

## Trabajo Fin de Máster

Análisis del efecto de un Programa de  
Reminiscencia en personas mayores basado en un  
modelo residencial de Atención Centrada en la  
Persona

Analysis of the effect of a Reminiscence Program in  
elderly people based on a residential model of  
Person-Centered Care.

Autor

Carlota Cano Gracia

Director/es

Estela Calatayud Sanz

Facultad de Ciencias de la Salud  
2022-2023

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Envejecimiento sociodemográfico y el proceso de envejecimiento.....	1
1.2. Envejecimiento cognitivo.....	1
1.3. Atención residencial y Envejecimiento .....	2
1.4. El MACP en los centros residenciales .....	2
1.4.1. MACP en las intervenciones .....	3
1.5. Terapia de Reminiscencia.....	3
1.5.1. Efectividad de las terapias de reminiscencia en el ámbito residencial .....	4
2. OBJETIVOS .....	5
3. HIPÓTESIS .....	5
4. METODOLOGÍA .....	6
4.1. Diseño del Estudio .....	6
4.2. Contexto geográfico y temporal.....	6
4.3. Muestra del estudio: Criterios de inclusión y exclusión .....	6
4.4. Instrumentos de Evaluación .....	7
4.5. Variables del estudio.....	9
4.6. Intervención.....	10
4.6.1. Fase de evaluación pre-test.....	10
4.6.2. Realización del programa de reminiscencias: .....	10
4.6.3. Fase de evaluación Post-Test.....	12
4.7. Cronograma.....	12
4.8. Análisis Estadístico .....	13
4.9. Aspectos éticos .....	13
5. RESULTADOS .....	14
5.1. Análisis de la muestra general.....	14
5.1.1. Características Sociodemográficas .....	14
5.1.2. Variables clínicas .....	14
5.2. Resultados de la Intervención .....	16
5.2.1. Efectos del programa en la ACP.....	16
5.2.2. Efectos del programa sobre la calidad de vida .....	17
5.2.3. Efectos del programa sobre el nivel cognitivo de la muestra.....	18
5.2.4. Efectos del programa sobre la fluidez verbal de la muestra.....	18
5.2.5. Efectos del programa sobre la depresión.....	19
6. DISCUSIÓN .....	20
7. CONCLUSIONES .....	23

8. LIMITACIONES .....	23
9. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	24
10. BIBLIOGRAFÍA .....	25
11. ANEXOS.....	33
11.1. Dictamen favorable CEICA .....	33
11.2. Desarrollo de las sesiones.....	34
11.3. Las sesiones en imágenes .....	40
11.4. Instrumento CCRQ.....	41

## Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de los grupos para la terapia .....	10
Tabla 2. Distribución temporal del programa.....	13
Tabla 3. Descripción de la muestra.....	15
Tabla 4. Resultados CCRQ.....	16
Tabla 5. Resultados CCRQ por subapartados.....	16
Tabla 6. Resultados Qol-Ad muestra general .....	17
Tabla 7. Resultados Qol-AD por grupos .....	17
Tabla 8. Resultados MEC muestra general.....	18
Tabla 9. Resultados MEC por grupos.....	18
Tabla 10. Resultados Set-Test muestra general .....	18
Tabla 11. Resultados del Set-Test por grupos.....	19
Tabla 12. Resultados GDS-15 muestra general .....	19
Tabla 13. Resultados GDS-15 por grupos .....	19

## **Resumen**

**Introducción:** El desarrollo de programas centrados en las personas mayores que viven en centros residenciales, permite atenuar los cambios cognitivos, físicos y emocionales que acompañan al envejecimiento. Uno de ellos es la Terapia de Reminiscencia (TR) que consiste en la evocación de recuerdos incrementando la calidad de vida, apoyando los aspectos cognitivos, emocionales y sociales.

**Objetivo:** Analizar la efectividad de la TR para potenciar la atención centrada en la persona (ACP) mejorando la calidad de vida en un centro residencial y determinar si hay mejoras a nivel cognitivo, en la fluidez verbal y en la disminución de la depresión.

**Metodología:** El estudio se basó en un estudio experimental pretest-postest en 24 residentes. Se utilizaron cinco pruebas para evaluar a los residentes junto a un cuestionario de atención centrado en la persona. Se llevaron a cabo 13 sesiones de 60 minutos en las que se exploraron temas de la infancia, juventud y adultez.

**Resultados:** Se obtiene una ACP alta tras la intervención, así como un aumento significativo de la calidad de vida y la fluidez verbal en la muestra total. Se experimentó una mejoría a nivel depresivo y cognitivo, sin embargo no fue significativo.

**Conclusiones:** Este estudio ha podido evidenciar como la TR es una intervención que ayuda a potenciar la ACP mejorando la calidad de vida de los residentes. Estudios a mayor escala nos permitirán analizar la mejoría a nivel cognitivo y emocional.

**Palabras clave:** Envejecimiento, Terapia de Reminiscencia, Atención centrada en la persona, calidad de vida, deterioro cognitivo, Centro Residencial

## **Abstract**

**Introduction:** The development of programs focused on elderly people living in residential centers, allows mitigating the cognitive, physical and emotional changes that accompany aging. One of them is Reminiscence Therapy (RT), which consists in the evocation of memories increasing the quality of life, supporting cognitive, emotional and social aspects.

**Objective:** To analyze the effectiveness of RT to enhance person-centered care (PCC) improving the quality of life in a residential center and to determine whether there are improvements in cognitive level, verbal fluency and decrease in depression.

**Methodology:** The study was based on a pretest-posttest experimental study in 24 residents. Five tests were used to assess the residents along with a person-centered care questionnaire. Thirteen 60-minute sessions were conducted exploring themes of childhood, youth and adulthood.

**Results:** A high PCC was obtained after the intervention, as well as a significant increase in quality of life and verbal fluency in the total sample. Improvement was experienced at the depressive and cognitive level, however it was not significant.

**Conclusions:** This study has been able to evidence how RT is an intervention that helps to enhance PCC by improving the quality of life of the residents. Larger scale studies will allow us to analyze the improvement at the cognitive and emotional levels.

**Key words:** Aging, Reminiscence Therapy, Person-Centered Care, quality of life, cognitive impairment, Residential Center.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Envejecimiento sociodemográfico y el proceso de envejecimiento

El proceso de envejecimiento es un fenómeno sin precedentes en todos los países del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) avanzamos hacia unas sociedades más envejecidas con una elevada esperanza de vida(1).

En el 2020, la población de la Unión Europea (UE) que tenían más de 65 años, representaban el 21% de la población frente al 16% en el año 2002(2). En España, el envejecimiento sigue la misma tendencia. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2021, el número de personas mayores representaba el 19,65% de la población total, y se espera que para el año 2035 esta proporción sea de un 26,5% del total. Aragón representa una de las comunidades más envejecidas de España con un porcentaje del 20% del total de personas mayores (3).

El envejecimiento se define como un proceso complejo, continuo e irreversible que afecta de un modo multidimensional tanto a la persona como al conjunto de la sociedad que le rodea, impidiendo la adaptación progresiva de los individuos al entorno (4). Los cambios que acontece no son lineales y afectan a nivel biológico y físico, disminuyendo tanto las funciones cognitivas, mentales y las psicosociales (1,4).

### 1.2. Envejecimiento cognitivo

Con el envejecimiento se produce una mayor afectación de los componentes cognitivos como la memoria, el procesamiento de la información o la resolución de problemas complejos (5,6). Estos cambios no son patológicos y se producen a medida que las personas van llegando a la vejez (6).

El deterioro cognitivo en la vejez atraviesa un continuum que se divide en: envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve (DCL) y puede terminar en la entidad más grave denominada demencia(7).

El DCL o trastorno neurocognitivo menor según criterios del DSM-5(8), es un proceso que se enmarca entre los límites de un envejecimiento normal y la demencia. En este trastorno, se produce un deterioro de alguno de los 6 dominios cognitivos sin que interfiera en la vida diaria la mayor parte del tiempo (8,9). En el DCL también se produce una disminución de la capacidad de recordar información y de aprenderla (9). Es

importante poder intervenir cuanto antes, ya que puede derivar en demencia 2 años después de su aparición (7).

La demencia o trastorno neurocognitivo mayor (DSM-5) (8), se considera la entidad más grave dentro del continuo cognitivo. Se estima que la demencia puede afectar a unas 50 millones de personas en todo el mundo (10). En España, los datos apuntan que las personas afectadas se sitúan en 12,1% entre 80 y 84 años(11). Aparte de sufrir una afectación de las funciones mentales superiores como la memoria y la orientación, hay una gran dificultad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD)(8,12). Con frecuencia se presentan de forma añadida, alteraciones psicológicas o conductuales (especialmente la depresión) y de relacionarse con su entorno, mermando su calidad de vida (13,14).

De este modo, la afectación física y cognitiva que acompaña al envejecimiento genera una situación de dependencia para la persona, que requerirá cuidados por parte de profesionales especializados para potenciar su calidad de vida. Sobre todo, en las demencias en la que la afectación es más notable(15,16).

### 1.3. Atención residencial y Envejecimiento

La transición al centro residencial lleva consigo una serie de cambios que afectan a la persona en su proceso de adaptación (17). Con frecuencia, el modelo de atención que se brinda sigue unas premisas paternalistas y tradicionales que se centran en los déficits, mermando la libertad de la persona mayor disminuyendo así su calidad de vida (18,19). En las personas con demencia que residen en estos centros se muestran unos niveles más altos de depresión, peor calidad de vida y aumento de síntomas psiquiátricos (20).

Sin embargo, las intervenciones en la atención de personas mayores que viven en centros residenciales han experimentado una serie de cambios en las últimas décadas. Se está trasladando el modelo médico tradicional de cuidados a un modelo de atención centrado en la persona (MACP) que promueve la autonomía y los deseos de las personas mayores centrándose en potenciar su calidad de vida (18).

### 1.4. El MACP en los centros residenciales

El MACP es un modelo de carácter humanista que se atribuye a Carl Rogers. Este se basa

en los principios de aceptación y empatía, así como en el aprendizaje continuo para poder crecer como persona a medida que vamos envejeciendo (19,21).

Aunque la atención centrada en la persona (ACP) no tiene una sola definición, todas parten del reconocimiento de la persona de forma única y singular, favoreciendo su autonomía e independencia en el entorno, atendiendo a sus necesidades, preferencias y valores (22,23). Desde la OMS se aboga por la creación de un marco que promueva este modelo de atención para responder a las necesidades de las personas de forma adecuada para mejorar su calidad de vida (24). Por ello, múltiples centros residenciales se están sumando a este marco de atención en todo el mundo (22,25). En España, diferentes proyectos como “Extean Ondo” o “En mi casa” quieren promover un cuidado centrado en favorecer la calidad de vida de las personas buscando entornos hogareños y acogedores (26).

#### *1.4.1. MACP en las intervenciones*

Al trasladar el MACP a las intervenciones de rehabilitación, la literatura refiere una mayor adherencia al tratamiento por parte de los individuos, lo que mejora en gran medida los resultados (23,27). Uno de los pioneros en desarrollar este enfoque en las demencias y deterioro cognitivo fue Kitwood, el cuál propone no centrarse en una sola forma de rehabilitación, sino que se centra en lo que es significativo para la persona y lo que va a potenciar su calidad de vida (28).

Este enfoque de interacción entre cliente y profesional muestra una mayor trayectoria desde la Terapia Ocupacional en la que se busca desde una visión rehabilitadora, empoderar a las personas satisfaciendo sus necesidades y respetándolas para conseguir sus objetivos en entornos significativos (19,27,29). Para lograr una correcta intervención desde el MACP podemos recurrir a diferentes estrategias. El uso de narrativas mediante la Terapia de Reminiscencia (TR), ayuda a dar valor a las experiencias de los individuos en los ambientes residenciales (30).

#### *1.5. Terapia de Reminiscencia*

La TR se sitúan en el marco de las terapias no farmacológicas las cuales, buscan un beneficio para las personas sin la utilización de fármacos o químicos, mejorando así la calidad de vida de las personas y potenciando las áreas funcionales del cerebro (31).



Uno de los objetivos principales de las TR se basa en mejorar los niveles cognitivos, la independencia de la persona y favorecer su bienestar aumentando la calidad de vida de las personas mediante un MACP (32).

La TR se remonta a 1963, cuando Butler la desarrolló como un tratamiento para las demencias que consistía en un “enfoque de revisión de vida” o “Life Review” (33). Mediante esta intervención se busca la evocación de recuerdos pasados mediante el uso de elementos significativos como música, fotografías, objetos...y reflexionando sobre ellos, se consigue integrarlos y aceptarlos promoviendo así un proceso dinámico de ajuste a la realidad (34).

Las personas con demencia presentan una mayor capacidad para recordar eventos que sucedieron en tiempos pasados, pero una mayor dificultad para los eventos recientes. Aprovechando las TR, podremos fomentar la cognición de la persona mejorando la comunicación al hablar de su vida pasada de una forma confiada (34).

Al realizar las sesiones pueden realizarse como reminiscencia simple o revisión de vida:

- En la reminiscencia simple se utiliza la conversación sobre temas de interés del pasado, para aflorar los recuerdos de la memoria autobiográfica. Se realiza de forma no estructurada y puede aplicarse de forma individual o en grupo (35).
- En la historia de vida, el terapeuta guiará la intervención con un solo participante, por lo tanto, la sesión es más estructurada y encaminada a dar sentido a su vida, haciendo hincapié en los puntos más representativos de esta (35).

Lo más frecuente es la utilización de esta terapia de forma grupal, permitiendo así trabajar a nivel cognitivo, social y emocional (36).

#### *1.5.1. Efectividad de las terapias de reminiscencia en el ámbito residencial*

En los últimos años se ha producido un interés creciente por las TR y su efectividad como tratamiento. Una revisión realizada por el grupo Cochrane encontró beneficios en las esferas de calidad de vida, comunicación y estado de ánimo (34). Del mismo modo, diferentes estudios encontraron esos mismos efectos en la calidad de vida (37–39), la depresión (40,41) y los niveles cognitivos (37,40) en los residentes que participaban en programas de reminiscencia grupales en ámbitos residenciales o de cuidados a largo

plazo. Estos beneficios se trasladan a la satisfacción con la vida relacionada con la calidad de vida en los centros residenciales (42).

Si bien es cierto, sigue produciéndose discrepancias en cuanto a la efectividad de este programa como se muestra en una revisión sistemática de Irazoki E, et al. en la que, aunque se muestren beneficios en la cognición, no se mostró una mejora significativa en la calidad de vida, depresión, AVD o alteraciones de la conducta (43).

## 2. OBJETIVOS

### *Objetivo General:*

- Analizar la efectividad de la Terapia de Reminiscencia para potenciar la atención centrada en la persona mejorando la calidad de vida en un centro residencial.

### *Objetivos Específicos:*

- Evaluar si se ha producido una mejoría cognitiva objetiva medida con la escala MEC-35.
- Comprobar si la fluidez verbal, medida con Set-Test, aumenta tras llevar a cabo el programa de reminiscencias.
- Determinar si la intervención ayuda a disminuir la depresión de los residentes obtenida con GDS-15.
- Analizar qué área es la más significativa para potenciar la atención centrada en la persona.

## 3. HIPÓTESIS

- Mediante las terapias de reminiscencia se consigue potenciar la ACP mejorando la calidad de vida de los residentes que acuden al estudio.
- La calidad de vida se verá aumentada en aquellos cuyo nivel cognitivo sea más alto.
- El deterioro cognitivo se mantendrá en los participantes que presenten un nivel de deterioro mayor.
- La fluidez verbal de los residentes, medida con Set-Test, aumentará al participar en el grupo comunicándose de una forma confiada.
- Al trabajar en grupo se conseguirá disminuir los sentimientos depresivos obtenidos con GDS-15.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño del Estudio

Se lleva a cabo un estudio de investigación siguiendo una metodología de diseño experimental en la que se recogerán datos cualitativos y cuantitativos de forma rigurosa que se analizarán y discutirán para poder responder a nuestras hipótesis.

### 4.2. Contexto geográfico y temporal

El presente estudio se lleva a cabo en la Residencia Betania en Zaragoza. Esta, es una entidad sin ánimo de lucro que lleva en funcionamiento desde 2012 impulsada por la Comunidad Escolapia para que las personas mayores se sientan acompañadas, cuidadas y con unas garantías de bienestar a medida que envejecen. El estudio se llevó a cabo desde el momento en el que se aprobó el consentimiento del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) (Anexo 1), en las instalaciones del centro que cuenta con una sala de reciente construcción destinada única y exclusivamente a trabajar las reminiscencias.

Nuestro trabajo se realiza en esta “Sala de Reminiscencias” (SR), con el objetivo de crear un espacio evocador de recuerdos para potenciar aún más la terapia.

### 4.3. Muestra del estudio: Criterios de inclusión y exclusión

La muestra inicial del estudio eran las 59 plazas de los usuarios de la Residencia Betania. De esta muestra total, descartamos a los hermanos escolapios residentes por no participar en las actividades grupales, por lo que como muestra para el estudio tomaríamos a 43 personas. Se seleccionaron aquellos participantes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Los **criterios de inclusión** fueron:
  - o Personas mayores de 65 años.
  - o Personas que aceptasen firmar el consentimiento informado y, por lo tanto, participar del estudio.
  - o Tener un criterio de FAST 6 leve o menor.
- Los **criterios de exclusión** fueron:
  - o Tener una edad menor de 65 años.
  - o No aceptar la firma del consentimiento informado.
  - o Presentar unos niveles claros de problemática en la comunicación

verbal.

- o Presentar una puntuación de FAST referida al grupo 6 moderada o 7.

De los 43 residentes, cumplieron nuestros criterios un total de 29 participantes. Los participantes del estudio se organizaron según criterios de la escala de estadiaje de la evolución funcional/ Functional Assesment Staging(FAST), que se encarga de determinar en qué fase de deterioro se encuentra la persona, mediante una división en 7 fases. Esta división es similar a la escala de Deterioro Global de Reisberg/Global Deterioration Scale (GDS) pero en la escala FAST, se refleja un análisis más detallado de las fases 6 y 7 (44).

#### 4.4. Instrumentos de Evaluación

Aparte de la utilización de la prueba GDS-FAST, se emplearon los diferentes instrumentos:

- **Cuestionario de Rehabilitación Centrado en el Cliente (CCRQ)(27,45)  
(Anexo 2)**

El CCRQ es un cuestionario creado por Cott et al. en 2006 que evalúa si la atención del servicio ha sido centrada en la persona. El instrumento se divide en 33 ítems que se organizan en 7 dominios como: la participación del cliente en la toma de decisiones, la educación centrada en el cliente, evaluación de los resultados obtenidos desde la perspectiva del cliente, implicación de la familia, soporte emocional, coordinación/continuidad y comodidad física. El cuestionario presenta una gran fiabilidad de test-retest (0,72-0,87) así como una gran validez interna en las subescalas (0,74-0,85).

Actualmente se ha realizado su traducción en el ámbito español por Capdevilla et al. mostrando una gran validez y fiabilidad respaldada por la evidencia cuantitativa y cualitativa del estudio. El instrumento en español se divide en 29 ítems a diferencia del inglés, pero evalúa las 7 mismas dimensiones que recoge el instrumento de Cott et al.

- **Escala para la calidad de vida en Alzheimer (QoL-AD)(46,47)**

Esta escala creada por Logson et al. y validada al español por Gómez-Gallego et al. evalúa 13 ítems acerca de la calidad de vida (salud física, energía, ánimo, situación de vida, memoria, familia, matrimonio, amigos, uno mismo en su conjunto, capacidad para realizar tareas, capacidad para hacer cosas por diversión, dinero y la vida en su conjunto),

mediante una escala Likert de puntuaje 1 al 4, en la que 1 es malo y 4 excelente. Esta escala se puede pasar tanto a cuidadores como a pacientes.

La versión validada al español tiene una gran fiabilidad en cuanto a consistencia interna mostrando una puntuación de 0,85 y una fiabilidad test-retest de 0,87.

- **Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) (48):**

Esta escala es la versión adaptada y validada en 1975 por Lobo del Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE) y consiste en una prueba que es muy útil tanto para demencias como para otras alteraciones cognitivas. Esta versión consta de 35 puntos en los cuales se desglosan para evaluar 5 áreas cognitivas como son: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje.

Tiene una sensibilidad muy alta en torno al 85-90%; y una especificidad del 69%. Para determinar el punto de corte de deterioro, se seleccionan en adultos no geriátricos una puntuación de 28 y en adultos geriátricos una puntuación de 24.

Se divide el nivel de deterioro de la siguiente forma:

- 30-35 normal
- 24-29 borderline
- 19-23 deterioro leve
- 14-18 deterioro moderado
- < 14 deterioro severo

Esto conduce a estimaciones de cambio mínimo detectable de 2,84 al nivel del 95 % para MMSE.

- **Set-Test (49,50)**

El set-test fue introducido por primera vez por Isaacs y Akhtar en 1972, y propuesto como ayuda en el diagnóstico de la demencia en la población mayor por Isaacs y Kennie en 1973. Explora la fluencia verbal, la denominación por categorías y la memoria semántica. Adaptado y validado por el Doctor Pascual. Es un instrumento que mide la fluencia verbal de tipo categorial, al solicitar al sujeto que cite hasta un máximo de diez respuestas de cada una de las siguientes categorías: colores, animales, frutas y ciudades. Presenta una sensibilidad del 87% y una especificidad del 67%.

- **Escala para la depresión Geriátrica de Yesavage (Versión de 15 ítems)**

### (GDS-15)(51,52)

Esta escala fue creada por Yesavage para medir los niveles de depresión de las personas mayores. La escala original cuenta con un número de 30 ítems a evaluar, pero la abreviada lo hace con 15 para una administración más rápida. La versión abreviada de la escala se contesta en 5 a 10 min y contiene 10 preguntas positivas y 5 negativas

La versión en español validada y adaptada por Martínez de la Iglesia et al. cuenta con unos parámetros de sensibilidad de 81,1% y una especificidad de 76,7% siendo similares a el cuestionario original y mostrando beneficios para la medición de la depresión en adultos mayores.

#### 4.5. Variables del estudio

Las variables se dividieron de la siguiente forma:

##### **Cuantitativas**

- Edad: Se tomó como variable cuantitativa discreta para el estudio estadístico.
- Patologías Asociadas: Se tomo como variable cuantitativa discreta estableciendo la división  $< 2$  o  $> 3$ .
- CCRQ: Se tomo como variable cuantitativa continua.
- Qol-AD Previo/ Qol-AD Posterior: Se tomo para el estudio estadístico como variable cuantitativa discreta.
- MEC Previo/ MEC Posterior: Se tomo para el estudio estadístico como variable cuantitativa discreta.
- Set-Test Pervio/ Set-Test Posterior: Se tomo para el estudio estadístico como variable cuantitativa discreta.
- GDS-15 Previo/ GDS-15 Posterior: Se dividió en leve, moderado y grave según el puntaje obtenido tras la prueba. Se tomo como una variable cuantitativa discreta.

##### **Cualitativas:**

- Sexo: Hombre/ Mujer. Se toma como variable cualitativa dicotómica.
- Grupos de trabajo: Se tomo como variable cualitativa ordinal para ordenar los grupos según el nivel cognitivo de los residentes medidos mediante la escala FAST.

- Nivel de estudio: Primarios/ Superior. Se tomó como variable cualitativa ordinal
- Estado Civil: Soltero/Casado/Viudo. Se tomo como variable cualitativa nominal
- Red de apoyo: Si/No. Se tomo como variable cualitativa dicotómica.
- Ingreso Voluntario: Si/No. Se tomo como variable cualitativa dicotómica.
- Producto de apoyo: No/ Andador/ Muleta/ Bastón. Se tomo como variable cualitativa nominal.
- Procedencia: Domicilio/Residencia. Se tomo como variable cualitativa dicotómica.

#### 4.6. Intervención

##### *4.6.1. Fase de evaluación pre-test*

Tras obtener los consentimientos informados pertinentes se empezó a pasar las pruebas de evaluación.

Se utilizaron cinco pruebas para evaluar: El Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), el Test de fluidez Verbal (Set-Test), La Escala de depresión Geriátrica de Yesavage en su versión corta (GDS-15) y la Escala para la calidad de vida en Alzheimer (Qol-AD).

Este proceso lo llevamos a cabo durante los días 13,14 y 15 de marzo en la SR del centro para ofrecer un espacio tranquilo y acogedor a los residentes y evitar que se interfiriese con las actividades planteadas por la residencia. Se dividió a los residentes de forma que cada día se pudiese evaluar a 9 personas para tener los datos en ese periodo de tiempo.

Se completó la información obtenida en los resultados junto a los datos sociodemográficos a analizar y se procedió a dividir a los grupos junto a la terapeuta según el grado de deterioro medido con la escala FAST y la escala MEC.

##### *4.6.2. Realización del programa de reminiscencias:*

Se crearon 2 grupos diferentes en base a los niveles de deterioro que presentaban y las características individuales de cada uno para que, de este modo, hubiese un equilibrio y los residentes tuviesen características comunes al en el grupo.

*Tabla 1. Distribución de los grupos para la terapia*

	Residentes con Fast 1-4 (Grupo 1)	Residentes con Fast 4-6 (Grupo 2)
Residentes en cada Grupo	001 004 008	003 005 006
	011 017 019	009 012 014
	021 023 029	015 016 024
	002 007 010	025 027 028
	013 018 020	
	022 026	

La intervención se llevó a cabo entre los meses comprendidos entre marzo y mayo. Se realizaron un total de 12 sesiones más una excursión fuera del centro a la que acudieron los residentes con una buena movilidad. Cada grupo recibió a la semana 2 sesiones, es decir, 4 sesiones a la semana entre ambos grupos de una duración de una hora y cuarto cada sesión para evitar la fatiga que se pudiese producir. La TR sustituyó en los meses en las que fue llevada a cabo, a los talleres de memoria que se realizaban en el centro, para poder valorar esta terapia a nivel cognitivo y emocional.

### ***Realización de las sesiones:***

#### Estructura de las sesiones:

Acompañamiento hasta la sala: 10:45-11:00(15 minutos)

Duración total: 60 minutos (11:00-12:00)

Presentación de la sesión: 10 minutos

Lluvia de ideas sobre la sesión:5 minutos

Realización de la terapia: 40 minutos

Cierre final: 5 minutos

Esta estructura permaneció constante en todas las sesiones permitiéndonos realizar alguna modificación dependiendo de las necesidades de la residencia cuando fuese necesario.

#### Descripción de las sesiones:

Todas las sesiones tenían el objetivo común de trabajar los aspectos cognitivos, emocionales, sociales y comunicativos, pero dependiendo de la temática de cada una se enfocó más en uno u otro para poder incidir en los diferentes aspectos de forma



individualizada. En Anexos se desarrollan las sesiones, así como los materiales y los objetivos específicos de cada una de ellas. (Anexo 2).

**Sesión 1:** *“La escuela de mi infancia”*

**Sesión 2:** *“Los juegos que me acompañaron” y “Salida a exposición de juguetes”*

**Sesión 3:** *“Los recuerdos con mi padre”*

**Sesión 4:** *“Los trabajos olvidados”*

**Sesión 5:** *“Los olores que me transportan”*

**Sesión 6:** *“Entre tambores e incienso. Recordando la Semana Santa”*

**Sesión 7:** *“Música y Bailes para recordar”*

**Sesión 8:** *“Aquellas jugadas maestras. El impacto de los deportes”*

**Sesión 9:** *“Mi recuerdo de las Fiestas del Pilar”*

**Sesión 10:** *“Los sabores del recuerdo”*

**Sesión 11:** *“Recordando a mi madre”*

**Sesión 12:** *“Mis conocimientos de jardinería”*

#### *4.6.3. Fase de evaluación Post-Test*

Tras llevar a cabo la intervención se volvió a evaluar a los residentes con las mismas pruebas con los que lo hicimos al principio de la intervención, pero utilizando además el CCRQ para valorar al final del programa si sentían que había sido centrado en ellos y, por lo tanto, se había seguido con las premisas de este modelo de atención.

#### *4.7. Cronograma*

El programa se distribuyó de la siguiente forma tras la aprobación del CEICA:

- Cribado y selección de los participantes que participan en el estudio.
- Firma de los consentimientos para la participación en el estudio.
- Primera valoración de los participantes que acuden al estudio.
- División de los grupos que participen en el estudio.
- Implementación de la TR.
- Segunda valoración tras terminar la terapia de reminiscencia.
- Recolección de los datos y análisis de estos.

Tabla 2. Distribución temporal del programa

	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Búsqueda bibliográfica							
Objetivos y Metodología							
Aprobación del CEICA							
Primera Valoración							
Implementación de la Terapia							
Segunda Valoración							
Análisis de los datos							

#### 4.8. Análisis Estadístico

El análisis de datos se realizó mediante el programa SPSS Statistics en su versión 25. Se utilizó estadísticos descriptivos como frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar para el análisis de las variables sociodemográficas. Se calculó la normalidad de las escalas para poder aplicar el estadístico correspondiente. Se utilizó la prueba de T de Student para los resultados paramétricos, y la prueba de Wilcoxon y U de Mann-Whitney para los resultados no paramétricos. Los valores que se tomaron como significativos fueron aquellos en los que la  $p < 0,05$ .

#### 4.9. Aspectos éticos

- Los datos serán codificados de forma que no se incluyan datos del paciente en el estudio y que nadie salvo el investigador pueda acceder a la identidad del participante.
- La realización del estudio no interfiere con las tareas asistenciales de la institución, ni afecta al principio de justicia.
- El reclutamiento de los participantes se realizará de forma interna con los criterios de inclusión y exclusión especificados.
- Se pedirá el consentimiento informado tanto a las personas que participan en el estudio como a la institución donde se realizará el estudio. En este documento se especifica la confidencialidad de los datos, y la voluntariedad en la participación del estudio.
- Normas Helsinski: El proyecto se llevará a cabo siguiendo las Normas Deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki (52ª Asamblea

General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000), las Normas de Buena Práctica Clínica y cumpliendo la legislación vigente.

## 5. RESULTADOS

A continuación, presentaremos una tabla con la descripción de las características generales de nuestra muestra de estudio (Tabla 1). Posteriormente, se muestran los resultados de la intervención.

### 5.1. Análisis de la muestra general

#### 5.1.1. Características Sociodemográficas

Tras lo explicado en la metodología, nuestra muestra de estudio estuvo formada por 24 residentes tras excluir a aquellos que por diversos motivos habían abandonado el programa (1 fallecimiento, 2 abandonos por presentación de alteraciones psicológicas, 1 hospitalización y 1 abandono de la residencia).

La edad media de nuestra muestra fue 89,13 con una DE de 4,194. La edad mínima fue de 81 años y la máxima de 96 años. De estos se observó una mayor predominancia de mujeres, en concreto 21(87,5%); y 3 fueron hombres (12,5%). Del mismo modo, en cuanto al estado civil 16 personas eran viudas (66,7%) siendo más de la mitad de la muestra, seguido por 6 personas solteras (25%); y 2 casadas (8,3). Los 24 participantes tenían una buena red de apoyo (100%); y 18 de ellos procedían de su domicilio (75%) siendo 6, las personas que venían de otra residencia (25%). En cuanto a los ingresos 19 habían sido voluntarios (79,2%); mientras que 5 no habían ingresado de forma voluntaria (20,8%). Más de la mitad de la muestra, es decir 17 personas, tenían estudios primarios (70,8%); y 7 tenían estudios superiores (29,2%).

#### 5.1.2. Variables clínicas

De los 24 participantes, 8 se podían desplazar de forma autónoma sin ningún producto de apoyo (33,3%); sin embargo, 8 personas necesitaban andador (33,3%); seguido por el uso de silla de ruedas (20,8%); y 3 personas necesitaban bastón (12,5%).

Según el número de patologías asociadas que presentaban, 19 personas tenían más de 3 patologías (79,2%); y solo 5 tenían menos o igual a dos patologías (20,8%). Tras explorar

las historias para determinar qué nivel cognitivo presentaban, obtuvimos que 18 personas no tenían ningún tipo de deterioro diagnosticado (75%); 5 tenían deterioro cognitivo (20,8%); y solo 1 persona tenía demencia (4,2%). Sin embargo, con los resultados obtenidos de la escala FAST para organizar los grupos según deterioro, obtenemos que 3 personas tienen una cognición normal (12,5%); y 6 normal para la edad (25%); 3 personas tienen demencia incipiente (12,5%); 6 demencia leve (25%); 3 demencia moderada (12,5%); y 3 demencia moderada-grave (12,5%).

Tabla 3. Descripción de la muestra

	Muestra Total n=24		n (%)
Edad	Media $\pm$ DE 89,13 $\pm$ 4,194	Mín.-Máx. 81-96	100%
Sexo	Mujer Hombre		21(87,5) 3(12,5)
Estado Civil	Soltero Casado Viudo		6(25) 2(8,3) 16(66,7)
Red de apoyo	Si No		100(100) 0(0)
Procedencia	Domicilio Residencia		18(75) 6(25)
Nivel de estudios	Primarios Superiores		17(70,8) 7(29,2)
Ingreso voluntario	Si No		19(79,2) 5(20,8)
Producto de apoyo	Nada Andador Bastón Silla de ruedas		8(33,3) 8(33,3) 3(12,5) 5(20,8)
Patologías asociadas	<=2 >=3		5(20,8) 19(79,2)
Deterioro Cognitivo	Ninguno Deterioro Cognitivo Demencia		18(75) 5(20,8) 1(4,2)
Clasificación FAST/MEC	Normal / 30-35 Normal para la edad / 25-30 Demencia Incipiente / 20-27 Demencia leve / 16-23 Demencia Moderada / 10-19 Demencia Moderada-Grave / 0-12		3 (12,5) 6(25) 3(12,5) 6(25) 3(12,5) 3(12,5)
Los valores muestran el número de participantes (n) y el porcentaje entre paréntesis (%), media y desviación estándar (DE).			

## 5.2.Resultados de la Intervención

### 5.2.1. Efectos del programa en la ACP

Nuestros resultados quedan reflejados en la Tabla 5, evidenciando una gran ACP tras aplicar la TR obteniendo una puntuación de 1,534. En el grupo 1 (mediana: 1,50) y en el grupo 2 (mediana: 1,69) se ha considerado una gran ACP. Además, no hay diferencias significativas entre ellos, por lo que ambos lo valoran de la misma forma.

Tabla 4. Resultados CCRQ

	Muestra total (n=24) Mediana (rango)	Grupo 1 (n=15) Mediana (rango)	Grupo 2 (n=9) Mediana(rango)	p-valor entre grupos
CCRQ	1,534 (1,49)	1,50 (1,49)	1,69 (0,95)	0,403
Toma de Decisiones	1,50 (2,5)	1,50 (2,5)	1,83(1,33)	0,125
Educación	1,50 (2,5)	1,5 (2,5)	1,5 (2,5)	0,261
Evaluación de Resultados	1,66 (2)	1,66 (2)	1,66 (2)	0,662
Soporte Emocional	1,25 (1)	1,25 (1)	1,5 (0,75)	0,599
Confort Físico	1,50 (1,5)	1,5 (1,5)	1,5 (1,5)	0,469
Continuidad	2 (1,5)	2 (1,5)	2 (1,5)	0,618

Los valores que se muestran son la mediana y el rango entre paréntesis. P-valor: Estadístico U de Mann-Whitney

En cuanto a los subapartados podemos decir que 10 personas valoran el confort físico con la mejor puntuación (41,7%); si bien es cierto, en lo que más están de acuerdo es en el soporte emocional en el que 22 personas lo han valorado con la segunda mejor puntuación (91,7%). Si nos fijamos en la mediana de la muestra total, es la que menor puntuación tiene, por lo que se considera como el subapartado mejor valorado por los residentes.

Tabla 5. Resultados CCRQ por subapartados

n=24	Muy de Acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Toma de Decisiones (Ítems 1,5,7,13,18,23)	1 (4,2%)	19 (79,2%)	3 (12,5%)	1 (4,2%)	0

Educación (Ítems 19,24)	6 (25%)	13 (54,2%)	3 (12,5%)	2 (8,3%)	0
Evaluación de Resultados (Ítems 2,9,14)	2 (8,3%)	18 (75%)	4 (16,7%)	0	0
Soporte emocional (Ítems 4,11,26,28)	2 (8,3%)	22(91,7%)	0	0	0
Confort Físico (Ítems 17,27)	10(41,7%)	11(45,8%)	3(12,5%)	0	0
Continuidad (Ítems 16,29)	7(29,2%)	8(33,3%)	9(37,5%)	0	0
Los valores muestran el número de participantes para cada subapartado y en paréntesis el porcentaje de la muestra total.					

### 5.2.2. Efectos del programa sobre la calidad de vida

Los resultados muestran que hay un incremento de la media con un valor estadísticamente significativo ( p: 0,011)

Tabla 6. Resultados Qol-AD muestra general

	Media	Desviación Estándar	p-valor
Qol-AD Previo	34,96	3,983	<b>0,011*</b>
Qol-AD Posterior	36,42	3,844	
Qol-AD: Cuestionario de calidad de vida en el Alzheimer. p- valor: T de Student. ; p <0,05			

En los resultados por grupos se muestra que ambos aumentan sus medias, pero solo el grupo 1 es estadísticamente significativo (p: 0,038). Al comprar ambos grupos no hay unos resultados estadísticamente significativos.

Tabla 7. Resultados Qol-AD por grupos

Qol-AD	Grupo 1 (n=15) Media ± DE	Grupo 2 (n=9) Media ± DE	p-valor
Pre-Intervención	35,60 ± 3,203	33,89 ± 5,061	0,397
Post Intervención	36,93 ± 3,489	35,56 ± 5,053	
p-valor	<b>0,038*</b>	0,157	
Qol-AD: Cuestionario de calidad de vida en el Alzheimer. Loa valores que se muestran son la media y la desviación estándar (DE). p-valor: Estadístico T de Student ; p <0,05			

### 5.2.3. Efectos del programa sobre el nivel cognitivo de la muestra

Se produce un aumento en la mediana de dos puntos y medio, pero no se obtienen resultados significativos.

Tabla 8. Resultados MEC muestra general

	Mediana (Rango)	p-valor
MEC Previo	22 (23)	0,886
MEC Posterior	24,5 (21)	

MEC: Mini Examen Cognoscitivo de Lobo. Los valores que se muestran son mediana y rango entre paréntesis; p-valor: estadístico Wilcoxon

En el caso del análisis por grupos se produjo una disminución en la mediana para el grupo 1, y en el grupo dos aumentó, aunque muy sutilmente. En la comparativa no hubo resultados significativos

Tabla 9. Resultados MEC por grupos

MEC	Grupo 1 (n=15) Mediana (rango)	Grupo 2 (n=9) Mediana (rango)	p-valor
Pre-Intervención	30,67 (15)	16 (12)	0,397 <sup>b</sup>
Post Intervención	28 (10)	17(14)	
P-valor	0, 844 <sup>a</sup>	0, 129 <sup>a</sup>	

MEC: Mini Examen Cognoscitivo de Lobo. Los valores que se muestran son mediana y rango entre paréntesis.  
a p-valor: Estadístico Wilcoxon  
b p-valor: Estadístico U de Mann-Whitney

### 5.2.4. Efectos del programa sobre la fluidez verbal de la muestra

En el análisis de la fluidez verbal encontramos un aumento de un punto y medio en la mediana mostrando así significación en la muestra total (p: 0,001)

Tabla 10. Resultados Set-Test muestra general

	Mediana (rango)	p-valor
Set-Test Previo	32 (34)	<b>0,001*</b>
Set-Test Posterior	33,5 (33)	

Set-Test: Prueba de fluencia verbal de Isaac. Los valores que se muestran son mediana y rango entre paréntesis. p-valor: Estadístico Wilcoxon; p<0,05

Entre los grupos hay un aumento significativo de las medianas en el grupo 2 (p:0,008), mientras que en el grupo 1 se mantienen. Al compararlos hay una diferencia muy significativa entre ambos (p: 0,004).

Tabla 11. Resultados del Set-Test por grupos

Set-Test	Grupo 1 (n=15) Mediana (rango)	Grupo 2 (n=9) Mediana (rango)	p-valor
Pre-Intervención	37 (24)	10 (24)	<b>&lt;0,004b*</b>
Post Intervención	37 (19)	19 (30)	
p-valor	0,071a	<b>0,008a*</b>	
Set-Test: Prueba de fluencia verbal de Isaac. Los valores que se muestran son mediana y rango entre paréntesis. a p-valor: Estadístico Wilcoxon; *p<0,05 b p-valor: Estadístico U de Mann-Whitney *p<0,05			

### 5.2.5. Efectos del programa sobre la depresión

Se observa una disminución de la mediana y se obtienen unos resultados cercanos a la significación.

Tabla 12. Resultados GDS-15 muestra general

	Mediana (rango)	p-valor
GDS-15 Previo	5,50 (11)	0,067
GDS-15 Posterior	3,5 (6)	
GDS-15: Escala de depresión geriátrica de Yesavage versión corta. Los valores que se muestran son mediana y rango entre paréntesis; p-valor: Estadístico Wilcoxon.		

En ambos grupos la mediana disminuye dos puntos en cuanto a la prueba inicial, pero sin diferencias significativas entre ambos. Al comparar los grupos tampoco se muestran diferencias significativas.

Tabla 13. Resultados GDS-15 por grupos

GDS-15	Grupo 1 (n=15) Mediana (rango)	Grupo 2 (n=9) Mediana (rango)	p-valor
Pre-Intervención	5 (8)	6 (11)	0,525b
Post Intervención	3(6)	4 (6)	
P-valor	0, 218a	0, 149a	
GDS-15: Escala de depresión geriátrica de Yesavage versión corta. Los valores que se muestran son mediana y rango entre paréntesis;			



a p-valor: Estadístico Wilcoxon b p-valor: Estadístico U de Mann-Whitney
---

## 6. DISCUSIÓN

Este ensayo realizado sobre una muestra de 24 personas que viven en un centro residencial, pone en evidencia como la TR es una buena estrategia para mejorar la ACP ayudando a potenciar la calidad de vida de las personas mayores, mostrando efectos muy significativos en la fluencia verbal, un aumento de medianas en la escala MEC-35 y una tendencia a disminución de la depresión, pero sin mostrar en estos dos, resultados significativos.

Como eje principal de nuestro trabajo, nos basamos en la utilización de un MACP para ofrecer la TR. Gracias a esto, se observa que los residentes valoran el programa con unos niveles de ACP muy elevados, lo que ayuda a potenciar su calidad de vida en concordancia con nuestra primera hipótesis. Al igual que este estudio, en el de Capdevilla E, et al.(45) se observa que el cuestionario muestra una gran significancia para medir la ACP en las intervenciones. En su estudio pone de manifiesto que las personas mayores, las que presentan pluripatologías y las personas con niveles de estudios bajos, son las que mejor valoran la atención recibida. Esto es congruente con nuestra muestra, que está compuesta por personas mayores, un 79,2% de personas con pluripatologías y un 70,8% de personas con estudios primarios. Debido a que el soporte emocional ha sido lo que más han valorado los residentes, podemos decir que hemos cumplido con los principios del ACP, en los que se entrega a la persona dignidad, respeto, autonomía y validación aumentando así su calidad de vida(53).

La utilización del enfoque de ACP ha permitido que nuestra intervención pueda adaptarse a los residentes, y al valorar la calidad de vida tras la intervención, vemos que se ha producido una mejora significativa la muestra total. De la misma manera, diferentes autores obtienen un aumento en la calidad de vida al aplicar las premisas del ACP en los entornos residenciales (18,54,55). Esta mejora se evidencia sobre todo en el grupo 1, confirmando nuestra segunda hipótesis. La forma de administrar la terapia puede ser lo que nos haya permitido obtener estos resultados ya que, en el estudio de Domenech S, et al.(56) en el que se utiliza la satisfacción y el bienestar como forma de evaluación, destaca que centrarse en los intereses de la persona ayuda a potenciar la calidad de vida en personas mayores con y sin deterioro cognitivo. En nuestro grupo con deterioro, se

produce un aumento de medias en la escala QoL-AD, sin embargo, no son significativas. Esto puede deberse en parte al pequeño número de la muestra que conforma el grupo de deterioro. Un estudio con una metodología similar al nuestro, encuentra mejoras significativas en los pacientes con deterioro, pero sus puntuaciones medias son mucho menores al aplicar a escala QoL-AD(38). En la revisión de Wood et al.(34) se llega a la conclusión de que la TR es muy efectiva para mejorar la calidad de vida en pacientes con algún tipo de deterioro cognitivo y demencia, especialmente en los ambientes residenciales, pero es cierto que la muestra de población es mayor que en nuestro trabajo.

En la TR buscamos trabajar los aspectos cognitivos a través de la memoria. Sin embargo, no obtuvimos un aumento significativo en MEC-35, pero si un mantenimiento en el grupo que presentaba unos niveles cognitivos más bajos, al igual que un estudio con una metodología muy similar al nuestro (57) y otro realizado en una sala de reminiscencias en personas con deterioro moderado y grave (58). A pesar que nuestra intervención estaba llena de elementos evocadores puede que hubieran sido necesarios más, ya que se ha demostrado que proporcionar ambientes llenos de objetos tangibles y significativos mejora los niveles cognitivos (59).

En revisiones recientes, se ha comprobado que los efectos de las TR grupales sobre la cognición de las personas con deterioro cognitivo y demencia son moderados, lo que contrasta muy bien con nuestra hipótesis de trabajo(34,60). En este estudio, el grupo 1 disminuye los niveles de MEC-35 tras la intervención, pudiendo deberse a las altas puntuaciones que presentaban algunos residentes ya que, aunque en el estudio de Villasán A, et al.(61) haya mejoras en los mayores sanos, la media cognitiva medida con MEC-35, es mucho menor que la nuestra. Además, los residentes dejaron de participar en las sesiones de estimulación cognitiva del centro, por lo que solo trabajaron este componente en la TR, lo que puede explicar la disminución de las medianas en el grupo 1. Poder ofrecer una combinación de TR y estimulación cognitiva puede ayudar a potenciar los resultados de esta intervención(62).

En nuestro estudio aplicamos la TR de forma grupal. Otros autores proponen que utilizar formato individual, ayuda a mejorar más el componente cognitivo (37,63). Por lo tanto, este podría ser uno de los factores por los que nuestra intervención no mejoró significativamente.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta los beneficios de trabajar en grupo sobre los síntomas emocionales. El grupo actúa como factor protector disminuyendo los síntomas depresivos (60). En nuestro estudio, aunque no significativamente, los niveles depresivos disminuyen, a diferencia de los estudios que utilizan reminiscencias individuales en los que no hay mejoras (37,63). Además, las medianas de nuestros grupos no eran muy elevadas, lo que quiere decir que contábamos con unos niveles leves de depresión y aun así, conseguimos disminuir la mediana haciendo que el programa pudiera funcionar como una medida preventiva frente a la aparición de la depresión. Durante las sesiones se presentó algún recuerdo negativo lo que podría haber influido en los resultados. Es necesario presentar intervenciones basadas en recuerdos positivos para ver un mayor efecto (61,64).

Las sesiones grupales de reminiscencia aumentaron la comunicación y la interacción en los residentes. Esto se ve reflejado en nuestros resultados sobre la fluidez verbal, mostrando una gran significación en toda la muestra y en especial, en los residentes con más deterioro, en los que también se encuentra una mejoría significativa cumpliendo así con nuestra hipótesis de trabajo. Por ello, aunque no existe mucha literatura acerca de la fluidez verbal en las TR, un estudio reciente valora que la intervención ayuda a mejorar las habilidades comunicativas y semánticas de las personas mayores (65). Además, el aumento de la fluencia verbal ayuda como factor protector contra el deterioro cognitivo (66), lo que podría explicar en parte nuestros resultados de la prueba MEC-35 en el grupo de deterioro.

En el grupo 1 no hubo mejora significativa en la fluencia verbal y se mantuvo, pudiendo deberse a las altas puntuaciones que presentaba este grupo. Esto concuerda con el trabajo propuesto por Allen AP, et al. (67) en el que personas mayores sin deterioro no obtenían buenos resultados sobre la fluidez verbal al aplicar la TR durante 6 semanas por estar cerca del techo. Además, en las personas mayores sin deterioro, es la acumulación de palabras en la memoria a lo largo del tiempo lo que puede dificultar el discurso (68).

Encontramos que nuestra muestra estaba formada por personas sin deterioro, con deterioro o demencia. Al compararlo con los historiales de los residentes, encontramos que solo un 25% de ellos tenían diagnosticado algún tipo de demencia o deterioro cognitivo, lo que resulta incongruente tras administrar nuestras pruebas cognitivas. Según la literatura la proporción de personas diagnosticadas con demencia en nuestro entorno

es muy pequeña (7,30). Es importante poder diagnosticar precozmente para empezar con estas intervenciones en los mayores cuanto antes y evitar el continuum cognitivo.

En resumen, con nuestra TR hemos obtenido unos buenos resultados en la calidad de vida al utilizar las premisas del ACP, pero debemos aumentar los participantes para evidenciar unos mejores resultados en el futuro, además de realizar sesiones grupales de reminiscencia positiva que potencian el efecto de grupo sobre los síntomas depresivos, reduciéndolos y aumentando la comunicación entre los participantes traducido en un aumento de la fluidez verbal para proteger a las personas frente al deterioro cognitivo. También será importante aplicar la TR combinada con intervenciones de estimulación cognitiva para evitar la disminución del nivel cognitivo de los residentes.

## 7. CONCLUSIONES

- Ningún estudio hasta ahora había analizado la forma en la que la TR es una intervención que sigue unas premisas de la ACP. Nuestros resultados apuntan a que la terapia de reminiscencia es una forma de intervención centrada en la persona que ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas mayores en centros residenciales.
- La calidad de vida aumenta significativamente en los residentes con unos niveles cognitivos más altos, aunque en todos ellos hay un aumento en las puntuaciones gracias a la TR.
- Aunque los niveles cognitivos no logran mejorar, un aspecto cognitivo como es la fluidez verbal parece incrementarse en nuestra población de estudio, sobre todo en los residentes con un deterioro cognitivo mayor.
- Por último, en los niveles de depresión pese a no obtener unos resultados significativos, se produce una reducción en las medianas de ambos grupos lo que nos indicaría una mejoría tras la intervención.

## 8. LIMITACIONES

El presente estudio presenta diferentes limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra es pequeño siendo solo 24 residentes al final del estudio, lo que ha podido determinar la poca significación de los resultados. Además, este número de muestra ha generado que la distribución entre sexos no sea equiparable por lo que podría mostrar discrepancias en los resultados.

Otro punto importante, ha sido la imposibilidad de realizar una evaluación de seguimiento para ver si los resultados positivos que se ha arrojado con el estudio, seguían manteniéndose en el tiempo.

También es importante destacar, que hubiese sido necesario haber contado con un grupo de control con el que pudiésemos haber comparado los resultados, para valorar la efectividad de esta terapia en el ámbito residencial.

## 9. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Como futuras líneas de investigación se podría llevar a cabo esta intervención en más de un centro residencial para valorar así la terapia en diferentes entornos. Además de aumentar el tamaño de la muestra para poder generalizar los resultados.

Realizar un trabajo comparando la TR en la comunidad frente al entorno residencial en la población mayor para ver las posibles diferencias entre ellas y aportar más conocimiento acerca de esta intervención.

Realizar un mapeo sobre las diferentes intervenciones que se están llevando a cabo para mejorar la atención centrada en la persona desde los centros residenciales y valorar si concuerdan con los principios de este modelo de atención.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán García A et al. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud resumen [Internet]. 2019. 1-38 p. Disponible en: [www.who.int](http://www.who.int)
2. Instituto Nacional de Estadística. Una población envejecida [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2022. Disponible en: [https://www.ine.es/prodyser/demografia\\_UE/bloc-1c.html?lang=es](https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bloc-1c.html?lang=es)
3. Pérez Díaz J et al. Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos. Informe nº29. Informe de Envejecimiento en red. Madrid; 2022.
4. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 1 de junio de 2014 ;25(2):57-62. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
5. Harada CN, Natelson Love MC, Triebel KL. Normal Cognitive Aging. Clin Geriatr Med [Internet]. noviembre de 2013; 29(4):737. Disponible en: [/pmc/articles/PMC4015335/](http://pmc/articles/PMC4015335/)
6. Cohen RA, Marsiske MM, Smith GE. Neuropsychology of aging. Handb Clin Neurol. 1 de enero de 2019;167:149-80.
7. 2022 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement [Internet]. 1 de abril de 2022; 18 (4) : 700-89. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35289055/>
8. First MB. DSM-5: Manual de diagnóstico diferencial. Editorial Médica Panamericana; 2015.
9. Sanford AM. Mild Cognitive Impairment. Clin Geriatr Med [Internet]. 1 de agosto de 2017 ;33(3):325-37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28689566/>
10. Ghneim M, Diaz JJ. Dementia and the Critically Ill Older Adult. Crit Care Clin [Internet]. 1 de enero de 2021 ;37(1):191-203. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33190770/>
11. Fillat Delgado Y. Censo de las personas con Alzheimer y otras demencias en España. Resultados y conclusiones de las jornadas virtuales para el intercambio de soluciones y propuestas. [Internet]. 2021. p. 1-70. Disponible en: <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/publicaciones/censo-de-las-personas->

con-alzheimer-y-otras-demencias-en-espana-1

12. Garre-Olmo J. [Epidemiology of Alzheimer's disease and other dementias]. *Rev Neurol* [Internet]. 1 de junio de 2018 ;66(11):377-86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29790571/>
13. Gutzmann H, Qazi A. Depression associated with dementia. *Zeitschrift für Gerontol und Geriatr* 2015 484 [Internet]. 12 de mayo de 2015 ;48(4):305-11. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-015-0898-8>
14. Burke AD, Goldfarb D, Bollam P, Khokher S. Diagnosing and Treating Depression in Patients with Alzheimer's Disease. *Neurol Ther* [Internet]. 1 de diciembre de 2019 ;8(2):325. Disponible en: </pmc/articles/PMC6858899/>
15. Harrison SL, Dyer SM, Laver KE, Milte RK, Fleming R, Crotty M. Physical environmental designs in residential care to improve quality of life of older people. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 7 de marzo de 2022; 2022(3). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012892.pub2/full>
16. Sm-Rahman A, Meinow B, Hydén LC, Kelfve S. Long-term care use among people living with dementia: a retrospective register-based study from Sweden. *BMC Geriatr* [Internet]. 1 de diciembre de 2022 ;22(1):998. Disponible en: </pmc/articles/PMC9793631/>
17. Maenhout A, Cornelis E, Van de Velde D, Desmet V, Gorus E, Van Malderen L, et al. The relationship between quality of life in a nursing home and personal, organizational, activity-related factors and social satisfaction: a cross-sectional study with multiple linear regression analyses. *Aging Ment Health* [Internet]. 2 de abril de 2020 ;24(4):649-58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30724580/>
18. Díaz-Veiga P, Sancho M, García Á, Rivas E, Abad E, Suárez N, et al. Efectos del Modelo de Atención Centrado en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 1 de noviembre de 2014 ;49(6):266-71. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-efectos-del-modelo-atencion-centrado-S0211139X14001255>
19. Martínez Rodríguez T. La atención centrada en la persona en servicios gerontológicos: modelos e instrumentos de evaluación. 2015 ; Disponible en:

- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=102098&info=resumen&idioma=S>  
PA
20. Shiells K, Pivodic L, Holmerová I, Van den Block L. Self-reported needs and experiences of people with dementia living in nursing homes: a scoping review. <https://doi.org/101080/1360786320191625303> [Internet]. 2 de octubre de 2019 ; 24(10):1553-68. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2019.1625303>
  21. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clin Interv Aging* [Internet]. 3 de enero de 2013; 8:1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23319855/>
  22. Yang Y, Li H, Xiao LD, Zhang W, Xia M, Feng H. Resident and staff perspectives of person-centered climate in nursing homes: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* [Internet]. 29 de octubre de 2019 ; 19(1). Disponible en: </pmc/articles/PMC6819492/>
  23. Jesus TS, Bright F, Kayes N, Cott CA. Person-centred rehabilitation: what exactly does it mean? Protocol for a scoping review with thematic analysis towards framing the concept and practice of person-centred rehabilitation. *BMJ Open* [Internet]. 1 de julio de 2016 ; 6(7):11959. Disponible en: </pmc/articles/PMC4964252/>
  24. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría [Internet]. Asamblea mundial de la salud,69. p. 1-16. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079>
  25. Yoon JY. Relationships among person-centered care, nursing home adjustment, and life satisfaction: a cross-sectional survey study. *Int psychogeriatrics* [Internet]. 1 de octubre de 2018; 30(10):1519-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29606154/>
  26. Rojano i Luque X, Serra Marsal E, Soler Cors O, Salvà Casanovas A. Impact of a Person Centred Care Model on the quality of life, well-being, and thriving in nursing homes. A cross-sectional study. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 1 de enero de 2021; 56(1):29-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33077257/>
  27. Cott CA, Teare G, McGilton KS, Lineker S. Reliability and construct validity of the client-centred rehabilitation questionnaire. *Disabil Rehabil* [Internet]. noviembre de 2006; 28(22):1387-97. Disponible en:



- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17071570/>
28. Thuesen J, Ravn MB, Petersen KS. Towards person-centred rehabilitation in dementia - a narrative synthesis. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2021; 43(18):2673-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31906726/>
  29. Whalley Hammell KR. Client-centred occupational therapy: the importance of critical perspectives. *Scand J Occup Ther* [Internet]. 1 de julio de 2015; 22(4):237-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25639354/>
  30. Villarejo Galende A, Eimil Ortiz M, Llamas Velasco S, Llanero Luque M, López de Silanes de Miguel C, Prieto Jurczynska C. Report by the Spanish Foundation of the Brain on the social impact of Alzheimer disease and other types of dementia. *Neurologia*. 1 de enero de 2021;36(1):39-49.
  31. Nevado Rey M. [Non-pharmacological interventions]. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 1 de junio de 2017; 52 Suppl 1:44-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29628034/>
  32. Macleod F, Storey L, Rushe T, McLaughlin K. Towards an increased understanding of reminiscence therapy for people with dementia: A narrative analysis. *Dementia* [Internet]. 1 de mayo de 2021; 20(4):1375. Disponible en: </pmc/articles/PMC8132012/>
  33. Butler RN. The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry* [Internet]. febrero de 1963; 26(1):65-76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14017386/>
  34. Woods B, O'Philbin L, Farrell EM, Spector AE, Orrell M. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 1 de marzo de 2018; 2018(3). Disponible en: </pmc/articles/PMC6494367/>
  35. Santos L, Fernandez-Rio J, Winge K, Barragán-Pérez B, Rodríguez-Pérez V, González-Díez V, et al. Effects of supervised slackline training on postural instability, freezing of gait, and falls efficacy in people with Parkinson's disease. *Disabil Rehabil*. 31 de julio de 2017;39(16):1573-80.
  36. Liu Z, Yang F, Lou Y, Zhou W, Tong F. The Effectiveness of Reminiscence Therapy on Alleviating Depressive Symptoms in Older Adults: A Systematic Review. *Front Psychol* [Internet]. 17 de agosto de 2021; 12:709853. Disponible en: </pmc/articles/PMC8415872/>
  37. 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]. 1 de mayo de 2021; 36(5):704-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33176394/>
38. 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]. 1 de enero de 2019 ; 34(1):47-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30246408/>
  39. Azcurra DJLS. 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.* 2012;34(4):422-33.
  40. Wang JJ. Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22(12):1235-40.
  41. Gonzalez J, Mayordomo T, Torres M, Sales A, Meléndez JC. Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *Int psychogeriatrics* [Internet]. 1 de octubre de 2015; 27(10):1731-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25765779/>
  42. Ching-Teng Y, Chia-Ju L, Hsiu-Yueh L. Effects of structured group reminiscence therapy on the life satisfaction of institutionalized older adults in Taiwan. *Soc Work Health Care* [Internet]. 14 de septiembre de 2018; 57(8):674-87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29775141/>
  43. Irazoki E, García-Casal JA, Sánchez-Meca J, Franco-Martín M. Efficacy of group reminiscence therapy for people with dementia. Systematic literature review and meta-analysis. *Rev Neurol.* 16 de noviembre de 2017;65(10):447-56.
  44. Auer S, Reisberg B. The GDS/FAST staging system. *Int psychogeriatrics* [Internet]. 1997; 9 Suppl 1(SUPPL. 1):167-71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9447440/>
  45. Capdevila E, Rodríguez-Bailón M, Szot AC, Gálvez-Ruiz P, Portell M. Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ). *Disabil Rehabil* [Internet]. 2023; 45(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35075950/>
  46. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosom Med* [Internet]. 2002; 64(3):510-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12021425/>
  47. Gómez-Gallego M, Gómez-Amor J, Gómez-García J. [Validation of the Spanish version of the QoL-AD Scale in alzheimer disease patients, their carers, and health

- professionals]. *Neurología* [Internet]. enero de 2012; 27(1):4-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21570161/>
48. Gaspar Escayola JI. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo.; 2006.
  49. Pascual Millán L et al. [La prueba establecida para el diagnóstico de la demencia] - PubMed. *Neurología* [Internet]. 1990; 5 (3):82-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2361045/>
  50. Isaacs B, Akhtar AJ. The set test: a rapid test of mental function in old people. *Age Ageing* [Internet]. noviembre de 1972; 1(4):222-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4669878/>
  51. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* [Internet]. 1982; 17(1):37-49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7183759/>
  52. De JM, Iglesia LA, Vilches MCO, Dueñas Herrero R, Colomer CA, Taberné CA, et al. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* [Internet]. 2002; 12(10):26-40. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  53. Villar F, Serrat R. Hable con ellos: cuidados narrativos en el marco de una atención centrada en la persona. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1 de julio de 2017;52(4):216-22.
  54. Poey JL, Hermer L, Cornelison L, Kaup ML, Drake P, Stone RI, et al. Does Person-Centered Care Improve Residents' Satisfaction With Nursing Home Quality? *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 1 de noviembre de 2017; 18(11):974-9. Disponible en: <http://www.jamda.com/article/S1525861017303389/fulltext>
  55. Yoon JY. Relationships among person-centered care, nursing home adjustment, and life satisfaction: a cross-sectional survey study. *Int psychogeriatrics* [Internet]. 1 de octubre de 2018; 30(10):1519-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29606154/>
  56. Doménech S, Santos PM, Porta X, Albino-Pires N, Benali A, Nebot O, et al. Programa de reminiscencia apoyado en inteligencia artificial y basado en el patrimonio cultural inmaterial dirigido a personas mayores: un estudio piloto. *Rev*

- Esp Geriatr Gerontol. 1 de marzo de 2023;58(2):89-95.
57. Gil I, Costa P, Parola V, Cardoso D, Almeida M, Apóstolo J. Efficacy of reminiscence in cognition, depressive symptoms and quality of life in institutionalized elderly: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019; 53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30942298/>
  58. Madrazo A, González N. Sala de Reminiscencias: Una experiencia Time Slip [Internet]. Fundación Pilares. 2018. p. 1-7. Disponible en: <https://www.fundacionpilares.org/buenapractica/sala-de-reminiscencias-una-experiencia-time-slip/>
  59. Kirk M, Rasmussen KW, Overgaard SB, Berntsen D. Five weeks of immersive reminiscence therapy improves autobiographical memory in Alzheimer's disease. *Memory* [Internet]. 21 de abril de 2019; 27(4):441-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30198380/>
  60. Saragih ID, Tonapa SI, Yao CT, Saragih IS, Lee BO. Effects of reminiscence therapy in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2022;29(6):883-903.
  61. Villasan Rueda A, Sanchez Cabaco A, Mejía- M, Alvelais-alarcón ECM. Mejora de la calidad de vida de personas mayores con intervención en reminiscencia positiva: Un estudio piloto. 2023;31:197-215.
  62. Barban F, Annicchiarico R, Pantelopoulos S, Federici A, Perri R, Fadda L, et al. Protecting cognition from aging and Alzheimer's disease: a computerized cognitive training combined with reminiscence therapy. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 1 de abril de 2016; 31(4):340-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26205305/>
  63. Justo-Henriques SI, Carvalho JO, Pérez-Sáez E, Neves H, Parola V, Alves-Apóstolo JL. Randomized trial of individual reminiscence therapy for older adults with cognitive impairment: a 3-month responder analysis. *Rev Neurol* [Internet]. 16 de febrero de 2022; 74(4):107-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35148419/>
  64. Xu L, Li S, Yan R, Ni Y, Wang Y, Li Y. Effects of reminiscence therapy on psychological outcome among older adults without obvious cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* [Internet]. 30 de marzo de 2023; 14. Disponible en: [/pmc/articles/PMC10098219/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/410098219/)
  65. Park K, Moon SH. Informative and semantic language features of people with

- dementia displayed during reminiscence therapy. *Psychogeriatrics* [Internet]. 1 de noviembre de 2022; 22(6):843-50. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/psyg.12891>
66. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Verbal Fluency and Risk of Dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 1 de junio de 2019; 34(6):863. Disponible en: [/pmc/articles/PMC6530594/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33680185/)
67. Allen AP, Doyle C, Roche RAP. The Impact of Reminiscence on Autobiographical Memory, Cognition and Psychological Well-Being in Healthy Older Adults. *Eur J Psychol* [Internet]. 2020; 16(2):317-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33680185/>
68. Taler V, Johns BT, Jones MN. A Large-Scale Semantic Analysis of Verbal Fluency Across the Aging Spectrum: Data From the Canadian Longitudinal Study on Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 1 de noviembre de 2020; 75(9):E221-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30624721/>

## 11. ANEXOS

### 11.1. Dictamen favorable CEICA



#### Informe Dictamen Favorable Trabajos académicos

C.I. PI23/066

8 de marzo de 2023

Dña. María González Hincos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

#### CERTIFICA

**1º.** Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 08/03/2023, Acta Nº 05/2023 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

**Título: Análisis del efecto de un programa de reminiscencia en personas mayores con deterioro cognitivo basado en un modelo residencial de atención centrado en la persona.**

**Alumna: Carlota Cano Gracia**

**Tutora: Estela Calatayud Sanz**

**Versión protocolo: V 2.0 de 27/02/2023**

**Versión documento de información y consentimiento: V 2.0 de 27/02/2023**

**2º.** Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados y el adecuado tratamiento de los datos, en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

**3º.** Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza  
GONZALEZ  
HINJOS MARIA  
- DNI  
03857456B  
Firmado digitalmente  
por GONZALEZ HINJOS  
MARIA - DNI  
03857456B  
Fecha: 2023.03.10  
13:05:32 +01'00'  
María González Hincos  
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

11.2. Desarrollo de las sesiones

<b>Sesión 1: “La escuela de mi infancia”</b>	
Elementos necesarios	Presentación Power Point, Objetos antiguos relacionados con la escuela (mochila, calefactor para los pies, pluma y tinta, libros antiguos, cuartiles...)
Objetivo de trabajo	Establecer una conversación fluida mediante el recuerdo de la presentación de materiales para aflorar sentimientos agradables de su primera niñez.
Desarrollo de la sesión	<p>En esta primera sesión quisimos adentrarnos en la primera niñez de los residentes haciendo uso de la memoria autobiográfica recordando sus primeros años de vida. En la primera parte de la sesión se presentaron elementos e imágenes visuales proyectadas y en la segunda se mostraron todos los elementos tangibles para que mediante el tacto y la vista aflorase el recuerdo.</p> <p>A través de las preguntas acerca de su recorrido escolar, fuimos creando diferentes conversaciones entre los residentes permitiendo una mayor fluidez en su discurso y una mayor interacción entre ellos al comentar anécdotas de la escuela que compartían en común. Al presentar los elementos escolares, afloraron muchos sentimientos que generaron un nexo de unión entre ellos posibilitando que la conversación siguiese al terminar la sesión.</p>
<b>Sesión 2: “Los juegos que me acompañaron” y “Salida a exposición de juguetes”</b>	
Elementos necesarios	Presentación Power Point, Juegos tradicionales y muñecas
Objetivos de la sesión	Trasmisión de valores mediante los juegos, fomentar las habilidades sociales y el bienestar en el grupo, trabajar múltiples componentes cognitivos al jugar a los juegos tradicionales.
Desarrollo de la sesión	<p>Primera Parte:</p> <p>Viajamos a los recuerdos de la infancia para poder traer a la memoria aquellos juegos a los que solían jugar cuando eran niños (hicimos un nexo de unión con la sesión de la escuela). Se compartieron experiencias acerca de donde se jugaba, cómo y cuándo. Se intentó recordar las normas de alguno de los juegos principales para jugar posteriormente y se creó un dialogo entre ellos.</p> <p>Segunda Parte:</p> <p>Nuestro objetivo fue fomentar las interacciones sociales y reducir síntomas depresivos mejorando la calidad de vida mediante el juego. Se crearon pequeños grupos (según sus características personales), para poder jugar a los juegos de</p>

	<p>una forma más significativa. Mediante la música se trabajó la fluidez verbal al cantar canciones tradicionales de juegos</p> <p>Junto a esta sesión, se sitúa la excursión que se realizó con los residentes que pudieron participar. Se acudió a una exposición de juguetes antiguos lo que permitió que se pudiese recordar lo que ya habíamos visto en la sesión anterior. Al poder salir del centro, se pudo fomentar la memoria, la orientación espacio temporal y la cohesión de grupo al participar todos juntos. El ver estos juguetes les hizo viajar a su infancia y despertó muchos sentimientos positivos en todos ellos. Se potencio el bienestar y la calidad de vida al poder realizar una actividad en un espacio diferente.</p>
<b>Sesión 3: “Los recuerdos con mi padre”</b>	
Elementos de la sesión	Material Power Point
Objetivos de la sesión	Trabajar las emociones positivas mediante el recuerdo de la familia, reconociendo los sentimientos que nos generan para integrarlos de una forma adecuada.
Desarrollo de la sesión	Fue una sesión significativa a nivel personal para cada uno de ellos ya que, no solo se buscó trabajar la memoria para recordar rasgos físicos o comportamentales de su padre, sino que potenciamos la memoria emocional para que cada uno pudiese comentar emociones que les sugerían las preguntas acerca de su padre. Intentamos crear una sesión que aflorase los recuerdos positivos
<b>Sesión 4: “Los trabajos olvidados”</b>	
Elementos necesarios	Presentación Power Point, objetos relacionados con las diferentes profesiones del campo y la ciudad, elementos auditivos.
Objetivos de la sesión	Trabajar la memoria y la fluidez verbal dentro del grupo, así como las habilidades sociales.
Desarrollo de la sesión	<p>En esta sesión se quiso explorar su etapa productiva desde casi la niñez hasta la vida adulta. Se crearon conversaciones acerca del trabajo en el campo cuando eran niños, las diferencias con la ciudad, que habían estudiado o que les hubiese gustado estudiar.</p> <p>Se pusieron diferentes elementos auditivos acerca de profesiones clásicas que se estaban perdiendo y se mostraron objetos que tuviesen relación con esas profesiones. Esto dio pie, a poder recordar los sentimientos que habían</p>



	experimentado al ver esas profesiones perdidas pero que estuvieron presentes en sus vidas
<b>Sesión 5: “Los olores que me transportan”</b>	
Elementos de la sesión	Presentación power point, Alimentos, especias, esencias con olor, hierbas aromáticas, vasos tapados con papel, palillos
Objetivos de la sesión	Trabajar la memoria mediante el olfato, estimular emociones positivas mediante el recuerdo, potenciar la fluidez verbal y las habilidades sociales
Desarrollo de la sesión	<p>Se buscaron olores que estuviesen relacionados de algún modo con el pasado para que la actividad fuese lo más significativa posible para ellos.</p> <p>Junto a la terapeuta se fue eligiendo los olores de uno en uno intercalándolos para que hubiese un mayor impacto en ellos. Al oler el vaso tenían que esperar a que todos lo hubiesen olido para decir su respuesta trabajando el control inhibitorio y prestando también una mayor atención a la actividad.</p> <p>El objetivo de esta sesión fue acerca del componente cognitivo de la memoria, ya que la eliminación del elemento visual, potencia esta parte de sistema de forma que se refuerza su uso. Se trabajo el recuerdo de los olores preguntando acerca de si lo habían olido o recordado de algún otro sitio.</p>
<b>Sesión 6: “Entre tambores e incienso. Recordando la Semana Santa”</b>	
Elementos de la sesión	Presentación Power Point, Traje cofrade, tambor, ramas de olivo, sillas y el patio exterior de la residencia
Objetivos de la sesión	Trabajar la memoria, estimular emociones positivas mediante el recuerdo, potenciar la fluidez verbal y las habilidades sociales. Aumentar el bienestar al realizarse como taller intergeneracional
Desarrollo de la sesión	<p>Primera Parte:</p> <p>La primera parte tuvo como objetivo trabajar la memoria y potenciar el recuerdo de su visión de la Semana Santa en su infancia y en su periodo de edad joven. Se realizaron preguntas acerca de cómo la vivían ellos y el sentimiento que les generaba ya que las personas mayores viven la religión de un modo más intenso y profundo lo que lleva a generar emociones positivas y nostálgicas en ellos. Aumentaron los sentimientos de bienestar y emociones positivas al recordar a la familia en esas fiestas</p> <p>En la segunda parte, se mostró los elementos cofrades y se pregunto acerca de los sentimientos que estos les generaba y como habían influido en su vida. La</p>

	<p>parte más significativa llegó al escuchar los tambores junto a los alumnos del colegio “Cristo Rey”, vislumbrándose en ellos sensaciones positivas y agradables de bienestar. El sonido de la música aflora sentimientos que son significativos, así como el aumento del nivel de atención y concentración al escuchar los toques del tambor</p>
<b>Sesión 7: “Música y Bailes para recordar”</b>	
Elementos de la sesión	Presentación Power Point y altavoz
Objetivo de la sesión	Fomentar las habilidades sociales aumentando la sensación de bienestar, trabajar la fluidez verbal y desinhibirse en el grupo.
Desarrollo de la sesión	Se escucharon diferentes canciones las cuales iban evocando en los residentes recuerdos de su juventud. Los recuerdos positivos posibilitaron la armonía y el bienestar en el grupo al recordar las canciones y los artistas que las cantaban. Se quiso conseguir que mediante la música lograsen desinhibirse y se crease una cohesión grupal más fuerte, traducida en una mayor calidad de vida
<b>Sesión 8: “Aquellas jugadas maestras. El impacto de los deportes”</b>	
Elementos de la sesión	Presentación Power Point, Ropa deportiva antigua, Prensa deportiva antigua y elementos audiovisuales de tinte deportivo
Objetivos de sesión	Trabajar la memoria, estimular emociones positivas mediante el recuerdo, potenciar la fluidez verbal y las habilidades sociales
Desarrollo de la sesión	Se creó un ambiente deportivo gracias a la prensa y ropa deportiva de los años 40 y 50 para que fuese reconocible por ellos. Se escucharon himnos y retransmisiones de radio de partidos importantes que generaron conversaciones variadas, ya que fueron momentos que marcaron su vida. El fútbol generó una gran discusión entre los residentes al hablar de los diferentes equipos de los que eran fans, con esto se buscó aumentar la confianza en ellos y su capacidad de expresión. Del mismo modo, los residentes mediante imágenes visuales trabajaron la memoria al recordar las leyendas de múltiples deportistas del mundo entero.
<b>Sesión 9: “Mi recuerdo de las Fiestas del Pilar”</b>	
Elementos necesarios	Presentación Power Point, indumentaria regional y elementos audiovisuales.
Objetivo de la sesión	Trabajar la memoria, estimular emociones positivas mediante el recuerdo, potenciar la fluidez verbal y las habilidades sociales

Desarrollo de la sesión	<p>En esta sesión quisimos evocar recuerdos de un momento festivo tradicional como lo son las Fiestas del Pilar. Se habló acerca de las ofrendas y como las vivían ellos de niños y de adultos. Un tema que generó mucha conversación fueron las ferias, sobre las que se trabajó la memoria y el cálculo al hacer estimaciones sobre lo que costaban y lo que serían en euros, o si era barato o caro.</p> <p>Se presentó la indumentaria tradicional lo que generó, sobre todo en las mujeres, muchos recuerdos nostálgicos positivos al comentar que habían sido modistas o que habían hecho trajes para sus nietos e hijos.</p>
<b>Sesión 10: “Los sabores del recuerdo”</b>	
Elementos necesarios	Presentación Power point, menaje de cocina, harina, levadura, vainilla, azúcar, leche, capacillos
Objetivos de la sesión	Trabajar las habilidades manipulativas y ejecutivas, trabajar la memoria y las habilidades sociales
Desarrollo de la sesión	<p>En esta sesión quisimos adentrarnos en el mundo de la cocina mediante la elaboración de magdalenas. Se les dispuso en unas mesas grandes para que todos pudiesen llegar a los materiales. Se recordó la receta entre todos junto a los pasos para que luego lo pudiesen hacer. Se dividió a los grupos en 2 para que fuese más fácil el reparto de ingredientes.</p> <p>Cada residente iba dando su propia percepción y experiencia sobre la cocina, así como diferentes trucos que había aprendido a lo largo de su vida. Se les preguntó acerca de la cocina en su infancia y que habían sentido al volver a cocinar. La sesión proporcionó un gran bienestar y un aumento en el estado de ánimo debido a la tarea que habían llevado a cabo. Además el trabajo manipulativo permitió a los residentes trabajar las funciones ejecutivas de una forma indirecta mejorando su calidad de vida.</p>
<b>Sesión 11: “Recordando a mi madre”</b>	
Elementos necesarios	Presentación Power Point
Objetivos de la sesión	Trabajar las emociones positivas mediante el recuerdo de la familia reconociendo los sentimientos que nos generan para integrarlos de una forma adecuada
	En esta sesión se quiso trabajar la memoria mediante el recuerdo de las madres de cada uno de ellos. La sesión se desarrolló de una forma especial y emocional

Desarrollo de la sesión	debido a las emociones que genera el recordar a una madre. Se fue haciendo un recorrido desde los recuerdos de la primera infancia hasta la adulta haciendo hincapié en momentos significativos, consejos o frases que fuesen típicas de sus madres. La sesión dejó un sentimiento positivo, aunque un poco nostálgico, por el recuerdo que no puede volver pero que se integró de la forma más positiva posible para poder evitar el malestar en ellos.
<b>Sesión 12: “Mis conocimientos de jardinería”</b>	
Elementos necesarios	Jardín Interior, Semillas, Planteros, Utensilios de jardinería, tierra, agua
Objetivo de la sesión	Trabajar la memoria y las habilidades sociales, aumentar la sensación de bienestar traducido en calidad de vida, trabajar funciones ejecutivas, trabajar la fluidez verbal
Desarrollo de la sesión	<p>Para esta sesión nos trasladamos al jardín interior de la residencia. Empezamos la sesión recordando las habilidades de jardinería y agricultura que poseía cada uno y donde las había aprendido. Esto generó sentimientos en todos ellos debido a que casi todos habían aprendido por necesidad, aunque muchos de ellos recordaron momentos muy felices en sus casas junto a sus madres plantando.</p> <p>Después, se organizaron en pequeños grupos para plantar las diferentes semillas y bulbos por el jardín interior.</p> <p>Durante la sesión se trabajaron muchas funciones cognitivas, así como funciones ejecutivas, pero fue muy importante el trabajo en equipo que se realizó entre ellos lo que permitió aumentar su bienestar y reforzar la comunicación y las habilidades sociales.</p> <p>Mediante el trabajo en el jardín se consigue potenciar la calidad de vida al ver que ellos pueden aportar al desarrollo del lugar donde viven dándole un significado a su trabajo.</p>

### 11.3. Las sesiones en imágenes



## 11.4. Instrumento CCRQ

### CUESTIONARIO DE REHABILITACIÓN CENTRADO EN EL CLIENTE

versión española

#### INSTRUCCIONES

Por favor, **marque** la respuesta que más se aproxima a lo que usted piensa acerca de su experiencia como **persona ingresada** que recibe rehabilitación.

Cuando en el cuestionario se menciona al **personal del programa**, se incluye tanto al equipo médico como a enfermería y terapeutas que trabajan en su rehabilitación.

Por favor, marque una respuesta por cada pregunta. Si una pregunta no es aplicable a su situación, marque la última columna.

Puede pedir ayuda para responder las preguntas, siempre que las respuestas representen sus propios sentimientos. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

¿En qué medida está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?

	1 MUY DE ACUERDO	2 DE ACUERDO	3 NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	4 EN DESACU ERDO	5 MUY EN DESACU ERDO	NO APLICABLE
1. El personal del programa y yo decidimos juntos lo que podría ayudarme.	1	2	3	4	5	No aplicable
2. Me mantuvieron bien informado/a sobre mi progreso en áreas importantes para mí.	1	2	3	4	5	No aplicable
3. Mi familia/amigos recibieron el apoyo que necesitaban por parte del personal del programa.	1	2	3	4	5	No aplicable
4. El personal del programa me trató como a una persona y no como otro caso más.	1	2	3	4	5	No aplicable
5. El personal del programa trató de adaptarse a mis necesidades al programar mi terapia.	1	2	3	4	5	No aplicable
6. Se ha controlado mi dolor físico tanto como ha sido posible.	1	2	3	4	5	No aplicable

	1 MUY DE ACUERDO	2 DE ACUERDO	3 NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	4 EN DESACU ERDO	5 MUY EN DESACU ERDO	NO APLICABLE
7. El personal del programa ha tenido en cuenta mis necesidades individuales al planificar mis cuidados.	1	2	3	4	5	No aplicable
8. Me facilitaron la información adecuada sobre los servicios de apoyo en la comunidad <sup>1</sup> .	1	2	3	4	5	No aplicable
9. He conseguido lo que esperaba con mi programa de rehabilitación.	1	2	3	4	5	No aplicable
10. A mi familia/amigos se les facilitó la información que querían cuando la necesitaron.	1	2	3	4	5	No aplicable
11. He sido tratado/a con respeto y dignidad.	1	2	3	4	5	No aplicable
12. Mis manifestaciones de dolor fueron reconocidas por el personal del programa.	1	2	3	4	5	No aplicable
13. El personal del programa fue importante para mis necesidades de tratamiento, prioridades y objetivos.	1	2	3	4	5	No aplicable
14. El personal del programa y yo comentamos mi progreso juntos e hicimos los cambios que fueron necesarios.	1	2	3	4	5	No aplicable
15. Mi familia/amigos recibieron información para ayudar en la organización de mis cuidados en casa.	1	2	3	4	5	No aplicable
16. Durante mi programa de rehabilitación, sabía con quién ponerme en contacto si tenía problemas o preguntas.	1	2	3	4	5	No aplicable
17. He tenido el tiempo necesario para descansar y dormir.	1	2	3	4	5	No aplicable

<sup>1</sup> Cuando hablamos de servicios comunitarios nos referimos a servicios como ayuda a domicilio, asociaciones, etc. En el caso de no tener este servicio, contestar "No aplicable".

	1 MUY DE ACUERDO	2 DE ACUERDO	3 NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	4 EN DESACU ERDO	5 MUY EN DESACU ERDO	NO APLICABLE
18. Me animaron a participar en el planteamiento de mis objetivos.	1	2	3	4	5	No aplicable
19. He recibido la información que necesitaba cuando la quería.	1	2	3	4	5	No aplicable
20. He aprendido lo que necesitaba saber para manejar mi situación en casa.	1	2	3	4	5	No aplicable
21. Mi familia y amigos fueron tratados con respeto.	1	2	3	4	5	No aplicable
22. Sé con quién ponerme en contacto si tengo problemas después del alta.	1	2	3	4	5	No aplicable
23. Me han explicado completamente las opciones de tratamiento.	1	2	3	4	5	No aplicable
24. Me han explicado mi programa de terapia de forma que pudiera comprenderlo.	1	2	3	4	5	No aplicable
25. Mi familia/amigos han sido involucrados en mi rehabilitación tanto como yo quise.	1	2	3	4	5	No aplicable
26. Me he sentido cómodo/a expresando mis sentimientos al personal del programa.	1	2	3	4	5	No aplicable
27. El personal del programa intentó asegurar mi comodidad.	1	2	3	4	5	No aplicable
28. El personal del programa reconoció y se tomó en serio mis necesidades emocionales (preocupaciones, miedos, angustias).	1	2	3	4	5	No aplicable
29. Mis terapeutas, enfermeras y médicos trabajaron bien juntos.	1	2	3	4	5	No aplicable

Adaptado y traducido de: Cott CA, Teare G, McGilton KS, Lineker S. Reliability and construct validity of the client-centred rehabilitation questionnaire. *Disabil Rehabil.* 2006 Nov 30; 28(22): 1387-97. [Pub Med ID 17071570]