

Terapia de validación para la demencia

Neal M, Briggs M

Esta revisión debe ser citada como: Neal M, Briggs M. Terapia de validación para la demencia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.

A substantive amendment to this systematic review was last made on 11 Febrero 1999. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.

Resumen

Antecedentes: El tratamiento de Validación es un "tratamiento para comunicarse con personas muy ancianas con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y demencia relacionada." El enfoque fue desarrollado por Naomi Feil entre 1963 y 1980. Esta autora clasifica a los individuos con deterioro cognoscitivo en una de cuatro fases de un espectro continuo de demencia: estas fases son Desorientación, Confusión Temporal, Movimiento Repetitivo y estado vegetativo. Los beneficios del tratamiento de Validación para los pacientes fueron informados por Feil como recuperación de la autoestima, minimización del grado de retracción de los pacientes del mundo externo, promoción de la comunicación e interacción con otras personas, reducción de la tensión y la ansiedad, estímulo de potenciales latentes, ayuda para resolver tareas de vida inconclusas, facilitación de la vida independiente durante el mayor tiempo posible. Estos beneficios son muy deseables pero existe la necesidad de demostrarlos en base a una investigación sustancial que proporcione evidencia fuerte por medio de varios estudios bien diseñados. El número potencial de personas que podrían beneficiarse con la aplicación del tratamiento de Validación es considerable, dado la incidencia creciente de demencia.

Objetivos: Evaluar la efectividad de usar el tratamiento de Validación en personas con diagnóstico de demencia senil del tipo Alzheimer, otras formas de demencia o deterioro cognoscitivo.

Estrategia de búsqueda: Se hicieron búsquedas en el Registro Cochrane de Ensayos Controlados (Cochrane Controlled Trials Register) por parte del Coordinador del Grupo Cochrane de Demencia y Trastornos Cognitivos (Cochrane Dementia and Cognitive Impairment Group) y las referencias pertinentes se remitieron al revisor principal. Los revisores llevaron a cabo búsquedas independientes en las siguientes bases de datos electrónicos - MEDLINE, EMBASE, Eureka, CINAHL, PSYCLIT, RLIN, SIGLE y SOCIOFILE. Los siguientes términos clave se usaron en las búsquedas; validation-therapy, dementia, cognitive impairment, communication, and random*-control*. También se llevó a cabo una búsqueda por autores usando Feil y Naomi. Se estableció contacto personal con el Validation Institute, Cleveland, Ohio EE.UU. y se buscaron estudios inéditos por contacto directo con los autores o instituciones pertinentes. Se estableció comunicación con individuos clave que podrían proporcionar información adicional con respecto al tratamiento de validación.

Criterio de selección: Todos los ensayos controlados (ECCs) con asignación al azar y ensayos controlados con asignación cuasi-azar que estudiaran el tratamiento de validación como una intervención para la demencia fueron considerados para la inclusión en esta revisión. Los criterios para la inclusión/exclusión comprendieron la evaluación sistemática de la calidad del diseño experimental y del riesgo de sesgo usando un formulario de extracción de datos estándar. Se requirió la existencia de medidas de resultado cognoscitivo y/o de cambios de conducta.

Recopilación y análisis de datos: Los datos se extrajeron de forma independiente por ambos revisores usando un formulario de extracción de datos previamente probado. Se estableció contacto con los autores para obtener datos no proporcionados en los trabajos completos. Se examinaron las escalas psicológicas que miden cambios cognoscitivos y de conducta. Se realizó un análisis de subcategorías debido a la diversidad de las escalas y a la imposibilidad de combinar los datos de los diferentes estudios.

Resultados principales: Se identificaron sólo tres estudios que potencialmente cumplían los criterios de inclusión y sólo se pudo acceder a dos estudios pequeños. El estudio The Peoples 1982 no pudo obtenerse a través de un préstamo de la Biblioteca Británica porque el costo fue prohibitivo. Se ingresaron los datos de 2 estudios en MetaView - Robb 1986, Toseland y col. 1997, que incorporan datos de un total de 87 pacientes (32 en el grupo experimental, y 55 en los grupos control (34 con atención usual y 21 con contacto social). No fue posible agrupar los datos de los dos estudios incluidos, y por consiguiente, se llevaron a cabo análisis de subcategorías. El análisis de los datos no reveló resultados estadísticamente significativos aunque había tendencias que favorecían el tratamiento de validación para algunos resultados.

Conclusiones de los revisores: No hay evidencia suficiente proveniente de ensayos con asignación al azar como para extraer alguna conclusión sobre la eficacia del tratamiento de Validación para las personas con demencia o deterioro cognoscitivo, aunque los estudios observacionales sugieren que puede haber ciertos efectos positivos. Hay una necesidad clara de contar con ensayos controlados con asignación al azar bien diseñados de tratamiento de Validación para la demencia.

Antecedentes

La Terapia de Validación es un "tratamiento para comunicarse con personas muy ancianas con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y demencia relacionada" que se basa en las siguientes creencias y valores subyacentes (Feil 1993).

1. Todas las personas son únicas y deben ser tratadas como individuos.
2. Todas las personas son valiosas, sin importar qué tan deterioradas estén.
3. Existe una razón detrás de la conducta de personas muy ancianas que están desorientadas.
4. El comportamiento en las personas muy ancianas no está únicamente en función de cambios anatómicos a nivel cerebral, sino que refleja una combinación de cambios físicos, sociales y psicológicos que tienen lugar a lo largo de la vida.
5. Las personas muy ancianas no pueden ser obligadas a cambiar sus conductas. Las conductas pueden cambiarse solamente si la persona desea cambiarlas.
6. Las personas muy ancianas deben ser aceptadas sin ser criticadas.
7. Las tareas particulares vitales se asocian con cada etapa de la vida. Las dificultades para completar una tarea en una etapa apropiada de la vida puede conducir a problemas psicológicos.
8. Cuando la memoria más reciente falla, los adultos más viejos intentan restablecer el balance de sus vidas recuperando recuerdos más antiguos. Cuando la visión falla, utilizan los ojos de su mente para ver. Cuando se pierde la audición, escuchan los sonidos del pasado.
9. Disminuirán los sentimientos dolorosos que son expresados, reconocidos y Validados por alguien que los escucha en quien pueden confiar. Los sentimientos dolorosos que son ignorados o suprimidos adquirirán fuerza.
10. La empatía estimula la confianza, reduce la ansiedad y restaura la dignidad.

El abordaje fue desarrollado por Naomi Feil entre 1963 y 1980 (Feil 1982, Feil 1993). Esta autora clasifica a los individuos con deterioro cognoscitivo en una de cuatro fases de un espectro continuo de demencia: estas fases son Desorientación, Confusión Temporal, Movimiento Repetitivo y Estado Vegetativo. Cada fase es identificada mediante un conjunto de características cognoscitivas y comportamentales.

La Terapia de Validación tiene como eje 14 técnicas y abordajes (Feil 1993). Estos son;

- *Concentrarse con el fin de enfocarse en el individuo que está siendo validado.
- *El uso de palabras objetivas y no amenazantes para crear confianza. Palabras como "quién", "qué", "dónde", "cuándo" y "cómo" - pero no la palabra "por qué".
- *Refrasear el lenguaje de la persona
- *Uso de polaridades: pedirle a la persona que piense acerca de los ejemplos más extremos de sus quejas.
- *Imaginar el opuesto.
- *Reminiscencias
- *Mantenimiento de contacto visual genuino y cercano.
- *Uso de ambigüedades, el uso de palabras como ellos, el, ella, con el fin de responder a la conversación de la persona con demencia cuando usa palabras fuera de lo común o cuando no se entiende lo que quiere decir.
- *Uso de un tono de voz bajo, claro y cariñoso.
- *Observación y correspondencia de los movimientos y emociones del sujeto con el fin de crear confianza y establecer relaciones verbales y no verbales.
- *Vincular la conducta con las necesidades humanas insatisfechas.
- *Identificar y utilizar el sentido preferido por la persona.

* Contacto - prestando atención a que las personas durante la primera etapa de desorientación, no responden bien cuando son tocados.

*Utilizar música con el fin de provocar recuerdos y pensamientos antiguos.

Una completa explicación de estas técnicas son proporcionadas por Naomi Feil (Feil 1993). Las intervenciones están diseñadas para coincidir con el estado correspondiente de demencia que es identificado.

Feil 1993 afirma que la terapia de Validación tiene, como parte de su abordaje, las siguientes características:

*medios de clasificación de las conductas.

*proporcionan técnicas prácticas y simples para ayudar a restablecer la dignidad.

*prevención del deterioro hacia un estado vegetativo.

*ofrecer un oyente que tenga empatía.

*respeto y empatía para los ancianos con demencia tipo Alzheimer que se esfuerzan por resolver asuntos inconclusos antes de morir.

*aceptación de la realidad de las personas.

La terapia de Validación fue desarrollada para ofrecer una alternativa frente a la terapia de Orientación a la Realidad. Sus desarrollos han sido como algo que ha puesto a su creadora "a la vanguardia del interés por la experiencia de la demencia" (Morton 1997). Otros la consideran como otro medio para trabajar sobre la "ausencia de interacción paciente - enfermera" que ocurre entre las enfermeras y los pacientes que padecen de demencia senil (Miller 1995).

Los beneficios de la terapia de Validación para pacientes han sido presentados por Feil 1993 de la siguiente manera:

*restablecimiento de la auto-dignidad y del propio valer

*reducción en la necesidad de controles químicos y físicos

*minimización del grado con el cual los pacientes se aíslan del mundo exterior

*promoción de la comunicación e interacción con otras personas

*reducción del estrés y la ansiedad

*estimulación del potencial oculto

*ayuda en la resolución de tareas de vida inconclusas

*facilitar una vida independiente durante el mayor tiempo posible

Feil 1993 afirma los beneficios para los proveedores profesionales de atención como: reducción en la frustración, prevención del desgaste, promoción del placer que encuentran en la comunicación y aumento en la satisfacción con su trabajo.

Los beneficios para las familias son descritos en Feil 1993 como reducción en la frustración para con sus familiares, una comunicación más efectiva, un alivio en términos de la mejoría obtenida por su familiar en relación con el lenguaje y el funcionamiento social, aumento en las visitas y aumento en conocimiento de su propio proceso de envejecimiento.

Estos beneficios son altamente deseables y la terapia de Validación sería un tratamiento efectivo si puede demostrarse que alcanza tales beneficios con base en una búsqueda significativa que obtenga evidencia fuerte a lo largo de varios estudios bien diseñados. El número potencial de sujetos que podrían beneficiarse de la implementación de la terapia de Validación es considerable, teniendo en cuenta el aumento en la incidencia de demencia.

Objetivos

Determinar la eficacia de la terapia de Validación como una intervención para pacientes con demencia o con deterioro cognoscitivo. Las intervenciones incluidas son la terapia de Validación grupal o individual, con una duración de por lo menos 6 meses. Los resultados de interés incluyen variables tanto del paciente como de los cuidadores.

El formato de esta revisión ha sido intencionalmente estructurado de manera similar al de la revisión sobre Orientación de la Realidad y Reminiscencia. Se ha elaborado con un punto de vista que facilita un potencial metanálisis de las terapias psicológicas como un tipo de intervenciones en el futuro.

Criterios de consideración

Tipos de estudios

Se incluyeron todos los ensayos aleatorios controlados disponibles. Uno de los revisores rechazó todos los artículos que no fueran relevantes a partir de los resultados de la búsqueda y retuvo aquellos que tuvieran una posible relevancia como para ser valorados por el segundo revisor. Estos fueron posteriormente seleccionados o rechazados luego de una valoración posterior realizada de manera independiente por ambos revisores, con base en los criterios de calidad metodológica del estudio, diseñados para evaluar el enmascaramiento, el cegamiento y la presencia de posibles sesgos.

Tipos de participantes

Personas ancianas (promedio de edad >65) diagnosticadas con enfermedad de Alzheimer y otras formas de deterioro cognoscitivo de acuerdo con el DSM-IV, CIE-10 u otros criterios comparables.

Tipos de intervenciones

Terapia de Validación, definida de la siguiente manera:

- a) Cualquier actividad definida como terapia de Validación que haga referencia y sea formulada bajo la estructura identificada por (Feil 1993).
- b) Programas de grupo que tengan una estructura identificada dentro de ellos que utilicen la estructura identificada en Feil 1982.
- c) Terapia de Validación individual que involucre el uso de las técnicas de intervención identificadas en Feil 1982 .
- d) Los grupos control no deben identificar actividades adicionales o una actividad que se diferencia en su contenido de la terapia de Validación.
- e) Las intervenciones deben tener una duración mínima de 6 meses, en donde los grupos se lleven a cabo mínimo una vez por semana.

Tipos de medidas de resultados

Tipos de medidas de resultado

Los resultados medidos fueron cognición y conducta, en concordancia con otras revisiones sobre terapias psicológicas para demencia (Robb 1986, Spector 1999 - a, Spector 1999 - b). Se incluyeron los resultados de las pruebas si éstas eran bien reconocidas e incluían un único dominio principal; por ejemplo, las pruebas cognitivas no pretendían medir la conducta y las pruebas comportamentales medían primariamente Actividades de Vida Diaria (ADL) / Conducta y no pretendían medir cognición y/o emoción.

Estado mental:

Mental Status Questionnaire (Fishback 1977) - MSQ Philadelphia

Geriatric Center Morale Scale (Lawton 1975) - PGCMS

Conducta:

Minimal Social Behaviour Scale (Farina 1957) - MSBS

Conducta:

Cohen Mansfield Agitation Inventory - CMAI

Nurse observed - CMAI(N)

Observación no participante - CMAI (O)

Estrategia de búsqueda para identificación de los estudios

See: [Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group](#) search strategy

Ver: Estrategia de búsqueda del Grupo Colaborador de Revisión (Collaborative Review Group)

Las bases de datos enumeradas a continuación se seleccionaron utilizando las siguientes palabras clave: validation therapy, communication, interaction, psychological therapy, dementia, Alzheimers disease y se utilizó una búsqueda por autor usando Feil y Naomi. Se usaron los términos 'controlled study' y 'trial' fueron utilizados para buscar en las siguientes fuentes:

1. Medline Express 1966-1998
2. PsycLIT - Artículos de revistas 1974-1998 , PsycLIT - Capítulos y Libros 1/87-12/97
3. Embase
4. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (Cochrane Database of Systematic Reviews)
5. OMNI (Organising Medical Networked Information)
6. BIDS (Science Citation Index and Social Science Citation Index)
7. Resúmenes de Disertaciones Internacionales (Dissertation Abstracts International): 1861-1998
8. SIGLE
9. Sociofile 1974 - 199810. RLIN
11. CINAHL 1982 -1998

Se llevó a cabo una búsqueda por Internet utilizando los términos Validation therapy + author search Naomi Feil + Validation Therapy + dementia

1. MSN Web Search
2. Infoseek
3. Healthweb, including: Medweb, Mental Health Infosome, American Psychiatric Association, Internet Mental Health, Mental Health Net

Se hicieron búsquedas manuales en revistas de enfermería. Además, se realizaron las búsquedas utilizando las palabras clave - reality orientation, reminiscence, resolution therapy-. Se estableció contacto personal con Naomi Feil en el Validation Institute en los Estados Unidos y en el Validation Institute en Europa.

Se examinaron las listas de referencia de todos los artículos para buscar referencias adicionales, y los revisores buscaron en sus registros personales de referencias de artículos y ensayos. Las búsquedas fueron repetidas de manera independiente por dos revisores.

Se identificaron ochenta y cuatro (84) publicaciones mediante la búsqueda de la literatura. Se revisaron los artículos o bien, en su ausencia, se buscaron sus resúmenes. Sesenta y seis artículos fueron descartados porque no eran ensayos clínicos. Quedaron diez y ocho (18) estudios, potencialmente apropiados para ser incluidos. De estos, se descartaron 15 porque no eran ensayos aleatorios controlados (3 fueron estudios de caso, 2 fueron experimentos en un solo caso, 4 eran cualitativos, 5 eran ensayos de antes y después) y 1 está pendiente de ser evaluado). Esto dejó un total de 2 estudios para la inclusión.

Métodos de revisión

Para los propósitos de esta revisión, se decidió examinar todos los estudios que presentaran la efectividad de la terapia de Validación como un tratamiento psicológico para la demencia.

Dos revisores (MN y MB) evaluaron de manera independiente los estudios identificados según fueran adecuados para su inclusión en la revisión. Los estudios se seleccionaron solamente si cumplían los criterios explícitos para su inclusión en el metanálisis.

Con el fin de facilitar la lectura paralela de esta revisión con otras revisiones psicológicas para la demencia desarrolladas por el Grupo Cochrane de Demencia y Trastornos Cognitivos (Cochrane Dementia and Cognitive Impairment Group), se decidió que los resultados a considerar serían la conducta y la cognición.

SELECCION DE LOS ENSAYOS

Cuando fue posible, se obtuvieron todos los títulos que indicaban que eran posibles ensayos. Los revisores (MN) y (MB) revisaron independientemente los ensayos, identificando aquellos que cumplían los criterios de inclusión.

Los 2 revisores obtuvieron los datos de los estudios de manera independiente, aunque no fue posible sintetizarlos en un conjunto de datos combinados.

OBTENCION DE LOS DATOS Y EVALUACION DE LA CALIDAD

Dos revisores registraron independientemente las características descriptivas (como calidad de la aleatorización y del cegamiento) y los resultados del estudio (como probabilidad de introducción de sesgos) utilizando un formato estandarizado de obtención de datos. Los desacuerdos fueron resueltos mediante discusión.

Adicionalmente, se enviaron cartas y correos electrónicos a los autores de los ensayos controlados solicitándoles la información adicional necesaria (estadísticas y / o detalles de la aleatorización).

Para incluir los ensayos en esta revisión, era necesario que cumplieran con los siguientes criterios:

- 1) Intervenciones claramente definidas que utilizaran la terapia de Validación.
- 2) Un grupo o individuos claramente definidos que recibieran la terapia de Validación.
- 3) Promedio de edad >65. BR>4). Se excluyeron datos con pérdidas en el seguimiento mayores al 50%.

En algunos casos, los ensayos utilizaron más de una escala para medir los resultados y los datos derivados de ellas, se presentaron de diversas formas. Robb 1986 y Toseland y cols. 1997 presentaron los resultados en MOSES como una serie de hallazgos o subcategorías. Para los propósitos de esta revisión y para el uso del Metaview, solo fue posible llevar a cabo un análisis de subcategorías.

Las pruebas para cognición se seleccionaron en orden descendente de importancia utilizando los siguientes criterios:

- 1) Pruebas de cognición bien validadas.
- 2) Pruebas de cognición que no hicieran referencias a resultados de la conducta.

Se utilizaron los siguientes criterios para identificar las pruebas de conducta:

- 1) Pruebas de conducta bien validadas.
- 2) Pruebas que se refirieran primordialmente a la conducta o a Actividades de Vida (Activities of Daily Living).
- 3) Pruebas que no consideraran ni cognición ni emoción.
- 4) Cualquier otra medida de la conducta.

Descripción de los estudios

Los estudios variaron con respecto a las características de los pacientes, la duración y frecuencia de las sesiones individuales de validación, el número de sesiones y su duración, las actividades que definían la terapia de Validación, la actividad del grupo control y las medidas de resultado. Estos factores son considerados a continuación.

1) AMBIENTE DE LOS ESTUDIOS

Robb 1986 se realizó en una institución de larga estancia que tenía 400 camas. Toseland (1997) se realizó en hogares para atención manejados por enfermeras, en donde la razón entre los pacientes y el equipo fue de 1:6.7 (siendo el rango desde 1:5.5 hasta 1:7.3). Todos los 4 hogares se evaluaron antes del inicio del estudio mediante la aplicación de la Sheltered Care Environment Scale (SCES) (Lemke 1987), la cual no mostró una heterogeneidad significativa con el uso de MANOVA.

2) CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES

En Robb 1986 fueron "todos los residentes que tuvieran (a) 60 años o más, (b) que estuvieran severa o moderadamente desorientados (sin incluir sujetos con trastornos neurológicos o con ACV dentro de los seis meses pasados, o aquellos que posiblemente no serían dados de alta en los últimos seis meses". "Esencialmente todos los hombres". El promedio de edad en el grupo de tratamiento fue de 80 años y el tiempo promedio de estancia era de 3.8 años. El promedio de edad en el grupo control era de 81, con un promedio de estancia de 2.8 años. Los pacientes fueron seleccionados para el ensayo por parte de médicos y enfermeras jefes. De los 398 pacientes potenciales, se seleccionaron 60 y de estos, 36 cumplieron los criterios de inclusión.

Toseland y cols. 1997: Los participantes se seleccionaron mediante un proceso multi-etápico: se buscó la opinión de los médicos y enfermeras y se consultó el Conjunto de Datos Mínimos (Minimum Data Set - MDS).

Se utilizaron el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) y el Validation Screening Instrument (VSI) para tamizar los pacientes que habían manifestado "por lo menos un nivel moderado de demencia y que también presentaron problemas de conducta como agresión física, conductas verbales ofensivas o agitación motora ". El promedio de participantes eran de raza blanca, mujeres con edad de 88 años que residían en el hogar por más de 2 años. Los tres grupos de intervención tuvieron estas características en sus pacientes.

3) DURACION Y FRECUENCIA DE LAS SESIONES

Grupo experimental con Terapia de Validación: Robb 1986 utilizó "dos veces a la semana desde Septiembre hasta Mayo ". Toseland y cols. 1997: 30 minutos, 4 veces a la semana durante 52 semanas.

Grupo control

Robb 1986 no describió el grupo control. Toseland y cols 1997: Grupo de Contacto Social: 30 minutos, 4 cuatro veces a la semana durante 52. Grupo de atención usual - ninguna intervención adicional.

4) ACTIVIDADES DURANTE LA TERAPIA DE VALIDACION

Robb 1986 - No las describió.

Toseland y cols 1997 - La sesión se dividió en 4 sesiones de 5 a 10 minutos de duración. Sesión 1. introducción, saludo y cantar una canción. 2. Interacción acerca de un asunto de interés, estimulación de la reminiscencia. 3. Actividad del programa, canto o poesía. 4. Refrigerios y despedidas individuales.

A lo largo de todos los grupos se usaron las técnicas de la Terapia de Validación descritas en 1993, a saber

- A) palabras simples y concretas, no amenazantes
- B) Habla en un tono de voz empático, claro y bajo
- C) Refrasear y parafrasear la comunicación verbal poco clara
- D) Respuesta a los significados mediante comunicación verbal y no verbal explícita e implícita
- E) Reflejar comunicaciones verbales y no verbales

5) ACTIVIDADES DURANTE LOS GRUPOS CONTROL

Robb 1986- Solamente atención usual. No se proporcionaron actividades adicionales.

Toseland y cols. 1997 - Grupo de contacto social. Una actividad del Ringel Institute of Gerontology para cada reunión. Las actividades incluían "música, arte, literatura y escritura, danza / ejercicios, juegos/adivanzas, festejos y planeación de eventos, discusión y otras actividades ".

Toseland y cols 1997 - Grupos de atención usual. No se proporcionaron intervenciones adicionales además de las actividades recreativas y sociales ofrecidas en el hogar de residencia. También fue el caso para el grupo de validación y de contacto social.

6) MEDIDAS DE RESULTADO

Se usaron pruebas cognitivas en ambos estudios.

Robb 1986

Mental Status Questionnaire (Fishback 1977) MSQ

Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (Lawton 1975) PGCMS

Toseland y cols. 1997

Mental status - Multi Observational Scale for Elderly Subjects

(Pruchno y cols., 1988) MOSES

Se usaron pruebas comportamentales en ambos estudios:

Robb 1986 - Minimal Social Behaviour Scale (Farina 1957) MSBS

Toseland y cols. 1997 - Cohen Mansfield Agitation Inventory (Cohen-Mansfield 1986) CMAI, realizado mediante observación por parte de enfermería (CMAI(N)) y con observación participante (CMAI (O)). Geriatric Indices of Positive Behaviour. GIPB (Desarrollados por Cohen para el estudio)

Metodología de calidad

SESGO DE SELECCION

Toseland y cols. 1997 - Método de aleatorización realizado por una parte externa no involucrada en el proceso de investigación.

Robb 1986 - Método de aleatorización poco claro.

2) SESGO DE EJECUCION

"Es imposible cegar totalmente a los pacientes y al equipo de atención cuando se trata de intervenciones psicológicas distintas a ensayos con medicamentos. Los pacientes con frecuencia sabrán que están siendo tratados preferencialmente, el equipo de atención involucrado puede tener expectativas diferentes con respecto a los grupos de tratamiento, y los asesores independientes pueden recibir señales específicas de parte de los pacientes durante las evaluaciones. Puede haber también contaminación entre los grupos, en términos de que los grupos no son mantenidos en cuartos separados y que el equipo tratante puede llevar ideas de un grupo al otro. Este último efecto se reduciría con el uso de protocolos terapéuticos claros". (Spector 1999 - b). Se proporcionó la siguiente información:

Toseland y cols. 1997

Los grupos de validación y de contacto social no se realizaron en las unidades residenciales.

El equipo de enfermería no fue enterado con respecto a cuál intervención estaban recibiendo los residentes asignados a ellas. Al final del estudio se realizó un control para saber si el equipo de la residencia era capaz de identificar a cuáles intervenciones habían sido asignados los pacientes; y no fueron capaces de hacerlo. Los observadores no participantes también fueron mantenidos cegados con respecto a qué intervenciones recibían los pacientes. Los coordinadores de los grupos de Validación y de contacto social fueron diferentes. Ambos recibieron un entrenamiento adicional. Todos los coordinadores de los grupos de validación recibieron un entrenamiento por parte de Naomi Feil durante 4 días; todos eran graduados y tenían experiencia en el trabajo dentro de ambientes residenciales para personas con demencia. Cada coordinador recibió supervisión telefónica semanal y mensual por parte del director del proyecto. Se verificó la presencia de amenazas internas a la integridad del estudio mediante una selección al azar de grabaciones del material de los grupos para asegurar la integridad del tratamiento.

Los coordinadores de los grupos de contacto social tenían antecedentes y nivel de educación similares a los del grupo de validación. Estos no fueron entrenados en el uso de la terapia de validación. Recibieron entrenamiento en el uso de un manual de contacto social del Ringel Institute of Gerontology en el cual hay actividades específicamente diseñadas. También recibieron supervisión telefónica semanal y mensual por parte del director del proyecto. Se verificó la presencia de amenazas internas a la integridad del estudio mediante una selección al azar de grabaciones del material de los grupos para asegurar la integridad del tratamiento.

Todos los participantes del estudio continuaron participando dentro de los programas sociales y recreacionales regulares ofrecidos en cada hogar de residencia. Un coordinador del grupo de validación y uno de contacto social fueron asignados a cada uno de los hogares.

Robb 1986: Los grupos fueron mantenidos en un lugar centralizado dentro de la edificación. No hubo indicaciones acerca de quienes llevaron a cabo las intervenciones, excepto que era personal remunerado de la unidad - enfermeras y trabajadores sociales. Esto pudo producir una contaminación cruzada entre los grupos.

3) SESGO DE DESERCIÓN

Toseland y cols 1997

Hubo una pérdida de 22 de 88 sujetos: 18 murieron, 2 abandonaron debido a problemas de salud, 2 rehusaron continuar. En el grupo de terapia de validación, 8 de 31 sujetos abandonaron, quedando 23 en la evaluación posterior al tratamiento. En el grupo de contacto social, 8 de 29 sujetos abandonaron, quedando 21 en la evaluación después del tratamiento. En el grupo de atención usual, 6 de 28 sujetos abandonaron, quedando 22 en la evaluación después del tratamiento.

Robb 1986

Grupo control: 4 de 16 sujetos desertaron del estudio, quedando 12 en la evaluación posterior al tratamiento. Grupo experimental 5 de 20 sujetos desertaron del estudio; 6 de los 15 restantes abandonaron después: 5 por enfermedad episódica y uno por alteraciones en la conducta, quedando 9 en la evaluación posterior al tratamiento.

Deserción - 9 de 36: 8 murieron y 1 tuvo enfermedad aguda. La alta tasa de muerte en este grupo indica que los pacientes pueden haber tenido otros problemas físicos concomitantes y no solo demencia.

4) SESGO DE DETECCIÓN

Robb 1986

No se indicó quien hizo las evaluaciones antes y después de las pruebas..

Toseland y cols. 1997

Las evaluaciones fueron realizadas por enfermeras del equipo de la residencia y por observadores no participantes. Ambos habían sido mantenidos cegados con respecto a las intervenciones que los individuos recibían. Se reportó que después de la realización de los grupos de validación y de contacto social, los clientes a menudo esperaban hasta 15 minutos para ser observados nuevamente por las enfermeras y los observadores no participantes. Hubo diferencias significativas en las calificaciones de los mismos clientes cuando fueron realizadas por los observadores participantes y los observadores no participantes con respecto al Cohen Mansfield Agitation Inventory. En particular en cuanto a las conductas de agitación verbal del CMNAI -N y del CMAI -O, VT versus la terapia usual y terapia de validación versus contacto social.

Resultados

De los 3 estudios identificados para el análisis, se introdujeron en el Metaview los datos de dos de ellos. No se pudo obtener un estudio (Peoples 1982), (se continúan haciendo esfuerzos para obtenerlo e incluirlo en las actualizaciones de esta revisión). Se incluyeron datos de un total de 87 sujetos a partir de los dos estudios (32 en el grupo experimental y 55 en los grupos control).

Debido a la diversidad de las evaluaciones de los resultados en los estudios, solamente pudo llevarse a cabo un análisis por sub-categorías. Dentro de los dos estudios se utilizaron diferentes escalas de resultado para medir la conducta y la cognición.

Los análisis se realizaron utilizando un modelo de efectos fijos y se presentaron las diferencias de medias ponderadas. Los análisis deben ser vistos según en opciones de +/-10 escalas.

No hubo hallazgos significativos en el intervalo de confianza (IC) del 99% con respecto a la terapia de Validación versus la atención usual o entre la terapia de Validación versus el contacto social, dentro de cualquiera de las sub-categorías de análisis (se utilizó un IC del 99% debido al gran número de comparaciones presentadas y el gran número de comparaciones que tuvieron un valor de significancia menor al 0.05).

El análisis por sub-categorías reveló las siguientes tendencias:

CONDUCTA

Toseland y cols. 1997 - Terapia de Validación versus Contacto social. Irritación a los 12 meses (MOSES) DPP -1.010, IC del 99% (-4.255, 2.235), tendencia que favorece a la terapia de Validación con respecto a una menor irritación.

Toseland y cols. 1997 - Terapia de Validación versus Contacto social. Conducta verbalmente agitada a los 12 meses (CMAI-O) DPP 6.300, IC del 99% (-2.860, 15.460), tendencia que favorece al contacto social.

Toseland y cols. 1997 - Terapia de Validación versus atención usual. Conducta verbalmente agitada a los 12 meses (CMAI-O) DPP 3.920, IC del 99% (-4.084, 11.924), tendencia que favorece al contacto social.

Toseland y cols. 1997 - Terapia de Validación versus atención usual. Aislamiento a los 12 meses. (MOSES DPP -1.580 IC del 99% (-5.977, 2.817), tendencia que favorece a la terapia de Validación.

Robb 1986 - Conducta social a los 9 meses (MSBS) DPP -1.100, IC del 99% (-10.260, 8.060), tendencia que favorece a la terapia de Validación.

Toseland y cols. 1997 - Auto cuidado a los 12 meses (MOSES) DPP -1.090, IC del 99% (-4.911, 2.731) tendencia que favorece a la terapia de Validación.

COGNICION

Toseland y cols. 1997 - Terapia de Validación versus Contacto social. Depresión a los 12 meses (MOSES) DPP -4.010, IC del 99% (-8.912, 0.892), tendencia que favorece a la terapia de Validación.

Toseland y cols. 1997- Terapia de Validación versus atención usual. Estado mental (MSQ) DPP -1.800 IC % (-9.716, 6.116), tendencia que favorece a la terapia de Validación.

Toseland y cols. 1997 - Terapia de Validación versus atención usual. Desorientación a los 12 meses (MOSES) DPP 3.040 IC del 95% (-2.754, 8.834), tendencia que favorece a la terapia de Validación.

Robb 1986 - Moral a los 9 meses (PGCMS) DPP -1.100, IC del 95% (-7446, 5.246), tendencia que favorece a la terapia de Validación.

Discusiones

Se pudo obtener relativamente poca información. Solamente hay dos ensayos aleatorios pequeños con un total de 87 sujetos disponibles para el metanálisis.

No hubo resultados estadísticamente significativos en los múltiples análisis de sub-grupos.

Las cifras bajas en estos ensayos y la incapacidad para llevar a cabo un metanálisis dio como resultado un pobre poder para detectar los efectos de esta intervención. La cantidad de información limitada disponible de los ensayos clínicos controlados significa que no es posible establecer conclusiones fiables con respecto a la efectividad de la terapia de Validación.

Diversos estudios observacionales han indicado que hay efectos positivos por el uso de la terapia de Validación en cuanto a la cantidad y duración de las interacciones que los clientes pueden establecer durante los grupos de validación (Bleathman 1988, Babins 1988). Sin embargo, otros estudios (Scanland 1993, Buxton 1996) indican que el efecto producido por el uso de la terapia de Validación no es significativo. Un metanálisis adicional que utilice datos de estudios no aleatorizados puede ofrecer aclaraciones importantes con respecto al uso de la terapia de Validación.

Otras fuentes de la literatura han sugerido que hay otros beneficios potenciales derivados del uso de la terapia de Validación tanto para los pacientes como para el equipo encargado de la atención. Algunos estudios observacionales han identificado que las actitudes de las personas encargadas de la atención de los sujetos con demencia puede influir sobre la calidad de la atención que proporcionan. Se ha sugerido que la terapia de validación puede ayudar a promover un abordaje que estimule la atención centrada en el paciente, mejorando de esta manera la atención al paciente.

Conclusiones

Implicaciones para práctica

La evidencia derivada de ensayos aleatorios es insuficiente como para establecer conclusiones fiables acerca de la eficacia de la terapia de Validación.

Los beneficios potenciales descritos en los antecedentes, para los cuales se ha buscado evidencia que los respalde, podrían ser el resultado directo de una actividad de grupo estructurada o simplemente resultado de la atención proporcionada al individuo: inclusive cuando hay protocolos adecuados como el estudio de Toseland y cols. 1997, los resultados obtenidos a partir de observadores no participantes están en desacuerdo con aquellos obtenidos con observadores participantes.

Implicaciones para búsqueda

Se requiere de investigaciones futuras que utilicen la aleatorización a grupos de tratamiento como en el estudio de Toseland y cols. 1997. Cuando sea posible, los grupos de tratamiento deben incluir una intervención alternativa a la terapia de validación, como por ejemplo el contacto social. Los resultados deben medirse con herramientas de evaluación estandarizadas. Debe colocarse una atención especial a la asignación de los clientes dentro de la etapa apropiada de progresión de su demencia, de acuerdo con lo definido por 1993: desorientación, confusión temporal, movimientos repetitivos o estado vegetativo, utilizando los criterios apropiados para cada etapa.

La investigación también debe ocuparse de los siguientes aspectos:

1. La efectividad de la terapia de validación depende de la etapa de desorientación del individuo?
2. Análisis de costos para el entrenamiento de un número apropiado de sujetos dentro del equipo de atención para implementar la terapia de validación.
3. El efecto que tiene el uso de la terapia de validación sobre el equipo de atención y el apoyo requerido por estos miembros para lo que podría percibirse como una intervención personalmente agotadora.
4. El efecto combinado del uso de la terapia de validación con otro tipo de tratamientos psicológicos para la demencia.
5. El efecto sobre la incidencia de la conducta agresiva que se presenta en las personas que padecen de demencia.
6. El efecto sobre el uso de la terapia de validación de manera individual.

Teniendo en cuenta que podrían explorarse muchos aspectos de la terapia de validación, es necesario diseñar una síntesis de los estudios cuantitativos y cualitativos con el fin de que no pasen desapercibidos algunos aspectos del uso de la terapia.

Hasta la fecha, los estudios aleatorios han considerado como el centro de sus diseños, la medición de los resultados de los pacientes. Algunos estudios observacionales indican que existen implicaciones para aquellos que reciben la terapia de validación, a saber, la necesidad de supervisión y apoyo regulares, y potencialmente el hecho de que puede ser emocionalmente desgastante. Al interior de mucha de la literatura que rodea la atención de las personas que padecen de demencia, parece estar el requisito de que se necesita aceptar una postura filosófica. Feil 1982 y Kitwood & Bredin (1992) afirman que la ausencia de dicha postura filosófica puede provocar que el abordaje no sea efectivo.

Aceptación

Queremos agradecer a las siguientes personas por su ayuda y cooperación en el proceso de esta revisión:

Naomi Feil, Directora ejecutiva del Instituto de Entrenamiento de Validación (Validation Training Institute), Cleveland, Ohio, Estados Unidos

Aimee Spector 1999 Fellow en investigación, Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, University College London

Peter Smith, Coordinador del Grupo Cochrane de Demencia y Trastornos Cognitivos (Cochrane and Dementia and Cognitive Impairment Group) y Jacqueline Birks, Editora y Estadística del Grupo Cochrane de Demencia y Trastornos Cognitivos (Cochrane Dementia and Cognitive Impairment Group), Oxford, Reino Unido

Phillip McCallion, Profesor Asistente, Ringel Institute of Gerontology, University at Albany, New York, Estados Unidos

Profesor R W Toseland, Director, Ringel Institute of Gerontology, University at Albany, New York, Estados Unidos

J P Wattis, Director Médico y Psiquiatra Consultor sobre Psiquiatría de la Tercera Edad, Leeds Community and Mental Health Services NHS Trust, Reino Unido.

B Thirkettle del Centro para el Análisis de la Práctica de Enfermería (Centre for The Analysis of Nursing Practice), Leeds Community and Mental Health Services NHS Trust and Leeds Metropolitan University, Leeds, Reino Unido

Conflictos de interés

Tablas de revisiones

Características de inclusión

Study	Robb 1986
Methods	Single blind randomised controlled trial of validation therapy
Participants	Residents of a 400 bed large Veterans Administration medical centre, 36 patients recruited, 27 patients completed study (12 control and 9 experiment - 6 partial completion dropped out of the experimental group)
Interventions	Validation therapy twice a week for 9 months. Control group received usual treatment e.g. medication
Outcomes	Mental status (MSQ)Morale (PGCMS)Social behaviour (MSBS)
Notes	Analysis by intention to treat was done for the partially treated experimental group including the six participants who dropped out from the experimental group. However this was noted to significantly influence the the outcomes for those individuals who had received the full programme. In particular Morale. The issue of the degree of randomisation was felt to be unclear therefore data is presented without the dropouts included.
Quality	B
Study	Toseland et al 1997
Methods	Single Blind study
Participants	88 patients from 4 nursing homes matched using Sheltered Care Environment Scale (SCES) Lemke and Moos (1987)Mean Age 80.5 majority male 23 in validation group21 in Social Contact Group22 in Usual Care Group
Interventions	Validation Therapy four 30 minute meetings per week for 52 weeksSocial Care four 30 minute meetings per week for 52 weeksUsual Care
Outcomes	Cohen Mansfield Agitation Inventory CMAIMulti dimensional Observational Scale for Elderly Subjects MOSES Geriatric Indices of Positive Behaviour GIPB reduced agitationreduced aggressionincreased sociabilityMinimum data Set - Resident Assesment Protocol MDS RAPGIPB
Notes	Non participant observers used CMAI - O to observe AgitationParticipant observers used CMAI - N to observe Agitation
Quality	A

Características de exclusión

Study	Reason for exclusion
Alprins 1980	Retrospective case control trial, no randomisation
Babins 1988	
Babins 1998	Study not randomised, case control design
Bleathman 1988	Single Case Experiment design (Pilot Study only), no randomisation.
Buxton 1996	Not randomised
Canon 1996	Cohort Study, not randomised
Doyle 1992	Qualitative study, not randomised.
Esperanza 1987	Not randomised
Feil 1972	Before and after study; no randomisation,
Fine 1995	Quasi Experimental design, no randomisation
Fritz 1986	Before and after trial, no randomisation
Harris 1995	Single Case Experiment
Morton 1991	
Neal 1994	Qualitative Study, not randomised
Pretczynski 1991	Before and after trial, no randomisation.
Scanland 1993	Not randomised
Sharp 1989	Before and after trial
Snow 1990	No randomisation

Citaciones

Citaciones incluidas

Robb 1986

Robb S, Stegman CE, Wolanin MO. No Research Versus research with Compromised Results: A Study of Validation Therapy. *Nursing Research* 1986;35(2):113-8.

Toseland et al 1997

Toseland RW, Diehl M, Freeman K, Manzanares T, Naleppa M, McCallion P. The Impact of Validation Group Therapy on Nursing Home Residents with Dementia. *Journal of Applied Gerontology* 1997;16(1):31-50.

** Indica la publicación principal para el estudio*

Citaciones excluidas

Alprins 1980

Alprin, S. Study of Validation /Fantasy Therapy Sponsored by Cleveland State University in Cooperation with Naomi Feil, Cleveland University. Cleveland State University 1980.

Babins 1988

Babins LH Dillon JP, Merovitz S. The Effects of Validation Therapy on Disorientated Elderly. *Activities, Adaption and Aging* 1988;12(1/2):73-86.

Babins 1998

Babins LH. Conceptual Analysis of Validation Therapy. *International Journal of Aging and Human Development* 1998;26(3):161-8.

Bleathman 1988

Bleathman C, Morton I. Validation therapy with the demented elderly. *Journal of Advanced Nursing* 1988;13:511-14.

Buxton 1996

The Effects of running a validation therapy group on staff - client interactions in a day centre for the elderly. University of East Anglia ;PhD.

Canon 1996

Canon, RL. The effect of validation therapy training on satisfaction with communications and quality of relationships between caregivers and demented residents in longterm care. PhD, University of Texas 1996.

Doyle 1992

Doyle E. Validation Therapy: A Description of the Process. *Health Sciences, Nursing* 1992.

Esperanza 1987

Esperanza N. Validation therapy and remotivation as treatment for the confused institutionalised elderly. *Nursing, Rutgers University, Newark* 1987.

Feil 1972

Feil N. A New Approach to Group Therapy with the Senile Psychotic Aged. In: *Gerontological Society, Winter Conference, San Juan*. 1972.

Fine 1995

Fine JJ, Rouse-Bane S. Using validation techniques to improve Communication with Cognitively Impaired Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing* 1995;21(6):39-45.

Fritz 1986

Fritz, PA. The Language of Resolution among the Old - Old: The Effect of Validation Therapy on Two Levels of Cognitive Confusion. In: 1986:November 12-16, Chicago, Illinois, Department of Communication, University of Toledo.

Harris 1995

Harris R. Group validation therapy with elderly demented people: a small experimental study of its effects. BSc Nursing Dissertation. Kings College, London 1995.

Morton 1991

Morton I, Bleathman C. The effectiveness of validation therapy in dementia: A pilot study. International Journal of Geriatric Psychiatry 1991;6(5):327-30.

Neal 1994

Neal M. An Ethnographic study into the experience of Five Nurses who use Validation in their Interaction with Patients who have Senile Dementia. Nursing, Leeds Polytechnic, Leeds 1994.

Pretczynski 1991

Pretczynski J, Blanchard F, Pretczynski J, Wong C, Lamaze B, Bocquet P, Jolly D, Lorton O. An Application of The Validation Method at the geriatrics care unit of the University Hospital in Reims, France. Unpublished Doctoral thesis, Department of Medicine University of Reims, Reims, France 1991.

Scanland 1993

Scanland SG, Emershaw EL. Reality orientation and validation therapy: Dementia, depression, and functional status. Journal of Gerontological Nursing 1993;19(6):7 - 11.

Sharp 1989

Sharp C. Validation therapy: An evaluation of a program at the South Port Community Nursing Home in Melbourne, Australia., Victoria, P.E.R.S.O.N.A.L. P.E.R.S.O.N.A.L. Research and and Evaluation Consultation Pty Ltd 1991.

Snow 1990

Snow S. The Effects of an Holistic Model of Validation on the Staff and Residents of a Skilled Nursing Facility. Wartburg Lutheran Home for the Aging, New York 1990.

Citaciones aguardando evaluación

Peoples 1982

Peoples M. Validation Therapy, Versus Reality Orientation as Treatment for Disorientated Institutionalised Elderly. Masters dissertation, College of Nursing, University of Akron 1982.

Citaciones adicionales

Bleathman 1996

Bleathman C, Morton I. Validation therapy: a review of its contribution to dementia care. British Journal of Nursing 1996;5(14):866-8.

Bryman 1988

Bryman A. Quantity and Quality in Social Research. London: Routledge, 1988.

Cohen-Mansfield 1986

Cohen-Mansfield J. Agitated behaviours in the Elderly: II Preliminary results in the cognitively deteriorated. Journal of American Geriatrics Society 1986;34:722-27.

Day 1997

Day C R. Validation therapy. A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing* 1997;23(4):29-34.

Farina 1957

Farina A, Arenburg D, Guskin S. A scale for measuring minimal social behaviour. *Journal of Consulting Psychology* 1957;21:265-8.

Feil 1982

Feil N. Validation The Feil Method. How to help the disorientated old-old. Feil Productions, Cleveland 1982.

Feil 1993

Feil N. The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-type dementia". Baltimore, Health Promotion Press 1993.

Fishback 1977

Fishback D B. Mental Status Questionnaire for organic brain syndrome, with a new visual counting test. *Journal of the American Geriatrics Society* 1977;24:167-70.

Gagnon 1996

Gagnon D L. A review of reality orientation (RO), validation therapy (VT), and reminiscence therapy (RT) with the Alzheimer's client. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* 1996;14(2):61-77.

Helmes 1987

Helmes E, Csapo K G, Short J. Standardisation and validation of the Multidimensional Observational Scale for Elderly subjects (MOSES). *Journal of Gerontology* 1987;42:395-405.

Lawton 1975

Lawton M P. The Philadelphia Geriatric Center morale scale: A revision. *Journal of Gerontology* 1975;30(1):85-9.

Lemke 1987

Lemke S, Moos RH. Measuring the social climate of congregate residences for older people: Sheltered Care Environment Scale. *Psychology and Aging* 1987;2:20-9.

Miller 1995

Miller L. The human face of elderly care? validation therapy. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery* 1995;1(4):103-5.

Morton 1997

Morton I. In: Norman I N, Redfern S J, editor(s). *Mental Health for Elderly People* New York: Churchill Livingstone, 1997:371-93.

Spector 1999 - a

Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Reminiscence Therapy For Dementia. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999 .

Spector 1999 - b

Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Reality Orientation For Dementia. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999 .

Gráficos

Metaview graphs

[Gráfico de Metanálise](#)

Gráficos y tablas

Para ver una tabla o gráfico clicar en el índice el título de la tabla

01 Validation versus usual therapy				
Título del resultado	Número de estudios	Número de participantes	Métodos estadísticos	Efecto del tamaño
01 Cognition			WMD [Fixed] [95% CI]	Totals not selected
02 Behaviour			WMD [Fixed] [95% CI]	Totals not selected

02 Validation versus social contact				
Título del resultado	Número de estudios	Número de participantes	Métodos estadísticos	Efecto del tamaño
01 Cognition			WMD [Fixed] [95% CI]	Totals not selected
02 Behaviour			WMD [Fixed] [95% CI]	Totals not selected

Carátula

Terapia de validación para la demencia

Revisores de la revisión	Neal M, Briggs M
Contribuciones de los revisores(s)	Información no ofrecida por el revisor
Número do protocolo primeramente publicado	Información no ofrecida por el revisor
Número de revisión primeramente publicada	1999 issue 1
Fecha de enmienda menor más reciente	Información no ofrecida por el revisor
Fecha de enmienda significativa más reciente	11 Febrero 1999
Cambios más recientes	Información no ofrecida por el revisor
Fecha de los nuevos estudios procurados y no encontrados	Información no ofrecida por el revisor
Fecha de los nuevos estudios encontrado y no incluidos/excluidos	Información no ofrecida por el revisor
Fecha de los nuevos estudios encontrado y incluidos/excluidos	Información no ofrecida por el revisor
Fecha de las conclusiones retificadas	Información no ofrecida por el revisor
Dirección para contacto	Mr Martin Neal Research and Development Manager Leeds Community and Mental Health services NHS Trust Meanwood Park Tongue Lane Leeds West Yorkshire UK LS4 6QB Teléfono +44 1132 758721 Facsimile: E-mail: mneal@talk21.com
Número de la Biblioteca Cochrane	CD001394-ES
Grupo editorial	Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group
Código del Grupo Editorial	DEMENTIA

Fuentes de financiación

Fuentes externas de financiación

- Sin fuentes de financiación

Fuentes internas de financiación

- Leeds Community & Mental Health Services NHS Teaching Trust UK

Sinopsis

Palabras claves

Human; Alzheimer Disease[therapy]; Cognition Disorders[therapy]; Communication; Dementia[*therapy]; Psychotherapy[*methods]; Psychotherapy, Group