

LA PSICOTERAPIA EN LOS MAYORES. MÁS ALLÁ DE LOS PREJUICIOS

ROSARIO ANTEQUERA JURADO

Profesora Titular. Facultad de Psicología. Sevilla.

M.^a D. FRANCO FERNÁNDEZ

Profesora Titular. Facultad de Medicina. Sevilla.

Recepción: 25-02-08 / Aceptación: 26-03-08

Cuando se habla de psicoterapia en ancianos y especialmente de los prejuicios que existen hacia la misma, es un clásico mencionar la cita de Freud (1905) en la que se resalta que las personas mayores no pueden ser candidatas a recibir psicoterapia porque:

- a) no poseen la plasticidad suficiente y
- b) de hacerlo, el proceso sería excesivamente costoso.

Desde entonces se han ido sucediendo distintos prejuicios sobre la intervención psicoterapéutica en ancianos, entre los que destacan su incapacidad o dificultad para beneficiarse de la psicoterapia («no puedes enseñar a un perro viejo nuevos trucos», «los ancianos no quieren psicoterapia, prefieren la medicación»), lo inevitable de la aparición y presencia de determinadas patologías en estas edades («la depresión es normal, porque ser viejo es algo terrible») y la idea de que sus

disminuidas expectativas de vida no compensan los esfuerzos terapéuticos («pocas ganancias para mucho esfuerzo»).

Sin embargo, a partir de los años 70, la convergencia de diversos acontecimientos, tales como el aumento de la esperanza de vida, el interés por la calidad de vida de los ciudadanos y cómo potenciarla, el auge de los movimientos en relación a la vejez saludable y las nuevas políticas sociales y asistenciales, ha generado el que se modifiquen esas actitudes y que se incremente el número de intervenciones terapéuticas en el ámbito de la tercera edad.

Al mismo tiempo nos encontramos en un momento de elevada actividad en el ámbito de las terapias psicológicas, con una notable proliferación tanto en el número, como en las orientaciones teóricas o en los posibles ámbitos de aplicación. Pero ciertamente, mientras que algunas de ellas cuentan con suficiente respaldo teórico y empírico, otras cuentan con respaldo empírico pero no teórico y otras

tienen aún que demostrar su grado de eficacia.

De esta manera, existen en la actualidad una variedad de terapias que prometen o han demostrado sus beneficios en el ámbito de la geriatría. Un número que va paulatinamente aumentando. Por ello, es necesario que el clínico disponga de los recursos que le permitan elegir la mejor terapia para cada paciente. Ello implica el conocimiento de la variedad de terapias existentes y de su efectividad cuando son aplicadas a ancianos.

Con el objetivo de contribuir a esta toma de decisión, hemos realizado una revisión de la bibliografía sobre el tema intentando dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿cuáles son las terapias que actualmente se utilizan con ancianos?, ¿cuál es el grado de eficacia de esas terapias?, ¿en qué situaciones o problemas se están utilizando las diversas terapias?, ¿para qué tipo de pacientes? y ¿cómo funciona una terapia cuando se utiliza conjuntamente con otros tratamientos, o cuando nos enfrentamos a problemas comórbidos?

En primer lugar hemos consultado distintos manuales en los que se detallan las terapias que se están aplicando en el ámbito de la tercera edad. Igualmente y para poder agrupar la información obtenida, hemos seguido la clasificación de los tratamientos psicosociales para la demencia emitida por la Asociación de Psiquiatras Americanos (1997):

- Aproximaciones orientadas a la emoción (psicoterapia de apoyo, terapia de validación, integración sensorial, terapia de la presencia simulada, reminiscencia).
- Aproximaciones centradas en la conducta (terapia conductual).
- Aproximaciones centradas en las cogniciones (orientación a la realidad, entrenamiento de habilidades).

- Aproximaciones orientadas a la estimulación (terapia actividad, recreación y terapia del arte tales como musicoterapia, baile, arte...)

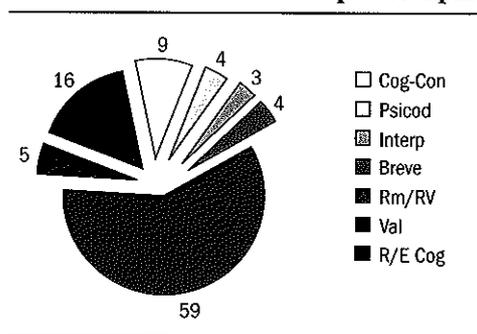
La búsqueda en la base de datos, ha abarcado el período temporal comprendido entre los años 1990 y 2006. En primer lugar hemos seleccionado algunos descriptores genéricos (como *psychotherapy, non drugs therapy, brief psychotherapy*) para después utilizar otros más específicos y concretos (correspondientes a los distintos tipos de terapias; *validation therapy, reality orientation, reminiscence, life review, cognitive analytic therapy, interpersonal therapy, cognitive behavioral therapy, cognitive rehabilitation o cognitive stimulation*). Todos ellos han sido cruzados con el descriptor «*elderly*» para hacer referencia a los ancianos (fig. 1).

No es nuestra intención mostrar aquí todos los resultados obtenidos, sino tan sólo aquellos que nos permitan dar respuesta a las preguntas u objetivos que nos planteábamos.

1. ¿Cuáles son las terapias que actualmente se utilizan con ancianos?

Hemos obtenido un total de 452 artículos. Es de destacar el elevado porcentaje

FIGURA 1
Distribución de artículos por terapia

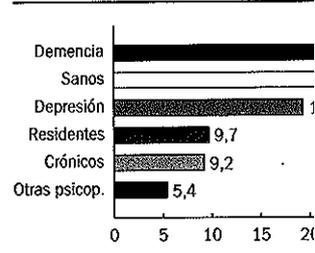


je de aquellos que versan sobre «estimulación vital» y «reminiscencia». Se representan el 59% (n = 267) de los artículos publicados, seguidos por los artículos sobre «recreación» o «estimulación cognitiva» que representan el 16% (n = 72), las «terapias conductuales» con el 5% (n = 23), la terapia de validación representando el 4% (n = 18), la terapia dinámica y la psicoterapia interpersonal el 4% (n = 18), y, por último, la terapia interpersonale representando el 3% (n = 13).

2. ¿En qué situaciones o problemas se utilizan las distintas terapias? ¿En qué tipo de pacientes?

Para intentar responder a estas preguntas, hemos analizado las distintas situaciones o poblaciones objetivo de cada terapia. En congruencia con los problemas más frecuentes en la tercera edad, encontramos que las terapias se utilizan fundamentalmente para el tratamiento de los problemas mentales (155 artículos o el 34,2%) y la depresión (n = 19,3%).

FIGURA 2
Población objeto de intervención



Consideramos de especial interés el elevado porcentaje de artículos que se han centrado en la aplicación de terapias de estimulación (sobre todo las que se utilizan para la estimulación cognitiva) a los ancianos (99 artículos = 21,9%) y

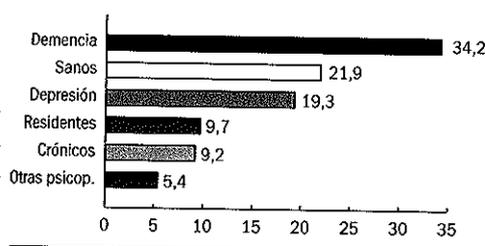
je de aquellos que versan sobre la «revisión vital» y «reminiscencia» que representan el 59 % (n = 267) de todos los artículos publicados, seguidos a distancia por los artículos sobre «rehabilitación» o «estimulación cognitiva» que representan el 16 % (n = 72), las «terapias cognitivo conductuales» con el 9 % (n = 41), la terapia de validación representa el 5 % (n = 23), el 4 % (n = 18) la terapia psicodinámica y la psicoterapia breve y, por último, la terapia interpersonal con un 3 % (n = 13).

2. ¿En qué situaciones o problemas se utilizan las distintas terapias? ¿En qué tipo de pacientes?

Para intentar responder a esta respuesta hemos analizado las distintas muestras o poblaciones objetivo de cada tipo de terapia. En congruencia con los problemas psicopatológicos más prevalentes en la tercera edad, encontramos que estas terapias se utilizan fundamentalmente para el tratamiento de los procesos demenciales (155 artículos que representan el 34,2 %) y la depresión (88 artículos = 19,3 %).

FIGURA 2

Población objeto de intervención



Consideramos de especial relevancia el elevado porcentaje de trabajos que se han centrado en la aplicación de terapias (sobre todo las que se utilizan para la estimulación cognitiva) a ancianos sanos (99 artículos = 21,9 %) ya que, para de-

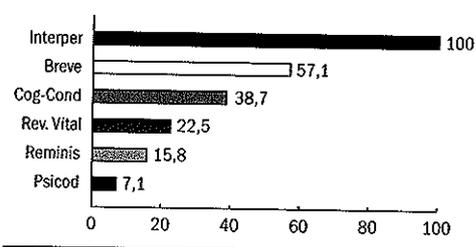
terminar el grado de eficacia de determinadas terapias en alteraciones psicopatológicas o situaciones conflictivas, es conveniente conocer sus contribuciones en el desarrollo de teorías sobre el envejecimiento normal.

Es menor el número de estudios que se centran en terapias destinadas a incrementar los niveles de adaptación o de comportamientos en ancianos que están internados en una residencia (44 artículos = 9,7 %), en quienes padecen algún tipo de patología crónica (como problemas de dolor crónico) (41 artículos = 9,2 %) u otros cuadros psicopatológicos como los de naturaleza ansiosa (25 artículos = 5,4 %).

Una vez cuantificados los distintos tipos de terapias y las poblaciones en las que se han aplicado, hemos realizado un análisis relacionando ambas variables. Destaca la existencia de dos grupos de terapias, la primera de ellas utilizada para el abordaje de problemas depresivos u otras psicopatologías y, el segundo, centrado en la intervención en problemas demenciales.

FIGURA 3

Terapias en problemas depresivos

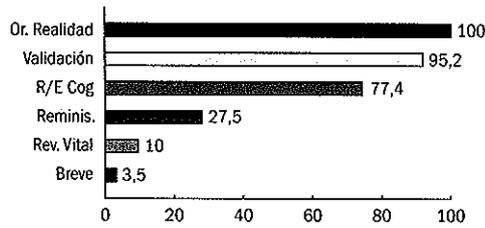


En el primer grupo, la terapia que parece más específica es la «interpersonal», que en el 100 % de los estudios se ha centrado en los problemas depresivos, lo que es lógico si consideramos que ha sido creada específicamente para el tratamiento de estas alteraciones. En este grupo de

pacientes también se utilizan la psicoterapia breve (10 de los 18 artículos publicados = 57,1%), las terapias de corte cognitivo-conductual (16 de los 41 artículos publicados = 38,7%), la revisión vital (25 de los 111 artículos = 22,5%), la reminiscencia (25 de los 156 artículos publicados = 15,8%) y, en menor cuantía, las terapias psicodinámicas (2 artículos de 18 = 11,1%).

FIGURA 4

Terapias en procesos demenciales

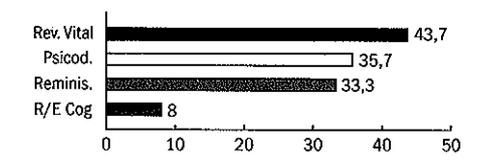


Por su parte, las terapias que se aplican fundamentalmente al abordaje de los problemas demenciales, son la orientación a la realidad (24 artículos = 100%), la rehabilitación o estimulación cognitiva (37 artículos = 77,4%) y la terapia de validación (22 artículos = 95,2%). Las dos primeras destinadas a la estimulación de los procesos cognitivos, intentando retrasar o enlentecer el avance del deterioro y, la tercera, utilizada para mejorar las relaciones interpersonales o asistenciales que se establecen entre los pacientes y los familiares o el personal institucional.

Entre las terapias centradas en los an-

FIGURA 5

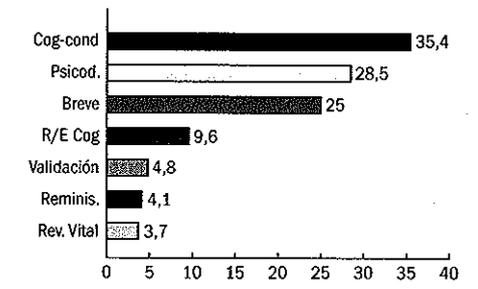
Terapias en ancianos sanos



cianos sanos, se encuentra la revisión vital (con 48 artículos que representan el 43,7%) utilizada para comprobar la existencia y la transición de las etapas propuestas en la teoría de Erickson, mejorar la autoestima y la percepción de salud, incrementar la calidad de vida, o incluso, para prevenir las caídas. El 33,3% de los artículos sobre reminiscencia (52 artículos), se han centrado en los efectos sobre el estado de ánimo, el cambio de actitudes o la mejora de las relaciones intergeneracionales o el bienestar personal. La tercera terapia que más cantidad de estudios ha dedicado a su aplicación a ancianos sanos es la psicodinámica (6 artículos = 35,7%) para valorar las modificaciones que son necesarias introducir en esta terapia cuando se aplica a ancianos o la naturaleza de los procesos de transferencia y contratransferencia personales.

FIGURA 6

Terapias en enfermedades crónicas

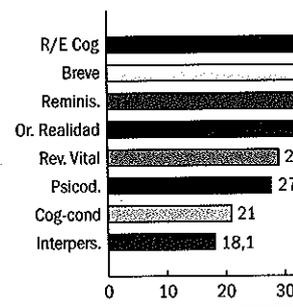


En lo que se refiere a los ancianos con enfermedades crónicas, han sido objeto principal de las terapias cognitivo conductuales (14 artículos = 35,4%) y la psicodinámica (5 artículos = 28,5%); la primera de ellas para la intervención en problemas de dolor crónico o para la prevención de caídas y la segunda para valorar la capacidad de superación de las pérdidas. Es escasa la producción de artículos sobre los objetivos o la eficacia de otras terapias en este ámbito.

3. ¿Cuál es el grado de experimentalidad de esas terapias?

Si bien la cantidad de artículos, de sus objetivos y de las técnicas, dibujan un panorama mixto y esperanzador, cuando se analiza la naturaleza de estos estudios, se observa que una gran parte de ellos son experimentales, en los que se detallan las técnicas o las ventajas de las terapias, siendo ostensiblemente más numerosos los trabajos experimentales que los que analice la eficacia de los resultados que ofrecen cuando se aplican a distintos tipos de ancianos. En los estudios experimentales el 29,4% (n = 69) de los artículos sobre revisión vital (n = 69) de los artículos sobre reminiscencia, el 36% (n = 9) de los artículos sobre orientación a la realidad (n = 2) de los centrados en la validación, el 21% (n = 5) de los que utilizan las terapias cognitivas, el 27,7% (n = 5) de los artículos sobre terapias psicodinámicas, el 18,1% (n = 2) de los que se refieren a la terapia interpersonal. En más de la mitad de los artículos la psicoterapia breve (10 artículos = 57,8%) y la estimulación cognitiva (28 artículos = 59,4%) son experimentales.

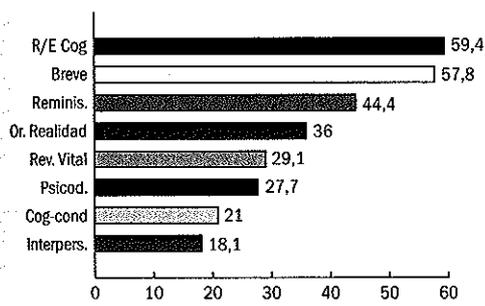
FIGURA 7
Artículos experimentales (o cuasi-experimentales)



3. ¿Cuál es el grado de eficacia de esas terapias?

Si bien la cantidad de artículos publicados, de sus objetivos y de la naturaleza de las técnicas, dibujan un panorama optimista y esperanzador, cuando analizamos la naturaleza de estos estudios, comprobamos que una gran parte de ellos son teóricos, en los que se detalla las características o las ventajas de las distintas terapias, siendo ostensiblemente menor el número de trabajos experimentales, en los que se analice la eficacia de los mismos, o los resultados que ofrecen cuando se aplican a distintos tipos de ancianos. Así, tan sólo son experimentales el 29,1% (n = 32 artículos) sobre revisión vital, el 44,4% (n = 69) de los artículos sobre reminiscencia, el 36% (n = 9) de los que versan sobre orientación a la realidad, el 8,6% (n = 2) de los centrados en la terapia de validación, el 21% (n = 8) de los que utilizan las terapias cognitivo-conductuales, el 27,7% (n = 5) de los artículos publicados sobre terapias psicodinámicas y el 18,1% (n = 2) de los que lo hacen sobre terapia interpersonal. Por el contrario, más de la mitad de los artículos sobre psicoterapia breve (10 artículos que representan el 57,8%) y sobre estimulación cognitiva (28 artículos que representan el 59,4%) son experimentales.

FIGURA 7
Artículos experimentales
(o cuasi-experimentales)



Uno de los principales problemas para determinar el grado de eficacia de las distintas terapias, es el desigual número de investigaciones y de datos en función de cuál de ellas consideremos. No obstante y a modo de resumen, hay datos suficientes para garantizar la eficacia de las terapias cognitivo conductuales en el abordaje de problemas como la depresión, la ansiedad y el tratamiento del dolor crónico; de las psicoterapias breves para el tratamiento de la depresión (sobre todo, si consideramos la relación coste-beneficios) y de la estimulación cognitiva tanto para el mantenimiento de las funciones cognitivas como para incrementar la calidad de vida del anciano y del cuidador.

En contraste con el elevado número de artículos que se publican sobre la reminiscencia, existen menos datos concluyentes sobre su eficacia. Los resultados de esta terapia son más positivos cuando se aplican a problemas como el cambio de actitudes o las relaciones con los cuidadores y el personal institucional. Algo similar ocurre con la eficacia de la orientación de la realidad ya que a pesar de que mejora ciertos aspectos cognitivos, su aplicación en los primeros estadios de la enfermedad puede tener consecuencias adversas tales como el incremento de los niveles de ansiedad. Es indudable la necesidad de un mayor número de estudios experimentales en terapias como la psicodinámica, la terapia de validación o la terapia interpersonal (Finnema, Droes, Ribbe y Van Tilburg, 2000).

Son también escasos los estudios centrados en el análisis de la eficacia comparada de distintos tipos de terapias. En cualquier caso lo que sí parece claro es que sea cual sea la naturaleza de la intervención o su orientación teórica, siempre tiene resultados más positivos que la no intervención y que su eficacia se incrementa cuando se combinan distintos tipos de terapias o se combinan con psicofármacos.

cos. Otra de las limitaciones para el estudio de la eficacia de las terapias es el escaso número de estudios en los que se realizan evaluaciones de seguimiento, pero cuando se han realizado, demuestran que la eficacia suele producirse tan sólo a medio plazo (6 o 9 meses), por lo que se recomienda que se planifiquen sesiones «de recordatorio» cada dos o tres meses (Spector, Thorgrimsen, Wood, Royan, Davies, Butterworth y Orrell, 2003).

4. ¿En qué situaciones, qué problemas o para qué tipo de pacientes es más adecuada cada terapia?

La respuesta a esta pregunta es difícil de ofrecer porque su análisis no se incluye como objetivo en la mayor parte de los estudios analizados. En numerosas ocasiones no se especifican las características de los ancianos que componen las muestras en variables tales como estadio de la enfermedad, tipo de cuadro depresivo que presentan, años de evolución, etc.

Así pues, es necesario incrementar las investigaciones orientadas a especificar para qué tipo de ancianos es más eficaz cada modalidad terapéutica. En este sentido, tan sólo es posible afirmar que la terapia cognitivo-conductual es más útil para el tratamiento de la depresión en ancianos deprimidos, no institucionalizados, con mínima psicopatología premórbida y sin ideación suicida (Finnema, Droes, Ribbe, Van Tilburg, 2000).

La rehabilitación y estimulación cognitiva, reduce su eficacia cuando se aplica en los muy ancianos y con bajo nivel sociocultural. Como mencionan en su estudio de metaanálisis Clare, Woods, Moniz, Orrell y Spector (2006), existen evidencias de que las personas con demencia en estado inicial pueden, hasta cierto punto, aprender información relevante para su autonomía, mantener este aprendizaje en el transcurso

del tiempo y aplicarlo en su desenvolvimiento cotidiano (Clare, Wilson, Carter, Gosses, Breen y Hodges 2002, Anderson, Arens, Jonson y Coppens, 2001).

La revisión vital y la reminiscencia están contraindicadas cuando el anciano se encuentra bajo sintomatología depresiva y es incapaz de encontrar y/o centrarse en los aspectos positivos y también se ha cuestionado su eficacia en ambientes residenciales negativos o empobrecidos (Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG, 2005). Hay resultados de su eficacia para la mejora de las interacciones sociales y el estado de ánimo tanto en ancianos en estadio inicial de demencia como depresivos (Bohlmeijer, 2003, Hanaoka y Okamura, 2004) y también para el descenso de conductas problemáticas (Finnema, Droes, Ribbe y Van Tilburg, 2000).

Igualmente, disponemos de pocos estudios que analicen la influencia de variables moduladoras tales como la edad, el género, la motivación (de especial interés cuando se realizan tratamientos grupales en los que no todos los ancianos la presentan en el mismo grado), el nivel de conciencia o los efectos de la medicación. (Cuijpers, Van Straten y Smit, 2006).

Por último, nos gustaría resaltar lo que, a nuestro juicio, representan algunas directrices básicas para investigaciones futuras:

Necesidad de precisar los objetivos de cada terapia

Como hemos expuesto a lo largo de este trabajo, las terapias han sido utilizadas en distintas poblaciones y diversos objetivos. Es el caso de la terapia de reminiscencia que puede ser utilizada con los objetivos de mejorar la comunicación, aumentar el sentido de la identidad personal, disfrutar de la compañía de otros, mejorar el estado de ánimo y el bienestar,

estimular los recuerdos, proporcionar atención individual (Woods, Moniz, Orrell y Davies, 2006), etc. que se hace necesario considerar como objetivo u objetivos específicos para aplicar la técnica.

Utilización de diferentes técnicas para valorar los resultados

En la mayoría de los estudios se hace una utilización exclusiva de una técnica sin incluir otro tipo de técnicas que aportar información adicional. En un estudio realizado por Koltan y Smechel (2001) demuestran la falta de conciencia de los participantes de sus propias deficiencias en el uso de las puntuaciones en pruebas psicológicas.

De forma similar, la evaluación de la eficacia de una técnica no se limita a circunscribirse a un resultado concreto, sino a otros que también directamente podrían ser relevantes para la misma. Por ejemplo, las pruebas de rehabilitación cognitiva pueden evaluar el rendimiento intelectual, el funcionamiento en la vida diaria (Clare, Woods, Moniz, Orrell, 2006) y para una adecuada evaluación de su eficacia, sería conveniente considerar otros parámetros.

Igualmente se debería considerar en el análisis estadístico no sólo la mejora del grupo al que se aplica la terapia, sino también de los individuos. En algunos casos la terapia ha supuesto una mejora pero no ha producido cambios significativos o ha provocado un agravamiento de la sintomatología. El estudio de Cuijpers y cols. (1990) reporta resultados escasos en los que se analizaron los datos. En el mismo estudio, reevaluados los diagnosticados de depresión, la tasa de remisión tras el tratamiento fue del 52 %, y de ellos, el 83 %

estimular los recuerdos y aumentar la atención individual (Woods, Spector, Jones, Orrell y Davies, 2006). Es evidente que se hace necesario concretar con qué objetivo u objetivos específicos se va a aplicar la técnica.

Utilización de diferentes medidas para valorar los resultados

En la mayoría de los estudios se denota una utilización exclusiva de cuestionarios, sin incluir otro tipo de técnicas que pueden aportar información adicional. Así, el estudio realizado por Koltai, Welsh-Bohmer, Smechel (2001) demuestra que el nivel de conciencia de los participantes sobre sus propias deficiencias es mejor predictor que las puntuaciones en las pruebas neuropsicológicas.

De forma similar, la evaluación de la eficacia de una técnica no tiene por qué limitarse o circunscribirse a un aspecto concreto, sino a otros que, directa o indirectamente podrían ser modificados por la misma. Por ejemplo, las técnicas de rehabilitación cognitiva pueden no sólo mejorar el rendimiento intelectual sino también el funcionamiento en la vida cotidiana (Clare, Woods, Moniz, Orrell y Spector, 2006) y para una adecuada valoración de su eficacia, sería conveniente incluir ambos parámetros.

Igualmente se deberían realizar no sólo análisis estadísticos en los que se muestra la mejoría del grupo al que se aplica la terapia, sino también de en qué casos concretos la terapia ha supuesto una mejoría, no ha producido cambios o, incluso, ha provocado un agravamiento de la sintomatología. El estudio de Gallagher-Thompson y cols, (1990) representa uno de los escasos estudios en los que aparecen estos datos. En el mismo, realizado con ancianos diagnosticados de depresión mayor, la tasa de remisión tras el tratamiento es de 52%, y de ellos, el 83% seguían sin sinto-

matología depresiva al año y el 77% a los dos años. Los ancianos que no respondieron tras la finalización del estudio, continuaban deprimidos en las valoraciones de seguimiento, a pesar de seguir con tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. El análisis pormenorizado de este grupo de ancianos «no respondiente» ayudaría a concretar para qué tipo de paciente o en qué circunstancias la terapia no muestra efectividad.

Elaboración de protocolos de tratamiento que faciliten la replicación de las investigaciones

En la actualidad existen notables diferencias en los formatos utilizados, dentro de la misma terapia en aspectos tales como el tiempo de cada sesión, en la duración de las intervenciones o en el lugar donde se aplica (hospital, residencias, unidades de día...). En este sentido hemos de destacar el trabajo realizado por Spector, Thorgrimsen, Wood, Royan, Davies, Butterworth y Orrell (2003) quienes aplican un programa de estimulación cognitiva a 201 ancianos procedentes de 5 Centros de Día y 18 residencias y encuentran notables diferencias en función del centro considerado, a pesar de haber utilizado el mismo formato de terapia en todos ellos. También encontramos una gran variabilidad en los ancianos que se utilizan como grupo control y en las terapias o actividades seleccionadas como placebo.

Mayor rigor en los criterios de inclusión/exclusión y en los sistemas de diagnóstico

En muchos casos se valora o se clasifican a los sujetos como depresivos o no depresivos en función de escalas o instrumentos evaluativos (tales como la Geriatric Depression Scale) que aunque correlacionan con los criterios diagnósticos no

pueden, en ningún caso, ser utilizados en su lugar. Igualmente se deben explicitar con mayor detalle cuáles han sido no sólo los criterios de inclusión sino también los de exclusión así como el número y las características de los casos que han declinado participar o que no han sido incluidos en las intervenciones terapéuticas (Grasel, Wiltfang y Kornhuber, 2003).

CONCLUSIONES

■ Lejos de los prejuicios predominantes en otros momentos históricos, asistimos en la actualidad a una proliferación de psicoterapias aplicadas al ámbito gerontológico.

■ Los procesos demenciales constituyen una de las áreas fundamentales de la aplicación de las psicoterapias, seguida del abordaje de los cuadros depresivos, aunque empiezan a aplicarse a otros problemas geriátricos, como por ejemplo, las enfermedades crónicas.

■ Son necesarias más investigaciones que nos permitan comprender las peculiaridades e idiosincrasia del envejecimiento normal y sirvan de guía para la creación de nuevas terapias o la adaptación de las modalidades terapéuticas existentes.

■ Aunque existen en la actualidad un número considerable de terapias, no todas cuentan con suficiente respaldo empírico. Carecemos además de datos suficientes que nos permitan determinar para qué tipo de ancianos es más eficaz cada orientación terapéutica o que muestren la eficacia comparada de cada una de ellas.

■ Igualmente los estudios existentes adolecen de distintos problemas metodológicos entre los que se incluyen la heterogeneidad de las muestras utilizadas, la escasa atención prestada a las variables moduladoras, la utilización casi exclusiva

de cuestionarios y escalas para la inclusión de los ancianos en las modalidades terapéuticas o con fines diagnósticos y la elevada variabilidad en los formatos con que se aplican las terapias, que hace difícil contrastar o comparar los resultados obtenidos por los distintos autores.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's Disease and other dementias of late life. *American Journal of Psychiatry*. 154 (5): 1-39.

Anderson J, Arens K, Jhonson R, Coppens P. Spaced retrieval vs memory tape therapy in memory rehabilitation for dementia of the Alzheimer's type. *Clinical Gerontologist*. 2001; 24 (1-2): 123-139.

Bohlmeijer E, Smith F, Cuijpers P. Effects of reminiscence and life review on late life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2003; 18: 1088-1094.

Clare L, Wilson BA, Carter G, Hodges JR, Adams M. Long-term maintenance of treatment gains following a cognitive rehabilitation intervention in early dementia of Alzheimer type: a single case study. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2001; 11: 477-494.

Cuijpers P, Van Straten A, Smit F. Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006.

Finnema E, Drees RM, Ribbe M, Van Tilburg W. The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: A review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2000; 15: 141-161.

Gallagher-Thompson P, Thompson LW. Grains versus relapse follow-up psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000; 68: 371-374.

Grasel E, Wiltfang J. The effects of non-drug therapies for dementia: a review of the current situation with regard to the effectiveness. *Demerit and Cognitive Disorders*. 2003; 18: 1088-1094.

Hanaoka H, Okamura H. The effects of life review activities on

Gallagher-Thompson D, Hanley-Peterson P, Thompson LW. Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990; 58: 371-374.

Grasel E, Wiltfang J, Kornhuber J. Non-drugs therapies for dementia: an overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2003; 15 (3): 115-125.

Hanaoka H, Okamura H. Study on effects of life review activities on the quality of li-

fe of the elderly: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2004; 73 (5): 302-311.

Koltai DC, Welsh-Bohmer KA, Smechel DE. Influence of anosognosia on treatment outcome among dementia patients. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2001; 11 (3-4): 455-475.

Spector A, Thorgrimsen L, Wood B y cols. Cognitive stimulation therapy improves cognition and quality of life in older people with dementia. *Evid. Based Ment. Health*. 2004; 7: 19.