

REHABILITACIÓN COGNOSCITIVA PARA DÉFICITS DE MEMORIA DESPUÉS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Majid MJ, Lincoln NB, Weyman N



Fecha de la enmienda más reciente: 16 de febrero de 2000

Fecha de la enmienda significativa más reciente: 17 de febrero de 2000

Esta revisión debería citarse como: Majid MJ, Lincoln NB, Weyman N. Rehabilitación cognoscitiva para déficits de memoria después de accidente cerebrovascular. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.

RESUMEN

Antecedentes

Después de un accidente cerebrovascular se producen problemas de memoria. Los programas de rehabilitación cognoscitiva se ofrecen para reeducar la función de la memoria o para enseñar a los pacientes estrategias para superar el deterioro en la memoria.

Objetivos

Determinar los efectos de la rehabilitación cognoscitiva para los problemas de memoria después de un accidente cerebrovascular.

Estrategia de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el Registro de Ensayos del Grupo Cochrane de Embolia (*Cochrane Stroke Group Trials Register*), en las bases de datos Medline, EMBASE, CINHALL y CLIN PSYCH y en las listas de referencia de artículos que fueran relevantes. Fecha de la búsqueda más reciente. Diciembre de 1998.

Criterios de selección

Ensayos controlados sobre reeducación de la memoria en accidente cerebrovascular. Se excluyeron aquellos estudios con grupos de etiología mixta a menos que más de un 75% de sus participantes tuviera accidente cerebrovascular o cuando hubiera datos separados disponibles para los pacientes con accidente cerebrovascular.

Recopilación y análisis de datos

Dos revisores obtuvieron los datos de los ensayos y evaluaron su calidad. Los revisores contactaron a sus investigadores para obtener detalles adicionales sobre los ensayos.

Resultados principales

Se identificó un ensayo con 12 participantes. Este estudio mostró que el entrenamiento en estrategias de memoria no tenía un efecto significativo sobre el compromiso de memoria o sobre las quejas subjetivas de memoria.

Conclusiones del revisor

La evidencia es insuficiente como para apoyar o refutar la efectividad de la rehabilitación cognoscitiva para los problemas de memoria que se producen después de accidentes cerebrovasculares.

Esta revisión debería citarse como:

Majid MJ, Lincoln NB, Weyman N Rehabilitación cognoscitiva para déficits de memoria después de accidente cerebrovascular. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.

ANTECEDENTES

La rehabilitación cognoscitiva consiste de procedimientos de entrenamiento destinados a mejorar algunas funciones cognoscitivas como la memoria, la atención y la percepción.

Los déficits de memoria son las consecuencias cognoscitivas más frecuentes del daño cerebral, ya sea adquirido a partir de una lesión traumática, un accidente cerebrovascular o a partir de un deterioro

cognoscitivo general (Erikson 1977). El grado y tipo de alteración de memoria depende de la magnitud del daño y de su localización (Wang 1975). Por ejemplo, las lesiones en el hemisferio izquierdo producen compromiso en la memoria verbal, mientras que las lesiones en el hemisferio derecho probablemente causan déficits de la memoria visual (Skilbeck 1983). Aunque ocurren dificultades de memoria después de un accidente cerebrovascular (Tinson 1987, Stewart 1996) su frecuencia, efecto y recuperación permanecen aún sin ser documentadas de manera extensa.

Se han utilizado diversas estrategias para reeducar a aquellos pacientes con compromiso en su memoria. Harris (Harris 1984) ha descrito tres estrategias principales para mejorar el desempeño de la memoria: ayudas farmacológicas, dispositivos internos, como estrategias mnemotécnicas y de reensayos y ayudas externas de memoria como diarios, tablas, listas, dispositivos electrónicos de ayuda, cuadernos y relojes de alarma. Generalmente se han considerado como poco efectivos los esfuerzos destinados a restaurar la función de memoria (Robertson 1993), a pesar de que las estrategias de compensación diseñadas para mejorar el modo con el cual los pacientes afrontan sus problemas de memoria, han producido mejoría en a nivel funcional (Berg 1991, Wilson 1992).

La mayoría de las evaluaciones sobre intervenciones para reeducar la función de la memoria han utilizado diseños experimentales de caso único (DECU). Gianutsos (Gianutsos 1979) encontró una mejoría con entrenamiento mnemotécnico en la rehabilitación de la evocación verbal de cuatro pacientes (tres de ellos con accidente cerebrovascular) utilizando un DECU de línea de base múltiple. Wilson (Wilson 1982) evaluó un programa de entrenamiento intensivo de memoria que incluía varias estrategias como imaginería visual, ayudas mnemotécnicas de letras y palabras, ensayos extra para mejorar aspectos específicos de la memoria tales como recordar el horario de actividades diario, nombres de personas, listas de compras y rutas cortas. Aunque algunos de los problemas existentes mejoraron, en general hubo únicamente una mejoría leve en la memoria al final del periodo de tratamiento de tres meses. Gasparrini (Gasparrini 1979) comparó la efectividad de las ayudas mnemotécnicas con imaginería visual con respecto a aquella de memoria de rutina en pacientes con afasia leve por accidente cerebrovascular del hemisferio izquierdo. Encontró que la imaginería visual era una estrategia significativamente mejor para mejorar la función de la memoria que las ayudas mediadas por el lenguaje verbal. Leftoff (Leftoff 1981) también desarrolló programas de entrenamiento que incluían la evocación de información que estaba aleatorizada u ordenada en series. Los pacientes con accidente cerebrovascular del hemisferio izquierdo que recibieron entrenamiento de memoria tuvieron una mejoría significativa con respecto a aquellos que no recibieron entrenamiento de memoria.

Aunque las ayudas externas de memoria se utilizan para mejorar la orientación y el funcionamiento de la memoria, se han hecho pocas publicaciones acerca de su efectividad (Sohlberg 1987). El uso de microcomputadores puede ahorrarle tiempo a los terapeutas (Skilbeck 1984), pero Towle (Towle 1988) ha enfatizado la necesidad de realizar una evaluación de este tipo de tratamiento. Towle (Towle 1988) evaluó el efecto de un tratamiento computarizado sobre la memoria (utilizando una serie de tareas como evocación y reconocimiento de palabras, dibujos y caras) en pacientes con accidente cerebrovascular que tenían comprometida la memoria. Utilizó un diseño de un único grupo antes y después, y encontró que ninguno de los 11 pacientes estudiados mostró un cambio significativo en ninguna de las pruebas de memoria que fueron administradas.

Las revisiones sobre la rehabilitación de la memoria han producido pocos estudios con comparación entre grupos que evalúen la eficacia de la reeducación de la memoria (Benedict 1989; Franzen 1991). Wilson (Wilson 1992) comparó un tratamiento para la memoria realizado diariamente durante tres semanas con un entrenamiento en solución de problemas durante tres semanas en pacientes con accidente cerebrovascular y lesión cerebral y encontraron que, a pesar de que la mayoría de los pacientes tuvieron una mejoría, no hubo una diferencia significativa entre los dos grupos de intervención en las puntuaciones de memoria. Jennett (Jennett 1991) investigó la efectividad de un tratamiento en grupo para los problemas de memoria en pacientes con accidente cerebrovascular y trauma cerebral. Utilizando un diseño cruzado, estos autores el estudio no encontró una mejoría significativa en la función de la memoria, según fue evaluada mediante el *Rivermead Behavioural Memory Test* o el *Subjective Memory Questionnaire*. Sin embargo, hubo un aumento en el número de ayudas de memoria empleadas después de asistir al grupo de tratamiento en memoria. Doornheim y De Haan (Doornheim 1998) compararon un programa de entrenamiento que incluía la enseñanza de seis estrategias de memoria contra prácticas repetitivas en tareas de memoria como intervención de control. Después de 4 semanas de entrenamiento, hubo una diferencia significativa entre los grupos en los resultados de una prueba de asociación de nombres y caras.

Aunque existe algún tipo de evidencia derivada de estudios con diseño experimental de caso único que indica que la terapia de memoria puede ser efectiva para pacientes individuales, hay pocos estudios que hayan utilizando ECCs para evaluar la efectividad de la reeducación de la memoria. Las evaluaciones han incluido pacientes que pertenecen a diversos grupos diagnósticos.

OBJETIVOS

Determinar si:

1. Los pacientes que reciben tratamiento de memoria tienen una recuperación mayor en la función de la memoria que aquellos que no reciben tratamiento.
2. Las estrategias de tratamiento de la memoria mejorarían las habilidades funcionales en términos de las actividades de la vida cotidiana en comparación con la no administración de tratamiento.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Los resultados fueron: medidas de compromiso de la memoria. Evaluación subjetiva de los problemas de memoria y de discapacidad funcional medidas mediante la independencia en las actividades de la vida cotidiana (como por ejemplo el *Barthel Index*).

Tipos de participantes

Se buscaron para su inclusión en la revisión aquellos ensayos en pacientes con accidente cerebrovascular que compararan un tratamiento para la memoria contra un grupo control. Se incluyeron ensayos que emplearan diseños aleatorizados. También se tuvieron en cuenta para el análisis los ensayos que utilizaran procedimientos cuasi-aleatorizados para asignar a los pacientes a los grupos de tratamiento y de control (como esquemas alternados o asignación de los pacientes con base en la disponibilidad de camas, servicios de rehabilitación previos y pabellones de hospitalización). Pero estos estudios recibieron una calificación menor en cuanto a su metodología.

Tipos de intervención

Esta revisión se restringió a los ensayos de pacientes con déficits de memoria secundarios a accidente cerebrovascular, según confirmación mediante examen neurológico y/o TAC. Así, aquellos ensayos que incluyeran participantes con déficits de memoria secundarios a trauma cerebral, tumor cerebral u otro tipo de lesión cerebral fueron excluidos a menos que pudiese identificarse un subgrupo de pacientes con accidente cerebrovascular para los cuales hubiese resultados separados. También se incluyeron los ensayos que tuvieran un 75% de sus pacientes con accidente cerebrovascular. Los déficits de memoria no fueron definidos con antelación y se asumió que aquellos pacientes que recibieron tratamiento para alteraciones de la memoria, tenían déficits de memoria.

Tipos de medidas de resultado

Se incluyeron aquellos ensayos en los que hubiera una comparación entre un grupo de tratamiento "activo" que recibiera uno de varios programas de tratamiento para la memoria y un grupo control que recibiera una forma alternativa de tratamiento o ninguna intervención para la memoria. Se consideraron los tratamientos para la memoria como cualquier intento por modificar la función de la memoria mediante ayudas mnemotécnicas internas o prácticas o mediante enseñanza de estrategias a los pacientes para hacer frente a los fallos en la memoria. No se incluyeron estudios con drogas.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Ver: Cochrane Stroke Group estrategia de búsqueda

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

Esta revisión se basa en la estrategia de búsqueda desarrollada por el Grupo de Embolia (*Stroke group*). Se identificaron los ensayos relevantes dentro del Registro de Ensayos del Grupo de Embolia (*Stroke Group Trials Register*) (fecha de la última búsqueda: Diciembre de 1998). Adicionalmente, dos revisores (MJM, NW) llevaron a cabo búsquedas en bases electrónicas de datos e hicieron búsquedas manuales en algunas revistas. Se buscaron ensayos referentes a cuatro áreas de rehabilitación en accidentes cerebrovasculares: rehabilitación cognoscitiva, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y tratamiento para alteraciones del humor. Se utilizaron las siguientes fuentes de datos:

(I) Bases de datos bibliográficas informatizadas *on-line*: MEDLINE (1966 -1998) y BIDS EMBASE (1980-1998); una búsqueda de la literatura en el área de enfermería en CINAHL (1983-1998); PSYCHLIT (1974-1998) y CLIN PSYCH (1980-Nov. 1994) como los dos índices principales dentro de la literatura en psicología.

(II) SCISEARCH - se logró acceso a tres bases de datos de índices de citas: *Science Citation Index (SCI)*, *Social Sciences Citation Index (SSCI)* y *Arts and Humanities Citation Index (A &HCI)* como una estrategia de búsqueda de seguimiento.

Estas búsquedas informáticas se realizaron utilizando combinaciones de los siguientes descriptores y palabras clave: stroke/cerebrovascular accidents/neurological disability and randomised controlled/ clinical trials/random allocation/double blind method and rehabilitation / remedial therapy /treatment/ intervention and cognitive /unilateral neglect / visuospatial/ visuoperceptual/memory/ attention span/concentration/hemianopia/activities of daily living/ occupational therapy /leisure /dressing/self-care /domiciliary rehabilitation.

(III) El rastreo de citas a partir de todos los estudios principales, proporcionó una estrategia de búsqueda adicional. Se evaluaron también las listas de referencia de los artículos de revisión y los libros identificados en las búsquedas y luego fueron valorados para su posible inclusión.

(IV) Finalmente, con el fin de garantizar que no se pasaran por altos aquellos ensayos que no figuraran en las bases de datos mencionadas anteriormente, se llevó a cabo una búsqueda manual de todos los volúmenes de las siguientes revistas: *Am J Occup There* (1947-1998), *Aphasiology* (1987-1998), *Aus J Occup There* (1965-1998), *Br J Occup There* (1950-1998), *Br J There Rehabil* (1994-1998), *Can J Occup There* (1970-1998), *Clin Rehabil* (1987-1998), *Disabil Rehabil* (1992-1998) anteriormente llamada *Int Disabil Stud* (1987-1991) anteriormente llamada *Int Rehabil Med* (1983-1986), *Int J Lang Commun Dis* (1998) anteriormente llamada *Eur J Disord Comm* (1985-1997) anteriormente llamada *Br J Disord Comm* (1977-1984), *J Clin Psychol Med Sett* (1994-1998) anteriormente llamada *J Clin Psychol* (1944-1994), *J Devmtl Phys Disabil* (1992-1998) anteriormente llamada *J Multihandicapped Persons* (1989-1991), *J Rehabil* (1963-1998), *Int J Rehabil Res* (1977-1998), *J Rehabil Sci* (1989-1996), *Neuropsychol Rehabil* (1987-1998), *Neurorehabilitation* (1991-1998), *Occup There Int* (1994-1998), *Physiotherapy Theory and Practice* (1990-1998) anteriormente llamada *Physiotherapy Practice Practice* (1990-1998) anteriormente llamada *Physiotherapy Practice* (1985-1989), *Physical Therapy* (1988-1998), *Rehabil Psychol* (1982-1998), *The J Cog Rehabil* (1988-1998) anteriormente llamada *Cog Rehabil* (1983-1987).

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Un revisor (MJM) seleccionó los ensayos a ser incluidos en la revisión mediante el uso de los cuatro criterios de inclusión (tipos de ensayos, de participantes, de intervenciones y de medidas de resultado). El segundo revisor (NBL) hizo una verificación cruzada y una valoración de las características del protocolo y de la calidad de los ensayos. Se alcanzó un consenso al respecto. La calidad metodológica de cada uno de los ensayos seleccionados fue evaluada de manera independiente por los dos revisores y fue calificada de acuerdo con las Guías de la Colaboración Cochrane (*Cochrane Collaboration Guidelines*). Las diferencias fueron resueltas mediante discusión. Se minimizaron los sesgos por el hecho de que un revisor (MJM) no era un experto que tuviese previo conocimiento de la literatura.

Uno de los revisores (MJM) extrajo las características de los estudios y los resultados, los cuales fueron verificados por el segundo revisor (NBL). Se registraron los siguientes datos para cada ensayo: método de asignación de los sujetos, cegamiento, tamaño de muestra, descripción de la intervención, número de pacientes perdidos en el seguimiento, tipos de variables dependientes, resultados presentados y detalles de la publicación. Cuando estos datos no estaban disponibles o no eran claros a partir de los reportes (en especial en lo referente al procedimiento de aleatorización), se estableció comunicación escrita con el primer autor del estudio en cuestión.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se identificó un ensayo (Doornhein 1998) que cumplía con los criterios de inclusión.

CALIDAD METODOLÓGICA

El ensayo incluido (Doornhein 1998) no presentaba detalles acerca del procedimiento de aleatorización. Los resultados fueron evaluados por la misma persona que administró el entrenamiento.

RESULTADO

Se incluyó únicamente un ensayo (Doornhein 1998). La diferencia ponderada de promedios mostró que el entrenamiento en estrategias de memoria no tenía un efecto significativo sobre las alteraciones de memoria o sobre las quejas subjetivas de memoria, informando intervalos de confianza muy amplios. Se identificaron dos ensayos adicionales (Jennett 1991; Wilson 1992) que evaluaban el efecto de la reeducación de la memoria en pacientes con accidentes cerebrovasculares, pero ambos fueron excluidos ya que incluían menos del 75% de los pacientes con accidente cerebrovascular y no había resultados separados para estos pacientes.

DISCUSIÓN

La rehabilitación cognoscitiva en el tratamiento de los déficits de memoria carece en la actualidad de ensayos suficientes. El énfasis en los estudios con diseño experimental de caso único es apropiado para demostrar que la rehabilitación de la memoria puede ser efectiva, pero se necesitan ensayos para determinar la efectividad general de estos métodos. Se identificaron dos estudios sobre terapia de la memoria que utilizaron grupos de etiología mixta pero no hubo información disponible para los pacientes con accidentes cerebrovasculares. Podría argumentarse que puesto que no hay evidencia acerca de los efectos diferenciales de la rehabilitación cognoscitiva de acuerdo con la etiología de base, el análisis debería realizarse sin hacer referencia a la etiología. Sin embargo, es probable que haya efectos diferenciales de acuerdo con el diagnóstico y el problema de los estudios que incluyen sujetos con diferentes patologías de base no fue identificado hasta cuando la búsqueda se completó.

CONCLUSIONES DE LOS REVISORES

Implicaciones para la práctica

La rehabilitación cognoscitiva en el tratamiento de los déficits de memoria secundarios a accidente cerebrovascular no puede ser apoyada o refutada a partir de resultados derivados de ECCs.

Implicaciones para la investigación

Se necesitan estudios adicionales que utilicen ECCs para comparar una intervención activa sobre la memoria con respecto a un control con placebo sobre la atención o contra ninguna intervención. Los resultados necesitan incluir tanto las medidas de compromiso de la memoria como el efecto de la memoria sobre la vida diaria. Se requieren reportes independientes sobre la memoria en la vida diaria, ya que aquellos sujetos con problemas severos de memoria tienden a no ser conscientes de sus efectos (Sunderland 1996).

AGRADECIMIENTOS

Fuente de referencia: Queremos agradecer a la *British Library* y al *Document Supply Centre* por permitirnos un acceso directo y amplio al los títulos del DSC para la búsqueda manual de las revistas.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	Doornhein 1998
Methods	Randomised controlled trial Single centre Assigned at random Outcome assessment done by person who carried out training
Participants	Netherlands Complained about memory problems at initial assessment Memory impairment on Dutch version of Rey auditory learning test T:6 C:6 Age T: 51.3 C: 51.7 3 - 5 months after stroke

Interventions	T: memory strategy training, for 4 weeks, 2 sessions per week. Strategies were association and organisation for remembering names and routes Homework book C: drill and practice exercises for same amount of time
Outcomes	Name Face Paired Associate memory Test Stylus Maze Test 15 words test Oxford recurring faces test Memory Questionnaire
Notes	Excluded patients with severe aphasia, apraxia or agnosia. No follow up after the end of treatment
Quality	B

Excluded studies

Study	Reason for exclusion
Jennett 1991	<75 % stroke patients and separate results not available for stroke patients
Wilson 1992	<75% stroke patients and separate results not available for stroke patients.

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Doornhein 1998

Doornhein K De Haan EHF. Cognitive training for memory deficits in stroke patients. *Neuropsychological Rehabilitation* 1998;8:393-400.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Jennett 1991

Jennett S, Lincoln NB. An evaluation of the effectiveness of group therapy for memory problems. *Int Disabil Studies* 1991;13:83-86.

Wilson 1992

Wilson BA, Moffat N. *Clinical Management of Memory Problems*. 2nd Edition. London: Chapman and Hall, 1992.

Referencias adicionales

Benedict 1989

Benedict R. The effectiveness of cognitive remediation strategies for victims of traumatic head-injury: A review of the literature. *Clin Psychol Rev* 1989;9:605-626.

Berg 1991

Berg I, Koning-Haanstra M, Deelman BG. Long-term effects of memory rehabilitation: A controlled study. *Neuropsychol Rehabil* 1991;1:97-112.

Erikson 1977

Erikson R, Scott M. Clinical memory testing: a review. *Psychol Bull* 1977;84:1130-1149.

Franzen 1991

Franzen M, Haut M. The psychological treatment of memory impairment: a review of empirical studies. *Neuropsychol Rev* 1991;2:29-63.

Gasparrini 1979

Gasparrini B, Satz P. A treatment for memory problems in left hemisphere CVA patients. *J Clin Neuropsychol* 1979;1:137-150.

Gianutsos 1979

Gianutsos R, Gianutsos J. Rehabilitating the verbal recall of brain-damaged patients by mnemonic training: An experimental demonstration using single-case methodology. *J Clin Neuropsychol* 1979;1:117-135.

Harris 1984

Harris JE. In: Wilson BA, Moffat N, editor(s). *Clinical Management of Memory Problems*. Rockville, MD: Aspen, 1984.

Leftoff 1981

Leftoff S. Learning functions for unilaterally brain-damaged patients for serially and randomly ordered stimulus material: analysis of retrieval strategies and their relationship to rehabilitation. *J Clin Neuropsychol* 1981;3:301-314.

Robertson 1993

Robertson IH. Cognitive rehabilitation in neurologic disease. *Current Opinion Neurol* 1993;6:756-760.

Skilbeck 1983

Skilbeck CE. In: Lubbock G, editor(s). *Stroke care - An interdisciplinary approach*. London: Faber and Faber Limited, 1983:124-146.

Skilbeck 1984

Skilbeck CE. In: Wilson B, Moffat N, editor(s). *The Clinical Management of Memory Problems*. London: Croom Helm, 1984.

Sohlberg 1987

Sohlberg M, Mateer C. Effectiveness of an attention training program. *J Clin Exptl Neuropsychol* 1987;9:117-130.

Stewart 1996

Stewart FM, Sunderland A, Sluman SM. The nature and prevalence of memory disorder late after stroke. *Br J Clin Psychol* 1996;35:369-79.

Sunderland 1996

Stewart FM, Sunderland A, Sluman SM. Adaption to cognitive deficit? An exploration of apparent dissociations between everyday memory and test performance late after stroke. *British Journal of Clinical Psychology* 1996;35:463-76.

Tinson 1987

Tinson DJ, Lincoln NB. Subjective memory impairment after stroke. *Int Disabil Studies* 1987;9:6-9.

Towle 1988

Towle D, Edmans J. Use of Computer presented games with memory impaired stroke patients. *Clinical Rehabilitation* 1988;2:303-307.

Wang 1975

Wang PL, Kaplan JR, Rogers EJ. Memory functioning in hemiplegics: A neuropsychological analysis of the Weschler Memory Scale. *Arch Phys Med Rehabil* 1975;56:517-521.

Wilson 1982

Wilson B. Success and failure in memory training following a cerebral vascular accident. *Cortex* 1982;18:581-594.

GRÁFICOS

01 memory training vs no memory training

Outcome title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
01 memory impairment	1	12	WMD [Fixed] [95% CI]	3.900 [-2.446, 10.246]
02 subjective memory problems	1	12	WMD [Fixed] [95% CI]	7.700 [-36.021, 51.421]
03 quality of life			No numerical data	
04 satisfaction			No numerical data	

CARÁTULA

Título

Rehabilitación cognoscitiva para déficits de memoria después de accidente cerebrovascular

Revisor(es)

Majid MJ, Lincoln NB, Weyman N

Contribución de los revisores	<p>Nadina Lincoln initiated and co-ordinated the review, was the principal grant holder, and revised the final report.</p> <p>Mariam Majid conducted the literature searches and drafted the initial report.</p> <p>Nicola Weyman updated the literature searches and assisted with revising the final report.</p>
Número de protocolo publicado inicialmente	La información no está disponible
Número de revisión publicada inicialmente	La información no está disponible
Fecha de la modificación más reciente	16 febrero 2000
Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	17 febrero 2000
Cambios más recientes	El revisor no facilitó la información
Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados	El revisor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos	El revisor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos	El revisor no facilitó la información
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los revisores	El revisor no facilitó la información
Dirección de contacto	<p>Prof Nadina Lincoln Professor of Clinical Psychology School of Psychology University of Nottingham University Park Nottingham NG7 2RD UK tel: +44 115 9515361 nbl@psychology.nottingham.ac.uk fax: +44 115 9515324</p>
Número de la Cochrane Library	CD002293-ES
Grupo editorial	Cochrane Stroke Group
Código del grupo editorial	HM-STROKE

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- NHS Executive Research and Development Physical and Complex Disabilities UK

Recursos internos

- La información sobre los recursos de apoyo no está disponible

Palabras clave

Medical Subject Headings (MeSH)

Attention; Cerebrovascular Accident [complications]; Clinical Trials; Cognition; Memory Disorders [etiology] [rehabilitation]; Perception

Mesh check words: Human

Traducción realizada por el Centro Cochrane Iberoamericano, con el patrocinio de Merck, Sharp & Dohme de España, S.A.

El contenido de esta información refleja las conclusiones y hallazgos propios de los autores, según la traducción realizada por los traductores y no son necesariamente los de Merck & Co., Inc., ni los de ninguna de sus afiliadas y se presenta como un servicio a las profesiones sanitarias.

GRÁFICOS