

Terapia de reminiscencia y sus efectos en los pacientes mayores con demencia

Karen A. González-Arévalo

Introducción. El tratamiento de la demencia ha transitado desde un enfoque netamente orientado a la mejora del funcionamiento cognitivo hacia la consideración de otros aspectos, como la capacidad funcional, la calidad de vida, los trastornos del comportamiento, afectivos y psiquiátricos, y la sobrecarga del cuidador. En esa línea, se avanza con tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Dentro de estos últimos se ubica la terapia de reminiscencia, que se entiende como un proceso cognitivo que rememora experiencias pasadas y situaciones sin resolver; se destaca su carácter terapéutico y adaptativo, lo que permitiría dar un nuevo significado a esos recuerdos y una nueva visión de vida a través de la reflexión.

Desarrollo. Se analizaron cuatro estudios sobre la aplicación de terapia de reminiscencia en pacientes con demencia extraídos de bases especializadas, y se encontraron resultados positivos, aunque no estadísticamente significativos, como: tendencia al alza de la percepción de la salud mental; aumento de sociabilidad, confianza y conductas anticipativas; mejora en las puntuaciones medias en la calidad de vida; mejora de la memoria autobiográfica; mejora en la percepción subjetiva de la calidad de la relación con los cuidadores; aumento de ansiedad en los cuidadores. Se visualizaron algunas debilidades en las estrategias metodológicas de los estudios que serían importantes de considerar en futuras investigaciones.

Conclusión. Se requieren nuevos ensayos controlados que cuenten con objetivos acotados a la población diferenciada por el nivel de deterioro, que utilicen estrategias tanto cuantitativas como cualitativas, para enriquecer la representatividad, la profundidad y el análisis de los datos.

Palabras clave. Demencia. Deterioro cognitivo. Efectos. Estudios. Revisión. Terapia de reminiscencia.

Máster en Psicogeriatría.
Universitat Autònoma de
Barcelona. España.

Correspondencia:
Karen Alejandra González Arévalo.
García Hurtado de Mendoza, 8089.
Dpto. 311. Comuna de La Florida.
CP 8241756. Santiago, Chile.

E-mail:
karengonza@gmail.com

Agradecimientos:
A Juan Carlos Núñez Silva (UAB),
por su colaboración metodológica
en esta revisión.

© 2015 Psicogeriatría

Introducción

Desde los años setenta, los numerosos estudios de demencia que se han realizado han señalado la enfermedad de Alzheimer como su causa más frecuente. El tratamiento de esta enfermedad ha transitado desde un enfoque orientado a la mejora del funcionamiento cognitivo hacia la consideración de otros aspectos, como la funcionalidad, los trastornos psiquiátricos y del comportamiento, los trastornos afectivos, la sobrecarga del cuidador y la calidad de vida. En esa línea se avanza con tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Estos últimos se fundamentan en los conceptos de neuroplasticidad y psicoestimulación [1], que entienden al paciente como un sujeto biopsicosocial, de forma que la intervención que se lleva a cabo repercute positivamente en su entorno social y familiar, además de tratar sus alteraciones cognitivas y comportamentales; por tanto, buscan retrasar el deterioro, recuperar las funciones perdidas o mantener las preservadas, mejorar el control de los síntomas no cognitivos, conservar la autonomía en las actividades de la vida diaria y, por supuesto, mejorar la calidad de vida.

La Asociación Americana de Psicología ha clasificado las terapias no farmacológicas, distinguiendo terapias de enfoque emocional; terapias de aproximación conductual; terapias de enfoque cognitivo; terapias de estimulación; y terapias dirigidas a los cuidadores [2]. Por su parte, Barandian las ha dividido en 'programas de estimulación y actividad, programas de psicoestimulación integral, reestructuración ambiental, técnicas de modificación de conducta, programas para familiares, entrenamiento de capacidades cognitivas específicas, nuevas intervenciones –como el programa intergeneracional (metodología Montessori)– y programa interactivo con ordenadores' [1].

Dentro de los programas de estimulación y actividad se encuentra la reminiscencia. Butler [3] fue el primero en referirse a ésta y a la revisión de la vida como un proceso psicológico orientado a la adaptación exitosa de las personas mayores a través de las diferentes etapas de la vida, conceptualizando la revisión de la vida como 'un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se traen a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver'. El autor destaca su carácter terapéutico y adaptativo, lo que permitiría dar un nuevo signifi-

cado a esos recuerdos y ofrecer una nueva visión de vida al integrar y revisar experiencias pasadas y conflictos no resueltos, ofreciendo una reflexión sobre ellos. De esta manera se conseguiría un sentimiento de serenidad y sabiduría.

La orientación teórica más utilizada para esta estrategia es el modelo de desarrollo humano de Erikson, que identifica el estadio de integración frente al de desesperación en las personas mayores, arguyendo que éstas se enfrentan con la necesidad de aceptar su vida con todos sus matices, con el fin de 'asumir la muerte que se acerca'. En esta línea, se trata de conseguir un sentido de integridad, de coherencia con la propia vida y no desesperar por la incapacidad de revivirla de manera diferente para remediar aquello que le ha disgustado, logrando alcanzar la sabiduría; por tanto, la terapia de reminiscencia facilitaría dicho proceso de integración a través del recuerdo autobiográfico. Los mayores son guiados por un terapeuta en la labor de 'clarificar, profundizar y encontrar el sentido de lo obtenido en toda una vida de aprendizaje y adaptación' [3].

Respecto de los tipos de reminiscencia, la *Reminiscence Function Scale* [4] ha demostrado consistencia en términos de fiabilidad, validez y estructura factorial. Dicha escala estableció ocho tipos de usos de la reminiscencia, marcando la pauta de la investigación en la actualidad, a saber: identidad, preparación para la muerte, solución de problemas, enseñar/informar, renacimiento de la amargura, reducción del aburrimiento, conversación y mantenimiento de la intimidad.

Sin perjuicio de ello, Cappeliez et al [5] proponen tres grupos fundamentales de reminiscencia: el primero, dirigido hacia el 'yo', involucra el conflicto entre el significado y la coherencia vital. Las funciones positivas asociadas al 'yo' son 'construcción de identidad' y 'preparación para la muerte', y las funciones negativas son la 'reducción del aburrimiento' y la 'restauración de la amargura'; el segundo asocia la consolidación social y la regulación de emociones, e incluye como función negativa el 'mantenimiento de la intimidad' y la 'conversación' como función positiva; el último grupo, denominado 'encausamiento' o 'dirección' (*guidance*), involucra el conocimiento privado o compartido con la experiencia e incluye las funciones de reminiscencia de 'solución de problemas' y 'enseñar/informar'.

Por último, Webster et al [6] proponen un modelo heurístico de los componentes de la reminiscencia, en el que señalan que el principal componente son los factores desencadenantes inconscientes e intencionales, que hacen referencia a los elementos o circunstancias que inician el proceso de

reminiscencia. Una vez que ya disponemos de los recursos, tenemos la opción de elegir trabajar con ellos a nivel interpersonal e intrapersonal, lo que se conoce como modos de reminiscencia. En esa línea, los recuerdos se encuentran inmersos en diferentes contextos sociales, por lo que están influidos por factores sociales, donde se incluyen la familia y otros significativos, además de factores culturales e institucionales. Una vez ubicados dichos recuerdos, son filtrados a través de diferencias individuales, que tienen la capacidad de modular las características importantes (edad, etnia, personalidad, sexo) y permiten alcanzar metas de tipo psicosocial [7].

Los ensayos de reminiscencia no siempre consideran estas diferencias o estructuras. Al respecto, resulta interesante destacar las últimas revisiones que se han realizado: por una parte, la revisión Cochrane de Woods et al [8], donde se revisan cinco estudios (Baines, 1987; Goldwasser, 1987; Morgan, 2000; Thorgrimsen, 2002; y Lai, 2004); y la actual *Reminiscence therapy in dementia: a review*, de Cottelli et al [9], en donde se analizan, además de los cinco de Woods, dos estudios (Baillon, 2004; y Aka-numa, 2011) (Tabla I).

Dichos autores declararon que la terapia de reminiscencia se asoció con mejoras significativas en el desgaste de los cuidadores, en el conocimiento del personal con respecto a los residentes y en el funcionamiento conductual. En las etapas post-post test, declararon avances importantes en la cognición, particularmente en la memoria autobiográfica y en la depresión. Sin perjuicio de ello, no se visualizaron resultados significativos en la aplicación de la terapia de reminiscencia en comparación con la estrategia de contacto social en áreas de la comunicación, el comportamiento o el bienestar; no obstante, se observó una mejoría en la cognición a las seis semanas de seguimiento según mediciones del *Minimal State Examination* (MMSE). Además, se visualizó que la aplicación cruzada de terapia de reminiscencia y terapia Snoezelen tenía un efecto positivo sobre el comportamiento inquieto y la frecuencia cardíaca en pacientes con demencia, y, por último, la combinación de terapia de reminiscencia con imágenes y orientación a la realidad demostró eficacia en los aspectos de la comunicación social y la actividad, lo que se relacionó con un aumento significativo del metabolismo cerebral en la corteza cingular anterior.

En resumen, se visualizan efectos beneficiosos de la terapia de reminiscencia en cuanto a la cognición y en el estado de ánimo, además de mejorar las habilidades del cuidado personal, la comunicación y los trastornos conductuales. Particularmente, en el estudio que incluyó a los cuidadores se observó

Tabla I. Revisiones Cochrane.

	<i>n</i>	Intervención	Frecuencia	Diseño	Instrumentos de evaluación
Baines et al (1987)	15	Tres grupos de 5 personas: el primero, con TR; el segundo, con OR, y el tercero, sin tratamiento	5 sesiones a la semana de 30 minutos durante 4 semanas	Pre y postest. Grupo de control	<i>Information-Orientation test, Behaviour Rating Scale, Holden Communication Scale, Life Satisfaction Index, Problem Behaviour Rating Scale</i>
Goldwasser et al (1987)	30	Tres grupos de 10 personas: el primero, con TR; el segundo, con apoyo social, y el tercero, sin tratamiento	2 sesiones a la semana de 30 minutos durante 5 semanas	Pre y postest. Grupo de control	<i>Activity of Daily Living, Beck Depression Inventory, MMSE</i>
Morgan et al (2000)	17	TR con libro de vida	1 sesión semanal durante 12 semanas	Pre y postest. Grupo de control	<i>Geriatric Depression Scale, Life Satisfaction Index-A, Autobiographical Memory Interview, Personal Semantic Schedule</i>
Thorgrimsen et al (2002)	11	11, con TR; 7, sin tratamiento	1 sesión semanal durante 8 semanas	Pre y postest. Grupo de control	<i>MMSE, Quality of Life in Alzheimer's Disease, Behaviour Rating Scale of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly, Holden Communication Scale, General Health Questionnaire, Relatives Stress Scale</i>
Lai et al (2004)	101	36, con TR; 35, con contacto social; 30, sin tratamiento	1 sesión semanal de 30 minutos durante 6 semanas	Pre y postest. Grupo de control	<i>Social Engagement Scale, Well-being/ill-being Scale, Self-Care Rating Scale</i>
Baillon et al (2004)	20	TR y terapia Snoezelen	3 sesiones de 40 minutos en 2 semanas	Pre y postest. Grupo de control	<i>Clinical Dementia Rating Scale, MMSE, Agitation Behaviour, Mapping Instrument, Interact Scale, frecuencia cardíaca</i>
Akanuma et al (2011)	24	12, con TR y OR; 12, con sesiones tradicionales del centro de día	1 sesión semanal de 60 minutos durante 12 semanas	Pre y postest. Grupo de control	<i>Activities for the Behaviour Rating Scale for the Elderly, Geriatric Depression Scale, MMSE</i>

MMSE: *Minimal State Examination*; OR: orientación a la realidad; TR: terapia de reminiscencia. Elaboración propia a partir de las revisiones de Woods et al (2008) y Cotelli et al (2001).

una reducción significativa del desgaste, y aumentó, además, considerablemente el conocimiento del personal sobre los antecedentes de los participantes en comparación con el grupo sin tratamiento, lo que implica una mejora en la comunicación, la cual puede configurarse como una estrategia plausible para disminuir los niveles de ansiedad y estrés, y las conductas regresivas que podrían estar asociadas.

A pesar de lo anterior, los autores evidenciaron limitaciones metodológicas en la ejecución de la terapia de reminiscencia, como, por ejemplo, la diversidad de estrategias de aplicación visualizada en los estudios, lo que obstaculiza la generación de una evaluación más uniforme que permita levantar una metodología homologable. Los autores arguyen que los enfoques terapéuticos deben adaptarse al nivel de deterioro, dado que la eficacia de éste difiere según la gravedad de la demencia. Por otra parte, se refieren al uso de restricciones o sujeciones físicas en algunos participantes como un obstaculizador de la interacción, a la vez que favorece la irritabilidad. A excepción del estudio de Lai, el tamaño de las muestras fue bastante pequeño, y en Morgan un único terapeuta aplicó las sesiones y algunas evaluaciones. Por su parte, Thorgrimsen trabajó con

un grupo de control muy pequeño después de la intervención ($n = 3$) y los cuidadores familiares emitieron los informes del funcionamiento del paciente, lo que puede dar pie a sesgos, toda vez que éstos igualmente participaron en la intervención; además, las calificaciones realizadas por éstos del *Quality of Life in Alzheimer's Disease* (QoL-AD) fueron mucho más positivas que las realizadas por las propias personas con demencia.

Es importante señalar que no se encontraron resultados de efectos negativos de la aplicación de terapia de reminiscencia, lo que desestima lo sugerido por Goldwasser, quien aludió a un aumento de la depresión asociado con el recuerdo.

El objetivo general del estudio es examinar la eficacia de la terapia de reminiscencia en pacientes mayores diagnosticados con demencia a través de la revisión de estudios pertinentes. Como objetivos específicos tiene: identificar y describir otras revisiones relacionadas con la terapia de reminiscencia utilizadas por los estudios que se revisan, e identificar aciertos y dificultades con respecto a la aplicación de la terapia de reminiscencia declarados en los estudios revisados.

Justificación

El envejecimiento de la población es un fenómeno a escala global. Entre el año 2010 y el 2050 se estima que la población mundial de 65 años y más crecerá un 300%, pasando de 523 millones a 1.486 millones. En Europa, según datos de Eurostat, en 2008, el 22% de la población era mayor de 65 años, del cual el 56,8% corresponde a mujeres y el 43,2%, a hombres. Además, se estima un aumento de 5,8 puntos porcentuales en 2025 y 12,7 puntos en 2050 [10]. En el contexto español, en 2011 había 8.092.853 personas mayores, lo que equivale al 17,2% sobre el total de la población, según el avance de explotación del padrón 2011 del Instituto Nacional de Estadística [11]. La longevidad ha aumentado significativamente, desde los 34,8 años en 1900 a los 81,6 en la actualidad. La esperanza de vida en las mujeres alcanza los 84,6 años, y 78,5 años en los hombres, lo que nos coloca como el segundo país de la Unión Europea con la mayor esperanza de vida de las mujeres, después de Francia.

Si bien el envejecimiento no es la causa de las demencias, no es menos cierto que es uno de los factores de riesgo más importantes, según los datos arrojados por la Organización Mundial de la Salud [12]. La prevalencia de las demencias aumenta de forma exponencial entre los 65 y los 85 años, y se multiplica por dos cada cinco años, alcanzando un 20% en los mayores de 80 años y un 25% en los mayores de 85 años. Dentro de las demencias, la enfermedad de Alzheimer es la forma más común y afecta a más de 25 millones de personas en el mundo, según un informe de la Alzheimer Disease International [13], lo que implica gastos sociosanitarios importantes. Según la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias, se gastarían alrededor de 30.000 euros al año, lo que se incrementará considerando que, según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2050 sólo los pacientes con enfermedad de Alzheimer alcanzarán los 115,4 millones en el mundo.

Por todo lo anterior, es fundamental contar con un plan integral que aborde la demencia de manera multidisciplinar. En esta línea, los tratamientos no farmacológicos se han posicionado como fundamentales, pues cuentan con una serie de ventajas, como la ausencia de efectos secundarios, su bajo coste económico y su centro en el paciente, considerando sus características y necesidades, lo que implicaría mejoras considerables en la calidad de vida de éste y de su entorno. Si bien se han evidenciado resultados positivos en favor de la terapia no farmacológica, particularmente la terapia de reminiscencia no

ha arrojado resultados estadísticamente significativos. Lo anterior invita a examinar los estudios actuales para optimizar futuros proyectos, buscando finalmente posicionar las ‘terapias blandas’ como una estrategia legítima de intervención en los tratamientos de los diferentes tipos de demencia, objetivando, a su vez, el impacto de estas terapias en los diferentes ámbitos donde se desarrolla la enfermedad, y patentando fundamentos tanto teóricos como metodológicos para su actuación en el plan terapéutico de las demencias.

Metodología

Para efectos de esta revisión, se realizó una búsqueda a través de las siguientes bases de datos [14]:

- *ISI web of knowledge*. Producida por el Institute for Scientific Information (ISI) y gestionada por la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología, evalúa, por un lado, las revistas de ciencia y tecnología, y, por otro, las de ciencias sociales en función de su factor de impacto (basado en el análisis de las citas que publican y que reciben las publicaciones), su vida media y su índice de inmediatez, con cobertura desde 1997.
- *Journal Citation Reports*. Es un medio sistemático y objetivo para evaluar críticamente las principales revistas del mundo, con información estadística cuantificable sobre la base de datos de citas. Ayuda a medir la influencia y el impacto de la investigación en el ámbitos de las revistas de ciencias y ciencias sociales.
- *IN-RECS*. Elaborado por un grupo de investigación de evaluación de la ciencia y de la comunicación científica de la Universidad de Granada, calcula el factor de impacto indexando casi 200 títulos de revistas españolas del ámbito de las ciencias sociales, con cobertura desde 1996.
- *SCImago Journal & Country Rank*. Portal que incluye las revistas y los indicadores científicos de los países desarrollados de la información contenida en la base de datos Scopus (Elsevier). Estos indicadores se pueden utilizar para evaluar y analizar las áreas científicas.
- Recursos de las bibliotecas de la Universitat Autònoma de Barcelona y la Universitat de Barcelona.
- Google Academic.

Se establecieron los siguientes criterios de selección: artículos de investigación sobre terapia de reminiscencia, año de publicación entre 2009 y 2013, y artículos publicados en revistas científicas indexadas en ISI, *Journal Citation Reports*, *SCImago Jour-*

nal & Country Rank o IN-RECS. En virtud de este último punto, revistas de los artículos seleccionables debieron cumplir con los siguientes subcriterios: índice H ≥ 25 ; factor de impacto $\geq 0,5$ (*SCImago Journal & Country Rank*) o ≥ 1 (*Journal Citation Reports*); citas ≥ 400 ; cuartil de calidad $> Q3$. Además, se excluyeron los artículos de investigación sobre terapia de reminiscencia con personas mayores sin demencia.

La tabla II muestra la codificación y clasificación realizada del material explorado en las bases de datos mencionadas, además de exponer el filtro realizado de acuerdo con los criterios de selección mencionados.

De los seis estudios seleccionados, Woods et al [18] presentaron dos versiones, una en inglés y otra en castellano; esta última fue la propicia para esta revisión.

Por lo anterior, se seleccionaron cinco estudios para revisar: O'Shea et al [15], Lin et al [16], Tolson et al [17], Woods et al [18] y Yasuda et al [19].

Finalmente, se excluyó el estudio de O'Shea et al [15], dado que el artículo sólo incluía el protocolo de la investigación y no sus resultados. Según lo confirmó su autor, los datos están en etapa de revisión, por lo que no es posible acceder a ellos.

Estudios y resultados

Propósito y objetivos

El estudio de Lin et al [16] presentaba como objetivo 'examinar el impacto de un programa de revisión de la vida adaptativa en la calidad de vida percibida en ancianos con demencia leve a moderada en un centro de atención de día y evaluar el efecto, si lo hay, de diferentes niveles de deterioro cognitivo sobre el resultado de intervención'. Por su parte, Tolson et al [17] declararon 'evaluar la provisión de la actividad específica de reminiscencia basada en el fútbol, en términos de beneficiar a las personas con demencia y cuidadores'; sus objetivos específicos fueron: examinar la naturaleza del trabajo de reminiscencia y patrones de participación y compromiso (*engagement*); descubrir si el material utilizado influencia el resultado en términos de compromiso del participante con el material; comprobar si los participantes seleccionados indicaron preferencia por algún tipo de material; reunir puntos de vista de los facilitadores sobre el uso del material y sus percepciones de su efecto en los participantes; investigar qué tienen que decir las personas con demencia sobre la actividad específica de reminiscen-

Tabla II. Grupos de clasificación de material de reminiscencia y filtro de material explorado.

	Código	Años	n	
Nombre del grupo	Estudios sobre terapia de reminiscencia	00	1990-2013	22
	Revisiones de terapia de reminiscencia	01	2000-2013	9
	Artículos teóricos de terapia de reminiscencia o estimulación cognitiva	02	1996-2012	15
	Textos de terapia de reminiscencia o terapias no farmacológicas	03	1999-2010	5
	Total de material localizado			51
Criterio de selección	Artículos de investigación sobre terapia de reminiscencia			22
	Artículos sobre terapia de reminiscencia en pacientes con demencia			12
	Año de publicación entre 2009 y 2013			8
	Artículos publicados en revistas indexadas científicas			6
	Índice H ≥ 25			
	Factor de impacto $\geq 0,5$ (<i>SCImago Journal & Country Rank</i>) / ≥ 1 (<i>Journal Citation Reports</i>)			6
Citas ≥ 400				
Cuartil $\geq Q3$				

cia; investigar los puntos de vista de los cuidadores familiares seleccionados o cuidadores de atención domiciliaria en términos de efectos inmediatos y perdurables de la actividad de reminiscencia basada en el fútbol para personas con demencia. Woods et al [18] plantearon explorar la eficacia de los grupos de reminiscencia en conjunto, tanto para las personas con demencia como para sus cuidadores, en comparación con la atención habitual y la relación coste-efectividad de esta intervención. Por último, Yasuda et al [19] evaluaron la eficacia de los videos de fotografías personalizadas para enfocar la concentración durante largos períodos en personas con demencia tipo Alzheimer.

Participantes

Respecto de los participantes de los estudios seleccionados ($n = 526$), fueron reclutados en diversos lugares: Lin et al los reclutó en el Adult Day Care Center Ever Green, en la ciudad de Kaohsiung, Taiwán ($n = 7$). Tolson et al, en el Alzheimer Scotland South Ayrshire Service Group ($n = 5$), Alzheimer Scotland

Tabla III. Características de los participantes de los estudios seleccionados.

	Woods et al [18]	Tolson et al [17]	Lin et al [16]	Yasuda et al [19]
Participantes	400	4	7	15
Receptores de terapia de reminiscencia	200	16 aprox.	7	15
Edad media	77,5 años	No disponible	81 años	77,3 años
Sexo	No disponible	Hombres	5 mujeres, 2 hombres	11 mujeres, 4 hombres
Diagnóstico	Demencia leve o moderada	No disponible	Demencia leve o moderada	Demencia tipo Alzheimer
Gravedad	MMSE: 19,3	No disponible	MMSE: 15- 25	MMSE: 14,3
País	Inglaterra	Escocia	China	Japón

MMSE: *Minimental State Examination*.

Day Centre ($n = 3$) y distintos sectores de Escocia ($n = 8$); en este caso, a pesar del material disponible, no se pueden visualizar datos exactos de la cantidad de participantes. Woods et al reclutaron a los participantes en ocho centros que comprenden unidades de demencia, equipos de salud mental comunitarios y centros de día de instituciones como la Sociedad de Alzheimer y Age Concern en Inglaterra y Gales, específicamente en Bangor, Bradford, Hull, Londres, Manchester y Newport, y en el sur de Gales ($n = 488$). Por último, Yasuda et al incluyeron en su estudio a pacientes externos que frecuentaban la unidad de demencia de un hospital en Japón ($n = 15$).

En cuanto a los criterios de selección, puede observarse que Lin et al trabajaron con adultos mayores de 65 años y más, con deterioro cognitivo leve o moderado, según la aplicación del MMSE, entre 15-25. Woods et al consideraron los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición*, para la demencia de cualquier tipo, incluyendo la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la de cuerpos de Lewy y mixtos, y en fase leve a moderada (*Clinical Dementia Rating*), estar en condiciones de comunicarse y comprender la comunicación medida a través de la *Behaviour Rating Scale* (1 o 0 puntos), además de poder participar en actividades de grupo y mantener contacto regular con un familiar u otro cuidador dispuesto a participar en la intervención.

Por último, Yasuda et al incluyeron los pacientes que obtuvieran una puntuación media en el MMSE de 14,3; además, los participantes debían ser capa-

ces de sentarse solos y ver la pantalla del televisor durante la duración del ensayo (40 minutos); y, por último, debían contar con un corpus adecuado de fotografías antiguas, a las cuales se accedió para crear el material pertinente.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: Lin et al, pacientes que tuviesen un diagnóstico psiquiátrico adicional; Tolson et al, personas que tuviesen una puntuación en el MMSE < 10 y las mujeres; Woods et al, personas que poseían una enfermedad física grave, discapacidad sensorial o alto nivel de agitación; y Yasuda et al, sujetos con algún trastorno de la visión o la audición que los incapacitara para acceder a los vídeos de fotografías (Tabla III).

Intervenciones

Lin et al aplicaron un programa de recreación terapéutica modificado de acuerdo con las orientaciones de Tabourne (1991); Tolson et al realizaron terapia de reminiscencia grupal e individual basada en el fútbol; Woods et al ejecutaron una terapia de reminiscencia conjunta, es decir, paciente-cuidador, integrando 12 diadas por sesión; y Yasuda et al expusieron tres tipos de estímulos audiovisuales con el fin de comprobar la eficacia de los vídeos de fotografías personalizadas en la concentración de pacientes con demencia, para considerar este fundamento en terapias de reminiscencias.

En cuanto a las frecuencias de las sesiones, se puede dar cuenta de lo siguiente: Lin et al, 10 sesiones de una hora en dos semanas; Tolson et al, una sesión mensual, aunque no es posible obtener mayores antecedentes; Woods et al, una sesión semanal de dos horas durante 12 semanas, más una sesión mensual de mantenimiento durante siete meses; y Yasuda et al, una sesión de 40 minutos.

Para efectos de la dinamización de las sesiones, Lin et al utilizaron una terapeuta de recreación y tres facilitadores del centro donde se extrajo la muestra; Tolson et al, historiadores del fútbol, enfermeras y facilitadores de centros de día; Woods et al, dos facilitadores capacitados en cada centro, más voluntarios; y Yasuda et al, tres logopedas.

Dentro de las herramientas utilizadas, se pueden observar las siguientes: Lin et al, actividades de ocio de acuerdo con la tradición, para desencadenar recuerdos, inspirar la reflexión y reforzar la interpretación, como: cantar canciones de cuna, dibujo, jugar con juguetes tradicionales, espectáculo de títeres tradicional y ópera, escuchar o ver viejos discos y películas de la época, entre otras actividades; Tolson et al, fotografías, objetos y vídeos relacionados con el fútbol; Woods et al, grupos de trabajo gran-

Tabla IV. Estructura de los grupos de terapia de reminiscencia de los estudios seleccionados.

	Facilitadores	Estímulos	Formato	Frecuencia
Woods et al [18]	Voluntarios	Objetos, fotografías, canciones	Sesiones centradas en un tema diferente, incluyendo niñez, etapa escolar, trabajando la vida, matrimonio, vacaciones y viajes	12 sesiones semanales de 2 horas, más sesiones mensuales de mantenimiento (7 meses)
Tolson et al [17]	Facilitador conocedor del fútbol. Dos historiadores del fútbol. Dos facilitadores sin experiencia	Fotografías, audio-vídeo	Aplicación en grupo o individual de prácticas conversacionales basadas en el fútbol, se trataban semanalmente cuatro temas estandarizados, a saber, la familia, la profesión, fiesta y juegos	1 sesión semanal de 45 minutos en un mes
Lin et al [16]	Terapeuta recreacional más tres facilitadores del centro	Juegos de antaño, música, películas, representaciones, arte, objetos, cocina, etc.	Cada sesión tuvo un tema específico siguiendo la teoría del ciclo vital de Erikson. La primera sesión fue introductoria, y la última, de celebración	10 sesiones de 60 minutos en 2 semanas
Yasuda et al [19]	Narrador	Videos de fotografías, programas de televisión	Se solicitó material fotográfico a los participantes con el que se confeccionó un vídeo. Los mayores fueron expuestos a un primer vídeo de fotos, dos de programas de televisión y un último de fotos	1 sesión de 40 minutos

des y pequeños, incluyendo actividades como arte, cocina, salud, recreación de recuerdos, canto y reminiscencia oral; y Yasuda et al, fotovideos con 40 fotografías ordenadas cronológicamente y narradas, además de dos programas de televisión, uno de variedad y otro de noticias; el orden de exposición de los vídeos fue el siguiente: fotovideo autobiográfico (1A), programa de variedades (B), programa de noticias (C) y fotovideo autobiográfico (2A) (Tabla IV).

Cuestiones éticas

Para resguardar los aspectos éticos, los estudios seleccionados utilizaron las siguientes estrategias: Lin et al firmaron un consentimiento informado, y se consideró una autorización de un familiar responsable del paciente; Tolson et al, consentimiento informado, carta de invitación y explicación verbal; Woods et al, consentimiento informado firmado de acuerdo con las disposiciones de la Ley de Capacidad Mental de 2005, por cada pareja participante en la investigación, y se otorgó el tiempo suficiente para tomar una decisión. En todos los casos, a los participantes con demencia se les otorgaron por lo menos 24 horas para tener en cuenta la información proporcionada. Siempre que fuera posible, se solicitó la participación de un miembro de la familia u otro apoderado; y Yasuda et al informaron y explicaron el objetivo y los procedimientos del estudio tanto a los pacientes como a sus cuidadores, y solicitaron consentimiento para la grabación de vídeos de acuerdo con las directrices de los comités de ética del hospital.

Diseño metodológico e instrumentos de evaluación

Lin et al utilizaron un diseño pre-postest sin grupo de control; Tolson et al, postest sin grupo de control; Woods et al, pre-post-postest con grupo de control; y Yasuda et al aplicaron una evaluación de atención y concentración durante la aplicación de las sesiones, sin grupo de control.

Con respecto a los instrumentos de evaluación, se utilizaron los siguientes: Lin et al, el *36-Item Short Form Health Survey* para recopilar los datos sobre los cambios en la percepción de la calidad de vida, además de un cuestionario de 36 ítems que medía ocho dimensiones: funciones físicas; roles limitados por razones físicas; dolor corporal; salud general; vitalidad; funciones sociales; limitación de roles debido a problemas emocionales; y salud mental; Tolson et al, una 'evaluación realista' basada en Pawson y Tilley [17], que incluía entrevistas a los pacientes, sus familiares y los facilitadores, y el análisis de las grabaciones de las sesiones; Woods et al, la QoL-AD para medir la calidad de vida de los pacientes con demencia y el cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ)-31 para medir la salud mental del cuidador en la etapa pretest, y la *Autobiographical Memory Interview* para medir la memoria autobiográfica, el *Quality of the Carer-Patient Relationship-33* para medir la calidad de la relación y el estrés de cuidador, la escala de Cornell para depresión en demencia para medir la depresión en la demencia, el *Rating Anxiety in Dementia* para medir la ansiedad en la persona con demencia, la *Hospital Anxiety and Depression Scale* para el cuidador,

la *Relative Stress Scale* para medir el estrés específico del cuidador, la *European Quality of Life-5 Dimensions* para la calidad de vida general tanto de la persona mayor como del cuidador, la capacidad funcional de la persona con demencia con la *Bristol Activities of Daily Living Scale*, el uso de los servicios de salud, asistencia social y servicios voluntarios a través de entrevista cara a cara, y a los 10 meses se evaluó el contacto con los servicios de salud, asistencia social y servicios voluntarios a través de una adaptación del *Client Services Receipt Inventory*; y, en el caso de Yasuda et al, tres terapeutas del habla evaluaron las respuestas de los sujetos ante el estímulo audiovisual, y las respuestas se midieron en términos de la 'concentración', y el número de 'distracción', a través de la comunicación no verbal y verbal.

Resultados

Se evidenció tras la intervención una tendencia al alza de la percepción de la salud mental en los subítems función social, rol emocional y salud mental, aunque no significativa. Particularmente aumentó la puntuación de la salud física. Ahora bien, participantes con deterioro cognitivo moderado tenían mejoras en todas las puntuaciones medias de calidad de vida en contraste con sus pares con deterioro cognitivo leve, sin que esta diferencia fuera significativa. Sin perjuicio de ello, los mayores con deterioro moderado mostraron una diferencia significativa en las puntuaciones globales de percepción de la salud física más que sus pares con deterioro leve. Además, se visualizó una leve tendencia a la mejora en la puntuación de salud mental en los que tenían deterioro moderado. Por ende, el grupo con deterioro leve comunicó un mayor deterioro que el de deterioro moderado, sin significación estadística (Lin et al).

En Tolson et al, los pacientes que recibieron terapia de reminiscencia grupal e individual presentaron aumento de sociabilidad, confianza y anticipación a eventos futuros, se mostraron más habladores y declararon aumento en la estimulación, diversión y risa; a su vez, sus familiares declararon una suerte de 'respiro', además de configurar un soporte. Por tanto, la reminiscencia basada en el fútbol aparece como relevante y apropiada, según los autores, y no habría evidencia que sugiriera una influencia negativa en las personas con demencia, por lo que proponen que la terapia de reminiscencia basada en el fútbol esté disponible a un espectro de población más amplia.

En Woods et al, los cuidadores de personas con demencia asignados a la intervención de reminis-

cencia informaron de un aumento significativo de la ansiedad en una subescala del GHQ-28 en la evaluación final (10 meses). En las personas con demencia que asistieron a más sesiones de reminiscencia, se observó una mejoría de la memoria autobiográfica a los tres meses, y una mejora en la percepción subjetiva de la calidad de la relación y la calidad de vida a los 10 meses. Sin embargo, los cuidadores mostraron un aumento del estrés relacionado con los cuidados asociados a las sesiones trabajadas en la investigación.

Finalmente, Yasuda et al observaron que la concentración 1A sacó los puntos más altos para nueve de los sujetos y la 2A se llevó la segunda más alta puntuación para cinco de los sujetos. En cuanto a las puntuaciones de distracción, C se llevó los puntos más altos de nueve de los sujetos y B se llevó la segunda puntuación más alta para seis de ellos. La prueba *post hoc* de Tukey reveló que 1A en términos de concentración fue superior a C, y que esta última habría obtenido un número significativamente mayor de puntos de distracción que 1A o 2A. Además, realizaron un análisis de los resultados en virtud de los grados de demencia, y los 12 sujetos se dividieron en tres grupos de acuerdo con la gravedad: leve, moderada y grave. El grupo leve tenía cuatro sujetos con una edad media de 76 años y una puntuación promedio del MMSE de 21; el grupo moderado, también de cuatro sujetos, tenía una edad media de 77 años, y de promedio, una puntuación del MMSE de 15,5; y el grupo grave, con los cuatro sujetos restantes, tenía una edad media de 72,3 años y una puntuación promedio del MMSE de 5,7. En los tres grupos, los resultados de concentración de 1A recibieron los puntos más altos y 2A recibió los segundos puntos superiores, aunque era más o menos al mismo nivel que las de B en el grupo leve. Los resultados de concentración de B y C siempre fueron bajos para los tres grupos. En cuanto a los resultados de distracción, los tres grupos para C recibieron la mayor cantidad de puntos, y B recibió la segunda mayor puntuación. Las puntuaciones de distracción para C aumentaron del grupo leve al moderado, y para B se incrementaron del moderado al grave. Las puntuaciones de distracción para 1A y 2A eran casi inexistentes en el grupo leve, pero aparecieron en los grupos moderados y graves. En cuanto a las puntuaciones de las subcategorías de concentración, hubo una gran variabilidad interindividual. 'Expresión facial' y 'emisión' eran dominantes en el grupo leve. En el grupo moderado se observó mayormente la subcategoría 'gesto'. En el grupo grave se observó un sujeto de la subcategoría 'expresión', que pidió los nombres de

la gente en la fotovideo y cantó las canciones de fondo. En contraste, sin embargo, la subcategoría 'apertura/dirección de la mirada' fue la respuesta dominante de las puntuaciones de distracción. La mayoría de los sujetos estaban durmiendo en B y C, una tendencia común a los tres grupos.

Discusión

En estudios anteriores se ha planteado la importancia de considerar el nivel de deterioro que padecen las personas con algún tipo de demencia. En esta línea, a través del estudio de Lin et al, se puede visualizar concretamente la necesidad de esta medida, toda vez que los resultados arrojaron que las personas con deterioro cognitivo moderado comunicaban mejoras estadísticamente significativas en las puntuaciones respecto de la percepción de la salud física que tenían los participantes con deterioro leve. Por tanto, si bien el tamaño de la muestra era demasiado pequeño para probar los contrastes entre ambos perfiles, denota la relevancia de considerar el nivel de deterioro en las estrategias de intervención, pues este elemento se configura como determinante en la ejecución y evaluación de los eventuales resultados.

Por otra parte, y siguiendo los aportes de Lin et al, con el fin de optimizar la investigación, es necesario que los programas contemplen una mayor duración, pues en una distribución temporal muy estrecha no es posible generar un clima de confianza en donde los participantes se sientan cómodos y en condiciones de exponer sus experiencias asociadas a los elementos de la terapia de reminiscencia. En este punto también se vio involucrado el estudio de Tolson et al, quienes declararon dificultades en la relación facilitador-persona con deterioro. Cabe destacar que, en el caso del estudio de Lin et al, en el grupo se observó un estado de integración en las últimas tres sesiones.

A partir de lo anterior, es relevante considerar una etapa previa de acercamiento entre el facilitador del grupo con los eventuales participantes de las sesiones de terapia de reminiscencia a fin de que se trabajen lazos de confianza, además de obtener, de primera mano, información necesaria para personalizar el trabajo en las sesiones. También es necesario que los participantes del proyecto entreguen sus observaciones y recomendaciones al finalizar cada sesión para integrar en las sesiones futuras dichos elementos.

En términos metodológicos, es recomendable contar con un grupo control, pues con ello se pueden vi-

sualizar de mejor manera los efectos tanto positivos como adversos de la terapia de reminiscencia.

A excepción del estudio de Woods et al, es posible observar que las muestras de población son bastante pequeñas y, por ende, poco representativas para dar cuenta de los beneficios de la terapia de reminiscencia. Se entiende que los procesos de captación de participantes son arduos y requieren un tiempo considerable. Aun así, es preciso desarrollar estudios con muestras estadísticamente representativas que puedan dimensionar la evolución del fenómeno.

En la misma línea, si bien es relevante incorporar nuevos diseños de valoración, como la evaluación realista aplicada por Tolson et al, es necesario, a su vez, complementarlos con mecanismos que otorguen datos 'duros' que logren dar cuenta de un efecto clínico significativo. El ejercicio es contar con un corpus de análisis más rico y diverso para analizar profundamente la terapia de reminiscencia como una estrategia válida para la intervención con personas mayores con deterioro cognitivo, y, si los resultados lo avalan positivamente, favorecer finalmente la implementación de este dispositivo de estimulación a un espectro más amplio de población. Resulta, a su vez, fundamental contar con estudios que avalen las diferencias en las estrategias de aplicación de dicha terapia. En este sentido, los resultados del ensayo de Yasuda et al son alentadores, pues hacen hincapié en las posibles estrategias, considerando las necesidades del paciente, sus capacidades y debilidades. Si bien, como el común de los estudios en este enfoque cuenta con una muestra muy pequeña y un análisis poco objetivable, los resultados apoyan sus experimentos preliminares, pues, según éstos, los vídeos de las fotografías personalizadas son eficaces para ayudar a las personas con demencia a enfocar su concentración durante un largo período de tiempo, sobre todo para las personas con demencia moderada y grave, lo que se traduciría en mejoras en su estabilidad psicológica, en efectos positivos en cuanto a la reducción de la carga sobre los cuidadores y aumento de su tiempo de descanso. Por su parte, el análisis de este estudio fue intuitivo a partir de la puntuación de concentración y distracción de los sujetos, lo que carece de validez y fiabilidad; además, la muestra era pequeña para interpretar estos datos como significativos. No obstante, el ensayo motiva a generar nuevos estudios con mayor muestra y precisión en su ejecución, pues arroja datos positivos, sobre todo en el grupo moderado y grave, lo que es un dato considerable, pues en estos pacientes se requieren estrategias de trabajo específicas que pongan énfasis en la

atención, toda vez que esta función influirá en el rendimiento cognitivo y conductual.

Ahora bien, resulta interesante la iniciativa del grupo de estudio de Escocia, pues propone una estrategia de aplicación temática, en este caso centrada en el fútbol, considerando la relevancia cultural otorgada a este deporte en dicho territorio, además de integrar un diseño de evaluación realista, cuya estrategia está orientada no sólo a visualizar los efectos de los dispositivos de intervención definidos por los responsables del diseño de programas sociales, sino también los elementos por los cuales estos dispositivos generan tales resultados. Esto, en la práctica, implica complementar los resultados con los procesos por los cuales se llegaron a ellos, desde el punto de vista de los propios involucrados, no sólo integrando a los usuarios de los programas, sino también a los actores instalados en el micro- y mesosistema de éstos. A pesar del interés que supone esta metodología, en la evaluación de la terapia de reminiscencia aún se mantiene en un plano emergente, lo que implica que sus mecanismos están en constante revisión y discusión para determinar su oportunidad y pertinencia. Al respecto, se está emulando la propuesta de Escocia en un estudio piloto en España llevado a cabo por el Instituto de Envejecimiento de la Universitat Autònoma de Barcelona, cuyos resultados serían interesantes de analizar en el futuro.

Los estudios de Lin et al, Tolson et al y Yasuda et al, si bien no cuentan con muestras significativas, señalan efectos positivos para la terapia de reminiscencia, lo que contrasta con los resultados de Wood et al, pues estos últimos no observaron mejoras en la calidad de vida de la persona con demencia ni en los niveles de estrés o el estado de ánimo de los cuidadores familiares, e informaron incluso de niveles más altos de ansiedad al finalizar los 10 meses de la intervención. Por otra parte, no se encontraron efectos sobre la memoria autobiográfica, en el estado de ánimo ni en la capacidad funcional del paciente. Del mismo modo, ni las personas con demencia ni sus cuidadores informaron de una mejora en la calidad de la relación.

Estos resultados chocan con los arrojados por la plataforma de prueba, donde, en una muestra mucho más pequeña, se hallaron diferencias significativas en la memoria autobiográfica y la depresión del cuidador después de 12 sesiones semanales de reminiscencia de grupo (Woods et al).

Ahora bien, si se considera la asistencia a las sesiones, los que participaron una mayor cantidad de veces semanales mostraron un beneficio significativo en la memoria autobiográfica en la evaluación

dada a los tres meses. Por su parte, los pacientes que asistieron a más sesiones mensuales, en el décimo mes de seguimiento arrojaron puntuaciones más altas en la calidad de la relación con su cuidador y en su calidad de vida. Sin embargo, como se mencionó anteriormente en el caso del cuidador, se evidenció un mayor nivel de estrés, por lo que, en relación con la persona con demencia, estos resultados son más consistentes con la plataforma de ensayo; sin embargo, reflejan un efecto de contraste en el cuidador.

En esa línea, Woods et al reconocen, aunque no era su objetivo de estudio, la importancia de considerar en el análisis un mecanismo que integre las apreciaciones de los cuidadores, para profundizar en los elementos que suscitaron mayor estrés después de la intervención.

En este punto es recomendable, en futuras investigaciones de terapia de reminiscencia, hacer una incursión en un modelo metodológico mixto que incorpore mecanismos de recolección de datos extraídos de ambos paradigmas de la investigación (cuantitativo-cualitativo) a fin de enriquecer el análisis del corpus obtenido en el trabajo de campo.

Sin perjuicio de los obstáculos declarados por Woods et al, su estudio se configura como el más importante de terapia de reminiscencia en la actualidad, en términos cuantitativos, pues incluyó una estrategia metodológica bastante completa, considerando la muestra más alta de estudio hasta el momento en este ámbito. Además, los datos arrojados nos señalan una importante inquietud con respecto a la eficacia de la terapia de reminiscencia, y nos invitan a afinar los dispositivos de intervención para demostrar avances en la mejora de la calidad de vida de los pacientes o, de lo contrario, considerar otros enfoques de terapéutica psicosocial.

Conclusión

En virtud del denominador común en cuanto a las debilidades de los estudios de la eficacia de la terapia de reminiscencia, que tiene relación con la metodología empleada, es importante señalar la necesidad de nuevos ensayos controlados que cuenten con objetivos concretos y acotados a la población diferenciada por el nivel de deterioro, utilizando instrumentos cualitativos con el fin de obtener mayor profundidad en el análisis, considerando a su vez estrategias cuantitativas a partir de muestras representativas que incluyan variables tan relevantes como el contexto, el sexo, las características del grupo destinatario, sus habilidades y capacidades,

etc., y enfatizando con esto la importancia de un diseño minucioso en la aplicación de la terapia de reminiscencia. En esta línea es recomendable priorizar la realización de investigaciones que puedan analizar y comparar dispositivos focalizados de aplicación de terapia de reminiscencia, como, por ejemplo, integrando la etnia de origen, pues la significación de las costumbres, las tradiciones y la memoria histórica es un elemento que tiene una relevancia variable según el grupo.

Por último, la invitación es a seguir innovando en términos de diseño, planificación, ejecución y evaluación de nuevas estrategias psicosociales para la intervención en personas mayores con deterioro cognitivo, optimizando los recursos disponibles y priorizando mejorar las condiciones de calidad de vida del paciente y su entorno.

Bibliografía

- Domènech S. Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2004. URL: <http://hdl.handle.net/2445/42709>. [03.11.2004].
- Tárraga L. Terapias blandas: programa de psicoestimulación integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* 1998; 27 (Supl 1): S51-62.
- Butler RN. Successful aging and the role of the life review. *J Am Geriatr Soc* 1974; 22: 529-35.
- Webster JD, Gould O. Reminiscence and vivid personal memories across adulthood. *Int J Aging Hum Dev* 2007; 64: 149-70.
- Cappeliez P, Rivard V, Guindon S. Functions of reminiscence in later life: proposition of a model and applications. *Eur Rev Applied Psychol* 2007; 57: 151-6.
- Webster J, Bohlmeijer E, Westerhof G. Mapping the future of reminiscence: a conceptual guide for research and practice. *Res Aging* 2010; 32: 527-64.
- Serrano JP, Latorre J. La revisión de vida: un método psicoterapéutico en ancianos con depresión. *Portal Mayores* n.º 35. URL: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/serrano-revision-01.pdf>. [25.11.2015].
- Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 18: CD001120.
- Cotelli M, Manenti R, Zanetti O. Reminiscence therapy in dementia: a review. *Maturitas* 2015; 72: 203-5.
- Abellán A, Lorenzo L, Pérez J. Las personas mayores en España: informe 2010. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Madrid: Imsero; 2010.
- Abellán A, Puyol R. Un perfil de las personas mayores en España. *Envejecimiento en Red*. URL: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos13.pdf>. [15.07.2013].
- World Health Organization. Dementia: a public health priority. Washington DC: WHO; 2012.
- Batsch N, Mittelman M. World Alzheimer Report 2012. Overcoming the stigma of dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2012.
- Universitat Autònoma de Barcelona. URL: <http://www.bib.uab.cat/human/acreditacions/planes/publiques/index.php>. [10.01.2013].
- O'Shea E, Devane D, Murphy K, Cooney A, Casey D, Jordan F, et al. Effectiveness of a structured education reminiscence-based programme for staff on the quality of life of residents with dementia in long-stay units: a study protocol for a cluster randomised trial. *Trials* 2011; 12: 41.
- Lin L, Li K, Tabourne C. Impact of the life review program on elders with dementia: a preliminary study at a day care center in southern Taiwan. *J Nurs Res* 2011; 19: 199-209.
- Tolson D, Schofield I. Football reminiscence for men with dementia: lessons from a realistic evaluation. *Nurs Inq* 2012; 19: 63-70.
- Woods R, Bruce E, Edwards R, Elvish R, Hoare Z, Hounsborne B, et al. REMCARE: reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers – effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicenter randomised trial. *Health Technol Assess* 2012; 16: 1-116.
- Yasuda K, Kuwabara K, Kuwahara N, Abe S, Tetsutani N. Effectiveness of personalised reminiscence photo videos for individuals with dementia. *Neuropsychol Rehabil* 2009; 19: 603-19.

Reminiscence therapy and its effects in elderly patients with dementia

Introduction. The treatment of dementia has shifted away from an approach that was clearly focused on improving cognitive functioning towards the consideration of other aspects, such as functional capacity, quality of life, behavioural, affective and psychiatric disorders, and over-burden on the caregiver. In this line, advances are being made with both pharmacological and non-pharmacological treatments. This latter case includes reminiscence therapy, which is understood as referring to a cognitive process that recalls past experiences and unresolved situations. Emphasis is therefore placed on its therapeutic and adaptive nature, which would allow new meanings to be given to those memories together with a new vision of life through reflecting upon them.

Development. Four studies on the application of reminiscence therapy in patients with dementia extracted from specialised databases were analysed. This analysis yielded positive, although not statistically significant, results such as: an upward tendency in the perception of mental health; increased sociability, trust and anticipatory behaviours; improved mean scores on quality of life; improved autobiographical memory; improvements in the subjective perception of the quality of the relationship with caregivers; and increased anxiety in caregivers. Moreover, certain weaknesses were observed in the methodological strategies of the studies that it should be taken into account in future research.

Conclusion. There is a need for further controlled trials with goals that are restricted to the population differentiated according to the level of impairment, and which employ both quantitative and qualitative strategies in order to enhance the representativeness, depth and analysis of the data.

Key words. Cognitive impairment. Effects. Reminiscence therapy. Review. Studies.