

Guía básica

# ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ADULTOS



Andrés Sardinero Peña

editado por  GESFOMEDIA

**PRESENTACIÓN Y GUÍA DIDÁCTICA**

**COLECCIÓN**  
**“ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ADULTOS”**

**Andrés Sardinero Peña**

**[www.tallerescognitiva.com](http://www.tallerescognitiva.com)**

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la ley que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Depósito legal: M-22493-2009  
ISBN: 978-84-9896-225-3  
© 2010 GrupoGesfomedia S.L.

---

# PRESENTACIÓN Y GUÍA DIDÁCTICA DE LA COLECCIÓN “ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ADULTOS”

Prólogo.....	7
1. Presentación .....	13
2. Terapias de rehabilitación y estimulación cognitiva .....	17
2.1 Terapia de orientación a la realidad.....	20
2.2 Terapia de reminiscencia.....	21
2.3 Terapia conductual.....	23
2.4 Terapia de estimulación cognitiva.....	23
2.5 Terapia neuropsicológica individual.....	25
3. Recomendaciones para la terapia .....	27
4. Aproximaciones a la intervención .....	33
4.1 Restauración.....	35
4.2 Compensación .....	35
4.3 Sustitución – optimización.....	35
5. ¿Quién usa el material? .....	37
5.1 Usuarios del material .....	39
5.1.1 Profesionales .....	39
5.1.2 Familiares y cuidadores .....	39
5.2 Grupo de pacientes.....	40
6. Descripción de las actividades y cuadernillos .....	43
6.1 Taller de atención.....	47
6.1.1 Cancelación .....	47
6.1.2 Repetición.....	47
6.1.3 Líneas superpuestas.....	48
6.1.4 Búsqueda en fotos .....	48
6.1.5 Búsqueda de datos .....	48
6.1.6 Plantilla.....	49
6.1.7 Recorridos .....	49

6.2 Taller de funciones ejecutivas .....	50
6.2.1 Ordenar acciones.....	50
6.2.2 Interferencia.....	50
6.2.3 Ordenar listas .....	51
6.2.4 Razonamiento sobre diferencias .....	51
6.2.5 Razonamiento sobre secuencias.....	52
6.2.6 Abstracción verbal.....	52
6.2.7 Razonamiento visual.....	53
6.3 Taller de lenguaje.....	53
6.3.1 Ordenar frases.....	53
6.3.2 Completar con verbo.....	54
6.3.3 Palabras funcionales.....	54
6.3.4 Definiciones .....	54
6.3.5 Sinónimos y antónimos .....	55
6.3.6 Facilitación.....	55
6.3.7 Sonidos.....	56
6.4 Taller de memoria .....	56
6.4.1 Parejas .....	57
6.4.2 Reconocimiento con claves semánticas .....	57
6.4.3 Memoria Lógica .....	58
6.4.4 Categorización.....	58
6.4.5 Reconocimiento visual .....	59
6.4.6 Qué y dónde .....	59
6.4.7 Memoria de rostros .....	60
6.5 Taller de percepción.....	60
6.5.1 Tamaños .....	60
6.5.2 Ángulo de giro.....	61
6.5.3 Detalles.....	61
6.5.4 Colores .....	62
6.5.5 Siluetas.....	62
6.5.6 Agrupamiento.....	63
6.5.7 Línea y borde.....	63
6.6 Taller de lectoescritura y visoconstrucción .....	64
6.6.1 Praxias I. Dibujos geométricos y abstractos .....	64
6.6.2 Praxias II. Dibujos de objetos reales .....	64
6.6.3 Grafomotricidad .....	65
6.6.4 Lectura mecánica.....	65
6.6.5 Cálculo; conteo .....	66

7. Funciones del material .....	67
8. Seleccionar los ejercicios .....	71
9. Seguir el rendimiento.....	79
Anexos .....	85
Tabla de Actividades y Procesos .....	87
Tablas de seguimiento de ejercicios.....	95
Bibliografía .....	103



# Prólogo





Hace miles de años un primitivo homínido luchando por sobrevivir, tuvo un accidente que le provocó un traumatismo craneoencefálico. Como consecuencia de las alteraciones psíquicas sufridas presentó graves problemas que le impidieron desarrollar su vida con normalidad. Desde entonces hasta hoy, muchas personas han sufrido lesiones cerebrales, limitando dramáticamente procesos cognitivos básicos como memoria, lenguaje, atención o razonamiento.

La mejoría de las condiciones sociosanitarias en los países desarrollados se traduce en el aumento en la longevidad de la población, así como en una mayor tasa de supervivencia de muchas enfermedades que antes eran letales. Como consecuencia, asistimos a la paradoja de que cada vez es mayor el número de personas con algún tipo de discapacidad física o psíquica. El aumento de las demencias es un ejemplo de cómo el envejecimiento general de la población, hace que se vea incrementado el número de discapacidades. De igual manera el daño cerebral adquirido (DCA) - causado fundamentalmente por accidentes traumáticos y vasculares- provoca el aumento en el número de personas con secuelas físicas y cognitivas, que antes habrían fallecido.

Determinadas pautas de comportamiento en nuestra sociedad aumentan el riesgo de padecer DCA, ya que cada vez es mayor el número de vehículos, con el consecuente aumento de los accidentes de circulación. De igual modo, otros factores ligados a estilos de vida no psicosaludables también incrementan el riesgo de lesión cerebral: dieta inadecuada, estrés crónico o drogodependencia –entre otros- son frecuentes causas de DCA. Sin embargo, a pesar su importancia, hasta fechas muy recientes, la atención a las personas con daño neurológico no incluía la rehabilitación de las funciones cognitivas como un elemento básico dentro del proceso de rehabilitación integral, prestándose atención a los déficit sensoriales o motores casi de manera exclusiva. La pérdida del habla, la memoria o la capacidad para programar las actividades de la vida diaria como consecuencia de daño cerebral puede producir efectos devastadores en la persona afectada, generando un estado de dependencia e indefensión muchas veces mayor que la discapacidad física.

No abundan los manuales de rehabilitación cognitiva en español, a pesar de que el DCA es un problema con enormes repercusiones psicológicas, económicas y sociales. La *Colección* para la Estimulación Cognitiva desarrollada por Andrés Sardinero Peña es una feliz aportación al exiguo repertorio de obras dedicadas a la rehabilitación de las funciones cognitivas en personas que han sufrido daño cerebral en un momento dado de su vida. A través de seis talleres, con cinco niveles de dificultad, el autor

nos ofrece un amplio repertorio de ejercicios para mejorar la eficiencia en varios dominios cognitivos básicos para la persona como son: atención, funcionamiento ejecutivo, memoria, percepción, visopercepción y lectoescritura.

Los ejercicios incluidos en esta *Colección* son fruto de la decidida vocación del autor por la Neuropsicología, unida a su contacto directo con muchos pacientes que sufrieron daño cerebral y recibieron rehabilitación de sus funciones mentales. Su formación previa como Psicólogo especializado en Neuropsicología, unida a su amplia experiencia clínica han permitido que salga a la luz este excelente material de Rehabilitación, desde la perspectiva de la neuropsicología cognitiva.

La Neuropsicología, como ciencia que estudia las relaciones entre la actividad mental superior y el cerebro, adquiere un papel de gran relevancia dentro de las distintas disciplinas que atienden el DCA. Además de llevar a cabo otras funciones como el diagnóstico, la prevención y la investigación del daño cerebral en relación con los procesos cognitivos, los neuropsicólogos también se especializan en el diseño de programas de rehabilitación de las funciones mentales superiores. Afortunadamente el reduccionismo neurológico existente hasta fechas recientes está dando paso a una percepción más amplia del DCA. En esta visión holística, la rehabilitación de las funciones cognitivas adquiere una importancia considerable, ya que la calidad de vida de los afectados depende en buena medida del grado de autonomía que presenten en su actividad intelectual.

Nuestro cerebro es un maravilloso *Telar Encantado* -como lo denominó Sherrington- que contiene millones de neuronas y circuitos nerviosos preparados para adquirir y procesar nuevas informaciones, capaces de dirigir nuestra actividad mental. Además, está dotado de una amplia capacidad de transformación denominada *plasticidad cerebral*, lo que le convierte en el órgano que experimenta más modificaciones a través del ciclo vital. La rehabilitación cognitiva puede transformar el cerebro creando nuevos circuitos nerviosos o transformando los que ya existen. De este modo se contribuye a mejorar la calidad de vida de los afectados por daño cerebral.

Lo más importante es la evidencia de que la rehabilitación cognitiva puede mejorar el funcionamiento del cerebro, y ese es el principio en el que se basa la *Colección Estimulación Cognitiva para Adultos* diseñada por Andrés Sardinero. La plasticidad cerebral está presente en cualquier edad y posibilita la recuperación de los procesos cognitivos que han resultado afectados, gracias a la ejercitación mental. Cuando se produce daño cerebral no hay que perder ni un solo instante: junto a las medidas de tipo

médico es imprescindible realizar intervención cognitiva desde el primer momento en que sea posible. No se puede privar de atención neuropsicológica a quienes han presentado daño cerebral, porque los procesos cognitivos son esenciales para disponer de una adecuada autonomía funcional.

Por todas estas consideraciones, La *Colección* de Estimulación Cognitiva que presenta el autor sin duda va a contribuir al bienestar de las personas, cada vez a más numerosas, con DCA. Su dilatado bagaje profesional en el campo de la Neuropsicología avala la utilidad y eficacia de la rehabilitación, a través de más de 2000 ejercicios de estimulación propuestos en la obra. Esta *Colección* llena un hueco dentro de la rehabilitación cognitiva de sujetos que han sufrido DCA. Porque el daño cerebral es un problema que trasciende más allá de las personas afectadas. En palabras de la prestigiosa neuropsicóloga Muriel Lezak, el daño cerebral es un *asunto de familia* que en mayor o menor medida nos afecta a todos: pacientes, familiares, profesionales y sociedad. Damos la bienvenida a esta *Colección* de *Estimulación Cognitiva para Adultos*, que será de gran utilidad para los afectados y también para los profesionales dedicados a la atención del daño cerebral sobrevenido.

**José Antonio Portellano Pérez**  
**Profesor Titular del Departamento de Psicobiología**  
**Facultad de Psicología**  
**Universidad Complutense de Madrid**



# Presentación



Le recomendamos una lectura atenta de la Guía, de tal modo que pueda conocer a fondo y sacar el máximo partido de la Colección ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ADULTOS.

Antes de comenzar a aplicar las actividades y cuadernillos, es conveniente familiarizarse con el material y conocer sus características. Podrá entender cómo se organiza la Colección, sus virtudes, utilidad y ámbito de aplicación. Pasamos a resumir los contenidos de esta Guía, repasando uno a uno los apartados que la componen:

En el apartado de **Terapias de rehabilitación y estimulación cognitiva** describimos las aproximaciones clínicas más significativas dedicadas al mantenimiento y mejora de las capacidades intelectuales. Las orientaciones que han demostrado su eficacia son numerosas, pero describimos aquellas más fructíferas en el tratamiento de las alteraciones cognoscitivas. Enfatizamos los rasgos particulares de cada una.

En el apartado de **Recomendaciones para la terapia** proporcionamos al profesional una serie de consejos breves a tener en cuenta para la estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica.

En el apartado de **Aproximaciones a la intervención** detallamos tres maneras distintas de entender cuál es el objetivo último de la rehabilitación neuropsicológica (¿restauración?, ¿sustitución?, o ¿compensación?) y defendemos que, en definitiva, las tres pueden complementarse entre sí.

En el apartado titulado **¿Quién usa el material?** se delimita, por un lado, qué profesionales y familiares pueden ser los encargados de aplicar la Colección, y por otro, los posibles receptores o pacientes que se benefician al realizar las actividades.

En el apartado **Descripción de las actividades y cuadernillos** hacemos un repaso de la estructura general de la Colección, de los niveles de dificultad y de los rasgos más importantes de cada actividad que hemos desarrollado. El lector que desee profundizar encontrará una información más exhaustiva en las *Guías para el terapeuta*, al comienzo de cada uno de los cuadernillos de la Colección.

En el apartado **Cómo usar el material**, explicamos las funciones más importantes que puede desempeñar la Colección ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ADULTOS, es decir, en qué contextos puede resultar más provechoso su uso.



En el apartado llamado **Seleccionar los ejercicios**, ofrecemos varias herramientas con las que el terapeuta puede contar para elegir entre el amplio abanico de cuadernillos, niveles y actividades que componen la Colección, y así ajustarlos con la mayor precisión posible al grupo de personas con el que se trabaja.

En el apartado de **Seguir el rendimiento**, se resalta la necesidad de llevar un registro de las tareas y fichas ya aplicadas, así como de la ejecución que presenta la persona durante las sesiones de tratamiento. Proporcionamos el material necesario para poder llevar a cabo con facilidad este seguimiento.

La Colección ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ADULTOS es una herramienta flexible. Responde a la demanda de material para la intervención en adultos con alteraciones neuropsicológicas y en aquellos que requieren de un entrenamiento cognitivo especializado. Ha sido planificada a partir de los conocimientos teóricos y procedimientos metodológicos más actuales en el ámbito de la neuropsicología cognitiva, de la estimulación y rehabilitación neuropsicológica. Se trata de un material atractivo para el adulto, con láminas y fotografías a todo color. La selección de las imágenes y textos de las actividades ha sido cuidadosa para ajustarse a las necesidades de las personas que reciben la intervención: a su vocabulario, a sus capacidades perceptivas, a sus intereses, a su estado psicológico. En definitiva, el diseño de cada una de las fichas ha sido pensado desde la ergonomía física y cognitiva.

# Terapias de rehabilitación y estimulación cognitiva

- 2.1 Terapia de Orientación a la Realidad
- 2.2 Terapia de Reminiscencia
- 2.3 Terapia Conductual
- 2.4 Terapia de Estimulación Cognitiva
- 2.5 Terapia Neuropsicológica Individual



Las terapias no farmacológicas han demostrado su eficacia en la recuperación de las alteraciones cognitivas. Son útiles para el tratamiento de las enfermedades neurodegenerativas, para pacientes que presentan quejas de memoria propias del envejecimiento normal y para las alteraciones cognitivas desencadenadas por daño cerebral de origen diverso (Arango Lasprilla, 2006). La lista de modalidades de terapia es amplia, incluyendo orientación a la realidad; la reminiscencia; la validación; la modificación de conducta; la psicomotricidad; la psicoestimulación integral; la musicoterapia, etc. Cada propuesta supone un apoyo a las demás, y en lugar de competir, consideramos que cada una aporta un beneficio distinto al paciente. Según la etapa de la enfermedad en la que se encuentre, su perfil neuropsicológico, y su sintomatología, unas aproximaciones pueden ser más aconsejables que otras, por lo que todas ellas se complementan entre sí.

El objetivo de las terapias no farmacológicas es claro: mejorar la calidad de vida, promover la autonomía, detener el deterioro cognitivo en las enfermedades neurodegenerativas, e incluso, mejorar dicho rendimiento en el daño cerebral adquirido, en el deterioro cognoscitivo leve y en las demencias reversibles.

<b>Objetivos de las terapias de estimulación cognitiva</b>	Mantener las capacidades mentales
	Rehabilitar los procesos psicológicos
	Evitar el aislamiento del entorno
	Potenciar las relaciones sociales
	Aumentar la independencia y autonomía personal
	Reducir el estrés
	Generar sentimientos de control sobre el entorno y reducir la indefensión
	Incrementar la capacidad funcional y el desempeño en las tareas cotidianas
	Mejorar el sentimiento de bienestar emocional, psicológico y de salud general
	Mejorar la calidad de vida del paciente
	Mejorar la calidad de vida de los cuidadores

Las intervenciones cognitivas son un conjunto de métodos y estrategias que pretenden optimizar la capacidad intelectual general del paciente y los procesos psicológicos particulares: la memoria, la atención, el lenguaje, las funciones ejecutivas, la percepción, las praxias, la visoconstrucción, etcétera. Describiremos a continuación cinco de estas intervenciones, que se pueden clasificar en dos grandes grupos: abordajes funcionales y abordajes propiamente cognitivos.

<b>Abordajes Funcionales</b>	Terapia de Orientación a la Realidad
	Terapia de Reminiscencia
	Terapia Conductual
<b>Abordajes propiamente Cognitivos</b>	Terapia de Estimulación Cognitiva
	Terapia Neuropsicológica Individual

De todas ellas, las dos últimas revisten de un mayor interés para la presente Colección. Son las que han sustentado el desarrollo de las actividades, pues parten del conocimiento teórico y clínico sobre las facultades mentales y sobre los procesos cognitivos específicos (memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas, percepción, praxias, visoconstrucción, etc.)

## 2. 1. Terapia de Orientación a la Realidad

Este enfoque pretende reducir la desorientación espacial, temporal y personal suministrando constantemente al paciente información sobre su entorno. La persona recibe información de la realidad que se puede clasificar en tres tipos:

**a) Información temporal.** El día de la semana, el día del mes, el mes, el año, la estación del año y la temperatura, el momento del día, y las festividades recientes. Además se incluyen aquí referencias a los hábitos diarios, rutinas y tareas pendientes de realizar en las próximas horas o días.

**b) Información espacial.** Sobre el lugar de residencia actual, las residencias anteriores, los lugares visitados con frecuencia, y los trayectos de desplazamiento diario. También se facilita información sobre la distribución de las estancias y habitaciones de su domicilio o del centro de terapia.

**c) Información personal.** Sobre su nombre y apellidos completos, nombre de familiares y conocidos, datos familiares relevantes, ocupación laboral y formación académica recibida.

Existen dos modalidades de Terapia de Orientación a la Realidad (OR). Primero, la *terapia 24 horas de OR*, que es de una naturaleza informal pero muy constante en el tiempo. En ella, el familiar o cuidador se encarga de recordar los datos de orientación en cada situación de interacción que lo permite. Por ejemplo, recuerda al paciente datos sobre el momento del día, las tareas que van a realizar o sobre la temperatura en el exterior. Segundo, la *OR formal* se desarrolla en sesiones dirigidas por un terapeuta especializado, con unas actividades programadas que propician la orientación. Emplean materiales y referencias externas que ayudan a ese fin, como relojes, calendarios, etc. Se discuten en grupo temáticas que redundan en una mejora de la orientación, como las festividades recientes o las ropas apropiadas para cada estación del año.

Los efectos positivos de la OR son conductuales y cognitivos (Spector et al, 2004). Se reduce la confusión y se evita la desconexión del entorno. Es apropiada en diversas formas de demencia y en varios trastornos cognitivos.

## 2. 2. Terapia de Reminiscencia

La estructura general de la Reminiscencia requiere dos pasos. Primero, se le enseña al paciente un material, como una fotografía o el relato de un suceso histórico, vinculados con su propia experiencia o con los acontecimientos experimentados por su generación. Segundo, a partir de ese material, el paciente evocará una serie de recuerdos asociados y hará comentarios personales. La Terapia de Reminiscencia puede realizarse individualmente o en grupos de pacientes que tienen aproximadamente la misma edad. En esta terapia se pretende potenciar la memoria episódica autobiográfica (los recuerdos personales) y la memoria semántica (que contiene los conocimientos sobre datos históricos relevantes). Pretende también que se rememoren los sucesos personales y hechos históricos con toda la claridad que sea posible, experimentando las emociones vinculadas a esos recuerdos. No se trata de realizar juicios de valor sobre el significado de las experiencias ni de realizar una “revisión de vida” psicoterapéutica.

Ha sido comprobado en diversos estudios que el recuerdo sobre acontecimiento en los años medios de la vida está más empobrecido que el

recuerdo sobre la infancia, adolescencia y primera etapa de la vida adulta. Por ello, esta intervención intenta superar estos escollos de la memoria y facilitar la recuperación mnésica para todo el ciclo vital. Los materiales para realizar la terapia son diversos:

**a) Caja de recuerdos.** En ella se recopilan objetos personales de un paciente individual o bien materiales que resulten comunes a un grupo de pacientes de una misma generación. Puede incluir:

- Fotografías personales y fotografías antiguas no personales.
- Música de la época de los pacientes.
- Ropas antiguas.
- Documentación pasada como carnés, documentos de afiliación a grupos y entidades, cuadernos de notas académicas...
- Diarios, cartas y anotaciones personales.
- Videos documentales de épocas pretéritas.
- Películas de la colección de los pacientes y películas antiguas.
- Objetos antiguos de los pacientes, como relojes, joyería o juguetes.

La recopilación del material personal siempre ha de contar con la aprobación del paciente y de los cuidadores, pues no se trata en ningún caso de vulnerar su intimidad, sino de facilitar la evocación del recuerdo a partir de una disposición emocional de aceptación, cooperación y comunicación entre ambas partes.

**b) Libro autobiográfico.** Éste material es cumplimentado con ayuda del terapeuta y de un familiar informante. Consiste en desarrollar un libro estructurado que recoja los datos más importantes de la biografía de la persona a lo largo de todo su ciclo vital. Permite anexar fotografías que acompañen al texto y hacer comentarios de los acontecimientos personales.

**c) Datos socio-históricos y culturales.** Éste material requiere de un mayor desarrollo por parte del terapeuta. Consiste en recopilar sistemáticamente información sobre los sucesos históricos, sociales y culturales más importantes de la generación del paciente. Una vez seleccionados, se le leen uno a uno en distintas sesiones para que comente su vivencia y opinión del acontecimiento. Siempre habrá que tener en consideración los intereses y gustos individuales, pues unas personas estarán mejor informadas sobre hechos políticos, mientras otras sobre eventos deportivos o sobre los acontecimientos de su propia localidad.

La repercusión de la reminiscencia es positiva, impulsa las relaciones interpersonales y la comunicación dentro de los grupos. Aumenta la sensación de bienestar y permite al paciente manifestar la sabiduría acumulada con la experiencia.

La reminiscencia es una aproximación terapéutica apropiada para las fases leves y moderadas de las enfermedades neurodegenerativas y para el caso de personas aquejadas de deterioro cognoscitivo leve o con problemas de memoria asociadas al envejecimiento normal.

## 2. 3. Terapia Conductual

Tiene como propósito eliminar los comportamientos perniciosos del paciente y potenciar los deseables. Esta aproximación comienza realizando un análisis funcional de la conducta. Mediante la observación minuciosa, se detectan cuales son los desencadenantes de un comportamiento disfuncional del paciente, como por ejemplo puede ser la deambulacion o la agresividad verbal. A partir del análisis, se desarrolla un plan específico de intervención basado en recompensar otras conductas deseadas y en la extinción de la conducta no deseada. Así, a través del manejo de las contingencias ambientales, se logra eliminar las acciones del paciente que resultan dañinas para sí mismo o para sus cuidadores. Ésta terapia es adecuada en las fases avanzadas de las enfermedades neurodegenerativas o cuando un paciente neurológico tiene alteraciones del comportamiento.

## 2. 4. Terapia de Estimulación Cognitiva

La estimulación cognitiva puede definirse como la ejecución de actividades programadas que han sido diseñadas para el mantenimiento y mejora de los procesos cognitivos básicos, como la memoria, la atención, el lenguaje, el razonamiento, la percepción, las praxias, el cálculo, la lectoescritura o la visoconstrucción. Estimular y mantener las capacidades mentales redundante en una mejoría de las habilidades funcionales de los pacientes en las tareas cotidianas.

La estimulación debe desligarse de un concepto de recepción pasiva de información. Muy al contrario, los participantes en talleres de estimulación cognitiva se enfrentan a tareas que requieren **esfuerzo** y actividad intelectual, con independencia de que el nivel de dificultad de la tarea que afrontan esté ajustado a sus capacidades.



Las actividades de estimulación cognitiva han sido desarrolladas atendiendo a un **modelo teórico** de partida, fundamentado científicamente, con el propósito de ejercitar algún proceso psicológico en particular (como por ejemplo puede ser la memoria visual inmediata) o varios procesos al mismo tiempo. Además de presentarle la actividad, el terapeuta enseña al paciente **estrategias y técnicas** de procesamiento de la información, algunas más simples y otras de mayor nivel. Así, puede enseñarle estrategias mnemotécnicas para mejorar su capacidad de almacenamiento, estrategias de aprendizaje organizado, estrategias de síntesis, clasificación o agrupación de los datos, etc.

La práctica de estimulación cognitiva se asemeja metafóricamente al ejercicio físico deportivo. Se **entrenan** las habilidades mentales para su fortalecimiento y desarrollo, de igual manera que podemos entrenar los músculos de nuestro cuerpo mediante la gimnasia.

Los procesos psicológicos que reciben intervención son varios: memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas, praxias, visoconstrucción, cálculo... Y no se conciben como entidades independientes, sino que se relacionan entre sí. Por ejemplo, cuando se plantea un ejercicio para la estimulación de la *memoria*, se tiene en cuenta que, al mismo tiempo, la persona entrenará su capacidad para *atender* a la información que debe aprender. En otras palabras, la estimulación cognitiva tiende a ser **integral** abarcando al conjunto de procesos cognitivos.

Los programas de estimulación cognitiva tienen como propósito **mantener el rendimiento cognitivo** en pacientes aquejados de enfermedades neurodegenerativas, como puede ser el mal de Alzheimer o las demencias de origen vascular. Potencia las capacidades aún no dañadas por la enfermedad y enlentece el avance del deterioro en las otras áreas cognitivas que ya se han visto afectadas. Sin embargo, los programas de estimulación también han demostrado su eficacia en la **prevención** con grupos de personas mayores sanas que presentan quejas de memoria asociadas al envejecimiento normal o con un deterioro cognoscitivo leve.

La intervención suele realizarse en **grupos** pequeños, de alrededor de 15 personas. La formación y selección del grupo debe atender al nivel cognitivo de los pacientes así como a su nivel académico y sociocultural. Cuanto más homogéneos sean los grupos conformados, mejor será la adaptación de las tareas a sus capacidades y, por lo tanto, mayor la eficacia del tratamiento.

Los objetivos de la estimulación cognitiva se dirigen tanto al propio paciente como a los familiares cuidadores del mismo:

- Objetivo de mantener el estado cognoscitivo general del paciente y ralentizar el avance de enfermedades neurodegenerativas.
- Objetivo de mejorar el nivel funcional en actividades de la vida diaria.
- Objetivo social facilitando la integración del paciente en un grupo de iguales.
- Objetivo psicoterapéutico, disminuyendo su ansiedad y depresión ante los problemas de memoria o de otras capacidades mentales.
- Objetivo preventivo, evaluando y tratando las posibles alteraciones emocionales y conductuales del paciente desde el momento de su aparición, e incluso antes.
- Objetivo de apoyo al entorno familiar, proporcionando asesoramiento, información y pautas de actuación.

La terapia de estimulación cognitiva es idónea en los estados iniciales y moderados de las enfermedades neurodegenerativas. Puede aplicarse también en otras etapas más avanzadas con un abordaje cuidadoso y una selección apropiada de las actividades. A la postre, es muy aconsejable para los mayores sanos con quejas de memoria características del envejecimiento normal y en otros grupos de adultos que precisan de un programa de actividad cognitiva sistematizado.

## 2. 5. Terapia Neuropsicológica Individual

A diferencia de la estimulación cognitiva, la terapia neuropsicológica constituye una intervención de carácter completamente individualizado. Es llevada a cabo por un neuropsicólogo especialista. Las sesiones son individuales, dedicadas a un único paciente. El neuropsicólogo utiliza una estrategia de trabajo productiva, guiándose por el método científico y utilizando los modelos teóricos pertenecientes a la Neuropsicología Cognitiva. Como punto de partida, hace una evaluación completa del paciente y obtiene un perfil neuropsicológico que destaca sus puntos fuertes y los déficits cognitivos. Dicha evaluación es ampliada con otras pruebas y revisada mientras dure el tratamiento. A partir de los resultados de los test y de la observación de la conducta, plantea una serie de hipótesis explicativas sobre qué procesos cognitivos y subprocesos cognitivos se encuentran alterados y en qué medida otras funciones se encuentran pre-

servadas. Las hipótesis formuladas se someten continuamente a revisión crítica mientras dura la intervención, aplicando nuevos test de una manera flexible e incluso desarrollando nuevas pruebas específicas para ese individuo. Efectúa una revisión bibliográfica de los artículos de investigación y tratamientos actuales sobre la enfermedad. Considerando el conjunto de datos que provienen del perfil neuropsicológico, las hipótesis de trabajo y la revisión bibliográfica, desarrolla un programa de intervención que reúne las tareas y estrategias más útiles para el caso en particular. Muchas de las actividades concretas que componen el programa de intervención han de ser generadas por el neuropsicólogo. A lo largo del tratamiento, o al menos al llegar a su fin, el profesional realiza una comprobación empírica de la eficacia de la terapia, para verificar si las actividades aplicadas y las estrategias enseñadas han mejorado el estado cognoscitivo. En condiciones ideales, el proceso de tratamiento puede dar lugar a que el neuropsicólogo genere nuevos conocimientos teóricos y amplíe o modifique los modelos teóricos de partida.

A modo de resumen, enumeramos las características principales de la Terapia Neuropsicológica Individual:

- Método científico de contraste de hipótesis.
- Fundamentado en modelos teóricos de la neuropsicología cognitiva.
- Obtención de un perfil neuropsicológico y ampliación permanente de la evaluación.
- Revisión bibliográfica de las investigaciones actuales.
- Creación de nuevas pruebas y nuevas actividades para ese paciente particular.
- Desarrollo de un programa de intervención específico.
- Centrado en procesos cognitivos específicos y su interacción.
- Comprobación empírica de la eficacia del tratamiento.
- Generación de nuevo conocimiento: revisión o ampliación de modelos teóricos.

## Recomendaciones para la terapia



Ofrecemos una serie de pautas para que el terapeuta logre los mejores resultados posibles con su intervención. No siempre será viable cumplir con todas ellas, solamente reflejan el estado de cosas ideal para la rehabilitación y estimulación cognitiva:

**Modelos teóricos de partida.** El terapeuta ha de sustentar su intervención en el conocimiento de modelos teóricos provenientes de la neuropsicología cognitiva. Estos modelos primero, describen cómo realizar una evaluación exhaustiva y obtener un perfil cognitivo. Segundo, explican los patrones de ejecución, tanto de las capacidades afectadas como de las habilidades preservadas. Tercero, al hablar de procesos cognitivos, de sub – procesos cognitivos muy específicos y de su inter-relación, permiten desarrollar estrategias para la rehabilitación que apuntan a las necesidades particulares de cada caso. Ahorramos así tiempo y esfuerzo, pues centramos el trabajo en las capacidades que requieren intervención y no derrochamos recursos con actividades superfluas para la persona.

**Orden de prioridades.** Es apropiado realizar una lista de objetivos para la terapia que esté secuenciada según las necesidades de intervención más inminentes (lo más importante primero) y según la jerarquía de los procesos (los procesos de base se tratan antes, los secundarios después.)

**Entrenamiento gradual progresivo.** En la medida de lo posible, la cantidad de ayuda proporcionada por el terapeuta desaparecerá gradualmente con el avance de la intervención. En un primer momento, el paciente necesitará más explicaciones y claves para realizar una actividad. Pero según progrese la rehabilitación y avancen las sesiones, el terapeuta proporcionará menos claves y aumentará la complejidad de la tarea.

**Entrenamiento adaptado.** Independientemente de que la terapia tenga lugar en grupos homogéneos o en sesiones individuales, las actividades de rehabilitación deberán estar enfocadas a las necesidades y motivaciones de las personas. Es beneficioso tener en cuenta sus limitaciones sensoriales y físicas, sus gustos e intereses así como sus propias expectativas acerca de la intervención.

**Habilidades conservadas.** En la rehabilitación del deterioro cognoscitivo hemos de conocer no sólo los puntos flacos, sino muy especialmente las habilidades preservadas por el sujeto. Nos apoyaremos en ellas para que consiga realizar las tareas en las que tiene dificultades (estrategias de sustitución y compensación, ver apartado siguiente de “Aproximaciones a la intervención”.

**Intervención precoz.** Las posibilidades de recuperación y los beneficios del tratamiento son mayores cuanto antes se inicie la rehabilitación y estimulación cognitiva. Ésta afirmación es válida tanto en pacientes con daño cerebral adquirido como en el caso de las enfermedades neurodegenerativas. Por ejemplo, en las primeras fases que siguen al traumatismo craneoencefálico se da una mayor recuperación que puede ser guiada por la terapia de rehabilitación cognitiva. Y en las etapas iniciales de las enfermedades neurodegenerativas tipo Alzheimer, la estimulación cognitiva logra preservar el estado intelectual del sujeto durante más tiempo. La premisa de la intervención precoz no significa que el tratamiento no pueda iniciarse o que no vaya a resultar beneficioso si ya ha transcurrido un tiempo desde el comienzo de la enfermedad.


**Duración suficiente.** El tratamiento de rehabilitación neuropsicológica y estimulación cognitiva se prolonga en el tiempo por el perfil de los pacientes. Primero, es común un enlentecimiento en la velocidad de procesamiento de la información, que conlleva más tiempo para poder resolver cualquier actividad planteada en las sesiones. Segundo, son frecuentes las alteraciones de varios procesos cognitivos en una misma persona, y todas ellas requieren de intervención. Tercero, en el caso de las enfermedades neurodegenerativas, la estimulación cognitiva no tiene un momento claro para su finalización, pues el objetivo es mantener el rendimiento intelectual del paciente tanto tiempo como sea posible. Estos factores deben ser explicados a familiares y cuidadores para contar con su apoyo a lo largo de todo el trabajo terapéutico.

**Feedback inmediato.** Durante la ejecución de una actividad, la mayoría de los pacientes necesitan retroalimentación acerca de sus resultados. No es extraño que tengan problemas meta-cognitivos para estimar con precisión si su conducta se adecúa a las demandas de la tarea. Además, la información que le devuelve el terapeuta les sirve para hacer reajustes cada vez más finos que repercuten en una mejora de la capacidad funcional y en un aumento de la sensación de control sobre el entorno.

**Recompensar la ejecución.** El terapeuta ha de emplear el refuerzo social positivo, con alabanzas y reconocimiento del trabajo. No sólo hay que recompensar la conducta de la persona en caso de éxito, cuando completa bien una actividad, sino que quizás es más necesario recompensar el esfuerzo realizado cuando no se hayan logrado todos los objetivos de la tarea que inicialmente se pretendían.

**Orden de las actividades.** En una única sesión de trabajo, el orden de las actividades planteado por el terapeuta reviste de importancia. Como

pauta general, podemos comenzar y finalizar la sesión con actividades en un nivel que garantice el correcto desempeño de los sujetos. En las etapas intermedias de la sesión, la dificultad de las tareas puede ser creciente. Así lograremos motivar y recompensar su rendimiento.



Primera fase de la sesión	Actividades de éxito y motivadoras
Fase intermedia de la sesión (de mayor duración)	Nivel creciente de dificultad, tareas con esfuerzo cognitivo
Última fase de la sesión	Actividades de éxito y motivadoras

*Figura: Curso temporal y nivel de dificultad de una sesión*

**Evaluación permanente.** Cada sesión de trabajo y cada actividad planteada a la persona constituye una fuente de información sobre su perfil cognitivo, de tal modo que podemos ampliar o matizar los resultados de la evaluación inicial. Además, el estado cognoscitivo no es estático, sino que pueden remitir unos síntomas o aparecer otros por diversos motivos.

**Revisión periódica.** De una manera cíclica hemos de supervisar qué objetivos de la intervención se han alcanzado, qué objetivos hay que reformular por no ser realistas según el estado del paciente o qué objetivos podemos ampliar gracias a las mejoras obtenidas. Además, hemos de revisar si las tareas que hemos diseñado se adecúan a su perfil.

**Interdisciplinariedad.** Siempre que sea posible, el tratamiento ha de considerarse de una manera integral y elaborar un plan conjunto de intervención que implique a todo el equipo de terapeutas: médicos, neurólogos, geriatras, psiquiatras, neuropsicólogos, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares, etc.

**Implicación familiar.** La familia y cuidadores del paciente son la fuente de información más importante sobre el estado de la persona en su ámbito cotidiano, pero además, en muchas ocasiones pueden participar en el proceso de rehabilitación siguiendo tareas para casa o atendiendo al consejo de los terapeutas sobre cómo manejar los síntomas cuando se ponen de manifiesto en el domicilio.

**Emoción y conducta.** El terapeuta cognitivo necesita tener en cuenta los procesos afectivos y motivacionales del paciente, pues repercuten sustancialmente en todo el proceso de rehabilitación.





## Aproximaciones a la intervención

- 4.1 Restauración
- 4.2 Compensación
- 4.3 Sustitución-Optimización



La rehabilitación cognitiva puede adoptar distintas formas y seguir diferentes estrategias. Son distintas maneras de entender el proceso y la finalidad de la terapia:

#### 4.1. Restauración

Desde esta estrategia, se considera que los procesos cognitivos alterados pueden recuperarse mediante la estimulación. Si se realizan los ejercicios oportunos de un modo repetitivo, se lograrán reactivar los circuitos cerebrales dañados por la lesión o la enfermedad. Éste modo de trabajo es apropiado, por ejemplo, en pacientes jóvenes y daños cerebrales menores, con dificultades de atención o con trastornos afásicos.

#### 4.2. Compensación

Cuando una función cognitiva no puede ser recuperada, se potencia el uso de ayudas externas que eliminan o reducen al mínimo la necesidad de usar esa facultad mental. Es decir, se trata de que la persona realice una actividad útil para su vida cotidiana, pero ayudándose de dispositivos externos (como por ejemplo, las agendas) que disminuyen la necesidad de utilizar el proceso cognitivo alterado (en este ejemplo, la memoria prospectiva). El propósito es meramente funcional y no se persigue la recuperación de la función dañada al nivel pre mórbido.

#### 4.3. Sustitución – Optimización

Cuando tiene lugar una lesión cerebral, los procesos cognitivos no se destruyen por completo. Por un lado, quedan remanentes, es decir, sub-procesos aún operativos dentro de la capacidad general dañada. Y por otro, quedan otras funciones intelectuales completamente intactas. Se trata de utilizar esas reservas neurológicas, tanto las del proceso cognitivo general alterado como las de los procesos cognitivos intactos con el fin de mejorar el rendimiento general. Por ejemplo, una persona con dificultades generales de memoria pero con mejor preservación de la memoria visual frente a la verbal, puede ser entrenada para utilizar mnemotécnicas visuales que optimicen el rendimiento de la memoria verbal.

Aunque en la literatura científica existe cierto debate teórico, como si se tratase de tres opciones en competición, para el clínico estas tres estrategias no son incompatibles entre sí. En el caso de las patologías gra-

ves, puede ser más provechoso utilizar la compensación, mientras que en afectaciones menores, el terapeuta ha de ambicionar la restauración de la función dañada. Incluso hay que tener en cuenta que para un mismo individuo, algunos procesos cognitivos podrán ser recuperados mientras otros necesitarán ser compensados o sustituidos.

## ¿Quién usa el material?

5.1 Usuarios del material

5.2 Grupo de pacientes



En primer lugar describiremos al grupo que maneja y prepara el material (Usuarios del material) y en segundo lugar a los receptores del material (Grupo de pacientes).

## 5.1. Usuarios del material

### 5.1.1. Profesionales

La Colección ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ADULTOS puede ser utilizada en Centros de Día, Centros de Rehabilitación Neurológica, Residencias, Centros Geriátricos, Clínicas privadas, Asociaciones de personas mayores y en tratamientos domiciliarios. Los profesionales encargados de su aplicación pueden ser:

- Terapeutas Ocupacionales.
- Psicólogos y Neuropsicólogos.
- Logopedas.
- Pedagogos y psicopedagogos.
- Enfermeros, Auxiliares de Geriátrica y Gerocultores con formación específica en Estimulación Cognitiva.

En general, el material puede ser utilizado por terapeutas profesionales que hayan recibido formación específica en estimulación y rehabilitación cognitiva.

### 5.1.2. Familiares y cuidadores

Asimismo, la Colección puede ser utilizada por los familiares y allegados de la persona adulta con problemas cognitivos. En muchos casos, las familias necesitan un material técnico y amplio que les permita cooperar en el proceso terapéutico, día a día. Además, con frecuencia los propios terapeutas implican a las familias en la rehabilitación cognitiva mandando tareas para casa y dando pautas que aleccionan sobre cómo hacer las actividades, por lo cual nuestro material resulta de gran utilidad. Es una opción muy apropiada dado que nuestra Colección incluye un amplio abanico de actividades para entrenar las diversas funciones cognoscitivas y una graduación sistemática de la dificultad. Todas las actividades incluyen ejemplos resueltos e instrucciones simples que facilitan desde el comienzo su comprensión y aplicación.



## 5.2. Grupo de pacientes

De forma general, la Colección ha sido desarrollada para cualquier adulto que requiera de rehabilitación o estimulación cognitiva. Todos los talleres de la Colección se dividen en cinco niveles de dificultad, rango que resulta suficiente para adaptarse al rendimiento de los adultos que reciben rehabilitación y/o estimulación cognitiva. Además, el nivel 5 más complejo y difícil puede ser apropiado en modalidades de intervención con una finalidad preventiva. Los textos e imágenes de las fichas poseen un tamaño apropiado incluso para personas mayores que tienen disminuida su agudeza visual. Las instrucciones son fáciles de comprender y se ajustan a las características de los diversos pacientes neurológicos.

De manera más específica, la lista de grupos de personas que pueden beneficiarse de la Colección es amplia:

- Pacientes con enfermedades neurodegenerativas tipo Alzheimer y otras enfermedades del ámbito de la demencia:
  - o Enfermedad de Alzheimer.
  - o Enfermedad de Parkinson.
  - o Demencia con cuerpos de Lewy.
  - o Demencias Fronto – Temporales, como la Demencia Semántica.
- Personas mayores con problemas de memoria asociados al envejecimiento normal.
- Pacientes con diagnóstico de Deterioro Cognoscitivo Leve.
- Prevención del deterioro cognoscitivo en adultos.
- Demencias de origen Vascular.
  - o Trastornos Vasculares Cerebrales y Accidentes Cerebro - Vasculares:
  - o Trombosis.
  - o Embolias cerebrales.
  - o Infartos Cerebrales Hemodinámicos.
  - o Ictus.
  - o Hemorragias Cerebrales.
- Traumatismos Cráneo Encefálicos.
- Infecciones del Sistema Nervioso: como en encefalitis por herpes simple o en el VIH.
- Pacientes en rehabilitación por Tumores Cerebrales.

- Pacientes con Epilepsia en rehabilitación.
- Tratamiento de pacientes de etiología diversa con Síndromes Neuropsicológicos Específicos:
  - o Síndromes afásicos.
  - o Síndromes amnésicos.
  - o Síndromes frontales disejecutivos.
  - o Síndromes agnósicos.
  - o Síndromes apráxicos.
  - o Síndromes aléxicos.
  - o Síndromes agráficos.
  - o Síndromes acalcúlicos.
- Tratamiento de pacientes con deterioro cognitivo inducido por el abuso de sustancias.



## Descripción de las actividades y cuadernillos

- 6.1 Taller de Atención
- 6.2 Taller de Funciones Ejecutivas
- 6.3 Taller de Lenguaje
- 6.4 Taller de Memoria
- 6.5 Taller de Percepción
- 6.6 Taller de Lectoescritura y Visoconstrucción



Todas las actividades de la Colección han sido desarrolladas siguiendo los modelos teóricos y principios provenientes de la neuropsicología cognitiva. Han sido graduadas en niveles de dificultad modificando de una manera exhaustiva las variables propias que afectan a cada tarea. Las actividades han sido seleccionadas por su pertinencia y su utilidad clínica, manteniendo en mente siempre la función rehabilitadora de las mismas. En todo caso, los estímulos utilizados, como fotografías, palabras escritas, textos y dibujos atienden al perfil de intereses de la persona adulta. Asimismo, el tamaño y formato de presentación permiten utilizar las fichas incluso con pacientes aquejados de baja agudeza visual, problema frecuente en los adultos y mayores. El diseño de todas las fichas, la disposición espacial del material y las instrucciones han sido elaborados minuciosamente, siempre desde una mentalidad de *ergonomía cognitiva*, esto es, procurando que cada actividad implique sólo los procesos mentales para los que ha sido diseñada, y no se produzca una interferencia a causa de otros factores. En todas las actividades que lo requerían (la gran mayoría) hemos utilizado fotografías de objetos reales en lugar de dibujos. Así el material es mucho más apropiado, porque los pacientes aquejados de agnosia visual hubiesen tenido mayores dificultades en tareas en las que no pretendemos que repercuta la identificación perceptiva del objeto (por ejemplo, en una tarea de memoria). Además, las fichas son a todo color, lo cual ha constituido un gran esfuerzo para lograr un material de calidad y agradable visualmente a los usuarios.

Con todo ello, la Colección permite un ajuste preciso a cada perfil cognitivo, grado de afectación y grado cultural de la persona adulta que recibe intervención. Todos los cuadernillos comienzan con una “Guía para el terapeuta” que describe al detalle las tareas, instrucciones, y procesos cognitivos intervinientes en cada tarea. Además, incluye ejemplos resueltos de cada actividad. Recomendamos al terapeuta revise con detenimiento la guía al comienzo de los cuadernillos para sacar el máximo provecho del material. Pasamos ahora a describir la estructura de la Colección.

La Colección ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ADULTOS está organizada en 6 bloques o talleres diferentes, cada uno trabaja un proceso cognitivo básico (a excepción del último que reúne varias funciones):

- Taller de Atención.
- Taller de Funciones Ejecutivas.
- Taller de Lenguaje.

- Taller de Memoria.
- Taller de Percepción.
- Taller de Lectoescritura y Visoconstrucción.

Cada bloque se divide a su vez en 5 cuadernillos, ordenados por nivel de dificultad. Así, en total la Colección completa consta de un total de 30 cuadernillos:

	Nivel más fácil		Nivel intermedio		Nivel más complejo
<b>Taller de Atención</b>	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
<b>Taller de Funciones Ejecutivas</b>	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
<b>Taller de Lenguaje</b>	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
<b>Taller de Memoria</b>	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
<b>Taller de Percepción</b>	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
<b>Taller de Lectoescritura y Visoconstrucción</b>	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5

Cada bloque se compone de siete actividades distintas. Esas siete actividades aparecen en los cinco niveles de dificultad, pero aplicando modificaciones en ciertas variables para incrementar su complejidad. Las variables que sufren cambios dependen de la naturaleza de la tarea y del proceso cognitivo que se trabaje.

Por ejemplo, el Taller de Atención incluye siete actividades denominadas Cancelación, Repetición, Líneas superpuestas, Búsqueda en Fotos, Búsqueda de datos, Plantilla y Recorridos. Pues bien, todas ellas aparecen en los 5 cuadernillos del bloque, pero aumentando paso a paso su dificultad desde el nivel 1 más bajo hasta el nivel 5 de mayor complejidad.

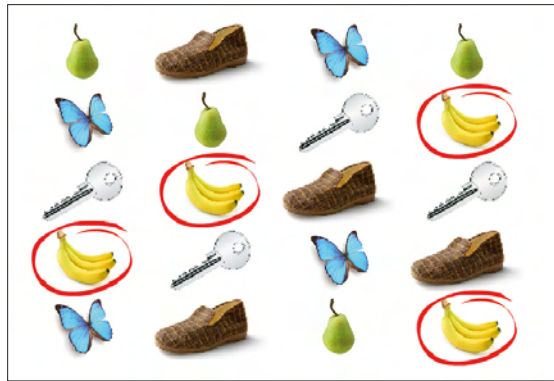
Solamente en el Taller de Lectoescritura y Visoconstrucción el número de actividades es inferior, con un total de cinco tareas distintas.

Pasamos a explicar a continuación cada uno de los Talleres y actividades que los componen. El lector encontrará una descripción más exhaustiva del procedimiento de aplicación, instrucciones y variables de modificación de cada actividad al comienzo de los cuadernillos, en la *Guía para el terapeuta*.

## 6. 1. Taller de Atención

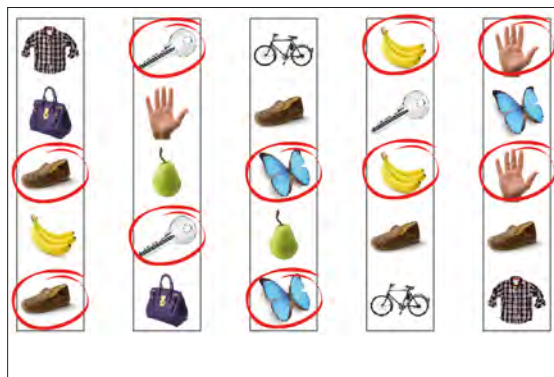
### 6.1.1. Cancelación

La actividad consiste en rodear con un círculo el estímulo que se propone, ya sea una imagen, una letra, un número o un símbolo. El elemento a buscar (la diana) se repite en múltiples ocasiones y está entremezclado con otra información que debe ser ignorada (los distractores). Subprocesos implicados: atención selectiva, atención sostenida y atención dividida.



### 6.1.2. Repetición

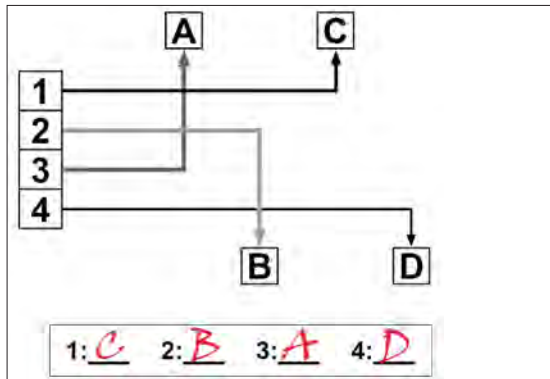
En esta actividad, la persona ha de encontrar dentro de una misma fila, de una misma columna o de un recuadro aquella imagen que se repita. Se muestran varios estímulos, como letras, números o imágenes y la persona debe detectar aquellos que estén dos veces. Subprocesos implicados: atención selectiva, atención sostenida y control atencional (supervisión).





### 6.1.3. Líneas superpuestas

En la lámina se presenta en una parte una lista de números, y en otra una lista de letras. Cada número está unido con una única letra mediante una línea. La persona debe anotar en el recuadro de abajo la letra que le corresponde a cada número. Subprocesos implicados: atención selectiva, atención sostenida, gnosia visual: discriminación figura – fondo y gnosia visual: cierre perceptivo.



### 6.1.4. Búsqueda en fotos

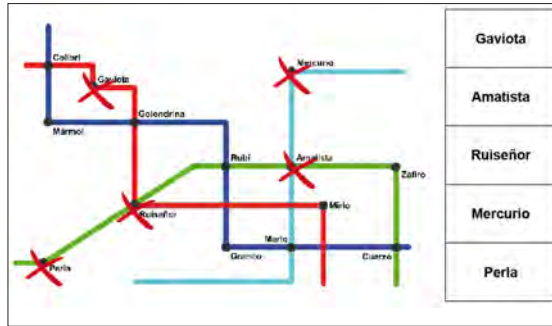
En una fotografía de una escena compleja, la persona ha de encontrar determinados objetos y detalles. A un lado de la lámina se muestra la foto y al otro la lista de objetos que debe buscar y señalar. Subprocesos implicados: atención selectiva, atención sostenida, comprensión lectora, gnosia visual de discriminación figura – fondo y gnosia visual de cierre perceptivo.



### 6.1.5. Búsqueda de datos

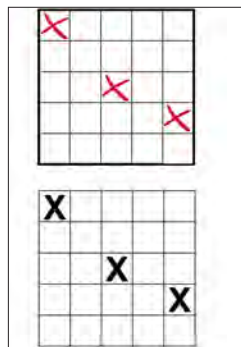
En esta actividad ejercitamos la búsqueda de información en materiales escritos que son comunes y cotidianos. A la izquierda de la ficha se mues-

tra una ilustración, como por ejemplo de un ticket de compra, y en el lado derecho la lista de datos que la persona deberá buscar y señalar. Subprocesos cognitivos: atención selectiva, comprensión lectora.



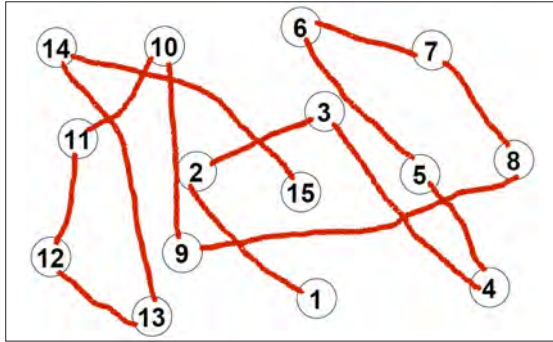
### 6.1.6. Plantilla

En esta tarea, mostramos dos tablas. Una está rellena con determinados símbolos y la otra está vacía. La persona debe copiar en la tabla vacía los símbolos respetando la posición exacta en la que aparecen. Subprocesos implicados: orientación espacial de la atención, atención selectiva, supervisión atencional.



### 6.1.7. Recorridos

En la ficha aparece una secuencia de estímulos repartida sin orden aparente. La persona ha de trazar un camino pasando uno a uno, en orden, por todos los puntos de la secuencia procurando no levantar el lápiz del papel. Subprocesos implicados: orientación espacial de la atención, atención selectiva, supervisión atencional, secuenciación y control mental.



## 6. 2. Taller de Funciones Ejecutivas

### 6.2.1. Ordenar acciones

Mostramos una lista de pasos que son pertinentes para desempeñar cierta actividad y alcanzar una meta en particular, pero están desordenados. Se pide a la persona que los coloque en una sucesión temporal lógica. Cada paso es un pre-requisito para el siguiente, de tal modo que sólo puede alcanzarse el objetivo global si se disponen en la secuencia correcta. En los niveles iniciales empleamos ilustraciones y en los siguientes empleamos sólo texto escrito. Subprocesos implicados: función ejecutiva secuenciación, función ejecutiva planificación, memoria operativa, comprensión lingüística.



### 6.2.2. Interferencia

Bajo la denominación *Interferencia* reunimos en verdad 10 actividades con estímulos e instrucciones diferentes, pero que comparten la característica de mostrar al mismo tiempo dos fuentes de información que están en conflicto. La persona debe atender a una fuente de información e inhibir

la otra fuente de información con la que compite. Usando actividades variadas conseguimos que la persona realice un procesamiento ejecutivo y evitamos que desarrolle automatismos. El procesamiento ejecutivo, más flexible, actúa sobre todo durante las primeras ocasiones en que nos enfrentamos a una tarea. Las 10 actividades se describen en la *Guía del terapeuta*, al comienzo de los cuadernillos. Subprocesos implicados: control de la interferencia, control inhibitorio.



### 6.2.3. Ordenar listas

Aquí pedimos a la persona que organice una serie de palabras o imágenes. Por ejemplo, podemos pedir que organice los conceptos “silla, pluma y camión” siguiendo el criterio de menor a mayor peso. En los primeros niveles utilizamos imágenes y le facilitamos el criterio para ordenar el material. En los niveles avanzados, utilizamos palabras escritas y la propia persona debe generar un criterio para organizar la lista. Por ejemplo, la secuencia “nieto, abuelo, padre, bisabuelo, hijo, bisnieto” puede colocarse generando el criterio de menor a mayor edad: “bisnieto, nieto, hijo, padre, abuelo y bisabuelo”. Subprocesos implicados: organización y secuenciación, razonamiento lingüístico, comprensión lingüística.



### 6.2.4. Razonamiento sobre diferencias

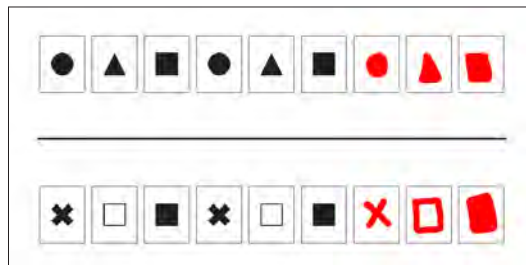
En cada ejercicio mostramos un grupo de palabras relacionadas entre sí por su significado, a excepción de una palabra que se aparta del resto, es

decir, es un “intruso”. La persona debe tachar el término que es diferente y que no guarda relación con los demás. Subprocesos implicados: función ejecutiva de clasificación semántica, memoria operativa, razonamiento lingüístico, comprensión lingüística.



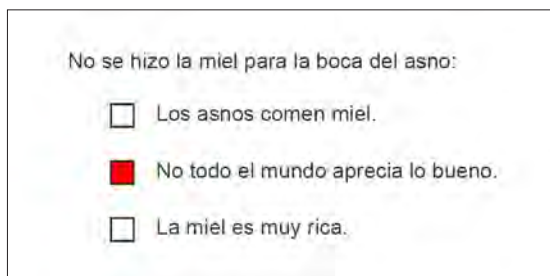
### 6.2.5. Razonamiento sobre secuencias

Unos estímulos se suceden a otros, repitiéndose en el mismo orden una y otra vez. Al fijarse en la lista de estímulos, la persona debe extraer cuál es el patrón de repetición y continuar la lista añadiendo más estímulos. Subproceso implicados: función ejecutiva secuenciación, razonamiento visual.



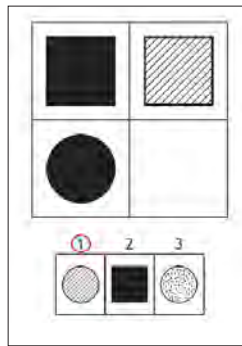
### 6.2.6. Abstracción verbal

Utilizamos refranes, frases hechas y dichos que forman parte del conocimiento popular. La persona debe elegir cuál es el consejo o la idea implícita que intenta transmitirnos, pero que no se encuentra en el contenido manifiesto de la frase. Subprocesos implicados: razonamiento verbal, lenguaje metafórico, comprensión lingüística.



### 6.2.7. Razonamiento visual

En la parte superior de la ficha mostramos una tabla con cuatro casillas. Todas las casillas contienen un dibujo a excepción de la última. Los dibujos van cambiando de una celda a otra siguiendo un criterio. La persona debe averiguar cuál es el criterio por el que cambian las figuras y elegir en la parte inferior de la ficha la opción adecuada para completar la tabla. Subprocesos implicados: razonamiento visual, secuenciación visual, rotación mental de imágenes, discriminación perceptiva de formas, figura-fondo, tamaño y orientación visual.



## 6. 3. Taller de Lenguaje

### 6.3.1. Ordenar frases

En cada actividad hay un grupo de palabras descolocadas. La tarea es formar una frase gramaticalmente correcta ordenando esas palabras, sin añadir ni quitar ninguna de ellas. En algunos casos particulares, existe más de una solución posible porque a partir del mismo conjunto de palabras pueden generarse dos frases con significado equivalente (Ej.: “Las naranjas son dulces” y “Son dulces las naranjas”). Subprocesos implicados: procesamiento gramatical, comprensión de oraciones escritas, amplitud de memoria verbal inmediata.



### 6.3.2. Completar con verbo

Presentamos frases escritas en las que el verbo ha sido omitido. Debajo aparecen alternativas de respuesta para que la persona elija la forma verbal que mejor se inserte en la oración. Subprocesos implicados: conjugación verbal, comprensión de oraciones escritas, amplitud de memoria verbal inmediata.

Nosotros _____ de frío
temblas <u>temblamos</u> temblan
El _____ por el paso de peatones
cruzamos    correr <u>cruzará</u>
Matilde _____ su casa el año pasado
peinó <u>pintó</u> pintamos
Ellos no _____ casi en verano
sudamos    sudasteis <u>sudán</u>
Nosotros _____ vinagre en la ensalada
<u>echamos</u> hicimos    pensamos

### 6.3.3. Palabras funcionales

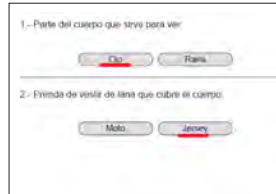
En cada actividad hay que completar una frase utilizando artículos, determinantes, preposiciones o conjunciones. Algunas de las palabras funcionales que componen la frase han sido omitidas y la persona debe rellenar los espacios en blanco con la mejor opción posible. Subprocesos implicados: procesamiento gramatical y sintáctico, comprensión de oraciones escritas, amplitud de memoria verbal inmediata.

Es un jamón <u>de</u> jabugo
Hoy es lunes <u>y</u> mañana será martes
Yo tengo <u>un</u> gato recién nacido
Patricia es <u>la</u> madre de Ricardo

### 6.3.4. Definiciones

En éste caso trabajamos el vocabulario del paciente. A partir de una definición, hay que elegir entre las alternativas disponibles aquella palabra

que mejor se ajuste al significado. Subprocesos implicados: evocación y comprensión léxica, memoria semántica.



### 6.3.5. Sinónimos y antónimos

A la izquierda de la ficha se muestra una palabra de referencia en negrita y a la derecha varias opciones de respuesta. Según se indique en las instrucciones, unas veces deberá marcar aquella alterativa que posea el mismo significado y en otras aquella que tenga el significado contrario a la palabra en negrita. Subprocesos implicados: evocación léxica y comprensión léxica, memoria semántica, amplitud de memoria verbal inmediata.



### 6.3.6. Facilitación

Aquí proponemos a la persona pistas y claves para recordar grupos de palabras. Con ello entrenamos el léxico. La actividad se organiza en parejas de fichas. Primero, una ficha contiene imágenes acompañadas de texto que la persona debe completar (ej.: una foto de un pantalón y al lado escrito “panta...”). Segundo, la siguiente ficha contiene las mismas imágenes pero el grado de ayuda para evocar las palabras es menor (ej.: foto del mismo pantalón y al lado solamente escrito “p...”). Subprocesos implicados: evocación léxica, memoria semántica, memoria implícita priming.





### 6.3.7. Sonidos

Trabajamos la dimensión fonológica del procesamiento del lenguaje. Se propone una palabra de referencia y adyacente a ella varias opciones de respuesta. La persona ha de elegir entre las opciones aquella palabra cuyos últimos sonidos sean más parecidos a la palabra de referencia, es decir, que rimen. Subprocesos implicados: procesamiento fonológico, conciencia fonológica, conversión grafema en fonema, mecánica de la lectura.



### 6. 4. Taller de Memoria

Cada ejercicio del Taller de Memoria está constituido por dos fichas; una primera ficha de aprendizaje y a continuación una segunda ficha de memoria. En la ficha de aprendizaje la persona debe adquirir ciertos contenidos. En la ficha de memoria ha de recordar o bien reconocer la información que fue mostrada en la ficha precedente utilizando las ayudas que se proporcionen. El terapeuta será el encargado de graduar la dificultad de la tarea decidiendo el tiempo de demora entre la presentación de la ficha de aprendizaje y la presentación de la ficha de memoria.

Además, si lo considera conveniente, puede implicar al paciente en una última tarea con mayores exigencias para la memoria: dejando pasar un tiempo, puede pedirle que recuerde la información presentada sin tener delante la ficha de ayuda que proporciona las claves. Ver la guía del terapeuta al comienzo de cualquier cuadernillo de Memoria para mayor aclaración.

### 6.4.1. Parejas

En la ficha de aprendizaje, mostramos objetos agrupados de dos en dos, con un miembro de cada pareja arriba y el otro debajo. En la ficha de memoria mostramos sólo uno de los miembros de cada pareja, el de arriba o el de debajo indistintamente, para que actúe como clave de recuerdo del objeto ausente. La persona debe retener la relación entre los objetos. Subprocesos implicados: memoria inmediata, memoria demorada, gnosia perceptiva reconocimiento de objetos reales.



### 6.4.2. Reconocimiento con claves semánticas

En la ficha de aprendizaje aparecen palabras escritas agrupadas en las categorías mayores a las que pertenecen, por ejemplo la palabra “pantalón” enmarcada en la categoría “ropa”. En la ficha de memoria aparece la categoría a modo de clave (ej.: “¿cuál era la ropa?”) y la persona




debe elegir entre dos alternativas la palabra que vio antes (ej.: “¿jersey o pantalón?”). Subprocesos implicados: memoria verbal inmediata, memoria verbal demorada con reconocimiento, memoria semántica, comprensión lectora.


### 6.4.3. Memoria Lógica

El material a retener es una historia breve con sus personajes, su trama y la sucesión temporal de acontecimientos que en ella se relatan. En la ficha de memoria se realizan preguntas sobre esa historia. Se proporcionan alternativas de respuesta para que se reconozcan los contenidos del texto. Subprocesos implicados: memoria lógica, comprensión lectora, comprensión auditiva, atención selectiva.


1. ¿Qué pájaro salía en la historia?

Una cigüeña      Un gorrion 

2. ¿Qué talento tenía el pájaro?

Cantaba muy bien       Volaba muy alto

3. ¿Qué quiso imitar el pájaro?

El vuelo de un águila      El relincho de un caballo 

### 6.4.4. Categorización

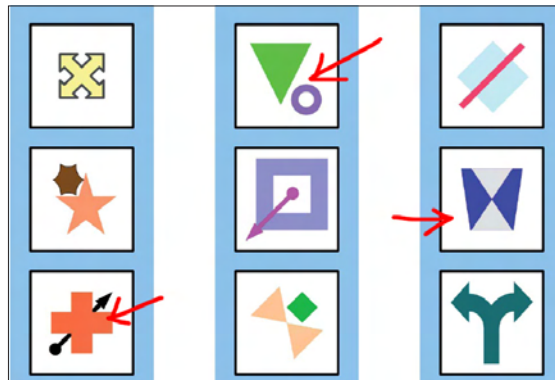
En la ficha de aprendizaje se presenta arriba una lista desordenada de palabras y debajo se muestran diferentes categorías semánticas o grupos de significado. La persona debe escribir cada palabra dentro del grupo al que pertenece (ej.: las palabras “coche” y “tren” dentro del grupo “trans-

Traje	Pinzas
Guante	Colador
Rallador	Bufanda
<b>Ropa</b>	<b>Útil de cocina</b>
<i>Traje</i> <i>Guante</i> <i>Bufanda</i>	<i>Rallador</i> <i>Pinzas</i> <i>Colador</i>

portes”). En la ficha de memoria se aportan sólo los títulos de cada grupo (“transportes”) para que la persona recuerde las palabras que allí se agruparon (ej.: “coche” y “tren”). Subprocesos implicados: memoria verbal inmediata y memoria verbal demorada, memoria semántica, procesamiento ejecutivo de clasificación semántica, comprensión lectora.

#### 6.4.5. Reconocimiento visual

En la ficha de aprendizaje presentamos dibujos de objetos geométricos con diferentes colores y formas. La persona debe atender a los dibujos para, posteriormente en la ficha de memoria, reconocerlos entre todas las imágenes que se presentan. Subprocesos implicados: memoria visual inmediata, memoria visual demorada, gnosia visual de forma, color y tamaño.



#### 6.4.6. Qué y dónde

En la ficha de aprendizaje aparecen varias localizaciones espaciales, cada una señalizada mediante un recuadro. Algunas localizaciones se encuentran vacías y otras están ocupadas por un objeto. La persona debe memorizar los objetos que se muestran y la posición que ocupan. En la ficha de memoria aparecen nuevamente los mismos recuadros que indican las posiciones, pero en esta ocasión están todos vacíos. El terapeuta puede pedir a la persona que recuerde dónde aparecía un objeto; que recuerde qué objeto aparecía en una determinada posición; o bien pedir ambas cosas a la vez (ej.: “¿Qué cosas había y dónde estaban?”). Subprocesos implicados: memoria visual inmediata y demorada sobre la localización espacial, gnosia perceptiva de identificación del objeto, ruta dorsal visual y ruta ventral visual.



### 6.4.7. Memoria de rostros

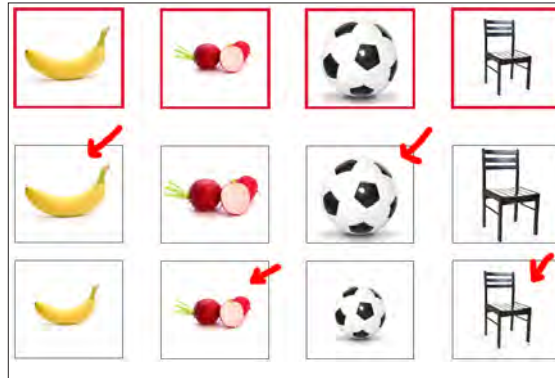
Como su nombre indica, la tarea exige la memorización de fotografías de caras. En la ficha de aprendizaje se presentan varios retratos. En la ficha de memoria, el paciente debe reconocer y señalar los retratos anteriores y diferenciarlos de los nuevos. Subprocesos implicados: memoria visual inmediata y demorada, procesamiento de rostros, expresión y descripción oral.



## 6. 5. Taller de Percepción

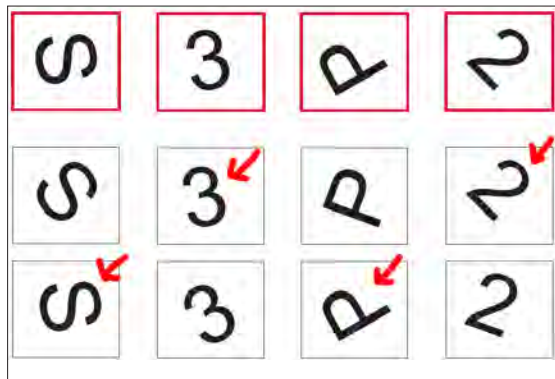
### 6.5.1. Tamaños

A la izquierda de la ficha mostramos una imagen de referencia. A la derecha, varias alternativas de respuesta constituidas por la misma fotografía pero en distintos tamaños. La persona deberá señalar cuál de las alternativas comparte el mismo tamaño que la imagen de referencia. Subprocesos implicados: gnosis perceptiva de tamaño, atención selectiva.



### 6.5.2. Ángulo de giro

A la izquierda de la ficha está la imagen de referencia. A la derecha las alternativas de respuesta, cada una con un ángulo de giro o ángulo de rotación distinto. La persona debe detectar y señalar cuál de las opciones comparte la misma orientación que la imagen de referencia. Subprocesos implicados: gnosia perceptiva de orientación de líneas, rotación mental, atención selectiva.



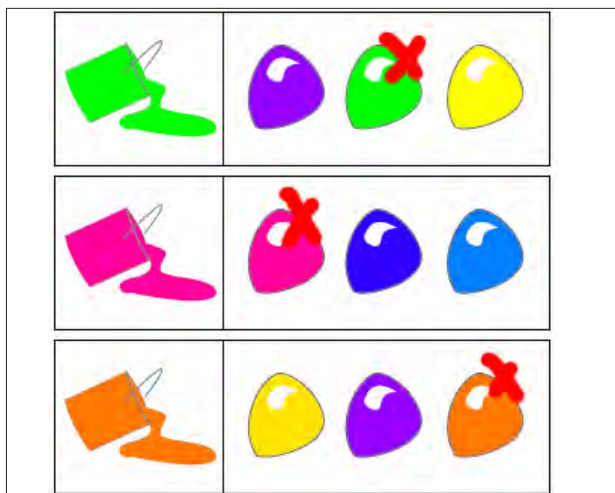
### 6.5.3. Detalles

Presentamos la fotografía de un objeto detrás de un enrejado de cuadrados o de círculos, que actúa dificultando su percepción íntegra. A su lado disponemos las alternativas de respuesta, que muestran los objetos sin ningún tipo de interferencia ni enrejado. La persona debe seleccionar la opción que se corresponde con el mismo objeto que el que se esconde detrás del enrejado. Subprocesos implicados: gnosia perceptiva, análisis de rasgos, discriminación figura – fondo, atención selectiva.



### 6.5.4. Colores

En cada ejercicio, la persona ha de comparar el color de un bote de pintura a la izquierda con las manchas de color a la derecha. Ha de elegir aquella mancha con igual color al bote de pintura. Subprocesos implicados: gnosia perceptiva de color, atención selectiva.



### 6.5.5. Siluetas

En una parte de la ficha enseñamos la foto de un objeto y a su lado las alternativas de respuesta. Cada alternativa de respuesta es la sombra (o silueta) perteneciente a un objeto distinto. Pedimos a la persona que elija y señale la sombra que se corresponde con la fotografía. Subprocesos implicados: gnosia perceptiva de contornos, atención selectiva.



### 6.5.6. Agrupamiento

En una parte de la ficha se presenta la imagen de muestra y a su lado las alternativas de respuesta. La imagen de muestra está conformada por un conjunto de equis con diferentes niveles de gris. Sólo una de las alternativas de al lado se ajusta a ese conjunto de equis, y la persona debe encontrarla y señalarla. Subprocesos implicados: percepción global, formación gestalt, percepción de contraste lumínico, atención selectiva.



### 6.5.7. Línea y borde

En la actividad, la persona ha de estudiar las rayas que componen la imagen de muestra. Una vez que ha realizado dicho estudio, debe atender a las opciones de respuesta que aparecen al lado. Entre las alternativas, sólo una fotografía se corresponde con la configuración de líneas en la imagen de muestra. Subprocesos implicados: percepción, análisis visual fino de rasgos y bordes, atención selectiva.

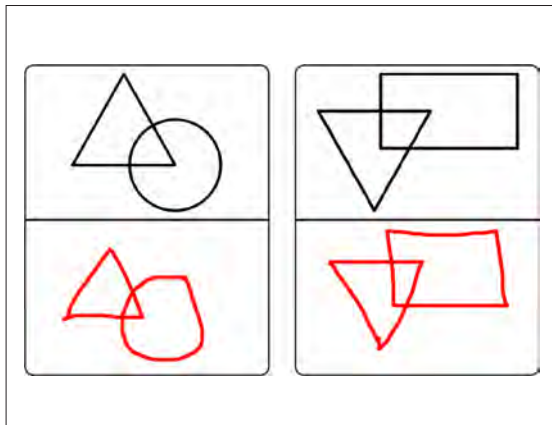




## 6. 6. Taller de Lectoescritura y Visoconstrucción

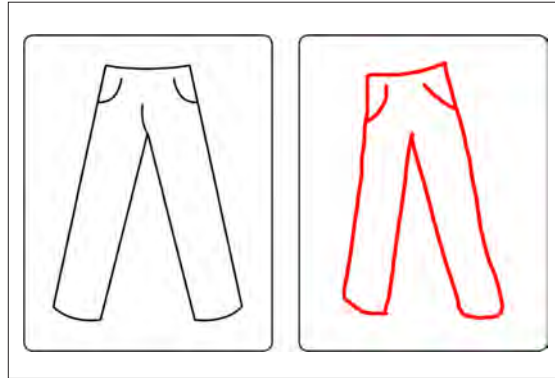
### 6.6.1. Praxias I. Dibujos geométricos y abstractos

La persona debe copiar las imágenes atendiendo a sus relaciones espaciales, forma y tamaño. Pero las imágenes son abstractas, no representan objetos reales conocidos. Subprocesos implicados: praxis visoconstructiva, percepción visual, orientación espacial de la atención.



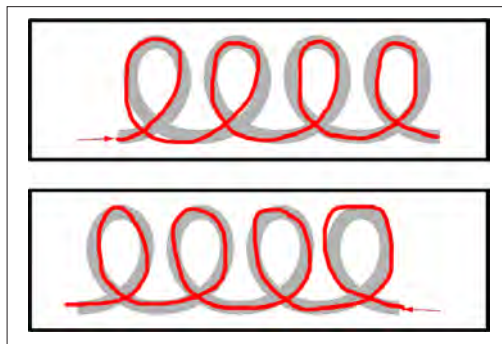
### 6.6.2. Praxias II. Dibujos de objetos reales

A la izquierda de la ficha aparece el dibujo de un objeto real y a la derecha un espacio amplio para realizar una copia del mismo. Si el paciente presenta muchas dificultades podemos cambiar la tarea y los mismos dibujos pueden utilizarse para colorear, es decir, rellenar cada parte del objeto con el color que le corresponde. Subprocesos implicados: praxis visoconstructiva, percepción visual, gnosia reconocimiento de objetos, gnosias colores.



### 6.6.3. Grafomotricidad

Las actividades de grafomotricidad son diversas y están diseñadas para ejercitar **todos** los movimientos básicos que son necesarios para la escritura de las distintas letras del abecedario y para el dibujo de formas simples. La persona debe comenzar su trazo partiendo del punto y tomando la dirección señalizados por una flecha. Desde ese lugar ha de dibujar una línea por el interior de un recorrido gris tan al centro como le sea posible hasta que el recorrido se termina. Subprocesos implicados: grafomotricidad, praxis visoconstructiva, coordinación oculomotora.



### 6.6.4. Lectura mecánica

Las fichas de lectura mecánica contienen listas de palabras para ser leídas en voz alta y lentamente. Enfatiza el proceso de conversión grafema – fonema de las palabras dejando a un lado el acceso al significado y los procesos de comprensión lectora. El banco de palabras que hemos desarrollado es muy extenso (más de 14.000 palabras) y se distribuye según su longitud en los cinco niveles de dificultad. Subprocesos implicados: lectura ruta fonológica, atención selectiva.

sirena	bloque	melena	millar	emisor	garfo	ladrar
molino	ilegal	cálido	gemido	repaso	madeja	faveia
arroyo	danzar	recado	fronda	visera	planta	galera
sastra	pagaré	cuánto	crecer	adonde	fabada	costar
hostal	rojizo	caimán	pastar	llegar	puesto	enagua
vidrio	marcar	sostén	sastre	suelta	ladera	animal
aguado	lector	currar	tronar	censar	arista	saliva
menejar	patuco	enjuto	hablar	óptico	médico	paleto
salina	paicote	viñeta	cumbre	cigoto	tópico	raspar
verano	cómoda	empeño	acento	hastio	cordel	aliado
paripé	buñido	sentar	picnic	moroso	dibujo	método
trinar	lasaña	menhir	miserio	atraso	facial	prisma
cobijo	cenrar	trajín	flemón	liquar	siervo	anillo
década	privar	pólipo	ranura	cebada	pulcro	whisky
tardío	poroso	reseco	giamur	bikini	amparo	evocar
fiscal	poción	amplio	chorra	tímido	obseso	escaño
fluido	nombre	bufete	perfil	sopero	jinete	manada
cuarto	maleta	leísmo	recibo	chasis	ociosa	noción
escala	estrés	águila	calcar	lípico	buitre	chutar
impuro	pijada	cenefa	sereno	cuarzo	trauma	payasa

### 6.6.5. Cálculo; conteo

Aquí pedimos al paciente que contabilice el número de objetos que aparecen en un recuadro y que escriba el total. Subprocesos implicados: cálculo conteo, atención selectiva, orientación espacial de la atención, series automáticas de números.



En los anexos de esta Guía encontrará una tabla resumen en la que se especifica los sub – procesos cognitivos que estimulamos con cada una de las actividades de la Colección. Es una tabla resumen de gran utilidad para saber qué conjunto de procesos pueden estar interviniendo en una única tarea. Recordemos que, en la práctica, ninguna actividad desarrollada por el ser humano implica a un único proceso cognitivo. Es más acertado hablar de la predominancia de unos procesos sobre otros en cierta tarea, porque siempre es necesaria la participación de varias funciones cognitivas.

## Funciones del material



La Colección ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ADULTOS ha sido diseñada para utilizarse bajo las siguientes orientaciones de intervención y para cumplir estas funciones:

- **Terapia grupal; Estimulación Cognitiva integral.**

La Colección en su conjunto es una herramienta indispensable para realizar terapias grupales de estimulación cognitiva. Se adapta al nivel del grupo en general y de cada miembro en particular. Contempla los procesos cognitivos (Memoria, Atención, Lenguaje, Funciones Ejecutivas, Percepción, Praxis, Visoconstrucción, Lectura y Escritura) que pueden ser objeto de estimulación para cualquier grupo.

- **Terapia Neuropsicológica Individual.**

El especialista puede elegir los cuadernos y actividades de ésta colección que sean más efectivos para el tratamiento de un paciente. Siguiendo el Anexo I Tabla *Actividades y Procesos* y la *Guía para el terapeuta* al comienzo de cada cuadernillo conocerá qué subprocesos específicos pueden trabajarse con cada tarea y qué variables o características de los estímulos repercuten en el procesamiento de la información. Asimismo, puede utilizar el material de una forma flexible y modificar las instrucciones de una actividad para ejercitar otro proceso que requiera de intervención rehabilitadora.

- **Taller de estimulación grupal de un proceso cognitivo.**

En lugar de adoptar un enfoque integral propio de la estimulación cognitiva, en ocasiones resulta beneficioso realizar talleres grupales orientados a un único proceso cognitivo. Así, por ejemplo, el terapeuta puede requerir los cinco cuadernos del bloque de Lenguaje con el objeto de rehabilitar o estimular a un grupo de pacientes afásicos.

- **Tareas para casa.**

Para cooperar en el proceso de rehabilitación cognitiva y estimulación, los familiares pueden adquirir ésta Colección para aplicarla a su pariente en su propio domicilio. Así consiguen reforzar las actividades desarrolladas con los especialistas. Y también, en períodos vacacionales, éste material constituye una herramienta fundamental para preservar los logros obtenidos. Las familias necesitan un material específico que les permita día a día estimular a su ser querido con dificultades cognitivas, y ésta colección es una respuesta eficaz a esa demanda.

- **Complemento de otras estrategias de intervención.**

Las actividades de nuestra Colección son útiles para reforzar otras aproximaciones no cognitivas, pero que tratan a pacientes con alteraciones neuropsicológicas.

- **Evaluación y seguimiento de los pacientes.**

Dado que las actividades de nuestra Colección han sido desarrolladas de una manera sistemática, controlando el grado de dificultad y las variables más importantes que afectan a cada tarea (por ejemplo, el número de alternativas de respuesta), pueden utilizarse para hacer un seguimiento y valoración del estado cognoscitivo del paciente. Pueden aplicarse las tareas a modo de pruebas cualitativas que permitan al terapeuta conocer el estado de un proceso cognitivo en particular y hacer un seguimiento periódico a partir de las re – evaluaciones con una misma actividad.

- **Método progresivo.**

Los cuadernillos están organizados en cinco niveles de dificultad. Podemos realizar un entrenamiento que comience con los niveles más básicos (1 o 2) y uno a uno pasar por todos los niveles hasta que la persona alcance su punto máximo de rendimiento. La persona adquirirá poco a poco estrategias y habilidades cognitivas, realizará un aprendizaje gradual. Éste enfoque cobra sentido en terapias que tienen un propósito preventivo (como las que se realizan con personas mayores con quejas de memoria propias de la edad) y cuando puede adoptarse una postura rehabilitadora porque el paciente recupera paso a paso el nivel de rendimiento. Incluso al trabajar con personas mayores que no tienen alteraciones cognoscitivas manifiestas, esta aproximación resulta apropiada.

**Seleccionar los ejercicios**





Los profesionales encargados de aplicar el material deben tomar varias decisiones:

- Decidir sobre qué taller o qué talleres son los más convenientes para el paciente.
- Decidir qué actividades van a utilizarse.
- Decidir el nivel o niveles de dificultad adecuados.

Éste apartado tiene como finalidad ayudarle a realizar esa toma de decisiones. Primero, hay que tener en cuenta varios factores previos, sobre los que tendrá que realizarse preguntas, como son:

- El objetivo final de la terapia.
- Los síntomas, alteraciones neuropsicológicas y estado cognoscitivo del paciente.
- Los intereses y motivaciones de la persona afectada.

Para decidir con el mayor rigor posible contamos con varias **herramientas**:

**a) Escalas sobre el estado general del paciente.** Estas escalas son útiles cuando se trabaja con población mayor y en el ámbito de las enfermedades neurodegenerativas. Informan de una manera muy breve sobre el estado cognoscitivo - funcional general del paciente y sobre el estado evolutivo de la enfermedad. Su puntuación se obtiene a partir de una observación clínica por parte del terapeuta. Le proponemos una tabla orientativa que establece una correspondencia entre las puntuaciones en las escalas CDR y GDS y los niveles dificultad de nuestra Colección con los que sería más beneficioso trabajar. Así podrá escoger mediante criterios clínicos el nivel de dificultad de los cuadernillos apropiado a la persona o grupo con el que trabaja. En primer lugar, debe haber obtenido la puntuación de cada persona en una de estas dos escalas:

o **CDR** Clasificación Clínica de la Demencia  
(Clinical Dementia Rating de Hughes et al., 1982).

o **GDS** Escala de Deterioro Global  
(Global Deterioration Scale de Reisberg et al., 1982).

Una vez obtenida alguna de las puntuaciones, busque la correspondencia del nivel 1 a 5 en la siguiente tabla:

	Nivel en Estimulación Cognitiva para Adultos				
	Nivel 5	Nivel 4	Nivel 3	Nivel 2	Nivel 1
Puntuación en CDR	0 a 0.5	0.5 a 1	1	1 a 2	2 a 3
Puntuación en GDS	1 a 2	2 a 3	3 a 4	4 a 5	5 a 6

Por ejemplo, para una persona con una puntuación en la escala CDR de 0.5 sería recomendable utilizar los cuadernillos de los niveles 4 y 5 de ésta Colección. O bien, si partimos de la otra escala, para una persona con una puntuación GDS 4 sería recomendable utilizar los cuadernillos de los niveles 2 y 3.

La tabla es meramente orientativa y siempre debe prevalecer el criterio del terapeuta. Además, una misma persona puede necesitar cuadernillos de diferente nivel para cada función cognoscitiva. Por ejemplo, un paciente con problemas de memoria pero con una buena capacidad lingüística puede utilizar el nivel 3 del bloque de memoria y el nivel 5 del bloque de lenguaje.

Puede consultar las escalas CDR y GDS en cualquier manual especializado e incluso en los portales de internet más conocidos dedicados a las enfermedades neurodegenerativas.

**b) Test de cribado cognoscitivo.** En nuestro contexto social y cultural es muy utilizado el Mini – Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo (1987) y el Mini – Mental State Examination (MMSE) de Folstein et al., (1975). Las pruebas de cribado cognoscitivo requieren poco tiempo de aplicación. Pero, aun siendo de manera muy resumida, informan sobre el estado de distintas facultades mentales, como son la memoria, la atención, el cálculo, el lenguaje, la visoconstrucción, etc. Por ello, guardan una gran correspondencia con las funciones cognoscitivas contempladas en nuestra Colección y pueden resultar útiles para decidir qué talleres son más oportunos en el caso de las enfermedades neurodegenerativas y otros cuadros neurológicos.

**c) Evaluación neuropsicológica.** Cuando se dispone de un informe neuropsicológico del paciente y un perfil sobre las habilidades afectadas y preservadas, la selección del material apropiado se facilita grandemente. A partir del perfil neuropsicológico podremos establecer una selección de los talleres, niveles y actividades concretas que son más necesarios en el proceso de rehabilitación o estimulación cognitiva.

**d) Observar la ejecución.** Si acaso las tres herramientas previas son útiles para seleccionar el material *antes* de iniciar la terapia, existe otra herramienta tanto o más importante que las anteriores y que se emplea *durante* la terapia. Es tan sencillo como observar la ejecución y el rendimiento del paciente en cada actividad. Así sabremos si el nivel de dificultad de la tarea es excesivo por la gran cantidad de errores u omisiones, o si bien apenas le supone esfuerzo. Lo idóneo es seleccionar los cuadernillos con flexibilidad, aumentar o rebajar la dificultad para mantenernos en un nivel en que si bien se detecte un esfuerzo intelectual del paciente, no cometa gran cantidad de errores que desencadenen su frustración. Hemos de estar preparados para cambiar en ambas direcciones: aumentar la dificultad cuando el proceso de rehabilitación está teniendo éxito y disminuir la dificultad cuando el rendimiento que estamos exigiendo es excesivo. Hay que tener en cuenta, además, que una única aplicación de la tarea no es suficiente. Es necesario permitir a la persona que practique y realizar varias aplicaciones de una misma actividad en distintas sesiones para poder llegar a una conclusión fiable a partir de la observación que hagamos.

Por último, terminaremos el apartado con algunas consideraciones genéricas y recomendaciones que pueden resultar de utilidad en la selección del material.

Existe correspondencia entre los síntomas y síndromes neuropsicológicos que presenta el paciente y los talleres que componen nuestra colección que resultan de utilidad en el tratamiento:

<b>Síndromes y síntomas neuropsicológicos</b>	<b>Taller dentro de Estimulación Cognitiva para Adultos</b>
Alteraciones de la atención. Dificultades de memoria operativa. Síndromes amnésicos. Alteraciones disejecutivas.	Taller de Atención
Síndromes frontales y disejecutivos. Problemas de atención. Problemas de memoria operativa.	Taller de Funciones Ejecutivas
Síndromes afásicos. Alteraciones anómicas; dificultades de denominación. Dificultades de comprensión y expresión oral. Dislexias y alteraciones de la comprensión escrita.	Taller de Lenguaje

Síndromes amnésicos. Problemas de memoria. Quejas subjetivas de memoria.	Taller de Memoria
Síndromes agnósicos visuales. Alteraciones de la atención.	Taller de Percepción
Síndromes apráxicos. Apraxia visoconstructiva. Alteraciones grafomotrices. Acalculia. Dislexias y alteraciones de la comprensión escrita.	Taller de Lectoescritura y Visoconstrucción

De lo anterior se desprende que para tratar un mismo déficit, resulta beneficioso usar varios talleres de ésta Colección:

<b>Dificultad cognitiva</b>	<b>Talleres recomendables para esa dificultad (por orden de prioridad)</b>
Problemas de memoria	Taller de Memoria Taller de Atención Taller de Percepción
Problemas de atención	Taller de Atención Taller de Percepción Taller de Funciones Ejecutivas
Problemas de lenguaje	Taller de Lenguaje Taller de Lectoescritura y Visoconstrucción Taller de Atención
Problemas de funciones ejecutivas	Taller de Funciones Ejecutivas Taller de Atención
Problemas de lectoescritura	Taller de Lectoescritura y Visoconstrucción Taller de Lenguaje
Problemas gnósicos – perceptivos	Taller de Percepción Taller de Lectoescritura y Visoconstrucción Taller de Atención
Problemas práxicos – visoconstructivos	Taller de Lectoescritura y Visoconstrucción Taller de Percepción

Por otra parte, en las terapias de estimulación y rehabilitación cognitiva integral, es beneficioso para el paciente mezclar actividades de talleres diferentes en una misma sesión. Aunque, por ejemplo, el objetivo de la

terapia sea entrenar la memoria y los cuadernillos del Taller de Memoria constituyan el núcleo de la intervención, es conveniente intercalar actividades pertenecientes a otras funciones cognitivas, como puedan ser las del Taller de Percepción. Así conseguiremos incentivar su esfuerzo y motivarle, incluyendo tareas en las que muestra mayor dominio y control.

Una misma persona puede necesitar distintos niveles de dificultad para cada taller y varios niveles de dificultad dentro de un mismo taller. Por esto siempre es tanto más recomendable contar con la colección completa para realizar un tratamiento que se ajusta a las diversas capacidades y cambios que experimenta la persona.



## Seguir el rendimiento





Para llevar un seguimiento de las actividades que ya han sido trabajadas con una persona o grupo en particular utilice las tablas de registro que encontrará en los anexos, al final del presente documento. Dispone de una tabla diferente para cada Taller de la Colección. En una misma tabla, se presentan todas las actividades, niveles y fichas que componen el taller.

**Taller de Atención**

Nombre del taller

Actividades

Nivel de dificultad del cuadernillo

	Cancelación	Repetición	Líneas superpuestas	Búsqueda en fotos	Búsqueda de datos	Plantilla	Recorridos
Nivel 1	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 2	1	11	21	31	41	51	61

Número de ficha

Espacio para anotaciones

En ella puede marcar una a una las fichas que ya han sido aplicadas y observar con un simple golpe de vista las que aún quedan pendientes. Dispone de un espacio al lado del número de cada ficha para anotar la fecha de aplicación del material o bien realizar una breve descripción del rendimiento en la tarea. Así podremos tener al día un rastreo íntegro de la ejecución de la persona, de los progresos de la terapia, de la sintomatología que presenta, de su estilo de ejecución de las tareas, etc.

Por ejemplo, supongamos que iniciamos un tratamiento orientado a estimular los procesos de atención en un paciente con dificultades en ese proceso, al que ya le ha sido realizada una exploración neuropsicológica. En el siguiente cuadro, mostramos las anotaciones correspondientes a la primera sesión de trabajo:

Taller de Atención

	Cancelación	Repetición	Líneas superpuestas	Búsqueda en fotos	Búsqueda de datos	Plantilla	Recorridos	
Nivel 1	1	11	21	31 ok	41	51	61	
	2	12	22	32	42	52	62	
	3	13	23	33	43	53	63	
	4	14	24	34	44	54	64	
	5	15	25	35	45	55	65	
	6	16	26	36	37	46	56	66
	7	17	27	37	38	47	57	67
	8	18	28	28	38	48	58	68
	9	19	29	29	39 bajar dif.	49	59	69
	10	20	30	30	40	50	60	70
Nivel 2	1 ok	11 ok	21 enlentecido	X agnosia	41 ok	51 ok	61 excelente	
	2 ok	12 ok	22	X agnosia	42 ok	52 ok	62 excelente	
	3	13	23	33	43	53	63	
	4	14	24	34	44	54	64 subir dif.	
	5	15	25	35	45	55	65	
	6	16	26	36	46	56	66	
	7	17	27	37	47	57	67	
	8	18	28	38	48	58	68	
	9	19	29	39	49	59	69	
	10	20	30	40	50	60	70	
Nivel 3	1	11	21	31	41	51	61 ok	
	2	12	22	32	42	52	62	

En este caso particular, comenzamos utilizando el cuadernillo del nivel 2 del Taller de atención.

- El paciente realiza correctamente las fichas 1 y 2 correspondientes a la actividad de *Cancelación*. En esa actividad no comete errores ni omisiones. Seguiremos aplicándola en las próximas sesiones en orden, ficha a ficha hasta completar el cuadernillo del nivel 2. En ese momento valoraremos continuar aplicando esa actividad en el siguiente cuadernillo del nivel 3 de dificultad.
- Completa además las fichas 11 y 12 que pertenecen a la actividad de *Repetición*. No detectamos errores, pero la actividad le exige esfuerzo atencional, así que resulta pertinente para el tratamiento. Seguiremos aplicándola en orden, ficha a ficha a lo largo de los cinco niveles en las siguientes sesiones hasta alcanzar el máximo rendimiento posible.
- Completa la ficha 21 de *Líneas superpuestas*. Aunque no comete errores, observamos que presenta enlentecimiento de la respuesta, síntoma muy común en las dificultades de procesamiento atencional. Lo registramos como una alteración neuropsicológica, para añadirla a los objetivos del tratamiento rehabilitador.

- En las fichas 31 y 32 de la actividad de *Búsqueda en fotos* observamos que comete errores en el reconocimiento de varios objetos. Es decir, presenta dificultades propias de agnosia visual que no se habían manifestado previamente en la evaluación neuropsicológica. Entonces, por un lado pasamos a aplicar esa misma actividad, pero en un nivel de dificultad inferior. En la ficha 31 del nivel 1 trabaja correctamente. Por otro lado, añadimos como objetivo de la terapia el tratamiento de esta sintomatología agnósica. En la siguiente sesión comenzaremos a aplicar el cuadernillo del nivel 1 del Taller de Percepción.
- Completa correctamente las fichas 41 y 42 de la actividad de *Búsqueda de datos*. Seguiremos aplicando una a una las fichas sesión a sesión.
- Completa las fichas 51 y 52 de la actividad *Plantilla*. Seguiremos aplicando una a una las fichas sesión a sesión.
- Completa las fichas 61 y 62 de la actividad *Recorridos* con un rendimiento excelente. El paciente tiene muy automatizadas las series y secuencias numéricas. Decidimos entonces aumentar la dificultad y aplicar la ficha 61 del Nivel 3, más ajustada a su capacidad de ejecución.

Hemos expuesto un ejemplo ficticio, en el que se dan al tiempo varias condiciones que demuestran la utilidad de seguir una anotación diaria y cuidadosa del rendimiento del paciente o del grupo. Haciendo este registro obtendremos información valiosísima y tomaremos decisiones más apropiadas para la terapia, como pueden ser:

- Mantener, aumentar o reducir el nivel de dificultad de la tarea.
- Detectar alteraciones neuropsicológicas no manifestadas con anterioridad.
- Establecer nuevos objetivos para la terapia.
- Eliminar objetivos no realistas de la terapia.
- Registrar los objetivos ya alcanzados.
- Encontrar las actividades que resultan más motivadoras y satisfactorias para el paciente.

Con lo expuesto anteriormente no queremos dar a entender que sea ésta la única forma de realizar anotaciones en la tabla o de realizar un seguimiento de la terapia. Puede, por ejemplo, utilizarlas para anotar las fechas de las sesiones, para anotar las incidencias, etc.



# Anexos

Anexo I. Tabla de Actividades y Procesos  
Anexo II. Tablas de seguimiento de ejercicios



## Anexo I. Tabla de Actividades y Procesos





Bloque	Actividad	Págs.	Proceso cognitivo principal	Procesos secundarios.
Taller de Atención	Cancelación	1 a 8	Atención selectiva	Atención sostenida Atención dividida
	Repetición	9 a 16	Atención selectiva	Atención sostenida Control atencional: supervisión
	Líneas superpuestas	17 a 24	Atención selectiva	Atención sostenida Gnosis visual: discriminación figura – fondo Gnosis visual: cierre perceptivo
	Búsqueda en fotos	25 a 39	Atención selectiva	Atención sostenida Comprensión lectora Gnosis visual: discriminación figura – fondo Gnosis visual: cierre perceptivo
	Búsqueda de datos	40 a 54	Atención selectiva	Comprensión lectora
	Plantilla	55 a 62	Orientación espacial de la atención	Atención selectiva Control atencional: supervisión Atención selectiva
	Recorridos	63 a 70	Orientación espacial de la atención.	Control atencional: supervisión Secuenciación Control mental

Taller de Funciones Ejecutivas	Ordenar acciones	1 a 10	Función ejecutiva: secuenciación	Función ejecutiva: planificación Memoria operativa Comprensión lingüística	
	Interferencia	11 a 20	Función ejecutiva: control de la interferencia	Función ejecutiva: inhibición de respuestas. Función ejecutiva: secuenciación	
	Ordenar listas	21 a 30	Función ejecutiva: organización	Razonamiento lingüístico Memoria semántica Comprensión lingüística	
	Razonamiento sobre diferencias	31 a 40	Función ejecutiva: comparación	Función ejecutiva: clasificación semántica Razonamiento lingüístico Memoria operativa Comprensión lingüística	
	Razonamiento sobre secuencias	41 a 50	Función ejecutiva: secuenciación	Razonamiento visual Lenguaje metafórico	
	Abstracción verbal	51 a 60	Razonamiento verbal	Comprensión lingüística Memoria semántica Conciencia fonológica	
	Razonamiento visual	61 a 70	Razonamiento visual	Función ejecutiva: secuenciación Rotación mental de imágenes Discriminación perceptiva Orientación espacial de la atención	

Taller de Lenguaje	Ordenar frases	1 a 10	Procesamiento gramatical	Comprensión de oraciones escritas Amplitud de memoria verbal inmediata Memoria operativa
	Completar con verbo	11 a 20	Conjugación verbal	Comprensión de oraciones escritas Amplitud de memoria verbal inmediata Memoria operativa
	Palabras funcionales	21 a 30	Procesamiento gramatical y sintáctico	Comprensión de oraciones escritas Amplitud de memoria verbal inmediata Memoria operativa
	Definiciones	31 a 40	Evocación léxica	Comprensión léxica Memoria semántica
	Sinónimos y antónimos	41 a 50	Evocación léxica	Comprensión léxica Memoria semántica
	Facilitación	51 a 60	Evocación léxica y Memoria Implícita: priming	Amplitud de memoria verbal inmediata Memoria semántica
	Sonidos	61 a 70	Procesamiento fonológico	Conciencia fonológica Conversión grafema en fonema Mecánica de la lectura

Taller de Memoria	Parejas	1 a 10	Memoria inmediata y Memoria demorada	Memoria semántica Funciones ejecutivas: categorización Gnosis perceptiva: reconocimiento de objetos Reconocimiento mnésico.
	Reconocimiento con claves semánticas	11 a 20	Memoria verbal inmediata y Memoria verbal demorada	Memoria semántica. Comprensión lectora.
	Memoria Lógica	21 a 30	Memoria Lógica	Funciones Ejecutivas: categorización Memoria Semántica
	Categorización	31 a 40	Memoria verbal inmediata y Memoria verbal demorada	Comprensión lectora Comprensión auditiva
	Reconocimiento visual	41 a 50	Memoria visual inmediata y Memoria visual demorada	Función ejecutiva: clasificación semántica Memoria semántica Comprensión lectora
	Qué y dónde	51 a 60	Memoria visual inmediata y Memoria visual demorada	Gnosis visual: forma Gnosis visual: color Gnosis visual: tamaño
	Memoria de rostros	61 a 70	Memoria visual inmediata	Orientación espacial de la atención Memoria operativa
				Orientación espacial de la atención
				Gnosis perceptiva: identificación del objeto
				Procesamiento de rostros Expresión oral

Taller de Percepción	Tamaños	1 a 10	Gnosis perceptiva: tamaño	Atención selectiva Orientación espacial de la atención
	Ángulo de giro	11 a 20	Gnosis: orientación de líneas	Rotación mental Atención selectiva
	Detalles	21 a 30	Gnosis: percepción y análisis de rasgos	Orientación espacial de la atención Gnosis visual: discriminación figura – fondo Atención selectiva
	Colores	31 a 40	Gnosis visual y percepción básica: discriminación del color	Orientación espacial de la atención Atención selectiva
	Siluetas	41 a 50	Gnosis visual: percepción de contornos	Orientación espacial de la atención Gnosis: identificación de objetos Atención selectiva
	Agrupamiento	51 a 60	Percepción global	Orientación espacial de la atención Percepción: contraste lumínico. Atención selectiva
	Línea y borde	61 a 70	Percepción: análisis visual fino de rasgos y bordes	Orientación espacial de la atención Atención selectiva
				Orientación espacial de la atención

Lectoescritura y Visoconstrucción	Praxis I: Dibujos geométricos y abstractos	1 a 10	Praxis visoconstruktiva	Percepción visual. Orientación espacial de la atención
	Praxis II: Dibujos de objetos reales	11 a 20	Praxis visoconstruktiva	Gnosis visual: reconocimiento de objetos. Gnosis visual: colores
	Grafomotricidad	21 a 40	Grafomotricidad	Praxis visoconstruktiva Coordinación oculomotora
	Lectura mecánica	41 a 50	Lectura: ruta fonológica	Lectura: ruta léxica visual
	Cálculo: conteo	51 a 60	Conteo	Atención selectiva

## Anexo II. Tablas de seguimiento de ejercicios





## Taller de Atención

	Cancelación	Repetición	Líneas superpuestas	Búsqueda en fotos	Búsqueda de datos	Plantilla	Recorridos
Nivel 1	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 2	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 3	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 4	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 5	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70

Taller de Funciones Ejecutivas

	Ordenar acciones	Interferencia	Ordenar listas	Razonamiento sobre diferencias	Razonamiento sobre secuencias	Abstracción verbal	Razonamiento visual
Nivel 1	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 2	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 3	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 4	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 5	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70

## Taller de Lenguaje

	Ordenar frases	Completar con verbo	Palabras funcionales	Definiciones	Sinónimos y Antónimos	Facilitación	Sonidos
Nivel 1	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 2	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 3	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 4	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 5	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70

Taller de Memoria

	Parejas	Reconocimiento claves semánticas	Memoria Lógica	Categorización	Reconocimiento visual	Qué y Dónde	Memoria de Rostros
Nivel 1	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 2	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 3	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 4	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 5	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70

## Taller de Percepción

	Tamaños	Ángulo de giro	Detalles	Colores	Siluetas	Agrupamiento	Línea y borde
Nivel 1	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 2	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 3	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 4	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70
Nivel 5	1	11	21	31	41	51	61
	2	12	22	32	42	52	62
	3	13	23	33	43	53	63
	4	14	24	34	44	54	64
	5	15	25	35	45	55	65
	6	16	26	36	46	56	66
	7	17	27	37	47	57	67
	8	18	28	38	48	58	68
	9	19	29	39	49	59	69
	10	20	30	40	50	60	70

## Taller de Lectoescritura y Visoconstrucción

	Praxis I: Dibujos Geométricos	Praxis II: Dibujos objetos reales	Grafomotricidad			Lectura Mecánica	Cálculo: conteo
Nivel 1	1	11	21	31	41	51	
	2	12	22	32	42	52	
	3	13	23	33	43	53	
	4	14	24	34	44	54	
	5	15	25	35	45	55	
	6	16	26	36	46	56	
	7	17	27	37	47	57	
	8	18	28	38	48	58	
	9	19	29	39	49	59	
	10	20	30	40	50	60	
Nivel 2	1	11	21	31	41	51	
	2	12	22	32	42	52	
	3	13	23	33	43	53	
	4	14	24	34	44	54	
	5	15	25	35	45	55	
	6	16	26	36	46	56	
	7	17	27	37	47	57	
	8	18	28	38	48	58	
	9	19	29	39	49	59	
	10	20	30	40	50	60	
Nivel 3	1	11	21	31	41	51	
	2	12	22	32	42	52	
	3	13	23	33	43	53	
	4	14	24	34	44	54	
	5	15	25	35	45	55	
	6	16	26	36	46	56	
	7	17	27	37	47	57	
	8	18	28	38	48	58	
	9	19	29	39	49	59	
	10	20	30	40	50	60	
Nivel 4	1	11	21	31	41	51	
	2	12	22	32	42	52	
	3	13	23	33	43	53	
	4	14	24	34	44	54	
	5	15	25	35	45	55	
	6	16	26	36	46	56	
	7	17	27	37	47	57	
	8	18	28	38	48	58	
	9	19	29	39	49	59	
	10	20	30	40	50	60	
Nivel 5	1	11	21	31	41	51	
	2	12	22	32	42	52	
	3	13	23	33	43	53	
	4	14	24	34	44	54	
	5	15	25	35	45	55	
	6	16	26	36	46	56	
	7	17	27	37	47	57	
	8	18	28	38	48	58	
	9	19	29	39	49	59	
	10	20	30	40	50	60	

# **Bibliografía**





---

## Referencias bibliográficas

- ARANGO LASPRILLA, J. C. (2006). "Rehabilitación Neuropsicológica". México, D. F.: Manual Moderno.
- ARDILA, A., & ROSSELLI, M. (2007). "Neuropsicología clínica". México, D.F.: Manual Moderno.
- MUÑOZ-CÉSPEDES, J.M y TIRAPU-USTÁRROZ, J. (2001) "Rehabilitación neuropsicológica". Madrid: Síntesis.
- PEÑA-CASANOVA, J. (1999). "Métodos y objetivos de intervención cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer: una visión de conjunto". En Proyecto "Activemos la Mente". Fundación "La Caixa".
- PEÑA-CASANOVA, J. (2007). "Neurología de la Conducta y Neuropsicología". Madrid: Médica Panamericana.
- PORTELLANO, J. A. (2005). "Introducción a la neuropsicología". Madrid: McGraw-Hill.
- TIRAPU USTÁRROZ, J., RIOS LAGO, M., & MAESTÚ UNTURBE, F. (2008). "Manual de Neuropsicología". Barcelona: Viguera.

