

**Evaluación de los problemas
de memoria cotidiana en
personas mayores.
Adaptación española del Test
de Memoria Conductual
Rivermead-III**

Dra. M^a Luisa Delgado Losada
Dra. Sara Fernández Guinea
Dr. Javier González Marqués



Universidad Complutense de Madrid
Facultad de Psicología
Dpto. de Psicología Básica II (Procesos cognitivos)
2009



MEMORIA FINAL

PROYECTO 119/07

Investigador Principal:	M ^a Luisa Delgado Losada
Denominación del Proyecto:	Evaluación de los problemas de memoria cotidiana en personas mayores. Adaptación española del Test de Memoria Conductual Rivermead-III
Organismo:	Universidad Complutense de Madrid
Centro:	Facultad de Psicología
Departamento:	Psicología Básica II (Procesos Cognitivos)
Período de ejecución:	13 meses
Fecha de Inicio:	27 de noviembre de 2007
Fecha de Finalización:	31 de diciembre de 2008

INTRODUCCIÓN

Uno de los hechos más importantes y sobresalientes del mundo contemporáneo es el aumento de la esperanza de vida, especialmente en los países desarrollados. Esto es el resultado de la confluencia de múltiples factores, tales como los avances médicos, farmacológicos y tecnológicos, el aumento de los valores nutricionales, las mejores condiciones de higiene y sociales, y los progresos logrados en el control de las enfermedades infantiles. Teniendo en cuenta también la disminución de la mortalidad y el bajo índice de la natalidad podremos comprender por qué el progresivo envejecimiento de la población constituye uno de los mayores triunfos de la humanidad y a la vez uno de los mayores desafíos para la sociedad.

En España la proporción de individuos mayores de 64 años se ha incrementado desde el 7,2% en 1950 hasta el 16,6% en 2007, y se estima que en el año 2030 representará aproximadamente el 24% de la población (INE, 2007). El rápido crecimiento del número de personas mayores está creando en nuestro país una revolución demográfica global sin precedentes, dando lugar a una serie de cambios sociales y económicos que han modificado notablemente el problema de la atención socio-sanitaria a las personas mayores.

El envejecimiento conlleva una serie de cambios neuroanatómicos y neurofisiológicos, a nivel macroscópico, microscópico, y en los sistemas de neurotransmisión, que se manifiestan en las alteraciones de los procesos cognitivos (fundamentalmente de la memoria), enlentecimiento en la velocidad del procesamiento de la información, déficits en las habilidades psicomotoras y en las capacidades perceptivas (Craik, 2002). La pérdida de memoria conlleva un nivel de dependencia en la persona que la padece, y un aumento de la necesidad de ayuda o apoyo de terceras personas directamente proporcional a la gravedad de los problemas mnésicos que presente el individuo.

Las pérdidas relacionadas con la memoria son una de las principales quejas en la población mayor porque afecta al desempeño de diversas actividades cotidianas esenciales (autocuidado, toma de decisiones,

comunicación, relaciones sociales, etc.), y en definitiva, a la independencia de la persona. Es importante el diagnóstico temprano de los pacientes con sospecha de trastorno cognitivo, ya que éste hace más fácil la identificación de la etiología, permite el diagnóstico de algunas demencias reversibles y facilita la instauración de medidas farmacológicas y conductuales con demostrada eficacia en el mantenimiento de la función cognitiva y en el retraso de la sintomatología.

El interés por investigar sobre los problemas de memoria asociados al envejecimiento se ha convertido en los últimos años en un área de especial relevancia dentro del ámbito de la psicología del envejecimiento, máxime si tenemos en cuenta las consecuencias que dichos problemas tienen para el entorno familiar y social.

La preocupación de los investigadores centrados en el estudio del funcionamiento mnésico les ha llevado a la utilización de distintos procedimientos de recogida de información, tales como entrevistas, pruebas neurológicas, cognitivas y psicométricas, aunque, en muchos casos, éstas carecen de una validación psicométrica estricta, o no la tienen para la población de personas mayores. Este es el caso de una de las pruebas más utilizadas en el territorio español para la evaluación de los problemas de memoria, el Test de Memoria Conductual de Rivermead (RBMT) (Rivermead Behavioural Memory Test, Wilson y cols, 1985), que cumple las características de ser una prueba rápida de administrar, ecológica, y tener una buena sensibilidad y especificidad para la evaluación de problemas de memoria. Sin embargo, este test ha sido construido para evaluar a pacientes de habla inglesa, y carece de información sobre su fiabilidad, validez y normas sobre la interpretación de las puntuaciones con población española.

El presente trabajo financiado por el IMSERSO en su convocatoria de subvenciones I+D+i del año 2007 (Proyecto 119/07) ha tratado de cubrir esa carencia a la que acabamos de hacer referencia, y ha tenido como finalidad principal la traducción, adaptación y la obtención de normas de interpretación de la versión III del Rivermead Behavioural Memory Test (Wilson y cols., 2008) (RBMT-III) con población española mayor de 65 años con envejecimiento

normal y con personas con deterioro cognitivo leve, tanto institucionalizados como residentes en la comunidad, procedentes de diversas provincias de la geografía española.

OBJETIVOS PREVISTOS, CUANTIFICADOS Y VALORADOS EN LO POSIBLE

El objetivo principal de este estudio era la traducción, adaptación y obtención de normas de interpretación del RBMT-III con población española mayor de 65 años con envejecimiento normal y con personas con DCL.

Así mismo, en este estudio nos interesaba conocer y analizar si la apreciación subjetiva sobre la propia memoria que tienen las personas mayores coincidía con los resultados obtenidos en los test objetivos de memoria.

La traducción al castellano de todos los materiales que forman la citada prueba de evaluación se ha realizado completamente, y una vez concluida se realizó la aplicación piloto de ambas formas a un grupo de personas mayores procedentes de diversas provincias del territorio español (Ávila, Cuenca, Zamora, Valladolid, Burgos, Palencia, Ciudad Real, Segovia y Toledo). Esta aplicación piloto nos permitió modificar algunos de los ítems de ambas formas del test que no eran comprensibles o familiares para los sujetos españoles, ya que la prueba tiene algunos elementos (palabras, dibujos, etc.) muy relacionados con la cultura inglesa, y fue necesario sustituirlos por otros elementos con mayor connotación española. No podemos olvidar que la adaptación de instrumentos de medida desarrollados para una cultura a otra diferente requiere tener en cuenta la necesidad de una correcta traducción de los términos, no sólo en los aspectos semánticos sino también en los técnicos, en los conceptuales y en los de criterio.

A continuación se contactó con 80 centros y residencias para personas mayores de toda la geografía española, se les informó del objetivo del estudio,

de las características y requisitos de las personas participantes. De ellos contestaron, en el tiempo establecido, 20 centros, pero una vez visitados y realizada la primera evaluación a los residentes de cinco de ellas tuvieron que ser eliminados de la muestra definitiva por no cumplir los criterios de inclusión establecidos, siendo 15 los centros que finalmente han participado en el estudio, Centro de Mayores Santa Hortensia, Centro de Mayores Castilla y Centro de Mayores Nicolás Salmerón, de Madrid, Residencia Los Jazmines de Haro (La Rioja), Residencia de personas mayores de Lardero (La Rioja), Avellanes Residencia de Mayores y Residencia Mapfre Quavitaie, ambas de Badajoz, Residencia Igurco-Unbe de Bilbao, Centro de Mayores de Convivencia Miralbueno de Zaragoza, Centro Integral de Atención a Mayores San Prudencio de Vitoria-Gasteiz, Residencia AMMA Horta de Barcelona, Residencia Los Almendros de Cartagena (Murcia), Residencia Sanyres La Cañada de Villanueva de la Cañada (Madrid), Residencia El Parque (Guadalajara) y Residencia Sanyres de Benálmadena (Málaga).

Respecto a la obtención de las normas de interpretación, éstas han sido elaboradas y comparadas con los datos y factores obtenidos en la versión inglesa. Destacar que, en relación con la muestra, hemos tenido que reducirla respecto a lo que nos planteamos en el proyecto inicial debido al descenso de la cantidad económica otorgada con respecto al presupuesto inicialmente solicitado, siendo la muestra de personas con deterioro cognitivo leve la que se ha visto más disminuida debido fundamentalmente a la dificultad de encontrar sujetos que cumplieran los criterios de inclusión. Este aspecto ya preveíamos que podría ocurrir antes de comenzar el proyecto, y sería una dificultad que nos podríamos encontrar en el desarrollo del mismo, y así quedó señalado en el apartado del proyecto correspondiente a dificultades y limitaciones del estudio.

En definitiva, consideramos que este objetivo, la traducción, adaptación y obtención de puntuaciones normativas de la prueba han sido logrados en un 100%.

El segundo objetivo que se planteó en el proyecto de investigación era el interés por conocer y analizar si la apreciación subjetiva sobre la propia memoria coincide con los resultados obtenidos en los test objetivos de

memoria. Tras el análisis de los datos hemos podido comprobar cómo las personas mayores tienen un peor autoconcepto del funcionamiento de su memoria que lo que se pone de manifiesto tras la administración de una prueba objetiva de memoria como puede ser el RBMT-III. Por tanto, consideramos que este objetivo también ha sido alcanzado en un 100%.

En definitiva, el equipo de investigación considera que los objetivos planteados en el proyecto se han alcanzado en su práctica totalidad, quedando el equipo de investigación satisfecho con el trabajo realizado.

METODOLOGÍA O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

En el estudio han participado 141 personas mayores procedentes de diversas localidades del territorio nacional, residentes en sus propios domicilios o en residencias de mayores. A todos ellos se les ha evaluado en dos ocasiones con un intervalo temporal de aproximadamente 14 días, con el fin de poder proceder a la baremación completa del Test de Memoria Conductual Rivermead versión III en su forma A y B (en adelante, RBMT-III).

Los centros o residencias que han participado en el estudio nos facilitaron en torno a 4-12 personas mayores, tanto éstos como los residentes en sus domicilios cumplían los criterios siguientes: ausencia de historia neuropatológica previa y/o enfermedad psiquiátrica, carecer de antecedentes de abuso de drogas o alcohol, tener el español como lengua materna, y no presentar problemas de comprensión ni expresión verbal, ni problemas sensoriales graves.

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio, accediendo de forma voluntaria al mismo.

A todos ellos en la primera visita se les aplicaron las siguientes pruebas, cuestionario sociodemográfico, escala de depresión de Yesavage (GDS),

cuestionario de quejas de memoria de la vida diaria (MFE), y Test de memoria conductual Rivermead-III (forma A o B). En una segunda entrevista realizada a las mismas personas se les administraba únicamente el Test de Memoria Conductual Rivermead-III (forma A o B).

Los instrumentos de evaluación aplicados a los sujetos de la muestra han sido los siguientes:

- a) **Cuestionario sociodemográfico:** sexo, edad, lugar de procedencia, lengua materna, nivel de escolaridad, profesión, estado civil, forma de convivencia, déficit sensoriales, antecedentes de patología médica, psiquiátrica o neurológica, enfermedad actual médica, psiquiátrica o neurológica, consumo de tabaco y alcohol.

- b) **Cráterios de Petersen** (1999, 2003) *sobre presencia o no de deterioro cognitivo leve* (en adelante, DCL):
 1. Quejas subjetivas de pérdida de memoria, corroborado por un informador.
 2. Normalidad en las actividades de la vida diaria.
 3. Función cognitiva normal.
 4. Alteración objetiva de la memoria episódica u otra función cognitiva evidenciadas.
 5. Ausencia de demencia.

c) Mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC)

Es una adaptación realizada por Lobo y cols., (1979) del “Mini-Mental State Examination” (MMSE) diseñado por Folstein y cols. (1975) con algunas modificaciones en el contenido (adaptación de los ítems al lenguaje castellano e inclusión de 5 ítems adicionales) y en la puntuación total de los ítems que alcanza 35 puntos. Es quizás la prueba de “screening” o filtro para valorar de forma breve el estado cognitivo general del paciente que más se usa en el ámbito internacional. Es un test de fácil administración y útil para controlar la progresión del estado de los pacientes, aunque se ha mostrado insensible a déficits leves. Explora la orientación temporal y espacial, la memoria de fijación y

reciente, la atención y concentración, el cálculo, la comprensión y expresión del lenguaje y la praxia constructiva.

d) *Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS)*

Es una de las escalas de depresión que más se utilizan con población mayor de 65 años ya que contamos con datos normativos. Fue introducida en la clínica geriátrica tras abreviar un cuestionario original de 100 ítems de respuesta dicotómica si/no, que se habían mostrado útiles para distinguir ancianos deprimidos de no deprimidos. A continuación, se redujeron a 30 preguntas sobre distintas cuestiones relacionadas con el estado de ánimo, eligiendo las que correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor. Posteriormente, los autores han construido una escala reducida de la GDS con 15 de los 30 elementos originales seleccionados por tener una mayor correlación con la puntuación de la escala total. Esta versión reducida de 15 ítems ha sido la utilizada en el presente estudio.

e) *Cuestionario de quejas de memoria de la vida diaria (MFE)*

El “Memory Everyday Failures” (MFE) de Sunderland, Harris y Gleave (1984) está formado por 28 elementos. Se elaboró a partir de un estudio con pacientes de daño cerebral y detecta los fallos de memoria en el contexto de la vida cotidiana (olvidar dar un mensaje, revisar algo hecho, olvidar dónde se ha puesto algo...). Este instrumento permite estudiar los errores cotidianos para realizar el diagnóstico clínico de los problemas cognitivos, y así obtener información valiosa para la intervención, siendo ésta una de las razones básicas de su creación. La puntuación se realiza en una escala de Likert de 3 puntos (“nunca o rara vez”, “algunas veces”, “muchas veces”). Tiene probadas sus propiedades psicométricas en los estudios originales y también en población española de jóvenes y ancianos.

f) *Test de Memoria Conductual de Rivermead III (Barbara A Wilson, Eve Greenfield, Linda Clare, Alan Baddeley, Janet Cockburn, Peter Watson,*

Robyn Tate, Sara Sopena, Rory Nannery and John Crawford, 2008)
(traducido y adaptado al castellano por el equipo de investigación).

El RBMT es un test cognitivo, de estructura conductual, combina tareas convencionales (por ejemplo, orientación y recuerdo de una historia) con actividades similares a las de la vida cotidiana, como recordar una ruta o un mensaje, y con un material ecológico que no supone rechazo por parte de los sujetos. Esta prueba incluye dos versiones paralelas.

Los subtest del RBMT son los siguientes:

- 1.- Recuerdo del nombre y apellido de dos personas después de contemplar sus fotografías.
- 2.- Recuerdo de un objeto escondido y del lugar donde éste se ha ocultado.
- 3.- Recuerdo de la cita que el sujeto ha de recordar en un momento de la entrevista durante la administración de la prueba.
- 4.- Tarea de reconocimiento de dibujos.
- 5.- Tarea de reconocimiento de caras.
- 6.- Recuerdo de un texto de forma inmediata y demorada.
- 7.- Recuerdo inmediato y diferido de un recorrido por la habitación donde se pasa la prueba.
- 8.- Recuerdo de la realización de dos “recados”. También se evalúa por separado la ejecución inmediata y diferida.
- 9.- Preguntas de orientación relativas al año, mes y día de la semana actuales, lugar o edificio concreto dónde se está, ciudad donde se encuentra este edificio, año de nacimiento, edad y nombre de los actuales y anteriores presidentes de gobierno, rey y papa actuales.
- 10.- Tarea motriz. El sujeto ha de reproducir la estrella o el cuadrado que hace el examinador, en el orden y posición que éste la realiza.

RESULTADOS OBTENIDOS

Los análisis de los datos se han realizado utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Los resultados obtenidos han mostrado una estructura de la prueba muy semejante a la de la versión original inglesa, (aunque nos queda poder comparar una serie de datos y factores entre ambas pruebas) pero con la gran ventaja de estar traducida, adaptada y con normas de interpretación para la población española con envejecimiento normal y deterioro cognitivo leve.

Las características de la muestra del estudio son las siguientes:

	Personas mayores muestra total	Personas mayores con envejecimiento normal	Personas mayores con DCL
N	N = 141	N = 106	N = 35
EDAD	X = 77,67 Sx = 7,56	X = 76,67 Sx = 7,42	X = 80,71 Sx = 7,27
SEXO			
Mujer	N = 103 (72,5%)	N = 87 (82,1%)	N = 19 (54,3%)
Varón	N = 38 (26,8%)	N = 19 (17,9%)	N = 16 (45,7%)
ESTADO CIVIL			
Soltero/a	N = 21 (14,9%)	N = 12 (11,3%)	N = 9 (25,7%)
Casado/a	N = 47 (33,3%)	N = 40 (37,7%)	N = 7 (20%)
Viudo/a	N = 69 (48,9%)	N = 51 (48,1%)	N = 18 (51,4%)
Separado/a – Divorciado/a	N = 4 (2,8%)	N = 3 (2,8%)	N = 1 (2,9%)
FORMA DE CONVIVENCIA			
Solo/a	N = 33 (23,4%)	N = 29 (27,4%)	N = 4 (11,4%)
Matrimonio	N = 28 (19,9%)	N = 24 (22,6%)	N = 4 (11,4%)
Con familiares	N = 14 (9,9%)	N = 13 (12,3%)	N = 1 (2,9%)
Residencia	N = 75 (53,2%)	N = 40 (37,7%)	N = 26 (74,3%)
NIVEL EDUCATIVO			
Ninguno	N = 47 (33,3%)	N = 30 (28,3%)	N = 17 (48,6%)
Primarios (1-5 años)	N = 38 (27%)	N = 31 (29,2%)	N = 7 (20%)
Secundarios (6-8 años)	N = 16 (11,3%)	N = 12 (11,3%)	N = 4 (11,4%)
BUP/COU/FP (9-12 años)	N = 15 (10,6%)	N = 12 (11,3%)	N = 3 (8,6%)
E. Superiores (más 13 años)	N = 25 (17,7%)	N = 21 (19,8%)	N = 4 (11,4%)
PROFESIÓN			
Ama de casa	N = 42 (29,8%)	N = 30 (28,3%)	N = 12 (34,3%)
Autónomo- Empresario	N = 31 (22%)	N = 22 (20,8%)	N = 9 (25,7%)
Empleado- Funcionario nivel bajo	N = 31 (22%)	N = 23 (21,7%)	N = 8 (22,9%)
Empleado- Funcionario nivel	N = 23 (16,3%)	N = 18 (17%)	N = 5 (14,3%)

medio Empleado- Funcionario nivel alto	N = 14 (9,9%)	N = 13 (12,3%)	N = 1 (2,9%)
PROCEDENCIA Ámbito rural Ámbito urbano	N = 32 (22,7%) N = 109 (77,3%)	N = 15 (14,2%) N = 91 (85,8%)	N = 17 (48,6%) N = 18 (51,4%)
DEFICIT SENSORIALES Visual Si No Auditivo Si No	N = 94 (66,7%) N = 47 (33,3%) N = 29 (20,6%) N = 112 (79,4%)	N = 76 (71,7%) N = 30 (28,3%) N = 23 (21,7%) N = 83 (78,3%)	N = 76 (71,7%) N = 18 (51,4%) N = 6 (17,1%) N = 29 (82,9%)
ANTECEDENTE S Médicos Si No Psiquiátricos Si No Neurológicos Si No	N = 62 (44%) N = 79 (56%) N = 11 (7,8%) N = 130 (92,2%) N = 8 (5,7%) N = 133 (94,3%)	N = 56 (52,8%) N = 50 (47,2%) N = 9 (8,5%) N = 97 (91,5%) N = 4 (3,8%) N = 102 (96,2%)	N = 6 (17,1%) N = 29 (82,9%) N = 2 (5,7%) N = 33 (94,3%) N = 4 (11,4%) N = 31 (88,6%)
ENFERMEDAD ACTUAL Médica Si No Psiquiátrica Si No Neurológica Si No	N = 31 (22%) N = 110 (78%) N = 1 (0,7%) N = 140 (99,3%) N = 3 (2,1%) N = 138 (97,9%)	N = 28 (27,4%) N = 77 (72,6%) N = 1 (0,9%) N = 105 (99,1%) N = 0 (0%) N = 106 (100%)	N = 2 (5,7%) N = 33 (94,3%) N = 0 (0%) N = 35 (100%) N = 3 (8,6%) N = 32 (91,4%)
HABITOS NOCIVOS Alcohol Si No Tabaco Si No	N = 6 (4,3%) N = 135 (95,7%) N = 15 (10,6%) N = 126 (89,4%)	N = 3 (2,8%) N = 103 (97,2%) N = 11 (10,4%) N = 95 (89,6%)	N = 3 (8,6%) N = 32 (91,4%) N = 4 (11,4%) N = 31 (88,6%)

MEC	X = 31,7 Sx= 2,49 Rango: 20-35	X = 32,38 Sx= 1,95 Rango: 28-35	X = 30,06 Sx= 2,01 Rango: 20-35
GDS	X = 2,40 Sx = 2,39	X = 2,39 Sx = 2,32	X = 2,51 Sx = 2,62
MFE	X = 11,50 Sx = 8,31	X = 12 Sx = 8,12	X = 10,2 Sx = 8,82
RBMT-III Primera evaluación	X = 120,88 Sx = 30,7 Rango: 29,5-176	X = 134,36 Sx = 19,89 Rango: 100-176	X = 80,06 Sx = 19,42 Rango: 29,5-128,5
RBMT-III Segunda evaluación	X = 122,62 Sx = 30,24 Rango: 30,5-180	X = 134,71 Sx = 20,59 Rango: 92-180	X = 86 Sx = 24,91 Rango: 30,5-140,5

X = media; Sx= desviación típica.

Tras la adaptación y aplicación del RBMT-III a la muestra hemos logrado obtener normas de interpretación para personas con envejecimiento normal y personas con deterioro cognitivo leve, siendo este aspecto de gran relevancia, ya que tener la posibilidad de contar en nuestro país con una prueba ecológica, breve y sencilla para evaluar la memoria de las personas mayores supone diversas ventajas, como son, ser un test muy interesante y beneficioso para el diagnóstico, la investigación y el estudio de las personas que presentan problemas mnésicos y/o ser muy útil para la evaluación de la eficacia de los programas de intervención cognitiva que se realizan con este colectivo.

Así mismo, hemos podido comprobar que las personas mayores tienen un peor autoconcepto de su memoria que lo que los test objetivos revelan, aspecto que consideramos importante tener en cuenta en el diseño de programas de intervención y psicoestimulación de las funciones cognitivas dirigidos al colectivo de personas mayores.

Por último señalar que, junto con esta memoria final de la ejecución del proyecto enviamos al IMSERSO un documento titulado *“La memoria en las personas mayores: estrategias y técnicas para mantenerla activa”*. Este documento es una guía sobre la memoria en las personas mayores que se comprometió el grupo de investigación a entregar como producto al IMSERSO.

CONCLUSIONES

Las investigaciones sobre los problemas de memoria asociados al envejecimiento se han convertido en los últimos años en un área de especial relevancia e interés dentro del ámbito de la psicología del envejecimiento, máxime si tenemos en cuenta las consecuencias que dichos problemas tienen para el entorno familiar y social.

Las pérdidas relacionadas con la memoria son una de las principales quejas en la población mayor porque afecta al desempeño de diversas actividades cotidianas esenciales (autocuidado, toma de decisiones, comunicación, relaciones sociales, etc.), y en definitiva, a la independencia de la persona.

Es importante el diagnóstico temprano de los pacientes con sospecha de trastorno cognitivo, ya que éste hace más fácil la identificación de la etiología, permite el diagnóstico de algunas demencias reversibles y facilita la instauración de medidas farmacológicas y conductuales con demostrada eficacia en el mantenimiento de la función cognitiva y en el retraso de la sintomatología.

La preocupación de los investigadores centrados en el estudio del funcionamiento mnésico les ha llevado a la utilización de distintos procedimientos de recogida de información, tales como entrevistas, pruebas neurológicas, cognitivas y psicométricas, aunque, en muchos casos, éstas carecen de una validación psicométrica estricta, o no la tiene para la población de personas mayores. Este es el caso de una de las pruebas más utilizadas en el territorio español para la evaluación de los problemas de memoria, el Test de Memoria Conductual de Rivermead (Rivermead Behavioural Memory Test, Wilson y cols, 1985), que ha demostrado en diversos estudios ser una prueba muy útil para evaluar las destrezas necesarias para el funcionamiento adecuado en la vida real, proporcionando más información a este respecto que cualquier otro test de memoria de laboratorio, debido a que las tareas que se utilizan en el test están relacionadas con la memoria de la vida cotidiana.

A pesar de ser una prueba muy utilizada en nuestro país para el estudio de la memoria de las personas mayores antes de realizar este proyecto no se contaba con ninguna adaptación, ni con normas de aplicación para este colectivo, teniendo que utilizar para el diagnóstico, la valoración de la eficacia de los programas de intervención cognitiva y en todas las investigaciones los datos procedentes de la población británica. Gracias a la realización de este proyecto de investigación hemos conseguido obtener datos normativos para este colectivo.

Por tanto, tras la aplicación del RBMT-III a la muestra de personas mayores hemos obtenido normas de interpretación para personas con envejecimiento normal y personas con deterioro cognitivo leve, lo que hacen de este test una magnífica prueba para la evaluación de los problemas de memoria de las personas mayores en todo el territorio español.

Es necesario resaltar la importancia que tiene el poder contar en nuestro país con pruebas ecológicas, breves y sencillas para evaluar la memoria, por ser esta una de las necesidades prioritarias expresadas por las personas mayores. Ellos demandan con mucha frecuencia saber si los fallos mnésicos que comenten se deben al proceso de envejecimiento normal o si bien les está sucediendo algo fuera de lo esperable, manifestando cierta angustia o miedo a poder desarrollar algún tipo de demencia. Es por ello, reiteramos, que consideramos de gran importancia el poder haber realizado este proyecto de investigación y poder publicar en castellano, una prueba rápida, sensible y objetiva que evalúe la memoria de las personas mayores españolas.

El grupo de investigación continuará trabajando en esta línea para poder obtener puntuaciones normativas para otros colectivos de personas con patología clínica (demencia, traumatismos craneoencefálicos...) porque considera que esta es una línea de trabajo de gran utilidad para mejorar la calidad de vida de las personas que presentan problemas de memoria, independiente del origen o causa de estos. Así mismo, consideramos que esta prueba que hemos traducido y adaptado al castellano va a permitir a los profesionales un mejor diagnóstico diferencial de diversas patologías que

cursan con alteraciones de memoria, y va a favorecer el diseño de programas de intervención mediante el uso de estrategias, pautas y procedimientos para mejorar la memoria.

Por último, consideramos que el equipo de investigación ha ejecutando de la forma más eficaz, eficiente y efectiva posible el proyecto subvencionado. Todas las tareas y actividades planteadas se han ejecutado con gran dedicación del equipo de investigación, logrando concluir las de forma satisfactoria.