

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



**Eficacia de la Terapia de Reminiscencia en personas con Demencia: una
revisión de alcance**

Autor/a: MARCHANTE MORENO, ISABEL

Tutor/a: MORENO MORENTE, GEMA

Departamento y Área: Patología y Cirugía – Radiología y Medicina Física

Curso académico 2024 - 2025

Convocatoria de Mayo 2025

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS.....	5
3. MÉTODOS.....	5
3.1. Consideraciones éticas.....	5
3.2. Criterios de elegibilidad.....	5
3.3. Fuentes de información.....	6
3.4. Estrategia de búsqueda	6
4. RESULTADOS.....	7
4.1. Selección de los estudios.....	7
4.2. Características de la población de los estudios	10
4.3. Características de los estudios incluidos.....	10
5. DISCUSIÓN	13
5.1. Limitaciones del estudio	15
5.2. Fortalezas del estudio	16
6. CONCLUSIÓN	16
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
8. ANEXOS	22

RESUMEN

Introducción:

La demencia es una enfermedad neurodegenerativa que afecta a la autonomía y calidad de vida de muchas personas mayores. Una forma de intervención no farmacológica que se emplea como tratamiento es la terapia de reminiscencia (TR), que es una técnica basada en el recuerdo de experiencias pasadas a través de estímulos sensoriales, con el objetivo de mejorar a nivel cognitivo, emocional y social. El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia científica sobre la aplicación de la TR en población adulta con demencia desde el enfoque de la Terapia Ocupacional (TO).

Métodos:

Se ha realizado una revisión utilizando las bases de datos PubMed y Web of Science restringida a inglés y español. Según criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron finalmente 13 ensayos clínicos aleatorizados publicados entre 2004 y 2024.

Resultados:

Algunos estudios muestran que la TR puede mejorar la función cognitiva, reducir síntomas depresivos y aumentar la calidad de vida. La intervención parece resultar más eficaz cuando se centra en la persona y se aplica en un entorno favorable. Sin embargo, también se identificaron estudios que no muestran mejoras significativas, lo que refleja variabilidad en los resultados y dificulta establecer una conclusión clara.

Conclusión:

En conjunto, la evidencia recopilada respalda que la TR puede ser una intervención eficaz, aunque son necesarios estudios adicionales que refuercen estos resultados.

Palabras clave: Terapia de reminiscencia, Demencia, Terapia Ocupacional, Revisión de alcance.

ABSTRACT

Introduction:

Dementia is a neurodegenerative disease that affects the autonomy and quality of life of many older adults. One non-pharmacological intervention used as part of treatment is reminiscence therapy, a technique based on recalling past experiences through sensory stimuli, with the aim of promoting cognitive, emotional, and social improvements. The aim of this study is to review the scientific evidence on the application of reminiscence therapy (RT) in adults with dementia from the perspective of Occupational Therapy (OT).

Methodology:

A literature review was conducted using the PubMed and Web of Science databases, limited to publications in English and Spanish. According to the inclusion and exclusion criterion, 13 randomized clinical trials published between 2004 and 2024 were ultimately selected.

Results:

Some studies show that RT can improve cognitive function, reduce depressive symptoms, and enhance quality of life. The intervention appears to be more effective when it is person-centered and applied in a supportive environment. However, other studies did not report significant improvements, which reflects variability in the results and makes it difficult to establish clear conclusions.

Conclusions:

Overall, the evidence gathered supports the idea that RT can be an effective intervention, although further studies are needed to strengthen these findings.

Keywords: Reminiscence therapy, Dementia, Occupational therapy, Scoping review.

1. INTRODUCCIÓN

La demencia se caracteriza por la pérdida de función cerebral, afectando a diferentes áreas como la memoria, el pensamiento, el juicio o el comportamiento e interfiere en la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVDs) (1, 2). Esta suele aparecer alrededor de los 60 años y el riesgo de su aparición aumenta conforme las personas envejecen, siendo una enfermedad irreversible y degenerativa (1).

En primer lugar, la enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo de demencia más común, suponiendo el 60-70% de los casos y la demencia vascular es la segunda causa de demencia, suponiendo el 15-20% del total (3, 4). En tercer lugar, con una prevalencia de alrededor del 10-20% del total de los casos nos encontramos con la demencia con cuerpos de Lewy (5).

Otras afecciones como la enfermedad de Huntington, lesiones cerebrales, tumores cerebrales, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, VIH/sida, sífilis o consumo de alcohol excesivo, entre otras, también pueden conducir a desarrollar demencia (1).

De forma general, los síntomas precoces de demencia incluyen: dificultad para realizar tareas que solían ser fáciles, desorientación y pérdida en rutas habituales, olvidos y dificultad para nombrar objetos y nombres familiares, cambios en el estado de ánimo y personalidad, pérdida de habilidades sociales y disminución del desempeño en tareas laborales (1).

Conforme la edad avanza y la demencia empeora estos síntomas son más obvios y agravados, apareciendo otros nuevos como: cambios en patrones de sueño, dificultad para recordar hechos de su vida, dificultad para realizar tareas básicas, pérdida de capacidad para reconocer el peligro y comportamientos agresivos.

La demencia grave impide a las personas realizar actividades básicas de la vida diaria. Esta es la última etapa del proceso de deterioro que conlleva una dependencia total.

El tratamiento de la demencia ha ido evolucionando desde un enfoque centrado en la mejora cognitiva a un enfoque más amplio que incluye aspectos como la capacidad funcional, la calidad de vida y los trastornos conductuales, siendo la TR una de las técnicas no farmacológicas más utilizadas a día de hoy (6).

La reminiscencia hace referencia al acto de recordar recuerdos del pasado, que se desencadena con diferentes estímulos, tales como ver una fotografía, escuchar una canción o visitar un lugar (7). Se utiliza el recuerdo de experiencias personales pasadas como herramienta terapéutica cuyo objetivo es el de estimular la memoria autobiográfica, episódica y semántica y mejorar el bienestar emocional. Consiste en recordar y revivir experiencias pasadas, a través de vídeos, fotos, música, sonidos, olores u objetos; con el objetivo de reflexionar y darle un nuevo significado a lo vivido (8).

La T.O. se centra en promover la autonomía y la participación significativa en las actividades de la vida diaria a través de la ocupación, con el objetivo de capacitar a las personas para que puedan desempeñar aquellas actividades que son importantes para ellas, mejorando así su funcionalidad, independencia y calidad de vida, especialmente en situaciones de enfermedad, discapacidad o deterioro (9). La TR entra dentro de este enfoque, puesto que utiliza el recuerdo de experiencias personales pasadas como herramienta terapéutica y esto tiene relevancia en personas con demencia, ya que la memoria a largo plazo tiende a preservarse más que la memoria reciente y a través de la reminiscencia pueden acceder a recuerdos significativos, aunque presenten deterioro cognitivo (10).

La TR, al igual que la T.O., pretende promover la participación activa en actividades significativas y centradas en la persona. Por ello, considero relevante investigar su eficacia como intervención no farmacológica para mejorar el bienestar de las personas con demencia.

2. OBJETIVOS

Como objetivo general se pretende revisar la evidencia científica existente sobre la TR llevada a cabo desde T.O. sobre población adulta con demencia.

Como objetivos específicos nos centraremos en los siguientes:

- Conocer en qué tipos de demencia se utiliza la TR.
- Conocer las características de los participantes de los estudios donde la TR es la base de la intervención.
- Conocer los efectos de la TR sobre la función cognitiva, los síntomas depresivos y la calidad de vida en personas adultas con demencia.
- Identificar los formatos de aplicación y su relación con los resultados obtenidos.

3. MÉTODOS

3.1. Consideraciones éticas

Este trabajo cumple con los estándares éticos y legales de investigación y cuenta con el Código de Investigación Responsable (COIR) para un Trabajo Final de Grado (TFG), que se adjunta como *Anexo 1*.

3.2. Criterios de elegibilidad

La selección de estudios se realizó mediante los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios clínicos aleatorios controlados.
- Estudios de adultos mayores de 65 años de edad.
- Estudios de población con demencia.
- Artículos publicados en inglés o en español.

Además, se aplicaron los siguientes criterios de exclusión:

- Revisiones sistemáticas y meta-análisis.
- Estudios realizados en sujetos no humanos.

3.3. Fuentes de información

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica mediante una búsqueda exhaustiva en las bases de datos PubMed y Web of Science, desde el mes de febrero hasta el mes de marzo del año 2025.

3.4. Estrategia de búsqueda

Se aplicó la siguiente estrategia de búsqueda en cada una de las bases, tal y como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Número de artículos encontrados en la búsqueda bibliográfica por descriptores en las bases de datos

Estrategia de búsqueda	PubMed	Web of Science
(("reminisce"[All Fields] OR "reminisced"[All Fields] OR "reminiscence"[All Fields] OR "reminiscences"[All Fields] OR "reminiscing"[All Fields]) AND ("reminisce"[All Fields] OR "reminisced"[All Fields] OR "reminiscence"[All Fields] OR "reminiscences"[All Fields] OR "reminiscing"[All Fields]) AND ("therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields] OR "therapies"[All Fields] OR "therapy"[MeSH Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapys"[All Fields]) AND ("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields] OR "dementias"[All Fields] OR "dementia s"[All Fields])) AND (clinicaltrial[Filter] OR controlledclinicaltrial[Filter])	67	40
Total		107
Tras eliminar duplicados con Zotero		95

Fuente: elaboración propia 2025

4. RESULTADOS

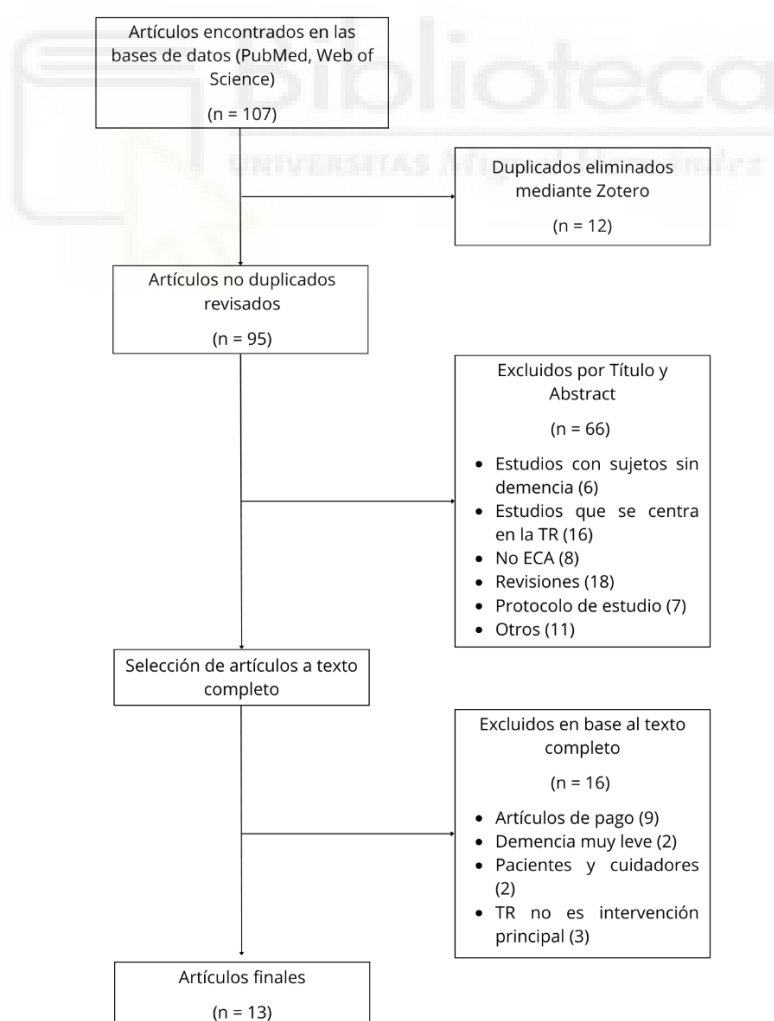
4.1. Selección de los estudios

Mediante la búsqueda en PubMed se obtuvieron 67 artículos y en Web of Science 40 artículos, de forma que sumando ambas búsquedas se obtuvieron un total de 107 artículos. Tras utilizar el gestor bibliográfico Zotero se eliminaron los artículos duplicados, quedando así 95 artículos.

Tras una lectura en profundidad del texto completo de los artículos resultantes se han seleccionado 13 artículos, quedando así descartados 82 artículos por diversas razones. (Véase Figura 1).

Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de artículos de TR en población con demencia.

(Fuente: elaboración propia, 2025).



Todos los artículos seleccionados siguen un diseño de estudio controlado aleatorizado y utilizan como técnica, única o conjunta, la TR en población con demencia. Las características de los 14 artículos seleccionados pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2. Estudios de TR en población con demencia (Fuente: elaboración propia, 2025).

Autor, Año	Objetivo	Muestra	Medidas de resultado / variables estudiadas	Intervención/ frecuencia	Resultados
Lök et al., 2018 (11)	Investigar efecto de la TR en funciones cognitivas, depresión y CdV de personas con EA	EA (n = 60)	MMSE: deterioro cognitivo avanzado CSDD: depresión en demencia QoL-AD: CdV	TR grupal de 60', una vez/semana <u>Duración:</u> 8 semanas	Mejora significativa del GI en todas las variables.
Moon et al., 2020 (12)	Evaluar el efecto de la TR digital en comparación a la TR convencional en personas con demencia	Demencia (n = 49)	MMSE-DS: función cognitiva CSDD: depresión en demencia SCPD: síntomas conductuales y psicológicos EPWDS: participación	TR individual, digital o convencional, 30' 2 veces/semana <u>Duración:</u> 4 semanas	Mejora del grupo digital en CSDD y EPWDS
Jung et al., 2024 (13)	Comparar la efectividad de la IOBRT-H y la IOBRT-DCC en función cognitiva, depresión y AIVD	Demencia (n = 26)	IC: actividades de interés ACLS: función cognitiva SGDS: depresión IADL: AIVD	TR individual, en domicilio o centro, 60' una vez/semana <u>Duración:</u> 8 semanas	Mejora IOBRT-H en función cognitiva y depresión
Wang, 2007 (14)	Investigar los efectos de la TR grupal en función cognitiva y afectiva	Demencia (n = 102)	CDR: severidad de la demencia MMSE: función cognitiva GDS-SF: depresión CSDD: depresión	TR grupal de 60', una vez/semana <u>Duración:</u> 8 semanas	Mejora del GI en MMSE y CSDD
Justo-Henriques et al., 2020 (15)	Evaluar la efectividad de una intervención de TR individual sobre función cognitiva, memoria, función ejecutiva, estado de ánimo y CdV.	Demencia (n = 251)	MMSE: función cognitiva MAT: memoria FAB: funciones ejecutivas GDS: depresión QoL-AD: CdV	TR individual de 50', 2 veces/semana <u>Duración:</u> 13 semanas (26 sesiones)	Mejora del GI en MMSE, MAT y QoL-AD
Lai et al., 2004 (16)	Investigar si un programa de reminiscencia conduce a niveles más altos de bienestar psicosocial	Demencia (n = 101)	SES: compromiso social WIB: bienestar	TR grupal de 30' 6 veces/semana	Mejora del GI en WIB
Amieva et al., 2016 (17)	Comparar el efecto de TR junto a otras intervenciones en EA con atención habitual	EA (n = 653)	MMSE: función cognitiva ADAS-cog: deterioro cognitivo NPI: síntomas conductuales	TR grupal	La TR no muestra mejores resultados que la atención habitual

			DAD: capacidades funcionales AGGIR: indicador de dependencia AI: apatía MADRS: síntomas depresivos QoL-AD: CdV		
Serrani; 2012 (18)	Investigar si un programa de reminiscencia se asocia a mayor CdV	EA (n = 135)	SES: compromiso social SRQoL: calidad de vida	TR individual de 60' 2 veces/mes <u>Duración:</u> 12 semanas (24 sesiones)	Mejora en el GI en cuanto a CdV y compromiso social
Wang et al., 2008 (19)	Evaluar el efecto de la TR grupal sobre la competencia conductual y el funcionamiento físico	Demencia (n = 77)	Índice de Barthel: AVDs CAPE-BRS: comportamiento	TR grupal de 60' una vez/semana <u>Duración:</u> 8 semanas	No hay resultados de mejora significativos en el GI
Tonga et al., 2020 (20)	Evaluar viabilidad y eficacia de programa CORDIAL (TR + otras intervenciones)	Demencia (n = 198)	MADRS: depresión NPI: síntomas conductuales QoL-AD: CdV	11 sesiones individuales / semana del programa CORDIAL (TR + otras intervenciones)	Reducción de síntomas depresivos en GI
Bogaert et al., 2016 (21)	Investigar el efecto de intervención individual basada en modelo de reminiscencia transformacional SolCos sobre síntomas depresivos, cognición y comportamiento	Demencia (n = 78)	CSDD: depresión MMSE: función cognitiva NPI: síntomas conductuales FAB: funciones ejecutivas	TR individual de 45', 2 veces/semana <u>Duración:</u> 8 semanas	Mejora del GI en CSDD
Justo-Henriques et al., 2021 (22)	Evaluar capacidad de la TR individual en función cognitiva, memoria, funciones ejecutivas, estado emocional y CdV	Demencia (n = 122)	MMSE: función cognitiva MATI: memoria FAB: funciones ejecutivas GDS: depresión GAI: ansiedad QoL-AD: CdV	TR individual de 50' 2 veces/semana <u>Duración:</u> 13 semanas	No hay resultados de mejora significativos
Tadaka et al., 2007 (23)	Eficacia de RT grupal	EA, demencia (n = 60)	MOSES: AVDs MMSE: función cognitiva	TR grupal de 60-90' una vez/semana <u>Duración:</u> 8 semanas	GI de EA mejora en MOSES a corto plazo, GI de demencia mejora en MOSES y MMSE

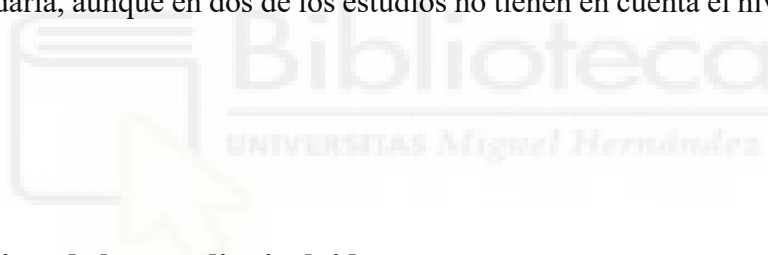
CdV: Calidad de Vida; EA: Enfermedad de Alzheimer; MMSE: Mini-mental State Examination; CSDD: Escala de Cornell para la Depresión en Demencia; QoL-AD: Escala de CdV en la EA; GI: Grupo Intervención; NPI: Inventario Neuropsiquiátrico; SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de la demencia; EPWDS: Escala de Participación de una Persona con Demencia; IOBRT-H: TR individual basada en la ocupación en el hogar; IOBRT-DCC: TR individual basada en la ocupación en centros de atención; ACLS: Escala de nivel cognitivo de Allen; SGDS: Escala de Depresión Geriátrica; IADL: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; CDR: Cuestionario de evaluación clínica en Demencia; MAT: Prueba de Alteración de la Memoria; FAB: Bateria de evaluación frontal; SES: Escala de Compromiso Social; WIB: Escala de bienestar/malestar; ADAS-Cog: Evaluación del estado cognitivo y el comportamientos de los pacientes con EA; DAD: Evaluación de Discapacidad para la Demencia; AI: Inventario de apatía; AGGIR: Indicador de dependencia en la legislación francesa; MADRS: Escala de calificación de depresión de Montgomery-Asberg; SRQoL: Escala de CdV autoinformada; CAPE-BRS: Escala de valoración del comportamiento de los ancianos; GAI: Inventario de Ansiedad Geriátrica; MOSES: Escala de Observación Multidimensional para sujetos mayores

4.2. Características de la población de los estudios

Todos los participantes de los diferentes estudios incluidos son adultos mayores que presentan demencia. La edad media de los sujetos que han participado en los diferentes estudios gira en torno a los 81 años. Aunque en el estudio de Lök et al., 2018 (11) no se menciona la edad media de los participantes.

Respecto a la prevalencia según el sexo, se observa que todos los estudios cuentan con una población de ambos sexos, distribuidos en grupos con predominancia femenina, salvo los estudios de Moon et al., 2020 (12) y de Tadaka et al., 2007 (23) que la muestra solo cuenta con mujeres.

En cuanto al nivel educativo, los participantes cuentan con un nivel educativo entre primaria y secundaria, aunque en dos de los estudios no tienen en cuenta el nivel educativo (12, 21).



4.3. Características de los estudios incluidos

Los artículos analizados utilizaron un diseño de ensayo clínico controlado aleatorizado (ECA) y presentaron grupos de intervención (a partir de ahora GI) y grupos control (a partir de ahora GC). Salvo dos de ellos que también presentaron grupo de comparación (16, 18).

El estudio de Jung et al., 2024 (13) es el único que compara la aplicación de la TR en dos entornos: el hogar y un centro de cuidados para demencia.

Para evaluar los resultados obtenidos tras las intervenciones se emplearon una gran variedad de escalas, mediante las que se han medido variables como estado o nivel cognitivo, memoria, funciones ejecutivas, depresión, calidad de vida, síntomas conductuales y psicológicos, apatía, participación, discapacidad, actividades de la vida diaria (avds): Mini-

mental State Examination (MMSE) (11, 12, 14, 15, 17, 21, 22, 23), Escala de Cornell para la Depresión en Dependencia (CSDD) (11, 12, 14, 21), Escala de Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer (QoL-AD) (11, 15, 17, 20, 22), Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) (12, 17, 20, 21), Escala de Participación de una Persona con Demencia (EPWDS) (12), Escala de nivel cognitivo de Allen (ACLS) (13), Escala de la Depresión Geriátrica (SGDS) (13), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL) (13), Cuestionario de Evaluación Clínica en Demencia (CDR) (14), Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) (14, 15, 22), Prueba de Alteración de la Memoria (MAT) (15, 22), Batería de Evaluación Frontal (FAB) (15, 21, 22), Evaluación del Estado Cognitivo y en el Comportamiento de los Pacientes con EA (ADAS-cog) (17), Evaluación de Discapacidad para la Demencia (DAD) (17), Inventario de Apatía (AI) (17), Indicador de Dependencia en la legislación francesa (AGGIR) (17), Escala de Calificación de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) (17, 20), Escala de Compromiso Social (SES) (16, 18), Escala de bienestar/malestar (WIB) (16), Escala de Calidad de Vida Autoinformada (SRQoL) (18), Índice de Barthel (19), Escala de Valoración del Comportamiento de los TERObservación Multidimensional para Sujetos Mayores (MOSES) (23).

Los estudios incluían pre-test y pos-test para medir el cambio real y demostrar la efectividad de la TR. Cabe señalar que no todos los estudios incluían un plan de seguimiento (11, 13, 14, 15, 19, 21), en los que sí el seguimiento oscila entre 4 semanas y 2 años (12, 16, 17, 18, 20, 22, 23) cuando las personas vuelven a ser evaluadas para comprobar la evolución y si los efectos de la intervención se han mantenido o mejorado en el tiempo. En nueve estudios se describieron pérdidas o abandonos de algún sujeto durante el tiempo de intervención, proceso de análisis o seguimiento (14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23).

Las intervenciones de TR incluidas en los estudios son bastante heterogéneas en cuanto a su formato, frecuencia, duración, modalidad de aplicación y grado de personalización. Siete de los estudios aplicaron la TR de forma individual (12, 13, 15, 18, 20, 21, 22) y los seis

restantes utilizaron intervenciones grupales (11, 14, 16, 17, 19, 23). La frecuencia varía entre una y dos sesiones por semana, con una duración media de 8 semanas, aunque algunos estudios extienden la intervención hasta las 12 o 13 semanas (15, 18, 22). Las sesiones suelen durar entre 45 y 60 minutos, siendo este un tiempo adecuado para mantener la atención y permitir la participación activa de los pacientes.

En el estudio de Jung et al., 2024 (13) la TR se administró en el domicilio de los participantes. Mientras que, en el estudio de Moon et al., 2020 (12) se utilizó una modalidad digital para llevar a cabo la intervención de TR. Por otro lado, en el estudio de Tonga et al., 2020 (20) la TR se combinó junto a otras técnicas de intervención, como la terapia cognitivo conductual y la rehabilitación cognitiva.

La mayoría de las intervenciones estructuran las sesiones en temas significativos y cronológicamente relevantes para los participantes, como la infancia, la juventud, la familia, el trabajo o la música antigua (11, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 23). La intervención del estudio de Jung et al., 2024 (13) utiliza un enfoque basado en las etapas y tareas de desarrollo de Erikson. Las sesiones también se estructuraron de forma cronológica tratando temas de la infancia, adolescencia, adultez joven y adultez media. Mientras que otras aplican protocolos previamente estandarizados para guiar la intervención (15, 22), lo que aporta una mayor estructura metodológica y facilita la replicabilidad.

En cuanto a los recursos utilizados, los elementos evocadores más comunes son fotografías, objetos del hogar, música, alimentos, tarjetas con imágenes y vídeos. Algunas intervenciones incorporan tecnología, como el uso de tabletas digitales (12) o el desarrollo de cajas de recuerdos personalizadas (21) para activar la memoria implícita y favorecer una experiencia sensorial completa.

En el estudio de Lai et al., 2004 (16) no se menciona como se lleva a cabo la TR.

En cuanto a la aplicación de las intervenciones, la mayoría fueron llevadas a cabo por profesionales de la salud (11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23), aunque también hubo voluntarios capacitados (21). Sólo en el estudio de Jung et al., 2024 (13) la intervención fue llevada a cabo por terapeutas ocupacionales (TOs), aunque en otros estudios también se menciona la figura del TO (15, 16, 20, 22) y llevan a cabo parte de la intervención.

5. DISCUSIÓN

Con esta revisión se ha analizado la evidencia científica existente sobre las intervenciones de TR en población adulta con demencia. Cabe destacar que todos los estudios incluidos son ECA, que producen la mejor evidencia sobre el efecto de las intervenciones sanitarias.

En varios estudios se observaron mejoras significativas en la cognición tras la aplicación de la TR. Por ejemplo, en el estudio de Lök et al., 2018 (11), con participantes con demencia leve y moderada, se registra un aumento significativo en las puntuaciones del MMSE. Resultados similares se observan en otros estudios cuya intervención se centra en la TR (13, 14, 15, 23). Sin embargo, en otras intervenciones de TR (12, 17, 21, 22), en los que también se incluyen participantes con demencia leve y moderada, no se encontraron diferencias significativas en la cognición entre el GI y GC. Esto sugiere que, además del grado de demencia, otros factores pueden influir en los resultados, como la metodología, la duración o la frecuencia.

La disminución de síntomas depresivos fue un efecto observado de forma constante. En el estudio de Lök et al., 2018 (11), por ejemplo, se mostró una reducción estadísticamente significativa en la escala de depresión (CSDD) y encontramos resultados similares en otros estudios (12, 13, 14, 15, 20, 21). En el caso del estudio de Tonga et al., 2020 (20) los resultados se mantuvieron hasta seis meses después de finalizar la terapia, aunque puede deberse al

conjunto de intervenciones que se llevaron a cabo y no sólo por la TR. Por otro lado, en el estudio de Justo-Henriques et al., 2020 (15) se observaron mejoras en cuanto a la depresión, pero no alcanzaron significación estadística, lo que sugiere que la variabilidad del efecto depende de factores como la duración, la frecuencia o el perfil del paciente.

La calidad de vida fue una variable estudiada en varios estudios, con resultados generalmente positivos (11, 15, 18). Sin embargo, en el estudio de Tonga et al., 2020 (20) no se encontraron mejoras significativas a pesar de que hubo reducción en los síntomas depresivos. Tampoco se encontraron mejoras significativas en cuanto a CdV en otros estudios (17, 22). Esto puede reflejar que la calidad de vida es una variable multidimensional influida por otros factores, como el entorno, las relaciones personales o la salud física; por lo que la TR puede ser útil, pero no suficiente por sí sola para generar un impacto generalizado.

La participación de los usuarios se destacó como un elemento positivo en algunos estudios. En el estudio de Moon et al., 2020 (12) se observó una mayor participación en las sesiones de TR digital frente al GC, y en el estudio de Bogaert et al., 2016 (21) se reportó una colaboración y actitud positiva de los participantes y sus facilitadores. Este dato indica que la TR, más allá de sus efectos clínicos, puede fomentar el compromiso, la comunicación y el bienestar en personas con demencia.

No todos los estudios encontraron efectos positivos significativos (16, 17, 19, 22) en variables clave como cognición, calidad de vida o funcionalidad. En el estudio de Justo-Henriques et al., 2021 (22) los autores relacionaron estos resultados con el contexto de la pandemia Covid-19, pues la situación pudo alterar la implementación y el ánimo general de los participantes.

Las intervenciones individualizadas (12, 13, 15, 18, 20, 21) mostraron más mejoras significativas en las diferentes variables frente a las intervenciones grupales, probablemente por su carácter más personalizado y centrado en la persona.

Por otro lado, se deben considerar factores metodológicos como la potencia del estudio, la duración de la intervención, el tamaño muestral y las medidas de resultado empleados, que pueden explicar la diferencia de resultados entre unos estudios y otros.

Los encargados de aplicar la TR varían entre profesionales sanitarios (psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros), voluntarios capacitados, o bien intervencionistas formados específicamente para la intervención, lo que indica que la TR es una herramienta accesible y transferible a diferentes perfiles profesionales, siempre que se proporcione formación específica.

5.1. Limitaciones del estudio

Este trabajo presenta varias limitaciones que deben ser consideradas a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, aunque se seleccionaron estudios con criterios de inclusión claros, la heterogeneidad metodológica entre las intervenciones dificulta una comparación directa. Las diferencias en el formato (grupal, individual, digital, domiciliario), la duración, frecuencia y número de sesiones, así como en los instrumentos de evaluación utilizados (MMSE, GDS, QoL-AD, entre otros), pueden haber influido en la variabilidad de los resultados observados.

Por otro lado, no todos los estudios especificaron los criterios en cuanto a la aplicación de la intervención, lo cual puede haber afectado la calidad y consistencia de la terapia ofrecida. Asimismo, la falta de seguimiento a largo plazo en muchos de los artículos impide valorar la durabilidad de los efectos positivos.

Además de las limitaciones de los estudios incluidos, este trabajo presenta algunas limitaciones propias. En primer lugar, la revisión se ha realizado únicamente en las bases de datos PubMed y Web of Science, lo cual puede haber reducido la amplitud de la búsqueda y dejado fuera estudios relevantes incluidos en otras fuentes como Scopus. También se restringió la búsqueda a artículos publicados en inglés y español, lo que podría haber excluido estudios relevantes publicados en otros idiomas. Por último, al ser un trabajo de fin de grado realizado por una sola persona, no se revisaron los artículos entre varias personas ni se hizo una doble comprobación, lo que puede haber influido en cómo se eligieron y analizaron los resultados.

5.2. Fortalezas del estudio

En primer lugar, al tratarse de una revisión de alcance, se ha podido investigar y resumir la evidencia científica existente sobre la TR en población adulta con demencia desde el ámbito de la TO, de forma que se ha podido identificar qué se ha investigado hasta ahora, qué aspectos aún no se han estudiado y servir como punto de partida para futuras investigaciones.

Además, cabe destacar que la mayoría de los estudios incluidos (ocho de trece en total) han sido publicados en la última década, lo cual ofrece una visión actualizada y coherente sobre el objetivo de estudio. Además, los estudios han sido seleccionados de forma cuidadosa, priorizando los estudios que mayor evidencia aportan, ECA, y que pueden resultar relevantes para la práctica clínica.

6. CONCLUSIÓN

En conjunto, la evidencia recopilada en este trabajo respalda que la TR puede ser una intervención no farmacológica eficaz para mejorar la función cognitiva, reducir los síntomas

depresivos y aumentar la calidad de vida en personas mayores con demencia, especialmente cuando se individualiza y se aplica en un entorno favorable.

No obstante, la variabilidad en los resultados y las limitaciones metodológicas identificadas justifican la necesidad de nuevos estudios que permitan consolidar estas conclusiones y orientar su implementación práctica.

Esta revisión también ha permitido identificar algunas deficiencias en la literatura, como la falta de estudios que analicen específicamente la TR dirigida desde TO, por lo que hay una necesidad de seguir investigando en esta línea.



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Demencia [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000739.htm>
2. Mearin F, Guarner F, Verdú E. Valoración funcional en la demencia grave. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2009 [citado el 13 de abril de 2025];32 Suppl 1:1–14. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-valoracion-funcional-demencia-grave-13096077>
3. Enfermedad de Alzheimer [Internet]. Mayoclinic.org. [citado el 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447>
4. Huete AJ. Demencia vascular [Internet]. <https://www.cun.es>. Clínica Universidad de Navarra; [citado el 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/demencia-vascular>
5. Huete AJ. Demencia por cuerpos de Lewy [Internet]. <https://www.cun.es>. Clínica Universidad de Navarra; [citado el 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/demencia-cuerpos-lewy>
6. González Arévalo KA. Terapia de reminiscencia y sus efectos en los pacientes mayores con demencia. Revista Psicogeriatría. 2015;5 (3) (2015):101–11 [citado el 13 de abril de 2025].
7. Terapia de reminiscencia para personas con demencia [Internet]. Bouco Mayores. 2023 [citado el 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.boucomayores.es/blog/terapia-de-reminiscencia-para-personas-con-demencia/>

8. Unir.net. [citado el 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.unir.net/revista/salud/terapia-de-reminiscencia/>
9. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed).
10. Woods B, O'Philbin L, Farrell EM, Spector AE, Orrell M. Reminiscence therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018;3(3):CD001120. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub3>
11. Lök N, Bademli K, Selçuk-Tosun A. The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: Randomized controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2019;34(1):47–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4980>
12. Moon S, Park K. The effect of digital reminiscence therapy on people with dementia: a pilot randomized controlled trial. BMC Geriatr [Internet]. 2020;20(1):166. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-020-01563-2>
13. Jung HY, Kwon JS. Comparing the effectiveness of individual occupation-based reminiscence therapy at home and in a dementia care centre on cognitive function in older adults with mild dementia: a pilot randomised controlled trial. Psychogeriatrics [Internet]. 2025;25(1):e13204. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/psyg.13204>
14. Wang J-J. Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2007;22(12):1235–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1821>
15. Justo-Henriques SI, Pérez-Sáez E, Alves Apóstolo JL. Multicentre randomised controlled trial about the effect of individual reminiscence therapy in older adults with neurocognitive disorders. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2021;36(5):704–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.5469>

16. Lai CKY, Chi I, Kayser-Jones J. A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2004;16(1):33–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s1041610204000055>
17. Amieva H, Robert PH, Grandoulier A-S, Meillon C, De Rotrou J, Andrieu S, et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2016;28(5):707–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610215001830>
18. Serrani Azcurra DJL. A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2012;34(4):422–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.05.008>
19. Wang J-J, Yen M, OuYang W-C. Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2009;49(2):227–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2008.08.007>
20. Tonga JB, Šaltytė Benth J, Arnevik EA, Werheid K, Korsnes MS, Ulstein ID. Managing depressive symptoms in people with mild cognitive impairment and mild dementia with a multicomponent psychotherapy intervention: a randomized controlled trial. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2021;33(3):217–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610220000216>
21. Van Bogaert P, Tolson D, Eerlingen R, Carvers D, Wouters K, Paque K, et al. SolCos model-based individual reminiscence for older adults with mild to moderate dementia in nursing homes: a randomized controlled intervention study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2016;23(9–10):568–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12336>

22. Justo-Henriques S, Perez-Saez E, Alves Apostolo JL, Carvalho JO. Effectiveness of a Randomized Controlled Trial of Individual Reminiscence Therapy on Cognition, Mood and Quality of Life in Azorean Older Adults with Neurocognitive Disorders. *Journal of Clinical medicine* [Internet]. el 19 de noviembre de 2021;10(22). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/22/5395>
23. Tadaka E, Katsuko Kanagawa K. Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting. *Geriatrics and* [Internet]. junio de 2007;7(2):167–73. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0594.2007.00381.x>

