

# TRATAMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN NEUROREHABILITACIÓN COGNITIVA

© Revisado, traducido y clasificado por:

José Félix Mozo  
Psicólogo -Neuropsicólogo  
M-28714  
[mozof@gmail.com](mailto:mozof@gmail.com)

Última revisión: 28.09.2019

Referencias. Fuentes originales	
ASF	(2018). Australian Stroke Foundation (ASF)- Clinical Guidelines for Stroke Management. Chapter 5 of 8: Rehabilitation. Web: <a href="https://app.magicapp.org/app#/guideline/2282/section/27249">https://app.magicapp.org/app#/guideline/2282/section/27249</a>
ACRM *	Wilson, B. et al. (2019). Rehabiliación neuropsicológica. Manual Internacional. Cap: 2 y 6b. Ed: Manual Moderno.
INCOG, NICE, SIGN	(2012). INCOG recommendations for management of cognition following traumatic brain injury, part I, II, III, IV, V. The Journal of head trauma rehabilitation. Existen al menos cinco versiones, dirigidas a las siguientes temáticas: atención y velocidad de procesamiento, memoria, lenguaje y comunicación, función ejecutiva y autoconciencia, amnesia y delirium.
	(2019). National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke rehabilitation in adults. Web: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/cg162">https://www.nice.org.uk/guidance/cg162</a>
	(2010). Scottish Intercollegiate Guideliness Network (SIGN) - Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning.- SIGN 118- Web: <a href="https://www.sign.ac.uk/sign-118-management-of-patients-with-stroke-rehabilitation-prevention-and-management-of-complicati.html">https://www.sign.ac.uk/sign-118-management-of-patients-with-stroke-rehabilitation-prevention-and-management-of-complicati.html</a>
	(2013). Scottish Intercollegiate Guideliness Network (SIGN) - Brain injury rehabilitation in adults. Web: <a href="https://www.sign.ac.uk/assets/sign130.pdf">https://www.sign.ac.uk/assets/sign130.pdf</a>
CPSR	(2019). Canadian Partnership for Stroke Recovery (CPSR) -The Stroke Rehabilitation Evidence-Based Review. Diciembre 2019. Web: <a href="http://www.ebrsr.com/sites/default/files/documents/v18-SREBR-ExecutiveSummary-2.pdf">http://www.ebrsr.com/sites/default/files/documents/v18-SREBR-ExecutiveSummary-2.pdf</a>
ISWP	(2016). Intercollegiate Stroke Working Party (ISWP). National Guideline for stroke. Web: <a href="https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-(1).aspx">https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-(1).aspx</a>

\* & (Cicerone reviews)

Leyenda. Grados de recomendación	
Referencia	Grados de Recomendación ( <i>Recommendation</i> )
ASF	<b>Fuerte (Strong)</b> Los beneficios superan a los daños para casi todos. Es probable que al informar al usuario deseen esta opción. Tiene repercusión coste-beneficio.
	<b>Débil (Weak)</b> Los beneficios superan los daños para la mayoría, pero no para todos. Puede que encuentres mejoras pequeñas pero valóralo según el caso, y también en base a sus preferencias y valores, por si se adecúa mejor otra alternativa.
	<b>Declaración práctica (Practice statments)</b> . Hay evidencia indirecta suficiente de alta calidad para apoyar esta práctica.
	<b>Débil en contra (Weak against)</b> . No lo uses de momento para la práctica clínica. Se requiere mayor investigación.
ACRM	<b>Práctica Estándar (Practice Standard)</b> Existe evidencia sustancial que apoye su efectividad.
	<b>Guía Práctica (Practice Guideline)</b> Existe evidencia probable sobre su efectividad.
	<b>Opción Práctica (Practice Option)</b> Se cree que ha mostrado posible efectividad pero requiere más investigación.
	No recomendado.
INCOG, NICE, SIGN	<b>Nivel A</b> Extremadamente recomendable. Por lo menos un meta-análisis, revisión sistemática o Ensayo Clínico Aleatorizado valorado como 1++ y directamente aplicable a la población a la que se dirige, o varios estudios valorados como 1+.
	<b>Nivel B</b> Recomendación favorable. Varios estudios valorados 2++ y con consistencia entre ellos, o evidencia extrapolada desde 1++ o 1+.
	<b>Nivel C</b> Recomendación favorable pero no concluyente. Varios estudios 2+, o evidencia extrapolada de estudios 2++.
	<b>Nivel D</b> Ni se recomienda ni se desaprueba. Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolada de estudios 2+.
CPSR	<b>1a</b> Más de un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) con PEDro $\geq 6$ . Incluye sujetos comparados con condiciones aleatorias y diseños <i>cross-over</i> . <b>1b</b> Un ECA con PEDro $\geq 6$ .
	<b>2</b> ECA con PEDro $<6$ . Ensayos prospectivos. Estudios prospectivos de longitudinales con 2 grupos similares y uno expuesto a una condición. <b>3a, 3b</b>
	<b>4</b> <b>5</b>
ISWP	<b>Consenso de expertos</b> . Hay evidencia indirecta suficiente de alta calidad para apoyar esta práctica.

<b>Tabla 1. Tratamientos y grados de evidencia en DCS</b>			
<b>Recomendación</b>	<b>Tratamientos, ingredientes y conceptos</b>	<b>Año</b>	<b>Referencia</b>
<b>Práctica Estándar</b>	<b>Rehabilitación Neuropsicológica Comprehensive-holistica</b>	2014	<b>ACRM</b>
<b>Práctica Estándar</b>	<b>Rehabilitación Neuropsicológica Convencional</b>	2013	*

\* & (Cicerone reviews)

**CONCEPTOS,  
INGREDIENTES Y  
TRATAMIENTOS**

Problema: Atención. Ictus			
Recomendación	Tratamientos, ingredientes y conceptos	Año	Referencia
<b>Práctica Estándar</b>	Usa <b>Entrenamiento directo de la atención</b> y <b>Entrenamiento en Estrategias Metacognitivas (MST)</b> en fases sub-agudas para aumentar el rendimiento en la tarea y promover la generalización en el funcionamiento diario.	2014	<b>ACRM</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Usa intervenciones centradas en el sistema atencional como: <b>Time Pressure Managment (TPM)</b> , <b>Attention Process Training (APT)</b> , o <b>Modificación del Entorno</b> ; en el contexto de ensayo clínico dando tantas oportunidades para practicar de forma supervisada por el terapeuta las actividades como sea posible.	jul-16	<b>ISWP</b>
<b>Débil</b>	Usa <b>Rehabilitación Cognitiva</b> .	oct-18	<b>ASF</b>
<b>1a</b>	Si usas <b>Rehabilitación Cognitiva</b> debería mejorar los procesos de división del foco atencional pero no medidas globales de la atención ni pruebas estandarizadas.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Usa intervenciones centradas en el sistema atencional y función cognitiva sobre <b>tareas funcionales</b> (por ejemplo: <b>Modificación del Entorno</b> con avisos relevantes sobre la tarea funcional).	mar-19	<b>NICE</b>
<b>1b</b>	El uso del <b>Attention Process Training (APT)</b> debería mejorar procesos relacionados con la atención visual y auditiva.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>1b</b>	Usa programas de <b>Entrenamiento Intensivo por Ordenador -Computerized Training-</b> porque deberían mejorar tanto en sistema atencional como en memoria de trabajo.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>1a</b>	Usa <b>Entrenamiento por ordenador -Computerized Training-</b> de tareas atencionales específicas para la mejora en su rendimiento de esas mismas tareas.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>Débil</b>	Usa dos veces por semana <b>Entrenamiento en Ejercicio Físico</b> y una vez por semana <b>Actividades de ocio</b> dentro de programas estructurados basados en comunidad, durante al menos 6 meses, debería mejorar procesos de atención selectiva y control de la interferencia.	oct-18	<b>ASF</b>

2	Usa un montaje anodal por corriente transcraneal directa - <i>anodal transcranial direct current stimulation</i> -(tDCS)- en el córtex prefrontal dorsolateral izquierdo porque debería relacionarse con mejoría en procesos atencionales y de memoria de trabajo.	dic-16	CPSR
<b>Problema: Atención. TCE</b>			
<b>Recomendación</b>	<b>Tratamientos, ingredientes y conceptos</b>	<b>Año</b>	<b>Referencia</b>
A	Usa <b>Entrenamiento en Estrategias Metacognitivas</b> - <i>Metacognitive Strategy Training (MST)</i> - usando actividades funcionales relevantes para personas con déficits de atención leve-moderados. Por ejemplo: <i>Time Pressure Managment</i> .	mar-12	INCOG
Práctica Estándar	Usa <b>Entrenamiento directo de la atención</b> y <b>Entrenamiento en Estrategias Metacognitivas (MST)</b> para aumentar el rendimiento en la tarea y promover la generalización en el funcionamiento diario.	2014	ACRM
C	Usa <b>Entrenamiento en Estrategia</b> - <i>Strategy Training</i> - asociado al manejo de los problemas atencionales en situaciones significativas del día a día de la persona afectada si está en fase post-aguda.	mar-13	SIGN 130
C	Usa entrenamiento <b>guiado en estrategias</b> porque deberían compensar problemas relacionados con división de foco y memoria de trabajo.	mar-12	INCOG
A	Usa Entrenamiento en <b>doble-tarea</b> y <b>multi-tarea</b> porque debería mejorar en actividades similares a tus entrenamientos.	mar-12	INCOG
C	Usa <b>Modificación del Entorno</b> de la persona si consideras que puede reducir los problemas de atención en el día a día.	mar-12	INCOG
B	Usa <b>Attention Process Training (APT)</b> .	mar-12	INCOG
B	La exposición repetida y práctica en <b>tareas atencionales por ordenador</b> de forma descontextualizada no se recomienda debido a la carencia de impacto demostrado que esto supone en las funciones atencionales de la vida diaria.	mar-12	INCOG
B	Usa <b>Terapia Cognitivo Conductual (TCC)</b> para desarrollar estrategias que maximicen el control de la interferencia que produce la ansiedad y depresión en la atención en personas con secuelas leves-moderadas.	mar-12	INCOG

C	Criba problemas <b>vigilia-sueño</b> que puedan estar interfiriendo en el sistema atencional.	mar-12	INCOG
B	<b>Entrenamiento en alarmas</b> auditivas que suenan de forma aleatoria para alcanzar procesos de sostenimiento atencional no deberían ser aplicados fuera de los protocolos de investigación.	mar-12	INCOG
A	Entrenamiento en técnicas de meditación o <i>mindfulness</i> no se recomienda usar para lograr el restablecimiento del sistema atencional más allá de los protocolos en investigación.	mar-12	INCOG
<b>Problema: Memoria. Ictus</b>			
<b>Recomendación</b>	<b>Tratamientos, ingredientes y conceptos</b>	<b>Año</b>	<b>Referencia</b>
<b>Declaración práctica</b>	Usa técnicas que se centren en <b>procesos preservados</b> de la función mnésica.	oct-18	ASF
<b>Declaración práctica</b>	Evalúa si el uso de <b>técnicas compensatorias</b> reducen la discapacidad mnésica (p.e: cuadernos, diarios, grabadoras, organizadores electrónicos, y alarmas auditivas). Enseña a estrategias para usarlo.	oct-18	ASF
<b>Declaración práctica</b>	Usa aproximaciones orientadas a <b>trabajar directamente</b> la mejoría en la función mnésica (p.e: Entrenamiento en uso de ordenador con juegos de memoria y estrategias mnemotécnicas de aprendizaje o de memoria).	oct-18	ASF
1a	Usa <b>Estrategias compensatorias</b> porque podría ser efectivo en la mejoría de los resultados en memoria. Incluye <b>imagería mental -imagery-based training-</b> , centradas en los <b>procesos mnésicos -process-oriented training-</b> , y <b>entrenamiento en auto-eficacia -self-efficacy training-</b> .	dic-16	CPSR
<b>Consenso de expertos</b>	Usa aproximaciones que ayuden en la <b>codificación, consolidación y recuperación</b> de la información. Por ejemplo: El trabajo en entrenamiento en <b>Recuperación Espaciada -spaced retrieval-</b> para la consolidación, aumentando los tiempos der recuperación; o entrenamiento en codificación elaborada enfatizando en las <b>características semánticas</b> .	jul-16	ISWP
<b>Consenso de expertos</b>	Usa <b>estrategias compensatorias</b> para reducir los problemas de memoria prospectiva. P.e: <b>recordatorios electrónicos, o listados escritos -checklists-</b>	jul-16	ISWP
1b y 2	Usa <b>imagería mental -mental imagery-</b> porque debería mejorar el re-aprendizaje de las actividades de la vida diaria en fases agudas y en secuelas deficitarias leves.	dic-16	CPSR



<b>Consenso de expertos</b>	Usa intervenciones para la memoria y funciones cognitivas que se centran en tareas significativas y funcionales, tomando en cuenta la los déficits subyacentes. Las intervenciones deberían incluir: aumento de la conciencia de déficit de memoria aumentando el aprendizaje usando procedimientos de aprendizaje sin error y técnicas elaborativas (p.e: <b>técnicas asociativas</b> , uso de <b>técnicas mnemotécnicas</b> , uso de <b>técnicas internas</b> relacionadas con la codificación como la <b>técnica PQRSST</b> - <i>preview, question, read, state, test</i> -) y <b>ayudas externas</b> como: <b>diarios, listas, calendarios, y alarmas</b> ; así como <b>estrategias ambientales</b> como: <b>adquisición de rutinas y avisos</b> en el entorno.	jun-13	<b>NICE</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Ofrece la terapia en <b>entornos</b> lo más parecido posible al entorno de la persona afectada.	jul-16	<b>ISWP</b>
<b>Declaración práctica</b>	Usa un <b>entorno</b> similar al que estaba acostumbrado la persona afectada para llevar a cabo la terapia y garantizar la generalización lo máximo posible.	oct-18	<b>ASF</b>
<b>1b</b>	Usa <b>Terapia de auto-regulación Musical</b> - <i>self-autoregulation music therapy</i> - porque debería tener un impacto positivo en la memoria verbal y atención focalizada en personas con lesiones de hemisferio izquierdo.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>Declaración práctica</b>	Usa aproximaciones orientadas a <b>trabajar directamente</b> la mejoría en la función mnésica (p.e: Entrenamiento en uso de ordenador con juegos de memoria y estrategias mnemotécnicas de aprendizaje o de memoria).	oct-18	<b>ASF</b>
<b>Guía Práctica</b>	Usa <b>entrenamiento directo de la atención</b> para lesiones modulares en memoria de trabajo incluyendo el uso de intervenciones por <b>ordenador</b> porque podría aumentar tanto los resultados cognitivos como funcionales en personas en fase post-aguda.	2014	<b>ACRM</b>
<b>2</b>	Las intervenciones basadas en grupo no deberían mejorar las habilidades de memoria más que aquellos que no recibieron tratamiento ninguno.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>Opción Práctica</b>	Usa el <b>Entrenamiento en estrategias de Memoria basado en grupo</b> cuyo objetivo es la mejora de la memoria prospectiva y recuerdo en las actividades de la vida diaria porque hay evidencia que lo sostiene en personas con lesiones leves-moderadas.	2014	<b>ACRM</b>
<b>Problema: Memoria. TCE</b>			

Recomendación	Tratamientos, ingredientes y conceptos	Año	Referencia
Práctica Estándar	Usa <b>Entrenamiento compensatorio en Estrategias de Memoria</b> para lesiones leves de memoria, incluyendo el uso de estrategias internas como externas. Para el entrenamiento en memoria prospectiva se recomienda el uso de <b>visualización-visual imagery-, técnicas de asociación -association techniques- y el uso de tecnología asistida.</b>	2014	ACRM
Práctica Estándar	Usa el <b>Entrenamiento en Estrategias de Memoria (MST) -Memory Strategy Training-</b> Memory para la mejoría en el recuerdo cotidiano en personas con lesiones leves de memoria.	2014	ACRM
D	Usa <b>Estrategias compensatorias de Memoria</b> centradas en los problemas de memoria que subyacen en el funcionamiento de la vida diaria. Para lesiones leves-moderadas de memoria usa tanto ayudas externas como entrenamiento en estrategias internas (p.e: <b>visualización- visual imagery-</b> ). Para lesiones severas usa compensaciones externas centradas en actividades funcionales.	mar-13	SIGN 130
D	Usa <b>Estrategias compensatorias de Memoria</b> centrados en los problemas de memoria que subyacen en el funcionamiento de la vida diaria. Para lesiones leves-moderadas de memoria usa tanto ayudas externas como entrenamiento en estrategias internas (p.e: <b>visualización- visual imagery-</b> ). Para lesiones severas usa compensaciones externas centradas en actividades funcionales.	mar-13	SIGN 130
A	Usa <b>Estrategias internas compensatorias.</b> Estas incluyen: estrategias instruccionales y/o metacognitivas (p.e: <b>visualización/imaginería visual, práctica en repetición, práctica en recuperación, técnica PQRST, generación de claves -self-cueing-, autoinstrucciones-self-talk-</b> ). Suelen ser más eficaces en secuelas leves-moderadas y cuya función ejecutiva esté preservada. Usar variables estrategias se considera efectivo, y las estrategias se pueden ofrecer de forma <b>individual o en grupo.</b>	mar-12	INCOG

A	Existen varias directrices prácticas que promueven el aprendizaje en personas con problemas de memoria como: definir claramente los objetivos de la intervención, integrar metodologías que permitan descomponer las tareas en más simples como los análisis que se hacen en los entrenamientos multi-paso, permitir el suficiente tiempo y oportunidad para practicar, usar principios de práctica distribuida, enseñar estrategias usando variaciones del estímulo y la información presentada, promover estrategias que vayan suponiendo mayores esfuerzos en el procesamiento de la información (p.e: <b>elaboración verbal, visualización</b> , etc.), seleccionar y entrenar en objetivos relevantes para la persona, usa estrategias que restrinjan en el error (p.e: <b>aprendizaje sin error -errorless-, práctica espaciada- spaced retrieval-</b> ) cuando requiera aprendizajes de algo nuevo.	mar-12	INCOG
A	Usa ayudas externas con soporte del <b>Entorno y recordatorios</b> , especialmente en lesiones severas de memoria (p.e: <b>NeuroPage, smartphones, SIRI, PDA, cuadernos, pizarras en blanco</b> ), Los cuidadores deben ser entrenados en cómo usar las ayudas externas.	mar-12	INCOG
B	La selección de la ayuda externa debería tener en cuenta: la edad, severidad del daño, uso premórbido de la tecnología y dispositivos externos, fortalezas y debilidades cognitivas como la conservación de las funciones ejecutivas, y comorbilidades físicas.	mar-12	INCOG
B	Usa técnicas de aprendizaje que reduzcan la <b>probabilidad de error</b> durante un aprendizaje específico, porque debería ser útil en lesiones moderadas-severas de memoria.	mar-13	SIGN 130
B-C	El uso de técnicas restitutivas basadas en el entrenamiento en memoria por ordenador no ha mostrado evidencia. El uso de esta técnica sólo debería considerarse para desarrollar de forma co-adyuvante estrategias rehabilitadoras de memoria con evidencia en estrategias instruccionales y compensatorias, y sólo si es llevada a cabo en comunión con un terapeuta cuyo enfoque se centre en el desarrollo de estrategias y la transferencia a tareas funcionales.	mar-12	INCOG
B	Las <b>intervenciones basadas en grupo</b> deberían considerarse para el restablecimiento de déficits leves-moderados.	mar-12	INCOG
<b>Opción Práctica</b>	Usa el <b>Entrenamiento en estrategias de Memoria basado en grupo</b> cuyo objetivo es la mejora de la memoria prospectiva y recuerdo en las actividades de la vida diaria porque hay evidencia que lo sostiene en personas con lesiones leves-moderadas.	2014	ACRM
<b>Problema: Ejecutivo. Ictus</b>			
<b>Recomendación</b>	<b>Tratamientos, ingredientes y conceptos</b>	<b>Año</b>	<b>Referencia</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Informa y explica tanto a la persona afectada, al equipo, como a sus familiares a cerca de el impacto funcional que tiene la lesión.	jul-16	ISWP

<b>Consenso de expertos</b>	Educa y apoya a la persona afectada y a sus familiares y ayúdales a entender el impacto de los déficits cognitivos, reconocimiento que estos pueden variar a lo largo del tiempo en diferentes situaciones.	mar-19	<b>NICE</b>
<b>Débil</b>	Usa <b>Entrenamiento en Estrategias Metacognitivas -Compensatory Metacognitive Strategy Training-</b> . Por ejemplo: <i>Awareness Intervention Protocol</i> (Cheng & Man, 2006) [65], <i>Self-Awareness Training</i> (Goverover et al., 2007) [67], <i>Time Pressure Management</i> (Winkens et al., 2009) [68], <i>Social Problem-solving</i> (von Cramen, von Cramon, & Mai, 1991) [69], <i>Goal Management Training</i> (Stop-Think-Plan) (Levine et al., 2000) [70], <i>ICRP Activity Analysis</i> (Cicerone et al., 2008) [17].	oct-18	<b>ASF</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Usa entrenamiento en estrategias compensatorias incluyendo: <b>estrategias internas</b> (p.e: <b>auto-conciencia y establecimiento de metas</b> ), <b>feedback estructurado</b> en el rendimiento durante tareas funcionales, y <b>estrategias externas</b> (p.e: uso de recordatorios electrónicos y listados <i>-checklists-</i> ).	jul-16	<b>ISWP</b>
<b>2</b>	Usa el <b>Entrenamiento en la Gestión de los Objetivos -Goal Management Training-</b> porque podría ser beneficioso en la rehabilitación de la función ejecutiva.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>Débil</b>	Usa <b>Entrenamiento en Estrategias Metacognitivas -Metacognitive Strategy-</b> y/o <b>Entrenamiento cognitivo-Cognitive training-</b> .	oct-18	<b>ASF</b>
<b>Opción Práctica</b>	Usa el <b>Entrenamiento en Estrategias Meta-cognitivas -Metacognitive Strategy Training (MST)-</b> en actividades funcionales porque debería mejorar la efectividad de la rehabilitación en fase aguda.	2014	<b>ACRM</b>
<b>1b</b>	Usa <b>Entrenamiento en auto-regulación-self-regulation training-</b> porque debería aumentar el control ejecutivo sobre lo motor aunque no para la función cognitiva, aunque estos resultados pueden estar sesgados.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>Guía Práctica</b>	Usa <b>feedback explícito</b> (verbal o en video) acerca del rendimiento porque debería facilitar los efectos positivos del Entrenamiento en Estrategias Metacognitivas.	2014	<b>ACRM</b>
<b>1b.</b>	Usa aproximaciones centradas en <b>resolución de problemas analógicos</b> porque debería aumentar las habilidades para resolver problemas en la vida cotidiana.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>2</b>	Usa <b>entrenamiento visual</b> en combinación con otras intervenciones porque podrían mejorar la función ejecutiva.	dic-16	<b>CPSR</b>

1b.	La terapia en Resolución de Problemas no es una intervención efectiva en la mejora de la función ejecutiva.	dic-16	CPSR
1b.	La terapia ocupacional cognitiva personalizada no afecta a la vuelta al trabajo o a la función ejecutiva de forma significativa.	dic-16	CPSR
Guía Práctica	Usa <b>intervenciones cognitivas</b> para problemas específicos del lenguaje en la comunicación social como la comprensión lectora y en formulación del lenguaje en personas con lesiones en hemisferio izquierdo.	2014	ACRM
Opción Práctica	Usa <b>intervenciones grupales</b> para el restablecimiento de los déficits en el lenguaje en personas que sufrieron un ictus en hemisferio izquierdo o para mejorar la comunicación social en personas que sufrieron un TCE.	2014	ACRM
4	Usa <b>Estimulación Magnética Transcraneal repetitiva -<i>repetitive Transcranial Magnetic Stimulation</i> (rTMS)</b> - en la corteza dorsofrontal izquierda porque podría estar asociada con mejoras en la función ejecutiva.	dic-16	CPSR
<b>Problema: Ejecutivo. TCE</b>			
<b>Recomendación</b>	<b>Tratamientos, ingredientes y conceptos</b>	<b>Año</b>	<b>Referencia</b>
A	Usa <b>Entrenamiento en Estrategias Metacognitivas</b> y organizativas en adultos con dificultades para resolver problemas, planificar y organizarse. Estas estrategias deberían centrarse en problemas cotidianos y en resultados funcionales. El entrenamiento es más óptimo cuando la persona tiene conciencia del uso de la estrategia y puede identificar contexto en los cuales podría usarla. Los elementos comunes del entrenamiento en estrategias metacognitivas es la <b>automonitorización-self-monitoring</b> - y la incorporación del <b>feedback</b> en futuras acciones.	mar-12	INCOG
B	Usa Entrenamiento en <b>Estrategias Meta-cognitivas</b> relacionadas con la <b>gestión de las dificultades, resolución de problemas, gestión de la meta</b> , en situaciones funcionales y significativas.	mar-13	SIGN 130
Práctica Estándar	Usa <b>auto-monitorización -self-monitoring-</b> para tratar la función ejecutiva, incluyendo componentes de <b>auto-regulación emocional -emotional self-regulation-</b> y también como componente en el tratamiento de la atención y memoria.	2014	ACRM

A	Usa el <b>feedback directo correctivo</b> - <i>direct corrective feedback</i> -con personas con déficits de autoconciencia. El feedback debe darse en un contexto terapéutico, <b>multicontextual</b> , para tratar los déficits de conciencia.	mar-12	INCOG
A	Las estrategias para mejorar la <b>capacidad de análisis y síntesis</b> de la información deberían ser usadas en aquellos que también tengan dificultades en los procesos de razonamiento.	mar-12	INCOG
Opción Práctica	Usa el <b>entrenamiento directo centrado en destrezas específicas</b> - <i>direct skill-specific training</i> - incluyendo el <b>aprendizaje sin error</b> - <i>errorless learning</i> - porque debería promover el rendimiento en tareas específicas funcionales entrenadas, sin expectativas de transferencia a tareas no entrenadas, en personas con afectaciones severas y sin capacidad de alcanzar la conciencia de forma espontánea y/o hacer uso de estrategias compensatorias.	2014	ACRM
Práctica Estándar	Usa intervenciones específicas para mejorar el <b>reconocimiento emocional de expresiones faciales</b> en la comunicación social porque deberían mejorar la comunicación funcional.	2014	ACRM
Guía Práctica	Usa <b>intervenciones cognitivas</b> para problemas específicos del lenguaje en la comunicación social como la comprensión lectora y en formulación del lenguaje en personas con lesiones en hemisferio izquierdo.	2014	ACRM
Opción Práctica	Usa <b>intervenciones grupales</b> para el restablecimiento de los déficits en el lenguaje en personas que sufrieron un ictus en hemisferio izquierdo o para mejorar la comunicación social en personas que sufrieron un TCE.	2014	ACRM
B	Usa <b>intervenciones grupales</b> porque deberían ayudar a restablecer los problemas ejecutivos y los déficits en la resolución de problemas.	mar-12	INCOG
Opción Práctica	Usa <b>intervenciones grupales</b> porque deberían ayudar a restablecer los problemas ejecutivos y los déficits en la resolución de problemas.	2014	ACRM
<b>Problema: Lenguaje y Comunicación. Ictus.</b>			
<b>Recomendación</b>	<b>Tratamientos, ingredientes y conceptos</b>	<b>Año</b>	<b>Referencia</b>
<b>Declaración práctica</b>	El tratamiento en la afasia debe ser propuesto tan <b>pronto</b> como sea posible.	oct-18	ASF

<b>Declaración práctica</b>	El impacto de la afasia en la funcionalidad de la actividad, participación y calidad de vida, incluyendo el impacto sobre las relaciones, profesión y ocio, deberían ser evaluadas y orientadas desde el más temprano inicio y a lo largo del tiempo en aquellos crónicamente afectados.	oct-18	<b>ASF</b>
<b>Declaración práctica</b>	Deriva al <b>logopeda</b> para la evaluación y manejo de los problemas de afasia y disartria.	jun-10	<b>SIGN 118</b>
<b>Declaración práctica</b>	Cuando una persona sufre de afasia el clínico debería: <b>a.</b> documentar el diagnóstico provisional, <b>b.</b> explicar y argumentar tanto con familiares, afectado y equipo las estrategias o técnicas que pueden aumentar la comunicación, <b>c.</b> identificar los objetivos de la terapia y desarrollar e iniciar un plan de intervención personalizado en colaboración con la persona afectada y sus familiares/cuidadores, <b>d.</b> reevaluar los objetivos y plan de forma periódica, y <b>e.</b> usar mecanismos alternativos para la comunicación como gesto, dibujo, escritura o uso de dispositivos para el aumento de la comunicación alternativa como mejor se adecúe a la persona.	oct-18	<b>ASF</b>
<b>Débil</b>	Usa <b>terapia intensiva para afasia</b> (mínimo 45 minutos de terapia del lenguaje 5 días a la semana).	oct-18	<b>ASF</b>
<b>1b</b>	Un total de <b>19.3 horas</b> de un programa de terapia del lenguaje debería mejorar la competencia en evaluaciones comprensivas del lenguaje comparado con terapia del lenguaje convencional de 6,9 horas semanales.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>Declaración práctica</b>	Los tratamientos deberían ser de al menos <b>6 meses</b> para ser efectivos.	oct-18	<b>ASF</b>
<b>Consenso de expertos</b>	<b>Informa, educa y entrena</b> al equipo de tratamiento, familiares y cuidadores para capacitarles en apoyar a la persona afectada y lograr comunicarse de forma efectiva con ella.	mar-19	<b>NICE</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Los cuidadores y familiares de una persona con problemas de comunicación, así como el personal socio-sanitario, deberían <b>recibir información y entrenamiento</b> por un logopeda el cuál habilitase a compañeros de la comunicación que permitiesen optimizar la adherencia en la rehabilitación y promover la autonomía y participación social.	jul-16	<b>ISWP</b>
<b>Consenso de expertos</b>	El <b>logopeda</b> debería supervisar a aquellas personas que trabajan la comunicación con la persona afectada, así como trabajar de forma colaborativa con otras figuras como los asistentes de la terapia del lenguaje, cuidadores, y voluntarios del sector.	mar-19	<b>NICE</b>
<b>2</b>	Usa <b>terapia del lenguaje y habla</b> para personas que sufren de afasia global.	dic-16	<b>CPSR</b>

<b>Fuerte</b>	Usa <b>terapia del lenguaje y habla</b> porque debería mejorar la comunicación funcional. Ofrece <b>alternativas de comunicación, intervenciones fonológicas y semánticas, terapia de constricción inducida del lenguaje, técnicas de apoyo a la conversación</b> , distribución de terapia a través de <b>programas de ordenador y terapia grupal</b> .	oct-18	<b>ASF</b>
<b>1b y 2.</b>	Usa <b>Terapia de Entonación Melódica -Melodic Intonation Therapy (MIT)-</b> porque podría ser tan efectiva como la terapia convencional del lenguaje en la mejoría de la capacidad para recuperar palabras o el rendimiento en evaluaciones comprensivas del lenguaje; sin embargo la evidencia referida a sus efectos en repetición no están claros.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>1a.</b>	Usa <b>Terapia de Restricción inducida del Lenguaje -Constraint-induced Aphasia Therapy (CIAT)-</b> porque debería mejorar la competencia lingüística en comparación con el tratamiento convencional o placebo.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>1a.</b>	Usa <b>Terapia Intensiva Acción-Lenguaje -Intensive Language-Action Therapy -</b> porque deberían mejorar significativamente la sintomatología afásica.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>2</b>	Usa <b>Promoting Aphasic Communication Effectiveness (PACE)</b> porque es un tratamiento efectivo para la afasia.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>1a y 2</b>	<b>Terapia general del lenguaje</b> no debería mejorar la capacidad comunicativa, el rendimiento en evaluaciones comprensivas del lenguaje o la expresión oral comparado con no tratarse.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Los logopedas deberían evaluar si las personas con un nivel limitado de comunicación funcional podrían beneficiarse de usar <b>ayudas comunicativas u otras tecnologías</b> (p.e: terapias por ordenador a domicilio - <i>home-based computer therapy</i> -, o aplicaciones de móviles).	mar-19	<b>NICE</b>
<b>Consenso de expertos</b>	En los primeros 4 meses tras el ictus a las personas con afasia se les debería dar la oportunidad de practicar su lenguaje y comunicación con un logopeda u otro colega de la comunicación con tanta <b>frecuencia</b> como sea tolerado. Después de los primeros 4 meses, debería revisarse la idoneidad de tratamientos cuyo objetivo <b>aumentase la participación</b> en la comunicación y las actividades sociales. Esto debería involucrar un asistente o voluntario, un miembro familiar o un colega experto en comunicación guiado por un logopeda, práctica basada en el ordenador u otro tratamiento centrado en el déficit o en la función <i>-impairment-based or functional treatment-</i> .	jul-16	<b>ISWP</b>



<b>Consenso de expertos</b>	Ofrece a personas que tienen dificultades en la comunicación tener una conversación y enriquecimiento social con personas que tienen el entrenamiento, conocimiento, destrezas y comportamientos para apoyar la comunicación. Esto debería ser en adición a las oportunidades provistas por familiares, cuidadores, y amigos.	mar-19	<b>NICE</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Las personas con problemas de comunicación deberían considerarse para el uso de tecnología asistente y ayudas de la comunicación por un clínico entrenado experto.	jul-16	<b>ISWP</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Las personas con problemas crónicos de la comunicación que hayan reducido sus actividades sociales deberían ser informadas sobre grupos locales o nacionales de personas con afasia referidos como apropiados.	jul-16	<b>ISWP</b>
<b>Declaración práctica</b>	La derivación al servicio de <b>voluntarios</b> debería ser considerada como co-adyuvante.	oct-18	<b>ASF</b>
<b>1b y 2</b>	Los <b>voluntarios</b> pueden proveer terapia del lenguaje y habla y lograr resultados similares en términos de capacidad comprensiva y comunicativa cuando son comparados con logopedas.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>1b.</b>	El entrenamiento en conversación a <b>compañeros</b> para que conozcan y reconozcan las competencias de la persona que sufre afasia podría aumentar las destrezas conversacionales de ambas partes cuando son comparadas con la administración de un video presentando a los compañeros conversacionales.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>Declaración práctica</b>	Las barreras ambientales a las que se enfrentan las personas que sufren afasia deberían estar dirigidas a través del entrenamiento en <b>comunicación de compañeros -partners-</b> , aumentando la conciencia y educación sobre la afasia de cara a reducir las actitudes negativas y promover el acceso e inclusión proporcionando <b>formatos amigables -aphasia friendly formats-</b> u otra <b>adaptación del entorno</b> . Personas con afasia de otras culturas o con bagaje en diversidad lingüística debería ser considerados con mayor atención por intérpretes sanitarios entrenados.	oct-18	<b>ASF</b>
<b>1a</b>	La <b>terapia por ordenador</b> del lenguaje podría mejorar a corto plazo la capacidad para la recuperación de la palabra pero no la función lingüística o la capacidad de recuperación de palabras a largo plazo cuando son comparados con la terapia convencional del lenguaje.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>2</b>	La <b>terapia por ordenador</b> del lenguaje podría mejorar las capacidades comunicativas y la función lingüística cuando se compara con el no tratamiento.	dic-16	<b>CPSR</b>

2	El <b>tratamiento por ordenador</b> de la comprensión lectora podría mejorar las capacidades comunicativas y las destrezas lingüísticas evaluadas a nivel de déficit cuando son comparadas con la rehabilitación cognitiva por ordenador.	dic-16	CPSR
2	El uso de la rehabilitación del lenguaje por <b>teleconferencia</b> es comparable a los tratamientos cara a cara <i>-face to face treatments-</i>	dic-16	CPSR
1b	El uso accesorio de <b>grabaciones</b> de instrucciones lingüísticas programadas - <i>supplementary-filmed programmed language instruction</i> - combinado con terapia del lenguaje podría ser tan efectivo como la terapia del lenguaje tradicional en la recuperación de la afasia.	dic-16	CPSR
1a	El uso de <b>tratamientos grupales</b> podría mejorar la capacidad comunicativa pero no la capacidad conversacional, razonamiento no verbal, expresión verbal, comprensión auditiva o fluencia comparado con el tratamiento individual.	dic-16	CPSR
1b	El uso del tratamiento <b>grupal, individual y combinado</b> no debería producir resultados diferentes en términos de recuperación de la palabra.	dic-16	CPSR
<b>Declaración práctica</b>	Monitoriza el <b>ánimo</b> en personas que han sobrevivido al ictus y conviven con secuelas afásicas de forma crónica y persistente.	oct-18	ASF
<b>Débil en contra</b>	<b>Estimulación Magnética Transcraneal - <i>Transcranial Magnetic Stimulation</i> (TMS) y Estimulación transcraneal por Corriente Directa -transcranial Direct Current Stimulation (tDCS)-.</b>	oct-18	ASF
<b>Problema: Lenguaje y Comunicación. TCE.</b>			
<b>Recomendación</b>	<b>Tratamientos, ingredientes y conceptos</b>	<b>Año</b>	<b>Referencia</b>
<b>D</b>	Deriva al <b>especialista en comunicación</b> para una evaluación y manejo si la lesión cursa con déficits en la comunicación	mar-13	<b>SIGN 130</b>
<b>C</b>	Usa un <b>programa de tratamiento del lenguaje y habla</b> si eres un logopeda.	mar-12	<b>INCOG</b>
<b>A</b>	El uso de intervenciones dirigidas a identificar los objetivos del déficit en comunicación social son recomendados, con resultados medidos a través de la participación en la vida social cotidiana. Estas intervenciones pueden ofrecerse tanto en grupo como a nivel individual, sin embargo la evidencia más sólida las sostiene las <b>intervenciones grupales</b> .	mar-12	<b>INCOG</b>

B	Las personas con afectación afásica deberían ser derivadas al logopeda para que reciban terapia del lenguaje donde, si la persona está suficiente motivada, debería recibir un <b>mínimo de 2 horas</b> por semana.	mar-19	<b>SIGN 130</b>
B	El equipo de rehabilitación debería poder reconocer el grado de competencia comunicación y cómo las <b>características de comunicación</b> podrían variar en función de: <b>a.</b> la persona con quien se dirija (las personas afectadas se comunican en un nivel superior con familiares y amigos que le conocen mejor que el equipo profesional), <b>b.</b> las demandas del entorno si exigen presión de tiempo o necesidad de varios interlocutores), <b>c.</b> las prioridades de la comunicación, y fatiga.	mar-12	<b>INCOG</b>
C	Educa y <b>entrena a los compañeros</b> de la persona afectada si aplicas un programa de rehabilitación cognitiva de la comunicación.	mar-12	<b>INCOG</b>
C	Un programa de rehabilitación cognitiva de la rehabilitación debería tener en cuenta: <b>a.</b> la lengua materna, <b>b.</b> la literalidad y las competencia lingüística, <b>c.</b> las capacidades cognitivas, <b>d.</b> el estilo comunicativo incluyendo los estandares de la comunicación y las expectativas de la cultura del individuo.	mar-12	<b>INCOG</b>
B	Personas con afectaciones severas de la comunicación deberían ser evaluadas y entrenadas en <b>ayudas alternativas y aumentativas de la comunicación</b> , diseñadas por un logopeda en lo relativo a la comunicación y por un terapeuta ocupacional en lo relativo al acceso al dispositivo, ayudas de escritura, posicionamiento en sedestación, etc).	mar-12	<b>INCOG</b>
C	La rehabilitación cognitiva de la comunicación debería ofrecer la oportunidad de ensayar las destrezas comunicativas en situaciones apropiadas al contexto en el cual la persona vive, trabaja, estudia y socializa.	mar-12	<b>INCOG</b>
<b>Problema: Praxias. Ictus</b>			
<b>Recomendación</b>	<b>Tratamientos, ingredientes y conceptos</b>	<b>Año</b>	<b>Referencia</b>
Débil	Usa <b>Entrenamiento en Estrategia -Strategy Training</b> (van Heugten) -, <b>Entrenamiento en Gesto -Gesture Training</b> (Smania)- y/o <b>Completamiento sin error -Errorless Completion-</b> .	oct-18	<b>ASF</b>
1a	Usa el <b>Entrenamiento en Estrategia -Strategy Training-</b> porque es efectivo en el tratamiento de apraxias. Los efectos incluyen mejoras mantenidas en el tiempo en el rendimiento en actividades de la vida diaria.	dic-16	<b>CPSR</b>

<b>1b</b>	Usa el <b>Entrenamiento Gestual -Gesture Training-</b> porque podría estar relacionado con mejoras en la apraxia ideomotora y extenderse a actividades de la vida diaria. Estos efectos se deberían mantener por lo menos 2 meses después finalizado el tratamiento.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>Problema: Praxia del Habla. Ictus</b>			
<b>Recomendación</b>	<b>Tratamientos, ingredientes y conceptos</b>	<b>Año</b>	<b>Referencia</b>
<b>Débil</b>	Usa intervenciones personalizadas incorporando <b>movimientos articulatorios -articulatory-kinematic- y enfoques pulso-ritmo -rate-rhythm approaches-</b> . Además, incorpora: uso del modelaje y pistas visuales, principios del aprendizaje motor para estructurar la práctica durante las sesiones, terapia de los <b>avisos para la reestructuración los puntos orales musculares fonatorios -Reestructuring Oral Muscular Phonetic Targets (PROMPT) therapy-</b> , programas auto-administrados que usan estimulación sensorial multimodal, el uso de comunicación aumentativa o alternativa tanto para el gesto como para dispositivos de generación del lenguaje en actividades funcionales.	oct-18	<b>ASF</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Evalúa si la persona tiene dificultades en articular palabras y trátale para maximizar la articulación de palabras clave para mejorar la inteligibilidad en el habla.	jul-16	<b>ISWP</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Evalúa y proporciona una comunicación alternativa o aumentativa, o técnicas o ayudas que sustituyan o compensen las limitaciones del habla, en personas que están severamente afectadas de la comunicación pero que preservan las funciones cognitivas y del lenguaje.	jul-16	<b>ISWP</b>
<b>Problema: Percepción. Ictus</b>			
<b>Recomendación</b>	<b>Tratamientos, ingredientes y conceptos</b>	<b>Año</b>	<b>Referencia</b>
<b>Declaración práctica</b>	Ofrece información verbal y escrita sobre la lesión.	oct-18	<b>ASF</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Explica la lesión a la persona afectada, su familia, cuidadores, y resto del equipo.	jul-16	<b>ISWP</b>
<b>Declaración práctica.</b>	Haz una evaluación y <b>adaptación del Entorno</b> porque reduce el riesgo potencial (p.e: tropiezos, caídas, lesiones de brazo por golpes) y promueve la independencia.	oct-18	<b>ASF</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Mantén el <b>Entorno</b> evaluado y adaptado para reducir riesgos potenciales y promover su independencia.	jul-16	<b>ISWP</b>

<b>Consenso de expertos</b>	Usa intervenciones perceptuales como <b>entrenamiento funcional -functional training-</b> , <b>estimulación sensorial -sensorial stimulation-</b> , <b>entrenamiento en estrategia -strategy training-</b> y/o <b>práctica repetitiva -repetitive task-</b> , idealmente en contexto clínico.	jul-16	<b>ISWP</b>
<b>Declaración práctica.</b>	Usa intervenciones que aborden las dificultades perceptuales, idealmente en el contexto de ensayo clínico.	oct-18	<b>ASF</b>
<b>Declaración práctica.</b>	Usa entrenamiento práctico en <b>consejo y estrategias -practical advice/strategies-</b> reduce el riesgo y promueve la independencia.	oct-18	<b>ASF</b>
<b>Problema: Atención espacial. Ictus</b>			
<b>Recomendación</b>	<b>Tratamientos, ingredientes y conceptos</b>	<b>Año</b>	<b>Referencia</b>
<b>Declaración práctica</b>	<b>Informa y explica</b> a la persona afectada a cerca de sus secuelas visoespaciales.	oct-18	<b>ASF</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Explica a la persona que tiene falta de conciencia de su hemicuerpo, a su familia, y al equipo multidisciplinar el tipo de sintomatología que padece.	jul-16	<b>ISWP</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Asegúrate que no deja de comer una parte del plato porque la negligia.	jul-16	<b>ISWP</b>
<b>1a.</b>	Usa <b>Entrenamiento en Escaneo Visual</b> porque debería mejorar percepción con repercusión en la función.	dic-16	<b>CPSR</b>
<b>Declaración práctica</b>	Usa <b>Estrategias compensatorias</b> de forma sistemática para reducir el impacto de la negligencia en las actividades de la vida diaria como leer, comer, y andar. Usa por ejemplo: <b>Entrenamiento en escaneo visual.</b>	oct-18	<b>ASF</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Usa <b>entrenamiento en estrategias compensatorias</b> para reducir el impacto en su vida diaria.	jul-16	<b>ISWP</b>
<b>Consenso de expertos</b>	Usa intervenciones centradas en tareas significativas y funcionales, tomando en cuenta los procesos subyacentes de la negligencia atencional-espacial. Intervenciones que ayudan a <b>escanear el lado negligente</b> a través de: líneas de color o llamativas en el lado desatendido al borde páginas, o alarmas auditivas durante tareas repetitivas como el vestido, o gafas con prismas que alertan del lado negligente con un input visual podrían ser útiles.	mar-19	<b>NICE</b>
<b>Práctica Estándar</b>	Usa <b>Entrenamiento en Escaneo Visual</b> en lesiones de hemisferio derecho.	2014	<b>ACRM</b>

Consenso de expertos	Lleva a cabo intervenciones en contexto clínico que promuevan reducir el impacto funcional de su falta de conciencia en el hemicuerpo. Por ejemplo, usa: <b>Entrenamiento en Escaneo visual, activación del miembro superior contralateral, estimulación sensorial contralateral, parches oculares, adaptaciones con prismas ópticos, estimulación vestibular galvánica, terapia de espejo, estimulación directa transcraneal.</b>	jul-16	ISWP
Débil	Usa <b>rehabilitación cognitiva</b> . Por ejemplo: Entrenamiento en <b>rastreo visual por ordenador, tareas de lápiz y papel, Entrenamiento en Escaneo Visual, Parches, Práctica mental, Terapia de espejo.</b>	oct-18	ASF
Declaración práctica	Ofrece <b>pistas</b> para que la persona afectada dirija su foco atencional al lado negligente durante la terapia y comunica unas pautas para que también las apliquen el resto del equipo si precisa.	oct-18	ASF
Consenso de expertos	Dale <b>pistas para dirigir su atención</b> al lado afecto durante la terapia y durante las actividades auxiliares de su día a día.	jul-16	ISWP
1b.	Usa <b>pistas sensoriales</b> para el movimiento porque podrían tener un efecto positivo en la negligencia.	dic-16	CPSR
Guía Práctica	Incluye la <b>estimulación de la mano izquierda</b> o la <b>activación del brazo</b> durante el Entrenamiento en Escaneo Visual porque debería aumentar la eficacia de la recuperación de la negligencia en lesiones de hemisferio derecho.	2014	ACRM
1a y 2	Usa la <b>activación del miembro superior</b> porque podría aliviar el sesgo atencional hacia la derecha y mejorar la motricidad en comparación con el tratamiento convencional.	dic-16	CPSR
1b	La <b>estimulación somatosensorial</b> como suplemento al Entrenamiento en Escaneo Visual está asociado con mejores resultados que sólo el Entrenamiento en Escaneo Visual.	dic-16	CPSR
1b y 2	Usa el <b>feedback visuomotor</b> porque podría beneficiar en el tratamiento de la negligencia.	dic-16	CPSR
2	El tapamiento monocular no debería mejorar la negligencia o reducir el sesgo hacia la derecha.	dic-16	CPSR
1b y 2	Usa el <b>parche</b> en la mitad del ojo derecho para negligencias visuales izquierdas.	dic-16	CPSR
1b y 2	Usa <b>parches</b> en los hemicampos bilaterales	dic-16	CPSR
1a	La <b>estimulación galvánica vestibular</b> debería mejorar la negligencia espacial unilateral.	dic-16	CPSR
1b.	Usa <b>terapia muscular vibratoria</b> del cuello asociada con el Entrenamiento en Exploración Visual porque podría ser efectivo mejorando negligencia y rendimiento en actividades vida diaria.	dic-16	CPSR

1b. y 2	Usa tratamientos basados en <b>ordenador o realidad virtual</b> porque deberían mejorar la percepción visual y aminorar el sesgo atencional hacia la derecha más que el tratamiento convencional.	dic-16	CPSR
2	Entrenamiento en percepción visual por ordenador podría no ser más efectivo que la <b>terapia ocupacional</b> en personas con hemianopsia.	dic-16	CPSR
No recomendado	Usa entrenamiento por ordenador para extender los campos visuales.	2014	ACRM
1b	Usar el entrenamiento atencional visual del campo no afecto visual podría ser más efectivo en mejorar el rendimiento en conducción que el Entrenamiento convencional visoperceptivo por ordenador en personas con lesiones en hemisferio derecho.	dic-16	CPSR
2	Usa la adaptación " <i>terminal</i> " con prismas <i>-terminal prismatic adaptation-</i> porque debería aliviar el sesgo hacia la derecha y mejorar la percepción visual hacia un mayor grado que la actual adaptación de prismas.	dic-16	CPSR
2	La retroalimentación auditiva para provocar el movimiento ocular del ojo izquierdo no debería mejorar la inatención visual o el sesgo en el movimiento ocular.	dic-16	CPSR
1a	<b>Estimulación repetitiva Magnética Transcraneal - <i>repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)</i> y <i>theta burst stimulation (TMS)</i></b> podría mejorar la negligencia y la capacidad funcional.	dic-16	CPSR
1b.	<b>Estimulación repetitiva Magnética Transcraneal - <i>repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)</i></b> en general comparada con placebo podría mejorar la función cognitiva.	dic-16	CPSR
Débil en contra	Usa Estimulación por corriente directa transcraneal <i>-transcranial Direct Current Stimulation (tDCS)</i> o TMS.	oct-18	ASF
1b.	La alta frecuencia, baja frecuencia y placebo de rTMS no genera diferencias significativas en la mejora cognitiva.	dic-16	CPSR

### Glosario temático:

- **Aproximación:** Es un resultado próximo al exacto que se obtiene tras realizar una serie de mediciones y razonamientos.
- **Tratamiento:** Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.
- **Abordaje:** Es la acción de acometer algo que plantea un problema.
- **Modelo:** Es un esquema teórico de una realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y estudio.
- **Orientación:** Es la acción de dirigirse hacia un fin.
- **Concepto:** Es la idea sobre algo.
- **Método:** Es un procedimiento diseñado para hallar la verdad.
- **Intervención:** Es la operación que se realiza.
- **Programas:** Serie ordenada de procesos y actividades.
- **Técnica:** Conjunto de procedimientos y recursos.
- **Actividad:** Conjunto de tareas.
- **Tarea:** Trabajo en un tiempo determinado.