse con atención ya que los dos tests que evalúan esta variable en nuestra batería (TP y subescala de dígitos del WMS) no alcanzan correlaciones significativas con el MFE. Naturalmente, este cuestionario alcanza sus mayores correlaciones con otros tests que no proceden de una construcción psicométrica sino de un enfoque cotidiano sobre la memoria bien sean otros cuestionarios de metamemoria (CFQ) o pruebas de ejecución como el RBMT. Además, datos de otros estudios (García Martínez, 1992) avalan esta estrecha asociación entre el MFE y el RBMT. En un análisis de regresión *stepwise* sobre el RBMT utilizando como variables todos los tests incluidos en este estudio el MFE aparecía en el segundo *step* inmediatamente por debajo del WMS. En el mismo estudio el MFE aparecía en un factor común con las pruebas de ejecución de memoria, lo que avala de nuevo su fiabilidad, pero no el CFQ. Una razón que puede explicar la validez hallada en nuestro estudio y no en el de Sunderland y cols. (1984) puede ser que estos autores utilizaron pacientes con problemas más severos de memoria y por tanto con una peor capacidad de memoria, pero también una peor memoria subjetiva (olvidan que olvidan). De hecho los cuestionarios contestados por sus familiares parecen proporcionar datos más exactos sobre el estado de su memoria. Nuestros sujetos no tienen grandes déficits y por tanto debemos esperar que su opinión sobre su propia memoria sea más exacta, de ahí, quizá, estos resultados.

Para concluir diremos que este cuestionario puede ser, dadas sus buenas características psicométricas, un adecuado instrumento para el diagnóstico debido a su facilidad de administración y de corrección y su aplicabilidad a casi cualquier tipo de población e incluso a familiares de las personas a las que se administre. Con el conocemos no sólo el tipo de problemas de los que se queja el sujeto con más frecuencia sino que, dada su validez, se puede administrar como prueba rápida para conocer el estado de la memoria cuando no se quiera profundizar en el estudio de ésta o se haga una exploración de tipo preliminar. Sin embargo, debemos subrayar la debilidad de un diagnóstico efectuado únicamente con estos instrumentos ya que su validez no parece, de momento, garantizada a la luz de la mayoría de los estudios. Pero los datos subjetivos son muy valiosos para conocer el punto de vista de la persona en cuanto a los problemas y las áreas más deficitarias, donde sí pueden proporcionar una información exacta.

REFERENCIAS

- Bahrick, H.P. (1984): Memory for people. En J.E.Harris y P.E.Morris (Eds.) *Everyday memory: actions and absent-mindedness*. London: Academic Press.
- Bartram, D.-Smith, P. (1984): Everyday memory for everyday places. En J.E.Harris y P.E.Morris (Eds.) *Everyday memory: actions and absent-mindedness*. London: Academic Press.
- Bennett-Levy, J.-Powell, G.E. (1980): The Subjective Memory Questionnaire. An investigation into the self-reporting of real-life memory skills. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 177-188.
- Broadbent, D.E.-Cooper, P.E.-Fitzgerald, P.-Parkes, K.R. (1982): The Cognitive Failures Questionnaire and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 1-16.
- Bruce, V.-Young, A. (1986): Understanding face recognition. *British Journal of Psychology*, 77, 305-327.
- Chaffin, R.-Herrmann, D.J. (1983): Self reports of memory abilities by old and young adults. *Human Learning*, 2, 17-28.
- Cook, N.M. (1989): The applicability of verbal mnemonics for different populations. A review. *Applied Cognitive Psychology*, 3, 3-22.
- Diges, M.-Garzón, A.-Seoane, J. (1982): El Inventario de Experiencias de Memoria. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 37, 877-904.
- Dixon, R.A.-Hultsch, D.F. (1983): Structure and development of Metamemory in Adulthood. *Journal of Gerontology*, 38, 682-688.
- Ellis, J.A. (1988): Memory for future intentions: investigating pulses and steps. En M.M.Grunenber, P.E.Morris y R.N.Sykes (Eds.), *Practical aspects of memory: current research and issues*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Fernández-Ballesteros, R.-Díaz, P.-Souto, E.-Hernández, J.M.-Izal, M.-Gallego, A. (1986): *Tratamientos conductuales sobre memoria en ancianos*. Trabajo presentado al V Congreso organizado por la Asociación Venezolana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento. Caracas.
- García Martínez, J. (1992): *Evaluación y Rehabilitación de la Memoria Cotidiana*. Tesis Doctoral no publicada. Universitat de València-Estudi General.
- Gilewski, M.J.-Zelinski, E. M. (1986): Questionnaire assessment of memory complaints. En L.W.Poon (Ed.) *Handbook for clinical memory assessment of elderly adults*. Washington, DC: APA.
- Gilewski, M.J.-Zelinski, E.M.-Schaie, K.W.-Thompson, L.W. (1983): *Abbreviating the Metamemory Questionnaire: factor structure and norms for adults*. Comunicación presentada en el encuentro de la A.P.A. Araheim. California (EE.UU.).
- Herrmann, D.J. (1982): Know the memory: the use of questionnaires to assess and study memory. *Psychological Bulletin*, 92, 434-452.
- Herrman, D.J. (1984): Questionnaires about memory. En J.E.Harris y P.E.Morris (Eds.), *Everyday memory: actions and absent-mindedness*. London: Academic Press.
- Herrmann, D.J.-Neisser, U. (1978): An inventory of everyday memory experiences. En M.M.Grunenberg, P.E.Morris y R.N.Sykes (Eds.) *Practical aspects of memory*. London: Academic Press.
- Martin, M.-Jones, G.V. (1984): Cognitive failures in everyday life. En J.E.Harris y P.E.Morris (Eds.), *Everyday memory: actions and absent-mindedness*. London: Academic Press.

- Neisser,U.(1978): Memory: What are the important questions? En M.M.Grunenberg, P.E.Morris y R.N.Sykes (Eds.), *Practical aspects of memory*. London: Academic Press.
- Perlmutter,M.(1978): What is memory aging the aging of? *Developmental Psychology*, 88, 3-32.
- Reason,J. T.(1984): Absent-mindedness and cognitive control. En J.E.Harris y P.E.Morris (Eds.), *Everyday memory: actions and absent-mindedness*. London: Academic Press.
- Sánchez-Cánovas,J.(1989): La memoria y sus alteraciones. En E. Ibañez y A. Belloch (eds.) *Psicología y medicina*. Valencia: Promolibro, págs. 115-138.
- Shlechter,T.,-errmann,D.-Rubenfeld,L.-Stronach,P.-Zenker,S.(1982): *An investigation of people's knowledge of their everyday memory abilities*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Eastern Psychological Association. Baltimore. Abril.
- Sunderland,A.-Harris,J.E.-Baddeley,A.D.(1983): Do laboratory tests predicted everyday memory? A neuropsychological study . *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 22, 341-357.
- Sunderland,A.-Harris,J.E.-Baddeley,A.D.(1984): Assessing everyday memory after severe head injury. En J.E.Harris y P.E.Morris (Eds.), *Everyday memory: actions and absent-mindedness*. London: Academic Press.
- Sunderland,A.-Harris,J.E.-Gleave,S.(1984): Memory Failures in Everyday Memory following severe head injury. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 6, 127-142.
- Wilson,B. A.(1987): *Rehabilitation of Memory*. New York: the Guilford Press.
- Wilson,B.A.-Cockburn,J.-Baddeley,A.D.(1985): *The Rivermead Behavioural Memory Test*. London: Thames Valley Tests Co.
- Wilson.B.A.-Moffatt,N.(1984): *Clinical management of memory problems*. London: Croom Helm.
- Wilson.B.A.-Patterson,K.(1990): Rehabilitation for cognitive impairment: does Cognitive Psychology Apply? *Applied Cognitive Psychology*, 4, 247-260.
- Winograd,E.(1988): Some observations on prospective remembering. En M.M.Grunenberg, P.E.Morris y R.N.Sykes (Eds.), *Practical aspects of memory: current research and issues*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Zelinski,E. M.-Gilewski,M.J.-Thompson,L.W.(1980): Do laboratory tests relate to self assessment of memory ability in the young and old?. En L.W.Poon, J.L.Fozard, I.S.Cermack, D.Arenberg y L.W.Thompson (Eds.), *New directions in memory and aging*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

APENDICE

Cuestionario de Memoria MFE

Instrucciones:

Este es un cuestionario sobre memoria referido a todo lo que hacemos en nuestra vida cotidiana. Seguidamente se le indica el modo en que ha de contestar a las preguntas.

1. Si lo que se pregunta no le ha ocurrido en los últimos tres meses, escriba en la hoja de respuesta junto al número de la pregunta un 1.
2. Si lo que se pregunta le ha ocurrido una vez en los últimos tres meses, escriba en la hoja de respuesta junto al número de la pregunta un 2.
3. Si lo que se pregunta le ha ocurrido más de una vez en los últimos tres meses pero menos de una vez al mes, escriba en la hoja de respuesta junto al número de la pregunta un 3.
4. Si lo que se pregunta le ha ocurrido una vez al mes, escriba en la hoja de respuesta junto al número de la pregunta un 4.
5. Si lo que se pregunta le ha ocurrido más de una vez al mes pero menos de una vez a la semana, escriba en la hoja de respuesta junto al número de la pregunta un 5.
6. Si lo que se pregunta le ha ocurrido una vez a la semana, escriba en la hoja de respuesta junto al número de la pregunta un 6.
7. Si lo que se pregunta le ha ocurrido más de una vez a la semana pero menos de una vez al día, escriba en la hoja de respuesta junto al número de la pregunta un 7.
8. Si lo que se pregunta le ha ocurrido una vez al día, escriba en la hoja de respuesta junto al número de la pregunta un 8.
9. Si lo que se pregunta le ocurre más de una vez al día, escriba en la hoja de respuestas junto al número de la pregunta un 9.

CUESTIONARIO

1. Olvida donde ha puesto algo. Pierde cosas por la casa.
2. Según le han dicho en otras ocasiones no puede reconocer lugares en los que ya ha estado.
3. Tiene dificultades para seguir un telefilme de TV.
4. No recuerda cambios en su rutina diaria, como cambios en los lugares donde guarda algo, o cambios en la hora a la que suele hacer algo. Sigue la vieja rutina por error.
5. Tiene que revisar si ha hecho algo que iba a hacer.
6. Olvida por completo cuándo ocurrió algo; por ejemplo, no sabe si algo ocurrió ayer o la semana pasada.
7. Olvida por completo llevarse cosas consigo, o se las deja y tiene que volver a por ellas.

8. Olvida que le dijeron ayer o hace pocos días y hay que recordárselo.
9. Empieza a leer algo (un libro, un artículo de un periódico, una revista) sin darse cuenta de que ya lo había leído antes.
10. Se pone a divagar o a hablar sobre cosas sin importancia o irrelevantes durante una conversación.
11. No puede reconocer a familiares cercanos o amigos a los que ve frecuentemente, cuándo se encuentra con ellos.
12. Tiene dificultades para aprender una nueva habilidad. Por ejemplo, le resulta difícil aprender un juego nuevo o manejar nuevos aparatos incluso tras haber practicado una o dos veces.
13. Tiene algo en la punta de la lengua, sabe que es, pero no puede dar con ello.
14. Olvida por completo cosas que dijo iba a hacer y cosas que pensaba hacer.
15. Olvida detalles importantes de lo que ha hecho o lo que ha sucedido el día anterior.
16. Cuando está hablando con alguien olvida lo que acaba de decir. Entonces salta con "¿qué estaba diciendo?".
17. Cuando lee un diario o una revista es incapaz de seguir el hilo de la historia.
18. Olvida decirle a alguien algo importante. Quizá olvida darle un recado o recordarle algo.
19. Olvida detalles importantes sobre si mismo, por ejemplo, cuándo es su cumpleaños o el lugar donde vive.
20. Los detalles que da sobre algo que alguien le ha dicho aparecen mezclados o confusos.
21. Le cuenta a alguien un chiste o historieta que ya le había contado antes.
22. Olvida detalles de cosas que suele hacer, en casa o en el trabajo. Por ejemplo, olvida detalles sobre que ha de hacer o cuándo ha de hacerlo.
23. Observa que las caras de los famosos que aparecen en TV o que ve en fotografías le resultan poco familiares.
24. Olvida donde guarda normalmente las cosas o las busca en un lugar equivocado.
25. Se pierde o va en dirección equivocada en un viaje, en una caminata o en un edificio donde ha menudo ha estado antes.
26. Se pierde o va en dirección equivocada en un viaje, en una caminata o en un edificio donde ha estado sólo una o dos veces antes.
27. Hace algunas cosas rutinarias dos veces seguidas por equivocación. Por ejemplo, se sirve dos tazas de café para vd. solo o se peina o cepilla el cabello cuando acaba de hacerlo.
28. Repite a alguien lo que acaba de decirle o le pregunta la misma cosa dos veces.