

Propiedades Psicométricas de una Versión Reducida de la Versión Portuguesa de la Escala de Funciones de Reminiscencia

Psychometric Properties of a Reduced-Item Version of the Portuguese Version of the Reminiscence Functions Scale

Rosa Marina Afonso¹, Manuel Mejía², Oscar Ribeiro³, Henrique Pereira⁴, Samuel Monteiro⁵, Graça Esgalhado⁶ y Marina Wöbbecking-Sánchez⁷

Resumen

El objetivo de este estudio es proporcionar una versión abreviada de la Escala de Función Reminiscente (RFS), manteniendo su estructura de ocho factores. Se comparan los modelos a partir de un análisis factorial confirmatorio de los datos de 223 adultos que respondieron a la escala original. La versión reducida muestra evidencia de validez convergente igual a la de la escala completa al correlacionar con depresión en personas con sintomatología depresiva, y otras varias correlaciones entre subescalas, particularmente «Bitterness revival» correlaciona positivamente con depresión y desesperanza, pero negativamente con satisfacción vital. La escala RFS abreviada, con 13 ítems menos que la RFS, con propiedades psicométricas robustas, facilita la implementación en intervenciones clínicas para mejorar el bienestar emocional en adultos mayores y el desarrollo de investigación en el campo de la comprensión psicológica de este proceso.

Palabras clave: reminiscencia, Escala de Función de Reminiscencia (RFS), adultos mayores

Abstract

The aim of this study is to provide an abbreviated version of the Reminiscence Function Scale (RFS), maintaining its eight-factor structure. The models are compared based on a confirmatory factor analysis of data from 223 adults who responded to the original scale. The shortened version shows evidence of convergent validity equal to that of the full scale in correlating with depression in persons with depressive symptomatology, and several other correlations between subscales, particularly “Bitterness revival” correlates positively with depression and hopelessness, but negatively with life satisfaction. The abbreviated RFS scale, with 13 fewer items than the RFS, with robust psychometric properties, facilitates implementation in clinical interventions to improve emotional well-being in older adults and the development of research in the field of psychological understanding of this process.

Keywords: reminiscence, Reminiscence Function Scale (RFS), older adults

¹Doctor. Departamento de Psicología y Educación, Universidad de Beira Interior, 6201-001, Covilhã, Portugal. Correo: rmafonso@ubi.pt. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2111-6873>

²Doctor. Escuela de Psicología, CETYS University, Campus Tijuana, 22210, Tijuana, Baja California, México. Correo: manuel.mejia@cetys.mx. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6049-4941>

³Doctor. Centro de Investigación de Tecnologías y Servicios de Salud del Laboratorio Asociado RISE – Red de Investigación en Salud (CINTESIS@RISE), Departamento de Educación y Psicología, Universidad de Aveiro, Portugal. Correo: oribeiro@ua.pt. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7301-3211>

⁴Doctor. Departamento de Psicología y Educación, Universidad de Beira Interior, Covilhã, Portugal Centro de Investigación en Ciencias del Deporte, Ciencias de la Salud y Desarrollo Humano (CIDESD), Vila Real, Portugal. Correo: hpereira@ubi.pt. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9448-682X>

⁵Doctor. NECE-UBI - Centro de Investigación en Ciencias Empresariales, Universidad de Beira Interior, Covilhã, Portugal. Correo: smonteiro@ubi.pt. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3507-9911>

⁶Doctor. Departamento de Psicología y Educación, Universidad de Beira Interior, Covilhã, Portugal. Correo: mgpe@ubi.pt. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4502-4156>

⁷Doctor. Universidad Pontificia de Salamanca, Facultad de Psicología. Correo: mwobbeckingsa@upsa.es. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6657-3210> (Autora de correspondencia)

Introducción

La reminiscencia es un tipo de intervención terapéutica para adultos mayores que ha mostrado efectos positivos en los niveles de función cognitiva (Irazoki et al., 2017; Mikkelsen et al., 2019; Villasán et al., 2023; Meléndez, Agusti & Satorres, 2020) y en dimensiones psicológicas como la sintomatología depresiva, la satisfacción con la vida, la ansiedad, la soledad y la calidad de vida (Laidlaw et al., 2023; Liu et al., 2021). Sus efectos positivos se han demostrado entre adultos mayores sin déficits cognitivos aparentes (por ejemplo, Xu et al., 2023) y, a pesar de tener menos solidez (Woods et al., 2018), entre personas con demencia en términos de funcionamiento cognitivo, calidad de vida, depresión, actividades de la vida diaria y síntomas neuropsiquiátricos (Cuevas et al., 2020; Saragih et al., 2022).

La intervención de la reminiscencia puede ayudar a las personas a reconciliarse con su pasado y a desarrollar la integridad, integrando el pasado en el presente y conduciendo a un aumento de la autoestima, al refuerzo de la identidad y a la resignificación de experiencias vitales (Martínez-Callado et al., 2020; Westerhof et al., 2010). Sin embargo, el impacto terapéutico de la reminiscencia no es lineal, y una cuestión importante es la planteada por Westerhof et al. (2014) sobre quién practica la reminiscencia, cómo se practica y sus efectos. Para que la reminiscencia tenga un impacto positivo, un aspecto importante a considerar es con qué funciones se logra la reminiscencia. Webster y Haight (1995) introdujeron el enfoque funcional de la reminiscencia y el uso de la taxonomía de las ocho funciones de la reminiscencia de Webster (1993, 1997), operada a través de la Escala de Funciones de la Reminiscencia (RFS), que permitió estudiar las relaciones entre las diferentes funciones y la salud y el bienestar.

Webster desarrolló la RFS a partir de su concepto que argumenta que la reminiscencia es el recuerdo y la interpretación actual de ciertas experiencias vitales que la persona ha vivido previamente, y se basa en taxonomías adicionales ya existentes, como la de Wong y Watt (1991). El estudio de Webster (1993) sobre la RFS se realizó con 710 participantes de

edades comprendidas entre los 17 y los 91 años, y para el análisis de los componentes principales se utilizaron los 43 ítems originales de la escala, con respuestas elegidas mediante una escala Likert de seis puntos y una solución de siete factores. Las funciones definidas fueron: (1) Identidad/resolución de problemas; (2) Preparación para la muerte; (3) Conversación; (4) Mantenimiento de la intimidad; (5) Reactivación de la amargura; (6) Enseñar e informar y (7) Reducción del aburrimiento. En 1997, en otro estudio en el que se utilizó la RFS, Webster dividió la función Identidad/resolución de problemas en dos factores, y la escala permitió evaluar ocho funciones de reminiscencia a partir de sus 43 ítems (Webster, 1997). Más tarde, en 2003, Webster desarrolló otro estudio con 985 participantes, y los resultados reprodujeron las ocho funciones de reminiscencia utilizando los 43 ítems del RFS (Webster, 2003).

El modelo tripartito de las ocho funciones de la reminiscencia (Cappeliez & O'Rourke, 2006; O'Rourke et al., 2011) surge al aplicar el RFS y al estudiar sus relaciones con la salud y el bienestar, utilizando tres factores de segundo orden: (i) autopositivo, que incluye la identidad, la preparación para la muerte y la resolución de problemas, todos ellos asociados con la salud mental y el bienestar (Alea & Bluck, 2013; O'Rourke et al., 2015; Ros et al., 2016); (ii) auto-negativo, que incluye la reactivación de la amargura, la reducción del aburrimiento y el mantenimiento de la intimidad, reflejando una fijación en la pérdida de personas o propósitos vitales y contribuyendo a que alguien permanezca en un ciclo de rumiación, asociado a un menor bienestar, sintomatología depresiva y peor salud (Cappeliez & O'Rourke, 2006; Korte et al., 2011; O'Rourke et al., 2011; Ros et al., 2016); y (iii) funciones prosociales, que incluyen la conversación y enseñar/informar, ya que desempeñan un papel importante en la salud y la regulación emocional (Cappeliez & O'Rourke, 2006; O'Rourke et al., 2011).

La reminiscencia se ha convertido en una de las estrategias de intervención más frecuentes entre las personas mayores (Noboa, 2023), e inherentemente, ha aumentado el interés y la necesidad del RFS como

herramienta para favorecer un estilo de reminiscencia adaptativa. La RFS es una de las escalas más robustas y utilizadas (Marques et al., 2023; Westerhof et al., 2014), ya que es un instrumento válido y sólido para evaluar las funciones de la reminiscencia en personas mayores, y ofrece la oportunidad de optimizar el impacto terapéutico de este tipo de intervención; además, el instrumento contribuye al desarrollo de la articulación en línea con las neurociencias en el ámbito de las redes de memoria autobiográfica.

La RFS ha sido traducida, validada y utilizada en varios idiomas, como francés (Mezred et al., 2006), español (Ros et al., 2016), portugués europeo (Goncalves et al., 2010), holandés, inglés/hebreo (O'Rourke et al., 2013), chino (Lou & Choy, 2014), checo, alemán, árabe y bengalí (Khait et al., 2022; Shimul & Ferdous, 2016). Esto ha contribuido a desarrollar el estudio de las funciones de la reminiscencia a partir de estudios transculturales, estudios longitudinales, estudios con poblaciones clínicas y grupos que han vivido acontecimientos históricos específicos de gran impacto, como el Holocausto (King et al., 2015). Sin embargo, la aplicación del RFS no está tan extendida como sería ideal, y una limitación importante es su extensión (de 43 ítems), que puede generar fatiga en los participantes (Marques et al., 2023), invalidando su aplicación. Por ello, se planteó la posibilidad de utilizar sólo los ítems que evalúan funciones específicas (El Haj & Antoine, 2016; Hallford et al., 2013; Ros et al., 2016) junto con el desarrollo de una versión más corta con sólo 29 ítems (Robitaille et al., 2010; Washington, 2009). Sin embargo, a pesar de sus buenas propiedades psicométricas, su uso es menos frecuente y se dispone de menos estudios de validación para otros países y culturas (cf. Marques et al., 2023). En China, por ejemplo, Lou y Choy (2014) examinaron la estructura factorial y las propiedades psicométricas de una versión de la RFS con solo 14 ítems que evaluaban cuatro funciones de la reminiscencia (reducción del aburrimiento, renacimiento de la amargura, resolución de problemas e identidad) entre 675 adultos mayores. La consistencia interna, indicada por el alfa de Cronbach, osciló entre .75 y .90 en los cuatro factores

y .91 para el RFS. Además, el análisis de correlaciones entre los cuatro factores y los síntomas de depresión para examinar la validez de los criterios indicó que las funciones negativas (reducción del aburrimiento y revivir la amargura) se correlacionan moderadamente con los síntomas de depresión ($r=.33$ y $.35$ respectivamente), mientras que las funciones positivas (resolución de problemas e identidad) mostraron correlaciones débiles ($r=.16$ y $.14$ respectivamente). Las propiedades psicométricas demostradas por esta versión abreviada de la RFS también la avalan como un instrumento sólido para medir las funciones de reminiscencia entre los adultos mayores.

En Portugal, Gonçalves et al. (2010) desarrollaron un estudio de adaptación de la escala para la población portuguesa con 628 participantes de entre 18 y 92 años. El estudio de las propiedades de la escala reveló una solución de cinco factores que explica el 54% de la varianza con una buena consistencia interna media (alfa de Cronbach media=.86). Sin embargo, dada su extensión, la RFS es poco utilizada en la investigación y en las intervenciones clínicas de reminiscencia en Portugal. Por lo tanto, la existencia de una versión abreviada para la población mayor, que es la principal beneficiaria de la estrategia de intervención de reminiscencia, aumentaría la viabilidad de la aplicación del RFS para comprender y desarrollar estrategias de implementación terapéutica más precisas. Por esta razón, este estudio tiene como objetivo evaluar la posibilidad de una versión reducida del RFS para la población portuguesa de edad avanzada basada en la versión portuguesa europea existente.

Método

Participantes

Este estudio reclutó a 223 participantes con edades comprendidas entre 60 y 101 años, la mayoría de los cuales eran mujeres (62.8% mujeres) de varias zonas de Portugal. La mayoría de los participantes estaban casados (64.1%) y tenían un nivel educativo mínimo de enseñanza primaria (véase la Tabla 1 para más detalles).

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variable	Overall
N	223
Sexo=Mujer (%)	140 (62.8)
Edad(media [SD])	73.23 (8.55)
Estado Civil (%)	
Otro	68 (30.5)
Soltero	12 (5.4)
Casado	143 (64.1)
Educación (%)	
Analfabetos	13 (5.8)
Alfabetizado	6 (2.7)
Primaria	133 (59.6)
Secundaria	60 (26.9)
Universidad	11 (4.9)

Nota. SD: Desviación Estándar.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico.

Esta herramienta incluía preguntas relativas a la edad, el sexo (femenino, masculino), el estado civil (soltero, casado, divorciado, otro) y la educación (ni lee ni escribe, lee y escribe, estudios primarios, estudios secundarios, estudios superiores).

Escala de Funciones de Reminiscencia (RFS).

Esta escala (Webster, 1993, 1997; adaptación portuguesa de Gonçalves et al., 2010) comprende 43 ítems en total, diseñados para medir las funciones de la reminiscencia en adultos. La RFS identifica ocho tipos de usos de la reminiscencia: Revivir la amargura (revivir y rumiar recuerdos sobre circunstancias difíciles de la vida, la pérdida de oportunidades y las desgracias); Reducción del aburrimiento (los recuerdos se utilizan para sustituir la falta de estímulo o la falta de interés); Conversación (comunicación personal de recuerdos como una forma de deber y compromiso social); Preparación para la muerte (recuerdos para hacer frente a los pensamientos sobre la propia vida a medida que se acerca el final); Identidad (mediante el uso de los recuerdos personales en la búsqueda de coherencia, valor y sentido de la vida, así como la consolidación del sentido de uno mismo); Mantenimiento de la intimidad (centrado en los recuerdos íntimos de las relaciones sociales que ya no forman parte de la propia vida); Resolución de problemas (conexión con el pasado para identificar situaciones anteriores y aplicar técnicas de afrontamiento a los retos actuales); y

Enseñar/informar (compartir recuerdos para transmitir una lección de vida y compartir ideologías personales). Las propiedades psicométricas del RFS para la muestra de este estudio se presentan en la sección de resultados.

Escala de desesperanza de Beck (BHS).

Esta escala corta (Beck et al., 1974, traducción al portugués de Cruz, 2000) evalúa las expectativas negativas de un individuo sobre la probabilidad de alcanzar objetivos importantes. La BHS tiene 20 afirmaciones que representan los tipos de afirmaciones pesimistas típicamente hechas por pacientes psiquiátricos con dos opciones de respuesta (verdadero o falso), y su aplicación lleva de 5 a 10 minutos aproximadamente. La escala se puntúa según el pesimismo, y una puntuación de 20 refleja el grado más alto. El BHS muestra una buena fiabilidad y consistencia interna (Beck et al., 1974), con un alfa de Cronbach de .88 en este estudio. Esta escala cuenta con versiones breves y en diferentes poblaciones (Baños et al., 2022).

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

Esta escala (Radloff, 1977; adaptación portuguesa de Gonçalves & Fagulha, 2003) se utilizó como instrumento para evaluar la depresión, ya que ofrece un lenguaje accesible, sensibilidad a pequeñas variaciones en la sintomatología depresiva y la posibilidad de ser aplicada verbalmente. La CES-D tiene cuatro subescalas (afecto depresivo, positivo, somático y relaciones interpersonales), aunque puede ser utilizada para evaluar una única dimensión: la sintomatología depresiva. En este estudio, la consistencia interna de la escala total mostró un alfa de Cronbach de .88.

Índice de Satisfacción Vital-A (ISV-A).

Esta escala (Neugarten et al., 1961; versión portuguesa de Martín, 2002) evalúa la satisfacción con la vida en la población adulta mediante 20 ítems. Para cada ítem/afirmación, la persona responde si está de acuerdo, en desacuerdo o no está segura. La escala asigna 2 puntos a las respuestas positivas, 0 a las negativas y 1 a las de «no sabe», proporcionando

un rango de 0 a 40, siendo las puntuaciones más altas las que indican mayor satisfacción. Este estudio arrojó un alfa de Cronbach de .84.

Mini Mental State Examination (MMSE).

Esta prueba fue elaborada por Folstein et al. 1975 y se emplea como cribado de demencias. Se trata de una escala sencilla en la que se valoran cinco áreas cognitivas: “Orientación”, “Memoria inmediata”, “Atención y Cálculo”, “Recuerdo” y “Lenguaje” (Sánchez et al., 2020). La máxima puntuación que puede obtenerse en esta prueba son 30 puntos y los cut-off point para la población Portuguesa son en función de la escolaridad, siendo 22 para literacia de 0 a 2 años, 24 para literacia entre 3 y 6 años e 27 para literacia igual o superior a 7 años. (Morgado et al., 2009). Este instrumento se ha utilizado como criterio de inclusión, para determinar que los participantes no tengan déficit cognitivo, y se han excluido participantes con puntuaciones por debajo del cut-off point para su escolaridad.

Procedimiento

Los datos se recogieron inicialmente de 240 personas mayores de 60 años (entre 60 y 102 años) de las redes de los investigadores, por lo que se trató de una muestra de conveniencia. Los criterios de inclusión fueron ciudadanos portugueses mayores de 60 años, sin distinción de sexo o educación. Los criterios de exclusión fueron si había signos de deterioro cognitivo en su resultado del Mini Mental State Examination (MMSE) o un 30% de ítems sin contestar en todas las escalas. Los valores de corte para el deterioro cognitivo en el MMSE, fueron 22 para 0 a 2 años de alfabetización, 24 para 3 a 6 años de alfabetización y 27 para más de 6 años de alfabetización (Morgado et al., 2009). Los datos fueron recogidos por cuatro psicólogos investigadores entre septiembre y diciembre de 2018. Los criterios de inclusión de los estudios se verificaron en entrevistas presenciales y, tras la entrevista, se aplicaron los instrumentos por escrito o en entrevistas a los participantes que cumplían los criterios. En el caso de los participantes analfabetos los cuestionarios se han leído / aplicado oralmente. Los datos se recolectaron en una sola sesión con una

duración de 20 a 40 minutos. El orden de aplicación de los diferentes cuestionarios fue contrabalanceado, tanto en las instancias escritas como en las entrevistas, y el Comité de Ética Interior de la Universidad de Beira (CE-UBI-Pj-2023-037-ID1815) aprobó el estudio.

Análisis de datos

La fiabilidad en consistencia interna se estimó calculando el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente omega para las puntuaciones totales y cada subescala del RFS. El coeficiente omega del Análisis Factorial (AF) para cada subescala se estimó como modelos de factor único, y para las puntuaciones totales como la puntuación total compuesta, donde los denominadores correspondían a las varianzas observadas, con el paquete semTools (Jorgensen et al., 2022). Además, se analizó la relación entre el RFS y otras variables, como la edad, la depresión, la desesperanza y la satisfacción con la vida, mediante correlaciones de Pearson para todo el RFS y para cada subescala. Además, se utilizaron las puntuaciones CES-D para agrupar a las personas con y sin sintomatología depresiva, tras lo cual se compararon los grupos en términos de sus puntuaciones RFS mediante pruebas *t* independientes, informando de los tamaños del efecto con la *D* de Cohen, y todos los análisis se completaron utilizando el software estadístico R versión 4.2.1.

Para reducir el RFS, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) con el modelo de ocho factores de Webster (1997) con el paquete lavaan en R (Rosseel, 2012), estimado con estimaciones robustas de máxima verosimilitud (RML). Asimismo, se utilizaron índices de modificación para cada ítem para identificar cargas cruzadas, que fueron los primeros ítems considerados candidatos a ser eliminados. A continuación, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) para detectar los ítems que no cargan en los factores esperados. Los modelos resultantes se compararon mediante valores de diagnóstico, eligiendo el modelo con valores más altos de índice de ajuste comparativo (CFI) e índice de Tucker-Lewis (TLI) y valores más bajos de error medio cuadrático de aproximación (RMSR), residuo

medio estandarizado (SRMR) y criterio de información bayesiano (BIC). Los índices se utilizaron para evaluar la adecuación del modelo a los datos, y se consideró un ajuste adecuado si $RMSEA \leq .08$, $SRMR \leq .08$ y $CFI \geq .90$ y un buen ajuste si $RMSEA \leq .05$, $SRMR \leq .05$ y $CFI \geq .95$ (Browne y Cudeck, 1993; West et al., 2012).

Resultados

En primer lugar, se presentan los resultados de fiabilidad y las pruebas de validez de la escala completa de 43 ítems. A continuación, se presentan los modelos comparados para obtener una versión reducida de la escala RFS con sólo 30 ítems, resultante del proceso de reducción de la escala descrito en la sección de análisis, así como sus datos de fiabilidad y evidencias de validez.

RFS a escala real

Fiabilidad

El instrumento RFS presentó alta fiabilidad por consistencia interna en las puntuaciones totales según los coeficientes alfa y omega, y todas las subescalas presentaron valores superiores a .80 para ambos índices (ver Tabla 2).

Relación con la edad, BHS, CES-D y LSI-A

Las puntuaciones RFS se correlacionaron significativamente con la edad de los participantes ($r=.26$, $p<.001$). La edad también se correlacionó significativamente con las subescalas Reducción del

aburrimiento ($r=.34$, $p<.001$), Preparación para la muerte ($r=.40$, $p<.001$), Identidad ($r=.15$, $p=.029$), Mantenimiento de la intimidad ($r=.21$, $p=.002$) y Reactivación de la amargura ($r=.22$, $p<.001$) (ver Tabla 3). Mientras tanto, el nivel educativo mostró diferencias significativas en todas las puntuaciones de las escalas del RFS, y los análisis post hoc observaron un patrón general en el sentido de que los niveles educativos más altos, en particular en el nivel postsecundario, se correlacionaban con puntuaciones medias más bajas en el RFS. Hombres y mujeres mostraron diferencias significativas en las puntuaciones totales del RFS ($t_{(181)}=-2.99$, $p=.008$, $d=-.41$; Hombres=3.40, Mujeres=3.79).

También hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en las subescalas de «Reducción del aburrimiento» ($t_{(195)}=-3.14$, $p=.006$, $d=-.43$; Hombres=2.87, Mujeres=3.41), «Identidad» ($t_{(185)}=-2.36$, $p=.033$, $d=-.32$; Hombres=3.73,

Tabla 3. Correlaciones de Pearson entre la edad y las escalas de desesperanza (BHS), depresión (CES-D), satisfacción vital (LSI-A), funciones de reminiscencia (RFS) y sus subescalas

Valor RFS	<i>r</i>	<i>p</i>
BHS	.350	<.001
CES-D	.250	<.001
LSI-A	-.240	<.001
RFS		
Escala original	.260	<.001
Escala reducida	.280	<.001
Reducción del aburrimiento		
Escala original	.340	<.001
Escala reducida	.360	<.001
Preparación para la muerte		
Escala original	.400	<.001
Escala reducida	.390	<.001
Identidad		
Escala original	.150	.029
Escala reducida	.130	.086
Resolución de problemas		
Escala original	.027	.686
Escala reducida	.043	.522
Conversación		
Escala original	.078	.271
Escala reducida	.062	.405
Mantenimiento de la intimidad		
Escala original	.210	.002
Escala reducida	.220	.002
Renacimiento de la amargura		
Escala original	.220	.002
Escala reducida	.240	<.001
Enseñar a informar		
Escala original	.140	.046
Escala reducida	.096	.198

Nota. Valores *p* ajustados con Benjamini-Hochberg.

Tabla 2. Puntuaciones de fiabilidad interna de la versión original y reducida de la RFS (alfa de Cronbach y omega del análisis factorial)

Factores	Escala original (43 ítems)		Versión reducida (30 ítems)	
	alpha	omega	alpha	omega
RFS Total	.963	.938	.946	.952
Reducción del aburrimiento	.881	.903	.867	.882
Preparación para la muerte	.892	.899	.892	.899
Identidad	.853	.872	.760	.785
Resolución de problemas	.826	.842	.827	.835
Conversación	.871	.884	.797	.817
Mantenimiento de la intimidad	.862	.882	.820	.838
Reactivación de la margura	.805	.843	.797	.825
Enseñar informar	.850	.878	.839	.855

Tabla 4. Comparación entre personas con y sin sintomatología depresiva en las puntuaciones RFS: Escala completa (43 ítems) y versión reducida (30 ítems)

Variable	Media No-deprimido	Media Deprimido	<i>t</i>	<i>df</i>	Conf low	Conf high	<i>p</i>	<i>d</i>
BHS	5.22	8.81	-5.55	216.90	-4.87	-2.32	<.001	-.74
LSI	1.35	.95	6.80	209.64	.29	.52	<.001	.92
RFS								
Escala original	3.43	3.82	-2.99	207.29	-.65	-.13	.005	-.40
Escala reducida	3.35	3.77	-3.29	209.94	-.68	-.17	.003	-.44
Reducción del aburrimiento								
Escala original	2.91	3.45	-3.10	212.15	-.87	-.19	.004	-.42
Escala reducida	2.83	3.34	-2.81	214.30	-.87	-.15	.010	-.38
Preparación para la muerte								
Escala original	2.73	3.44	-3.74	204.45	-1.09	-.34	.001	-.51
Escala reducida	2.57	3.35	-3.95	207.01	-1.16	-.39	<.001	-.53
Identidad								
Escala original	3.83	4.02	-1.30	211.12	-.47	.10	.238	-.17
Escala reducida	3.77	3.95	-1.13	212.05	-.48	.13	.336	-.15
Resolución de problemas								
Escala original	3.68	3.81	-.93	201.80	-.42	.15	.392	-.13
Escala reducida	3.78	3.89	-.68	201.66	-.40	.20	.495	-.09
Conversación								
Escala original	3.53	3.78	-1.54	204.35	-.58	.07	.170	-.21
Escala reducida	3.43	3.70	-1.57	207.21	-.60	.07	.176	-.21
Mantenimiento de la intimidad								
Escala original	4.19	4.79	-3.51	203.15	-.94	-.26	.001	-.47
Escala reducida	4.22	4.87	-3.85	199.86	-1.00	-.32	<.001	-.52
Renacimiento de la amargura								
Escala original	2.61	3.35	-4.52	217.49	-1.06	-.41	<.001	-.61
Escala reducida	2.36	3.21	-4.88	217.79	-1.19	-.50	<.001	-.65
Enseñar a informar								
Escala original	4.17	4.20	-.19	202.36	-.34	.28	.847	-.03
Escala reducida	4.52	4.41	.73	213.18	-.19	.42	.495	.10

Nota. Valores *p* ajustados con corrección Benjamini-Hochberg para comparaciones múltiples. *df*=grados de libertad; Conf bajo/alto=95% Intervalos de confianza; *d*=*D* de Cohen.

Mujeres=4.06), «Mantenimiento de la intimidad» ($t_{((159))}=-3.49$, $p<.001$, $d=-.49$; *Hombres*=4.13, *Mujeres*=4.75), y «Renacimiento de la amargura» ($t_{((198))}=-3.21$, $p=.006$, $d=-.43$; *Hombres*=2.69, *Mujeres*=3.22). Ninguna de las escalas restantes mostró más diferencias de género.

Las puntuaciones totales del RFS demostraron una diferencia significativa entre las personas con o sin sintomatología depresiva ($t_{((207))}=-2.99$, $p=.005$, $d=-.40$), y también hubo diferencias significativas en la Reducción del aburrimiento ($t_{((212))}=-3.10$, $p=.004$, $d=-.42$), Preparación para la muerte ($t_{((204))}=-3.74$, $p<.001$, $d=-.51$), Mantenimiento de la intimidad ($t_{((203))}=-3.51$, $p<.001$, $d=-.47$) y Reactivación de la amargura ($t_{((217))}=-4.52$, $p<.001$, $d=-.61$). Las restantes subescalas no mostraron diferencias significativas entre estos grupos (véase la Tabla 4).

Al analizar a todos los participantes, la puntuación total del RFS se correlacionó positivamente con la CES-D, y cuatro subescalas se

correlacionaron positivamente con la CES-D, el LSI y el BHS: F1 (Reducción del aburrimiento), F2 (Preparación para la muerte), F6 (Mantenimiento de la intimidad) y F7 (Reactivación de la amargura). Sin embargo, la subescala F3 (Identidad) sólo se correlacionó con CES-D, y las restantes subescalas no mostraron relaciones significativas con CES-D, LSI o BHS. Además, las correlaciones positivas de RFS con CES-D y BHS no se esperaban de estudios anteriores, por lo que se separó la muestra según la sintomatología depresiva: por encima del punto de corte y por debajo del punto de corte en las puntuaciones de CES-D. Además, cuando se analizaron las mismas correlaciones con personas por encima del punto de corte en la CES-D (es decir, con altos niveles de sintomatología depresiva autoinformada), tanto el total como las subescalas F1 (Reducción del aburrimiento), F2 (Preparación para la muerte), F6 (Mantenimiento de la intimidad) y F7 (Reactivación de la amargura) continuaron con correlaciones positivas significativas con la CES-D

Tabla 5. Correlaciones entre las puntuaciones de la Escala de Funciones Reminiscentes (RFS) en la versión original (43 ítems) y reducida (30 ítems)

Factor	Todos los participantes (n=223)			CES-D por encima del umbral (n=124)			CES-D por debajo del umbral (n=99)		
	BHS	CES-D	LSI	BHS	CES-D	LSI	BHS	CES-D	LSI
RFS									
Escala original	.11	.31***	-.11	.09	.31***	-.08	-.01	.12	.04
Escala reducida	.13*	.34***	-.13*	.10	.35***	-.12	.02	.13	.04
Reducción del aburrimiento									
Escala original	.24***	.36***	-.21**	.16	.40***	-.15	.23*	.16	-.13
Escala reducida	.26***	.35***	-.21**	.18	.42***	-.14	.27**	.16	-.15
Preparación para la muerte									
Escala original	.14*	.31***	-.14*	.10	.26**	-.10	.02	.09	.02
Escala reducida	.15*	.33***	-.17*	.10	.28**	-.15	.01	.07	.03
Identidad									
Escala original	-.02	.17*	.05	-.01	.18*	.08	-.11	.13	.11
Escala reducida	-.08	.14*	.07	-.09	.15	.09	-.15	.14	.15
Resolución de problemas									
Escala original	-.09	.12	.07	-.02	.15	-.01	-.24*	.05	.24*
Escala reducida	-.06	.12	.04	.02	.18	-.05	-.21*	.07	.21*
Conversación									
Escala original	-.07	.11	.04	-.08	.11	.01	-.16	-.11	.19
Escala reducida	-.07	.12	.03	-.08	.13	-.02	-.15	-.12	.19
Mantenimiento de la intimidad									
Escala original	.17*	.32***	-.18**	.13	.27**	-.07	.06	.19	-.12
Escala reducida	.15*	.33***	-.17*	.09	.25**	-.04	.05	.21*	-.10
Renacimiento de la amargura									
Escala original	.32***	.44***	-.29***	.28**	.42***	-.26**	.20*	.25*	-.11
Escala reducida	.35***	.46***	-.32***	.30***	.43***	-.28**	.24*	.25*	-.15
Enseñar a informar									
Escala original	-.05	.08	.04	-.06	.16	.02	-.05	.03	.08
Escala reducida	-.09	.02	.09	-.12	.12	.05	-.01	<-.01	.10

Nota. Uncorrected Pearson correlations. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

(véase la Tabla 5). Por el contrario, cuando se analizaron las mismas correlaciones únicamente con los participantes por debajo del punto de corte en CES-D, sólo la subescala F7 (Bitterness revival) mostró una correlación positiva con CES-D y BHS, y las restantes subescalas y el total no presentaron correlaciones significativas con CES-D. Mientras tanto, la subescala F1 (Reducción del aburrimiento) se correlacionó positivamente con BHS, y la subescala F4 (Resolución de problemas) se correlacionó negativamente con BHS y positivamente con LSI.

Versión reducida del RFS

En cuanto a los resultados de la utilización de una versión reducida del RFS, se utilizó un AFC para verificar la adecuación del modelo de ocho factores con 43 ítems previamente reportados en la literatura. A continuación, se eliminaron los ítems que presentaban cargas cruzadas entre factores (utilizando como criterio los índices de

modificación, ítems: 3, 4, 6, 7, 9, 14, 15, 19, 26, 27 y 30), y se considera que el ajuste del modelo con 32 ítems y ocho factores mejoró significativamente (ver los ítems de cada factor en cada versión dentro de la Tabla S1 - Material suplementario). Por último, a partir de un AFE, se eliminaron dos ítems (10 y 24) que no se clasificaban en el factor esperado según el resultado de un análisis paralelo. Así, el modelo final es el modelo con 30 ítems y ocho factores que aquí se presenta, mostrando el mejor ajuste entre los modelos comparados (valores más altos de CFI y TLI, y valores más bajos de RMSEA, SRMR y BIC, ver Tabla 6). Los detalles de los ítems de cada versión se presentan en la Tabla S1 del material suplementario.

Fiabilidad

La versión de ítems reducidos del RFS mostró una consistencia interna excelente tanto en los coeficientes alfa de Cronbach como en el omega, y siete de las subescalas han mostrado niveles iguales, superiores a .80 en ambos coeficientes, excepto la

Tabla 6. Comparación de modelos de la versión original (43 ítems) y reducida (30 ítems) del RFS

Modelos	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC	BIC
8 factores						
43 ítems	.867	.855	.067	.076	26.156.331	26.528.867
32 ítems	.931	.921	.055	.052	20.190.384	20.494.288
30 ítems	.936	.926	.055	.052	18.995.734	19.286.425
29 ítems (Robitaille et al., 2010)	.921	.908	.062	.067	18.063.734	18.346.958
4 factores						
16 ítems	.944	.932	.067	.051	10.926.665	11.053.855
14 (Lou & Choy, 2014)	.980	.974	.041	.045	9.699.231	9.813.032

subescala F3 (Identidad), que mostró un valor omega de .786, aún considerado aceptable (véase la Tabla 2).

Correlaciones de la versión reducida del RFS

La versión de ítems reducidos de la RFS siguió detectando una correlación positiva con la edad y las diferencias entre personas con y sin sintomatología depresiva mostradas por la escala completa (véase la Tabla 3). La versión reducida de la RFS, al igual que la escala original, demostró una diferencia significativa entre las personas con y sin sintomatología depresiva ($t_{(210)} = -3.29, p = .003, d = -.44$). Al igual que en el RFS original, se encontraron diferencias significativas en la reducción del aburrimiento ($t_{(214)} = -2.81, p = .010, d = -.38$), Preparación para la muerte ($t_{(207)} = -3.95, p < .001, d = -.53$), Mantenimiento de la intimidad ($t_{(200)} = -3.85, p < .001, d = -.52$) y Renacimiento de la Amargura ($t_{(218)} = -4.88, p < .001, d = -.65$) subescalas (ver Tabla 4). La versión reducida del RFS también mostró diferencias significativas por género ($((t_{(183)}) = -3.19, p = .005, d = -.44$; Hombres=3.32, Mujeres=3.74). El mismo conjunto de subescalas también mostró diferencias significativas en función del género: «Reducción del aburrimiento» ($t_{(199)} = -3.03, p = .006, d = -.41$; Hombres=2.78, Mujeres=3.32), «Identidad» ($t_{(184)} = -2.85, p = .009, d = -.39$; Hombres=3.59, Mujeres=4.04), «Mantenimiento de la intimidad» ($t_{(159)} = -3.46, p = .004, d = -.49$; Hombres=4.19, Mujeres=4.81), y «Renacimiento de la amargura» ($t_{(199)} = -3.38, p = .004, d = -.46$; Hombres=2.46, Mujeres=3.05). Ninguna de las escalas restantes mostró más diferencias significativas entre sexos.

Los patrones diferenciados de correlaciones entre

el RFS y la CES-D, el LSI y el BHS que separaban a las personas con puntuaciones altas en la CES-D también siguieron siendo identificables en la versión de 30 ítems del RFS (véase la Tabla 5). Por ejemplo, entre las personas con sintomatología depresiva, la reducción del aburrimiento mostró una relación con la CES-D, pero no con la BHS. Por el contrario, en personas sin sintomatología depresiva, este patrón se invierte, donde la reducción del aburrimiento se relaciona con la BHS, pero no con la CES-D. Otra subescala importante que mostró el mismo patrón que la original es Resolución de problemas, que mostró una correlación negativa con BHS y una correlación positiva con LSI-A, y también se detectó en la versión de ítems reducidos del RFS.

Discusión

Este estudio evaluó el RFS en su versión de 43 ítems con una muestra de personas mayores de 60 años en Portugal, analizando su fiabilidad y validez para proponer una versión reducida con 30 ítems y mejores pruebas de validez para el modelo de ocho dimensiones, así como una fiabilidad comparable. En general, la versión de 30 ítems del RFS mostró relaciones con la desesperanza, la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida, lo que subraya su uso clínico. La RFS-30 también mostró correlaciones significativas con la edad y diferencias entre personas con o sin sintomatología depresiva, lo que refuerza los importantes pilares de las intervenciones de reminiscencia. Los resultados también apoyan los estudios que consideran la reminiscencia un proceso que, cuando se inicia pronto, se intensifica con la vejez (e.g. Westerhof et al., 2010) y sugiere que, considerando un grupo de personas mayores, la tendencia a la reminiscencia se

intensifica en aquellas con una mayor frecuencia global. Este estudio permite, además, discutir especificidades de los resultados relativos a las funciones de reminiscencia y estructura de los factores que pueden estar relacionadas con características de la cultura Portuguesa.

Los datos obtenidos en este estudio refuerzan que las funciones con las que se rememora en la vejez difieren en las personas con y sin sintomatología depresiva. Los participantes en el estudio con sintomatología depresiva utilizan más la reminiscencia, y estas diferencias fueron estadísticamente significativas en cuanto a las tres funciones auto-negativas según el modelo tripartito de funciones de reminiscencia (cf. Cappeliez & O'Rourke, 2006; O'Rourke et al., 2011). Es decir, los participantes con sintomatología depresiva activan con mayor frecuencia las funciones de Reducción del aburrimiento, Mantenimiento de la intimidad y Reactivación de la amargura, lo que refuerza la necesidad de conocer y evaluar el patrón de esta activación, que puede estar asociada a un menor bienestar, sintomatología depresiva y menor salud para, de hecho, posibilitar la activación de otras funciones o plantearse la necesidad de trabajar -a nivel clínico- con estrategias alternativas a la reminiscencia para mejorar el bienestar. Además, los resultados indican que los participantes con sintomatología depresiva utilizan con mayor frecuencia la función Preparación para la muerte, que se encuentra entre las funciones autopositivas y podría sugerir la necesidad de mejorar este modelo. Por otro lado, este resultado puede estar relacionado con el contexto cultural de los participantes y el hecho de no ser común, en la cultura Portuguesa, integrar y hablar de la muerte en un registro normal, sino que se encuentra más asociado a un funcionamiento más depresivo. En concreto, las subescalas Reducción del aburrimiento y Reactivación de la amargura mostraron relaciones significativas con la desesperanza y la sintomatología depresiva, mientras que la subescala Resolución de problemas mostró una relación negativa con la desesperanza y positiva con la satisfacción con la vida. La diferencia aportada por estas subescalas pone de manifiesto su potencial uso

clínico en el contexto de las terapias psicológicas basadas en la reminiscencia, y estos resultados coinciden con otros estudios que han identificado una disminución de los síntomas depresivos y mejoras en la calidad de vida de los adultos mayores, así como en sus estados de ánimo, autoaceptación y relaciones interpersonales (González et al., 2015), aunque presenten, también especificidades que puedan estar relacionados con el contexto cultural de los participantes. Así, estudios recientes destacan la importancia de conocer qué factores contribuyen a entender qué intervenciones cognitivas pueden ayudar a los profesionales clínicos a enfocar los tratamientos en estas áreas para prevenir trastornos neurocognitivos y psicológicos en los pacientes (Justo et al., 2022).

Varios autores han desarrollado modelos que explican la relación que se establece entre las funciones de reminiscencia y el bienestar en el proceso de envejecimiento (Cappeliez & O'Rourke, 2006). Por ejemplo, O'Rourke et al. (2011) afirman que las funciones de reminiscencia interfieren en el bienestar subjetivo a través de dos posibles mecanismos: uno que mejora la valoración positiva de uno mismo a través de la resolución de problemas y las funciones de identidad, y un segundo mecanismo encargado de desencadenar valoraciones negativas de uno mismo a través de la reducción del Aburrimiento y la Reactivación de la Amargura. Estudios anteriores (Korte et al., 2011; Cappeliez et al., 2005; Westerhof et al., 2010) ya habían analizado la asociación de las subescalas del RFS con la salud mental y concluyeron una importante relación con el bienestar psicológico. En el presente estudio, encontramos una relación positiva entre el uso de la reminiscencia y la sintomatología depresiva, lo que significa que una mayor reminiscencia está relacionada con una mayor sintomatología depresiva. Estos resultados se alinean con lo planteado por las investigaciones realizadas en los últimos años, que se dividen por subescalas de reminiscencia y si la terapia se realiza de forma individual o grupal. En el mismo sentido, Westerhof y Bohlmeijer (2014) distinguen entre las subescalas asociadas a una mayor salud mental (Identidad, Preparación para la muerte y Resolución de problemas) y las subescalas

de reminiscencia asociadas a una menor salud mental en los participantes (Reducción del aburrimiento, Reactivación de la amargura y Mantenimiento de la intimidad). Otras investigaciones afirman que la reminiscencia grupal disminuye la sintomatología depresiva (Syed et al., 2015), además de ser eficaz para mejorar las funciones cognitivas (Huang et al., 2015).

Entre las potencialidades de este estudio está la propuesta de una versión de la RFS con 13 ítems menos que la versión existente y adaptada a la población portuguesa. Este estudio apoya que una versión reducida de la RFS con 30 ítems es fiable en la evaluación de las ocho funciones de la reminiscencia del modelo original de Webster (1993, 1997), aumentando las posibles aplicaciones de la escala. En general, los resultados coinciden con los del estudio anteriormente mencionado de Lou y Choy (2014), pero difieren en algunos otros elementos como los siguientes: los ítems del Factor 1 (Reducción del aburrimiento) son los mismos, pero en el Factor 3 (Identidad), esta versión incluye el ítem 26: «Recordar mi pasado me ayuda a definir quién soy ahora», que ha sido sustituido por el ítem 32: «Para intentar comprender mejor» en este análisis. En cuanto al Factor 4 (Resolución de problemas), nuestra versión tiene un ítem extra, que es el ítem 12: «Para ayudar a resolver alguna dificultad actual», y en cuanto al Factor 7 (Revivir la amargura), la versión actual tiene un ítem extra, que es el ítem 13: «Para mantener vivos los recuerdos dolorosos». Estas diferencias en cuanto a ítems de cada factor, pueden estar relacionadas con las especificidades culturales de los participantes que explican, por ejemplo, que la reminiscencia sea más relevante para ayudar a solucionar problemas actuales o para que la persona defina su identidad, que en otros contextos culturales. Por otro lado, como limitaciones de este estudio se destaca el reducido tamaño de la muestra, que limita la elaboración de un estudio estadístico más robusto de la escala. El hecho de que la muestra de hombres tenga un tamaño menor a 100, no ha permitido la realización de modelos factoriales para obtener soluciones estables. Por otro lado, sería recomendable utilizar una muestra más

representativa de la población Portuguesa para ser viable un estudio transcultural de las especificidades de la reminiscencia en personas mayores de Portugal comparativamente a la personas de otros países. Sería también importante la inclusión de otras variables además de las incluidas en este estudio (satisfacción con la vida, desesperanza y depresión) para una comprensión psicológica más amplia del proceso psicológico de reminiscencia y sus funciones. Otra limitación puede ser el diseño transversal de este estudio, la posibilidad de desarrollo de estudios longitudinales en un futuro, que serán facilitados con esta versión más reducida de la RFS, lo cual permitirá desarrollar una perspectiva de evolución de las funciones de la reminiscencia y el análisis de tendencia más o menos estable a lo largo de la edad adulta y vejez.

La reminiscencia se enfrenta a importantes retos en cuanto al registro, acceso y divulgación de materiales autobiográficos debido al creciente uso de herramientas digitales por parte de la población mayor. Teniendo esto en cuenta, y dado el amplio uso de la reminiscencia, es crucial continuar el estudio de las funciones de la reminiscencia y sus implicaciones, de modo que sea posible desarrollar su potencial terapéutico y positivo para el desarrollo humano. Así, la versión abreviada de la RFS propuesta en este estudio contribuye a aumentar la facilidad con la que se puede evaluar la reminiscencia para identificar y describir perfiles de activación de funciones y desarrollar intervenciones terapéuticas centradas en la promoción de funciones adaptativas.

Conclusiones

1. Es posible utilizar una versión reducida del RFS estudiado con una población de personas mayores, lo que favorece su aplicabilidad y reduce el tiempo necesario para su administración, así como la fatiga que sienten los participantes.

2. La escala de 43 ítems se ha reducido a 30 ítems sin perder consistencia, y muestra un mejor ajuste al modelo de ocho factores de la reminiscencia que la versión original.

3. Este estudio demuestra la importancia de ampliar el uso de la RFS y la importancia de

desarrollar más análisis a nivel de sus factores en varios sentidos.

4.El RFS se considera una herramienta especialmente útil para la práctica clínica y la investigación porque proporciona información sobre las funciones de memoria que se activan, lo cual es crucial para promover un estilo de reminiscencia adaptativo.

Agradecimientos

Este trabajo contó con el apoyo de los Fondos Nacionales a través de FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., dentro de la Unidad de I+D de CINTESIS (UIDB/4255/2020 y UIDP/4255/2020) y en el ámbito del proyecto RISE (LA/P/0053/2020).

Declaración de divulgación

Los autores informan de que no hay intereses contrapuestos que declarar.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos que respaldan los resultados de este estudio están disponibles en

<https://osf.io/m6ueh/>.

Contribuciones de los autores

Rosa Marina Afonso: Conceptualización; Redacción-Revisión y Edición; Recursos; Supervisión. Manuel Mejía: Recopilación de datos, visualización, análisis formal, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición. Henrique Pereira, Samuel Monteiro y Graça Esgalhado: selección y visualización de muestras. Oscar Ribeiro: Conceptualización; Redacción-Revisión y Edición; Recursos; Supervisión. Marina Wöbbekeing: Conceptualización; Redacción-Revisión y Edición.

Referencias

- Alea, N., & Bluck, S. (2013). When does meaning making predict subjective well-being? Examining young and older adults in two cultures. *Memory*, 21, 44-63. <https://doi.org/10.1080/09658211.2012.704927>
- Atchley, C. (1971). Retirement and leisure participation: continuity or crisis? *The Gerontologist*, 11, 13-17. https://doi.org/10.1093/geront/11.1_part_1.13
- Baddeley, A. (2012). Working Memory: Theories, Models, and Controversies. *Annual Review of Psychology*, 63, 1-29. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100422>
- Baños-Chaparro, J., Delgado, FL., Ynquillay-Lima, P., Jacobi-Romero, DJ y Guillén, FGF (2022). Escala de Desesperanza de Beck: Un Análisis Psicométrico de la Versión Breve en Adultos Peruanos/Escala de Desesperanza de Beck: Un Análisis Psicométrico de la Versión Breve en Adultos Peruanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, (65), 85-97. <https://doi.org/10.21865/RIDEP65.4.07>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>.
- Berntsen, D. & Bohn, A. (2010). Remembering and forecasting: The relation. *Memory & Cognition*, 38 (3), 265-278. <https://doi.org/10.3758/MC.38.3.265>
- Browne, M.W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In: Bollen, K.A., Long, J.S. (eds.) *Testing structural equation models*, pp. 136-162. Sage Publications.
- Cappeliez, P. & O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61 (4), P237-P244. 10.1093/geronb/61.4. p237
- Cappeliez, P., O'Rourke, N. & Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging & Mental Health*, 9 (4), 295-301. <https://doi.org/10.1080/13607860500131427>
- Cruz, J. (2000). Terapia cognitiva de los intentos de suicidio: Cambiando historias de muerte por historias de vida. [Doctoral Dissertation,

- Universidad de Sevilla]. Depósito de Investigación de la Universidad de Sevilla. <https://idus.us.es/handle/11441/72512>
- Cruz, J. (2000). Terapia cognitiva de los intentos de suicidio: Cambiando historias de muerte por historias de vida Depósito de Investigación de la Universidad de Sevilla. <https://idus.us.es/handle/11441/72512>
- Cuevas, P. E. G., Davidson, P. M., Mejilla, J. L., & Rodney, T. W. (2020). Reminiscence therapy for older adults with Alzheimer's disease: A literature review. *International Journal of Mental Health and Nursing*, 29 (3), 364-371. <https://doi.org/10.1111/inm.12692>.
- El Haj, M., Antoine, P., & Nandrino, J. L. (2016). More emotional facial expressions during episodic than during semantic autobiographical retrieval. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 16 (2), 374-381. <https://doi.org/10.3758/s13415-015-0397-9>.
- Erikson, E. H. (1998). *The life cycle completed. Extended version with new chapters on the ninth stage by Joan M. Erickson*. Norton.
- Gonçalves, B., y Fagulha, T. (2003). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). IN M.M. Gonçalves, M.R. Simões, L. Almeida y C. Machado (Coords.): *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População portuguesa*, Vol. I (pp. 33-43). Quarteto Editora.
- Goncalves, D.C., Guedes, J.M., Fonseca, A.M. & Martín, I. (2010). Psychometric properties of the Reminiscence Functions Scale for the Portuguese population: A preliminary report. *International Journal of Aging Human Development*, 71 (2), 153-166. <https://doi.org/10.2190/AG.71.2.d>.
- González-Arévalo, K.A. (2015). Terapia de reminiscencia y sus efectos en los pacientes mayores con demencia. *Psicogeriatría*, 5 (3), 101-111.
- González, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A. & Meléndez, J.C. (2015). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics*, 27, 1731-7. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000344>
- Gonzalez, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A., & Meléndez, J. C. (2015). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics*, 27 (10), 1731-1737. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000344>
- Hallford, D. J., Mellor, D., & Cummins, R. A. (2013). Adaptive autobiographical memory in younger and older adults: The indirect association of integrative and instrumental reminiscence with depressive symptoms. *Memory*, 21 (4), 444-457. <https://doi.org/10.1080/09658211.2012.736523>.
- Irazoki, E., García, J.A., Sánchez, J., & Franco, M. (2017). Eficacia de la Terapia de Reminiscencia grupal en personas con demencia. Revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de Neurología*, 65 (10), 447-456. <https://doi.org/10.33588/rn.6510.2017381>
- Jorgensen, T. D., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A. M., & Rosseel, Y. (2022). *semTools: Useful tools for structural equation modeling [R package version .5-6]*. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=semTools>
- Justo-Henriques, S.I., Carvalho, J.O., Pérez-Sáez, E., Neves, H., Parola, V., Alves-Apóstolo, J.L.(2022). Ensayo aleatorio de terapia de reminiscenceindividual para older adults con deterioro cognitivo: un análisis de respuesta de tres meses. *Revista de Neurología*, 74, 107-116. <https://doi.org/10.33588/rn.7404.2021322>.
- Khait, A. A., Menger, A., & Shellman, J. (2022). Psychometric Testing of the Arabic Version of the Reminiscence Functions Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 30 (3), 388-406. <https://doi.org/10.1891/JNM-D-20-00113>.
- King, D. B., Cappeliez, P., Carmel, S., Bachner, Y. G., & O'Rourke, N. (2015). Remembering genocide: The effects of early life trauma on reminiscence functions among Israeli holocaust survivors. *Traumatology*, 21 (3), 145-152. <https://doi.org/10.1037/trm0000040>
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., & Pot, A. M. (2011). Reminiscence and adaptation to critical life events in older adults with mild to

- moderate depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 15(5), 638–646.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2010.551338>
- Laidlaw, R. J., McGrath, R., Adams, C., Kumar, S. & Murray, C. M. (2023). Improved Mental Health, Social Connections and Sense of Self: A Mixed Methods Systematic Review Exploring the Impact and Experience of Community Reminiscence Programs. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 4111–4132.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S438730>
- Liu, Z., Yang, F., Lou, Y., Zhou, W. & Tong, F. (2021). The Effectiveness of Reminiscence Therapy on Alleviating Depressive Symptoms in Older Adults: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12, 709853.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.709853>
- Lök, N., Bademli, K., & Selçuk, A. (2019). The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34 (1), 47–53.
<https://doi.org/10.1002/gps.4980>
- Lou, V. & Choy, J. (2014). Factorial structure and psychometric properties of a brief version of the Reminiscence Functions Scale with Chinese older adults. *Aging & Mental Health*, 18 (4), 531–536.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2013.860423>
- Marques, C., Dias, S. F., & Sousa, L. (2023). A Systematic Review of the Reminiscence Functions Scale and Implications for Use with Older Adults. *Clinical Gerontologist*, 1–22.
<https://doi.org/10.1080/07317115.2023.2274989>
- Martin, J. I. G. (2002). Psicossociologia da doença de Machado-Joseph: Estudos sobre doentes e seus cuidadores. [Doctoral Dissertation, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar].
- Martínez-Callado M. D., Pinazo-Hernandis S., Sales-Galán A., & Pinazo-Clapés C. (2020). Reminiscence Variables Adaptativas en Personas Mayores. *Búsqueda*, 7 (25), e509.
<https://doi.org/10.21892/01239813.509>
- Meléndez, J., Agusti, A.I. & Satorres, E. (2020). ¿Existe un sesgo de sobregeneralización y un efecto de positividad relacionado con la edad?. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 55 (2), 151–160.
<https://doi.org/10.21865/RIDEP55.2.11>
- Mezred, D., Petigenet, V., Fort, I., Blaison, C. & Gana, K. (2006). La reminiscence: Concept, fonctions et mesures. Adaptation française de la Reminiscence functions scale. [French adaptation and validation of the Reminiscence Functions Scale (RFS)]. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 71(3), 3–14.
<https://doi.org/10.3917/cips.071.0003>
- Mikkelsen, A. S. B., Petersen, S., Dragsted, A. C., & Kristiansen, M. (2019). Social interventions targeting social relations among older people at nursing homes: A qualitative synthesized systematic review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, & Financing*, 56, 1–16.
<https://doi.org/10.1177/0046958018823929>
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. [New normative values for the Mini-Mental State Examination]. *Sinapse*, 9 (2), 10–16.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. & Tobin, S. S. (1961). The measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16 134–143.
<https://doi.org/10.1093/geronj/16.2.134>
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. & Tobin, S. S. (1996). The measurement of Life Satisfaction. D. A. Neugarten (Ed.) *The meanings of age. Selected papers of Bernice L. Neugarten* (pp. 296–323). The University of Chicago Press.
- Neugarten, B.J., Havighurst, R.J., & Tobin, S.S. (1961). The Measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134–143.
<https://doi.org/10.1093/geronj/16.2.134>
- Nieves Y., Schade, Vázquez P., Carla, Poblete G., Catalina, & Antonio S., Cabaco. (2021). Aplicación Piloto de un Programa de Reminiscencia Positiva para personas mayores

- institucionalizadas. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 59 (3), 176-184.
<https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000300176>.
- Noboa, K. D. (2023). La terapia de reminiscencia como coadyuvante en el deterioro cognitivo del adulto mayor: Reminiscence therapy as an adjuvant in the cognitive impairment of older adults. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 4 (1), 4412-4418.
<https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.579>
- O'Rourke N., Carmel, S., Chaudhury, H., Polchenko, N., & Bachner, Y.G., (2013). A cross-national comparison of reminiscence functions between Canadian and Israeli older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68 (2), 184-192,
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbs058>
- O'Rourke, N., Bachner, Y. G., Cappeliez, P., Chaudhury, H., & Carmel, S. (2015). Reminiscence functions and the health of Israeli Holocaust survivors as compared to other older Israelis and older Canadians. *Aging & Mental Health*, 19 (4), 335-346.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2014.93860>
- O'Rourke, N., Cappeliez, P. & Claxton, A. (2011). Functions of reminiscence and the psychological well-being of young-old and older adults over time. *Aging & Mental Health*, 15 (2), 272-281.
<https://doi.org/10.1080/13607861003713281>.
- Park, J., Joshanloo, M., & Scheifinger, H. (2019). Predictors of life satisfaction in a large nationally representative Japanese sample. *Social Science Research*, 82, 45-58.
<https://doi.org/10.1016/J.SSRESEARCH.2019.03.016>.
- Parker, R.G. (1995). Reminiscence: a continuity Theory Framework. *The Gerontologist*, 35(4), 515-525.
<https://doi.org/10.1093/geront/35.4.515>. PMID: 7557522.
- Perozo, F. (2020). Eficacia de la estimulación cognitiva mediante técnicas grupales lúdicas en el deterioro cognitivo leve, en adultos mayores entre los 65 y 80 años de edad, que acuden al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, al servicio de terapia ocupacional durante el periodo septiembre 2019 – febrero 2020.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21658>
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385-401.
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Robitaille, A., Cappeliez, P., Coulombe, D. & Webster, J.W. (2010). Factorial structure and psychometric properties of the reminiscence functions scale. *Aging and Mental Health* 14 (2), 184-192.
<https://doi.org/10.1080/13607860903167820>
- Ros, L., Meléndez, J. C., Webster, J. D., Mayordomo, T., Sales, A., Latorre, J. M., & Serrano, J. P. (2016). Reminiscence functions scale: factorial structure and its relation with mental health in a sample of Spanish older adults. *International Psychogeriatrics*, 28 (9), 1521-1532.
<https://doi.org/10.1017/S1041610216000326>.
- Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48, 1-36.
<https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Sánchez, B. I., Arichavala, M. y Bravo, D. (2020). Análisis de la usabilidad del sistema web de terapias cognitivas sanamentics. *Boletín Redipe*, 9(5), 175-187.
<https://doi.org/10.36260/rbr.v9i5.986>.
- Saragih, I. D., Tonapa, S. I., Yao, C. T., Saragih, I. S. & Lee, B. O. (2022). Effects of reminiscence therapy in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29 (6), 883-903.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12830>.
- Shimul, A. & Ferdous, J. (2016). Adaptation of Reminiscence Functions Scale for Bangladeshi Population. *Universal Journal of Psychology* 4 (2), 81-86.
<https://doi.org/10.13189/ujp.2016.040202>.
- Villasán, A., Cabaco, A., Mejía, M.A., Afonso, R.M. & Castillo, E. (2023). Cross-cultural effects of

- reminiscence therapy on life satisfaction and autobiographical memory of older adults: a pilot study across Mexico and Spain. *Alzheimer's Research & Therapy*, 15 (1).
<https://doi.org/10.1186/s13195-023-01347-x>
- Washington, G. (2009). Modification and psychometric testing of the reminiscence functions scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17 (2), 134–147.
<https://doi.org/10.1891/1061-3749.17.2.134>.
- Webster, J. D. (2003). The reminiscence circumplex and auto- biographical memory function. *Memory*, 11 (2), 203–215.
<https://doi.org/10.1080/741938202>
- Webster, J. D., & Haight, B. K. (1995). Memory lane milestones: Progress in reminiscence definition and classification. In B. K. Haight & J. D. Webster (Eds.), *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications* (pp. 273 - 286). Taylor and Francis.
- Webster, J.D. (1993). Construction and validation of the Reminiscence Functions Scale, *Journals of Gerontology*. D8 (5), 256-262.
<https://doi.org/10.1093/geronj/48.5.p256>
- Webster, J.D. (1995). Adult age differences in reminiscence functions. In B.K.Haight & I.D. Webster (Eds), *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications* (pp. 89-102). Taylor and Francis.
- Webster, JD. (1997). The reminiscence functions scale: a replication. *International Journal of Aging and Human Development*, 44 (2), 137-148
<https://doi.org/10.2190/AD4D-813D-F5XN-W07G>
- West, S.G., Taylor, A.B., Wu, W. (2012). Model fit and model selection in structural equation modeling. In: Hoyle, H.R. (ed.) *Handbook of structural equation modeling* (pp. 209–231). Guilford Press.
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, 29, 107–114.
<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.02.003>
- Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E & Webster, J.D. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research, and interventions. *Ageing and Society*, 30 (4), 697–721.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X09990328>
- Wong, P. T. P., & Watt, L. M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging*, 6 (2), 272–279.
<https://doi.org/10.1037//0882-7974.6.2.272>
- Woods, B., O' Philbin, L. Farrell, E. M., Spector, A. & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub3>
- Xu, J., Guan, YX., Liu, WT., Zhang, Y., Zheng, J., Zhang, J., Wang, C., Yang F. & Yang, Q. (2023). Intervention and application of clown care in nursing homes: a scoping review. *Aging Clinical and Experimental Research*, 35, 937–952.
<https://doi.org/10.1007/s40520-023-02376-0>