

## MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MAYORES CON INTERVENCIÓN EN REMINISCENCIA POSITIVA: UN ESTUDIO PILOTO

Alba Villasán Rueda<sup>1</sup>, Antonio Sánchez Cabaco<sup>2</sup>, Manuel Mejía-Ramírez<sup>3</sup>, Eduardo Castillo-Riedel<sup>3</sup> y Marina Alvelais-Alarcón<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad Católica de Ávila; <sup>2</sup>Universidad Pontificia de Salamanca (España); <sup>3</sup>CETYS Universidad (México)

### Resumen

En adultos mayores existe mayor prevalencia de deterioro o declive cognitivo y afectivo que la población más joven, por lo que, considerando la creciente población de adultos mayores, se precisa contar con mejores intervenciones que prevengan estas manifestaciones. En el presente estudio se planteó probar la eficacia del "Programa de reminiscencia positiva" (REMPOS), intervención no farmacológica, para el aumento de la calidad de vida de personas mayores en tres situaciones de envejecimiento. Se utilizó un diseño aleatorizado con medida pre-post con grupo control en tres tipos de envejecimiento: saludable ( $n= 24$ ), deterioro cognitivo leve ( $n= 22$ ) y enfermedad de Alzheimer ( $n= 21$ ). Los resultados mostraron que los grupos experimentales obtuvieron mejoras cognitivas, disminución de sintomatología depresiva, mayor evocación de recuerdos específicos positivos, y mayor satisfacción vital después de la intervención. Este trabajo amplía la evidencia de la eficacia de intervenciones sobre reminiscencia positiva a personas mayores en otros escenarios culturales y en diferentes realidades del proceso de envejecer.

PALABRAS CLAVE: *MoCA, LSI-A, GDS, MiniExamen cognoscitivo, estimulación cognitiva, terapia de reminiscencia.*

### Abstract

Older age is associated with a higher prevalence of cognitive and affective decline than in the younger population. For this reason, considering the increasing population aging, and with the continuous growth of this demographic, it is necessary to consider better types of interventions to prevent such decline from manifesting. This study measures the effectiveness of the "Positive reminiscence program" (REMPOS), a non-pharmacological therapy that increases life quality in older people, with a pre-post randomized design with control group in three types

---

<sup>1</sup> La primera firmante recibió financiación de "Becas Santander Iberoamérica, Investigación del Banco Santander" para este estudio. Agradecemos a Marisela Gámez Portillo, Rosella Arce Prado y a los responsables de las residencias y asilos que hicieron posible este estudio.

Correspondencia: Alba Villasán Rueda, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Ávila, c/ de los Canteros, s/n, 05005 Ávila (España). E-mail: [alba.villasan@ucavila.es](mailto:alba.villasan@ucavila.es)

of aging: healthy aging ( $n=24$ ), mild cognitive impairment ( $n=22$ ) and Alzheimer's Disease ( $n=21$ ). The results of the experimental groups revealed higher cognitive levels, lower depressive symptoms, higher specific positive memories recall, and higher life satisfaction after intervention. This study extends the evidence of effectiveness of positive reminiscence interventions for older adults in other cultural backgrounds and types of aging.

KEY WORDS: *MoCA, LSI-A, GDS, MiniCognitive Examination, cognitive stimulation, reminiscence therapy.*

## Introducción

Nunca ha habido en la historia de la humanidad una población de adultos mayores tan numerosa como la que encontramos en la actualidad, y esto acarrea consecuencias en todos los aspectos de nuestra sociedad (Amezaga y Saiz, 2019; Villasán, 2019). Se estima que la población de personas mayores de 60 años duplicará su tamaño para el año 2050, pasando del 11% al 22% (Moral, 2017). Los estudios muestran una alta probabilidad de que para 2030 la esperanza de vida supere los 90 años en algunos países industrializados (Kontis *et al.*, 2017). En México la población de personas mayores de 65 años aumentó de 6,2% en 2010 a 8,5 % en 2020, mostrando signos de llegar al 22,6% de la población total para el año 2050 (Consejo Nacional de Población, 2011).

El envejecimiento se define como un proceso natural e inherente a todos los organismos, aunque ocurre de manera diferente en cada órgano y tejido de nuestro cuerpo, por lo tanto se desarrolla de manera diferente en cada persona (Benvegnù y Dotti, 2017). Algunos autores consideran que los adultos mayores pierden interés en vivir su vida presente porque su estado de ánimo está centrado en su pasado y están constantemente evocando recuerdos a su presente y futuro (Alonso *et al.*, 2018). Se considera que esta percepción de "pérdida de interés" está influenciada por mitos y estereotipos negativos vinculados a esta etapa de la vida, que, en situaciones extremas, provocarán que los adultos mayores se subestimen y se perciban a sí mismos de forma negativa.

Esta sensación de subestimar las propias capacidades físicas y mentales puede conducir a una pérdida prematura de la independencia, mayor discapacidad, mayores índices de depresión y muerte prematura en adultos mayores que, en las condiciones adecuadas, podrían mantener una vida productiva, satisfactoria y saludable (Gil *et al.*, 2017). Si bien es cierto que la edad influye en estos aspectos, se considera que está sobrestimada. Esta situación ha sido descrita a través de la "profecía autocumplida" que hace referencia a la falsa creencia de que el deterioro es inevitable y, como consecuencia se interioriza esta idea y las personas reducen cualquier esfuerzo para evitarlo (Gramunt, 2010). Además, la disminución de la funcionalidad que acompaña al envejecimiento incrementa la probabilidad de desarrollar procesos degenerativos (Cerquera *et al.*, 2017), como es el caso de las demencias, cuya prevalencia aumenta entre los 65 y los 85 años, duplicándose cada 5 años y alcanzando el 20% en personas mayores de 85 años.

En 2012 la OMS declaró la demencia como una prioridad mundial de salud pública (Bayard *et al.*, 2017), indicando que, si bien la edad no es la principal causa

de demencia, es uno de los factores de riesgo más importantes. Además, la relevancia atribuida a la demencia se deriva no sólo de que esta enfermedad afecta a las personas que la padecen, sino también de las repercusiones que tiene a nivel familiar y de cuidados. Por estos motivos es importante prestar atención a los cuidadores que afrontan esta enfermedad ya que tienden a convertirse en potenciales pacientes (Martínez *et al.*, 2014).

Hasta el momento las terapias farmacológicas (TF) son las más utilizadas en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer (EA). Sin embargo, dado que los TF tienen una eficacia limitada y pueden causar efectos secundarios no deseados, es necesario considerar otros tipos de intervenciones. De hecho, recientemente se ha planteado la utilidad de las terapias no farmacológicas (TNF) para ayudar en el proceso de envejecimiento saludable y patológico por la ausencia de efectos adversos, su bajo coste, la mejora de los procesos cognitivos y la afectividad, y el aumento de la independencia y calidad de vida de los adultos mayores (Gómez *et al.*, 2010).

Las TNF se describen como terapias no químicas, teóricamente fundamentadas, focalizadas y replicables, realizadas con el paciente o cuidador (Bravo-Benítez y Navarro-González, 2018), y potencialmente capaces de obtener beneficios significativos (Carballo-García *et al.*, 2013). A este respecto, muchos estudios avalan el uso de narrativas de reminiscencia (evocación de recuerdos) ya que son beneficiosas y frecuentes en las etapas más avanzadas de la vida, y pueden emplearse para la estimulación cognitiva personalizada, especialmente cuando se centran en evocar aspectos positivos del pasado con el objetivo de incrementar la calidad de vida en la vejez (Salazar-Villanea, 2007; Terrero, 2016; Villasán, 2020).

La evidencia muestra que las intervenciones con terapia de reminiscencia se han convertido en una de las TNF de mayor impacto con evidencia que respalda su eficacia en los adultos mayores (Afonso *et al.*, 2011; González-Arévalo, 2015; Kirk *et al.*, 2019; Rodrigues, 2017; Terrero, 2016). Aunque se necesita más investigación para sustentar su eficacia y efectividad (Villasán, 2020). Por tanto, una de las principales aportaciones de esta intervención es mostrar la eficacia de las técnicas incluidas en el programa REMPOS, frente a la evidencia aportada por otro tipo de intervenciones terapéuticas que se centran en dimensiones como el perdón, en las que los resultados suelen mostrar inconsistencia (López *et al.*, 2021). El presente estudio también aporta evidencia de que este tipo de intervenciones pueden aplicarse a diferentes modalidades de envejecimiento, para que puedan generalizarse a diferentes contextos culturales y sociales. La dimensión transcultural, en la que se centra esta investigación, ayudará a difundir este tipo de intervenciones en países que comparten elementos culturales y lingüísticos, como en este caso de México y España.

El objetivo principal de este estudio fue probar la eficacia de la terapia de reminiscencia en variables cognitivas y afectivas en adultos mayores en el norte de México con diferentes situaciones en los adultos mayores: envejecimiento saludable (ES), deterioro cognitivo leve (DCL) y enfermedad de Alzheimer (EA). La pregunta de investigación fue la siguiente: ¿REMPOS obtendrá mejores resultados que las terapias tradicionales de estimulación cognitiva en los procesos cognitivos y afectivos en adultos mayores?

Hipotetizamos que los participantes de los grupos experimentales mejorarían en la función cognitiva (H1), en las medidas afectivas disminuirían los síntomas depresivos y mejora la satisfacción vital (H2), y se incrementará la evocación de recuerdos autobiográficos específicos (H3). Después de la intervención estos cambios señalados serían mayores que las observadas en los grupos control.

## Método

### *Participantes*

Este estudio incluye un total de 67 adultos mayores (51 mujeres) de diferentes residencias de ancianos ubicados en Tijuana, México. La edad media de los participantes es de 76,2 ( $DT= 9,74$ ) años, 77,3 ( $DT= 8,65$ ) años para los hombres y 75,8 ( $DT= 10,1$ ) años para las mujeres. Sospechamos que hubo más mujeres participantes debido a su mayor esperanza de vida.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1) personas mayores de 65 años; 2) de los centros DIF y residencias de mayores; 3) con envejecimiento saludable, DCL y diagnóstico previo o indicadores de EA. Después de revisar diferentes centros DIF, decidimos seleccionar DIF Casa del Abuelo y DIF Valle Verde porque la población de adultos mayores era mayor que en otros centros y la población patológica con DCL y EA era muy baja. Por lo tanto, se incluyeron además dos hogares de ancianos, Asilo los Años de Oro y Estancia Geriátrica las Lunas, para reclutar a los restantes participantes con DCL y EA.

La muestra se dividió en seis grupos: grupos experimentales con envejecimiento saludable, DCL y EA, y grupos de control con envejecimiento saludable, DCL y EA, y se constituyeron siguiendo los criterios predefinidos. Dado que no existe un test neuropsicológico que identifique la EA en estadios tempranos (Ocampo *et al.*, 2015), los grupos de EA se conformaron en base a la historia clínica y clasificación que tenían las residencias de ancianos sobre los sujetos. Para formar el grupo de envejecimiento saludable y DCL se utilizaron los resultados de la prueba MEC (Mini Examen Cognoscitivo de Lobo; Lobo, 1979). El grupo de envejecimiento saludable con punto de corte ( $MEC \geq 24$ ), y el grupo de DCL con punto de corte ( $MEC < 24$ ), y con ausencia de diagnóstico de EA y cualquier condición neurológica (tabla 1). Las pruebas fueron administradas por el investigador principal o los asistentes de la investigación de forma individual y oral.

De los 67 participantes iniciales, 64 completaron el programa y la segunda evaluación. En los 3 participantes que no completaron el programa, una persona era del grupo control con EA, una del grupo experimental con DCL y una del grupo experimental de ES. Los tamaños de muestra se planificaron para asignar 10 participantes por grupo, dado que la intervención se aplicó de manera colectiva, e investigaciones previas han sugerido evitar grupos mayores de 10 participantes (Arroyo-Anlló *et al.*, 2012; Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Alzheimer de Guipuzkoa, 2020).

Cada centro DIF y cada residencia de ancianos fueron asignados aleatoriamente a la condición experimental o de control. El criterio utilizado para seleccionar qué centro o residencia de ancianos debería tener el grupo experimental o control fue

aleatorizado mediante la simulación de un lanzamiento de una moneda. Esto se hizo previa evaluación del pre-test para los centros de día (DIF Valle Verde y DIF Casa del Abuelo), y residencias (Asilo Los Años de Oro y Estancia Geriátrica las Lunas). Por lo tanto, los grupos experimentales incluyeron a los participantes del DIF Casa del Abuelo y Estancia Geriátrica Las Lunas, y los grupos de control incluyeron a los participantes del DIF Valle Verde y Asilo Los años de Oro.

**Tabla 1**  
Distribución de los grupos de participantes

Grupos	Enfermedad de Alzheimer	Deterioro cognitivo leve	Envejecimiento saludable	Total
Control	10	10	13	33
Experimental	11	12	11	34
Total	21	22	24	67

### Instrumentos

- a) "Evaluación cognitiva de Montreal" (*Montreal Cognitive Assessment*, MoCA; Nasreddine *et al.*, 2005). La MoCA evalúa la atención, la concentración, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas, las habilidades visoconstructivas, el pensamiento conceptual, el cálculo y la orientación (Nasreddine *et al.*, 2005). Se utiliza para la detección rápida de la disfunción cognitiva leve (10 minutos de duración). La puntuación máxima es de 30 puntos, y el punto de corte de normalidad es de 26. Esta prueba tiene una sensibilidad del 90% para DCL y del 100% para EA, y una especificidad del 87%.
- b) "Mini-examen del estado mental" (*Mini-Mental State Examination*, MMSE; Folstein, 1979), adaptación española de Lobo *et al.* (2008). El MEC es una prueba de cribado breve, que evalúa la función cognitiva en orientación, memoria, atención, cálculo, memoria y lenguaje. La puntuación máxima es de 35 puntos (Lobo *et al.*, 2008), y la duración oscila entre 5 a 15 minutos. Tiene un punto de corte de 23/24 en pacientes geriátricos. En un estudio de concordancia entre MMSE y MEC se encontró que el coeficiente de correlación intraclase fue de 0.864 (IC 95%, 0.855- 0.873), y el índice kappa fue de 0.788 a la puntuación 20 para MMSE y 23 para MEC (Vinyoles Bargalló *et al.*, 2002).
- c) "Escala de depresión geriátrica" (*Geriatric Depression Scale*, GDS; Yesavage *et al.*, 1982). La GDS es un cuestionario de respuestas sí/no en el que se pregunta a los participantes cómo se sintieron durante la última semana. Es una de las escalas más utilizadas para evaluar la depresión en la población mayor (Fernandez-San Martín *et al.*, 2002). La prueba consta de 30 ítems que versan sobre cuestiones relacionadas con la irritabilidad, angustia, afecto, aislamiento y juicio negativo. La puntuación máxima es de 30 puntos y un punto de corte de 9/10. La interpretación final de los resultados, sumando los ítems asociados a la depresión, es que cuanto mayor sea la puntuación, mayor vulnerabilidad a la depresión. La prueba tiene una sensibilidad del 75,3% y una especificidad del 77% (Wancata *et al.*, 2006).

- d) "Índice de satisfacción con la vida para los ancianos" (*Life Satisfaction Index-A*, LSI-A; Neugarten *et al.*, 1961). El LSI-A es una prueba de 20 ítems que evalúa el bienestar subjetivo de los adultos mayores respondiendo cuestiones generales de vida, con tres opciones: "de acuerdo", "en desacuerdo" y "no estoy seguro" (Neugarten *et al.*, 1961; Stock *et al.*, 1994). La puntuación va de 0 a 40 puntos y se obtiene sumando las respuestas de cada ítem, donde 0 puntos se otorgan a las respuestas "en desacuerdo", 1 punto a las respuestas "no estoy seguro" y 2 puntos a las respuestas "de acuerdo" (Wood *et al.*, 1969). Una puntuación más alta significa un mayor bienestar. El LSI-A ha mostrado una fiabilidad de 0,74 para la población de mayor edad (Stock *et al.*, 1994).
- e) "Test de memoria autobiográfica" (TMA) (*Autobiographical Memory Test*, AMT; Latorre *et al.*, 2012). El TMA es una prueba que se utiliza para evaluar la capacidad de una persona para evocar recuerdos relacionados con uno mismo. Estos van desde recuerdos episódicos específicos hasta recuerdos conceptuales, en un marco temporal específico, utilizando palabras de valencia positiva y negativa (Latorre *et al.*, 2012). El test tiene 5 palabras clave positivas (felicidad, amistad, ilusión, energía y sonrisa), 5 palabras clave negativas (culpable, fracaso, preocupación, tristeza y enfermedad) y 4 palabras clave neutras (coche, árbol, libro y llevar) que se leen en voz alta a los participantes, alternando entre los 3 tipos de palabras clave. Los participantes tienen 60 segundos para recordar un recuerdo específico que les recuerde la palabra clave, y si no se pudo recordar ningún recuerdo en ese periodo de tiempo, ese elemento se califica como una omisión. Si el recuerdo evocado fue un evento que no duró más de un día en un lugar y tiempo determinado, se codifica como "específico" (por ejemplo, 'mi graduación'), si duró más de un día, se codifica como "extendido". (p. ej., 'cuando viajé por España'), y si se trataba más de un evento concurrente genérico se codificó como "categórico" (p. ej., 'las veces que fui a la escuela'). Se considera una "omisión" si el participante no recordó un recuerdo en 60 segundos, o si solo recordó nombres de personas, animales u objetos. En un estudio, se calculó la fiabilidad entre evaluadores separando las claves de palabras positivas y negativas, mostrando valores de índice kappa de 0,86 para claves de palabras positivas y de 0,83 para claves de palabras negativas (Latorre *et al.*, 2012). Las puntuaciones de interés para esta investigación fueron los recuerdos específicos positivos y negativos, que se codificaron como EPOS (recuerdos positivos específicos) y ENEG (recuerdos negativos específicos).

### *Procedimiento*

FASE 1. CONTACTO CON LAS INSTITUCIONES: la universidad CETYS contactó a la Institución DIF (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, institución que ayuda y protege a las familias vulnerables de la ciudad de Tijuana) para proponer realizar el estudio en sus centros. En esta fase explicamos el objetivo principal, el tiempo necesario y el método requerido para completar el estudio. Este proceso se realizó aproximadamente 3 meses antes de la fase de intervención. Una vez autorizado el proyecto, y un mes antes de iniciar la intervención, los participantes

firmaron un consentimiento informado especificando los objetivos y finalidad del estudio, y se les administraron las pruebas.

FASE 2. INTERVENCIÓN: El “Programa de reminiscencia positiva” (REMPOS) fue aplicado a los tres grupos experimentales con EA, DCL y ES, y la terapia de estimulación cognitiva fue aplicada a cada uno de los grupos control con EA, DCL y ES. Ambas terapias tenían 12 sesiones y se realizaron en un período de 2 meses (noviembre-diciembre), dos veces por semana, con una duración de una hora cada sesión. La intervención fue administrada en todos los grupos por el primer autor; los grupos estaban formados por un máximo de 13 participantes para los grupos ES y DCL y un máximo de 11 participantes para los grupos EA. La tabla 2 proporciona una breve descripción de los temas utilizados en ambas terapias.

**Tabla 2**  
Temáticas y tipo de intervención

Sesión	REMPOS (Grupos experimentales)	Estimulación cognitiva (Grupos de control)
1	Introducción a la reminiscencia	Claves para optimizar el registro: concentración
2	Aspectos cotidianos	Organización de la información
3	Yo presente-pasado-futuro	Visualización y atribuciones erróneas
4	Relaciones interpersonales y personales	La importancia del lenguaje
5	Fechas relevantes	Rutas y conocimiento semántico
6	Felices fiestas	Comprensión de textos y conocimiento procedimental
7	Trabajo y ocupaciones	Cálculo y Aritmética
8	Juegos	Desarrollo de la capacidad de cálculo
9	Recordando seres queridos	Entrenamiento memoria relacional I
10	Música y recuerdos.	Entrenamiento memoria relacional II
11	Reirpos (emociones positivas a través de la risa)	Importancia de la atención y la autorregulación
12	Reír más, vivir más	Respira

El programa de estimulación cognitiva fue desarrollado por la Universidad Pontificia de Salamanca (Cabaco, 2016; Cabaco *et al.*, 2017) con ejercicios centrados en la atención, percepción, memoria, lenguaje, inhibición, habilidades de planificación, razonamiento, cálculo y dibujo, excluyendo los ejercicios de memoria autobiográfica. Esto se hizo para resaltar los efectos de una terapia autobiográfica exclusiva y una terapia de estimulación cognitiva sin ejercicios autobiográficos. El programa REMPOS (Cabaco, 2019) también se centró en estimular los mismos dominios cognitivos añadiendo las actividades grupales que ayudaron a estimular las habilidades sociales y la interacción con otros participantes, y la expresión emocional positiva.

FASE 3. FINALIZACIÓN DE LAS INTERVENCIÓNES: después de que ambos grupos (experimental y control) completaron las 12 sesiones de terapia, fueron reevaluados utilizando las mismas pruebas empleadas antes de la intervención. Estos resultados

se recopilaron y compararon para verificar si había algún signo de mejora. Todas las mediciones se realizaron entre un período de 3 a 3,5 meses.

### *Análisis de datos*

Para cada variable dependiente se empleó ANOVA de medidas repetidas de tres factores, cada una con factores: "tiempo" (pre o pos, dentro de sujetos), "tipo de intervención" (intervención o control, entre sujetos), y "tipo de envejecimiento" (ES, DCL o EA, entre sujetos). Los resultados se consideraron estadísticamente significativos cuando  $p < 0,05$ . Se utilizó R 4.0.2 (R Core Team, 2018) para realizar análisis estadísticos, junto con *rstatix* (Kassambara, 2020), *ggplot2* (Wickham, 2016), *WRS2* (Mair y Wilcox, 2020) y *MOTE* (Buchanan *et al.*, 2019) paquetes. Después de cada ANOVA, si las interacciones dobles o triples eran significativas, se calcularon análisis *post-hoc* para probar las diferencias entre las puntuaciones posteriores y previas a la prueba para cada tipo de intervención y tipo de envejecimiento, los valores de  $p$  se ajustaron para comparaciones múltiples utilizando la corrección de Holm.

Se realizaron verificaciones de supuestos inspeccionando gráficos Q-Q ejecutando la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la no normalidad, y usando rangos intercuartílicos para verificar la presencia de valores atípicos extremos. Para las puntuaciones MoCA, GDS y LSI-A no hubo valores atípicos extremos, y ninguno de los subgrupos mostró una desviación significativa de la normalidad. Para las puntuaciones MEC, solo hubo cuatro valores atípicos extremos en las puntuaciones previas a la prueba del grupo de control de envejecimiento saludable y dos en las puntuaciones posteriores a la prueba del mismo grupo; solo uno de los 12 subgrupos (puntuaciones previas a la intervención para el grupo de control de envejecimiento saludable) mostró una desviación de la normalidad ( $p = 0,0004$ ), pero cuando se inspeccionaron los gráficos Q-Q, la desviación no estaba clara. Las puntuaciones de MoCA, MEC, GDS y LSI-A se analizaron mediante pruebas paramétricas.

Las puntuaciones de recuerdos positivos específicos (EPOS) y de recuerdos negativos específicos (ENEG) se analizaron utilizando puntuaciones de diferencia (puntuaciones posintervención menos preintervención) con ANOVA de dos factores: "tipo de intervención" (intervención o control, entre sujetos), y "tipo de envejecimiento" (ES, DCL o EA, entre sujetos). Para las puntuaciones EPOS, se identificaron tres valores atípicos extremos (uno en las puntuaciones posteriores a la intervención del grupo experimental con DCL y dos en las puntuaciones posteriores a la intervención del grupo experimental de envejecimiento saludable), y tres subgrupos se desviaron de la normalidad: las puntuaciones posteriores a la intervención de los tres grupos experimentales (todos  $p < 0,0002$ ), esos grupos mostraron una desviación significativa de la normalidad en las gráficas Q-Q. Las puntuaciones ENEG no mostraron valores atípicos extremos; dos de los subgrupos de participantes saludables (puntuaciones previas a la intervención del grupo de control y puntuaciones posteriores a la intervención del grupo experimental) se desviaron ligeramente de la normalidad ( $p = 0,040$ ;  $p = 0,044$ , respectivamente). Se realizaron las mismas comprobaciones de suposición con puntuaciones de diferencia



(puntuaciones posteriores a la intervención menos), mostrando solo un valor atípico extremo en las puntuaciones de ENEG del grupo experimental con DCL, y ningún grupo se desvió de la normalidad; por estas razones, se utilizó ANOVA utilizando puntuaciones de diferencia. Se realizaron análisis *post-hoc* utilizando pruebas de muestras pareadas de Wilcoxon para evaluar qué subgrupos mostraron diferencias significativas después de la intervención.

## Resultados

La tabla 3 muestra los principales resultados descriptivos de los tipos de intervención (experimental o de control), tipos de envejecimiento (Alzheimer, DCL o envejecimiento saludable) y tiempo (pre o posintervención).

Los resultados de las puntuaciones MoCA mostraron una interacción de tres vías no significativa ( $F_{2,58} = 0,28$ ;  $p = 0,76$ ;  $\eta^2G = 0,001$ ; IC 95% [0,00, 0,00]) entre el tipo de intervención, el tipo de envejecimiento y el tiempo. Solo hubo doble interacción significativa entre tipo de intervención y tiempo ( $F_{1,58} = 21,66$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2G = 0,034$ ; IC 95% [0,00, 0,17]), pero no para tipo de envejecimiento y tiempo ( $F_{2,58} = 1,78$ ;  $p = 0,18$ ,  $\eta^2G = 0,006$ ; IC 95% [0,00, 0,06]), ni entre tipo de envejecimiento y tipo de intervención ( $F_{2,58} = 0,96$ ;  $p = 0,39$ ;  $\eta^2G = 0,03$ ; IC del 95 % [0,00, 0,14]). Hubo efectos principales significativos del tiempo ( $F_{1,58} = 65,43$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2G = 0,10$ , 95% CI [0,00, 0,27]) y tipo de envejecimiento ( $F_{2,58} = 39,23$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2G = 0,55$ ; IC 95% [0,35, 0,69]), pero no del tipo de intervención ( $F_{1,58} = 0,28$ ;  $p = 0,60$ ;  $\eta^2G = 0,004$ ; IC 95% [0,00, 0,10]).

En análisis *post-hoc* de las puntuaciones MoCA, los grupos experimentales en cada tipo de envejecimiento, Alzheimer ( $t_{10} = 8,17$ ;  $p < 0,001$ ;  $g$  de Hedges = 2,27; IC 95% [1,04, 3,04]), MCI ( $t_{10} = 4,77$ ;  $p < 0,001$ ;  $g$  de Hedges = 1,33; IC 95% [0,51, 1,87]) y envejecimiento saludable ( $t_9 = 5,36$ ,  $p < 0,001$ ;  $g$  de Hedges = 1,55; IC 95% [0,45, 2,24]), mostraron mejoría después de la intervención. Ninguno de los grupos control, Alzheimer ( $t_8 = 2,0$ ,  $p = 0,08$ ;  $g$  de Hedges = 0,60; IC 95% [-0,21, 1,24]); DCL ( $t_9 = 1,57$ ;  $p = 0,15$ ;  $g$  de Hedges = 0,45; IC 95% [0,004, 0,84]) y envejecimiento saludable ( $t_{12} = 0,69$ ;  $p = 0,50$ ;  $g$  de Hedges = 0,18; IC 95% [-0,45, 0,75]), mostraron diferencias significativas tras la intervención (figura 1). La doble interacción entre tipo de intervención y tiempo indicaba que las mejoras tras la intervención solo aparecían en los grupos experimentales, independientemente del tipo de envejecimiento.

Los resultados de las puntuaciones MEC mostraron una interacción de tres vías no significativa ( $F_{2,58} = 0,31$ ;  $p = 0,74$ ;  $\eta^2G = 0,001$ ; IC 95% [0,00, 1,00]) entre el tipo de intervención, el tipo de envejecimiento y el tiempo. Hubo doble interacción significativa entre tipo de intervención y tiempo ( $F_{1,58} = 13,51$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2G = 0,02$ ; IC 95% [0,00, 0,14]), y entre tipo de envejecimiento y tiempo ( $F_{2,58} = 4,64$ ;  $p = 0,01$ ;  $\eta^2G = 0,01$ ; IC 95% [0,00, 0,09]), pero no entre tipo de envejecimiento y tipo de intervención ( $F_{2,58} = 0,72$ ;  $p = 0,49$ ;  $\eta^2G = 0,02$ ; IC 95% [0,00, 0,12]). Hubo efectos principales significativos del tiempo ( $F_{1,58} = 60,44$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2G = 0,07$ ; 95% CI [0,00, 0,24]) y tipo de envejecimiento ( $F_{2,58} = 31,44$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2G = 0,50$ ; IC 95%

[0,29, 0,65]), pero no del tipo de intervención ( $F_{1,58} = 1,98$ ;  $p = 0,17$ ;  $\eta^2G = 0,03$ ; IC 95% [0,00, 0,24]).

**Tabla 3**

Estadísticos descriptivos de las variables cognitivas evaluadas antes y después de la intervención (grupo experimental y control) para los tres tipos de grupos de envejecimiento

Grupo / variables cognitivas	Control		Experimental	
	Pre M (DT) n=	Pos M (DT) n=	Pre M (DT) n=	Pos M (DT) n=
Grupo Alzheimer	n= 10	n= 9	n= 11	n= 11
MoCA	8,0 (7,06)	10,2 (7,69)	6,9 (3,59)	12,5 (4,68)
MEC	13,1 (8,05)	16,1 (7,69)	15,5 (5,28)	20,3 (5,04)
GDS	9,0 (7,02)	10,1 (7,85)	15,2 (6,94)	9,1 (3,94)
LSI-A	23,3 (6,85)	22,4 (5,73)	17,9 (6,17)	27,2 (4,12)
EPOS	1,4 (0,84)	1,3 (1,06)	2,1 (1,04)	4,7 (0,47)
ENEG	2,0 (1,76)	1,5 (1,35)	2,8 (1,25)	2,5 (1,13)
Grupo DCL	n= 10	n= 10	n= 12	n= 11
MoCA	11,9 (4,10)	13,2 (4,73)	9,2 (3,22)	13,8 (4,36)
MEC	18,5 (3,47)	19,7 (3,62)	16,8 (4,18)	20,8 (4,79)
GDS	11,3 (7,18)	12,6 (7,53)	11,7 (7,70)	7,4 (4,99)
LSI-A	24,4 (5,34)	24,7 (6,40)	24,8 (7,02)	26,9 (6,70)
EPOS	2,0 (1,16)	2,0 (1,33)	2,0 (1,41)	4,4 (1,44)
ENEG	3,2 (1,69)	2,9 (1,60)	2,7 (1,72)	3,6 (1,56)
Grupo envejecimiento saludable	n= 13	n= 13	n= 11	n= 10
MoCA	19,2 (3,36)	19,8 (3,31)	20,9 (4,37)	23,7 (3,86)
MEC	25,3 (1,49)	25,7 (2,25)	26,7 (1,79)	28,4 (2,07)
GDS	13,0 (6,39)	13,5 (5,83)	7,3 (3,55)	5,3 (3,13)
LSI-A	24,9 (6,24)	25,2 (5,61)	26,5 (5,39)	28,8 (6,14)
EPOS	2,2 (0,93)	1,8 (1,21)	2,4 (1,03)	4,8 (0,63)
ENEG	4,0 (0,91)	2,3 (0,95)	3,1 (1,38)	4,2 (0,92)

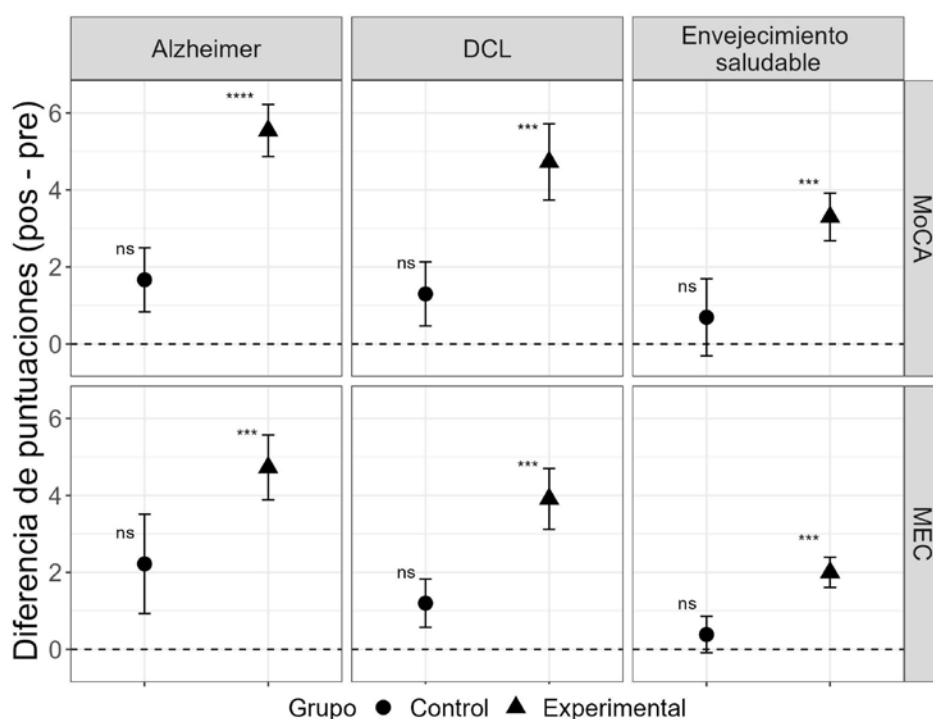
Notas: MoCA= Evaluación cognitiva de Montreal; MEC= Mini-examen del estado mental, adaptación española; GDS= Escala de depresión geriátrica; LSI-A= Índice de satisfacción con la vida para ancianos; EPOS= recuerdos positivos específicos; ENEG= recuerdos negativos específicos; DCL= deterioro cognitivo leve. Los grupos con un participante menos en las puntuaciones posteriores a la intervención ocurrieron cuando un participante no pudo ser evaluado debido a una enfermedad o muerte experimental.

En análisis *post-hoc* de las puntuaciones MEC, los grupos experimentales en cada tipo de envejecimiento, Alzheimer ( $t_{10} = 5,61$ ;  $p < 0,001$ ;  $g$  de Hedges= 1,56; IC 95% [0,80, 2,10]); DCL ( $t_{10} = 4,94$ ;  $p < 0,001$ ;  $g$  de Hedges= 1,37; IC 95% [0,46,

2,06]) y envejecimiento saludable ( $t_9= 5,07$ ;  $p< 0,001$ ;  $g$  de Hedges= 1,47; IC 95% [0,75, 1,90]), mostraron mejoría después de la intervención. Ninguno de los grupos de control, Alzheimer ( $t_8= 1,72$ ;  $p= 0,12$ ;  $g$  de Hedges= 0,52; IC 95% [-0,71, 1,51]), DCL ( $t_9= 1,91$ ;  $p= 0,09$ ;  $g$  de Hedges= 0,55; IC 95% [0,18, 0,83]) y envejecimiento saludable ( $t_{12}= 0,81$ ;  $p= 0,43$ ;  $g$  de Hedges= 0,21; IC 95% [-0,36, 0,69]), mostraron diferencias significativas tras la intervención (figura 1). La doble interacción entre tipo de intervención y tiempo indicaba que solo los grupos experimentales mostraban mejoras significativas tras la intervención, independientemente del tipo de envejecimiento (figura 1). Mientras que la doble interacción entre el tipo de envejecimiento y el tiempo se explicó por el hecho de que los grupos con Alzheimer y DCL mostraron tamaños de efecto de intervención más grandes que los participantes de envejecimiento saludable.

**Figura 1**

Diferencias en el deterioro cognitivo antes y después de la intervención para los tres tipos de envejecimiento, comparando el programa REMPOS con la estimulación cognitiva estándar



Notas: DCL= deterioro cognitivo leve; MoCA= Evaluación cognitiva de Montreal; MEC= Mini-examen cognitivo. Las barras de error indican errores típicos, \* $p< 0,05$ ; \*\* $p< 0,01$ ; \*\*\* $p< 0,001$ ; ns= no significativo, probando una diferencia significativa de cero.

Para los resultados de GDS, no hubo una interacción triple significativa ( $F_{2,58}= 1,24$ ;  $p= 0,30$ ;  $\eta^2G= 0,005$ ; IC 95% [0,00, 0,06]) entre el tipo de intervención, el

tipo de envejecimiento y el tiempo. Hubo una interacción bidireccional significativa entre el tipo de intervención y el tiempo ( $F_{1,58} = 24,51$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2G = 0,05$ ; IC 95% [0,00, 0,20]), y entre el tipo de envejecimiento y el tipo de intervención ( $F_{2,58} = 3,29$ ;  $p = 0,04$ ;  $\eta^2G = 0,09$ ; IC 95% [0,00, 0,24]), pero no entre tipo de envejecimiento y tiempo ( $F_{2,58} = 0,79$ ;  $p = 0,46$ ;  $\eta^2G = 0,003$ ; IC 95% [0,00; 0,04]). Solo hubo un efecto principal significativo del tiempo ( $F_{1,58} = 11,30$ ;  $p = 0,001$ ;  $\eta^2G = 0,02$ ; IC 95% [0,00, 0,15]), pero no del tipo de envejecimiento ( $F_{2,58} = 0,23$ ;  $p = 0,80$ ;  $\eta^2G = 0,007$ ; IC 95% [0,00, 0,07]), ni tipo de intervención ( $F_{1,58} = 2,11$ ;  $p = 0,15$ ;  $\eta^2G = 0,03$ ; IC 95% [0,00, 0,17]).

En análisis *post-hoc* de las puntuaciones GDS, los grupos experimentales en cada tipo de envejecimiento, Alzheimer ( $t_{10} = 4,46$ ;  $p = 0,001$ ;  $g$  de Hedges = 1,24; IC 95% [0,57, 1,69]), DCL ( $t_{10} = 4,11$ ;  $p = 0,002$ ;  $g$  de Hedges = 1,14; IC 95% [0,40, 1,72]) y envejecimiento saludable ( $t_9 = 3,21$ ;  $p = 0,01$ ;  $g$  de Hedges = 0,93; IC 95% [-0,62, 1,77]), mostró mejoría después de la intervención. Ninguno de los grupos de control, Alzheimer ( $t_8 = -1,05$ ;  $p = 0,33$ ;  $g$  de Hedges = -0,32; IC 95% [-0,92, 0,34]), DCL ( $t_9 = -0,77$ ;  $p = 0,46$ ;  $g$  de Hedges = -0,22; IC 95% [-0,82, 0,41]) y envejecimiento saludable ( $t_{12} = -0,35$ ;  $p = 0,74$ ;  $g$  de Hedges = -0,09; IC 95% [-0,65, 0,47]), mostraron diferencias significativas después de la intervención (figura 1). La doble interacción entre tipo de intervención y tiempo indicaba que solo los grupos experimentales mostraban mejoras significativas tras la intervención, independientemente del tipo de envejecimiento (figura 1), aunque el grupo de envejecimiento saludable mostraba una mejora menor que los otros dos grupos.

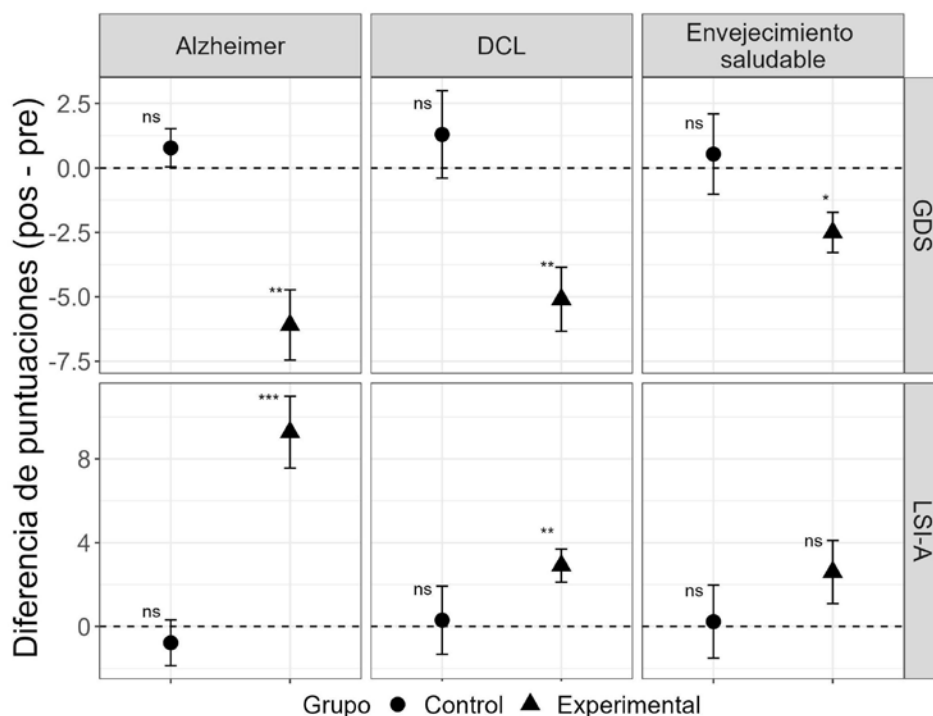
Para los resultados de LSI-A, hubo una interacción significativa de tres vías ( $F_{2,58} = 4,05$ ;  $p = 0,02$ ;  $\eta^2G = 0,02$ ; IC 95% [0,00, 0,12]) entre el tipo de intervención, el tipo de envejecimiento y el tiempo, y una doble interacción significativa entre tipo de intervención y tiempo ( $F_{1,58} = 16,47$ ;  $p = 0,001$ ;  $\eta^2G = 0,05$ ; IC 95% [0,00, 0,19]). En los análisis *post-hoc* de las puntuaciones de LSI-A, los grupos experimentales en Alzheimer ( $t_{10} = 5,40$ ;  $p < 0,001$ ;  $g$  de Hedges = 1,50; IC 95% [0,56, 2,05]) y DCL ( $t_{10} = 3,68$ ;  $p = 0,004$ ;  $g$  de Hedges = 1,02; IC 95% [0,43, 1,45]) los grupos mostraron una diferencia significativa entre las puntuaciones antes y después de la intervención. El grupo experimental de participantes de envejecimiento saludable no mostró una diferencia significativa debido a la intervención ( $t_9 = 1,73$ ;  $p = 0,12$ ;  $g$  de Hedges = 0,50; IC 95% [-0,33, 1,17]). Ninguno de los grupos control ni en el Alzheimer ( $t_8 = 0,71$ ;  $p = 0,50$ ;  $g$  de Hedges = -0,22; IC 95% [-0,92, 0,65]), DCL ( $t_9 = 0,18$ ;  $p = 0,86$ ;  $g$  de Hedges = 0,05; IC 95% [-0,65, 0,66]), o envejecimiento saludable ( $t_{12} = 0,13$ ;  $p = 0,90$ ;  $g$  de Hedges = 0,03; IC 95% [-0,52, 0,58]), los grupos mostraron diferencias antes y después intervención. Las interacciones reportadas fueron indicativas de que solo los grupos experimentales tuvieron diferencias significativas antes y después de las intervenciones, pero solo en los participantes con Alzheimer y DCL (figura 2).

Para los resultados de EPOS, no hubo una interacción bidireccional significativa ( $F_{2,58} = 0,01$ ;  $p = 0,99$ ;  $\eta^2G = 0,0004$ ; IC 95% [0,00, 0,12]) entre el tipo de intervención y el tipo de envejecimiento. Hubo un efecto principal significativo del tipo de intervención ( $F_{1,58} = 77,81$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2G = 0,57$ ; IC 95% [0,20, 0,58]), pero no del tipo de envejecimiento ( $F_{2,58} = 0,56$ ;  $p = 0,57$ ;  $\eta^2G = 0,02$ ; IC 95% [0,00, 0,08]). Los análisis *post-hoc* utilizando pruebas de muestras pareadas de Wilcoxon encontraron

diferencias significativas entre las puntuaciones posteriores a la intervención y antes de la intervención para los grupos experimentales de pacientes con Alzheimer ( $W=66$ ;  $p=0,02$ ), DCL ( $W=45$ ;  $p=0,02$ ) y en el grupo de envejecimiento saludable ( $W=45$ ;  $p=0,03$ ). No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los grupos control ( $p>0,80$ ) (figura 3).

**Figura 2**

Diferencias en depresión y satisfacción con la vida antes y después de la intervención para los tres tipos de envejecimiento, comparando el programa REMPOS con la estimulación cognitiva estándar



Notas: DCL= deterioro cognitivo leve; GDS= Escala de depresión geriátrica; LSI-A= Índice de satisfacción con la vida para los ancianos. Las barras de error indican errores típicos, \* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; \*\*\* $p<0,001$ ; ns= no significativo, probando una diferencia significativa de cero.

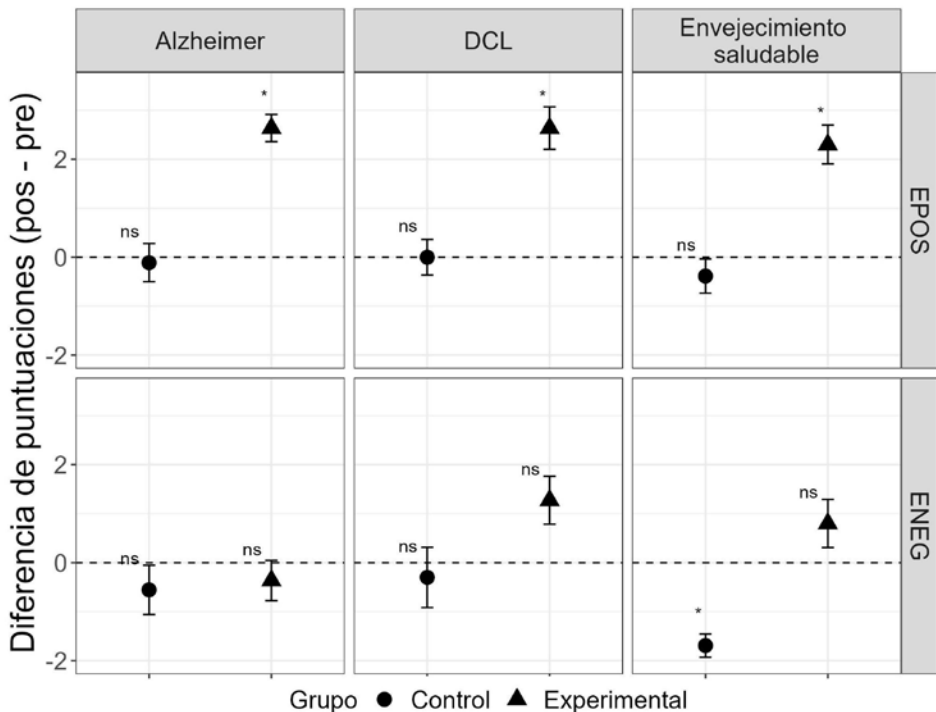
Para los resultados de ENEG, hubo una interacción bidireccional significativa ( $F_{2,58}=3,20$ ;  $p=0,048$ ;  $\eta^2G=0,099$ ; IC 95% [0,00, 0,18]) entre el tipo de intervención y el tipo de envejecimiento. Hubo un efecto principal significativo del tipo de intervención ( $F_{1,58}=14,48$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2G=0,20$ ; IC 95% [0,01, 0,29]), pero no del tipo de envejecimiento ( $F_{2,58}=2,81$ ;  $p=0,07$ ;  $\eta^2G=0,09$ ; IC 95% [0,00, 0,17]). Los análisis *post-hoc* utilizando pruebas de muestras pareadas de Wilcoxon encontraron una diferencia significativa entre las puntuaciones posteriores y previas a la intervención solo para el grupo de control de participantes de envejecimiento

saludable ( $W= 78$ ;  $p= 0,01$ ). No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los grupos restantes ( $p > 0,58$ ) (figura 3).

El patrón de resultados para las puntuaciones TMA mostró que el programa REMPOS tuvo efectos principalmente en el aumento de recuerdos positivos específicos en los tres tipos de envejecimiento. Este patrón se relaciona con los informados para las puntuaciones GDS y LSI-A, donde todos los tipos de envejecimiento se beneficiaron del programa REMPOS en comparación con la intervención de control, aunque los efectos más grandes se encontraron en los grupos de Alzheimer y DCL.

**Figura 3**

Diferencias en memoria autobiográfica antes y después de la intervención para los tres tipos de envejecimiento, comparando el programa REMPOS con la estimulación cognitiva estándar



Notas: DCL= deterioro cognitivo leve; ENEG= recuerdos negativos específicos; EPOS= recuerdos positivos específicos. Las barras de error indican errores típicos, \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ; ns= no significativo, probando una diferencia significativa de cero.

## Discusión

Este estudio consistió en identificar la eficacia de la terapia REMPOS en la función cognitiva general (medida con los instrumentos MEC y MoCA), los procesos

afectivos (a través de los instrumentos LSI-A y GDS-30) y la satisfacción con la vital subjetiva (con el uso del TMA) en adultos mayores con envejecimiento saludable, DCL y EA. Los resultados de este estudio muestran que hubo mejoras estadísticamente significativas en la mayoría de las áreas para todos los grupos experimentales de envejecimiento (EA, DCL y ES), y estos datos son comparables con estudios previos (Justo Henriques *et al.*, 2022; Villasán *et al.*, 2021)

Todos los grupos experimentales de envejecimiento muestran una mejora significativa en la función cognitiva general, como se muestra en los resultados de MoCA y MEC. También se evidencia que el grupo experimental de EA tuvo una mejora de mayor entidad en relación con lo que puntuaron el grupo experimental DCL y envejecimiento saludable. Cuanto más deteriorada cognitivamente se encuentra una persona, más mejora se puede mostrar utilizando este tipo de técnicas (Justo Henriques *et al.*, 2022; Villasán *et al.*, 2021).

Hubo una disminución significativa en los síntomas depresivos en todos los grupos experimentales de envejecimiento, pero solo un aumento significativo en la satisfacción con la vida en los grupos experimentales con EA y DCL. Dado que los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida parecen estar relacionados, se podría esperar que una disminución significativa de los síntomas depresivos mostraría un aumento significativo de la satisfacción con la vida, investigaciones previas arrojan resultados como los encontrados en este estudio (Villasán *et al.*, 2021). Se podría argumentar que las personas mayores con envejecimiento saludable tienen menos trastornos y son más independientes, por lo que tienen una mayor satisfacción con la vida y dificultan la percepción de esta mejora, pero los resultados de la prueba LSI-A muestran que, no solo las mejoras fueron mínimas, sino el grupo experimental de EA obtuvo una puntuación más alta después de la intervención que el grupo experimental de envejecimiento saludable antes de la intervención. No está claro por qué el grupo experimental de ES no tuvo mejoras relativamente significativas en la satisfacción con la vida, el entorno en el que se desarrolló su vida quizás podría explicar estos resultados (Justo Henriques *et al.*, 2022; Villasán *et al.*, 2021).

Con respecto a la evocación de recuerdos de la memoria autobiográfica, es importante mencionar que la terapia REMPOS incrementa solo la evocación de recuerdos positivos, no negativos (Afonso y Bueno, 2011). Como era de esperar, todos los grupos experimentales (EA, DCL y ES) muestran un aumento significativo en la memoria autobiográfica positiva. Si bien la reminiscencia se consideraba como un posible signo de disfunción y/o deterioro cuando ocurría al final de la vida, actualmente se considera que tiene funciones adaptativas, sirviendo como un predictor positivo de la salud mental en los adultos mayores (Afonso *et al.*, 2011; Afonso y Bueno, 2010; Bohlmeijer *et al.*, 2003; Cappeliez y O'Rourke, 2006; Gil *et al.*, 2022; Villasán, 2019; Villasán, 2020). Una intervención basada en la terapia de reminiscencia se asocia con un aumento estadísticamente significativo del nivel cognitivo general, una disminución de la sintomatología depresiva, un incremento de la satisfacción con la vida y una mayor evocación de recuerdos positivos y negativos específicos, como se puede verificar en los datos obtenidos en este estudio piloto. También es preciso mencionar que cualquier tipo de intervención que pueda disminuir los síntomas depresivos en personas mayores es de gran valor y necesaria

en el campo clínico (Aparicio *et al.*, 2022) principalmente debido al creciente número de estudios que señalan que la depresión es uno de los trastornos más frecuentes en el envejecimiento. Así, los resultados que encontramos son consistentes con los estudios previos que sugieren el importante papel que tienen las terapias de reminiscencia en el bienestar de los adultos mayores, por sus efectos adaptativos y terapéuticos, que influyen positivamente en su calidad de vida (Aparicio *et al.*, 2022; González-Arévalo, 2015; Justo Henriques *et al.*, 2022; Villasán *et al.*, 2021).

Por otro lado, el bajo número de profesionales médicos de la salud especializados en el campo geriátrico en México dificulta encontrar pacientes con un diagnóstico médico confiable de EA, aumentando así la dificultad para realizar intervenciones clínicas e investigaciones en este campo especializado al tener que depender de la información proporcionada por los centros y residencias de ancianos. En general, los resultados encontrados son bastante alentadores para seguir impulsando estudios sobre este tema, ya que el uso de la terapia de reminiscencia positiva ha demostrado una disminución significativa de la sintomatología depresiva, un aumento del nivel cognitivo, la satisfacción con la vida y la evocación de recuerdos específicos, todos factores vinculados con el bienestar psicológico y la calidad de vida de los adultos mayores. Para trabajos futuros, sería interesante comparar estos grupos en diferentes países para verificar los hallazgos aquí obtenidos y abordar algunas de las limitaciones encontradas.

Este estudio sugiere que la terapia de reminiscencia positiva (REMPOS) puede mejorar significativamente la función cognitiva general, disminuir los síntomas depresivos, aumentar la evocación de recuerdos específicos positivos e incrementar la satisfacción con la vida en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, DCL y envejecimiento saludable, agregando evidencia a la eficacia de REMPOS (Villasán, 2017; Villasán, 2020). Aunque hubo mejoras en la satisfacción con la vida, estas no fueron estadísticamente significativas para el grupo experimental de envejecimiento saludable. Sin embargo, la investigación evidencia beneficios estadísticamente significativos para los adultos mayores en diferentes tipos de envejecimiento al recibir la terapia REMPOS.

En conclusión, el trabajo desarrollado muestra evidencia de la eficacia transcultural de la terapia REMPOS, ya que los resultados son semejantes a los encontrados en investigaciones previas en muestras españolas de adultos mayores con características similares. Y frente a los resultados inconsistentes de otras intervenciones de reminiscencia centradas en dimensiones únicas (como el perdón), los aquí encontrados mantienen coherencia en variables cognitivas y emocionales. Por lo tanto, el conjunto de técnicas que componen el programa REMPOS puede ser clave, con los hallazgos de este estudio, para su disseminación en implementaciones de amplio espectro.

## Referencias

- Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Alzheimer de Guipuzkoa (2020). *Cerebro activo: recomendaciones para la estimulación cognitiva en el hogar*. <https://afagi.eus/wp-content/uploads/2020/04/CEREBRO-ACTIVO.-Recomendaciones-para-la-estimulacion-cognitiva-en-el-hog....pdf>



- Afonso, R. y Bueno, B. (2010). Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: Efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. *Psicothema*, 22(2), 213-220.
- Afonso, R. M., Bueno, B., Loureiro, M. J. y Pereira, H. (2011). Reminiscence, psychological well-being, and ego integrity in Portuguese elderly people. *Educational Gerontology*, 37(12), 1063-1080. doi: 10.1080/03601277.2010.500585
- Alonso, T. V., Espí, M. M., Reina, J. M., Pérez, D. C., Pérez, A. R., Costa, M. G., Maside, A. L., Antón, E. A., Alonso, J. L. y Gil, M. F. (2018). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*, 33(8), 491-498. doi: 10.1016/j.nrl.2016.10.002
- Amezaga, P. y Saiz, M. E. (2019). Depresión: arquetipos y neurociencia. *Historia*, 2018, 2016-2017.
- Aparicio, P. C., Gamero, A. F., Ruiz, L. A., Aragón, S. O., Alegre, R. H. y Domingo, A. S. (2022). Demencia y depresión. Abordaje de enfermería en una unidad de corta estancia. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(4), 47.
- Arroyo-Anlló, E. M., Díaz-Marta, J. P. y Chamorro Sánchez, J. (2012). Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 107-127.
- Bayard, R. B., Rodríguez, J. D. J. L., Llerena, T. Z. y Ulloa, E. H. (2017). Superar el estigma hacia la demencia, un reto para la sociedad cubana. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(1), 135-145.
- Bravo-Benítez, J. y Navarro-González, E. (2018). Problemas de conducta en personas con demencia: Eficacia de un programa de formación de cuidadores. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 26(1), 159-175
- Benvegnù, S. y Dotti, C. G. (2017). Supervivencia de las neuronas durante la vejez. *Mente y cerebro*, (87), 33-35.
- Bohlmeijer, E., Smit, F. y Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1088-1094. doi:10.1002/gps.1018
- Buchanan, E., Gillenwaters, A., Scofield, J. y Valentine, K. (2019). *MOTE: measure of the effect: package to assist in effect size calculations and their confidence intervals*. R package v.1.0.2. <http://github.com/doomlab/MOTE>
- Cabaco, S. A. (2016). La cognición instruccional positiva para promover hábitos saludables en adultos mayores ¿una propuesta para la década del envejecimiento activo? En A. S. Cabaco (dir.), *Guía práctica de memoria* (pp. 13-22). Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca.
- Cabaco, S. A. (coord.) (2019). *Los niveles de cognición instruccional positiva. Programa de reminiscencia CIP-CETYS para optimizar el bienestar en adultos mayores*. Publicaciones de CETYS Universidad.
- Cabaco, S. A., Fernández Mateos, L. M., Villasán, R. A. y Carrasco Calzada, A. (2017). Envejecimiento activo y reserva cognitiva: guía para la evaluación y la estimulación. *Studia Zamorensia*, 16, 193-202. <http://revistas.uned.es/index.php/studiazamo/article/view/20782>
- Cappeliez, P. y O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences*, 61(4), 237-244. doi: 10.1093/geronb/61.4. P237
- Carballo-García, V., Arroyo-Arroyo, M. R., Portero-Díaz, M. y Ruiz-Sánchez de León, J. M. (2013). Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. *Neurología*, 28(3), 160-168. doi: 10.1016/j.nrl.2012.06.010

- Cerquera, A. M., Uribe, A. F., Matajira, Y. J. y Correa, H. V. (2017). Functional dependence and chronic pain associated with the quality of life among the elderly. *Psicogente*, 20(38), 398-409. doi: 10.17081/psico.20.38.2561
- Consejo Nacional de Población (s.f.). *La situación demográfica de México 2011*. <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2463/1/images/SDM2011.pdf>
- Fernández-San Martín, M. I., Andrade, C., Molina, J., Muñoz, P. E., Carretero, B., Rodríguez, M. y Silva, A. (2002). Validation of the Spanish version of the Geriatric Depression Scale (GDS) in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 279-287. doi: 10.1002/gps.588
- Gil, I. M., dos Santos Costa, P. J., Bobrowicz-Campos, E. M., Cardoso, D. F., de Almeida, M. y Apóstolo, J. (2017). Reminiscence therapy: development of a program for institutionalized older people with cognitive impairment. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15), 121-130. doi: 10.12707/RIV17052
- Gil, I., Santos-Costa, P., Bobrowicz-Campos, E., Silva, R., de Lurdes Almeida, M. y Apóstolo, J. (2022). Effectiveness of reminiscence therapy versus cognitive stimulation therapy in older adults with cognitive decline: a quasi-experimental pilot study. *Nursing Reports*, 12(2), 339-347. doi: 10.3390/nursrep12020033
- Gómez, L. E., Verdugo, M. A y Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 18(3), 453-472.
- González-Arévalo, K. A. (2015). Terapia de reminiscencia y sus efectos en los pacientes mayores con demencia. *Psicogeriatría*, 5(3), 101-111.
- Gramunt, N. (2010). Vive el envejecimiento activo. Obra Social Fundación "la Caixa". <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/gramunt-vive-01.pdf>
- Justo Henriques, S. I., Carvalho, J. O., Pérez Sáez, E., Neves, H., Parola, V. y Alves-Apóstolo, J. L. (2022). Ensayo aleatorio de terapia de reminiscencia individual para adultos mayores con deterioro cognitivo: un análisis de respuesta de tres meses. *Revista de Neurología*, 74(4), 107-116.
- Kassambara, A. (2020). *Rstatix: pipe-friendly framework for basic statistical tests*. R package v.0.6.0. <https://CRAN.R-project.org/package=rstatix>
- Kirk, M., Rasmussen, K. W., Overgaard, S. B. y Berntsen, D. (2019). Five weeks of immersive reminiscence therapy improves autobiographical memory in Alzheimer's disease. *Memory*, 27(4), 441-454. doi: 10.1080/09658211.2018.1515960
- Kontis, V., Bennett, J. E., Mathers, C. D., Li G., Foreman, K. y Ezzati, M. (2017). Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *The Lancet*, 389(10076), 1323-1335. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32381-9
- Latorre, J. M., Ricarte, J. J., Serrano, J. P., Ros, L., Navarro, B. y Aguilar, M. J. (2012). Performance in autobiographical memory of older adults with depression symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 27(2), 167-172. doi: 10.1002/acp.2891
- Lobo, A., López-Antón, R., De-La-Cámara, C., Quintanilla, M. Á., Campayo, A., Saz, P. y Zarademp Workgroup. (2008). Non-cognitive psychopathological symptoms associated with incident mild cognitive impairment and dementia, Alzheimer's type. *Neurotoxicity Research* 14, 263-272. doi: 10.1007/BF03033815
- López, J., Serrano, M.I., Giménez, I. y Noriega, C. (2021) Forgiveness interventions for older adults: a review. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 1866. doi: 10.3390/jcm10091866
- Mair, P. y Wilcox, R. (2020). Robust statistical methods in R using the WRS2 package. *Behavior Research Methods*, 52, 464-488. doi: 10.3758/s13428-019-01246-w
- Martínez, J. P., Méndez, I., Secanilla, E., Benavente, A. y Sevilla, J. G. (2014). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados.

- European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), 41-53. doi: 10.30552/ejihpe.v4i1.60
- Moral, M. J. (2017). Programas intergeneracionales y participación social: la integración de los adultos mayores españoles y latinoamericanos en la comunidad. *Universitas Psychologica*, 16(1), 157-175. doi: 10.11144/Javeriana.upsy16-1.pips
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L. y Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. y Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16(2), 134-143. doi: 10.1093/geronj/16.2.134
- Ocampo, L.P.L., Oviedo, L. M. F. y Ceballos, F. V. (2015). Capacidad predictiva de una batería de pruebas neuropsicológicas en el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo leve (DCL) en un grupo de adultos. *Encuentros*, 13(1), 25-35.
- R Core Team. (2020). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>
- Rodrigues, C. Y. (2017). *Envejecimiento*. El Manual Moderno.
- Salazar-Villanea, M. (2007). Identidad personal y memoria en adultos mayores sin demencia y con enfermedad de Alzheimer. *Actualidades en Psicología*, 21(108), 1-37.
- Stock, W. A., Okun, M. A. y Benito, J. A. G. (1994). Subjective well-being measures: reliability and validity among Spanish elders. *The International Journal of Aging y Human Development*, 38(3), 221-35. doi: 10.2190%2FMGGY-KFN3-M4YR-DFN4
- Terrero, F. B. (2016). *Reminiscencia en adultos mayores no institucionalizados de República Dominicana: seguimiento de una intervención* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad de Valencia, Valencia.
- Villasán, R. A. (2017). *Reminiscencia positiva en el adulto mayor con deterioro cognitivo leve* [Tesis de maestría no publicada]. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Villasán, R. A. (2019). *Eficacia de la terapia de reminiscencia positiva en el envejecimiento saludable y patológico: un estudio en población mexicana y española* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Villasán, R. A. (2020). The use of positive reminiscence therapy in the elderly with cognitive impairment. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 84, 28-37. doi: 10.15405/epsbs.2020.05.4
- Villasán, R. A., Cabaco, S. A., Mejía-Ramírez, M., Justo-Henriques, S. I. y Carvalho, J. O. (2021). Improvement of the quality of life in aging by stimulating autobiographical memory. *Journal of Clinical Medicine*, 10(14), 3168. doi: 10.3390/jcm10143168
- Vinyoles Bargalló, E., Vila Domènech, J., Argimon Pallàs, J. M., Espinàs Boquet, J., Abos Pueyo, T., Limón Ramírez, E. y Los investigadores del proyecto Cuido 1 (2002). Concordancia entre el Mini-examen cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Atención Primaria*, 30(1), 5-13. doi: 10.1016/s0212-6567(02)78956-7
- Wancata, J., Alexandrowicz, R., Marquart, B., Weiss, M. y Friedrich, F. (2006). The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 398-410. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00888.x
- Wickham, H. (2016). *ggplot2: elegant graphics for data analysis*. Springer-Verlag.
- Wood, V., Wylie, M. L. y Sheafor, B. (1969) An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: correlation with rater judgments. *Journal of Gerontology*, 24(4), 465-469. doi: 10.1093/geronj/24.4.465

RECIBIDO: 30 de octubre de 2021

ACEPTADO: 14 de mayo de 2022